



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาล
2. กิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล
 - 2.1 กระบวนการพยาบาล
 - 2.2 การดูแล
 - 2.3 การจัดการต่อความเสี่ยง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย
4. การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาล

คุณภาพ (Quality) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คุณภาพ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ.2530) ให้ความหมายว่าเป็นความดีหรือลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

Froebe และ Bain (1976) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ คือ ลักษณะที่แสดงผลของการกระทำ หรือผลของกระบวนการการประกอบกิจกรรมที่บังเกิดผลดีเลิศ และความ เป็นเลิศนั้นวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐาน ซึ่งแต่ละวิชาชีพ ได้กำหนดไว้

Gillies (1982) กล่าวว่า คุณภาพเป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติที่ดีเลิศ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถวัดได้

สรุป คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำที่ดีเลิศ ซึ่งวัดได้จาก เกณฑ์หรือมาตรฐานซึ่งแต่ละวิชาชีพได้กำหนดขึ้น

การพยาบาล ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ.2530) หมายถึง การดูแล คนไข้หรือปรณณัติคนไข้หรือการเอื้อเพื่อ เลี้ยงดู

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 ให้ความหมาย การพยาบาลว่า หมายถึง การกระทำในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค และการลุกลามของโรคและการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและ การป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

สรุป การพยาบาล หมายถึง การให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้รับบริการในด้านการ ป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพอนามัย โดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์และศิลปะ

คุณภาพการพยาบาล ในความคิดของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2530) กล่าวว่าคุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะ ความดีเลิศของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับการบริหารการพยาบาล กระบวนการ ของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์หลายประการ คือ

- 1) บริการ พยาบาลจะดีได้ต้องมีการจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
- 2) ลักษณะของบริการต้องเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของ บริการทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และ
- 3) บริการพยาบาลที่ดีต้องมีความ ต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีระเบียบแบบแผน

ทัศนาศา บุษทอง (2522) กล่าวว่า คุณภาพของวิชาชีพการพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับ ประสิทธิภาพของการจัดการหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนเท่านั้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด ที่จะบอกคุณภาพของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างแท้จริงก็คือ การปฏิบัติที่มีคุณภาพ จึงควรมีการตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพ โดยประเมินกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรมและหลาย ๆ วิธีร่วมกัน

เนื่องจากความหมายของคำว่า "คุณภาพ" นั้นต้องผ่านกระบวนการตัดสิน การให้คำนิยามของความหมาย "คุณภาพการพยาบาล" จึงค่อนข้างกว้าง และโดยเหตุนี้ หากจะมองผลของการประกอบกิจกรรมพยาบาลที่เป็นเลิศคือ การหายของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติเสมอไปนั้น อาจกระทำไม่ได้ทุกกรณี เพราะความเจ็บป่วยบางอย่างมีความรุนแรงเกินกว่าจะดูแลรักษาให้หายได้ แม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและดีที่สุดแล้วก็ตาม การวัดคุณภาพการพยาบาลจึงต้องสร้าง เกณฑ์มาตรฐานเปรียบเทียบทั้งในแง่ของการปฏิบัติหรือการกระทำโดยตรงของพยาบาล และเกณฑ์มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้รับบริการ (Phaneuf and Wandelt, 1974)

การประกันคุณภาพการพยาบาล

การประกันคุณภาพการพยาบาลนั้นได้มีการปฏิบัติกันมานาน เนื่องจากการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต้องให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งต้องมีการควบคุมและประกันคุณภาพการพยาบาล โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติทั้งของพยาบาลและผู้รับบริการ

การประกันคุณภาพในการให้บริการในวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ได้ถูกพุ่งเล็งอย่างมากในระยะหลังนี้ โดยเฉพาะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เพราะความก้าวหน้าทางวิชาการ การตื่นตัวในสิทธิมนุษยชน ในการที่ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะต้องได้รับการที่มีคุณภาพดีที่สุดในที่สำคัญที่สุดคือ ราคาของค่าบริการทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะทางด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งมีข้อบ่งชี้ว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีที่สิ้นสุด และดูเหมือนว่าไม่มีวิธีการใด ๆ จะยับยั้งได้ด้วยในประเทศพัฒนาบางประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า อัตราค่าบริการรักษาทางการแพทย์สูงที่สุดในโลก และจากสถิติรายจ่ายของประชาชนต่อค่าบริการด้านสุขภาพในปีหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมากมายมหาศาล ในประเทศไทยเราก็ประสบปัญหาแบบเดียวกัน ดังเราจะเห็นได้ว่าอัตราค่าบริการรักษาได้ปรับตัวสูงขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยเฉพาะบริการที่ตกอยู่ในกำมือของเอกชน ซึ่งประชาชนไม่มีโอกาสได้รับรู้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพหรือไม่เพียงไร

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ประชาชนพึงเล็งถึงสิทธิของตนในฐานะผู้รับบริการ หรือ อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ผู้ซื้อบริการ (Consumer) จะเป็นโดยทางตรงคือ ซื้อบริการจากสถาบัน เอกชนหรือว่าโดยทางอ้อมโดยเสียภาษีให้รัฐก็ตาม ในสิทธิที่ว่าผู้รับบริการควรจะได้รับทราบว่า บริการที่ได้รับนั้นเหมาะสมกับราคาที่ต้องจ่ายไป และผู้รับบริการเองก็มีความคาดหวังและความ ต้องการรับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, 2533)

สำหรับประเทศไทยได้มีการค้นคว้า เรื่องการประกันคุณภาพการพยาบาลมากกว่า 20 ปีแล้ว โดยมีการจัดการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง "คุณภาพการพยาบาล" และ "การประกันคุณภาพ" จัดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยการประชุมครั้งนี้นับเป็นการ ประชุมครั้งแรกที่พยาบาลไทยได้ตระหนักถึงคุณภาพ ซึ่งได้กล่าวถึงมาตรฐานการพยาบาลเป็น เครื่องมือสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินคุณภาพการพยาบาล เพื่อรับประกันคุณภาพการบริการ และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2529) ได้กล่าวเห็นว่า มาตรฐานการพยาบาลเป็นเกณฑ์ตัดสินคุณภาพของการพยาบาล

การประกันคุณภาพจะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรายงานผลการปฏิบัติงานให้แก่ สาธารณชนรู้ว่า พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร ตลอดจนช่วยให้สังคมเห็นความสำคัญ ของ พยาบาล (Kron, 1981)

การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ทางด้านคุณภาพการพยาบาลนั้น ได้จัดโครงการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะที่ 1 เดือนกันยายน พ.ศ.2533 โดยมีการพัฒนาคุณภาพบริการในหอผู้ป่วย 3 หอ พบว่าได้รับความสำเร็จ ต่อจากนั้นจึงได้จัดโครงการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะที่ 2 ก. ระหว่าง เดือนมีนาคม 2535 - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2535 โดยมีหอผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการจำนวน 16 หอ โดยจัดประชุมเพื่อเสริมความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาในการมอบหมายงาน การ บันทึกทางการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล การเขียน Kardex และการนิเทศการ พยาบาล โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมคือ หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่บุคลากรใน

ที่มาได้อย่างถูกต้อง หลังจากจัดประชุมแล้วยังไม่มีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์อย่าง เป็นทางการ แผนกพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2536)

โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

ลักษณะของแบบการประกันคุณภาพการพยาบาลที่ดีต้องเป็นแผนหรือโปรแกรมการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะและถูกสร้างขึ้นโดยการพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้ใช้ แผนการประกันคุณภาพการพยาบาลควรจะประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลมากกว่าการประเมินด้านอื่น ๆ ตลอดจนแบบการประกันคุณภาพที่สร้างขึ้น เพื่อให้ได้ผลเป็นที่เชื่อถือได้ในแง่หน้าที่รับผิดชอบที่วิชาชีพมีต่อสังคม และต้องมีการชี้แนะการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติของวิชาชีพ ฉะนั้นเครื่องมือที่ใช้ประเมินควรเป็นเครื่องมือที่ประเมินพฤติกรรมในการพยาบาลมากกว่าการประเมินการประเมินโครงสร้างหรือผลการพยาบาล (ทัศน บุษทอง, 2522) แต่ ละออ หุตางกูร (2529) ให้ความคิดเห็นว่าการประกันคุณภาพการพยาบาลนั้นจะต้องพิจารณาการประกันคุณภาพการพยาบาลทั้งโครงสร้างและด้านการปฏิบัติการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติของโปรแกรมการประกันคุณภาพนั้นมีขั้นตอนโดยเฉพาะอธิบายได้ดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการโปรแกรมการประกันคุณภาพ โดยจะต้องประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นประธาน และมีกรรมการ คือ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ ใช้จำนวนประมาณ 9-15 คน ขึ้นอยู่กับงานของฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น ๆ ทั้งนี้จะต้องเป็นกรรมการที่มาจากทุกแผนกการพยาบาล คณะกรรมการทุกคนจะต้องเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการประกันคุณภาพ เป็นเวลาประมาณ 5 วัน หรือมากกว่า ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถพื้นฐานของคณะกรรมการ เมื่อผ่านการอบรมแล้วก็ดำเนินการตามรูปแบบดำเนินการงานของการประกันคุณภาพได้ ทั้งนี้อาจจัดตั้งคณะทำงานเพื่อสร้างมาตรฐานและเครื่องมือที่จะต้องใช้ในการรวบรวมข้อมูล
2. กำหนดเกณฑ์การประกันคุณภาพ โดยกำหนดทั้งในระดับฝ่าย และแผนกการพยาบาลเฉพาะทางได้

3. สร้างมาตรฐานและเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพทั้งในระดับโครงการ กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยจะต้องผ่านขั้นตอนของการตรวจสอบเครื่องมือว่าเชื่อถือได้
 4. ทดสอบเกณฑ์การประกันคุณภาพทุกระดับ
 5. เตรียมงานในการวัดคุณภาพ โดยจะต้องเตรียมผู้ทำหน้าที่วัด และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ
 6. รวบรวมข้อมูล
 7. วิเคราะห์ข้อมูล
 8. แปลผลข้อมูล และส่งผลไปยังแผนกการพยาบาลและหอผู้ป่วยต่างๆ
 9. ประชุมใหญ่ประจำปี เพื่อรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพและศึกษาแนวทางแก้ไข
 10. นำแนวทางแก้ไขที่เลือกสรรไปปฏิบัติ และติดตามผลต่อไป
- กล่าวโดยสรุปแล้วจะเห็นว่า โปรแกรมของการประกันคุณภาพ (Nursing Quality Assurance Program) ควรจะนำมาปฏิบัติทั้ง 10 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องครบถ้วน

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการด้วยกันคือ

1. ปัจจัยด้านการบริหารเป็นระบบโครงสร้างที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ระบบบริหารที่ได้มาตรฐานจะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปได้ดีและมีคุณภาพ มาตรฐานเชิงโครงสร้างที่วางนี้รวมถึงบุคคลที่ปฏิบัติงานเมื่อจำนวนได้สัดส่วนตามมาตรฐานหรือไม่ งบประมาณมีพอที่จะดำเนินการต่าง ๆ เครื่องมือเครื่องใช้ทันสมัยและมีเพียงพอตัวอาคาร นโยบายการบริหารงาน นโยบายการปฏิบัติและแหล่งความรู้ทางวิชาการต่าง ๆ มีเพียงพอหรือไม่ มีคุณภาพได้มาตรฐานหรือไม่ มีการสนับสนุนหรือมีการจัดกิจกรรมเพื่อการศึกษาคือเนื่อง หรือการฝึกอบรมระยะสั้นแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสร้างเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานหรือไม่เพียงไร

องค์ประกอบทางด้านบริหาร คือ การวางนโยบายเพื่อสรรหาปัจจัยสำคัญ ๆ
 านอื่นที่จะทำให้การปฏิบัติเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านสถานที่ เครื่องใช้ บุคลากร
 ฯลฯ ซึ่งเปรียบเสมือนโครงสร้างนั่นเอง

2. ปัจจัยด้านมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (Standard of Nursing Care)
 การปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้นั้น ผู้ปฏิบัติจะต้องเข้าใจมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล
 ผู้ป่วยแต่ละประเภทที่ตนให้บริการอย่างดี สถาบันบริการพยาบาลจึงต้องมีการจัดทำมาตรฐาน
 การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทไว้เป็นแนวให้พยาบาลปฏิบัติตาม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับ
 การพยาบาลในกิจกรรมสำคัญ และจำเป็นอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มาตรฐานการพยาบาลแต่ละ
 ประเภทนี้ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบ เพื่อประเมินคุณภาพการปฏิบัติการ
 พยาบาลได้อีกด้วย มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้สร้างขึ้นอย่างไม่รัดกุมและถูกต้อง
 ย่อมไม่ก่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล

3. ปัจจัยด้านหลักวิธีการปฏิบัติเพื่อบริการ ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น มีวิธีการ
 ซึ่งต้องใช้เป็นหลักในการปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลได้ผลสูงสุด และมีคุณภาพดังที่ควรจะเป็นโดยคำนึง
 ถึงวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างละเอียด (History) ซึ่ง
 พยาบาลต้องเก็บจากแหล่งข้อมูลให้มากที่สุด ได้แก่ จากตัวผู้ป่วย จากญาติ จากรายงานต่าง ๆ
 ของผู้ป่วย จากแพทย์ที่เคยรักษา หรือจากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าว
 พยาบาลอาจรวบรวมได้จากวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตเพื่อประเมินลักษณะทางคลินิก การ
 สอบถามจากผู้อื่น เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ละเอียดสมบูรณ์ที่สุดทั้งที่เป็นข้อมูลที่
 เป็นประวัติส่วนตัว และประวัติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเจ็บป่วย และความต้องการการช่วยเหลือ

3.2 การบันทึกโดยใช้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก (Problem Oriented
 Record POR) ซึ่งประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญทางการพยาบาลโดยเฉพาะ ซึ่ง
 แสดงพื้นฐานของผู้ป่วยทุกด้าน เช่น อุบนิสัย ประวัติเรื่องอาหาร ประวัติการแพ้ (Allergies)
 ลักษณะเฉพาะของอารมณ์ สุขวิทยาความรู้สึกต่อภาวะเจ็บป่วย ความมุ่งหวังในการเข้ารับการ
 รักษา เป็นต้น

- รายการปัญหา วิเคราะห์แยกปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือไว้ตามลำดับเลขที่ ปัญหาที่พยาบาลพบในวันหลัง ๆ ขณะที่ผู้ป่วยนอนรับการรักษายู่ในโรงพยาบาลก็ต้องใส่ไว้อย่างครบถ้วน แล้วดำเนินการช่วยเหลือตามรายการปัญหา

- รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วย อาจใช้หลายรูปแบบ ที่ใช้มากคือ Kardex และ Nurse's Note ซึ่งเป็นแบบบันทึกประจำวันที่เรียก Flow Sheet

3.3 การเยี่ยมตรวจ (Rounds) การเยี่ยมตรวจของผู้บริหารในหน่วยงานบริการพยาบาล เป็นความจำเป็นในการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยเหตุผลประการแรกคือ เป็นการเปิดโอกาสให้หัวหน้าหรือผู้บริหารหน่วยงานได้มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วย ผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด ได้เห็นและสังเกตการปฏิบัติพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยได้ซักถามหรือให้ข้อมูลย้อนกลับต่อวิธีการพยาบาลและความคับข้องใจอื่น ๆ ซึ่งอาจมีได้ นอกจากนี้ผู้บริหารยังมีโอกาสได้เห็นบรรยากาศในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าไปด้วย ประการที่สองของผลดีในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยคือการที่ผู้บริหาร มีโอกาสได้เผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสสังเกตและประเมินความต้องการของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนระดับของคุณธรรม จริยธรรม และความประพฤติของเจ้าหน้าที่ด้วย

3.4 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาผู้ป่วยและการวางแผนกำหนดวิธีพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงวิธีการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลทั่ว ๆ ไปตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย

การวางแผนพยาบาลจะต้องเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และต้องเป็นภาษาที่อ่านเข้าใจได้ทั้งบุคคลในทีมสุขภาพ และบุคคลนอกวิชาชีพ

โดยทั่วไปการวางแผนการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์ การให้ความสำคัญของการเขียนแผนการพยาบาล อยู่ที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน โดยการตรวจแผนการพยาบาลในขณะที่ทำการเยี่ยมตรวจ จัดหาให้มีบุคลากรเพียงพอเพื่อให้มีเวลาในการวางแผนและบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนการจัดหาเครื่องมือ หนังสือ ตำราไว้ให้ค้นคว้าได้

3.5 การตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพ (Audit) การตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพนั้นมีจุดประสงค์เพื่อจะประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลที่ได้วางไว้ล่วงหน้า

การตรวจสอบอาจทำได้ใน 2 รูปแบบ

- การตรวจสอบย้อนหลังเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว (Retrospective audit) คือการตรวจสอบจากรายงานการบันทึกแบบใช้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก (P.O.R) ได้มีแบบตรวจสอบซึ่งสร้างขึ้นโดยคณะกรรมการกลาง (Joint commission) โดยครอบคลุม 6 ข้อดังนี้

1. มาตรฐานการให้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
2. การเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานกับการปฏิบัติจริง
3. การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติจริง
4. การควบคุมการแก้ไข
5. การติดตามเพื่อประเมินผลการแก้ไข
6. การบันทึกรายงานเสนอผลการตรวจสอบต่อคณะกรรมการ

แบบตรวจสอบลักษณะนี้มีข้อเสียตรงที่ขาดรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและข้อจำกัดอื่น ๆ ของการบริการพยาบาลที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการให้การพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลที่ใช้เป็นแบบตรวจสอบเพื่อประเมินอีกแบบหนึ่งได้สร้างโดยฟานอฟ (Phaneuf audit, 1972) ประกอบด้วยหัวข้อรายละเอียด 50 รายการ ซึ่งใช้เป็นมาตรการในการวัดคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หัวข้อรายการที่ประเมินนั้นประกอบด้วยหน้าที่และกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาล 7 หน้าที่ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติในการขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะสาขาพยาบาลคือ

1. การปฏิบัติตามกำลังการรักษาของแพทย์ตามที่กฎหมายอนุญาตให้แพทย์เป็นผู้ทำ
2. การสังเกตอาการและการแสดง
3. การให้การนิเทศผู้ป่วย
4. การให้การนิเทศผู้ร่วมงาน
5. การจดบันทึกรายงาน

6. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการ

7. การส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยการ

สอนและแนะนำ

การตรวจสอบเพื่อประเมินย้อนหลังนี้จะได้ผลก็ต่อเมื่อผู้ประเมินเป็นพยาบาลด้วยกัน (Peer review) เพราะเป็นผู้รู้ในกิจกรรมของพยาบาลดีกว่าบุคคลอื่น

- การตรวจสอบในขณะที่ทำการปฏิบัติการพยาบาล (Performance and process of care audit) เป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขณะที่ทำการพยาบาลผู้ป่วยโดยการสังเกต (Observe) แล้วผู้สังเกตประเมินไปตาม scale ที่ได้สร้างขึ้นโดยครอบคลุมกิจกรรมมาตรฐานที่พยาบาลควรจะต้องปฏิบัติการตรวจสอบเพื่อประเมินว่าได้ปฏิบัติจริงอย่างไร

มาตรฐานการพยาบาลที่ใช้เป็นแบบตรวจสอบในลักษณะนี้มีแพร่หลายอยู่ 2 ฉบับ ฉบับหนึ่งคือ The Slater scale (1967) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมของพยาบาล 84 ข้อ ครอบคลุมในมาตรฐานเชิงปฏิบัติของพยาบาล 6 ด้านคือ

1. กิจกรรมเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์สังคมของผู้ป่วย
2. กิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคม ในฐานะสมาชิกของกลุ่ม
3. การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย
4. กิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พร้อม ๆ กันอย่างผสมผสาน
5. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
6. กิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

แบบตรวจสอบอีกฉบับหนึ่งซึ่งสร้างขึ้น โดยผู้สร้างคนเดียวกันคือ Wandelt and Ager (1970) เช่นกัน ชื่อ Quality Patient Care Scale

เป็นเกณฑ์วัดคุณภาพของการพยาบาล โดยเขียนเป็นรูปเหตุการณ์การพยาบาลและประเมินค่าตามความมากน้อยของการปฏิบัติเป็น 7 ค่า ตั้งแต่ดีที่สุดจนถึงไม่ปฏิบัติเลย เป็นต้น

ในการตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพนั้นไม่อาจใช้แยกเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งระหว่างการตรวจสอบย้อนหลังกับการตรวจสอบขณะปฏิบัติได้ แต่ควรจะใช้ร่วมกันทั้งสองอย่างจึงจะเกิดผลดีที่สุด (Froebe and Bain, 1976)

3.6 การให้ผู้ป่วยได้ประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Client Feedback) วิธีการอาจใช้การสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ป่วยกำลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออาจออกแบบสำรวจความคิดเห็นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบภายหลังที่ผู้ป่วยหายแล้วแต่การให้ผู้ป่วยประเมินนี้ได้ผลน้อยมาก เพราะผู้ถูกประเมินคือเจ้าหน้าที่พยาบาลมักไม่ยอมรับ

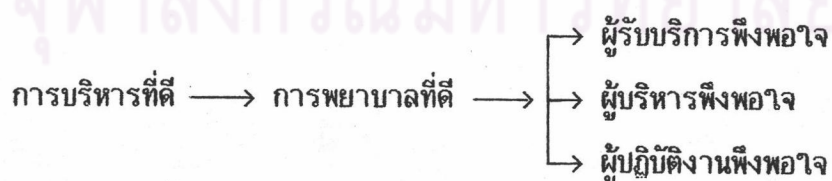
กิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล

การกำหนดว่าจะใช้กิจกรรมอะไรบ้างเพื่อควบคุมคุณภาพของการบริการพยาบาลนั้นสามารถจัดขึ้นได้หลากหลาย ควรพิจารณาถึงการได้รับข้อมูลจากทุกแห่งและทุกลักษณะ โดยจะต้องได้รับจากผู้รับบริการ บุคลากรพยาบาล ผู้ร่วมงาน และจากหลักฐานทางเอกสารต่าง ๆ ทั้งนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งในปัจจุบันและที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การทบทวนรายงานผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ การสังเกต การเยี่ยมตรวจ การประชุมปรึกษา การตรวจสอบกระบวนการพยาบาลและอื่น ๆ (พวงรัตน์ บุญนารักษ์, 2533)

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ (2534) กล่าวว่า การประกันคุณภาพ จะต้องจัดขึ้นอย่างเป็นระบบและครอบคลุมกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ กิจกรรมเหล่านั้นจะต้องสะท้อนถึงคุณภาพการปฏิบัติได้ กิจกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นเป็นประจำแวนและประจำวัน ซึ่งรวบรวมได้เป็น 8 กิจกรรมคือ 1) การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ 2) การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ 3) มาตรฐานการพยาบาล 4) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 5) การตรวจสอบทางการพยาบาล 6) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล 7) กลุ่มสร้างคุณภาพงาน 8) การรายงานการรับ-ส่ง-แวน หากได้มีการปฏิบัติกิจกรรมประกันคุณภาพดังกล่าวร่วมกันในระดับที่สูงพอแล้วก็จะสามารถรับรองคุณภาพของการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ ได้

(วัลลา ตันตโยทัย, 2522 ; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522 ; สมบัติ ชาครีย์วณิช, 2522) กิจกรรมดังกล่าว ปรากฏอยู่ในเกณฑ์การให้การรับรองสถานบริการพยาบาลในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เป็นต้น สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการปฏิบัติกิจกรรมประกันคุณภาพดังกล่าวขึ้นแล้วในหลาย ๆ โรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากแนวคิดการประเมินคุณภาพการพยาบาลของ Haussman, Megyvary และ Newman (1975 Cited by Eriksen, 1987) ซึ่งแบ่งกิจกรรมประเมินคุณภาพการพยาบาล เป็น 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) การวางแผนการพยาบาล 2) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจอารมณ์และสังคม 4) การประเมินผลการพยาบาล 5) การจัดการต่อความเสี่ยงและ 6) การสนับสนุนและการจัดการจากผู้บริหาร จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการสร้างเครื่องมือและเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้คือ ข้อ 1 และข้อ 4 เป็นกระบวนการพยาบาล ข้อ 2 และข้อ 3 เป็นการดูแล ข้อ 5 คงเดิม จะเห็นได้ว่าข้อ 1 และข้อ 4 เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้ครอบคลุมและสมบูรณ์แบบจึงใช้กระบวนการพยาบาลข้อ 2 และข้อ 3 เทียบเท่ากับการดูแล (Caring) เนื่องจากการดูแลเป็นกระบวนการที่รวมความรู้ด้านชีวภาพ พฤติกรรมและสังคมศาสตร์ ความเป็นมนุษย์ นั่นคือ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สำหรับข้อ 6 นั้น คือการสนับสนุนและการจัดการจากผู้บริหารไม่น่ามาใช้ เพราะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ได้ และส่งผลโดยตรงต่อพยาบาลมิใช่ผู้รับบริการดังแสดงในรูป (อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534)



ตารางสรุปเปรียบเทียบแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล

แนวคิดของ Haussmann Magyvary และ Newman	แนวคิดที่ปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้
1. การวางแผนการพยาบาล	1. กระบวนการพยาบาล
2. การตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยด้านร่างกาย	2. การดูแล
3. การตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม	
4. การประเมินผลการพยาบาล	
5. การจัดการต่อความเสี่ยง	3. การจัดการต่อความเสี่ยง
6. การสนับสนุนและการจัดการจาก ผู้บริหาร	

ซึ่งงานแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดต่อไปนี้

กระบวนการพยาบาล

ในช่วงปี ค.ศ. 1945-1960 เป็นช่วงที่วิชาชีพพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไป ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้น แนวโน้มและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนี้ เช่น จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น การเกิดชุมชนใหม่ ๆ การค้นพบทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น ทําให้ระบบบริการสุขภาพต้องขยายขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นทั้งในด้านการรักษาการป้องกันและการส่งเสริมภาวะสุขภาพของประชากร จำนวนของบุคลากรที่ทําหน้าที่รับผิดชอบบริการด้านสุขภาพอนามัยมีมากและมีความหลากหลาย ต้องมีการจัดหน้าที่รับผิดชอบขึ้นแต่ละกลุ่ม แต่ละฝ่ายให้ชัดเจน โดยทั่วไปพยาบาลจะทําหน้าที่เป็น "ผู้จัดการ" ให้ผู้ป่วยได้

รับบริการจากบุคลากรวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เช่น เตรียมผู้ป่วยให้แพทย์ตรวจ หรือส่งผู้ป่วยไปพบนักกายภาพบำบัด ฯลฯ จนกระทั่งเกิดปัญหาความขัดแย้งในบทบาทของวิชาชีพขึ้นว่า อะไรคือหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่แท้จริง และโดยแท้จริงแล้ว พยาบาลเป็นวิชาชีพโดยสมบูรณ์หรือเป็นเพียงกึ่งวิชาชีพ (Semi Professional) เท่านั้น จึงมีการเคลื่อนไหวโดยผู้นำวิชาชีพพยาบาลในสังคมตะวันตกเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลและความเป็นวิชาชีพเกิดขึ้น บนบรรทัดฐานความเชื่อที่ว่า การจัดการพยาบาลที่เป็นระบบระเบียบและเป็นวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่จะเป็นการประกันว่าเป็นการพยาบาลที่มีคุณภาพ และจะเป็นวิถีทางที่เด่นชัดต่อการประเมินคุณภาพการพยาบาลในที่สุด

ระหว่างปี ค.ศ.1967-1987 Helen Yara และ Mary Walsh จาก The Catholic University of America (CUA) ได้เริ่มใช้และวางแนวคิดของ "กระบวนการพยาบาล" ขึ้นเป็นคนแรก เพื่อเป็นการปลูกฝังและแพร่ขยายแนวคิดนี้ในวิชาชีพ

ก. ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

เป็นที่ตระหนักว่ากระบวนการพยาบาล มิใช่มีความสำคัญเฉพาะต่อการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น หากแต่มีความสำคัญต่อการศึกษา การบริหาร การวิจัย และการแสวงหาความรู้ของวิชาชีพ โดยเหตุที่แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการพยาบาลก็คือ การจัดระบบ ระเบียบ ความคิดของวิชาชีพ โดยคำนึงถึงธรรมชาติและพื้นฐานของมนุษย์หรือผู้รับบริการเป็นหลัก กระบวนการพยาบาลเป็นวิถีหรือเครื่องมือหรือแนวทางของการปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้ หรือ แยกแยะให้เห็นขั้นตอนความเป็นเหตุเป็นผล และความเป็นอิสระของวิชาชีพ

ปัจจุบันการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในทางปฏิบัติถือเป็นปรากฏการณ์ที่พบเห็นได้โดยทั่วไป หากระดับหรือความลุ่มลึกของวิธีการใช้นั้น จะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ทักษะ ความชำนาญ ของผู้นำวิชาชีพในแต่ละสถาบัน หนังสืองานเขียนเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในประเทศไทยขณะนี้มีจำนวนมาก และได้รับการยอมรับทั้งการทดลองใช้ ก็มีมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ข. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลอาศัยหลักการแก้ปัญหาตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการ (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (Carlson et al., 1982) ขั้นตอนกระบวนการพยาบาลอาจแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การประเมินผู้รับบริการซึ่งจะรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (Yura and Walsh, 1988) คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลจะเป็นการปฏิบัติที่มีขั้นตอนตามลำดับ และมีวงจรต่อเนื่องกัน นอกจากนี้ยังมีกลไกย้อนกลับทุกขั้นตอน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการช่วยเหลือแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยร่วมกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะจำเป็นของกระบวนการพยาบาลอีกประการหนึ่งคือ การวางแผน ซึ่งต้องกระทำล่วงหน้าก่อนลงมือปฏิบัติ โดยมีบุคคลหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับปัญหาและการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบระเบียบ และต่อเนื่อง และจะต้องเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายชัดเจน

สรุปแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ได้แก่

1. เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ
2. เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
3. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาล
4. มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจ
5. เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายชัดเจน
6. เป็นกระบวนการที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
7. เป็นการวางแผนการปฏิบัติการล่วงหน้า

ค. ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินผู้รับบริการ (Assessment)
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)



การประเมินผู้รับบริการ (Assessment)

เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้รับบริการ การดำเนินงานจะเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการโดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย เมื่อรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ และไม่มี ความสำคัญก็ควรตัดทิ้งไป สำหรับข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อจัดเรียงเป็นหมวดหมู่แล้ว เรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) การเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการและการพยาบาล (Conceptual Framework of Nursing) ที่ชัดเจน และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment tool)

การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นการตัดสินใจหรือการสรุปภาพปัญหาและสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ค่อนข้างสำคัญ ต้องอาศัยความรู้ ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยการพยาบาลเริ่มต้น โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ การวิเคราะห์ ข้อมูลจะเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับกรอบแนวคิดหรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ การ

แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแปลผลได้เป็น 2 ลักษณะคือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือความรู้ที่เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เบนไปจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องจะแสดงถึงความผิดปกติหรือมีปัญห (Problem) ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (Actual Problem) หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Potential Problem) ผลการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาล จะเป็นข้อสรุปเกี่ยวกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเฉพาะราย

การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหของผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การวางแผนจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้อาศัยความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งลงในบันทึกการพยาบาล (Nurse's Note) ผลการปฏิบัติการพยาบาลจะบันทึกในรูปของพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาล

การประเมินผล (Evaluation)

เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาล ที่ให้แก่ผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการ

แก้ปัญหของผู้รับบริการ การประเมินผลการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของ พฤติกรรมผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล (Actual outcome) กับ พฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล (Outcome criteria) การแปลผลข้อมูล สรุปได้เป็น 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาล แสดงออกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการ แก้ไขสมบูรณ์
2. พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาล แสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการประเมินตั้งแต่ตอนแรก แสดงถึงปัญหา ยังไม่ได้รับการแก้ไข จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล
3. ในกรณีพบว่าพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นขณะประเมินผลการ พยาบาลแสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้รับ บริการและวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

จะเห็นได้ว่าการนำเอากระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้รับ บริการเฉพาะรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยนั้น จะเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นขั้น ตอนตามลำดับและเป็นระยะเวลาต่อเนื่องตลอดเวลาตามสถานการณ์ในตัวบุคคล จึงนับได้ว่า เป็นงานที่พยาบาลปฏิบัติตามบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาล และเป็นงานที่มีลำดับความยากสูง ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบแนวคิดหรือกรอบมโนทัศน์ของบุคคล ชั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล

Hegyvary (1979) ได้ทำการศึกษาถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน ผลคุณภาพของพยาบาล ผลปรากฏว่า คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการประเมิน ข้อที่ได้คะแนนสูงเกิน 80 ขึ้นไป จะเป็นเรื่องเหล่านี้คือ การป้องกันอันตรายและอุบัติเหตุ การดูแลเรื่องความสะอาด การได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อ และการเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์

ถูกเงินซึ่งก็มีพยาบาลหลายคนแปลกใจว่า ในส่วนที่น่าจะมีความต้องการเอาใจใส่มากกว่านี้กลับได้คะแนนต่ำ เช่น การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การสอนสุขศึกษา การดูแลครอบครัว และการประเมินผลการพยาบาล จากคะแนนที่ได้มีผู้ทำการศึกษาค้นคว้าให้ข้อสังเกตว่า น่าจะเป็นเพียงข้ออ้างอิงเท่านั้นยังไม่สามารถพิจารณาเป็นมาตรฐานได้ จากผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้เสนอแนะว่าแม้ว่ากระบวนการพยาบาลจะเป็นเครื่องมือที่มีความมั่นคงและสมบูรณ์ก็ตาม กระบวนการพยาบาลยังเป็นเครื่องมือที่ถึงคุณภาพของการพยาบาล แต่การตัดสินใจที่น่าจะมีองค์ประกอบอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

สมจิต หงุเจริญกุล และคณะ (2528) ได้ทำวิจัยเรื่องการติดตามการใช้ระบบบันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือมาจากระบบบันทึกทางการแพทย์ และเพิ่มเติมในส่วนของพยาบาลเพื่อสะท้อนให้เห็นการพยาบาลผู้ป่วยทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ผลการตรวจสอบจากบันทึกทางการพยาบาล พบว่าการประเมินปัญหาและการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการสนองความต้องการของผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันอยู่ในเกณฑ์ดี มีข้อบกพร่องในเรื่องการประเมินภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์วางแผนการพยาบาลไม่ค่อยสมบูรณ์ บันทึกในเรื่องการสอนและในเรื่องการดูแลตนเองน้อย เหตุผลที่พยาบาลไม่ได้เขียนปัญหาและวางแผนการพยาบาลนั้นมีหลายอย่าง เช่น อ้างว่าไม่มีเวลา ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำไม่ทัน เขียนปัญหาไม่เป็น และที่สำคัญที่สุดคือ พยาบาลไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเขียนปัญหาและแผนการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย เพราะคิดว่าปัญหาของผู้ป่วยและแผนการพยาบาลเป็นที่ทราบกันอยู่แล้ว การบอกเล่าด้วยปาก-เปล่งก็เพียงพอ

นิชริศา สีนะขุนางกูร (2530) วิจัยเรื่อง การวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัยสรุปว่า การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาล มีการใช้ขั้นการปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด และใช้ขั้นประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่ำที่สุด

สุระพรรณ พนมฤทธิ (2534) ทำการวิเคราะห์ระดับคุณภาพของกระบวนการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลราชวิถีได้ปฏิบัติกระบวนการพยาบาลโดยรวมทุกลักษณะของผู้ป่วยตามที่กำหนด ร้อยละ 70.31 แสดงว่าได้ปฏิบัติกระบวนการพยาบาลโดยรวมตามเกณฑ์คุณภาพในระดับดี คือ ได้ปฏิบัติกระบวนการพยาบาลมีความครบถ้วนสมบูรณ์มาก และเมื่อพิจารณาในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติ พบว่า ได้ปฏิบัติขั้นปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 92.17 แสดงว่าคุณภาพในขั้นนี้อยู่ในระดับดีเลิศ คือ ได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด และพบว่าขั้นประเมินผลการพยาบาลมีการปฏิบัติ ร้อยละ 47.08 แสดงว่าปฏิบัติตามเกณฑ์ คุณภาพในระดับต่ำคือ ปฏิบัติอย่างครบถ้วนสมบูรณ์น้อย

การดูแล

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา นักปรัชญา นักทฤษฎี และนักวิจัยได้ให้ความหมายของ "การดูแล" ว่าเป็นหัวใจ เป็นจุดรวมและเป็นลักษณะเด่นของการพยาบาล (Leininger, 1981) การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการพัฒนา การรักษาสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้ง ๆ ที่การดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ แต่พยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญของการดูแลมากเท่ากับการรักษาวัฒนธรรม สังคม การเมืองหรือวิชาชีพที่ส่งผลต่อพยาบาลบ้างก็กล่าวว่า เพราะผู้ให้การรักษาคือแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายที่สังคมยอมรับความสามารถของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สังคมยอมรับการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่มีการประดิษฐ์เครื่องมือในการวินิจฉัยและการรักษาโรคที่ทันสมัย "การดูแล" เป็น "กระพี้" ของวิชาชีพการพยาบาลที่มองเห็นได้ ระบุได้ และเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการบอกได้ว่าอะไรคือ "การดูแล"

ก. ความหมายของการดูแล

Mayeroff (1977) นักปรัชญากล่าวว่า การดูแลคนนั้น มีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่ความพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนนั้นเกิดขึ้น เช่นเดียวกับเพื่อนสนิทให้การช่วยเหลือแก่กันด้วยการไว้วางใจกัน และมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน Mayeroff ได้ขยายความไว้วางใจว่า การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือการจัดค่านิยม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

สัมพันธ์เสียใหม่ และการดูแลช่วยยาให้คนดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น

Blattner (1981) นักการศึกษาพยาบาลอธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการ การปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ สร้างความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดี การดูแลจะสำเร็จได้ด้วยวิถีทางของความเข้าใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้ พลังงานและเทคนิควิธี เป้าหมายอยู่ที่การตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์และประสบความสำเร็จ

Leininger (1981) นักทฤษฎีการพยาบาล ผู้ริเริ่มการดูแลและเจ้าของทฤษฎี "Transcultural Nursing" ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุน (Supportive) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตหรือสภาพของมนุษย์

Watson (1979) ได้เสนอสาระของการดูแล โดยแบ่งซึ่งปัจจัยเชิงปฏิบัติการดูแล เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการ ให้มีสุขภาพดีและตายอย่างสงบ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้คือ ลักษณะของพยาบาลและกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาล Watson เพิ่มความสำคัญของความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้รับบริการแต่ละคนที่ผ่านกระบวนการดูแล

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2531) กล่าวว่า การดูแล (Caring) เป็นศาสตร์ของการพยาบาล ในทางองเดียวกันกับการรักษา (Curing) เป็นศาสตร์ของแพทย์

จึงสรุปได้ว่า การดูแลเป็นศาสตร์ที่มีความเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สนองตอบความต้องการของบุคคลในเรื่องของการมีสุขภาพดีหรือตายอย่างสงบ มุ่งเน้นในเรื่องของความพึงพอใจ ความเจริญเติบโต

ข. ความสำคัญของการดูแล

ในปัจจุบันโลกกำลังเปลี่ยนแปลง การเกิดสงคราม ความขัดแย้ง ทำให้เราตระหนักถึงการดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยปกป้อง พัฒนา บำรุง และช่วยให้มนุษย์มีความอยู่รอดด้วยวิธีต่าง ๆ นักมานุษยวิทยากล่าวไว้ว่าการที่มนุษย์คำนึงถึงการอยู่รอดของชีวิต จึงหันมาพิจารณาบทบาทของการดูแลในลักษณะของความกรุณา ความแตกต่างในด้านความรู้ วัฒนธรรม

สังคม และการเมือง มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของมนุษย์และความเป็นอยู่รอดของเชื้อชาติ บางคนกล่าวว่า วัฒนธรรมสามารถทำลายมนุษย์ เนื่องจากการขาดความสำนึกถึงความเป็นมนุษย์ ทุกวันนี้คนเรายังไม่แน่ใจว่า การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยให้อภัยจากความเจ็บป่วยและดำรงไว้ซึ่งความ มีสุขภาพดี Leininger (1981) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพช่วยให้คนเราหายจากความเจ็บป่วย ได้เร็วขึ้น และช่วยขจัดภาวะเครียดให้หมดไป

ความเจ็บป่วยบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกาย อาจจะมีสาเหตุจากความคับแค้น และความผันแปรทางอารมณ์ อาการจะกำเริบมากขึ้น เมื่อมีปัญหาและความกดดันทางอารมณ์ และจิตใจเนื่องจากกายกับใจเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ และมีผลต่อกันอย่างมาก โรคทาง กายที่มีผลมาจากจิตใจ เรียกว่า โรคไซโคโซมาติก (Psychosomatic) การเจ็บป่วยทาง กายที่มีผลมาจากจิตใจ มักจะเกิดขึ้นได้จากการกระตุ้นของสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้เกิดปฏิกิริยา ทางสรีรวิทยาขึ้น และไปมีผลทำให้เกิดเป็นโรคทางกาย จะเห็นได้ชัดเจนจากสมการ (มุกดา สุขสมาน, 2537)

สถานการณ์ที่มีการกระตุ้น → ปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา → ความผิดปกติทางกาย
(Stimulus situation) (Physiological reaction) (Psychosomatic disorder)

ในสังคมที่เจริญแล้ว จะพบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วย เนื่องจากไซโคโซมาติก มีเปอร์เซ็นต์สูงมาก และจะพบการเจ็บป่วยชนิดนี้เกิดขึ้นกับทุกระบบของร่างกาย

Watson (1980) กล่าวว่า ภาวะเครียด (Stress) ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับ โรคทางกายและใจ เช่น อาการซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) การติดยา (Drug Addiction) และถ้าไม่สามารถจัดการความเครียดได้จะนำไปสู่ภาวะความ ดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจ ไมเกรน แผลในกระเพาะ โรคไต โรคหอบหืด และแม้แต่ โรคมะเร็ง นอกจากนี้ภาวะเครียดยังมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน การขาดงาน ฯลฯ ดังนั้นถ้าเราจัดการความเครียดได้ โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการและโรคดังกล่าวก็จะหมดไป แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยมีความเครียดจากโรคที่เป็นอยู่ ประกอบกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ทั้งจากบุคคลากรทางการแพทย์ และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย

ย่อมก็ให้เกิดความเครียดตามมา การได้รับการดูแล (Caring) เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยจัดหรือบรรเทาภาวะเครียดได้ ผู้ป่วยก็จะฟื้นตัวเร็วขึ้น

ค. รูปแบบของการดูแล

การดูแลจะปรากฏได้เป็น 2 รูปแบบ โดยรวมเอากิจกรรมหลาย ๆ อย่างจัดเข้าไว้ดังนี้ (Brown cited by Leininger, 1981)

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ รูปแบบนี้มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องการดูแลในทันที เป็นความต้องการที่ตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการและเคารพสิทธิของบุคคล โดยมุ่งที่เวลาที่ใช้แก่ผู้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่การปฏิบัติที่ต้องกระทำในทันที จึงจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ และมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแล

ไม่ว่าจะให้การดูแลแบบใด ๆ แก่ผู้รับบริการ จะต้องใช้รูปแบบทั้ง 2 รูปแบบนี้รวมกันจึงสมบูรณ์ตามลักษณะของศาสตร์การดูแล

Blattner (1961) ได้เสนอรูปแบบของการดูแล ไว้ 3 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) คือ ความเอาใจใส่ต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และวิญญาณ

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเฉพาะหลายประการ เช่น การสัมผัส (Touch) การให้การสนับสนุน (Support)

รูปแบบที่ 3 การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นความช่วยเหลือเกื้อหนุนกันภายในชุมชน แนวคิดก้าวหน้าเกี่ยวกับเรื่องนี้คือ การดูแลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice care) คือ ให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายกับครอบครัว และอยู่ในชุมชนของตนเอง



ง. กระบวนการของการดูแล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอนคือ

1. ผู้รับบริการรับรู้ความต้องการหรือความปรารถนาของตนเอง
2. พยาบาลควรตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลและผู้รับบริการจะทำความเข้าใจร่วมกัน ถึงความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อจะได้กำหนดแผนการพยาบาลร่วมกัน
3. การสนองตอบต่อความต้องการ เป็นการปฏิบัติการดูแลที่ผู้รับบริการบอกได้อย่างชัดเจนว่าตนได้รับการดูแลแล้ว
4. การรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ แสดงถึงการดูแลได้ปฏิบัติแล้วด้วยความพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเท่ากับเป็นการประเมินการดูแลนั่นเอง
ความสำคัญของกระบวนการดูแลอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมความเป็นบุคคล (Expressive activities) ไม่เพียงแต่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองการรักษาพยาบาลเท่านั้น (Instrumental activities)

จ. พฤติกรรมของการดูแล พฤติกรรมอะไรบ้างที่บ่งชี้การดูแล จำเป็นต้องอธิบายได้อย่างชัดเจนเพื่อการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงตามความคิดของการดูแล

Bowlby (1980) อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) ว่าเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกับที่พ่อแม่แสดงต่อลูก การแสดงพฤติกรรมต่อผู้ใหญ่หรือต่อเด็ก โดยเฉพาะในเรื่องความเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมการสัมผัส การจับต้อง และการให้การสนับสนุนด้านจิตใจจึงเป็นพฤติกรรมสำคัญตามแนวคิดทฤษฎีการดูแล

Roger (1965) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของการดูแลที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษา โดยการมีสัมพันธภาพในรูปแบบของการให้คำปรึกษา "ความรัก" คือ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อกัน จะต้องเกิดขึ้นในสัมพันธภาพของการให้ความช่วยเหลือ พฤติกรรมการดูแลก็เช่นเดียวกัน มีจุดมุ่งหมายที่ทำให้การช่วยเหลือ ความรักจึงเป็นสิ่งบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างหนึ่ง

Fromm (1963) มีแนวคิดเช่นเดียวกับ Roger โดยอธิบายว่า องค์ประกอบพื้นฐานของความรัก คือ การดูแล การแสดงความรับผิดชอบ การให้ความเคารพ และการแสดงว่ามีความรู้ Fromm จึงถือว่า การดูแลเป็นการแสดงความรักต่อกัน โดยที่การดูแลสะท้อน

ความเกี่ยวข้องต่อชีวิตของผู้ที่ให้การดูแล นอกจากนั้นการดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับการแสดงถึงความรักและการดูแลจึงเป็นเรื่องเดียวกัน และเป็นการแสดงออกของบุคคลที่มีวุฒิภาวะเพื่อรักษาความเป็นส่วนเดียว และเป็นเอกลักษณ์ของตน

Eriksen (1963) เป็นอีกท่านหนึ่งที่อธิบายความรักและการดูแลว่า การดูแล เป็นพฤติกรรมเฉพาะที่เกิดขึ้นในมนุษย์ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญในวงจรชีวิตของมนุษย์ Eriksen ได้อธิบายไว้ว่า ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดขึ้นได้จากการให้อาหารอย่างเพียงพอ ให้ความรักอย่างเหมาะสม และสัมพันธ์ภาพที่ต่อกันระหว่างแม่-ลูก นั่นเอง คือ การให้การดูแลที่แม่กระทำต่อลูก หรืออาจกล่าวได้ว่า ความไว้วางใจเกิดขึ้นจากการได้รับการดูแลนั่นเอง

Brody (1979) ได้อธิบายพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ใหญ่ให้กับเด็กนั้นถูกกระตุ้นโดยความรัก หรือความรู้สึกผิด และการดูแลที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของชีวิต (Generation) นั้นอยู่ที่ความยาวนานของการมีความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งมีลักษณะตั้งแต่ความสัมพันธ์ธรรมดาถึงความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง ตามกิจวัตรการแสดงออกด้วยความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ (Empatic)

Montagu (1978) ได้เน้นถึงพฤติกรรมการดูแลว่า ควรมีลักษณะของการปฏิบัติที่มุ่งเน้นแสดงออกถึงความรัก และความเอาใจใส่ต่อกัน โดยจะต้องเกิดขึ้นเช่นนี้ตั้งแต่แรกเกิดมอนตาгу ให้ความสำคัญและพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพว่า ควรมุ่งที่การสัมผัส (Tactile stimulation) ร่วมกับท่าทางด้านร่างกายเป็นพฤติกรรมสำคัญของการดูแล

Cobb (1979) ได้เสนอแนะการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่เป็นลักษณะของสัมพันธ์ภาพคู่ (Dyadic relationship) ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ความช่วยเหลือบุคคล คอบบ ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สัมพันธภาพเช่นนี้เกิดขึ้นในระหว่างผู้ต้องการความช่วยเหลือและผู้ที่มีความตั้งใจจะให้ความช่วยเหลือ จึงเป็นลักษณะของความรู้สึกร่วมกันทั้งผู้รับและผู้ให้ ซึ่งต้องการความไว้วางใจต่อกันเป็นสำคัญ

จากการศึกษาโครงสร้างการดูแลตามวัฒนธรรมกว่า 30 วัฒนธรรมของ Leininger ในปี 1968 (Leininger, 1981) ได้แบ่งประเภทโครงสร้างของการดูแลไว้มากมาย ซึ่งเป็นการระบุจากประชาชน เป็นต้นว่า ความสุขสบาย (Comfort) ความเมตตา สงสาร (Compassion) ความเอาใจใส่ (Concern) การอำนวยความสะดวก (Facilitating) ความสนใจ (Interest) พฤติกรรมในการช่วยเหลือ (Helping Behaviors) ความรัก (Love) การสนับสนุนประคับประคอง (Support) และอื่น ๆ

Wolf (1986) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแล โดยการให้พยาบาลวิชาชีพ 97 คน จัดอันดับพฤติกรรมกรรมการดูแลที่อยู่ในรูปของคำหรือวลีที่เลือกมาจากวรรณคดีทางการแพทย์พยาบาล 10 อันดับ ตามลำดับมากไปน้อยดังนี้คือ

1. การฟังอย่างตั้งใจ (Attentive listening)
2. การทำให้มีความสุขสบาย (Comforting)
3. ความจริงใจ (Honesty)
4. ความอดทนอดกลั้น (Patience)
5. ความรับผิดชอบ (Responsibility)
6. การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Providing information so that the patient or client can make informed decisions)
7. การสัมผัส (Touch)
8. การไวต่อการรับรู้ความรู้สึก (Sensitivity)
9. การเคารพยอมรับนับถือ (Respect)
10. การเรียกผู้ป่วยโดยใช้ชื่อ (Calling the patient or client by name)

อย่างไรก็ตามยังมีหลายความคิดและหลายกิจกรรมที่บ่งบอกว่าเป็นการดูแล Gaut (1988) กล่าวว่าความหมายของการดูแลยังมีความเคลือบคลุมอยู่และจากการศึกษาของเขาพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลนั้นไม่ได้คำนึงถึงความหมายของการปฏิบัตินั้น เพียงแต่ให้การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบายเท่านั้น Leininger ได้เสนอแนะว่า การที่จะศึกษาเรื่องการดูแลได้นั้น การสังเกตพฤติกรรมที่ตอบสนองของผู้รับบริการต่อพฤติกรรม

ของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ยังมีพยาบาลจำนวนน้อย (น้อยกว่า 10%) ให้การศึกษาเรื่องนี้ อย่างแท้จริงโดยอาจมีสาเหตุ ดังต่อไปนี้ (Leininger, 1981)

1. พยาบาลยังมีความเชื่อว่า การที่ตนปฏิบัติกรพยาบาลเป็นการให้การดูแล แล้วจึงไม่สนใจที่จะศึกษาเรื่องการดูแลอย่างลึกซึ้ง
2. ยังไม่มีงานวิจัยที่สามารถแยกความหมายของพฤติกรรมกรดูแล เช่น การร่วมรู้สึก ความรัก ความสงสาร (Compassion) และอื่นๆ ซึ่งเป็นการยากที่จะศึกษาและวัดได้
3. ความรู้สึกว่าการให้การรักษาสาคัญมากกว่าการให้การดูแล และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อเขาเจ็บป่วย การดูแลจึงเป็นเรื่องยากที่จะทำการศึกษาและเข้าใจ แม้ว่าในยุคนั้น ๆ ของการพยาบาลได้มีการพูดถึงการดูแลไว้ โดย Nightingale ว่า การดูแลเป็นความต้องการของบุคคล เช่นเดียวกับที่บุคคลต้องการอากาศ อาหาร และสิ่งแวดล้อมที่สะอาด
4. ความเจริญทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นที่จะรู้เรื่องของการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์สมัยใหม่มากกว่า
5. วิทยาการการรักษา การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว ส่งผลให้ความสนใจเรื่องการดูแลของพยาบาลน้อยลง
6. เนื่องจากเรื่องการดูแลเป็นเรื่องการแสดงออกถึงความเป็นผู้หุถึง มีความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ จึงทำให้พยาบาลบางคนมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อความรู้สึกนี้

ฉ. องค์ประกอบของการดูแล

Mayeroff (1971) ได้อธิบายองค์ประกอบสำคัญในการดูแล (Ingredients of caring) ไว้ 8 ประการ ดังนี้

1. การรู้จัก (Knowing) เป็นความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดสืบเนื่องมาจากการมีความรู้คือรู้จักคนคนหนึ่ง ว่าอะไรคือความสามารถและข้อจำกัด มีความต้องการอะไร อะไรคือสิ่งที่จะนำมาซึ่งเจริญงอกงาม จะตอบสนองความต้องการได้อย่างไร และอะไรเป็นพลังและข้อจำกัดของบุคคลในการให้การดูแล ในการปฏิบัติการดูแลนั้น ถ้าพยาบาลรู้จักและเข้าใจในผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดีพอแล้ว สัมพันธภาพการดูแลจะเกิดขึ้นได้ การรู้จักเชิงวิชาชีพนั้นต้องอาศัยความรู้ในส่วนของคุณภาพและความเจ็บป่วยด้วย ซึ่งความรู้ที่ต้องศึกษาร่วมด้วยคือ พฤติกรรมมนุษย์และพัฒนาการการสื่อสารและการแก้ปัญหา และที่สำคัญพยาบาลต้องรู้จักตัวเอง

ในฐานะผู้ดูแล ว่ามีจุดอ่อนและความเข้มแข็งเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความจริงใจได้แค่ไหน และเพียงใด

2. ความเข้าใจความหลากหลายของปัญหา (Alternating rhythms) คือ ความสามารถในการมองปัญหาหลาย ๆ แนว โดยเฉพาะในส่วนของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เพราะถ้ามองเฉพาะส่วน อาจจะทำให้การบริการไม่ครอบคลุมสาระของการดูแล และจะต้องมีการเรียนรู้การดูแลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา การพิจารณาถึงการช่วยเหลือในอดีตที่ประสบความสำเร็จ สามารถนำมาตัดแปลงหรือคงไว้เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่น ๆ ได้

3. การอดทน/อดกลั้น (Patience) ความสำคัญขององค์ประกอบนี้ มีเป้าหมายที่จะให้คนค้นพบตัวเอง ได้เจริญเติบโตไปด้วยตนเอง จึงต้องให้ออกาสคนได้คิด และตัดสินใจด้วยตนเอง การพยายามเน้นที่การมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ แต่มักจะเน้นเพียงการพูด (Lip service) ไม่มีการกระทำจริงที่สมบูรณ์ ซึ่งความอดทนอดกลั้นนั้นจะช่วยให้อาสาสมัครได้คิดค้นหาวิธีที่จะให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

4. ความจริงใจ (Honesty) เป็นการแสดงออกถึงความจริงใจ การแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมา ร่วมกับการแสดงออกถึงความเข้าใจต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมา

5. ความไว้วางใจ (Trust) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพ และเกี่ยวข้องกับความจริงใจและความอดทน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความเป็นบุคคลของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น

6. ความถ่อมตน (Humility) เป็นลักษณะของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากการพัฒนาการของการดูแล นับตั้งแต่การดูแลความเป็นบุคคล เรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นอิสระหรือเอกลักษณ์ของคนอื่นและเกี่ยวข้องกับตัวพยาบาลเอง หรือเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะป้องกันการเกิดความรู้สึกเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วย ไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นของตน แต่เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความเฉพาะและมีสิ่งน่าเรียนรู้จากผู้ป่วยมากมาย

7. ความหวัง (Hope) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเกิดความต้องการหรือแรงปรารถนาให้มีการดูแล เป็นการคิดถึงความเป็นไปได้ในสิ่งที่ตนจะกระทำในปัจจุบัน ที่เป็นการช่วยเหลือบุคคลหนึ่ง ซึ่งความหวังจะต้องเกิดขึ้นเสมอ เพื่อเกิดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติกรดูแลอย่างมีเป้าหมาย

8. ความกล้า (Courage) การปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวกขัดต่อจริยธรรม จรรยาบรรณ และค่านิยม การปกป้องสิทธิตนเองและผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ เหล่านี้ต้องการความกล้า การดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเผชิญ จึงต้องสร้างความกล้าให้เกิดขึ้น

Watson (1985) ได้ให้องค์ประกอบสำคัญในการดูแล เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้คงไว้และรักษาซึ่งการยกระดับความมีสุขภาพดี หรือตายอย่างสงบที่แตกต่างจากองค์ประกอบของการรักษาโรคหรือพยาธิสภาพ ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลนี้ เป็นการรวมรูปแบบโครงสร้างทางวิทยาศาสตร์และมนุษยศาสตร์เข้าด้วยกัน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบการดูแล 10 ประการ ของ Watson มาเป็นกรอบในการศึกษาการดูแลในวิชาชีพ ซึ่งองค์ประกอบการดูแล 10 ประการ ประกอบไปด้วย

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม

(The formation of a humanistic-altruistic system of values)

การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม เป็นปรัชญาเชิงคุณภาพซึ่งนำไปสู่การมีชีวิตที่สมบูรณ์ เป็นข้อผูกพันและความพอใจที่ได้มาจากการให้เป็นความเกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะมีทัศนคติต่อมนุษยชาติ ด้วยความรักและยกย่องนับถือ ในความแตกต่างและความเป็นบุคคลหนึ่ง

ประสบการณ์ที่ผ่านมานในชีวิตกับการเรียนรู้อย่างเปิดกว้าง ช่วยให้เกิดการปลุกฝังระบบความรู้สึก ความคิดอ่านและพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้อื่นสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งการเข้าถึงชีวิตอย่างมีค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และความมีมนุษยธรรมนั้นเมื่ออิทธิพลต่อรูปแบบของการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของอำนาจและค่านิยมนั้น ก่อให้เกิดผลในการเผชิญระหว่างพยาบาลกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรมสามารถพัฒนาผ่านระดับความรู้ สติ และการพิจารณาอย่างใกล้ชิดของค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคล

การสร้างค่านิยมให้แก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม ในทาง การพยาบาลไม่ได้หมายความว่าพยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมเสียสละให้ทุกสิ่งทุกอย่าง และไม่ สนใจตนเองเสียทีเดียว แต่มีความหมายว่าตนเองควรจะได้รับการพัฒนาไปในแนวทางความมี มนุษยธรรม ซึ่งมีการขยายความรู้สึกของตนเอง (extension of the sense of self)

ดังนั้น การดูแล ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและการแสดงออกซึ่งการสร้าง ค่านิยมให้แก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม เป็นการส่งเสริมการดูแลเชิงวิชาชีพที่ดี ที่สุด และการช่วยเหลือสังคมอย่างสมบูรณ์ที่สุด จึงเป็นเหตุผลที่ Watson พิจารณาว่าการ สร้างค่านิยมให้แก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันดับแรก สำหรับศาสตร์การดูแล

2. การปลูกฝังความเชื่อและความหวัง (The instillation of faith-hope)

พยาบาลจะต้องปลูกฝังในสำนึกของผู้ป่วย ถึงความเชื่อและความหวังใน การพยาบาลและการรักษา ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาล และ ยินยอมที่จะเปลี่ยนทัศนคติ รวมทั้งพฤติกรรมการค้นหาสุขภาพ

ความเชื่อ-ความหวัง เป็นพื้นฐานเบื้องต้นที่สามารถก่อให้เกิดผลใน กระบวนการเยียวยา และผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยนอกเหนือไปจากข้อกำหนดทางการแพทย์ โดยเฉพาะความเชื่อในตัวบุคคลก็ไม่ควรจะละเลย เนื่องจากเป็นสิ่งสนับสนุนและได้รับการ ยอมรับว่าเป็นอิทธิพลที่สำคัญในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพ

3. ความไวต่อการรับรู้ตนเองและต่อผู้อื่น (The cultivation of sensitivity to one's self and to others)

ความไวต่อการรับรู้ตนเอง และการปลูกฝังการตัดสินใจ รสนิยม ค่านิยม สัมพันธภาพของมนุษย์นั้น พัฒนามาจากขั้นตอนของอารมณ์ (Emotional status) ซึ่งการ พัฒนาการของความรู้สึกถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์ชีวิตในเรื่องความทุกข์แอมตาสงสาร

การตระหนักรู้และการพัฒนาการของความรู้สึก (feeling) นำไปสู่ Self-actualization โดยผ่านการรับรู้ในตนเอง (Self-acceptance) และการเติบโต ทางจิตวิทยา (Psychological growth)

การสร้างความสัมพันธ์ของความไวต่อความรู้สึกของคนนั้น ก็เป็นการสร้างรากฐานสำหรับการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น คนจะต้องตระหนัก ยอมรับและยินดีที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองเสียก่อนจึงจะสามารถยอมรับและตระหนักถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้

การไวต่อการรับรู้ตัวตนและผู้อื่นอาจกำหนดขอบเขตที่พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาตัวเอง และใช้ตัวเองให้เป็นประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ต่อผู้อื่น

พยาบาลผู้ที่มีความไวต่อความรู้สึกสามารถที่จะทำให้บุคคลอื่นๆ เกิดความรู้สึกเข้าใจยอมรับและสามารถที่จะก้าวตามระดับวุฒิภาวะของหน้าที่และการเจริญเติบโต (Functioning and growth) และสามารถจะเรียนรู้ถึงโลกทัศน์ของบุคคลอื่นได้ดีกว่า

4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและไว้วางใจ (The development of a helping- trust relationship)

การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและไว้วางใจนี้ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับองค์ประกอบการดูแลทั้ง 3 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ เนื่องจากว่าทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นเป็นคุณภาพของการมีสัมพันธภาพ ซึ่งการมีสัมพันธภาพอย่างมีคุณภาพของบุคคลหนึ่งกับบุคคลหนึ่งนั้นเป็นส่วนประกอบที่มีนัยสำคัญที่สุดในการกำหนดการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนประกอบเบื้องต้นของการดูแลอย่างมีคุณภาพ ก็คือการสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและไว้วางใจ ซึ่งการสร้างนั้น พยาบาลต้องทำความรู้จักกับบุคคลอื่น เป็นอันดับแรก รวมทั้งรู้จักโลกทัศน์ความเป็นตัวของตัวเอง ช่องว่างในชีวิต และทัศนคติต่อปรากฏการณ์วิทยาของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งขอบเขตปรากฏการณ์ (Phenomenal field) นั่นก็คือ ความรู้สึก (affects) สิ่งกระตุ้นและสิ่งยับยั้งหรือขัดขวางพฤติกรรมการค้นหาสุขภาพของเขาเหล่านั้น

5. การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ (The promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings)

Rosenberg (Watson, 1985) ได้ทำการวิจัยและกล่าวอย่างชัดเจนในสมมติฐานว่าอาจมีการแยกจากกันระหว่างอะไรที่คนรู้และรู้สึกด้วยในเรื่องเดียวกัน ความมั่นคงทางความรู้สึก และความคิดทางปัญญาเป็นสิ่งที่บุคคลค้นหา และความไม่มั่นคงระหว่างความคิด และความรู้สึกนั้นสามารถที่จะนำไปสู่ความวิตกกังวล ความเครียด ความสับสน หรือ

แม้แต่ความกลัวซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงความเข้าใจและมีอิทธิพลต่อทัศนคติก่อให้เกิดผลทางพฤติกรรม

การมุ่งเน้นในความรู้สึกและอารมณ์อันไม่แสดงความเป็นเหตุเป็นผลในเหตุการณ์หนึ่งของคนหนึ่งนั้น มีความเหมาะสมที่สุดสำหรับพยาบาลในเรื่องของการแสดงพฤติกรรมการดูแล

ความรู้สึกเป็นสิ่งที่มียุทธิพลอย่างมาก ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมและความคิดต่าง ๆ พร้อมกับมีผลให้เกิดการกระตุ้นความประพฤติกและความคิดที่ไม่มีเหตุผลได้

การปฏิบัติเพื่อการรักษาและสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและไว้วางใจมุ่งเน้นที่ความรู้สึกของคน การยอมรับ ซึ่งการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ได้ถูกระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลและส่วนหนึ่งของแก่นการพยาบาล

พยาบาลควรจะได้รับ การสนับสนุนอย่างเพียงพอ ที่จะยอมให้กระทำในเรื่องที่เสี่ยงสำหรับตนเองพอ ๆ กับเสี่ยงกับผู้อื่น และยิ่งไปกว่านั้น การตรวจสอบความจริงก็สามารถเกิดขึ้นได้สำหรับทั้งพยาบาลและบุคคลอื่น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อสถานภาพนั้นอย่างเหมาะสมหรือความไม่เหมาะสมของการหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่แท้จริง ในทางกลับกันสัมพันธภาพของการช่วยเหลือจะดำเนินไปอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ระดับความซื่อตรงนั้นมีความจำเป็นสำหรับการปฏิบัติของศาสตร์การดูแล

6. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหา (The systemic use of the scientific problem solving method for decision making)

การใช้วิธีการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างมีระบบ เพิ่งจะได้รับความสำคัญสำหรับศาสตร์การดูแลเหมือนกับวิธีปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม ปัญหาที่หนักยิ่งอย่างหนึ่งสำหรับการพยาบาลก็คือ การขาดซึ่งวิธีการทางวิทยาศาสตร์ การขาดข้อมูลทางปริมาณ

การปฏิบัติของศาสตร์การดูแลในการทางการพยาบาล มีเค้าโครงพื้นฐานความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์และความเข้าใจว่าประชาชนมีความรู้สึกและแสดงพฤติกรรมอย่างไรเมื่ออยู่ในภาวะความเครียด สบายดี สบายกาย แต่มีความกังวล และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

การพยาบาลวิชาชีพที่เข้าระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะช่วยตัดสินใจในสถานการณ์การพยาบาลทั้งหมด ซึ่งการใช้วิธีการแก้ปัญหา

ทางวิทยาศาสตร์ยอมให้พยาบาลสร้างกฎเกณฑ์ธรรมดา และฐานข้อมูลธรรมดา ที่จะแก้ปัญหา
 อย่าง เป็นระบบในการตัดสินใจและกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนการพยาบาล

ดังนั้นพยาบาลจะต้องเข้าใจว่า กระบวนการพยาบาลและกระบวนการ
 วิจัยทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานเดียวกัน การเรียนรู้ความเข้าใจและการใช้ระบบระเบียบวิธี
 ทางวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ปัญหของพยาบาลนั้นเป็นการทำให้ สำหรับการปรับและการตัดสินใจการ
 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างดียิ่งเท่ากับรากฐานสำหรับการตรวจสอบปัญหาการวิจัย

7. การส่งเสริมการเรียนการสอนระหว่างบุคคล (The promotion of
 interpersonal teaching learning)

การเรียนการสอนระหว่างบุคคลเป็นองค์ประกอบการดูแล ที่มีการปฏิบัติ
 เป็นกระบวนการ โดยมุ่งการติดต่อข่าวสาร ซึ่งจะต้องพิจารณาถึงธรรมชาติของการเรียนรู้
 และสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อกระบวนการเรียนรู้ระหว่างบุคคล

การสอนเพื่อมุ่งให้ความรู้ได้น่ามาใช้บ่อยครั้ง เพื่อการส่งเสริมการเปลี่ยน-
 แปลงสุขภาพไปในทางบวก มีองค์ความรู้ทั้งในเรื่อทฤษฎีและการปฏิบัติ ซึ่งการติดต่อข่าวสาร
 เป็นหนทางชัดเจนที่จะลดความกลัวความวิตกกังวล เมื่อเกิดภาวะการเครียดทั้งที่เกี่ยวข้องกับ
 สภาพที่เป็นอยู่

Apply, Trumbull และ Lazarus (Watson, 1985) ได้ย้ำเน้น
 การเตรียมการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อจะช่วยให้การปรับตัวต่อสภาวะความเครียด ซึ่งสภาวะ
 เครียดเข้าไประบบแบบแผนการดำเนินชีวิต และรูปแบบของพฤติกรรมให้เปลี่ยนไป

8. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการประคับประคอง ป้องกันและ/หรือแก้ไขสภาพ
 จิตใจ ร่างกายสังคมวัฒนธรรมและวิญญาณ (The provision for a supportive, protec-
 tive, and (or) corrective mental, physical, sociocultural, and
 spiritual environment)

องค์ประกอบการดูแลนี้นับเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อชีวิต สุขภาพ ไม่ว่า
 จะเป็นการส่งเสริมการกลับฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ดี การป้องกันโรคหรือการดูแลในขณะเจ็บป่วย
 ตัวแปรบางอย่างที่เป็นหน้าที่ภายนอกของบุคคลก็คือ กิจกรรมและการจัดกระทำต่อสิ่งแวดล้อม
 ทางร่างกายหรือทางสังคม ซึ่งพยาบาลจะให้การประคับประคองป้องกันและให้ความปลอดภัยต่อ

บุคคลอื่น ส่วนตัวแปรที่เป็นหน้าที่ภายในของบุคคลนั้นก็คือ การประคับประคองป้องกันและ/หรือแก้ไขสภาพจิตใจ ร่างกาย สังคม วัฒนธรรม วิทยาศาสตร์ และความเป็นปกติสุข

การพึ่งพาระหว่างกันเป็นของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก มีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย กลไกการจัดระเบียบทางชีววิทยา และสรีรวิทยาภายใน สันนิษฐานรูปแบบของแบบแผนชีวิตของตน

ความสุขสบาย (Comfort)

ความสุขสบายเป็นตัวแปรภายนอกที่พยาบาลควรจะควบคุม เนื่องจากความสุขสบายนั้นมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก บางส่วนที่พยาบาลเป็นผู้ควบคุม กิจกรรมที่ทำให้ความสุขสบายสามารถเป็นการสนับสนุนประคับประคองป้องกัน หรือแม้แต่แก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ในขณะที่เดียวกัน การให้ความสุขสบายที่ไปจำกัดหรือสงวนพลังงานของผู้ป่วยไม่สามารถเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

สิ่งต่าง ๆ ที่เป็นการให้ความสุขสบาย เช่น การจัดเตรียมห้องให้เหมาะสม เป็นต้น

มาตรการให้ความสุขที่เป็นเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดห้องใหม่และการปิด-เปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

มาตรการให้ความสุขสบายด้านจิตใจ เช่น การฟังผู้อื่นพูดถึงความวิตกกังวลของเขาช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีความคาดหวัง

ความเป็นส่วนตัว (Privacy)

ความเป็นส่วนตัวกับภาวะสุขภาพนี้ Maslow (Watson, 1985) ได้กล่าวว่า มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมาก ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์

ความเป็นส่วนตัวเป็นการบริการให้คงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรี และความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้ Bloch (Watson, 1985) ยังได้ระบุถึงบทบาทที่แตกต่างออกไปของการให้ความเป็นส่วนตัวคือ

1. ความเป็นส่วนตัวคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของบุคคล (personal Autonomy) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของความเป็นมนุษย์
2. ความเป็นส่วนตัวก่อให้เกิดการผ่อนคลายทางอารมณ์จากความเครียดในชีวิตประจำวัน
3. ความเป็นส่วนตัวช่วยให้มีโอกาสประเมินตนเอง ด้วยการสำรวจตรวจสอบประเมินและบูรณาการความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งในบทบาทนี้อาจจะเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับกิจกรรมทางจิตวิญญาณ หรือการทำสมาธิที่นำมาซึ่งความหมายของชีวิตหนึ่ง
4. ความเป็นส่วนตัวช่วยให้มีการจำกัด และการป้องกันซึ่งการติดต่อสื่อสาร ซึ่งหมายถึงการยินยอมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ช่วยทำให้เกิดความมั่นใจ และกำหนดขอบเขตหรือระยะห่างทางสังคมในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความปลอดภัย (Safety)

การให้ความปลอดภัย เป็นการปฏิบัติพื้นฐานของบทบาทพยาบาล ซึ่ง Maslow (Watson, 1985) ได้ชี้ชัดว่า ความปลอดภัยเป็นความต้องการพื้นฐานของความเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์

ความปลอดภัยเป็นความต้องการที่ปรากฏขึ้นจากวัยทารก และก่อให้เกิดเป็นความเชื่อมั่นในวัยเด็กที่จะทำให้อาจได้รับความพอใจในความต้องการด้านกายภาพ

ความสวยงาม (Beauty)

พยาบาลเป็นผู้ให้ความสวยงามและความสะอาดของสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วยมาตรการให้ความสุขสบายพื้นฐาน เป็นการกำจัดสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นภาวะเป็นพิษ และการกำหนดหรือจัดการให้สะอาดและสุขาภิบาล (Sanitary)

มโนคติของความสวยงาม ประกอบด้วยการจัดความสวยงามของสิ่งแวดล้อมมาให้ปรากฏต่อความรู้สึกทางจิตใจให้ดีขึ้น อีกทั้งความสบายทางด้านร่างกาย ซึ่งหมายรวมถึงการจัดเครื่องประดับตกแต่งที่มีลักษณะดึงดูดใจ มีสีสันทน น่าผลิตเพลินและใช้งานได้ดี

นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมในการรักษาบำบัดซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยการใช้ศิลปะ ดนตรี บทกวี เป็นต้น

สภาพแวดล้อมที่สดชื่นเบิกบานใจช่วยให้คนสร้าง มโนทัศน์แห่งตน (self-concept) และความมีคุณค่าแห่งตน (Self-worth) ของคนๆ หนึ่ง สามารถทำให้แข็งแกร่ง โดยการปรับปรุงในเรื่องความสวยงามของสภาพแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความสุขสบายใน ขณะเดียวกันก็ยังสามารถสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งสิ่งที่เป็นส่วนช่วยสนับสนุน ให้เกิดความสุขงามได้ก็คือ ความบันเทิงใจ ได้จากเพื่อนฯ และสิ่งสนุกสนานต่างๆ ดนตรี การอ่านหนังสือ และงานอดิเรกต่าง ๆ

จุดประสงค์ของการให้การประคับประคอง ป้องกัน และ/หรือแก้ไขสิ่งแวดล้อม คือ คุณภาพของการดูแลสุขภาพ ซึ่งความสะอาดและความสวยงามนั้น เกี่ยวพันกันอย่าง ใกล้ชิดกับคุณภาพในความตั้งใจแน่วแน่ที่จะส่งเสริมระดับความมีศักดิ์ศรี และคุณค่าแห่งตนให้สูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องพิจารณาให้เห็นถึงความหมายของมโนคติของความสะอาดและสวยงาม และยึดถือไว้ในบริการบุคคลอื่น ๆ

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Assistance with the gratification of human needs)

เป็นการแสดงออกเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลอื่น ได้พบกับความจำเป็นที่ช่วย สนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาไปในทางที่ดี

10. การมีพลังจิตวิญญาณที่มาจากประสบการณ์ตรง (The allowance for existential phenomenological forces)

การอดทนต่อแรงกดดันภายนอก เป็นองค์ประกอบการดูแลหนึ่งที่เป็น องค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของความแยกตนเอง และการเป็นตัวแทนของตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นบุคคลิก (Personal) ประสบการณ์ตรงของคนๆ หนึ่งที่เป็นพื้นฐานของ การทำความเข้าใจ (foundation for understanding) เป็นการช่วยพยาบาลให้หันกลับ เข้ามาอยู่กับตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งคุณค่าและความเข้มแข็ง ต่อสู้กับการใช้ชีวิตในแต่ละ วันที่ล้วนแต่มีปัญหา ความยุ่งยาก ความเจ็บปวดในแต่ละคน ดังนั้น อานาจการกระทำเกิดขึ้น ภายนอกนี้เป็นองค์ประกอบที่นำมา ซึ่งความหมายของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ลำบากของมนุษย์ เป็นลักษณะของการสร้างเสริมสมรรถภาพในงาน ให้เกิดความเข้มแข็ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

พบว่า ยังมีการศึกษาของ Wolf เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลได้เสนอ 10 พฤติกรรม ที่มี Median Rank เกินกว่า 3.75 คือ การฟังอย่างตั้งใจ การปลอบโยน ความจริงใจ ความอดทน ความรับผิดชอบ การให้ข้อมูล การสัมผัส การไวต่อความรู้สึก ความนับถือ การเรียกชื่อผู้ป่วยโดยใช่ชื่อ

Reiman (1986) ได้รายงานพฤติกรรมที่ผู้รับบริการระบุว่าสิ่งที่ไม่ใช่พฤติกรรมการดูแล คือการกระทำที่เร่งรีบ และรวบรัด และกระทำเพื่อให้งานเสร็จ การแสดงออกอย่างหยาบค้าย และดูถูกผู้รับบริการ และการกระทำต่อผู้รับบริการ เป็นสิ่งของไม่ใช่มนุษย์

การศึกษาในประเทศไทยนั้น อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528) ได้ศึกษาความคิดของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล พบว่า การให้บริการด้านร่างกายของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี คล่องแคล่วฉับไว แต่การพยาบาลด้านจิตใจนั้น พยาบาลมีลักษณะไม่เป็นกันเอง ทำที่ห่างเหิน อธิษาศัยไมตรีไม่ดี ชอบขู่ผู้ป่วย

การจัดการต่อความเสี่ยง (Risk Management)

การจัดการต่อความเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติเชิงการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเกิดจากการได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผลที่ได้รับจากการจัดการนี้ เพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่าย (Marriner-Tomey, 1992)

การจัดการต่อความเสี่ยง เป็นการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยทักษะเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุหรือพยากรณ์ความผิดพลาดที่กำลังจะเกิดขึ้น (Chassie, 1987) ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับนั้นก็เพื่อความมั่นใจในด้านการให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ควบคุมการสูญเสียด้านต่าง ๆ และช่วยป้องกันการปฏิบัติที่ผิดพลาดไม่เหมาะสม (Parker, 1978) อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากความรับผิดชอบเบื้องต้นของวิชาชีพคือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นหรือกลับสู่สภาพที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายโดยเร็ว โดยการลดภัยคุกคามด้านสิ่งแวดล้อมและร่างกาย การประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยง

ต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพ การพยาบาลอันจะเป็นการลดความเสี่ยงได้ในที่สุด (Chassie, 1987)

จากการศึกษาสถิติของสมาคมผู้กำกับแห่งชาติ (The National Association of Insurance Commissioners) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1976 เป็นระยะเวลา 1 ปี พบความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาพยาบาล โดยบุคลากรในโรงพยาบาล 10 อันดับแรก 3 อันดับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ยาผิดพลาดมากเป็นอันดับที่ 3 การหกล้มและตกเตียงพบมากเป็นอันดับที่ 6 และการติดเชื้อเนื่องจากการขาดเทคนิคปลอดเชื้อที่ดีพบเป็นอันดับที่ 9 (Duran, 1980) และจากการสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล ทั้งด้านการบริหาร และอาจารย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจำนวน 8 คน รวบรวมความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลที่พบได้บ่อยหรือเป็นปัญหาทางการพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ ความเสี่ยงของการให้ยาผิด รองลงมาได้แก่ ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงของการติดเชื้อจากเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง (อาภา นิตยศักดิ์, 2533) และนอกจากนี้ จากการศึกษาของทอนตัน และคณะ (Taunton et al., 1994) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการขาดงาน การระงับหนักของพยาบาลวิชาชีพกับคุณภาพของผู้ป่วย โดยใช้การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infections) การหกล้มและตกเตียง (Patient Falls) และการให้ยาผิด (Medication Errors) เป็นตัววัดคุณภาพของผู้ป่วยเพราะเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดอันตรายและสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงใน 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงจากการให้ยา ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. ความเสี่ยงจากการให้ยา

ความเสี่ยงจากการให้ยา หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และเศรษฐกิจ ในขณะที่หรือหลังจากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากกิจกรรมให้ยาของพยาบาล โดยที่โอกาสของการสูญเสียจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยผิดพลาด

ความผิดพลาดที่เกิดจากการให้ยานั้นไม่มีการบันทึกรายงาน (Walters, 1992 cited by Taunton, 1994) ทำให้เราไม่สามารถทราบถึงอัตราเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย Jesse (1981, cited by Taunton) กล่าวไว้ว่า อัตราการเกิดอยู่ในช่วงกว้างประมาณ 1.6%-38.5% ทั้งนี้เนื่องจากการจดบันทึกรายงานนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละสถาบัน Davis (1994) เสนอวิธีการที่จะลดความผิดพลาดจากการให้ยา โดยการ

สอนผู้ป่วยดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยจดบันทึกชื่อยา และฤทธิ์ของยา
2. ให้ผู้ป่วยบอกประวัติการแพ้ยาในอดีต
3. ชักถามวิธีการรับประทานยา เช่น เวลาเช้า, กลางคืน หรือพร้อมมื้ออาหาร
4. ถ้ามีคำสั่งการรักษา ยาตัวใหม่ ให้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องฤทธิ์และอาการข้างเคียงด้วย
5. บอกให้ผู้ป่วยเข้าใจเวลารับประทานยา เพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
6. เวลาแจกยาครั้งต่อไป สอบถามให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจคำอธิบายที่เคยได้แนะนำไป
7. ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจว่ายาที่จัดให้ถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะซักถามได้ เพื่อความปลอดภัยของตนเอง
8. ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องยาอย่างละเอียด เช่น วิธีกิน ฤทธิ์ยาและอาการข้างเคียง อาการที่ควรมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยา

2. ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง

ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และการเงิน ในขณะที่หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากความบกพร่องหรือขาดความ

ระมัดระวังในการยกน้ำหนักขึ้น และขาดการดูแลที่ดี ตลอดจนการละเลยต่อการตรวจสอบ ความพร้อมของเตียงในการใช้งาน จนทำให้เกิดการทกล้มและตกเตียง

Morse และ Colleagues (1989 cited by Taunton, 1994) กล่าวว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและตกเตียงถึง 20% และจำนวน 1 ใน 5 มักมีประวัติ เคยเกิดอุบัติเหตุเช่นนี้มาก่อน และจากการศึกษาอื่นหลังเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยที่ทกล้มและตกเตียงจะมีอายุมากกว่า นอกจากนี้ยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า และตามรายงานพบว่าผู้ป่วยมักจะเกิดอุบัติเหตุในห้องพักรักษาผู้ป่วย หรือห้อง อาบน้ำขณะที่พยาบาลไม่อยู่ใกล้

3. ความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่ เกิดกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และเศรษฐกิจ โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุ จากความบกพร่องหรือขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติ ตลอดจนการละเลยต่อหน้าที่ จนทำให้เกิดการติดเชื้อโรค

ผลกระทบของการติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 5 ประการ ประการที่ 1 ทำให้อัตราการตายและทุพพลภาพสูงขึ้น ซึ่งสมชาย โอวัฒนาพานิช (2528) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยใน ไอ.ซี.ยู. จำนวน 355 ราย พบว่า มีการเสียชีวิตและมีโรคแทรกซ้อน 42 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนนี้แบ่งเป็นกลุ่มรอดชีวิต 21 ราย ซึ่งมีโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรค 11 ราย และกลุ่มเสียชีวิต 21 ราย มีโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรค 2 ราย นอกจากนี้ ปิยวิวัฒน์ และคณะ (Piyyowiwat et al., 1987) ได้ทำการศึกษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการเฝ้าระวังการเกิดโรคในโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2529 ถึงเดือนมีนาคม 2530 พบว่า มีอัตราการตายจากการติดเชื้อโรคในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 7.7 ในสหรัฐอเมริกาพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 6 และเป็นสาเหตุ การตาย 20,000 รายต่อปี (Taunton, cited by Haley, 1986)

ประการที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นอีก 20 วัน (Taunton, cited by Maki, 1989) ในไทย ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล บรรยายว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อโรคจะเกิดการติดเชื้อโรคในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นอีก 29 วัน

ประการที่ 3 ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล ซึ่งสมชาย โอวัฒนาพานิช (2529) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยใน ไอ.ซี.ยู. เด็กที่ติดเชื้อโรคจะเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 1,632 บาท/คน ในสหรัฐอเมริกา Castle and Ajemian (1987 cited by Taunton, 1994) ประมาณค่าว่า จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นมูลค่า 2 พันล้านดอลลาร์ต่อปี

ประการที่ 4 ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นต้องรอเวลาในการใช้เตียงของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งจะมีจำนวนเตียงเพียงร้อยละ 1-2 ของแต่ละแผนก และมีอัตราการติดเชื้อโรคในหน่วยถึงร้อยละ 40-50 ดังนั้น ผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมากต้องใช้บริการของหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่มีความพร้อมในด้านคุณภาพของการให้บริการระดับวิกฤต และขาดเครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราการตายและทุพพลภาพของโรงพยาบาลสูงขึ้น

การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อโรคในโรงพยาบาล

ประกอบด้วยการจัดการ (Management) และการปฏิบัติการ (Practice) ที่ทำให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคในโรงพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคในโรงพยาบาลประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

การปฏิบัติการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลความสะอาด ความสุขสบายของผู้ป่วย การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเป็นผลที่เจ้าหน้าที่ได้มีการนำความรู้ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานการวิจัยในสหรัฐอเมริกาในปี 1977-1978 ผลปรากฏว่า การติดเชื้อโรคในโรงพยาบาลที่พบนั้น มีวิธีการแพร่เชื้อโรคโดยการสัมผัส การใส่สายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและบนเบื่อนานหน้า น้ํายา ซึ่งการแพร่เชื้อโรคเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ (Mc Gowan et al., cited by Pechere et al., 1984) และ นริกุล สุรพัตน์ และคณะ (2527) ได้ตรวจพบเชื้อโรคในขวดน้ำเกลือชะแผลที่แบ่งใช้ และเป็นเชื้อโรคชนิดเดียวกับที่ตรวจพบในบาดแผลผู้ป่วย นอกจากนี้ในรายงาน

การติดเชื้อโรคในโรงพยาบาลของหน่วยงานต่าง ๆ มักแสดงตำแหน่งของการโรงพยาบาลว่า มาจากระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในระบ นั้น ๆ ส่วนการดูแลความสะอาดและความสบายของผู้ป่วยเป็นการลดจำนวนเชื้อโรคจาก ผิวหนังของผู้ป่วยและให้ความรู้สึกที่สบายแก่ผู้ป่วย

การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การจัดหอผู้ป่วย การระบายอากาศ และแสงแดด การจัดการสิ่งจุนในอาคาร การทำความสะอาดภายในหอผู้ป่วย จัดเก็บบำรุงรักษา เครื่องมือปราศจากเชื้อโรค การจัดเก็บบำรุงรักษาเครื่องมือทั่วไป การจัดเก็บบำรุงรักษา เครื่องผ้า การจัดเก็บบำรุงรักษา ยา สารน้ำ น้ำยา น้ำกลั่น และชุดเครื่องมือใช้ทางการแพทย์ ประเภทพลาสติกปราศจากเชื้อโรค การควบคุมแมลงและสัตว์นำโรค การกำจัดขยะ และสิ่ง ปฏิกูล รวมทั้งการจัดการเยี่ยมและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย มุ่งเน้นความสะอาดเป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้และการตรวจสอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพ แวดล้อมที่ถูกต้อง และเจ้าหน้าที่มีความสะดวกคล่องตัวต่อการให้บริการและการป้องกันควบคุม การติดเชื้อโรคในโรงพยาบาล

จากความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนในการสร้างความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยการจัดเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมและเพียงพอต่อการทำงาน ด้านความปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาล Hilliard (1974 อ้างถึงใน อภา นิตยศักดิ์, 2533) ได้กำหนดข้อปฏิบัติทางวิชาชีพพยาบาลที่จะสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยอย่างกว้าง ๆ ดังนี้คือ

1. ความปลอดภัยขณะลุกออกจากเตียง บุคลากรควรไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยทุกคน ที่เพิ่งจะลุกออกจากเตียงเป็นครั้งแรกหลังได้รับการผ่าตัด หรือนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานและควรไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยในเวลาอื่น ๆ ที่จำเป็น
2. ขณะขนส่งผู้ป่วยจะเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยถ้าล้อคล้อรถทุกชนิดที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเมื่อผู้ป่วยลุกออกหรือช่วยผู้ป่วยลุกออกจากเตียง ใช้เข็มขัดนิรภัยเมื่อผู้ป่วยอยู่บนรถเข็นนอน ควรดึงและไม่ควรผลักรถเข็นนั่งขณะขึ้น-ลงลิฟท์ และควรร่วมไปกับผู้ป่วยบางรายเมื่อผู้ป่วยถูกส่งไปแผนกอื่นของโรงพยาบาล
3. ควรระวังด้านความปลอดภัยขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนหรือควรรักษาความสูงของเตียงอยู่ในระดับต่ำเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเตียง ควรยกไม้กั้นเตียงสูงในผู้ป่วย

ไม่รู้สีกตัว สับสนเมมีเมา มีประวัติชักหรือกำลั้ชัก ตาปิดทั้งสองข้าง กำลั้พ้ินจากยาสลบ ด้รับ ยาระงับความกระวนกระวายหรือสารเสพติด และอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และควรวางของ ำใช้ที่จำเป็นใกล้มือผู้ป่วยรวมทั้งสวิตช์ขอความช่วยเหลือด้วย

4. อาจจะต้องผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือ อำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล ทั้งนี้จะใช้ได้ในกรณีที่เป็นคำสั่งของแพทย์ พยาบาล ต้องใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยด้รับความสบายเท่ากับความปลอดภัย และ รักษาสมดุลย์ของรูปทรงอย่างเหมาะสม

5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย

6. ใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล

7. การกำจััดสิ่งปฏิภูลควรทิ้งในถังรองรับที่เหมาะสมยกวันเมื่อส่งตรวจ

8. การรักษาความปลอดภัยเฉพาะด้านควรอยู่ในแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วย

ตาบอด หูหนวก

9. เครื่องหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยที่ต้องประกาศไว้ที่ประตูหรือเตียง ด้แก่ การห้ามสูบบุหรี่ขณะผู้ป่วยด้รับออกซิเจน การระวังอันตรายจากรังสีขณะเยี่ยมผู้ป่วยที่ ผังแร่ ใช้เทคนิคการแยกผู้ป่วยขณะญาติเข้าเยี่ยม เป็นต้น

10. ควรรระบุห้อง เบอร์เตียง และแถบชื่อที่ข้อมือของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

11. ส้ารวจความสามารถของเครื่องมือในการใช้งานทุกวัน วันละครั้งเป็น อย่างน้อย ของำใช้ควรเพียงพอและพร้อมในการหยิบใช้ และควรวางำใช้ถูกที่ไม่เกะกะทางเดิน

12. เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายของเครื่องใช้ไฟฟ้า พยาบาลควรจะใช้ เครื่องมือที่มีปลั๊กสามตา ควรเป็นเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ หลีกเลียงการ วางขวดของเหลวไว้บนเครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้า ไม่ควรเชื่อมสายต่าง ๆ จากส่วนที่มีกระแส ไฟฟ้าออก หลีกเลียงการใช้ไฟเกินขนาด และไม่ควรจับพื้นดินขณะที่อีกมือหนึ่งจับเครื่องใช้ไฟฟ้า ออก

13. ควรมีป้ายปิดไว้ชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้คือยาข้างเตียงผู้ป่วย ขวดรองรับของ เสียออกจากผู้ป่วย สายรองรับสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากผู้ป่วย ขวดให้สำรน้ำทางเส้นเลือดควรมีวันที่ ที่ให้ อ้ตราให้ ยาที่ผสม ลายเซ็นพยาบาลที่เตรียม สายต่าง ๆ ที่ใส่เข้าทางหลอดเลือดควา ควรรระบุชนิด ความยาว ขนาด และวันที่ใส่ด้วย

ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

Webster' school dictionary ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ (Satisfaction) ว่าเป็นความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการก่อให้เกิดความรู้สึกสมใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกสมใจชอบใจ และเหมาะ

นักวิจัยให้ความหมายว่า ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมคูลย์ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยให้ค่าความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีผู้ป่วยมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ (Donabedian, 1980)

สรุป ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกพอใจที่เป็นผลจากการประเมินผลในทางบวกต่อสภาพการณ์ที่ตนประสบอยู่ หรือการรับรู้ของบุคคลที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย หรือจากการประเมินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับความคาดหวัง

จากแนวคิดของวาร์ และคณะ (Ware et al., อ้างถึงใน อินทิมา ศุภสินธุ์, 2533) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยไว้ว่าเป็นแนวคิดที่มีหลายด้าน ดังนี้

1. ศิลปะของการดูแล คือ ปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือ สมรรถภาพในการทำงานของผู้ให้บริการอันบ่งบอกถึงควมมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา
3. ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียมเพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์
4. การเงิน คือ ความสามารถในการจ่ายเพื่อการบริการหรือการเตรียมสำหรับการจ่าย
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมของสถานที่ที่ให้การดูแล

6. ความพร้อม คือ ความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการของแพทย์ และความพร้อมของผู้ให้บริการ

7. ความต่อเนื่องของการดูแล คือ ความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

8. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล คือ ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้สภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือคงสภาพเดิมไว้

Aday และ Anderson (1971 อ้างถึงใน วิชา ศุรงค์พิศิษฐ์กุล, 2525) ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประเภท ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินบริการทางการแพทย์ว่า ได้มีการเข้าถึงประชาชน ความพึงพอใจ 6 ประเภทคือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น

- ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
- ข. การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ
- ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น

- ก. ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
- ข. แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- ค. แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information)

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

เครื่องมือวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

แบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Instrument หรือ PSI) ได้มีการริเริ่มสร้างขึ้นใน ค.ศ. 1975 โดย Risser (1975) โดยมีวัตถุประสงค์เดิม คือ ต้องการนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพยาบาลและบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาจึงได้มีการปรับปรุงและนำมาใช้วัดความพึงพอใจต่อพยาบาลและบริการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดพื้นฐาน และโครงสร้างของเครื่องมือ กรอบแนวคิดพื้นฐานที่ Risser เขียนไว้นั้นได้ให้ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า เป็นเจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่เขาได้รับตามความรับรู้ของผู้ป่วย (อุดมคติกับความเป็นจริง) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเกณฑ์ประเมินผลโดยทั่วไปของบริการสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านพยาบาลเป็นเกณฑ์ประเมินผลเชิงผลลัพธ์ประการหนึ่ง

ในตอนเริ่มต้นของการศึกษาในยุคแรก ๆ งานของ Risser มีเกณฑ์ย่อย 4 เกณฑ์ ซึ่งเขาได้สร้างขึ้นจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาถึงกิจกรรมการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินค่า และได้ทดสอบแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้สร้างขึ้นเป็นครั้งแรกนี้และนำผลที่ได้กลับมาปรับปรุงกรอบแนวคิดเสียใหม่ให้เป็นการประเมินในเกณฑ์ย่อย (Subscales) ซึ่งเขาได้จัดแบ่งไว้เป็น 3 ด้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบของความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ (Technical-Professional Factor) หมายความว่ากิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล (Technical activities) หรือทักษะและความรู้ความสามารถในงานพยาบาลที่ทำอยู่ (Nursing care tasks) เพื่อที่จะทำให้เกิดบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบได้
2. ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน (Educational Relationship) เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information) การตอบคำถามการ

อธิบายความหมายและรายละเอียดของวิธีการพยาบาล หรือการสาธิตเทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย ได้เข้าใจ

3. ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (Trusting Relationship between nurse and patient) เป็นเรื่องที่รวมเอาความเอื้ออาทร (Caring) ในแง่ของการพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ในการสร้างเครื่องมือริสเซอร์ใช้แบบวัดทัศนคติเป็นแนวทาง (Shaw and Wright 1967) และเลือกใช้เทคนิคของลิเคิท (Likert 1932, Tittle and Hill 1967 ในการประเมินค่าจากผลรวม (Likert type summated rating scale) ของเกณฑ์ย่อยทั้ง 3 ด้านที่ได้กล่าวถึงแล้ว แบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อรายการ (Items) ที่ครอบคลุมเกณฑ์ย่อยทั้ง 3 ด้าน โดยให้เหตุผลที่มีข้อรายการน้อยกว่า เพื่อความเชื่อถือได้ (Reliability) และลดความเหนื่อยล้าของผู้ตอบ (Hinshaw and Atwood, 1982)

การทดสอบเครื่องมือของริสเซอร์ ในครั้งแรกประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อรายการ (Item Analysis) การหาความเที่ยงโดยการประเมินค่าความสม่ำเสมอภายใน (Internal Consistency) และการทดสอบความตรงอย่างง่าย (Minimal Validity)

ในเรื่องความสม่ำเสมอภายในเพื่อทดสอบความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของข้อความในแบบวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachs alpha coefficients) อยู่ในช่วง .64 ถึง .89 ในเกณฑ์ทั้ง 3 ด้าน ในการทดสอบ 2 ครั้ง และได้ค่าคะแนนรวมสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92 ในการทดสอบครั้งที่ 2

การหาความตรง (Validity) ใช้การหาความตรงเชิงเหตุผลหรือความตรงที่เห็นเด่นชัด (Face Validity) ได้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระหว่างเกณฑ์ย่อยในช่วงระหว่าง $r = .60$ ถึง $r = .81$ ในทั้งสองเกณฑ์ย่อย คือ ด้านเทคนิคและวิชาชีพกับด้านความไว้วางใจ ส่วนสหสัมพันธ์ของเกณฑ์ย่อยทั้งสองกับด้านการศึกษา นั้นไม่ไปด้วยกัน

ต่อมาเครื่องมือวัดชุดนี้ได้มีผู้นำไปทดสอบซ้ำ โดยการศึกษาทางด้านคลินิกและด้านการบริหารงานอีก 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 8 ปีต่อมา จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 600 ราย โดยเริ่มต้นจากแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในทั้ง 3 ด้านของความพึงพอใจของผู้ป่วย การประมาณค่าความสม่ำเสมอภายในเป็นที่น่าพอใจและให้ค่าความคงที่

จากการศึกษาหลายครั้ง เช่น ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของด้านเทคนิคและวิชาชีพเฉลี่ยเท่ากับ .79 ในการประเมินความเที่ยงของเครื่องมือชุดนี้อีกสองครั้ง (Hinshaw and Atwood 1982 cited by Woods, 1988) ในปี 1976 และปี 1980 ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเกณฑ์ย่อยที่ 3 เกณฑ์อยู่ในช่วงจาก .82 ถึง .98 ความตรงเชิงโครงสร้างหาจากการนำเนื้อหา มารวมกันและการจำแนกความแตกต่าง (Convergent/discriminant technique) เป็นรูปแบบการจำแนกและทำนาย

จากที่กล่าวมาแล้วนั้นแสดงให้เห็นได้ว่า แบบวัดความพึงพอใจที่ริสเซอร์ได้สร้างขึ้น ได้ถูกพัฒนาขึ้นให้มีความประณีต จนเป็นที่ยอมรับได้ถึงความถูกต้อง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ในระดับหนึ่ง (Hinshaw, 1982) ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเลือกเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในการท้าววิจัยครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

สุวดี ศรีเลณวัติ และคณะ (2524) ได้สำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติที่มีต่อการบริการพยาบาล ในหัวข้อความรู้สึกโดยส่วนรวมต่อการบริการพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความพอใจ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 64.6 ตอบว่าพอใจมาก ส่วนอีก 36.4 ตอบว่าพอใจปานกลาง

วิภา ดุรงค์พิศขันธ์กุล (2525) ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อการบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ 3 หน่วยงาน คือ หน่วยเวชระเบียน หน่วยตรวจโรค หน่วยห้องยา โดยทำการศึกษา 6 ด้าน คือ 1) ความสะดวก 2) การประสานงาน 3) อธิษาศัย 4) ข้อมูล 5) คุณภาพของบริการ และ 6) ค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการทั้ง 3 แผนก ในเรื่องของคุณภาพการบริการมากที่สุด

La Monica และคณะ (1986) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติพยาบาล โดยทดลองใช้ 3 ครั้ง ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาใช้จากผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย (จำนวน 75 คน) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างใช้จากความสัมพันธ์ผกผันระหว่างคะแนนความพึงพอใจและภาวะอารมณ์ทางด้านลบ และการวิเคราะห์ปัจจัยที่ศึกษา คือ ภาวะความไม่พึงพอใจ การช่วยเหลือระหว่างบุคคล และความประทับใจที่ดี พบว่า ด้านภาวะความ

ไม่พึงพอใจมีความแปรปรวนถึงร้อยละ 73.6 มีความคงที่ภายในสูง (.91) ความเชื่อมั่นของข้อคำถามสูง (.92 และ .89) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งหมดเท่ากับ .92 จากตัวอย่าง 100 คน และ .95 จากตัวอย่าง 533 คน

การรับรู้ การปฏิบัติกิจกรรมประกันคุณภาพกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญที่นำมาใช้ตัดสินในเรื่องความพึงพอใจ (Oberst, 1984) และมีแนวคิดต่าง ๆ ที่สอดคล้องกันดังต่อไปนี้

แนวคิดของ Donabedian (1966) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพทางการพยาบาลจะต้องประเมินจาก 3 ลักษณะ คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินในเชิงโครงสร้าง สนใจเรื่องการจัดหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลและปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายในระบบการทำงานของหน่วยงาน
2. การประเมินในเชิงกระบวนการ เป็นการพิจารณาส่วนของ ก. กิจกรรมของผู้ให้การดูแลซึ่งมีทั้งพฤติกรรมที่มองเห็นได้ ดังเช่น การให้ยาและพฤติกรรมที่มองไม่เห็น ดังเช่น การตัดสินใจ ข. กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพ การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานอยู่ในแผนการพยาบาล
3. การประเมินในเชิงผลลัพธ์ หมายถึง ผลของการดูแล ตัวอย่างเช่น สภาวะทางสุขภาพในด้านที่สุขภาพวัดได้ โดยการตรวจสอบและตัดสินว่ามีการบรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องการมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การประเมินผลเชิงผลลัพธ์มักจะประเมินผลจากความพิการ การป่วย การตาย นอกจากนี้ยังประเมินได้จากสภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความพึงพอใจ ความรู้เรื่องความเจ็บป่วย ความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับหลักการปฏิบัติตัว

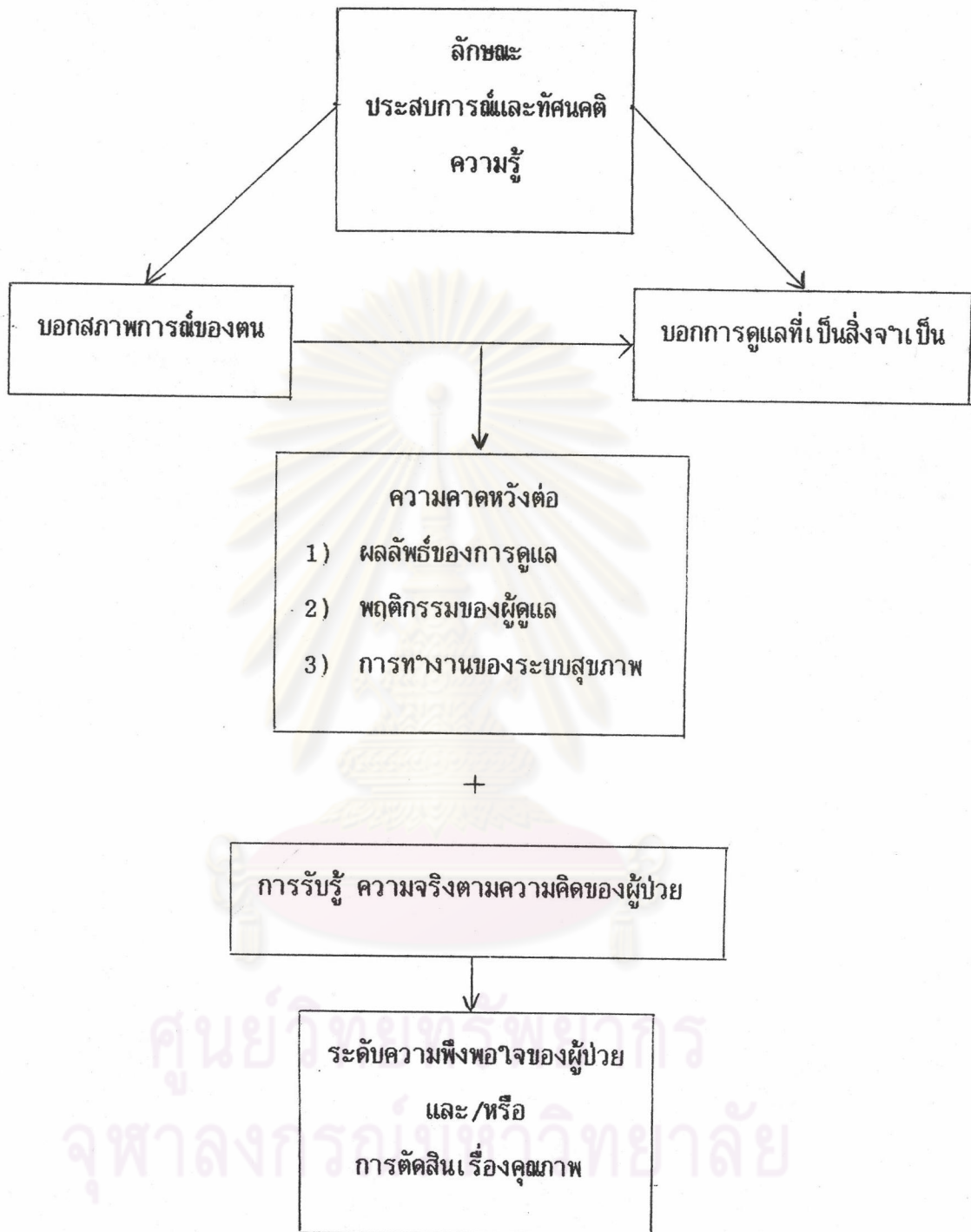
Donabedian ยังกล่าวอีกว่า มีความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบ คือ ทั้งโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว การมีคุณภาพทางกระบวนการพยาบาลย่อมจะนำไปสู่ความมีคุณภาพของผลลัพธ์ ซึ่งก็คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Eriksen, L.R., 1987)

แนวคิดของ Porter และ Lawler (อ้างถึงใน สมยศ นาวิกาน, 2521) ที่ว่าการปฏิบัติงานนำมาซึ่งความพอใจ (Performance→satisfaction) กล่าวคือ ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดีจะมีความพึงพอใจสูง ในทางตรงกันข้าม ในฐานะผู้รับบริการ ถ้าผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพแล้วย่อมเกิดความพึงพอใจต่อบริการนั้นเช่นกัน

แนวคิดของ Oberst (1984) ได้อธิบายกรอบแนวคิดของความคาดหวังที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์ไว้ด้วยกันว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยกับการดูแลที่ผู้ป่วยรับรู้ที่ได้รับ โดยมีขั้นตอนของการเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยดังนี้

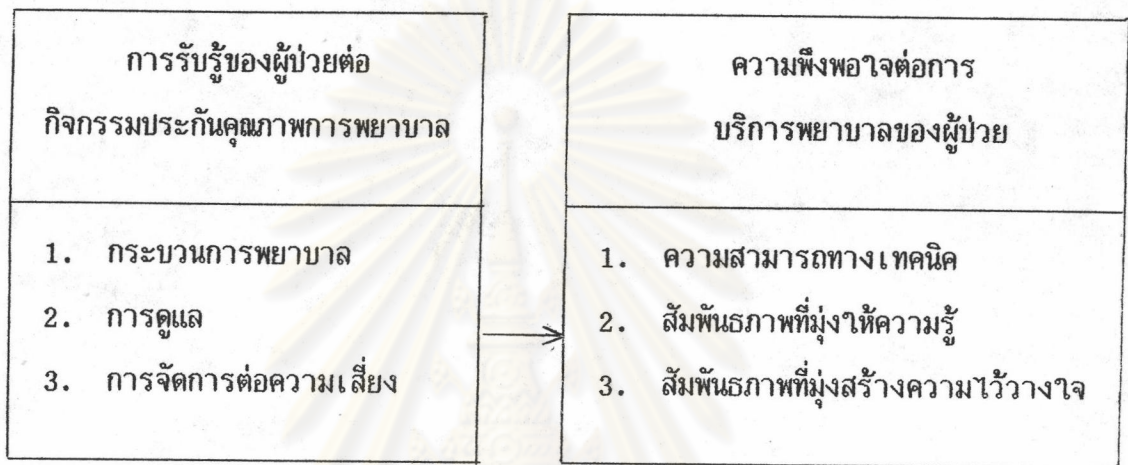
เมื่อผู้ป่วยเข้ามาสู่ระบบการดูแลสุขภาพย่อมมีความแตกต่างของแต่ละบุคคลในเรื่องลักษณะ ทัศนคติ และประสบการณ์เดิม ต่อเมื่อผู้ป่วยได้เข้ามาอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพแล้วผู้ป่วยจะรับรู้และได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงสถานการณ์ของตน และรู้ว่าสิ่งใดเป็นการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ก่อตัวเป็นความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการดูแล พฤติกรรมของผู้ให้การดูแลและการทำงานในระบบความคาดหวังเหล่านี้ที่ผู้ป่วยถือว่าเป็นมาตรฐานการดูแลที่เขาควรจะได้รับจริง และผู้ป่วยจะนำความคาดหวังนี้ไปตัดสินว่า พพอใจหรือไม่พอใจ โดยเปรียบเทียบความคาดหวังที่ผู้ป่วยมีกับการดูแลจริงที่เขารับรู้ที่ได้รับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1





แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิกรอบแนวคิดของความคาดหวัง (Framework of Expectations)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการดูแลที่ตนได้รับมีคุณภาพย่อมจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจตามมา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดว่าการดูแลที่มีคุณภาพนั้นคือ การดูแลที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับตามกิจกรรมประกันคุณภาพที่กำหนดคือ การปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล ซึ่งนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Eriksen, L.R. (1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้ The Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care (MMQNC) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพการพยาบาล ส่วนแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้นใช้ The Patient Satisfaction with Nursing Care Check List (PSWNC) ซึ่งแบ่งออกเป็นข้อย่อย 6 ข้อ ดังนี้ 1) การวางแผนการพยาบาล 2) การตอบสนองด้านร่างกาย 3) การตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม 4) การประเมินผลการพยาบาล 5) การจัดการต่อความเสี่ยง และ 6) การสนับสนุนและการจัดการของผู้บริหารในการให้คะแนนคุณภาพการพยาบาลนั้น พยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเอง และหลังจากตรวจสอบแล้วจะให้ผู้ป่วยซึ่งพักรักษาตัวมากกว่า 24 ชั่วโมง เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกเป็นส่วนใหญ่ ถ้าพิจารณาจะพบว่าการดูแลหมวดร่างกายและ

การสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจอาจเนื่องจากการดูแลด้านร่างกาย ดังกล่าวได้มีการรุกรานความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย และการสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเองนั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต หรือภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ

อินทิมา ศุภสินธุ์ (2533) ทำการวิจัยเรื่องตัวแปรคัดสรรกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลกับผลต่างของความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ในทางผกผันระดับต่ำระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลกับผลต่างของความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล ($r = -.3632, P < .01$) ส่วนตัวแปรคัดสรรที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 3 ตัวแปรคือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล ($B = .7679$) รายได้ของครอบครัว ($B = .0871$) และระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล ($B = -.0777$) โดยตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อกิจกรรมการพยาบาลได้ร้อยละ 59.17

ลาววัลย์ เพื่อกบุตร (2534) ทำวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลอากาศ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดี แต่มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล