

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีศึกษา : งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

การพยาบาล คุณภาพการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาล

ความพึงพอใจในงาน

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

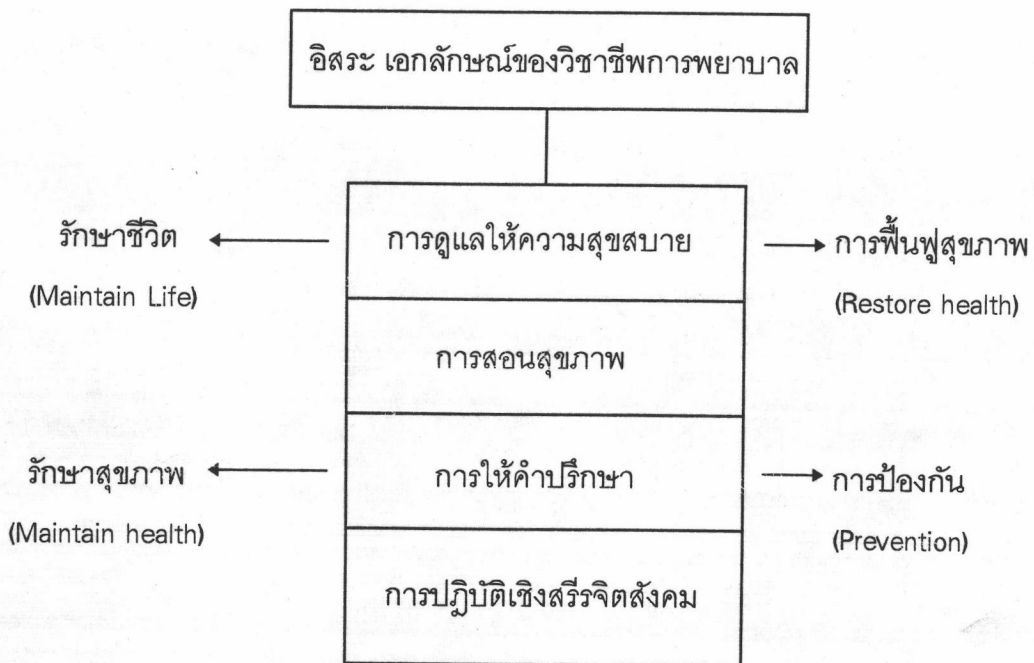
งานวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

### การพยาบาล คุณภาพการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล

การพยาบาล มีความหมายที่ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลหรือการบริการพยาบาล นักการศึกษาทางวิชาชีพพยาบาลหลายๆ ท่าน ให้ความคิดเห็นในรูปของมโนทัศน์ต่างๆ โดยสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่แปรเปลี่ยนไปตามความเจริญทางเทคโนโลยี และลักษณะของภาวะสุขภาพ

การพยาบาล คือ บริการที่ให้กับผู้รับบริการทางสุขภาพ (Health care consumer) เพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ (Preservation and maintenance of life and health in man) โดยการปฏิบัติภายใต้กฎหมายและจริยธรรมด้วยวิธีการทางวิชาชีพการพยาบาลที่มีศาสตร์ของตนเองเป็นพื้นฐานด้วยความมีอิสระ และสามารถควบคุมวิชาชีพของตนได้ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) การดูแลและให้ความสุขสบาย (care and comfort)
- 2) การสอนผู้รับบริการ
- 3) การให้คำปรึกษา
- 4) การปฏิบัติเชิงสรีรจิตสังคม (Physiopsychosocial intervention) นั่นคือการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลมีจุดมุ่งที่การรักษาชีวิต การรักษาสุขภาพ การป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสำคัญของการปฏิบัติคือ การดูแล การสอน การให้คำปรึกษา และการปฏิบัติเชิงสรีรจิตสังคมตามแผนการรักษา ซึ่งสรุปได้เป็นเอกลักษณ์วิชาชีพดังนี้



แผนภูมิที่ 1. แสดงความสัมพันธ์ของการพยาบาลกับเอกลักษณ์เชิงวิชาชีพ

( พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2537 )

การดูแลเป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาล หรือกล่าวได้ว่า ในการพยาบาลจะต้องมีการดูแลเป็นโครงสร้างสำคัญ เป็นสิ่งสำคัญสุดยอดของการพยาบาลจะพบได้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขอบข่ายของวิชาชีพการพยาบาลแนวคิดของการดูแลจะแสดงได้อย่างชัดเจนถึงการปฏิบัติต่อ “คน” ปฏิบัติให้กับ “คนทั้งคน” เพื่อความเป็นอยู่และมีความสุขที่ดีของ “คน” ซึ่งแสดงถึง “องค์รวม” ของการพยาบาล (Holistic Nursing)

จินตนา ปรีชา (2525) ได้กล่าวถึง กิจกรรมการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อสนองตอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct nursing care) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลกระทำให้ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้การพยาบาล หรือการดูแลเพื่อการรักษาต่อผู้ป่วย รายบุคคลอันเป็นวิถีทางนำไปสู่ความสุข ความปลอดภัยจากพยาธิสภาพ และการฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุดของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็นหมวดย่อยๆ 8 หมวด คือ

- 1.1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- 1.2 การให้อาหารผู้ป่วย
- 1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่าย
- 1.4 การปฏิบัติการรักษาพยาบาล
- 1.5 การเยี่ยมตรวจ
- 1.6 การสังเกตและการบันทึก
- 1.7 การรับย้าย จำหน่าย และส่งผู้ป่วยไปแผนกอื่นๆ
- 1.8 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

2. กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing care) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลมิได้กระทำให้ผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการรักษาพยาบาล หรือการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการพยาบาลให้สมบูรณ์มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น แบ่งออกเป็นหมวดย่อยๆ ได้ 3 หมวด คือ

- 2.1 การรายงานอาการผู้ป่วย
- 2.2 งานด้านบริการผู้ป่วย
- 2.3 การรายงาน และการประชุมปรึกษา

กล่าวโดยสรุปการพยาบาลเป็นการให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ทั้งผู้เจ็บป่วย และคนปกติ ให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดที่บุคคลนั้นๆ จะพึงมีได้ การพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่มีการปฏิบัติการดูแลเป็นหัวใจสำคัญ โดยมีกิจกรรมที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลให้บรรเทา การฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันและการปรับตัวในสังคมภายหลังการเจ็บป่วย

### คุณภาพการพยาบาล

ปัจจุบันการสร้างคุณภาพของงานแข่งขันกันทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะการแข่งขันในภาคเอกชนที่เป็นเชิงธุรกิจ ทั้งในด้านการผลิตสินค้า และการบริการ โดยการนำเอากลยุทธ์ของการเน้นเรื่องคุณภาพ โดยเน้นที่กระบวนการหรือวิธีการทำงานที่มีคุณภาพ ลดความผิดพลาดลดการสูญเสียทั้งวัสดุและเวลา เพิ่มความรวดเร็ว และประสิทธิภาพการทำงาน และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของวิชาชีพพยาบาลซึ่งมีลักษณะของการทำงานที่เป็น “คุณภาพของบริการ” ต่อผู้รับบริการในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จึงได้มีการพัฒนา ปรับปรุง ให้เป็นที่ยอมรับต่อสังคม และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการมากขึ้นในแง่ของการได้รับการบริการทางการพยาบาลจากบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และมีแนวทางในการปฏิบัติงานโดยยึดหรือกำหนดมาตรฐานการทำงานเป็นวิชาชีพเอง ถึงอย่างไรก็ตามการตัดสินใจว่า บริการที่ได้รับหรือที่ให้จะมีคุณภาพหรือไม่ ยังมีเงื่อนไขของการรับรู้จากบุคคลที่แตกต่างกัน แต่สิ่งสำคัญที่จะช่วยได้ก็คือ การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งสามารถใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลจากเกณฑ์ที่ใช้วัดตัดสินใจ และมาตรฐานที่มีไว้ต้องเป็นที่ยอมรับ และถูกกำหนดไว้ภายใต้เงื่อนไขวิชาการ และอย่างมีระเบียบแบบแผนที่เชื่อถือได้

การพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการทางสุขภาพนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของคุณภาพ ซึ่งอาจจะเป็นมิติหรือระดับของคุณภาพให้ต้องแท้เสียก่อน อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ให้ความหมายขององค์ประกอบของคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2537) คือ

การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านระบบโครงสร้าง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษา และการจัดองค์กรที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัด เวลาจัดบริการในงาน อุบัติเหตุ คือ ภาพรวมของการจัดระบบงานที่ครอบคลุมเนื้อหาของระบบงาน คือ การจัดพื้นที่เพื่อให้บริการที่สะดวกเหมาะสมในอาคารสถานที่ เช่น การจัดระบบงานเพื่อการเคลื่อนย้าย การจัดระบบบริการบัตรและประชาสัมพันธ์ การจัดระบบบริการคัดกรองผู้ป่วย การจัดระบบบริการรักษาพยาบาล การจัดระบบบริการช่วยฟื้นคืนชีพ ระบบส่งต่อและประสานงาน การจัดอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนการจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องตระหนักและจัดให้เกิดขึ้น

ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ เนื่องจากบริการสุขภาพเป็นสิ่งจับต้องไม่ได้ แต่รู้สึกได้ การช่วยเสริมสร้างลักษณะทางกายภาพให้กับสิ่งแวดล้อมในบางเรื่อง จึงเป็นความจำเป็นและความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น มีความศรัทธา และให้ความเชื่อมั่นใน

บริการที่จะได้รับ เช่น ความสะอาดของอาคารสถานที่ ความสะดวกสบายในการติดต่อขอรับบริการ ห้องน้ำสะอาดปราศจากกลิ่น ความเป็นส่วนตัวขณะที่คอยรับบริการ การให้ความรู้ และการลดความน่าเบื่อหน่ายขณะที่นั่งรอรับบริการ

คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ มนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่น โดยเฉพาะการที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็น การแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการ และด้านคำแนะนำที่ให้บริการจะได้รับประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยการให้ความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพอ่อนโยน การฟังและการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม การแสดงความเห็นอกเห็นใจ

คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและได้มาตรฐาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่ง

จากแนวคิดและความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ไม่ว่าจะกล่าวถึงคุณภาพของงานใดก็ตาม จำต้องมีสิ่งที่ตรวจสอบ หรือประเมินผล เพื่อเปรียบเทียบระดับได้เสมอ สิ่งสำคัญที่ว่านี้คือ มาตรฐานที่ควรกำหนดโดยอาศัยมาตรฐานคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งต้องอาศัยเกณฑ์ที่ครอบคลุม ปัจจัยที่จะให้ผลกระทบ

#### ตัวอย่าง

1. มาตรฐานคุณภาพในด้านผู้ให้บริการ เช่น มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ หรือการประกอบโรคศิลปะ ความพร้อมของปัจจัยที่จะให้บริการทั้งคุณภาพและบริการ เช่น ความพร้อมของเครื่องมือ ความพร้อมของบุคลากร ความพร้อมทางกายและจิตใจของผู้รับบริการ และความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคมของผู้รับบริการ

2. มาตรฐานคุณภาพในด้านผู้รับบริการ คำนึงถึง ประสิทธิภาพของการให้บริการ ความเหนือกว่าบริการประเภทเดียวกันของผู้ให้บริการอื่นๆ ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ มีความปลอดภัยหรือความน่าเชื่อถือ ราคาเหมาะสมหรือได้บริการที่คุ้มค่า และอรรถยาศัยในการให้บริการ เป็นต้น

3. มาตรฐานคุณภาพในด้านบุคคลภายนอก ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ เช่น ญาติของผู้รับบริการ ผู้ซึ่งมีศักยภาพที่จะเป็นผู้รับบริการในอนาคต ผู้สื่อข่าวหรือสื่อมวลชน มีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรฐานเช่นกัน

กล่าวโดยสรุป “คุณภาพการพยาบาล” หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับภาคโครงสร้างหรือการบริหาร การบริการ และกระบวนการให้การพยาบาล และผลที่เกิดกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะที่ดีของแต่ละเรื่องไว้เพื่อการประเมินว่าอยู่ในระดับมาตรฐานหรือไม่ และลักษณะของคุณภาพของการพยาบาลจะครอบคลุมถึงการจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม ทั้งความสามารถที่จะบริการในจำนวนที่ขาด และสอดคล้องกับความต้องการ ต้องมีความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีระบบแบบแผน ทั้งในเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยา และศิลปะของการพยาบาล มีลักษณะเป็นพลวัต คือเปลี่ยนแปลงไปตามจุดเน้นของความสนใจ กาลเวลา สภาพปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญคือ ปรัชญานโยบายของผู้วินิจฉัย เช่น คุณภาพ โนมโนทัศน์และจุดสนใจของพยาบาลผู้ให้บริการเอง ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล ผู้บริหารหรือผู้รับบริการ

ในส่วนของการพิจารณาคูณภาพการพยาบาลจากองค์ประกอบของคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลนั้น สามารถแยกออกเป็นประเด็นหลัก 3 ประการ คือ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล, 2537)

1. คุณภาพด้านความพึงพอใจในบริการ (Affective quality) เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการ เนื่องจากงานการพยาบาลเป็นการให้บริการที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ให้บริการทางสุขภาพ ฉะนั้นผู้ให้บริการสามารถที่จะสัมผัสได้ และสามารถบอกถึงความประทับใจ ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับนั้นได้

2. คุณภาพเชิงวิชาการ (Cognitive quality) เป็นคุณภาพการพยาบาลที่วัดได้จากความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล และการปฏิบัติในระดับวิชาชีพต่อผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ เป็นต้นแบบของการให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะโดยมุ่งให้ผู้ให้บริการมีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเอง ครอบคลุมและชุมชนได้ถูกต้อง ดังนั้นบุคลากรพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถเฉพาะสาขา และปฏิบัติการอย่างมีเป้าหมาย มีความรู้ในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งวัดได้จากการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการตรวจสอบจากเอกสาร รายงานประจำตัวของผู้ให้บริการ หรือบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสร้างความสมบูรณ์ของการใช้กระบวนการพยาบาล และแสดงออกถึงกิจกรรมของวิชาชีพการพยาบาลให้ปรากฏแก่ชุมชนอย่างแท้จริง

3. คุณภาพด้านเทคนิค (Psychomotor quality) เป็นคุณภาพการพยาบาล ที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญมีทักษะที่ถูกต้องตามหลักการ และเทคนิค ซึ่งสามารถประเมินได้จาก ให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง หรือผู้ร่วมงานเป็นผู้ประเมิน การสังเกต การสอบถามผู้บริหารทางการพยาบาล ตลอดจนการสอบถามจากการบอกเล่าของผู้ใช้บริการ

ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับบุคลากรดังกล่าวข้างต้นนั้น มีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ที่กล่าวไว้ว่า มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาทั้งองค์การพยาบาล เนื่องจากการพิจารณาคุณภาพการพยาบาลจะต้องทำทั้งระบบ โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะสำคัญ 2 ลักษณะ คือ

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบ ของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผลรวมประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการประเมินผลการบริการที่ตนเองได้รับจากพยาบาล สอดคล้องกับความคาดหวังหรือความต้องการของตน ลักษณะของบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ และประเมินได้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้รับบริการมีความสุขสบาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการ รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บป่วย อาการของโรค และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

1.2 สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมกรรมการพยาบาล ที่เน้นการให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้ความรัก ความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลขณะที่อยู่รับบริการอยู่ในโรงพยาบาล และ/หรือที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และความพิการที่อาจเกิดขึ้น

1.3 การปฏิบัติที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำและสอนให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัว หรือชุมชน

2. การจัดบริการของหน่วยงาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่จะต้องพิจารณา 5 อย่างด้วยกัน คือ

2.1 องค์ประกอบทางการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล การผลิตบุคลากรทางการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องเริ่มจากการสร้างหลักสูตรที่มุ่งหวังที่จะผลิตบุคลากรทางการพยาบาลออกมาให้บริการสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปริมาณผู้สอนสัมพันธ์กับปริมาณผู้เรียน วิธีการสอนและการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนสามารถ

บรรลุนิติภาวะประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดในหลักสูตร รวมทั้งต้องมีการประเมินผลและปรับปรุงเป็นระยะๆ

2.2 องค์ประกอบทางการปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ มีการรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลครบถ้วน มีการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลและต้องมีการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพของบริการพยาบาล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นแนวทางปฏิบัติที่ใช้เป็นโครงสร้างในการประกันคุณภาพการพยาบาลได้ทั้งสิ้น (Frobe and Bain, 1976)

2.3 องค์ประกอบทางการบริหาร ผู้บริหารจะต้องกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับนโยบาย การวางแผน การจัดอัตรากำลัง การมอบหมายงาน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล รวมทั้งพัสดุ งบประมาณ และอาคารสถานที่ ซึ่งองค์ประกอบทางการบริหารจะเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการให้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 องค์ประกอบด้านผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ให้บริการจะต้องมีคุณภาพ มีคุณลักษณะทางวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ เอกลักษณ์ของวิชาชีพ (ครอบคลุมทั้งในเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยาบรรณ และศิลปะของการพยาบาล ตลอดทั้งการบริหารจัดการ) มีเอกภาพในการทำงานและทำงานในลักษณะที่เป็นพลวัตรคือ สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกลวิธีการปฏิบัติงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ

2.5 องค์ประกอบด้านกฎหมาย เพื่อคุ้มครองและควบคุมผู้ปฏิบัติในการปฏิบัติงานให้บริการ จึงต้องมีกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะ รวมทั้งมีสภาการพยาบาลเป็นองค์กรในการดำเนินการควบคุมตรวจสอบคุณภาพ ทั้งทางด้านการศึกษา และการให้บริการอีกด้วย การมีกฎหมายคุ้มครองถือเป็นการควบคุมคุณภาพโดยตรง

องค์ประกอบแต่ละประการดังกล่าว เป็นสิ่งบ่งชี้คุณภาพการบริการพยาบาลที่ผู้ให้บริการได้รับ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีอิทธิพลในตัวเอง และส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน หากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งขาดคุณภาพแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลทั้งสิ้น ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพขององค์ประกอบทั้ง 5 ประการนี้ ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารระดับสูง โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการผลิตบุคลากร และด้านกฎหมาย แต่อย่างไรก็ตาม ทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาลทุก



ระดับจะต้องร่วมมือกันเพื่อพัฒนา และควบคุมคุณภาพบริการพยาบาล โดยการพัฒนาและการควบคุมคุณภาพขององค์ประกอบย่อยทางด้านบริการ 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านโครงสร้างทางการบริหาร ซึ่งจะเป็นปัจจัยหลักในการสนับสนุนการให้บริการ
2. ด้านกระบวนการบริการ เป็นกระบวนการในการให้บริการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งการศึกษาปัญหาของผู้ใช้บริการเป็นพื้นฐาน
3. ผลการให้บริการพยาบาล

#### กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาลใช้ได้ในทุกสถานการณ์พยาบาล ไม่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ โดยมีพื้นฐานทางทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่แจ่มชัด กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญและแผนนำการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบขั้นตอน (Organized) มีระบบ ระเบียบ (Systemic) และมีเจตนาเฉพาะ (Deliberate) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เชื้อมพร ทองกระจาย, 2533)

ศิริพร ตันติพูลวินัย (2538) กล่าวว่า “งานบริการพยาบาลเป็นงานสร้างภาพลักษณ์ให้กับโรงพยาบาล เป็นงานที่สร้างผลลัพธ์ของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ มีราคา ฝ่ายบริการพยาบาลเป็นฝ่ายสร้างงานหลักของการให้การดูแลผู้ป่วย (Product Line) ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลเพียงอย่างเดียวคือมารับการบริการพยาบาล (Nursing Care) เมื่องานหลักของวิชาชีพพยาบาลคือการดูแล (Caring) ผู้บริหารทางการพยาบาลจะทำอย่างไรที่จะช่วยให้งานการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่มีคุณค่าต่อสายตาของผู้รับบริการ”

ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่จะสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล คือ การใช้กระบวนการในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกระบวนการพยาบาลอาศัยหลักการแก้ปัญหาตาม วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่

- การประเมินผู้รับบริการ (Assessment)
- การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- การวางแผนการพยาบาล (Planning)
- การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
- การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

(Carlson, et al., 1982 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เชื้อมพร ทองกระจาย, 2533)

### การประเมินผู้รับบริการ (Assessment)

เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้รับบริการ การดำเนินงานจะเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยอาศัยวิธีการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน ต้องอาศัยความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย เมื่อรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่น ๆ และไม่มี ความสำคัญก็ควรตัดทิ้งไปสำหรับกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อจัดเรียงเป็นหมวดหมู่แล้วเรียกว่าข้อมูลพื้นฐาน (Data base) การเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดหรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการและการพยาบาล (Conceptual Framework of Nursing) ที่ชัดเจน และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment Tool)

ข้อมูลที่ได้แบ่งเป็นสองประเภทคือ

1. Subjective data หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ หรือการบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. Objective data หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต เช่น การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งรายงานการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้ง 2 ประเภทนี้ รวมเรียกได้ว่า เป็นประวัติทางการแพทย์ (Nursing History) หรือข้อมูลทางการแพทย์ (Nursing Assessment) แนวทางในการรวบรวมข้อมูลในขั้นนี้มีแนวทางดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต บทบาทในครอบครัว ที่อยู่อาศัย ฯลฯ
2. สภาพสังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพและตำแหน่งการงาน รายได้ การประกัน
3. สภาพอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความร้อนใจ อารมณ์ซึมเศร้า
4. ความคาดหวังของผู้ป่วย ได้แก่ การมองบทบาทตนเองในฐานะผู้ป่วย ความคาดหวังที่มีต่อแพทย์และพยาบาล ความคาดหวังที่จะให้ครอบครัวปฏิบัติต่อตน ความต้องการที่จะรู้หรือทำอะไรขณะที่เจ็บป่วย ฯลฯ
5. ประสบการณ์ในอดีตและภูมิหลัง รวมทั้งประสบการณ์การอยู่โรงพยาบาลในครั้งก่อน ๆ
6. อุปนิสัยส่วนบุคคล กิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมใดบ้างที่ต้องขอความช่วยเหลือ

7. สภาพร่างกายและสรีรวิทยา การออกกำลังกาย รวมทั้งลักษณะความบกพร่องของร่างกายที่มีผลต่อการออกกำลังกาย

8. การต้องการความช่วยเหลือในเรื่องความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ การได้รับออกซิเจน อาหาร ความปลอดภัยต่าง ๆ

9. การพยาบาลอะไรบางอย่างที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

10. ผู้ป่วยต้องการบริการสุขภาพอะไรบางอย่าง เพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว

11. พยาบาลจำเป็นต้องใช้ทักษะอะไรบางอย่างในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งที่เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางการปฏิบัติ

การรวบรวมข้อมูลดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลได้มองผู้ป่วยในฐานะบุคคลทั้งคน ซึ่งจะ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ดี

#### การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นการตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ค่อนข้างสำคัญ ต้องอาศัยความรู้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลและการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นโดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแปลผลได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง จะแสดงถึงความปกติหรือไม่มีปัญหา และ

2. ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง จะแสดงถึงความผิดปกติหรือมีปัญหา (Problem) ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจาก (Actual Problem) หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Potential Problem) ผลการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนั้นข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นข้อความสรุปเกี่ยวกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเฉพาะราย

คุณลักษณะของการวินิจฉัยการพยาบาล

วิพร เสนารักษ์ (2533 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ บรรณาธิการ) สรุปลักษณะของการวินิจฉัยการพยาบาลและความแตกต่างระหว่าง การวินิจฉัยการพยาบาลกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ไว้ดังนี้

1. เป็นภาวะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพดี หรือปัญหาสุขภาพ) ของผู้รับบริการ กรณีมีสุขภาพดีพยาบาลจะมีบทบาทสนับสนุนให้คงภาวะสุขภาพดีนั้นนานที่สุดหรือตลอดไปถ้าเป็นไปได้
2. เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยมีปัจจัยบางประการ (ปัจจัยเสี่ยง) บ่งชี้ว่าจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้น
3. เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลสามารถสั่งการรักษาได้โดยอิสระภายใต้สิทธิตามกฎหมาย
4. มีขอบเขตครอบคลุมถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และวิญญาณของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การดูแลคนทั้งคน (Holistic Approach)
5. เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาล
6. เกิดจากการสรุปแบบแผนหรือกลุ่มข้อมูลที่ตรวจสอบ ยืนยันได้
7. มีองค์ประกอบ 2 ส่วน
  - ส่วนแรกคือ ข้อความที่เกี่ยวกับลักษณะที่กล่าวมา
  - ส่วนที่สองคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับส่วนแรก และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ส่วน ด้วยคำว่า "เนื่องจาก"

การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การวางแผนจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่มีความสำคัญจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล (A Nursing Care Plan) ลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน แนวทางในการวางแผนการพยาบาล มีดังนี้

1. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นและคุกคามผู้รับบริการ และปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิดขึ้นในอนาคต การพิจารณาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะขึ้นอยู่กับประเภทผู้รับบริการและนโยบายของสถาบันที่ให้บริการสุขภาพนั้นๆ รวม

ถึงต้องพิจารณาในเรื่องความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง และ ทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการที่มีอยู่ร่วมด้วย (พรนิรันดร อุดมถาวรสุข, อัจฉรา หล่อวิจิตร และ พรทิพย์ บุญพวง, 2533 : สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ บรรณาธิการ)

2. กำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา วัตถุประสงค์ที่กำหนดความต้องการความคาดหวัง พฤติกรรมของผู้รับบริการ หรือผลที่ต้องการให้เกิดกับผู้รับบริการ โดยการเขียนให้ชัดเจน สั้น และแม่นยำ และเป็นคำที่มักเขียนประกอบอยู่ในจุดมุ่งหมาย เช่น เพิ่ม ลด คงสภาพ ปรับปรุง และบำรุงรักษา

3. กำหนดวิธีการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยยึดหลักการเลือกวิธีการพยาบาลวิธีใด วิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ปลอดภัยที่สุด และรวดเร็วที่สุด แยก เป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และหาวิธีการพยาบาลที่จะให้ผลดีที่สุด

4. คำสั่งการพยาบาลที่กำหนดในแผนการพยาบาลต้องเฉพาะเจาะจง ชัดเจน ปฏิบัติได้
5. มีแนวทางในการประเมินผล

#### การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ขั้นตอนประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Iyer, 1986) ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ ในขั้นนี้พยาบาลจะต้องประเมินผู้รับบริการซ้ำอีกและประเมินทุกขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนั้นจำเป็นต้องทบทวนเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล นโยบาย กฎ ระเบียบการปฏิบัติการต่าง ๆ ดังนั้นการมีแผนการปฏิบัติ (Protocols) ซึ่งเป็นแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่บ่งชี้ถึงวิธีการ (Procedure) ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น หอผู้ป่วยในมี Protocols เกี่ยวกับการรับและจำหน่ายผู้รับบริการ พยาบาลเวรปฏิบัติมี Protocols เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ หรือในแผนกห้องผ่าตัดมี Protocols เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด เป็นต้น ส่วน Standing Orders เป็นเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับนโยบาย กฎระเบียบ หรือคำสั่งแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการ ช่วยให้พยาบาลมีอำนาจในการนำกิจกรรมบางกิจกรรมไปปฏิบัติ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะบางอย่างได้ เช่นการให้ยา Norepinephrine เมื่อความดันโลหิตลดลง ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

2. การปฏิบัติการ เป็นขั้นที่นำเอากิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ปฏิบัติกับผู้รับบริการ ต้องใช้ทั้งศิลปะ และทักษะในขณะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ทักษะทางการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง ทักษะการสังเกต การสื่อความหมาย การสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการ

บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในเรื่อง การมอบหมายงาน การนิเทศ การประสานงาน นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงศิลปะการดูแลที่พยาบาลต้องกระทำให้สำเร็จ เพื่อเป็นการแสดงออกถึงเอกภาพของพยาบาลในแง่ของการสัมผัสเพื่อค้นหาข้อมูล หรือให้การประทับประคองจิตใจ การแนะนำทางการพยาบาล เป็นต้น

3. การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน การลงบันทึกและรายงานการพยาบาลจะต้องมีประสิทธิภาพ ทั้งการใช้ภาษาที่ถูกต้อง ข้อความกระชับรัดกุม มีเหตุผล และถูกต้อง และแสดงถึงลักษณะสำคัญดังนี้คือ

3.1 ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาล ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ชุมชน

3.2 ความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจะต้องบันทึกบทบาทของวิชาชีพไว้

3.3 ข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างแท้จริง

3.4 ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถาวร

#### การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นการตัดสินใจให้การพยาบาลที่ได้ให้กับผู้รับบริการว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์นั้น ภายใต้การรวบรวมและวิเคราะห์อย่างมีระบบ หรือนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจว่า ควรยุติการให้การพยาบาล เพราะปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว หรือต้องนำแผนการพยาบาลไปปรับปรุงใหม่ เพราะไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลง การประเมินผลจะกระทำได้ทั้งขณะปฏิบัติการพยาบาลและเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ดังนั้น ขั้นตอนนี้ควรกระทำอย่างต่อเนื่องกันไป โดยศึกษาเกณฑ์ประเมินผล จะต้องกำหนดไว้ชัดเจน เจาะจง ครอบคลุมเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลได้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดหวัง จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ต่อมาจึงรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งอาจกระทำในขณะปฏิบัติการพยาบาล หรือภายหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยอาจปรับข้อมูลที่รวบรวมมากับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แล้วจึงตัดสินใจว่ามี

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ดังนั้น การประเมินผลจำเป็นต้องกระทำอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2531)

### **มาตรฐานการพยาบาล**

ความหมายของมาตรฐานการพยาบาล ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “มาตรฐาน” ไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

มาตรฐาน (Standard) หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์หรือเป็นพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบในการวัดหรือตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Webster, 1962 อ้างใน ชูลีพร เขาวนเมธากิจ, 2525 ; ฟาริดา อิบราฮิม, 2525 ; Carter, 1976 ; Nicholls, 1977)

มาตรฐานตามความหมายในพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530 หมายถึง สิ่งที่เป็นหลักสำหรับเทียบกำหนด

มาตรฐานในความหมายของการบริหารจัดการ คือ การกำหนดเกณฑ์ทั่วไปสำหรับต้นทุนการผลิต (Standard Cost) คุณภาพ อัตราการผลิต ผลการทำงานต่อชั่วโมง เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวางแผนกำหนดต้นทุนและราคาของสินค้า และประโยชน์อื่น (วิทยากร เชียงกุล, 2536)

กล่าวโดยรวม มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นหรือแนวทางที่กำหนดขึ้น หรือรูปแบบหรือตัวอย่างที่สร้างขึ้นโดยผู้ที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ที่จะกระทำได้ โดยคำนึงถึงระเบียบ ประเพณี หรือสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เกณฑ์ หรือระดับมาตรฐานและระดับคุณภาพที่พิจารณาให้เหมาะสมและเพียงพอสำหรับเป้าหมายเฉพาะนั้น เป็นผลการดำเนินงานในระดับหนึ่ง เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งในรูปของปริมาณและคุณภาพ หรือเป็นเกณฑ์หรือหลักในการที่จะใช้ควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปแนวทางที่กำหนดนั้น ซึ่งหากมีการดำเนินงานได้ผลมากกว่าแนวทางที่กำหนดเป็นมาตรฐานไว้ แสดงว่าได้ผลดีเกินคาด นั่นคือ กล่าวได้ว่า งานหรือสิ่งทีวัดนั้นมีคุณภาพ

ในวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ตัวกำหนดระดับความดีเลิศ

(ฟาริดา อิบราฮิม, 2537) หรือสภาพการณ์ที่เป็นที่ยอมรับโดยกำหนดสิ่งที่จะวัดระดับการปฏิบัติ เวลาที่ปฏิบัติ แยกแยะคุณภาพการดูแลตามลักษณะความแตกต่าง มีกำหนดเทคนิค หรือ เทคโนโลยีที่จำเป็นเพื่อใช้วัดตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นเครื่องมือในการใช้ควบคุมคุณภาพการพยาบาล มีข้อความที่เที่ยงตรง (Valid) และชัดเจน (Explicit) เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล ในแต่ละแง่ และจะอธิบายสิ่งที่พึงกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากพยาบาลที่ดี ข้อความนั้นประกอบด้วยเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลชนิดนั้นๆ (สมพันธ์์ หิญาธิระนันท์, 2529 ;Mason, 1984)

องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อมาตรฐานการพยาบาล

1) องค์ประกอบทางสังคม ต้องศึกษาถึงความต้องการและปัญหาของสังคม ที่มีอิทธิพล ต่อระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพ จึงต้องศึกษาให้เกิดความกระจ่างชัดว่า ปัญหาที่แท้จริงมีอะไรบ้าง มีความต้องการบริการอย่างไร เนื่องจากลักษณะการกระจายของ สถานบริการสาธารณสุข สภาพสังคม ความเชื่อ และภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการและความคาดหวังต่อบริการทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ปัญหาที่เกิดจากอุบัติเหตุ บนท้องถนนจะส่งผลถึงสภาพการบาดเจ็บในหลายลักษณะ พยาบาลในหน่วยงานบริการฉุกเฉิน จะต้องมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะต้องดูแล หรือแก้ไขปัญหาในระยะเริ่มแรก โดยวางแผนการรักษาพยาบาล หรือร่วมให้ข้อมูลร่วมกันกับทีม รักษาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละ ปัญหาแต่ละคน นั่นคือพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในสาขาที่เกี่ยวข้องด้วยเป็นอย่างดี มาตรฐานการพยาบาลจึงจะสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง

2) องค์ประกอบที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น อายุ วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาวะทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน และความคาดหวังเกี่ยวกับบริการพยาบาลที่จะได้รับก็แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมเท่าเทียมกัน พยาบาลจะต้องเข้าใจและยอมรับสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือเคารพในสิทธิมนุษยชน ยินยอมให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้น ก็จะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยด้วย

3) องค์ประกอบในสถาบัน การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนั้นจะต้องพิจารณา เป้าหมายที่แท้จริงขององค์กรหรือหน่วยงานถึงการคาดหวังมาตรฐานการพยาบาลในระดับใด



ระดับเศรษฐกิจ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดคุณภาพการบริการ ทั้งด้านจำนวน และ คุณภาพของบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เหมาะสม ลักษณะการบริหารงานของสถาบัน เช่น ตัวผู้บริหารก็มีส่วนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของมาตรฐานการพยาบาลเช่นกัน

4) องค์ประกอบในฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลคือองค์กรสำคัญที่มีอำนาจหน้าที่ ในการกำหนดปรัชญา และวัตถุประสงค์ในการที่จะช่วยรักษามาตรฐานการพยาบาล โดยสนับสนุนพยาบาลประจำการให้รู้จักพัฒนามาตรฐานการพยาบาลขึ้น และผู้ที่จะต้องดำรงตำแหน่งสำคัญที่จะเป็น ผู้นำทางการพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในการรักษา มาตรฐานการพยาบาลของสถาบัน จะต้องเป็นบุคคลที่มาจากสมาชิกของวิชาชีพโดยตรง เพราะ เกณฑ์มาตรฐานที่ดีจะต้องถูกสร้างขึ้นโดยกลุ่มบุคคลในวิชาชีพเท่านั้น

5) องค์ประกอบจากผู้ร่วมทีมสุขภาพ บุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้บริการมีหลายประเภท หลายระดับ มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจะต้องรักษาพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่ของตนเองไว้ไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อคุณภาพของวิชาชีพ ไม่เปิดโอกาส ให้สมาชิกอื่นในทีมสุขภาพเป็นผู้กำหนดหรือวางมาตรฐานให้กับพยาบาล ดังนั้นการติดต่อสื่อสาร หรือการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้

6) องค์ประกอบที่ตัวพยาบาลปฏิบัติเอง พื้นฐาน ความรู้ ทักษะ ทัศนคติของพยาบาล ที่แตกต่างกัน รวมทั้งหลักสูตรพยาบาลที่แตกต่างกันของแต่ละสถาบันย่อมมีผลทำให้มาตรฐาน การพยาบาลของแต่ละคนก็แตกต่างกันไป นอกจากนี้เป้าหมายส่วนตัวและเหตุผลของการเข้าสู่ วิชาชีพนี้ยังมีความสำคัญ เพราะความคาดหวังในการคำนึงถึงการทำงานตามมาตรฐานการ พยาบาลจะแตกต่างกันไป บางครั้งไม่ค่อยแสดงออกซึ่งความเป็นอิสระ ความเป็นตัวของตัวเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ขาดการคิดอย่างสร้างสรรค์ ต้องเพิ่มการเรียนรู้โดยการพัฒนาตนเอง ตลอดเวลา จึงจะใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาได้ดี ถูกต้อง เทียบตรง ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล

#### การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล หลายท่านได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรกำหนด มาตรฐานเชิงกระบวนการควบคู่กับการสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะการ ใช้มาตรฐานเชิงกระบวนการแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าการพยาบาลที่ดี จะเกิดขึ้นตามที่คาดหวัง หรือถ้าใช้มาตรฐานเชิงผลลัพธ์อย่างเดียว ผลที่ได้อาจไม่แน่นอน

สรุปไม่ได้ว่า มาจากการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเดียว ( พวงรัตน์ บุญญานุกัษและ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524, ฟาริดา อิบราฮิม, 2526)

Canter (1978) ได้เสนอแนวทางการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลไว้ดังนี้

1. กำหนดขอบเขต หรือวัตถุประสงค์ของความต้องการที่จะประกันหรือควบคุมคุณภาพ การพยาบาลให้ชัดเจน ก่อนกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

2. กำหนดให้สอดคล้องกันทั้ง ปรัชญา มาตรฐาน และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

3. การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในลักษณะกระบวนการ ผู้กำหนดต้องมีความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเที่ยงตรง

4. การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล สามารถกำหนดได้ 3 รูปแบบ คือ การกำหนด มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ดังนั้น การกำหนดมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล อาศัยการจัดสร้างเกณฑ์ขึ้นใช้เพื่อ ประเมินคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน ควรดำเนินการโดยมี ขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาปรัชญา และนโยบายของหน่วยงาน

2. ศึกษากลไก การปฏิบัติงาน และสภาวะปัญหาในหน่วยงาน

3. แดลงปรัชญา และจุดมุ่งหมายทางคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน

4. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานพัฒนาคุณภาพและการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ หน่วยงานอื่น ๆ ได้ดำเนินการและรายงานไว้

5. ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจากแหล่งภายนอก เช่น กฎหมายควบคุม การประกอบวิชาชีพ เกณฑ์มาตรฐานของกองการพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน รายงานการศึกษาความต้องการ ความคิดเห็นของผู้รับบริการ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล

6. กำหนดวิธีการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในทุกแง่มุม และจัดวาง เกณฑ์ หรือเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินคุณภาพเพื่อทดสอบ และปรับปรุงใช้ในการกำหนด มาตรฐานการพยาบาลของหน่วยงาน

การกำหนดมาตรฐานเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นมาตรฐานที่ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ (Nicholls & Wessells, 1977) คือ

1. ข้อความของมาตรฐานต้องมีความชัดเจน คือ สามารถทำให้ผู้นำไปใช้เกิดความเข้าใจตรงกัน
2. สามารถปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จได้ คือ มาตรฐานต้องอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วย พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ สามารถกระทำได้
3. วัดได้ มาตรฐานต้องมีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีวิธีการปฏิบัติและระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งโดยทั่วไปการกำหนดมาตรฐานมักจะกำหนดใน 3 ลักษณะ คือ

1. **มาตรฐานเชิงโครงสร้าง** (Structure standard) การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล โดยคำนึงถึงระบบบริการพยาบาล ได้แก่ ปรัชญา วัตถุประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน ตลอดจนทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ แหล่งความรู้ทางการศึกษา การวางแผน หรือโครงการต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานต้องมุ่งถึงประสิทธิภาพ (Effectiveness) คือ บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้เมื่อวัดที่ผล (Output) ทางระบบบริการ และมุ่งถึงประสิทธิผล (Efficiency) คือ ประหยัดทั้งเวลา แรงงาน เงินทุน เมื่อวัดที่ปัจจัยป้อนเข้า (Input)

โดยทั่วไปมาตรฐานเชิงโครงสร้างจะประกอบด้วยข้อความที่กล่าวถึงองค์ประกอบต่อไปนี้ (Canter, 1978 อ้างถึงใน จินตนา ญนิพันธ์, 2529)

- 1.1 ข้อความแสดงปรัชญา วัตถุประสงค์ ตลอดจนนโยบายในการปฏิบัติงานการพยาบาลในหน่วยงานหนึ่งๆ

- 1.2 นโยบายและข้อความ ที่แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติในระดับต่างๆ รวมทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน

- 1.3 โครงสร้างของการบริหารที่ชัดเจน แสดงถึงผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ

- 1.4 การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมกับลักษณะงานในหน่วยงานนั้นๆ รวมทั้งทักษะพิเศษที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยเฉพาะ

- 1.5 ระบบการอบรม เพื่อเตรียมบุคลากรหรือฟื้นฟูความรู้ความสามารถ ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่อการรักษาระดับบริการที่มีคุณภาพ

1.6 ระบบการมอบหมายงาน ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.7 ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน

1.8 ระบบการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน สถานที่ เป็นต้น

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) จะบอกถึงกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ให้กับผู้ป่วย โดยการระบุพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพยาบาล การกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการนี้กระทำเพื่อใช้วัดคุณภาพการพยาบาล โดยวัดจากความสามารถในการปฏิบัติ การพยาบาล ด้วยกระบวนการพยาบาลว่าพยาบาลได้ทำอะไรให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายคุณภาพ นอกจากนี้อาจกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการในระดับหน่วยงานย่อย โดยคำนึงถึงลักษณะของผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม กิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลต้องปฏิบัติจึงเป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มนั้นๆ กรณีเช่นนี้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการที่เน้นตัวพยาบาลเป็นหลัก ในขั้นนี้จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของมาตรฐานเชิงโครงสร้าง และเชิงกระบวนการ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ ต้องการการตัดสินใจในลักษณะของวิชาชีพว่าในแต่ละเกณฑ์ได้รับการปฏิบัติหรือไม่ ดังนั้นพยาบาลเท่านั้นจะตัดสินใจว่ามาตรฐานที่กำหนดขึ้นเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และผู้รับผิดชอบในการควบคุมมาตรฐานเชิงกระบวนการคือพยาบาลระดับปฏิบัติการ

ในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการตามหลักการสร้างของ Mason, 1984 (อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529) มี 7 ขั้นตอน ดังนี้

- 2.1 ให้คำจำกัดความของวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่าคืออะไร
- 2.2 แจกแจงวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น
- 2.3 แจกแจงกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกขั้นตอน
- 2.4 ชี้เฉพาะเจาะจงว่าแต่ละกิจกรรมนั้นต้องทำเมื่อใด บ่อยเพียงใดระยะที่ทำนานเพียงใด
- 2.5 เรียงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมที่ทำอย่างถูกต้องให้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ

2.6 กำจัดข้อเสนอนั้นหรือเหตุผลของการปฏิบัติออกไปจากข้อความของ  
มาตรฐานเชิงกระบวนการ

2.7 สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น

3. **มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard)** เป็นการวัดผลการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดประสงค์สุดท้ายในการวัดผลทางการพยาบาล โดยจะแสดงถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกตามที่เราคาดหวังว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก และความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่ากระบวนการพยาบาล อย่างไรก็ตามก็อาจจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการนั้นอาจจะผ่านทางบวกหรือทางลบก็ได้ แต่มาตรฐานผลลัพธ์จะคำนึงถึงเป้าประสงค์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเท่านั้น การกำหนดผลลัพธ์ของการพยาบาลเพื่อใช้เป็นมาตรฐานการพยาบาลนั้นแตกต่างจากการวางแผนการพยาบาล ตรงที่แผนการพยาบาลคาดหวังผลที่เกิดขึ้นต่อ ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แต่ผลลัพธ์ของการพยาบาลในที่นี้ เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดในกลุ่มของ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ผลลัพธ์นี้อาจมีความแม่นยำก็ต่อเมื่อผู้พัฒนาได้วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะที่กำหนดหลายคน รวมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ประสงค์จะให้เกิดขึ้นและต้องเป็นสิ่งที่พบได้ในผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนของการพัฒนามาตรฐานลักษณะนี้ มีดังนี้ (จินตนา ฐนิพันธุ์, 2529)

3.1 กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเป้าหมายของการสร้างมาตรฐานการพยาบาล  
ผู้ป่วยกลุ่มนั้นต้องมีปัญหาคล้ายกัน

3.2 ระบุปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง

3.3 พัฒนาเกณฑ์ในลักษณะที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยระบุว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างในตัวผู้ป่วย มิใช่ระบุถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ เกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ต้องเป็นเกณฑ์ที่สังเกตได้ ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดสถานการณ์ให้ชัดเจน รวมทั้งระบุวิธีตรวจสอบไว้ด้วย โดยเฉพาะเกณฑ์ที่แสดงความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3.4 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการตรวจสอบอย่างละเอียด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางของการตรวจสอบผลลัพธ์ที่กำหนดในข้อ 3 ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด เมื่อตรวจสอบแน่ใจแล้ว จึงใช้กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลได้

ส่วน Mason, 1984 ได้เสนอหลักการสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ไว้ 8 ขั้นตอน ด้วยกัน  
ดังนี้คือ

1. ให้คำจำกัดความวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่าคืออะไร

2. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น
3. แจกแจงผลลัพธ์ทางบวกที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์
4. แจกแจงผลลัพธ์ทางลบที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น
5. กำหนดเวลาอย่างเฉพาะเจาะจงที่คาดว่าผลลัพธ์แต่ละอย่างจะเกิดขึ้น เมื่อใด
6. อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าวัดได้อย่างไร
7. รวบรวมมาตรฐานเชิงผลลัพธ์อย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง
8. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น

#### วิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในระดับปฏิบัติการพยาบาล

ในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เป็นการควบคุมคุณภาพการทำงานของการพยาบาลเป็นสำคัญ การประเมินผลงานนี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้คนเกิดความปรารถนาที่จะทำงานให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การประเมินผลที่มีมาตรฐานและใช้ได้กับทุกคนในระดับเดียวกันสามารถสื่อสารกันได้ตรงกัน พยาบาลจึงควรต้องมีโอกาสได้กำหนดมาตรฐานหรือเป้าหมายที่จะใช้วัดการทำงานของเขาเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537) โดยยึดกระบวนการพยาบาลเป็นตัวกำหนดเทคนิคการปฏิบัติทั้งหมด ซึ่ง สมพันธ์ ธิญชีระนันท์ (2531) ก็ได้ให้ความเห็นที่คล้ายคลึงกันถึงมาตรฐานการพยาบาลจะต้องสร้างขึ้น ด้วยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ โดยตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ และความถูกต้อง ทั้งในด้านหลักการและการปฏิบัติจริง และสามารถสร้างมาตรฐานการพยาบาลได้หลายระดับ ตามลักษณะของหน่วยงานที่จะใช้มาตรฐานนั้นๆ อาจจะเป็นระดับชาติ ระดับสถาบัน และระดับหน่วยงาน ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นตัวจักรสำคัญ ที่จะทำให้การเขียนหรือการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ให้มีความเที่ยงตรง (Valid) ความชัดเจน (Explicit) สามารถทำให้สำเร็จได้ (Achievable) และสามารถวัดได้ (Measurable)

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในระดับหอผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ วิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในระดับปฏิบัติการพยาบาล หรือระดับหอผู้ป่วยนั้น มีแนวทางในการสร้าง 2 วิธี (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529 อ้างใน สุวิมล นิลสิน, 2536) คือ การสร้างมาตรฐานการพยาบาล โดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน ซึ่งแต่ละวิธีมีขั้นตอน ดังนี้

วิธีที่ 1 การสร้างมาตรฐานการพยาบาล โดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nicholls, 1977 ; กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529)

มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ได้ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเมินปัญหาหรือให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง หรือสภาพการณ์หนึ่ง โดยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย

2. วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมตามการวินิจฉัยการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละปัญหา

3. กำหนดหัวข้อมาตรฐานการพยาบาลจากวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

4. สร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ จากแผนของกิจกรรมการพยาบาลโดยเพิ่มเติมรายละเอียดทุกขั้นตอนให้สมบูรณ์

5. สร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ จากเกณฑ์การประเมินผลเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยกำหนดข้อความในเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างกว้าง และวัดประเมินได้

เมื่อเปรียบเทียบขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาลกับมาตรฐานการพยาบาล ก็จะสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

#### เปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	มาตรฐานการพยาบาล
1. การประเมินภาวะสุขภาพอนามัย	- ไม่มีข้อมูลที่จำเพาะเจาะจง
1.1 รวบรวมข้อมูลทั้งอดีตนี้ย ปรนัย	- มีแนวทางของข้อมูลที่เป็นไปได้สำหรับปัญหา
1.2 วิเคราะห์ แยกแยะข้อมูล	ของผู้ป่วย ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือสถาน
1.3 แปลความหมายข้อมูล	การณ์หนึ่ง
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	- มีแนวทางการวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะพบ
2.1 มาจากข้อมูลที่รวบรวมได้และแปล	ได้สำหรับโรคใด โรคหนึ่ง ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง
ความหมายข้อมูลแล้ว	ประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

กระบวนการพยาบาล	มาตรฐานการพยาบาล
<p>2.2 เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัญหาสุขภาพอนามัย</p> <p>2.3 เป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น</p> <p>3. การวางแผนการพยาบาล</p> <p>3.1 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา</p> <p>3.2 กำหนดเป้าหมาย (goal)</p> <p>3.3 กำหนดวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์การประเมินผล</p> <p>3.4 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>* กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเช่นเดียวกับการกำหนดแผนการพยาบาล คือ</p> <p>1. กำหนดข้อมูลมาตรฐานให้สอดคล้องกับการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้สัมพันธ์กับการวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>2. กำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับการกำหนดวัตถุประสงค์ หรือเกณฑ์การประเมิน</p> <p>3. กำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการให้สอดคล้องกับการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล</p>
<p>4. การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>4.1 ให้การพยาบาลตามแผน</p> <p>4.2 ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม</p> <p>5. การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>5.1 ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม</p> <p>5.2 ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม</p>	<p>* ใช้มาตรฐานเชิงกระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติให้ครอบคลุม</p> <p>* ใช้มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในการตรวจสอบการประเมินผลการพยาบาลภายหลังจากกิจกรรมต่าง ๆ ได้สิ้นสุดแล้ว</p>

แผนภูมิที่ 2. เปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

( Nicholl, 1977 อ้างถึงในกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529 )



## 2. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของ Mason (Mason, 1984)

Mason ได้เสนอแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล โดยกำหนดให้มีความเที่ยงตรง ชัดเจน และสามารถวัดประเมินได้ถึงคุณภาพของการพยาบาล โดยแบ่งลักษณะของมาตรฐานออกเป็น 3 ลักษณะ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ เชิงผลลัพธ์และเชิงเนื้อหา Mason ได้เน้นการสร้างมาตรฐานออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการที่เน้นการปฏิบัติ หรือวิธีการพยาบาล และหน่วยของการพยาบาล (Unit of nursing care) ซึ่งแบ่งย่อยได้เป็น 5 หน่วยย่อย คือ มาตรฐานการพยาบาลตามการวินิจฉัยการพยาบาล ตามวิธีการปฏิบัติ ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ตามนโมทัศน์ทางการพยาบาล และตามความต้องการพื้นฐาน รวมทั้งปัญหาทางสุขภาพ

วิธีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามหน่วยของการพยาบาลแต่ละหน่วย จะมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เกี่ยวกับขั้นตอนการสร้าง แต่เป็นขั้นตอน (Step by step method) ซึ่ง Mason ได้กำหนดขั้นตอนของการเขียนมาตรฐานเชิงกระบวนการแต่ละหน่วยไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะมาตรฐานเชิงกระบวนการที่เน้นเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล หรือวิธีการพยาบาลได้กำหนดวิธีการสร้างไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 2.1 ระบุการปฏิบัติหรือวิธีการพยาบาลที่ต้องการสร้าง
- 2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติหรือวิธีการพยาบาลแต่ละอย่างตามที่ระบุไว้
- 2.3 แจกแจงกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้
- 2.4 ระบุว่าแต่ละกิจกรรมการพยาบาลนั้น จะต้องกระทำเมื่อใด บ่อยครั้งเพียงใด และระยะเวลาที่ทำนั้นนานเพียงใด
- 2.5 สร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ โดยเรียงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาลที่ทำตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง โดยไม่ระบุข้อเสนอนะ หรือเหตุผลของการปฏิบัติไว้ ในข้อความของมาตรฐานนั้น ๆ
- 2.6 ตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น

การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล

สิ่งสำคัญ 2 ประการ ที่ควรคำนึงถึงในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล คือ การเลือกใช้คำที่มีความหมายชัดเจนมากที่สุด สามารถแปลความหมายได้ตรงกัน และควรกำหนดข้อความที่วัด

หรือประเมินคุณภาพการพยาบาลได้หลายสถานการณ์ โดยใช้ข้อความที่สัมพันธ์กับลักษณะของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนแสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาลควบคู่กันไปอีกด้วย การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาลนั้นมีขั้นตอน ดังนี้ (Mason, 1984 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529)

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาแหล่งผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 แหล่งด้วยกัน แหล่งผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ทรงคุณวุฒิอาจจะเป็นพยาบาลผู้มีความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลนั้น หรืออาจเป็นตำรา เอกสารทางวิชาการ ที่อธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลนั้น และเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา จะต้องหาคำตอบสำหรับคำถามต่อไปนี้

1.1 มาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงเนื้อหาเหล่านี้ อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่สัมพันธ์กับหัวข้อเรื่อง หรือหน่วยงานการพยาบาลหรือไม่

1.2 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้นเป็นสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ถ้ากิจกรรมการพยาบาลได้ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ใช่หรือไม่

1.3 มาตรฐานเหล่านี้ครอบคลุมทุกประเด็นหรือไม่

2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วย แสดงว่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของมาตรฐานนี้ได้รับการยอมรับ ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกัน จะต้องมีความสัมพันธ์กันทางบวกลบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงประเด็นนี้ ผู้สร้างมาตรฐานจะต้องตอบคำถามเหล่านี้คือ

2.1 เมื่อมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น ถูกนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงแล้วเกิดผลลัพธ์ทางบวกกับผู้ป่วยจริงหรือไม่ วิธีการหาความเที่ยงตรงในประเด็นนี้ ทำได้โดยการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์จากสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติจริง แล้วทดสอบว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์หรือไม่ ซึ่งกระทำได้โดย

2.1.1 การรวบรวมข้อมูล ทำได้โดยสร้างแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อมาตรฐาน วัตถุประสงค์ รายการข้อมาตรฐานเชิงกระบวนการ หรือเชิงผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีช่อง ใช่ (ได้ปฏิบัติ) กับไม่ใช่ (ไม่ได้ปฏิบัติ) สำหรับทำเครื่องหมายกำกับเมื่อทำการสังเกตจากการปฏิบัติของพยาบาลอย่างน้อย 10 ครั้ง ต่อมาตรฐานเรื่องหนึ่ง เทคนิคการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความเที่ยงตรงกรณีนี้อาจทำได้ 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 : ผู้วิจัยไปสังเกตพฤติกรรมของพยาบาล ที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนั้นๆ จากหลายคน หรือหลายแหล่ง อย่างน้อย 10 ครั้ง แต่ครั้งก็ดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยว่าเป็นไปตามที่เขียนไว้ในมาตรฐานหรือไม่ ก็ครั้ง หรือนำไปหาความสัมพันธ์ต่อไป

วิธีที่ 2 : ผู้วิจัยอาจขอร้องให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล เรื่องนั้นๆ ทำกิจกรรมทุกอย่างตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ แล้วประเมินว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

### 2.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ทำดังนี้

- ในแต่ละมาตรฐานเชิงกระบวนการ ควรถือเกณฑ์ 9 ครั้งขึ้นไป จากการสังเกต 10 ครั้ง หรือไม่ต่ำกว่า 90 % ว่าได้ปฏิบัติจริง จึงจะถือว่าเป็นมาตรฐานที่เที่ยงตรง
- เมื่อมาตรฐานนั้นได้รับการปฏิบัติ 90 % ขึ้นไป นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ถ้าพบว่า เมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการแล้วเกิดผลดี หรือเกิดผลลัพธ์ทางบวกทุกครั้งแสดงว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์นั้นมีความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานต่อไปได้ แต่ถ้าเกิดผลในทางลบ แสดงว่ามาตรฐานนั้นยังไม่เที่ยงตรง ควรปรับปรุง แก้ไข หรือนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหรือแหล่งทางวิชาการใหม่อีกแล้วจึงนำไปทดสอบจนกว่าจะเกิดผลทางบวกทุกครั้ง

### คุณค่าของมาตรฐานการพยาบาล

หน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพทุกคน ได้แก่ การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุดต่อสังคม และในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลควรเป็นผู้กำหนดและสร้างมาตรฐานการพยาบาล ทั้งนี้เพราะมาตรฐานการพยาบาล เป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพ ต่อพยาบาลเอง และต่อสถาบันการบริการพยาบาล และต่อผู้รับบริการ โดยสรุป คือ (จินตนา ญนิพันธุ์, 2529)

#### 1. คุณค่าต่อวิชาชีพ

มาตรฐานการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการประกันคุณภาพการพยาบาล การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่สำคัญที่ส่งผลให้สังคมยอมรับการบริการพยาบาล มีความเชื่อมั่นต่อบริการพยาบาลที่ตนได้รับ ช่วยให้ความรู้วิชาชีพมีคุณค่าต่อสังคมมากขึ้น นอกจากนี้มาตรฐาน

การพยาบาลยังมีประโยชน์ให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ มีทิศทางมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ ส่งเสริมความเป็นอิสระของการปฏิบัติวิชาชีพ

## 2. คุณค่าต่อผู้รับบริการ

มาตรฐานการพยาบาลเป็นข้อความที่ระบุลักษณะของการบริหารที่พึงประสงค์ ซึ่งกำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือกำหนดโดยกลุ่มพยาบาลเอง การกำหนดคำนึงถึงลักษณะของการบริการที่ดีที่สุดตามความปรารถนาของผู้รับบริการและความเหมาะสมของสภาพการณ์ของการพยาบาล ดังนั้นมาตรฐานการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการมั่นใจว่าตนจะได้รับบริการที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด และเป็นบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด เป็นไปตามหลักการและความรู้ทางวิชาการ

## 3. คุณค่าต่อสถาบันหลักและหน่วยงาน

มาตรฐานการพยาบาลเป็นแนวทางในการจัดการงานบริการ เป็นแนวทางในการประเมินผลการปฏิบัติงาน การวางแผนด้านบุคลากร ทรัพยากร รวมทั้งการพัฒนางานบริการและเป็นสิ่งที่แสดงถึงจุดมุ่งหมายของการพยาบาล เมื่อเป็นเช่นนี้ทำให้สังคมเกิดการยอมรับผลงานของสถาบันมากขึ้น การทำงานของหน่วยงานก็มีความราบรื่นมากขึ้น

## 4. คุณค่าต่อตัวพยาบาลเอง

มาตรฐานการพยาบาลเปรียบเสมือนเป้าหมายของการพัฒนาการพยาบาล เพราะสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน และให้การบริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

### ประโยชน์ของมาตรฐานการพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529)

1. แสดงถึงเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการพยาบาลของสถาบันนั้นที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานยึดเป็นหลักในการปฏิบัติงาน
2. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทุกระดับในการจัดและดำเนินการพยาบาลให้บรรลุจุดหมาย
3. เป็นเครื่องชี้แนวทางในการนิเทศและประเมินผลงาน ซึ่งเกี่ยวข้องถึงการพิจารณาความดี ความชอบส่วนบุคคลด้วย
4. การปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน เป็นการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เป็นที่ยกย่องนับถือในสังคม

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีมาตรฐานการพยาบาล ไว้ดังนี้  
ไม่ว่าจะสร้างมาตรฐานในระดับใด จะสร้างคุณประโยชน์นานัปการ ดังนี้

1. สร้างความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นการประกันการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด
3. สร้างความสำเร็จของงานการบริการพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล
5. ป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน
6. เป็นการคุ้มครองผู้ป่วย
7. เป็นการใช้ระบบการควบคุมที่มีคุณค่า
8. สร้างเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพการพยาบาล
9. เป็นการรับรองคุณภาพการพยาบาลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
10. ให้แนวทางในการใช้ทฤษฎีการพยาบาล

สรุป มาตรฐานการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำหรับใช้วัดคุณภาพการพยาบาล และด้วยเหตุ  
ว่า มาตรฐานการพยาบาลเป็นเครื่องมือของการพยาบาล และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ใช้เครื่องมือนี้  
ฉะนั้นการสร้างหรือการกำหนดมาตรฐานจะต้องเกิดมาจากความต้องการของพยาบาลทุกคนใน  
หน่วยงาน ในอันที่จะให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือในการสร้างตลอดจนการนำเอามาตรฐานการ  
พยาบาลนั้นไปปฏิบัติจริงในแต่ละหน่วยงาน ทั้งนี้กระทำไปเพื่อเป็น “แรงจูงใจ” มิใช่เพื่อการจับ  
ผิด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติแสวงหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล  
เป็นเครื่องมือสำหรับวัดพฤติกรรมทางสังคมศาสตร์ ซึ่งไม่เหมือนเครื่องมือวัดทางกายภาพที่มี  
หน่วยของการวัดตายตัว การตั้งเกณฑ์เพื่อกำหนดคุณภาพจึงอาจมีการยืดหยุ่นได้ตามความ  
เหมาะสมของแต่ละสถาบัน หรือหน่วยงาน เกณฑ์ของมาตรฐานจึงสามารถปรับปรุง หรือเปลี่ยน  
แปลงได้ตามสภาพการณ์ และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป

## ความพึงพอใจในงาน

แนวคิดเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในงาน ในการทำงานทุกหน่วยงานย่อมต้องการบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ขณะที่ผู้ทำงานก็ต้องการบรรยากาศที่สนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงาน การตั้งใจให้เกิดกำลังใจหรือความพึงพอใจในการทำงาน เป็นสิ่งที่จะประสานความต้องการของทั้งสองฝ่ายได้ (Schofield 1975, อ้างใน สุกัญญา แสงมุกข์, 2530) กล่าวว่า ระดับความพึงพอใจในงาน เป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิผลของงาน นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ระดับของความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลาออก โอนย้าย การขาดงาน การลางาน (हररषषष सुखकषष, 2538)

### ความหมายของความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction)

มอร์ส (Morse, 1955) ให้ความหมายของความพึงพอใจในเชิงจิตวิทยาว่า หมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถลดความเครียดของผู้ปฏิบัติงานให้น้อยลง ถ้ามีความเครียดมากจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และความเครียดนี้มีผลมาจากความต้องการของมนุษย์ เมื่อเกิดความต้องการมากจะเกิดพฤติกรรมเรียกร้อง เมื่อได้รับการตอบสนองของความเครียดนั้นจะลดลงหรือหมดไป ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานได้

สตรอสส์ และ เซเลสส์ (Strauss and Sayless, 1960) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำ และเต็มใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร บุคคลจะรู้สึกพอใจในงานที่ทำ เมื่องานนั้นให้ประโยชน์ตอบแทนทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ และสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้

เบียร์ (Beer, 1964) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า เป็นทัศนคติที่บุคคลมีต่อหน่วยงาน งานที่เขาทำอยู่ เพื่อนร่วมงาน และความหวังทางจิตวิทยาในสภาพการทำงาน

ซีคอร์ด และแบคแมน (Secord and Backman, 1964) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเกิดจากความต้องการของบุคคลในองค์การ บางคนอาจพอใจเนื่องจากผลงานที่ทำสำเร็จ บางคนพอใจเพราะลักษณะการปฏิบัติงาน แต่บางคนพอใจเพราะเพื่อนร่วมงาน

สมิท และเคนดอล (Smith and Kendall, 1969) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกรวมๆ ระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้จากการทำงาน ความรู้สึกพึงพอใจ

จึงรวมอยู่กับความคาดหวัง ไม่เพียงแต่งานที่ทำอยู่เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความคาดหวังส่วนบุคคลที่มีพื้นฐานและประสบการณ์ และความต้องการทางจิตวิทยาของเขาด้วย

บีช (Beach, 1970) มีความเห็นว่า ความพึงพอใจในงานคือส่วนหนึ่งของขวัญในการทำงาน และความพึงพอใจของบุคคลมักจะได้รับจากงานของเขา ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หน่วยงาน และสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ซึ่งเป็นอิทธิพลเนื่องมาจากโครงสร้างของบุคลิกลักษณะของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน

สมิธ และ วาคเลย์ (Smith and Wakelay, 1972) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่องาน อันบ่งถึงระดับความพอใจในการได้รับการสนองความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของเจ้าหน้าที่เหล่านั้นเพียงใด

กู๊ด (Good, 1973) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึงคุณภาพ สภาพหรือระดับความพอใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจและทัศนคติของบุคคลที่มีต่องาน (Mosse, 1995 Strauss and Sayless, 1960 Beer, 1964 Secord and Backman, 1964 Smith and Kendall, 1969 Beach, 1970 Smith and Wakelay, 1972 Good, 1973. อ้างใน สุภัทัญญา แสงมุขี, 2530)

ไพลิน ผ่องใส (2533) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการที่ความต้องการได้รับการบำบัด (อ้างใน ھرรรษา สุขกาล, 2538)

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง ภาวะของความรู้สึกที่ดี หรือภาวะของอารมณ์ที่ดี ซึ่งมีผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ภาวะความรู้สึกที่ดีนี้จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้นได้สนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ความพึงพอใจในงานนี้ เป็นสิ่งที่เกิดกับบุคคลประเมินจากการปฏิบัติงานของตนเองในสภาวะที่เป็นปัจจุบัน

จากความหมายของความพึงพอใจในงานดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกที่ดีต่องานของบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าปัจจัยนั้นสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเขา ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจขึ้น

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

Gilmer (1971) ได้ศึกษาถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน และได้สรุปปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานไว้ 10 ประการ

1. ความมั่นคงในงาน (Security) ได้แก่ความรู้สึกว่าได้ทำงานในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ มีหลักประกันความมั่นคงและได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา
2. โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน (Opportunity for advancement) เช่น การมีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น
3. สถานที่ทำงานและการจัดการ (Company and management) ได้แก่ ความพอใจต่อสถานที่ทำงาน ชื่อเสียงของสถาบันและการจัดการภายในสถาบัน
4. ค่าจ้าง (Wages) ได้แก่ รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษ ที่องค์กรให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
5. ลักษณะงาน (Intrinsic aspects of the job) ได้แก่ การได้ทำงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถ และความถนัดของผู้ปฏิบัติงาน
6. การนิเทศงาน (Supervision) ได้แก่เทคนิค วิธีการ และความสามารถในการนิเทศงานของผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์อันดีกับผู้บังคับบัญชา
7. ลักษณะทางสังคม (Social aspect of the job) ได้แก่การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
8. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ได้แก่สภาพและลักษณะการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
9. สภาพการทำงาน (Working conditions) ได้แก่สภาพแวดล้อมต่างๆ ในการทำงาน เช่น แสง เสียง อากาศ ห้องอาหาร ห้องน้ำ และชั่วโมงการทำงาน
10. ประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ (Benefits) ได้แก่เงินเดือน บำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการและการรักษาพยาบาล สวัสดิการอาหาร ที่อยู่อาศัย วันหยุด เป็นต้น

Harrell (1972) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานมี 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors)
2. ปัจจัยด้านงาน (Factors in the Job)
3. ปัจจัยด้านการจัดการ (Factors Controllable by Management)



## 1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่

1.1 ประสบการณ์ ประสบการณ์ในการทำงาน มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน บุคคลที่ทำงานนานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ

1.2 เพศ มักพบว่าคนงานหญิง จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนงานเพศชาย

1.3 อายุ อายุจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลา และประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ที่เริ่มทำงานใหม่ๆ ความพึงพอใจจะมีระดับสูง และจะค่อยๆ ลดลงจนกระทั่งเข้าสู่วัยอายุ 30 ปี จากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอีก

1.4 เวลาในการทำงาน งานที่ทำในเวลาปกติจะสร้างความพึงพอใจในการทำงานมากกว่างานที่ต้องทำในเวลาที่ไม่ต้องทำงาน เพราะเกี่ยวกับการพักผ่อน และการสังสรรค์กับผู้อื่นด้วย

1.5 เซอร์วิญญา พนักงานในโรงงานที่มีเซอร์วิญญาในระดับสูงแต่ทำงานที่เป็นประจำ พบว่ามักจะเบื่องานได้ง่าย และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำงานในโรงงาน เพราะเป็นงานที่ไม่ท้าทาย และไม่เหมาะสมกับความสามารถของเขา

1.6 ระดับเงินเดือน เงินเดือนที่มากพอแก่การดำรงชีพตามสถานภาพ ทำให้บุคคลไม่ต้องดิ้นรนมากนักที่จะไปทำงานเพิ่มนอกเวลาทำงาน และเงินเดือนยังเกี่ยวข้องกับการสามารถหาปัจจัยอื่นที่สำคัญแก่การดำรงชีพอีกด้วย ผู้ที่มีเงินเดือนสูงจึงมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำ

1.7 แรงจูงใจในการทำงาน แรงจูงใจเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจจากตัวผู้ทำงานเองจะสร้างความพึงพอใจในงาน

## 2. ปัจจัยด้านงาน

2.1 ลักษณะงาน ได้แก่ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การควบคุมการทำงาน และวิธีการทำงาน ความรู้สึกว่างงานที่ท้ออยู่เป็นงานสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น และเกิดความผูกพันต่องาน

2.2 ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานขนาดเล็กผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างาน และพนักงานมีโอกาสได้ใกล้ชิดกัน รู้จักซึ่งกันและกัน ทำงานคุ้นเคยกันได้ง่ายกว่าหน่วยงานใหญ่

พนักงานรู้สึกเป็นกันเองและร่วมมือช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดี ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

2.3 ความห่างไกลของบ้านและที่ทำงาน บ้านที่อยู่ห่างไกลจากที่ทำงาน การเดินทางไม่สะดวก ต้องตื่นแต่เช้ามีด รถติดและเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

2.4 โครงสร้างของงาน ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน รายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

### 3. ปัจจัยด้านการจัดการ

3.1 ความมั่นคงในงาน จากการสำรวจพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ต้องการงานที่มีความมั่นคง และต้องการจะอยู่ทำงานจนถึงเกษียณอายุแม้ว่าเขาจะมีเงินมากพอที่จะเลี้ยงตัวเองในวัยชราก็ตาม ความมั่นคงในการทำงานถือเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในวัยที่พ้นจากการทำงานไปแล้ว

3.2 โอกาสก้าวหน้า โอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในการทำงานมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ใช้ฝีมือ และความชำนาญงาน แต่มีความสำคัญน้อยสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญ แต่มีการศึกษาสูงและอยู่ในตำแหน่งสูง

3.3 การนิเทศงาน การนิเทศคือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ดังนั้นความรู้สึกต่อผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกที่มีต่อหน่วยงาน และองค์การด้วยการสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้นิเทศงานและพนักงานจะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3.4 การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา พนักงานมีความต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร จะปรับปรุงการทำงานของตนอย่างไร ข่าวสารจากบริษัทหรือหน่วยงานต่างๆ จึงมีความหมาย และความสำคัญ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

3.5 ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร ความศรัทธาในความสามารถและความตั้งใจที่ผู้บริหารมีต่อหน่วยงาน ทำให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจในงานของหน่วยงานด้วย (Gilmer, 1971 and Harrell 1972. อ้างในหรรษา สุขกาล, 2538)

Vroom (1964) พบว่า มิติหรือองค์ประกอบที่ส่งผลถึงความพึงพอใจมี 6 ด้าน ได้แก่

1. การนิเทศงาน (Supervision)
2. กลุ่มผู้ร่วมงาน (Work Group)

3. ลักษณะงาน (Job Content)
4. เงินเดือนหรือค่าจ้าง (Salary or Wages)
5. โอกาสได้รับการเลื่อนตำแหน่ง (Promotional opportunities)
6. ชั่วโมงการทำงาน (Hours of work)

1. การนิเทศงาน (Supervision) พบว่า การบังคับบัญชาหรือนิเทศงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อทัศนคติต่องานของผู้ปฏิบัติงาน เช่นการศึกษาของ Putnam (Vroom, 1964) ได้อภิปรายผลของการศึกษาฮาร์นธอร์น ซึ่งศึกษากับคนงานบริษัทเวสเทิร์นอิเล็กทริก พบว่าการบังคับบัญชาหรือการนิเทศงาน เป็นตัวกำหนดทัศนคติต่องานและประสิทธิภาพของงานสำคัญที่สุดมากกว่าปัจจัยอื่นๆ สุภาณี ทองธรรม, 2537 เสนาะ ตีเขาว์, 2532 (อ้างในหรรษา สุขกาล, 2538) ได้ให้ความเห็นว่าเป็นเป็นผู้บังคับบัญชา นับว่ามีส่วนมาก ในการสร้างขวัญที่ดีให้แก่คนงานในหน่วยงาน ได้ผลผลิตสูง ท่าทางของหัวหน้าเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดขวัญ จากการศึกษาวิจัยของ อรเพ็ญ พงศ์กล้า (2537) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความช่วยเหลือของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ด้วยวิธีสูงใจ และการชดเชย มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ขณะที่การใช้ระเบียบวินัยมีความสัมพันธ์ในทางลบ

2. กลุ่มผู้ร่วมงาน (Work Group) กลุ่มผู้ร่วมงานคือกลุ่มที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ในแง่ของมิตรภาพ ความร่วมมือ การช่วยเหลือกันและกัน สุภัญญา แสงมุขี (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศของผู้ร่วมงาน กับความพึงพอใจในงาน พบว่าเป็นไปในทิศทางบวก สกล วรรณพงษ์ (2525) ศึกษาความพึงพอใจในงานของครูพลศึกษา ในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานมีผลต่อความพึงพอใจในงานเป็นอันดับที่สอง ผู้ร่วมงานเปรียบได้กับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคล และการมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการทำงานก็คือ การแลกเปลี่ยนทางสังคมถ้าบุคคลมีโอกาสที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในที่ทำงานมาก เขาก็จะมีความพึงพอใจในงานมากตามไปด้วย นอกจากนั้น ถ้าสมาชิกของกลุ่มมีเจตคติคล้ายคลึงกัน ให้การยอมรับซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกันก็จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานด้วย แต่ถ้าสมาชิกของกลุ่มมีความขัดแย้งกันในวัตถุประสงค์ หรือมีความสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน หรือไม่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก็จะส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน (หรรษา สุขกาล, 2538)

3. ลักษณะงาน (Job content) การเลือกงานของบุคคลขึ้นอยู่กับความสนใจต่องาน ข้อมูลของลักษณะงาน รายละเอียดหน้าที่ของงาน และผลที่จะได้รับจากงาน ลักษณะของงานที่น่าสนใจและท้าทายความสามารถ งานที่ต้องใช้ความคิด มีความหลากหลาย ใช้ความรับผิดชอบสูง มีอิสระที่จะตัดสินใจ มีการประเมินผลงานให้ผู้ปฏิบัติงานทราบ จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ผลการศึกษาของ Savery (1989) (อ้างในหรรษา สุขกาล, 2538) พบว่า ปัจจัยความน่าสนใจ และความท้าทายของงานกับความรู้สึกประสบความสำเร็จ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจมากที่สุด กิติมา ปริดิลก 2529 (อ้างในอรเพ็ญ พงศ์กล้า, 2537) กล่าวว่างานที่มีความท้าทาย ก่อให้เกิดความรู้สึกที่เกี่ยวกับความสำเร็จของงาน เกิดความรับผิดชอบ เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ นอกจากนั้นถ้าผู้ปฏิบัติมีโอกาสใช้ความสามารถ ทักษะความชำนาญที่เขามีอยู่ในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ และได้รับความสำเร็จจากการทำงาน เขายังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจในงาน (Vroom, 1964)

ลักษณะงานที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ได้แก่ งานที่มีความซ้ำซาก มีขั้นตอนการทำงานเพียงขั้นเดียว หรืองานที่ผู้ปฏิบัติไม่มีอิสระในการทำงาน ต้องถูกควบคุมจากผู้บริหารที่วางแผนไว้ตายตัว เคร่งครัด และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความเป็นตัวของตัวเองและไม่สามารถดำเนินงานตามความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเบื่อหน่าย และไม่พึงพอใจในงานได้

4. เงินเดือนหรือค่าจ้าง (Salary or Wages) นักเศรษฐศาสตร์และผู้บริหารชั้นสูง มักจะให้ความสำคัญกับค่าจ้างงานในการกำหนดความพึงพอใจในงาน และความเป็นไปได้ที่เขาจะคงอยู่ในงาน อย่างไรก็ตามได้มีผู้ศึกษา โดยให้คนงานจัดอันดับองค์ประกอบของงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อพวกเขา มักพบว่าเงินเดือนหรือค่าจ้าง เป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มว่า มีความสำคัญน้อยกว่าความมั่นคงในงาน โอกาสก้าวหน้าและเป้าหมายการบริหารงาน แต่มีความสำคัญกว่าลักษณะงาน การติดต่อสื่อสาร สภาพแวดล้อมของงาน และผลประโยชน์อื่นๆ (Herzberg, Mausner, Peterson and Capwell, 1957, Quoted in Vroom, 1964) เนื่องจากเงินที่ได้รับเป็นผลตอบแทนจากการทำงาน เป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถนำไปแลกกับสิ่งอื่นที่มีความจำเป็นหลายอย่าง เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย รวมทั้งช่วยให้มีความสุขนานเพลิดเพลินกับกิจกรรมที่ชื่นชอบ ยิ่งไปกว่านั้นเงินรายได้สูงยังทำให้เห็นว่าเป็นที่ยกย่อง และประสบความสำเร็จในงาน ความสำคัญของเงินจึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เงินควรจะเป็นสิ่งเสริมแรงที่มีเงื่อนไข (Conditioned Reinforcer) ผลตอบแทนทางการเงินควรจะเป็นผลลัพธ์ระดับแรกที่น่าไปสู่การได้มาซึ่งอาหาร

และผลลัพธ์ระดับที่สอง อื่นๆ เงินจะเป็นสิ่งจูงใจก่อนที่พนักงานจะกระทำหรือปฏิบัติและเป็นรางวัลหลังจากพนักงานกระทำหรือปฏิบัติไปแล้ว การจูงใจทางด้านการเงินที่ใช้กันอยู่ในองค์การส่วนใหญ่ได้แก่ การเพิ่มผลตอบแทนตามความสามารถ โบนัส อัตราตอบแทนต่อหน่วย หรือ ค่านายหน้า การมีส่วนร่วมในผลกำไร

5. โอกาสการได้เลื่อนตำแหน่ง (Promotional Opportunities) องค์ประกอบนี้ ผู้ศึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีผลต่อความพึงพอใจในงาน (คำนี้ นกแก้ว, 2534, สกล วรรณพงษ์, 2535, เปล่งศรี อิงคนันท์, 2525, สมพงษ์ เกษมสิน, 2526 กล่าวว่าการเจริญก้าวหน้าเป็นสิ่งปรารถนาของทุกคนในการปฏิบัติงานในทุกระดับชั้น ผู้บริหารควรให้โอกาสก้าวหน้าแก่คนงานให้สูงขึ้น ให้โอกาสก้าวหน้าในงานที่ปฏิบัติอยู่ ให้โอกาสได้รับความรู้ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนการฝึกอบรมหรือแสวงหาความรู้ได้อย่างเต็มที่ Vroom (1964) เสนอว่าถ้าบุคคลมองเห็นว่า ผลของการได้รับการเลื่อนตำแหน่งมีคุณค่าสำหรับเขา ประกอบกับมีความเชื่อว่า งานของเขาทำให้เขามีโอกาสได้รับการเลื่อนตำแหน่งเขาก็จะเกิดความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้การได้รับการเลื่อนตำแหน่ง จะมีคุณค่ามากถ้าหากบุคคลไม่คาดหวังมาก่อนว่าจะได้รับและสำหรับผู้ที่ไม่คาดหวังว่าจะได้รับการเลื่อนตำแหน่งเขาจะเกิดความคับข้องใจน้อยกว่าผู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับแล้วไม่ได้รับ

6. ชั่วโมงการทำงาน (Hours of work) ชั่วโมงการทำงานเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่เกี่ยวข้องกับงาน แต่ก็มีความสำคัญต่อความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานที่มีการแบ่งเวลาการทำงานเป็นกะหรือช่วงเวลาการทำงานของคุณไม่เพียงแต่จะเกี่ยวข้องกับการใช้เวลาทำงานอย่างไร แต่ยังคงครอบคลุมถึงความสามารถในการใช้เวลาว่างที่เหลือจากเวลางาน ทำกิจกรรมที่เขาพอใจ งานของคุณมีผลต่อสิ่งแวดล้อมของเขา เพราะนอกเวลางานอาจต้องมีการพบปะกับเพื่อนฝูง หรือใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ดังนั้นช่วงเวลาของการทำงาน การใช้เวลาว่าง และความพึงพอใจในงาน จึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจและแรงจูงใจในงานเกี่ยวเนื่องกันในแง่ เป็นตัวประสานให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจกันปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

การจูงใจ (Motivation) และความพึงพอใจในการทำงาน (Job Satisfaction) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก จะแตกต่างกันก็ตรงที่การจูงใจเป็นพฤติกรรมการทำงาน ส่วนความ

พึงพอใจเป็นความรู้สึกต่องาน (McCormick and Ilgen, 1981 อ้างในสุกัญญา แสงมุกข์, 2530) ดังนั้นการสร้างความพึงพอใจในการทำงานควรพึงเล็งทั้งพฤติกรรมการทำงาน และความรู้สึกต่องานร่วมกัน

มาสโลว์ (Maslow, 1954 อ้างในสุกัญญา แสงมุกข์, 2530) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการจูงใจ ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ มีข้อสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนี้ คนทุกคนมีความต้องการ และความต้องการนี้จะเมื่ออยู่ตลอดเวลาและไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอีกต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม ความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับของความสำคัญ เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการในระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองทันที

มาสโลว์ ได้สรุปลักษณะของการจูงใจไว้ว่า การจูงใจจะเป็นไปตามลำดับของความ ต้องการอย่างมีระเบียบ ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ หรือ "Hierarchy of Needs" ตามทฤษฎีของมาสโลว์มีอยู่ 5 ระดับ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological) ด้านความปลอดภัย (Safety) ด้านสังคม (Social) ด้านการได้รับการยกย่องในสังคม (Self Esteem) และด้านความสำเร็จในชีวิต (Self Actualization)

เฮอริชเบิร์ก และคณะ (Herzberg, 1959) ได้เผยแพร่งานวิจัยเรื่อง "การจูงใจในการทำงาน" เพื่อเสนอทฤษฎีองค์ประกอบคู่ (Two - factor Theory) ที่พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานมากที่สุด มี 5 ประการ เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivation) ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงานของบุคคล การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานมี 11 ประการ เรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene) ได้แก่ นโยบายและการบริหารงานขององค์กร การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา สภาพการทำงาน เงินเดือน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความเป็นอยู่ส่วนตัว ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา สถานะของอาชีพ และความมั่นคงในงาน

วูม (Vroom, Quoted in Alday and Brief, 1981 อ้างในสุกัญญา แสงมุกข์, 2530) ได้พัฒนาทฤษฎีการจูงใจโดยเน้นที่กระบวนการในการจูงใจ และเรียกว่าเป็นทฤษฎีความคาดหวัง หรือทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory) วูม (Vroom) ให้ความสำคัญในเรื่องที่ว่าบุคคลจะถูกใจด้วยเป้าหมายอะไร และถูกใจอย่างไร โดยความต้องการเป็นเพียงองค์ประกอบในกระบวนการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติอย่างไรของบุคคลเท่านั้น โดยการจูงใจจะเป็นผลของความต้องการที่บุคคล

มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และคาดคะเนการกระทำที่จะนำไปสู่สิ่งนั้น ตามทัศนะของ เดวิด และเอ็ดวาร์ด (David and Edward อ้างถึงใน สมยศ นาวิกาน และผู้สดี รุมาคม, 2520) ทฤษฎีความคาดหมาย จะอยู่บนพื้นฐานของสมมติฐาน คือ พฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยแรงกดดันภายในบุคคลและ สถานภาพแวดล้อม เพราะบุคคลมีความต้องการ และความคาดหวังไม่เหมือนกัน บุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของเขาว่าจะใช้กำลังพยายามทำงานหนักมากน้อยแค่ไหน เมื่อบุคคลมีความต้องการและเป้าหมายไม่เหมือนกัน ความพึงพอใจจึงไม่เหมือนกันจึงต้องทำความเข้าใจ ความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อจะได้ตั้งใจและให้ผลตอบแทนเขาได้อย่างดีที่สุด และบุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรม โดยอยู่บนพื้นฐานของความคาดหวัง และมีแนวโน้มจะทำพฤติกรรมที่เขาเชื่อว่าจะได้รับผลตอบแทน

กล่าวคือ เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายในใจของบุคคลนั้นจะต้องมีความคาดหวังถึงผลที่จะตามมาจากพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล โดยความคาดหวังจะเป็นแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นของบุคคล เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย รูปแบบของการจูงใจตามทฤษฎีนี้จึงประกอบด้วย ความคาดหวัง (Expectancy) ความพอใจ (Valence) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดย

ความคาดหวัง คือความเชื่อเกี่ยวกับความน่าจะเป็นหรือการคาดคะเนของผู้ปฏิบัติงานว่า พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นจะบรรลุผลลัพธ์อย่างหนึ่งและสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์อีกอย่างหนึ่งได้

ความพอใจ คือ ความรุนแรงของความต้องการหรือความปรารถนาของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อผลลัพธ์อย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวกับผลลัพธ์อีกอย่างหนึ่ง ความพอใจนี้จะแสดงออกถึงความมากน้อย ของความปรารถนาที่ผู้ปฏิบัติงานมีต่อเป้าหมาย โดยที่ความพอใจจะเกิดจากภายในตัวของบุคคลแต่ละคน ดังนั้นความพอใจของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน

ผลลัพธ์ คือ ผลที่เกิดจากการกระทำที่ได้รับการกระตุ้นและจูงใจ แบ่งเป็นผลลัพธ์ระดับที่หนึ่ง (Primary Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานสืบเนื่องมาจากการใช้ความพยายามของผู้ปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ระดับที่สอง (Secondary Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่ติดตามมา หรือเกี่ยวพันกับผลลัพธ์ระดับที่หนึ่ง เช่นหลังจากได้เลื่อนตำแหน่งแล้ว ได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นตามมาเป็นต้น

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาล และเป็นด้านแรกที่ต้องให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยอย่างกะทันหันที่ อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน และต้องจัดให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง (Jenkins, 1978)

จากเกณฑ์มาตรฐานงานพัฒนาคลินิกบริการสาธารณสุข (พ.บ.ส.) กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2533) ได้กำหนดให้ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น คือ ช่วยชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเตรียมผู้ป่วยเพื่อการรักษาขั้นต่อไป ดังนั้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรต้องได้รับการฝึกฝนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกปัญหาที่กล่าวถึง โดยเน้นที่การช่วยเหลือบุคคลทั้งคน (Holistic Nursing Care) ดังนั้น ปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการให้บริการคือสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการทบทวน และสร้างสรรค์อยู่ตลอดเวลา เพื่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์

ประเวศ วะสี (2536) ให้ทัศนะใหม่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม (Holistic Health) ด้านระบบบริการจะต้องครอบคลุมและเข้าถึงได้โดยประชาชนทั้งหมด สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) จึงจะมีได้ โดยคำนึงถึงปัญหาโรคภัยไข้เจ็บซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ปัญหาฉุกเฉิน (Emergency)
2. ปัญหาไม่ฉุกเฉิน (Non-Emergency)

ปัญหาฉุกเฉิน หมายถึง ปัญหาที่รุนแรง รวดเร็ว และเป็นอันตรายถึงกับชีวิตได้ หากรักษาไม่ทันท่วงที กลวิธีเพื่อการบำบัดรักษาของปัญหาฉุกเฉินจึงควรเป็นการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นเอกลักษณ์ฉุกเฉิน ซึ่งต้องการจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด

อนันต์ ตันมุขยกุล (2530) ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการรักษาโดยรีบด่วน ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะถึงแก่ชีวิต จะมีความทุกข์ทรมานหรือความพิการตามมา



โดยสรุป ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ภาวะของโรค (Illness) หรือการบาดเจ็บ (Injury) ที่ต้องการรักษาทันที ผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นประกอบด้วยสองกลุ่ม คือ

- กลุ่มการบาดเจ็บ (Injury, Trauma) และ
- กลุ่มโรค (Illness )

กลุ่มการบาดเจ็บจำแนกออกเป็น 2 ประเภท (วิจิตร บุญยะโชติระ, 2530) คือ

1. บาดเจ็บเกิดจากไม่ตั้งใจ (Unintentional Injuries) ได้แก่ อุบัติภัย
2. บาดเจ็บเกิดจากตั้งใจ (Intentional Injuries) ได้แก่ การถูกทำร้าย ร่างกาย และการทำร้ายตนเอง

**บาดเจ็บ (Injury)** คือ ผลซึ่งเกิดจากร่างกายกระทบกับวัตถุหรือสารเคมีในอัตราความรุนแรงที่เกินกว่าร่างกายหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายจะทนทานได้

**บาดเจ็บถึงพิการ (Disabling Injury)** หมายความว่า การบาดเจ็บที่อาจจะทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บถึงแก่ชีวิตหรือพิการ (อาจจะพิการชั่วคราวหรือถาวร) ได้

**อุบัติเหตุ (Accident)** คือ อุบัติการที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหมายมาก่อนทำให้เกิดการบาดเจ็บตาย และการสูญเสียทรัพย์สินโดยที่ไม่ต้องการ

1. อุบัติภัยจากการจราจร (Traffic Accidents) ได้แก่ อุบัติภัยเกิดจากการจราจรทางบก (บนท้องถนน ทางรถไฟ เป็นต้น) อุบัติภัยเกิดจากการจราจรทางน้ำ และอุบัติเหตุเกิดจากการจราจรทางอากาศ

2. อุบัติภัยจากการทำงาน (Occupational Accidents) ได้แก่ อุบัติภัยซึ่งเกิดจากการทำงานในโรงงาน หรือนอกโรงงาน เช่น การก่อสร้าง การสาธารณูปโภค (เช่น การประปา การไฟฟ้า และการโทรศัพท์ เป็นต้น)

3. อุบัติภัยในบ้าน (Home or Domestic Accidents) ได้แก่ อุบัติภัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในบ้าน เช่น การพลัดตกหกล้ม มีดบาด ก๊าซระเบิด ไฟไหม้

4. อุบัติภัยในสาธารณสถาน (Public Accidents) ได้แก่ อุบัติภัยซึ่งเกิดใน โรงเรียน สนามกีฬา สถานสาธารณะ (เช่น โรงมหรสพ สถานเริงรมย์ สวนสาธารณะ สถานที่ตากอากาศ สถานที่ทำงาน โรงแรม เป็นต้น) รวมทั้งอัคคีภัย

การจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Injury Severity Scaling)

วิจิตร บุญยะไพฑร (2530) ได้ศึกษาถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุเนื่องจากความจำเป็น และเป็นประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- เพื่อจัดลำดับการรักษาผู้ป่วย (Triage)
- เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา (Clinical Decision)
- เพื่อประกอบการวางแผนรักษา (Planning)
- เพื่อประกอบการประเมินผลการรักษา (Evaluation)
- เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นหรือเลวลง
- เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษา และการทดแทน และ
- เพื่อการวางแผนป้องกัน

การจำแนกความฉุกเฉิน (Classification of Emergencies) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (First Emergency) ได้แก่ ผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจะต้องได้รับการรักษาทันที (ภายใน 2 - 3 นาที) และไม่เกิน 2 ชั่วโมง
2. ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมาก (Second Emergency) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง
3. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Third Emergency) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง

ส่วนในเชิงกายวิภาควิทยาได้จำแนกความรุนแรงของบาดเจ็บ ซึ่งใช้แบ่งประเภทของการบาดเจ็บที่ใช้กันมากที่สุด และมักนิยมใช้ร่วมกับ “ระบบการให้แต้มสำหรับความรุนแรงของบาดแผล” (Injury Severity Score - ISS) ซึ่งแบ่งความรุนแรงของบาดเจ็บออกเป็น 6 ชั้น ดังนี้

1. บาดเจ็บเล็กน้อย (Minor Injury) มีบาดแผลเล็กน้อย แผลฉ้ำหรือถลอก กระดูกแขน ร้าวไม่เคลื่อนที่
2. บาดเจ็บปานกลาง (Moderate Injury) มีบาดแผลปานกลาง แผลยาวกว่า 2 นิ้ว (บริเวณร่างกาย) แผลยาวกว่า 1 นิ้ว (บริเวณหน้า) สมองกระเทือนเล็กน้อย (Mild Concussion) กระดูกแขนร้าวไม่เคลื่อนที่

3. บาดเจ็บมาก (ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต) (Severe Injury) มีบาดแผลจากแผลยาวกว่า 4 นิ้ว (บริเวณหน้า) หรือแผลทะลุลงไปไนชั้นลึกเช่นกล้ามเนื้อ กระดูกแขนหักและเคลื่อนที่กระดูกขา ร้าว รุนแรงอาจถึงตายได้

4. บาดเจ็บสาหัส (เป็นอันตรายถึงชีวิตแต่อาจรอดได้) (Serious Injury) มีม้ามแตก กระดูกซี่โครงหักหลายซี่ อกรวน (Flail Chest) ข้างเดียว

5. บาดเจ็บวิกฤต (การรอดไม่แน่นอน) (Critical Injury) บาดเจ็บรุนแรง อกรวน 2 ข้าง หรือดับชีพขาดรุนแรง

6. บาดเจ็บวิกฤตมาก (ไม่รอด) (Maximum Injury) สมองไม่สั่งงาน (Decapitation) เลือดตกในเนื้อสมองมากซึ่งตายได้ใน 60 นาที เส้นเลือดแดงใหญ่ถูกตัดขาดหรือแตก

#### การจำแนกความรุนแรงของบาดเจ็บทางสรีรวิทยา

สมาคมบาดเจ็บแห่งสหรัฐอเมริกา (American Trauma Society) และวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Surgeons) ได้นำวิธีการใช้โดยวิธีนี้เมื่อปี ค.ศ. 1980 โดยการคิดคะแนนบาดเจ็บโดยอาศัยอาการทางสรีรวิทยา (Physiologic) 5 ประการ คือ

1. อัตราการหายใจ (โดยการนับความเร็วของการหายใจ 15 วินาทีคูณด้วย 4) ถ้าได้ความเร็ว 10 - 24 จะได้ 4 คะแนน 24 - 34 ได้ 3 คะแนน เกิน 35 ได้ 2 คะแนน ต่ำกว่า 10 ได้ 1 คะแนน ไม่หายใจเลยได้ 0 คะแนน

2. ลักษณะหายใจ (Respiratory Effort) ถ้าหายใจได้ปกติได้ 1 คะแนน หายใจตื้น (หายใจช้า ทรวงอกขยายน้อย) หรือหายใจหลบ (Restrictive) ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ได้คะแนน 0

3. ความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) สูงกว่า 70 ได้ 4 คะแนน 70 - 90 ได้ 3 คะแนน 50 - 69 ได้ 2 คะแนน ต่ำกว่า 50 ได้ 1 คะแนน 0 ได้ 0 คะแนน

4. การไหลกลับมาของโลหิต (Capillary Refill) โดยเอานิ้วมือกดตรงหน้าผาก หรือริมฝีปากของผู้ป่วยจนซีดแล้วปล่อยมือ และนับเวลาเลือดไหลกลับมาสีแดงเหมือนเดิมถ้าได้เวลาภายใน 2 วินาที (ปกติ) ได้ 2 คะแนน ช้ากว่า 2 วินาที (Delayed) ได้ 1 คะแนน ไม่ไหลกลับมาเลยได้ 0

## 5. การให้คะแนนวัดสติของผู้ป่วย (Glasgow Coma Scale)

5.1 ให้ผู้ป่วยลืมตา : ลืมตาได้เอง	ได้ 4 คะแนน
ให้เสียงเรียกจึงลืมตา	ได้ 3 คะแนน
ทำให้เจ็บจึงลืมตา	ได้ 2 คะแนน
ไม่ลืมตา	ได้ 1 คะแนน
5.2 พูดตอบ :    ตอบถูกต้อง	ได้ 5 คะแนน
พูดสับสน (confused)	ได้ 4 คะแนน
พูดเลอะเลือน (Inappropriate words)	ได้ 3 คะแนน
พูดฟังไม่เข้าใจ (Incomprehensible Words)	ได้ 2 คะแนน
ไม่ตอบ	ได้ 1 คะแนน

5.3 การเคลื่อนไหว (Motor response) เคลื่อนไหวได้ตามสั่งได้ 6 คะแนน เคลื่อนไหวโดยตั้งใจ (Purposeful Movement) เช่น เจ็บแล้วเคลื่อนไหวโดยตั้งใจได้ 5 คะแนน เคลื่อนหนี (เมื่อทำให้เจ็บ) ได้ 4 คะแนน งอ (Flexion) เมื่อเจ็บได้ 3 คะแนนเหยียด (Extension) เมื่อเจ็บได้ 2 คะแนน ไม่เคลื่อนไหวได้ 1 คะแนน

ภาพรวมคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) คะแนนรวม 14 - 15 ได้ 5 คะแนน 11 - 13 ได้ 4 คะแนน 8 - 10 ได้ 3 คะแนน 5 - 7 ได้ 2 คะแนน 3 - 4 ได้ 1 คะแนน

เสร็จแล้วรวมคะแนนตั้งแต่ ข้อ 1 - 5 ก็จะได้คะแนนบาดเจ็บจากคะแนนเต็ม 16 คะแนน Champion and Sacco (อ้างถึงใน วิจิตร บุญยะโหดระ, 2530) แห่งศูนย์การแพทย์วอชิงตัน ได้ให้คะแนนบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยประมาณ 10,000 คน ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 16 คะแนน ทำให้เราสามารถทำนายอัตราการรอดของผู้ป่วยเหล่านั้นได้เป็นอย่างดี Mygren และคณะ, 1982 (อ้างถึงใน วิจิตร บุญยะโหดระ, 2530) ได้จำแนกความรุนแรงของบาดเจ็บตามคะแนนดังต่อไปนี้

คะแนน 1 - 3 บาดเจ็บเล็กน้อย

คะแนน 4 - 10 บาดเจ็บปานกลาง

คะแนน 11 - 13 บาดเจ็บสาหัส

คะแนน 14 - 16 บาดเจ็บถึงตาย

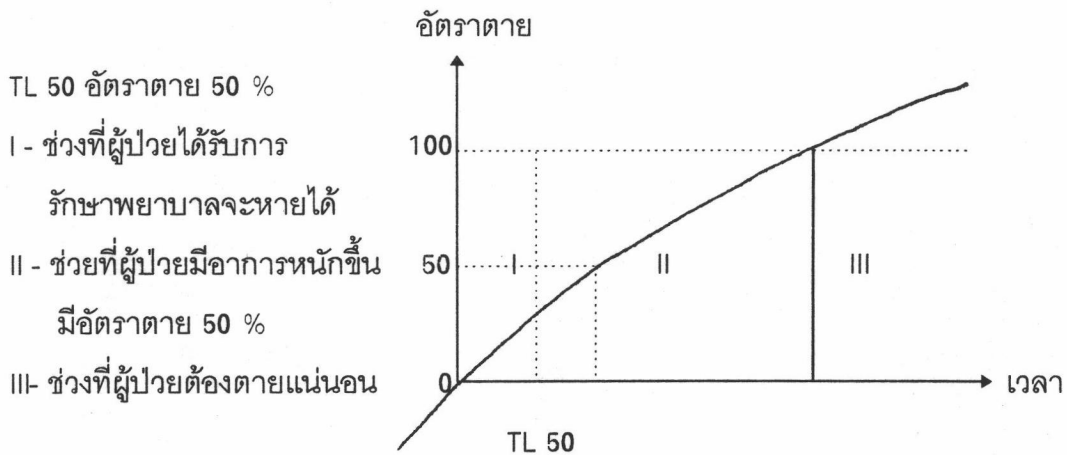
จึงอาจนำไปใช้สำหรับทำนายอาการของผู้บาดเจ็บ

ระยะของการขาดใจ การขาดใจแบ่งออกได้ 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะนี้จะหายได้ทุกคนและจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ถ้าเป็นโรคติดเชื้อ ระยะนี้ก็คือระยะฟักเชื้อ (Incubation Period) นั่นเอง

ระยะที่ 2 ระยะนี้อาการของผู้ป่วยจะค่อย ๆ มากขึ้น จนถึงจุดอัตราตาย (TL 50 = Median Lethaltime) แสดงในแผนภูมิที่ 1 และเมื่อพ้นจุดนี้ไปแล้วโอกาสที่ผู้ป่วยจะตายเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ เมื่อถึงระยะนี้แล้วถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ตามผู้ป่วยก็อาจจะตายได้ จะทำให้การรักษายากขึ้นต้องใช้เวลารักษานาน และถ้าหายได้ผู้ป่วยก็อาจจะเกิดความพิการอย่างถาวร

ระยะที่ 3 เมื่อผู้ป่วยเข้าถึงระยะนี้ก็ต้องตายแน่นอน แม้จะได้รับการรักษาด้วยวิธีใด ๆ อย่างเต็มที่แล้วก็ตาม



แผนภูมิที่ 3 แสดงความรวดเร็วของอาการที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยขาดใจซึ่งเป็นไปตาม

ลักษณะของโรค ( Mygren และคณะ, 1982 อ้างถึงใน วิจิตร บุญยะโหดระ, 2530 )

เหตุนี้การรักษาจึงต้องรีบทำก่อนถึงระยะที่ 2 เพราะการรักษาจะทำได้ง่ายไม่สิ้นเปลืองและปราศจากภาวะแทรกซ้อนเมื่อเข้าระยะที่ 2 แล้วจะเกิดการทำลายชีพ (Vital damage) ผู้ป่วยที่มีร่างกายอ่อนแอก็จะตายไป ผู้ป่วยที่เคยมีร่างกายแข็งแรงก็จะพิการ อย่างไรก็ตามช่วงเวลาของระยะนี้อยู่ที่ลักษณะพยาธิสภาพของโรค ดังแผนภูมิที่ 6 โรคฉุกเฉินวิกฤตที่สุดก็คือ หัวใจวาย (Cardiac Arrest) เพราะทุกอย่างสิ้นสุดภายใน 2 - 3 วินาที เท่านั้น ในโรคขาดออกซิเจน (Asphyxia) จะอยู่ได้นานขึ้น 1 นาที เพราะมีออกซิเจนเหลืออยู่ในปอด ในผู้ป่วยเสียเลือดนั้นอยู่ได้ช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับอัตราไหลออกของเลือด การขาดเลือด หรือภาวะช็อค จะทำให้เซลล์ของ

ร่างกายถูกทำลาย และตายภายใน 2 - 3 ชั่วโมง ถึงแม้เลือดหยุดแล้วหรือให้เลือดเข้าไประยะหลัง ๆ ก็ไม่ทำให้เซลล์ฟื้นชีพได้

การช่วยชีวิตฉุกเฉินต้องกระทำทันทีที่ถึงตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญและความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ในการวิจัยผู้วิจัยจะกล่าวถึง ลักษณะทั่วไปและการช่วยเหลือผู้ป่วยใน 5 กลุ่มปัญหา เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีปัญหาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ ปัญหาของระบบการหายใจ ปัญหาหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ปัญหาของสมองและไขสันหลัง และปัญหาของกระดูกหักและข้อเคลื่อน โดยสังเขปดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นและต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ

ภาวะการหายใจหยุด (Respiratory arrest)

เมื่อเกิดภาวะการหายใจหยุด หัวใจยังคงทำงานต่อไปได้อีกหลายนาที แต่ถ้าการหายใจหยุดนานเกินไปจะเป็นสาเหตุทำให้หัวใจหยุดได้ สาเหตุที่ทำให้การหายใจหยุด ได้แก่ การจมน้ำ การอุดกั้นทางเดินหายใจ การสูดสำลัก เป็นต้น ในกรณีนี้ถ้าเปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยที่ยังมีการเต้นของหัวใจได้อย่างเพียงพอแล้ว จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดได้

ภาวะหัวใจหยุด (Cardiac arrest)

เป็นภาวะที่หัวใจหยุดทำงานหรือทำงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ไม่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้

สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่

2.1 เวเนทริกเคิลหยุดเต้น (Ventricular asystole)

2.2 เวเนทริกเคิลแบบฟิบริลเลชัน (Ventricular fibrillation)

2.3 เวเนทริกเคิลเต้นแต่ไม่มีการไหลเวียนเลือด เช่น หัวใจถูกบีบรัด (Cardiac tamponade)

การอุดกั้นทางไหลเวียนเลือดทันทีจากก้อนเนื้องอก (Left atrial myxoma) หรือ Ballvalve thrombus หรือมีภาวะหัวใจวายรุนแรง

การวินิจฉัยภาวะหัวใจหยุด อาศัยอาการแสดงดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดง Carotid หรือ femoral ไม่ได้

- 3) การหายใจหยุดหรือมีการหายใจเป็นเฮือก ๆ
- 4) ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยิน

### การช่วยฟื้นคืนชีพ

การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation) เป็นปฏิบัติการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจ และหัวใจหยุดทำงาน

วัตถุประสงค์ของการช่วยฟื้นคืนชีพ

1. เพิ่มออกซิเจนให้แก่เนื้อเยื่อและร่างกาย
2. ป้องกันสมองตายโดยการทำให้โลหิตไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ
3. พยายามทำให้ Cardiac output กลับมาสู่ระดับที่เพียงพอแก่การขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย
4. ดูแลผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติ หลังจากที่หัวใจกลับเต้นใหม่แล้ว

ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ

ภายหลังที่หัวใจหยุดการสูบฉีดเลือด ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานกว่า 4 - 6 นาที โดยไม่ให้การช่วยเหลือหรือให้การช่วยเหลืออย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะมีผลให้สมองส่วนคอร์เทกซ์ตาย เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกินไป และผู้ป่วยจะไม่ฟื้น ถึงแม้ว่าจะทำให้หัวใจกลับเต้นใหม่แล้ว

### ข้อบ่งชี้ในการทำ CPR

- ภาวะการหายใจหยุด
- ภาวะหัวใจหยุด

### ชนิดของการช่วยฟื้นคืนชีพ

โดยทั่วไปแบ่งการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Cardiac Life Support (BCLS)) เป็นการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนสำคัญของร่างกาย BCLS มิใช่เป็นการช่วยฟื้นคืนชีพที่ทำเฉพาะนอกโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ถือเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อพบผู้ป่วยอยู่ในภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น โดยเน้นหลักการช่วยเหลือเป็นขั้นตอนเริ่มตั้งแต่ Airway, Breathing และ Circulation (A, B, C)

2. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง [Advanced Cardiac Life Support (ACLS)] เป็นการทำให้ CPR ที่ประกอบด้วย BCLS ร่วมกับ

2.1 การใช้เครื่องมือช่วยการหายใจและระบบไหลเวียนเลือด เช่น การให้ออกซิเจน การใส่ท่อ Endotracheal

2.2 การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อวินิจฉัยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) และติดตามภาวะผิดปกติของหัวใจ

2.3 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพื่อการให้ยาหรือสารน้ำที่จำเป็น

2.4 การให้ยาหรือใช้เครื่องมือไฟฟ้าเพื่อรักษาผู้ป่วย เช่น การใช้เครื่อง Defibrillator เป็นต้น

3. การช่วยฟื้นคืนชีพระยะยาว [Prolonged Cardiac Life Support (PCLS)] เป็นการรักษาพยาบาลเพื่อพุงให้กลับสู่ภาวะปกติ ด้วยการรักษาภาวะช็อก Ventilatory care, Hemodynamic monitoring ต่าง ๆ ซึ่งเป็นการให้การรักษาต่อเนื่อง ณ หน่วยงานที่มีความพร้อมในด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เช่น ใน ICU หรือ CCU

ผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของระบบการหายใจ

ระบบการหายใจถือได้ว่าเป็นระบบที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

การประเมินอาการในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว

ภาวะการหายใจล้มเหลว คือ ภาวะที่ระบบการหายใจเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถรักษาความดันออกซิเจนในเลือดแดงให้อยู่ในระดับปกติได้ สภาวะการหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งถ้าเกิดขึ้นแล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น

โดยทั่วไปอาจจำแนกภาวะการหายใจล้มเหลวตามกลไกการเกิดได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ภาวะการหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะเลือดขาดออกซิเจน สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ทางเดินหายใจ โรคปอดพังผืด (Interstitial lung disease) โรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก เป็นต้น รวมถึงกลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (Adult Respiratory Distress Syndrome) ก็จัดอยู่ในกลุ่มภาวะการหายใจล้มเหลวแบบนี้



ภาวะเลือดขาดออกซิเจน	ภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์
หัวใจเต้นเร็ว ระยะหลังจะช้าลง ความดันเลือดต่ำ ลักษณะเขียวคล้ำ ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ชักกระตุก การทำงานของหัวใจช้าลง หมดสติ	ง่วงซึม มีน้ศีรษะ ผิวกายรู้สึกร้อนวูบวาบ เหงื่อออก หมดสติ มือเท้ากระพือ (asterixis) หัวใจเต้นผิดจังหวะ papilledema ความดันเลือดสูง

**แผนภูมิที่ 4.** ลักษณะทางคลินิกของภาวะเลือดขาดออกซิเจน และภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ (ดาร์ณี จามจรี, 2537)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของระบบทางเดินหายใจ

1. Airway Management เป็นวิธีการที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซจากภายนอกเข้าสู่ปอดได้ดี โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1.1 จัดท่าให้ทางเดินหายใจโล่ง วิธีที่ใช้กันโดยทั่วไป คือ Head-tilt, Chin-lift และ Jaw thrust maneuver

1.2 ทำทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการตรวจหาสิ่งแปลกปลอม เช่น เลือด เศษฟัน secretion ที่เป็นสาเหตุของการอุดตันของทางเดินหายใจโดยการใช้ผ้าก๊อชพันนิ้วกวาดออก หรือให้การดูดเสมหะ

1.3 การใส่ท่ออากาศ (Pharyngeal airway) โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวจะช่วยป้องกันลิ้นตกไปปิดทางเดินหายใจได้อีกวิธีหนึ่ง

## 2. การใช้ Oxygen Therapy

วัตถุประสงค์ในการให้ออกซิเจนนั้น เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะ hypoxia การแก้ไขความผิดปกติโดยการให้ออกซิเจนนั้นมีได้หลายวิธีแตกต่างกัน แต่ต้องคำนึงถึงเสมอว่าการให้ออกซิเจนมากเกินไป หรือให้ผิดวิธีก็มีผลเสียตามมาเช่นกัน เนื่องจากออกซิเจนจัดเป็นยาชนิดหนึ่งซึ่งมีทั้งคุณและโทษ การให้ออกซิเจนเพื่อบำบัดรักษาจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากการขาดออกซิเจนร่วมกับภาวะคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ การให้ออกซิเจนในขนาดสูงๆ จะทำให้การกระตุ้นของภาวะการขาดออกซิเจนที่มีต่อศูนย์หายใจลดลง เป็นผลให้มีการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะหมดสติหรือเกิดอาการง่วงซึมจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งเร็วขึ้น นอกจากนี้การให้ออกซิเจนขนาดสูงๆ เป็นเวลานานๆ จะทำให้ปอดได้รับอันตรายจากพิษของออกซิเจน เช่น เกิดภาวะเนื้อปอดแฟบ โรคปอดพังผืด หลอดลมอักเสบ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มีปัญหาอุจจาระของระบบไหลเวียนโลหิต

### ช็อก (Shock)

ช็อกเป็นภาวะที่ระบบไหลเวียนโลหิตไม่สามารถนำออกซิเจน และสารที่จำเป็นในการดำรงชีวิตไปสู่เซลล์และไม่สามารถนำของเสียที่เกิดจากการแปรสภาพในเซลล์กลับออกมาได้ตามปกติ เป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว

#### ชนิดของภาวะช็อก

มีการจัดกลุ่มภาวะของการช็อกแตกต่างกันออกไป แต่ในที่นี้จะขอล่าวถึงภาวะช็อกสำคัญๆ ที่ควรระวังไว้ดังนี้

1. Hypovolemic shock สาเหตุสำคัญของการเกิด Hypovolemic shock คือ การสูญเสียปริมาณของสารน้ำภายในหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้ปริมาณเลือดที่เข้าและออกจากหัวใจลดลง เมื่อระบบการไหลเวียนไม่เพียงพอทำให้มีการแลกเปลี่ยนของก๊าซ และสารที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตภายในเซลล์ (Tissue perfusion) ไม่เพียงพอ ถ้าภาวะช็อกรุนแรงขึ้นอีกมีผลทำให้เซลล์ตายได้

สาเหตุของการสูญเสียปริมาณของสารน้ำภายในหลอดเลือด ได้แก่

#### 1.1 Hemorrhage (External และ Internal)

#### 1.2 Burns

- 1.3 การสูญเสียน้ำจากระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน ท้องเสียอย่างรุนแรง
- 1.4 การใช้ยาขับปัสสาวะมากเกินไป
- 1.5 การสูญเสียน้ำภายในร่างกาย เช่น ภาวะ Ascites, Peritonitis
- 1.6 Diabetes insipidus
- 1.7 Diabetic ketoacidosis

2. Cardiogenic shock สาเหตุเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลว มีผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงทุกส่วนของร่างกายได้อย่างทั่วถึง สาเหตุของความผิดปกติของการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่

2.1 Myocardial infarction (พบบ่อยที่สุด)

2.2 Cardiac dysrhythmias

2.3 Cardiomyopathy

2.4 Obstructive causes ได้แก่ Cardiac tamponade, Tension pneumothorax, Acute vascular damage และ Pulmonary embolism

การตรวจร่างกายที่สำคัญในผู้ป่วย Cardiogenic shock คือ การดู Jugular Venous Pressure (JVP) ของ neck vein ซึ่งมักจะสูงในขณะที่ Non-cardiogenic shock (Hypovolemic, Neurogenic, Septic ฯลฯ) JVP มักต่ำ

3. Neurogenic shock เกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัวอันเป็นผลมาจากการสูญเสีย sympathetic vasoconstrictor tone ในผนังของหลอดเลือด ผลจากการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ปริมาณเลือดที่เข้าและออกจากหัวใจลดลง ทำให้ Tissue perfusion ไม่เพียงพอ สาเหตุของการนำไปสู่ภาวะ Neurogenic shock ได้แก่

3.1 Spinal cord injury

3.2 Spinal anesthesia หรือ Deep general anesthesia ยาพวก barbiturates, phenothiazines และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

4. Septic shock เป็นผลมาจาก endotoxin ของเชื้อแบคทีเรียพวกกรัมลบ ซึ่งจะปล่อยสารพวก histamine ออกมา มีผลให้ capillary permeability เพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณของสารน้ำภายในหลอดเลือดลดลง ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ septic shock จะมีอาการแสดง 2 ลักษณะ ที่เรียกว่า Warm shock และ Cold shock ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการที่เรียกว่า Warm shock ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือด ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจอาจจะเพิ่มขึ้นหรือปกติความดันโลหิต

มักจะดำแต่ผิวหนังจะอุ่น แดงและแห้ง จำนวนปริมาณปัสสาวะที่ออกมาอยู่ในเกณฑ์ดี ระยะต่อไปเรียกว่า ระยะ Cold shock ในระยะนี้ระบบประสาท Sympathetic จะถูกกระตุ้นมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความต้านทานของหลอดเลือดมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกมาจากหัวใจลดลง ปริมาณปัสสาวะออกน้อยลง ความดันโลหิตต่ำ เกิดภาวะ Metabolic acidosis กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวมากขึ้นเพื่อให้ระบบการไหลเวียนเป็นปกติ ร่วมกับผลของ Endotoxin ซึ่งทำให้ capillary permeability เพิ่มขึ้น ปริมาณของสารน้ำในหลอดเลือดลดลง ผู้ป่วยจึงมีผิวหนังที่เย็น ชื้น และซีด

5. Anaphylactic shock เป็นภาวะช็อกที่เกิดอย่างรวดเร็วและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็วจาก Acute upper airway obstruction อันเป็นผลจากปฏิกิริยาการแพ้ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดทั้งใหญ่และเล็ก และเพิ่ม capillary permeability

6. Endocrinic shock เกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมน โดยมีมากหรือน้อยเกินไป จนทำให้เกิดกลไกการช็อกแบบต่างๆ

นอกจากกลุ่มภาวะของช็อกดังกล่าวแล้ว ในหญิงที่มีอาการปวดท้อง ชีด และช็อกต้องคำนึงถึง Ruptured ectopic pregnancy ไว้ด้วยเสมอ

#### การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะช็อก (Treatment and Nursing Care)

ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะช็อกที่เกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ผลสุดท้ายของภาวะช็อกมีผลทำให้เซลล์ตาย และการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายล้มเหลวในที่สุด การแก้ไขผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อกทุกรายวัตถุประสงค์เพื่อการกลับสู่สภาพปกติของระบบไหลเวียนโลหิต โดยการให้ออกซิเจนและสารน้ำที่เพียงพอ รวมถึงการรักษาความสมดุลของกรด-ด่างและเกลือแร่ภายในร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ

1. การรักษาด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy) ในภาวะช็อกการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อจะลดน้อยลง การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แต่การให้ออกซิเจนทางจมูกมักไม่เพียงพอ ควรให้โดยใช้ฝาคครอบปากและจมูกที่ลมวิงทางเดียว (Nonrebreathing face mask) เพื่อให้ได้ออกซิเจนขนาด 10 ลิตร/นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาของระบบการหายใจหรือกรณีได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้า อาจจะต้องให้การช่วยเหลือ โดยการใส่ Endotracheal tube หรือทำ Tracheostomy

2. การให้สารเหลวอย่างรวดเร็ว (Fluid resuscitation) เพื่อแก้ไขปัญห ปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดลดลง ปัญหาในการให้สารเหลวทดแทนนี้อยู่ที่จะได้มากน้อยแค่ไหนให้เมื่อไหร่และควรให้อะไร ซึ่งคงไม่มีสูตรที่ตายตัวลงไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายมากกว่า

ในภาวะช็อกควรเปิดเส้นด้วยเข็มขนาดใหญ่ (เบอร์ 16, 18) อย่างน้อย 2 เส้น เพื่อช่วยให้การไหลของสารเหลวเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว

### 3. การปรับสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย

ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะ Respiratory acidosis โดยดูจากค่า  $PCO_2$  ที่สูงขึ้น จะรักษาโดยการให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะ metabolic acidosis อันเป็นผลจากการเกิด Hypoxia ทำให้เกิดการผลิต lactic acid เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะแก้ไขโดยการให้ sodium bicarbonate แต่ไม่ควรให้ sodium bicarbonate มากเกินไปเพราะจะทำให้เกิด metabolic alkalosis เลือดเป็นด่าง มีผลให้ฮีโมโกลบินไม่ยอมปล่อยออกซิเจนให้เนื้อเยื่อ และมีการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกายมาก ทำให้เกิดการบวมได้

### 4. การรักษาด้วยยา (Pharmacological therapy)

5. แก้ไขหรือควบคุมปัญหาที่นำไปสู่ภาวะช็อก เช่น Hypovolemic shock ที่เกิดจากการเสียเลือดมาก นอกจากการแก้ไขโดยให้สารเหลว/เลือดทดแทนแล้ว จะต้องทำการห้ามเลือดอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

### สรุปการรักษาภาวะช็อก

1. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด ในผู้ป่วย Hypovolemic shock มักจัดให้นอนราบ ในภาวะ Cardiogenic shock อาจต้องให้นอนศีรษะสูง (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

2. ตรวจทางเดินหายใจ ถ้าไม่รู้สีกตัวหรือซึมมาก อาจต้องช่วยหายใจ และเตรียมการใส่ท่อหลอดลมคอ

3. ให้ออกซิเจน เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ขนาด 10 ลิตรนาที (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

4. เปิดเส้นเพื่อให้น้ำอย่างน้อย 2 เส้น ด้วยเข็มขนาดเบอร์ 16, 18

5. พยายามทำให้ความดันเลือดกลับเป็นปกติมากที่สุด โดยการให้ Fluid resuscitation และระหว่างการให้น้ำต้องเฝ้าระวังอาการ Fluid overload ด้วย

6. แก้ไขหรือควบคุมปัญหาที่นำไปสู่ภาวะช็อก

7. ตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อหาสาเหตุของช็อกเพื่อการแก้ไขทันที

8. ตรวจสอบสัญญาณชีพเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ
9. ประเมินผลการรักษา เช่น ปริมาณปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัว

#### การเสียเลือด (Hemorrhage)

การทำงานของร่างกายจะดำเนินไปได้ต้องมีการไหลเวียนเลือดภายในร่างกายที่เพียงพอ ถ้าหลอดเลือดมีการฉีกขาด การสูญเสียเลือดจะเกิดขึ้น ยิ่งถ้าขนาดของหลอดเลือดใหญ่จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เร็วขึ้น

#### สาเหตุของการเสียเลือดชนิดเฉียบพลัน

1. จากการบาดเจ็บ
2. จากความผิดปกติของเส้นเลือด ได้แก่
  - 2.1 การอักเสบ ซึ่งมีผลทำให้ผนังเส้นเลือดอ่อนแอ ทำให้เลือดซึ่งมีความดันสูงดันผนังแตกออกมา เช่น ภาวะเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร
  - 2.2 เนื้องอก ในคนไข้ที่เป็นมะเร็ง ผนังของเส้นเลือดแดงที่เลี้ยงเนื้อเยื่อ บริเวณนั้น อาจแตกทะลุได้ เนื่องจากเนื้อมะเร็งแทรกเข้าไปในผนังเส้นเลือด
  - 2.3 โรคของเส้นเลือด
3. ความดันโลหิตสูง มีผลให้ความดันเลือดภายในร่างกายสูงกว่าปกติ อาจทำให้เส้นเลือดบางแห่งแตกได้ เช่น เส้นเลือดในสมอง

#### ประเภทของการเสียเลือด

ถ้าใช้ผิวหนังเป็นเกณฑ์จะพบว่า การเสียเลือดเกิดได้ 2 รูปแบบ คือ

1. เสียเลือดออกภายนอก (External bleeding) เลือดที่ออกถ้าปริมาณมากอัตราการไหลออกมาก จะเป็นสิ่งกระตุ้นเร่งเร้าให้ผู้พบเห็นเกิดความตกใจตื่นเต้นมากขึ้น ช่วยให้ทำการช่วยเหลือเร็วขึ้น
2. เสียเลือดภายใน (Internal bleeding) เลือดที่ออกจะแทรกไปตามช่องว่างต่าง ๆ แต่ผิวหนังปิดไว้จึงมองไม่เห็น ภาวะถูกฆาตกรอาจเสียเลือดถึง 800 มิลลิลิตร ภาวะถูกสะเทกหัก อาจเสียเลือด 6000 มิลลิลิตร การเสียเลือดภายในเป็นสาเหตุการตายและพิการมากกว่า external bleeding

อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยที่เกิดการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน

ในระหว่าง 2 - 3 ชั่วโมงแรกหลังจากเสียเลือด การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิดจากการตอบสนองของระบบประสาท อาจทำให้เกิดการเป็นลมเนื่องจาก Vasovagal attack ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้คนพันอันตราย ผู้ป่วยจะมีอาการหาวนอน ถอนหายใจ คลื่นไส้อาเจียน แล้วเกิดอาการหมดสติซึ่งจะเกิดเพียง 2 - 3 นาที ในระยะนี้พบว่าความดันเลือดต่ำลง ชีพจรช้า ซีด มือเท้าเย็น แต่ถ้าผู้ป่วยได้อนุราบ ความดันเลือดจะเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น ผู้ป่วยจะฟื้นสติขึ้น

หลังจากในระยะแรกผ่านพ้นไปแล้ว ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขภาวะเสียเลือด จะมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่เหลือกลับเข้าหัวใจและออกจากหัวใจลดน้อยลง เลือดส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะช็อกได้ (Hypovolemic shock)

จำนวนเลือดที่เสียไปประมาณร้อยละ	อาการและอาการแสดง
15	ไม่เปลี่ยนแปลง
20 - 25	ชีพจรเร็วขึ้น ความดันลดลงเล็กน้อย มือเท้าซีดเย็น
30 - 35	ชีพจรเร็ว (เกิน 100/นาที) pulse pressure ลดลง BP-systolic 90 - 100 mmHg. กระสับกระส่าย เหงื่อออกปัสสาวะลดลง
40 ขึ้นไป	ชีพจรเร็วเกิน 120 /นาที วัดความดัน เลือดต่ำกว่า 60 mmHg หรือวัดความดัน ไม่ได้ ซีด มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก หายใจหอบเร็ว เลอะเลือน หมดสติ และหัวใจหยุดเต้น อุจจาระปัสสาวะราด

แผนภูมิที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเลือดที่เสียไปกับอาการและอาการแสดง

(อนันต์ ตันมุขยกุล, 2535 อ้างถึงในดารณี จามจุรี, 2537 )

### การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
2. ในกรณีผู้ป่วยมีการหายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ต้องรีบช่วยโดยการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนป้องกันการเกิด metabolic acidosis
3. เปิดเส้นสำหรับไว้ให้สารเหลวอย่างน้อย 2 เส้น ด้วยเข็มเบอร์ 16, 18
4. ทำการห้ามเลือด โดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

#### 4.1 Mechanical methods

4.1.1 Pressure การกดบนเส้นเลือดขนาดใหญ่ที่บาดเจ็บจะช่วยห้ามเลือดได้ชั่วคราว จนกว่าผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลหรือห้องผ่าตัด การกดแผลที่มีเลือดซึมเป็นเวลา 5 - 10 นาที อาจช่วยให้เลือดหยุดได้เองจากการแข็งตัวของเลือด การรัดแขนหรือขาด้วย tourniquet ด้วยความดันที่สูงกว่าความดัน systolic เพื่อห้ามเลือดควรใช้เป็นวิธีสุดท้าย เพราะจะเกิด ischemic damage ถ้ารัดนานเกินไป โดยเฉพาะเส้นประสาทซึ่งไวต่อการขาดเลือดมาก

4.1.2 Elevation การยกแขนหรือขาที่บาดเจ็บให้อยู่สูงกว่าระดับหัวใจ จะลดความดันโลหิตในเส้นเลือด วิธีนี้ลดอัตราการเสียเลือดและอาจห้ามเลือดได้ในรายที่เส้นเลือดดำหรือเส้นเลือดฝอยเกิดการบาดเจ็บ

4.1.3 การใช้ Military antishock trousers หรือ MAST suit ในการควบคุมการเสียเลือดบริเวณส่วนล่างของลำตัว และช่วยในการเพิ่มความดันโลหิตไปเลี้ยงหัวใจ ปอด และสมองให้เพิ่มมากขึ้นด้วย

4.1.3 Ligation เป็นการผูกหรือเย็บผูกเส้นเลือดที่บาดเจ็บ วิธีนี้ห้ามเลือดได้ดีแต่จะทำลายเส้นเลือดเส้นนั้น จึงควรใช้เฉพาะในเส้นเลือดที่ไม่ใหญ่จนเกินไปและยังมีเส้นเลือดอื่นไปหล่อเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ

กล่าวโดยสรุป การห้ามเลือดที่ดีที่สุด คือ กดบริเวณเลือดออกด้วยมือหรือ ผ้าก๊อซ แล้วพันด้วยแถบผ้ายืด ความผิดพลาดที่พบได้บ่อยคือ การปล่อยปลดละเลยเลือดออกภายนอกจุดเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่หลายจุดรวมกันทำให้ช็อกได้ การใช้คีมจับเส้นเลือดโดยมองไม่เห็นอย่างชัดเจน เป็นการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียงโดยเจตนาเพราะการใช้คีมนั้นอาจจะทำลายเส้นประสาทหรือเส้นเลือดสำคัญ ทำให้เกิดอันตรายได้ การขันชะเนาะเป็นวิธีอันตรายอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งอาจจะเกิดการสูญเสียแขน ขาได้ จึงควรเก็บไว้ในรายชื่อที่จำเป็นเท่านั้น



#### 4.2 Thermal methods

4.2.1 Cooling ความเย็นจัดทำให้เกิด vasoconstriction และ อาจห้ามเลือดได้ เช่น การใช้น้ำแข็งประคบแผล

4.2.2 Heat ความร้อนจากกระแสไฟฟ้า (diathermy) หรือแสง เลเซอร์ห้ามเลือด โดยการเผาละลาย (coagulate) เส้นเลือดขนาดเล็ก

#### 4.3 Chemical methods

4.3.1 Vasoconstrictor การใช้สาลีหรือผ้าทำแผลชุบ Adrenaline กัดแผลจะช่วยห้ามเลือดจากเส้นเลือดขนาดเล็ก ยาชาบางสูตรมี Adrenaline ผสมอยู่ด้วย เพื่อให้เส้นเลือดบีบตัว และช่วยลดการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดรวมทั้งเพิ่มระยะเวลาที่ยาชาออกฤทธิ์

4.3.2 Hemostatic agent เป็นสารที่กระตุ้นให้เลือดแข็งตัว ถ้าใส่หรือแปะไว้บริเวณที่เลือดออก สารที่ใช้กันมีหลายชนิด เช่น Gelatin foam (Gelfoam), Oxidised cellulose (Oxycel หรือ Surgicel), Microfibrillar collagen (Avitene) หรือกาว fibrin วิธีนี้ได้ผลดีเฉพาะในรายที่มีเลือดซึมจาก raw surface

#### ผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของสมองและไขสันหลัง

ภาวะฉุกเฉินของสมองและไขสันหลังสามารถพบได้ทั้งปัญหาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สงสัยว่าจะมีปัญหาฉุกเฉินทางสมองและไขสันหลัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มีบาดแผลบริเวณศีรษะ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับความรู้สึกของร่างกายบางส่วนเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงของแขน ขา ร่างกาย ฯลฯ

#### ภาวะฉุกเฉินทางสมองที่พบบ่อย

1. บาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะจะพบพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ และเนื้อสมองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทุกอย่างได้ดังนี้

1.1 บาดเจ็บหนังศีรษะ : ผู้ป่วยหัวโน มีการฉีกขาดเกิดบาดแผล หนังศีรษะฉีกขาด และเกิดก้อนเลือดภายในหนังศีรษะ

1.2 บาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ : พบกะโหลกศีรษะแตกร้าว ในผู้ป่วยที่ฐานกะโหลกแตก ร้าว (Fracture base of skull) อาจมีเลือดออกจากจมูกหรือหู

1.3 บาดเจ็บที่เนื้อสมอง : แบ่งเป็น 2 ประเภทตามพยาธิสภาพ คือ พยาธิสภาพปฐมภูมิ (Primary lesion) ซึ่งเกิดขึ้นทันทีที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ สมองช้ำ กระเทือน ฉีกขาด การมีเลือดออก และพยาธิสภาพทุติยภูมิ (Secondary expanding lesion) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังพยาธิสภาพปฐมภูมิ เช่น เลือดที่ออกเพิ่มขึ้น สมองบวม เป็นต้น

## 2. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ (Increased Intracranial Pressure)

เป็นภาวะที่พบบ่อยในโรคประสาทส่วนกลาง ที่ต้องรีบบำบัดอย่างรีบด่วนทันที ซึ่งถ้าการบำบัดรักษาช้าหรือไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างรวดเร็ว

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงทันที ประกอบด้วย

1. ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเลวลง
2. อาการแสดงเนื่องจาก Brain herniation ตามตำแหน่งที่เนื้อสมองถูกกด
3. อาการแสดงเนื่องจากปรากฏการณ์ Cushing คือ ในระยะแรกที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงผู้ป่วยจะมีชีพจรช้าและความดันเลือดสูงในระยะท้ายทั้งชีพจรและความดันเลือดจะค่อย ๆ ลดลงจนวัดไม่ได้ในที่สุด

3. ภาวะหมดสติ (Coma) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งสาเหตุของภาวะหมดสติ ได้แก่

3.1 มีรอยโรคของสมอง

3.2 มีความผิดปกติของ Metabolism (Metabolism disorder) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยกีดการทำงานของสมอง เช่น

3.3 สาเหตุทางจิต เช่น ฮีสทีเรีย มักพบอาการหายใจเร็ว นิ้วจิบ น้ำตาไหล การตรวจทางห้องปฏิบัติการมักไม่พบอะไรผิดปกติ

4. ชัก เป็นปรากฏการณ์ของการระคายเคือง แสดงออกโดยการกระตุ้นที่เหมือนกันอย่างผิดปกติของกลุ่มเซลล์ประสาทในสมอง ลักษณะการระคายเคืองเหล่านี้แสดงออกในอาการทางคลินิกหลายลักษณะ ขึ้นกับการทำงานตามปกติของกลุ่มเซลล์ประสาทที่ถูกกระตุ้น ความสัมพันธ์ทางกายวิภาคของเซลล์ประสาท และการทำงานในแต่ละบริเวณของสมอง

อาการชักที่สำคัญและจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน คือ Grand Mal Seizures และ Status Epilepticus เนื่องจากผู้ป่วยมักหมดสติ หายใจลำบาก และโดยเฉพาะ Status Epilepticus ซึ่งเป็นอาการชักที่กลับเป็นซ้ำอีกอย่างรวดเร็ว โดยไม่มีการฟื้นตัว มักจะรบกวนการหายใจอย่างรุนแรง

จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร็วทัน เนื่องจากจะเกิดการทำลายของสมองจากการขาดเลือดและออกซิเจนอาจถึงตายได้

5. CVA (Cerebrovascular Accident) หรือ Stroke เป็นกลุ่มอาการทางสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเลี้ยงไม่พอ จากหลอดเลือดแดงของสมองแตกตีบหรืออุดตัน อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเกิดนำมาก่อน ความรุนแรงของอาการแตกต่างกันตั้งแต่เพียงรู้สึกขาแขนขาเพียงเล็กน้อย จนถึงหมดสติ

#### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของสมองและไขสันหลัง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของสมองและไขสันหลังที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสมองและไขสันหลัง พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เป็นผู้ที่ไม่ต้องปัญหาเพื่อทราบว่าเกิดปัญหาอะไรขึ้น ช่วยในการแก้ไข ปัญหาอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ และปลอดภัยต่อภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต หรือกลับสู่สภาพปกติได้มากที่สุด เพื่อการดำเนินชีวิตได้เต็มศักยภาพ

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง เป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วนที่สุด ถ้าช้าเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเร็ว หรือมีฉะนั้นก็ทำให้เกิดการทำลายของสมองมากขึ้น เนื่องจากการขาดออกซิเจนทำให้สมองบวม มีภาวะแทรกซ้อนได้มาก ถ้าผู้ป่วยหายใจไม่ดี จำเป็นต้องพิจารณาว่าสาเหตุมาจากที่ใด เช่น มีเสมหะ น้ำลายหรือลิ่มเลือดอุดตันทางเดินหายใจหรือไม่ หรือจากการที่กล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วยอ่อนแรง กรณีที่ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังหักร่วมด้วยหรือไม่ โดยเฉพาะกระดูกสันหลังส่วนคอ ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีอาการเจ็บต้นคอให้สงสัยว่า อาจมีกระดูกสันหลังระดับคอหักร่วมด้วยไว้ก่อน ในกรณีนี้ให้ผู้ป่วยนอนราบ ใช้หมอนทรายหรือม้วนผ้า หรือวัตถุหนักวางข้างศีรษะ ห้ามผู้ป่วยหันหน้าไปมาเพื่อป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง การเปิดทางเดินหายใจในกรณีนี้ให้ใช้วิธี Jaw thrust ระหว่างการดูแลทางเดินหายใจ ต้องไม่ลืมสังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง แต่เมื่อมั่นใจว่าไม่มีปัญหาทางไขสันหลังจึงจัดท่านอนคะแคงกึ่งคว่ำ ส่วนในรายที่ไม่รู้สึกตัว มีการหายใจที่ผิดปกติ แพทย์อาจพิจารณาใส่ Endotracheal tube

กรณีผู้ป่วยมีอาการทางสมองรุนแรง จะเห็นถึงความสัมพันธ์ของทางเดินหายใจกับรอยโรคในสมองที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การอุดต้นทางเดินหายใจ มีผลทำให้เกิด

Hypercapnia และ Hypoxia ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดในสมองขยายพองออก ทำให้สมองบวมและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเกิดอันตรายเพิ่มขึ้น

2. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต อาจเป็นปัญหาข้อกหรือการเต้นผิดปกติของหัวใจ กรณีคลำชีพจรเส้นใหญ่ เช่น Carotid ไม่ได้ ต้องรีบทำการช่วยฟื้นคืนชีพ กรณีสงสัยว่าผู้ป่วยช็อก ควรรับหาสาเหตุของช็อก เช่น ผู้ป่วยมีบาดแผลที่ใดบ้าง ลักษณะการเสียเลือด ลักษณะและจำนวนรวมทั้งตำแหน่งของบาดแผล ควรเตรียมเครื่องมือสำหรับการทำ Venous cutdown ให้พร้อม และที่สำคัญที่สุดคือ ข้อมูลการเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโดยละเอียดและต่อเนื่องเพื่อใช้ในการวินิจฉัยและแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและไขสันหลัง

อุบัติเหตุก่อให้เกิดอันตรายได้หลายอย่าง เราสามารถป้องกันอันตรายบางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในเวลาต่อมาได้โดยเฉพาะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่เวรเปล บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจะต้องมีความรู้ในเรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ถ้าพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุขยับแขนขาข้างใดข้างหนึ่งได้น้อยกว่าอีกข้างหนึ่ง อาจสงสัยได้ว่าได้รับบาดเจ็บที่สมอง หรือถ้าขยับได้แต่แขนขยับขาไม่ได้ อาจเกิดบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังแต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ตั้งข้อสงสัยไว้ก่อนว่าอาจมีบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังเพื่อ ป้องกันอันตรายทั้งแก่ชีวิตและความพิการที่อาจตามมาภายหลังได้โดยเฉพาะจากการเคลื่อนย้าย ควรทำการเคลื่อนย้าย ดังนี้

1. ขั้นตอนแรก คือ ให้สงสัยไว้ก่อนว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุอาจมีกระดูกสันหลังหักร่วมด้วย โดยเฉพาะหากมีอาการเจ็บต้นคอให้สงสัยว่าอาจมีกระดูกคอหักจัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนและให้นอนนิ่งใช้หมอนทราย ม้วนผ้าหรือวัตถุที่มีน้ำหนักวางข้างศีรษะทั้ง 2 ข้าง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ให้จัดในท่าเดียวกัน หรือถ้ามีที่ตามคอสำเร็จรูป ( Cervical collar ) สำหรับใช้ในผู้ป่วยฉุกเฉินก็ให้ใส่ไว้แก่ผู้บาดเจ็บเลย

2. การขนย้ายผู้ป่วยกระดูกคอหัก จะมีผลให้เกิดอันตรายได้มาก เพราะเป็นส่วนที่เล็กอยู่ต่อระหว่างส่วนของร่างกายที่หนักสองส่วน คือ ศีรษะและลำตัว การเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยอีกส่วนหนึ่งไม่เคลื่อนไปด้วย จะมีผลให้กระดูกคอที่หักเคลื่อนไปตัดไขสันหลังได้ การยกแต่ละครั้งให้ศีรษะห้อยหรือการยกศีรษะขึ้นพับ หรือการจับให้นั่งหรือการนอนในรถที่กระเทือนมากระหว่างเดินทางอาจทำให้อันตรายเพิ่มมากขึ้นได้

ข้อผิดพลาดที่อาจพบในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองและไขสันหลัง

1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกวิธีมีผลให้เกิดความพิการเพิ่ม
2. ละเลยการประเมินปัญหาการบาดเจ็บร่วมของระบบอื่นๆ นอกเหนือจากการบาดเจ็บของสมองและไขสันหลัง เช่น Pneumothorax, Flail chest, Internal bleeding ฯลฯ เนื่องจากการบาดเจ็บร่วมบางอย่างอาจไม่แสดงอาการให้เห็นในระยะแรก แต่อาจแสดง อาการในระยะเวลาต่อมา ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
3. การช่วยเหลือผู้ป่วย multiple trauma ที่อยู่ในภาวะช็อก โดยการใส่ Endotracheal tube รวมทั้งการ resuscitate อื่น ๆ จนละเอียดหรือลืมนึกถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับกระดูกสันหลังและไขสันหลัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี Head injury ร่วมด้วย
4. ละเลยการแก้ไขภาวะช็อกในผู้ป่วย เนื่องจากคิดว่าอาการแสดงที่ปรากฏเป็นความผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง
5. ขาดการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง
6. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงทางสมองไม่ได้รับออกซิเจนเพียงพอระหว่างการเคลื่อนย้าย
7. ให้ Mannitol หรือ Furosemide โดยไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะให้กับผู้ป่วย ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย
8. ละเลยการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองหรือไขสันหลังที่อยู่ในภาวะมีนเมา เนื่องจากคิดว่าอาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วยเนื่องมาจากฤทธิ์ของสุรา
9. ขาดการแนะนำอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องรีบมาพบแพทย์ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หรือคิดว่าผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำที่ให้แล้วโดยไม่ได้สอบถามกลับ

#### ผู้ป่วยกระดูกหักและข้อเคลื่อน

ผู้ป่วยที่ได้รับภยันตรายต่ออวัยวะกระดูกและข้อ อาจปรากฏอาการเพียงเล็กน้อย จนกระทั่งรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของอุบัติเหตุแรงที่มากกระแทก และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ปัญหาเร่งด่วนแตกต่างกัน เช่น เจ็บปวดบริเวณแขน ขา ข้อบวม ปวดมาก เคลื่อนไหวไม่ได้ กระดูกหักอาจไม่มีบาดแผล หรือมีบาดแผลเปิด และอาจมีหรือไม่มีอาการช็อกร่วมด้วย

กระดูกหัก หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกแตกแยกออกจากกันอาจเป็นการแตกแยกโดยสิ้นเชิง หรือยังมีส่วนที่เหลือติดกันอยู่

### สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก

กระดูกหัก เป็นการบาดเจ็บ อันเป็นผลการถ่ายทอด พลังงานชนิดหนึ่งเป็นอีกชนิดหนึ่ง เช่นแรง—>กระดูก—>แตก หัก—>แรงสลายตัว ทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เอ็น โดยรอบกระดูกได้รับอันตรายด้วยไม่มากนักน้อย แล้วแต่ความรุนแรงที่กระทำให้กระดูกนั้นหัก ซึ่งแบ่งสาเหตุออกได้ดังนี้

#### 1. จากความแรง (Force or Violence) ซึ่งแบ่งเป็น

1.1 แรงที่มากกระทำต่อกระดูกโดยตรง (Direct Force) เช่น ถูกทุบตี ถูกยิง ถูกกระแทก ถูกกระสุน ระเบิด กระดูกจะหักตรงตำแหน่งที่แรงกระทำมักเป็นการหักตามแนวขวาง

(Transverse Fracture)

1.2 แรงที่มากกระทำต่อกระดูกโดยอ้อม (Indirect Force) เช่น หกล้มใช้มือยันพื้นในท่าแขนเหยียด เกิดแรงสะท้อนทำให้กระดูกแขนหรือกระดูกไหปลาร้าหัก แนวการหักของกระดูก มักเป็นแบบเฉียง (Oblique Fracture) หรือเป็นแบบบันไดเวียน (Spiral Fracture)

1.3 แรงที่มากกระทำต่อกระดูกโดยบิดหมุน (Twisting Forces) เช่น การหกล้มขณะเล่นฟุตบอล หรือเล่นสกี เมื่อเท้าสะดุดแรงบิดหมุนมากพอที่จะทำให้กระดูกขาหัก

#### 2. จากสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้กระดูกหัก

2.1 จากกระดูกนั้นมีโรคหรือพยาธิสภาพอยู่ก่อนแล้ว (Pathological Fracture) เช่น กระดูกอักเสบ (Osteomyelitis) ทำให้กระดูกเปราะบางหักได้ง่าย

2.2 จากอายุ คนสูงอายุมีกระดูกเปราะบางกว่าคนอายุน้อยแม้มีแรงกระแทกเพียงเล็กน้อย ก็ทำให้กระดูกหักได้ง่าย เช่น กระดูกต้นขาส่วนคอหัก (Fracture neck of femur) พบมากในคนสูงอายุ

### พยาธิสภาพของกระดูกหัก

1. เมื่อกระดูกหักเส้นเลือดในกระดูกจะได้รับอันตราย ฉีกขาดโดยตรง นอกจากนั้นเนื้อเยื่อและเส้นเลือดที่อยู่ใกล้เคียง อาจได้รับบาดเจ็บด้วยจากการที่ม้ามของกระดูกที่หัก หรือจากสาเหตุของกระดูกหักมากหรือน้อยแล้วแต่ลักษณะตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บ

จำนวนเลือดที่สูญเสียตามการหักของกระดูก

- กระดูก Pelvis           สูญเสียเลือดได้มาก ถึง 4,000 มล.
- กระดูก Femur         สูญเสียเลือดได้มาก ถึง 400 - 2,700 มล.
- กระดูก Tibia           สูญเสียเลือดได้มาก ถึง 250 - 1,300 มล.
- กระดูก Humerus และไหล่ สูญเสียเลือดได้มาก ถึง 200 - 800 มล.

เลือดที่ออกอาจเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบ ๆ กระดูกที่หัก หรืออาจออกมานอกบาดแผล ในกรณีเลือดออกในเนื้อเยื่อรอบกระดูก ไม่ออกมาภายนอก ก็มีโอกาที่จะทำให้ผู้ป่วยช็อกได้เช่นกัน

2. เมื่อกระดูกหัก ทำให้เกิดสูญเสียความมั่นคงของกระดูก เกิดความอ่อนแอ ความพิการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอันตรายที่ได้รับ

3. อันตรายต่อเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระดูก ทำให้เสียหน้าที่ชั่วคราว หรืออาจถาวรขึ้นอยู่กับความรุนแรงที่ได้รับ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดจี๊ด (Sharp pain) ที่บริเวณกระดูกหัก ซ้ำ กล้ามเนื้อรอบ ๆ กระดูกหักจะอ่อนปวกเปียก ซึ่งระยะนี้เรียกว่าช็อกชั่วคราว (Local Shock) ระยะนี้อาจสิ้นสุดใน 2 - 3 นาที - 1/2 ชั่วโมง ถ้ากระดูกที่หักเข้าที่ได้ง่าย จะมีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย แต่ความเจ็บปวดนั้นอาจกลับมาอีก ร่วมกับการเกร็งและหดตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ บริเวณกระดูกหัก การเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น

4. กรณีกระดูกหักเข้าไปในข้อ จะมีเลือดออกในข้อ (Hemarthrosis) ผู้ป่วยจะปวดตึงข้อ กดเจ็บ เคลื่อนไหวข้อลำบาก

5. การทำอันตรายอวัยวะใกล้เคียงบริเวณกระดูกหัก ส่วนกระดูกเชิงกรานหักทำให้เกิดอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ กระดูกซี่โครงหักทำอันตรายต่อปอด กระดูกสันหลังหักทำอันตรายต่อไขสันหลังและรากประสาท เป็นต้น

#### ข้อเคลื่อน

ข้อเคลื่อน (Dislocation) หมายถึง การมีผิวของข้อเคลื่อนออกจากกันโดยตลอด

ข้อเคลื่อนบางส่วน (Subluxation) หมายถึง การที่ผิวของข้อเคลื่อนจากกันแต่ยังมีบางส่วนสัมผัสกันอยู่

ข้อเคลื่อน เป็นการบาดเจ็บอันเป็นผลการถ่ายทอดพลังงานชนิดหนึ่งเป็นอีกชนิดหนึ่ง เช่น แรง → ข้อ → เคลื่อนที่ → แรงสลายตัวทำลายเนื้อ เยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทโดยรอบ

### พยาธิสภาพของข้อเคลื่อน

การเกิดข้อเคลื่อนทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อของข้อและอวัยวะใกล้เคียง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที จะทำให้เกิด Avascular necrosis และมีโอกาสเกิดอันตรายต่อ อวัยวะใกล้เคียงได้มากขึ้น

### อาการและอาการแสดงของข้อเคลื่อน

ผู้ป่วยข้อเคลื่อน จะมีอาการปวดข้อที่หลุด ข้อบวมผิดรูป ปวดมากเมื่อเคลื่อนไหวข้อ ผู้ป่วยจะไม่สามารถขยับใช้งานข้อที่เคลื่อนได้ และอาจพบว่าข้อติดแข็งขยับไม่ได้

ข้อเคลื่อนอาจพบร่วมกับกระดูกหักได้เสมอ ดังนั้น ในการให้การดูแลจึงควรคิดถึงปัญหากระดูกหักร่วมด้วย

### กระดูกสันหลังหัก (Fracture spine)

กระดูกสันหลังหัก หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกสันหลังแตกหัก เคลื่อนที่ หรือแยกจากกัน ซึ่งอาจเป็นการหักแบบหลังงอ หลังแอ่นหรือการหักแบบคดงอที่ก็ได้

การหักของกระดูกสันหลัง แบ่งเป็น 2 แบบ

1. การหักของกระดูกสันหลังแบบมีอัมพาตร่วมด้วย
2. การหักของกระดูกสันหลังแบบไม่มีอัมพาตร่วมด้วย

เนื่องจากอวัยวะสำคัญที่อยู่ร่วมกับกระดูกสันหลังคือ ไขสันหลัง ดังนั้นเมื่อเกิดการบาดเจ็บหรืออันตราย จึงมักเกิดร่วมกันหรือเกี่ยวเนื่องกัน

1. อันตรายที่เกิดกับไขสันหลังขณะที่ได้รับบาดเจ็บ โดยแรงมากกระทำต่อไขสันหลังโดยตรง หรือขึ้นกระดูกที่หักมากกระทำอันตรายต่อไขสันหลัง ทำให้เกิดการชอกช้ำของไขสันหลัง หรือไขสันหลังถูกตัดขาด

2. อันตรายที่เกิดในระยะหลัง เนื่องจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ผิดวิธีทำให้กระดูกหักไปกดไขสันหลัง

### ลักษณะการบาดเจ็บของไขสันหลัง

1. ไขสันหลังกระทบกระเทือน (Cord concussion) เมื่อได้รับบาดเจ็บ แล้วไม่ทำงานชั่วคราวระยะหนึ่งแล้วกลับทำงานได้ตามปกติ เมื่อเวลาผ่านไปอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

2. ไขสันหลังชอกช้ำหรือฉีกขาด (Cord contusion, laceration) ไขสันหลังบวมช้ำอาจมีการฉีกขาดบางส่วนหรือขาดออกจากกันเลย ทำให้เสียหายที่โดยสิ้นเชิง หรือเสียเป็นบางส่วนจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นกลับเป็นปกติได้



ภาวะแทรกซ้อนของกระดูกหัก

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังกระดูกหัก ได้แก่

1. ช็อก จากการเสียเลือดจำนวนมาก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนของเลือด ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ ผิวหนังเย็นขึ้น ให้การช่วยเหลือ โดยการให้ Fluid resuscitation

2. อัมพาต จากการที่ไขสันหลังถูกทำลายในผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก

3. อันตรายเป็นอวัยวะภายใน เช่น กระเพาะปัสสาวะ

4. อันตรายเป็นข้อ กระดูกหักเข้าไปในข้อ เกิดเลือดออกในข้อทำให้ข้ออักเสบ ปวดตึงในข้อ ไม่สามารถใช้ข้อนั้นได้

5. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) จากกระดูกหัก ที่พบบ่อยที่สุด คือ กระดูกหน้าแข้งหัก และการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุกล้ามเนื้อถูกบีบรัดชอกช้ำมาก ร่วมกับกระดูกบดแตกหัก (Crush injury) ทำให้มีการเพิ่มขนาดของส่วนประกอบต่างๆ ภายใต้พังพืดที่หุ้มห่อไว้ หรือมีการบีบรัดส่วนประกอบต่างๆ ให้เล็กลง ซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อเนื้อเยื่อบริเวณนั้นโดยตรง เป็นผลให้มีการอักเสบเฉพาะที่เกิดขึ้นทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด และการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติในการปล่อยให้สารซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอย (Capillary membrane permeability) เกิดการรั่วของพลาสมาและโปรตีนเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อบวมขึ้นหลอดเลือดฝอยตีบลง เลือดดำจากส่วนปลายไหลกลับไม่ได้ อัตราการไหลของเลือดลดลงเกิดภาวะเซลล์ของเนื้อเยื่อขาดเลือดรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อเป็นวงจรรุนแรงซ้ำอีก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขภาวะนี้จะทวีความรุนแรงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทได้

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลได้มีผู้ศึกษาไว้พอสรุปได้ดังต่อไปนี้**

Thomas, S.J. and Shea, S.S. (1994) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล St.Mary Medical Center แคลิฟอร์เนีย การพัฒนามาตรฐานได้อาศัยกระบวนการพยาบาลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการคือ รูปแบบการรักษาอาการสำคัญของ

ผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลคือได้มาตรฐานทั้งเชิงวิชาชีพและด้านการพยาบาล ที่แสดงถึงโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ และได้นำไปใช้ในโรงพยาบาล St. Mary Medical Center ภายใต้ชื่อว่า Emergency Nursing Standard ซึ่งได้ผลดีในทุกรูปแบบ ภายใต้การประเมินจากมาตรฐานกลางของสมาคมพยาบาลอุบัติเหตุแห่งสหรัฐอเมริกา

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข(2536) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้ในการพัฒนาและควบคุมคุณภาพของบริการการพยาบาล การดำเนินการจัดสร้างมาตรฐานอาศัยกรอบแนวคิดของการบริหารคุณภาพ และศึกษาจากความคาดหวังต่อบริการของประชาชนเป็นหลัก ซึ่งผลที่ได้รับคือ มีการตื่นตัวในการนำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในหน่วยงานทางการพยาบาล โดยเฉพาะด้านการพัฒนามาตรฐานเชิงโครงสร้างที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหน่วยงาน

ทิพพพร ตั้งอำนาจ (2532)สร้างคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ศีรษะซึ่งมาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานตามหลักวิชาเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและบทบาทของพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บโดยวิธีเทคนิคเดลฟาย ได้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 164 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ได้แก่กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง และกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง อาการผิดปกติที่ตรวจพบในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ บาดแผลฟกช้ำ บาดแผลเปิด มีเลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังซึมทางจมูกหรือทางหู อาการเวียนหรือมีศีรษะ หรือปวดศีรษะ อาการชักเกร็งและ/หรือกระตุก มีการผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น และอาการอาเจียนได้ผลดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย 11 ข้อเป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยทุกข้อ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง 46 ข้อเป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง 46 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย 41 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามอาการผิดปกติที่ตรวจพบ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลฟกช้ำ 5 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยทุกข้อ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเปิด 10 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยทุกข้อ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังไหลซึมทางจมูก และ/หรือทางหู 8 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ได้ให้กับผู้ป่วยทุกข้อ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเวียนหรือมีศีรษะหรือปวดศีรษะ 9 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย 7 ข้อ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียน 12 ข้อ เป็นกิจกรรมที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย 10 ข้อ

ส่วนกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ และกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการชัก เกร็ง และ/หรือกระตุก และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น ไม่ได้ให้เนื่องจากประเมินผู้ป่วยแล้วไม่พบอาการดังกล่าว

ทิพวรรณ ศรีพันธุ์ (2532) สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักและได้รับการดั่งถ่วงน้ำหนักโดยตรงที่กระดูกชนิดบาลานซ์ ชัสเพนชั่น ด้วยวิธีเทคนิคเดลฟาย และนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักและได้รับการดั่งถ่วงน้ำหนักโดยตรงที่กระดูกชนิดบาลานซ์ ชัสเพนชั่น ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว มาสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อสำรวจการปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์จริงตามโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ โดยให้ผู้ชำนาญการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักและได้รับการดั่งถ่วงน้ำหนักโดยตรงที่กระดูกชนิดบาลานซ์ ชัสเพนชั่น จำนวน 119 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักและได้รับการดั่งถ่วงน้ำหนักโดยตรงที่กระดูกชนิดบาลานซ์ ชัสเพนชั่น จำนวน 9 มาตรฐานประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาล 52 ข้อ ผลการสำรวจพบว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ในโรงพยาบาลทุกระดับ มีส่วนน้อยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกัน ทั้งในด้านเครื่องมือเครื่องใช้และบุคลากร ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์พบว่าส่วนน้อยไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้เนื่องจากพื้นฐานด้านอารมณ์ สังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ สุขนิสัย การปฏิบัติตัว ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ

สำหรับการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล ดังนี้คือ พยาบาลในหน่วยออร์โธปิดิกส์จำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนอุปกรณ์ที่ใช้ในการดึงถ่วงน้ำหนักเป็นอย่างดี สามารถประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยการพยาบาลแล้วเลือกใช้มาตรฐานการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพสูงสุด รวมทั้งจัดให้มีการอบรมให้ความรู้หรือเผยแพร่รายละเอียดเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวแก่บุคลากรในทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

วิลาวด์ย์ ต่อบัญญา ( 2531) สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ด้วยวิธีเทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 30 คน ผู้ชำนาญการ จำนวน 97 คน ที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ ผลการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว จำนวน 10 มาตรฐานประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย จำนวน 127 ข้อ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งหมายถึงถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาล จำนวน 38 ข้อ มาตรฐานเชิงกระบวนการ ส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีส่วนน้อยของมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกันทั้งในด้านเครื่องมือ เครื่องใช้และบุคลากร ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์พบว่า มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน

จิตติมา อุดมสถาพันธ์ (2531) สร้างมาตรฐานการพยาบาลทารกแรกเกิดที่ต้องช่วยหายใจด้วยความดันบวกอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยหลักการสร้างมาตรฐานการพยาบาลจากเทคนิคเดลฟาย ผลของการวิจัย ได้มาตรฐานการพยาบาลทารกแรกเกิดที่ต้องช่วยหายใจ ด้วยความดันบวกอย่างต่อเนื่อง จำนวน 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 102 กิจกรรม มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาล จำนวน 51 ข้อ ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานการวิจัยที่สร้างขึ้นไปสำรวจการพยาบาล ในสถานการณ์จริง โดยให้ผู้ชำนาญการพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามมาตรฐานที่สร้างขึ้น ผลของการสำรวจพบว่า กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 102 กิจกรรม มี 18 กิจกรรม สามารถปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 100 77 กิจกรรมสามารถปฏิบัติได้จริงมากกว่าร้อยละ 80 และอีก 7 กิจกรรมปฏิบัติได้จริงน้อยกว่าร้อยละ 80 สำหรับพฤติกรรมของ

ผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาล ทั้งหมด 51 ข้อ พบว่ามี 23 ข้อ ที่ผู้ชำนาญการเห็นด้วยว่า ได้ผล ร้อยละ 100 25 ข้อที่ผู้ชำนาญการเห็นด้วยว่าได้ผลมากกว่าร้อยละ 80 และอีก 3 ข้อ เห็นว่าได้ผลน้อยกว่าร้อยละ 80

สุวดี สุชินิตย์ (2530) สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหมดสติอาศัยหลักการสร้าง มาตรฐานการพยาบาลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลของการวิจัย ได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย หมดสติ จำนวน 12 มาตรฐาน ซึ่งแต่ละมาตรฐานประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล และ ผลของการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่สร้าง ขึ้น ผลของการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ชำนาญการ ตามมาตรฐานที่สร้างขึ้น ซึ่ง ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 200 กิจกรรม และผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วย 120 ข้อ มี ดังนี้ กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 200 กิจกรรม พบว่า 74 กิจกรรมที่ผู้ชำนาญการ สามารถปฏิบัติได้จริง 100 % ขณะที่อีก 117 กิจกรรม ผู้ชำนาญการปฏิบัติได้จริง 80-99 % และอีก 9 กิจกรรมที่ผู้ชำนาญการสามารถปฏิบัติได้จริงต่ำกว่า 80 % ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นใน ผู้ป่วยทั้งหมด 102 ข้อ มี 54 ข้อ ที่ผู้ชำนาญการเห็นด้วย 100%

นาภาพร แก้วนิมิตชัย (2530) สร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลของการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรวมทั้งหมด 9 มาตรฐาน ซึ่งในแต่ละมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลและผลของการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลัง ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่สร้างขึ้น เมื่อนำมาตรฐานการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ไปสำรวจ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถานการณ์จริง โดยการสอบถาม จากผู้ชำนาญการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ของประเทศจำนวน 108 ท่าน วิเคราะห์ผลของ การสำรวจพบว่า กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ทั้งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีส่วนน้อยของกิจกรรมการ พยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกัน ทั้งในด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ และบุคลากร ส่วนผลของการพยาบาลผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่ามีส่วนน้อยไม่ได้ผลตามที่คาดไว้โดยที่ ผู้ชำนาญการให้เหตุผลว่า เนื่องจากภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความ แตกต่างกัน

จงจิต เสน่หา(2528)สร้างมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการทำเพอริโตเนียล ไดอะลีสิส อาศัยหลักการสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย และเพื่อสำรวจ สถานการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำเพอริโตเนียล ไดอะลีสิส ใน สถาบันบริการโดยการสอบถามจากผู้ชำนาญการซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของ ประเทศจำนวน 59 คน ซึ่งจำแนกได้เป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล ส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลทั่วไป ผลการวิจัย พบว่า มาตรฐานพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำเพอริโตเนียล ไดอะลีสิส มีทั้งหมด 9 มาตรฐาน ซึ่งใน แต่ละมาตรฐานประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลและพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาล ผลของการสำรวจการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้น ในสถานการณ์จริงพบว่า กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติได้ทั้งในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ ส่วน ข้อของกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ, บุคคลากรไม่เพียงพอ, บุคคลากรขาดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ ในส่วนของผลของการ พยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาล ผู้ชำนาญการส่วนใหญ่ต่างก็ คาดว่าน่าจะได้ผลเช่นเดียวกันแต่ในบางครั้งพบว่า สภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอาจมีผล ทำให้ผลของการพยาบาลหลังได้รับการพยาบาลไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ได้

จงจิตต์ คณากุล (2528) สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดคอทางปาก สำหรับผู้ป่วยในหออภิบาล อาศัยหลักการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามเทคนิคเดลฟาย ผลของการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดคอทางปากสำหรับผู้ป่วยในหอ อภิบาลรวมทั้งหมด 10 มาตรฐาน มาตรฐานการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล และผลของการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่ สร้างขึ้น เมื่อนำมาตรฐานการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ให้ผู้ชำนาญการพยาบาลผู้ป่วยในหออภิบาล ซึ่งใส่ท่อหลอดคอทางปาก จำนวน 67 ท่านไปปฏิบัติกับผู้ป่วยในหออภิบาลตามมาตรฐานที่ สร้างขึ้น เพื่อสำรวจความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานนี้ไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ผลของ การสำรวจพบว่า กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในส่วนกลาง โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีส่วนน้อยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องมาจากลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาล แต่ละแห่งแตกต่างกันทั้งในด้านเครื่องมือเครื่องใช้และบุคคลากร ในส่วนผลของการพยาบาลผู้ป่วย

ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลัง ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานพบว่า มีส่วนน้อยไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้เนื่องจากภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบประมวลข้อสรุปได้ว่าเมื่อพิจารณา ลักษณะของมาตรฐานซึ่งมี 3 ลักษณะ ได้แก่ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์แล้ว พบว่า มาตรฐานเชิงผลลัพธ์อย่างเดียว ไม่สามารถบอกถึง การกระทำได้ และมาตรฐานทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่ง ความล้มเหลวของมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการพยาบาล ความล้มเหลว ของมาตรฐานเชิงกระบวนการ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีความรู้ ความเข้าใจในหลักการปฏิบัติงาน และมีแนวทางหรือคู่มือที่เป็นรูปแบบชัดเจน ซึ่งผู้บริหารงาน ควรจะเป็นผู้จัดดำเนินการให้มีขึ้น แนวทางหรือคู่มือที่บ่งบอกซึ่งระดับความเป็นเลิศในการ พยาบาลก็คือ “มาตรฐานการพยาบาล” ที่จำเป็นต้องกำหนดขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ ปฏิบัติงานในการสร้างมาตรฐานดังกล่าวยังประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่ได้รับการประกันถึงคุณภาพ การพยาบาลที่ควรได้รับในทุกด้านและในส่วนของผู้ใช้บริการก็จะมีเชื่อมั่นว่าได้ให้บริการที่ดี ที่สุด ถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้เกณฑ์มาตรฐานเป็นผู้ยอมรับของสังคม ส่งผลต่อการพัฒนา วิชาชีพให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

หรรษา สุขกาล (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจจากความคาดหวังในงาน กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า แรง จูงใจจากความคาดหวังในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กัน ทางบวก

สุภาณี ทองธรรม (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ การดูแลใน วิชาชีพ กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้านเพื่อนร่วมงานมีค่ามากที่สุด ด้านรายได้มีค่าน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ วุฒิทางการศึกษา และประสบการณ์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

2. บรรยายภาคองค์การ มิติขวัญ มิติแบบอย่าง และมิติกรุณาปราณี การดูแลในวิชาชีพที่ได้รับจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและการดูแลในวิชาชีพที่ได้รับจากผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงาน ในขณะที่บรรยากาศองค์การ มิติมิตรสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความพึงพอใจในงาน แต่มิติขาดความสามัคคี มิติอุปสรรค มิติห่างเหิน มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

อรเพ็ญ พงศ์กล้า (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความช่วยเหลือของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า

1. ความช่วยเหลือของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยวิธีการจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ความช่วยเหลือของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยวิธีการชดเชย ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความช่วยเหลือของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้วยวิธีการใช้ระเบียบวินัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัชรี จิตต์ภักดี (2536) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ให้ความสำคัญต่อปัจจัยสถานภาพของวิชาชีพเป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือ ความเป็นอิสระ ค่าตอบแทน การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อนร่วมงาน และนโยบายขององค์การ ตามลำดับ ส่วนพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐให้ความสำคัญต่อปัจจัยความเป็นอิสระ เป็นอันดับที่ 1 รองลงมาคือสถานภาพของวิชาชีพ ค่าตอบแทน การมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อนร่วมงาน และนโยบายขององค์การตามลำดับ และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความสำคัญต่อปัจจัยสถานภาพของวิชาชีพ เป็นอันดับที่ 1
2. ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในสถานภาพของวิชาชีพในระดับสูง มีความพึงพอใจใน ความเป็นอิสระ เพื่อนร่วมงาน นโยบายขององค์การ และการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในค่าตอบแทนในระดับต่ำ



3. พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนมีความพึงพอใจในงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p < .05$ )

สมสุข ดิลกสกุลชัย (2533) ศึกษาการเปรียบเทียบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจในงานของพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุ ตำแหน่ง และระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า พยาบาลในกลุ่มอายุสูงมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลทางบวก ความพึงพอใจในงานพยาบาลโดยรวม ลักษณะงาน รายได้ ผู้ร่วมงาน และโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง สูงกว่าพยาบาลในระดับต่ำ และพยาบาลที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาลระดับต่างกัน มีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลทางบวก และความพึงพอใจในงานพยาบาลโดยรวม ลักษณะงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง การบังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำเริญลักษณ์ เกิดสุวรรณ (2523) ศึกษาการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลระหว่างการจัดตารางการปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง และ 10 ชั่วโมง ต่อหนึ่งวัน พบว่า ระดับความพึงพอใจในงานโดยส่วนรวมอยู่ในระดับกลาง และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบนตัน และไวท์ (Benton and White อ้างในอุทุมพร พรนฤสุวรรณ, 2522) ได้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของความพึงพอใจในงานสำหรับพยาบาล (Registered Nurse) เมื่อ ค.ศ. 1972 โดยศึกษาจากประชากรที่เป็นพยาบาลจำนวน 565 คน ว่ามีปฏิกริยาอย่างไรต่อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับงาน 16 ข้อ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 5 กลุ่ม โดยให้จัดอันดับความสำคัญในการทำงาน พบว่าพยาบาลเห็นว่า ความปลอดภัยและความมั่นคง มีความสำคัญอันดับสูงสุด ติดตามด้วยสังคม การยอมรับ ความสมหวังในชีวิต ค่าจ้าง และอันดับที่สำคัญน้อยที่สุดคือ กลุ่มต่างๆ ไปที่กล่าวถึงนโยบายเกี่ยวกับบุคคล

แต่เมื่อให้พยาบาลออกความเห็นอีกครั้งเกี่ยวกับความบกพร่องในองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ในสภาพการทำงานจริงๆ ปรากฏว่าความปลอดภัยและความมั่นคง ที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งก็มีความบกพร่องเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกัน เช่น เกี่ยวกับจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ สภาพการทำงานไม่ดี ฯลฯ ความสำคัญอันดับสองคือ ส่วนที่เกี่ยวกับสังคมกลับกลายเป็นความ

บกร่องอันดับสุดท้าย เพราะพยาบาลทั่วๆ ไปเห็นว่า สมาคมพยาบาลมีความสำคัญต่อเขามาก แต่การยอมรับเป็นความบกร่องอันดับ 3 เกี่ยวกับความไม่พอใจในเรื่องการจัดการและการยอมรับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ความสมหวังในชีวิต อันเป็นความสำคัญอันดับ 4 กลายเป็นความบกร่องอันดับ 2 พยาบาลไม่พอใจเกี่ยวกับโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ตำแหน่งและการศึกษาอบรม ส่วนในเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นความสำคัญน้อยที่สุด แต่กลับมีความบกร่องน้อยที่สุด ได้แก่ รายได้ รายละเอียดของงานและนโยบายบริหารบุคลากร

ลองเกสท์ (Longest อังในอุทุมพร พรนฤสุวรรณ, 2522) ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาล โดยอาศัยความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน ตามทฤษฎีของเฮสเบิร์ก ได้สุ่มตัวอย่างประชากรที่เป็นพยาบาล (Registered Nurse) จำนวน 195 คน จากโรงพยาบาล 10 แห่งในแอตแลนต้า กับผู้บริหารการศึกษาพยาบาลจำนวน 28 คน จากรัฐจอร์เจีย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประมาณค่า โดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีของเฮสเบิร์กจำนวน 14 ข้อ ปรับปรุงเหลือ 10 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความสำคัญขององค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของเฮสเบิร์กกับพยาบาล ปรากฏว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียง .164 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลไม่ได้สนับสนุนในเรื่องความพึงพอใจตามแนวของเฮสเบิร์ก โดยเฉพาะในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลับเห็นว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นอันดับ 2 และความก้าวหน้าอยู่ในอันดับ 5 แต่พยาบาลจัดให้อยู่ในอันดับ 9 และ 10 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกลับเห็นว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ 2 ในขณะที่เฮสเบิร์กจัดให้อยู่อันดับ 9 สำหรับผู้บริหารการศึกษาพยาบาล ผลปรากฏว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .467 ซึ่งนับว่าดีกว่าของพยาบาล แต่ถ้าเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกับผู้บริหารการศึกษาพยาบาล ก็จะมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียง .311 เท่านั้น

อะมิเทีย เอทลีโอนี (Amitia Etzioni) กล่าวว่าในระหว่างปี ค.ศ. 1927-1932 เมโย (Mayo) และคณะ (อังในอุทุมพร พรนฤสุวรรณ, 2522) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับความสำคัญของบุคคลในฐานะเป็นองค์ประกอบของการจัดการ การทดลองนี้ทำที่เมืองฮอว์ธอร์น นครชิคาโก โดยทำการทดลองที่บริษัท Western Electric โดยใช้คนงานจำนวน 2,000 คน จาก การทดลองนี้ คณะผู้ทดลองได้พบความจริงว่า

1. คนงานมิใช่เศรษฐกิจที่ปฏิบัติได้เช่นเดียวกับปัจจัยทางกายภาพ (Physical Capacity) แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ขึ้นอยู่กับความสามารถทางสังคม (Social Capacity) ด้วย

2. บำเหน็จรางวัลทางจิตใจ มีผลต่อการกระตุ้นในการทำงานและให้ความสุขในการทำงานมากกว่าที่จะให้บำเหน็จรางวัลทางเศรษฐกิจแต่อย่างเดียว

3. การแบ่งแยกการทำงานตามลักษณะเฉพาะของงาน (Specialization) มิได้เป็นหลักประกันว่า จะอำนวยความสะดวกสูงสุดในการทำงานเสมอไป หากแต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบอีกหลายประการ

4. คนงานจะไม่มีปฏิริยาสนองตอบต่อวิธีการจัดการหรือบำเหน็จรางวัลใดๆ มากนักในส่วนบุคคล หากแต่จะมีการสนองตอบในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม

จากผลการทดลองในครั้งนี้นำไปเกิดปรากฏการณ์อย่างใหม่ ในวิธีการจัดการงานซึ่งเรียกว่า การจัดการงานตามแนวมนุษยสัมพันธ์ (Human Relation Approach) คือ ให้ความสำคัญแก่คนในฐานะเป็นปัจจัยสำคัญแห่งการจัดการ ดังนั้นหัวหน้างานจึงต้องให้ความสนใจ และเอาใจใส่ในบุคคลทุกคนที่ปฏิบัติงานด้วย ให้เขามีความรู้สึกว่ามีความสำคัญ เขาจะได้พอใจที่จะทำงานให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพแก่องค์กรอย่างเต็มที่

อุทุมพร พรนฤสุวรรณ (2522) ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานของครูปฏิบัติทางคลินิก ในโรงเรียนพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่า ความพึงพอใจในงานของครูปฏิบัติการคลินิกในโรงเรียนพยาบาล สังกัดทบวง มหาวิทยาลัยของรัฐ โดยส่วนรวมอยู่ในระดับ “พึงพอใจ” แต่ความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือน และสวัสดิการมีแนวโน้มอยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในเรื่องศักดิ์ศรีของวิชาชีพอยู่ในระดับสูง

ละออ ตันติศิริรินทร์ (2520) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐโดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างในความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

จารุวรรณ เสวกรวรรณ ( 2518 ) ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจความพึงพอใจในงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อทดสอบทั้งหมด 80 ข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ ตั้งแต่พยาบาลประจำการ หัวหน้าตึก และผู้ตรวจการ ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 21 แห่ง ให้เป็นตัวแทนของพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 340 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือนและสวัสดิการ กับโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน อยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในเรื่องศักดิ์ศรีของวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง

2. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีนักเรียนฝึกงานกับโรงพยาบาลที่ไม่มีนักเรียนฝึกงาน พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลกับโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1-5 ปีกับ 11 ปีขึ้นไป 1-5 ปี กับ 6-10 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่พยาบาลที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 6-10 ปี กับ 11 ปีขึ้นไป ไม่แตกต่างกัน

เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา (2518) ได้ศึกษาสภาพความพึงพอใจในงานและความตั้งใจที่จะทำงานต่อไป หรือลาออก ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงานโดยส่วนรวมของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือนและสวัสดิการ โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน และนโยบายการบริหารอยู่ในระดับต่ำ

แสงจันทร์ ศิลปพัฒน์ (2518) ได้ศึกษาเรื่องสัมพันธภาพระหว่างความเป็นผู้นำและความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความเป็นผู้นำของพยาบาล หัวหน้าตึก มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำตึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เลื่อน สุริหาร (2512) ได้ทำการวิจัยเรื่องสภาพความพึงพอใจในงานของพยาบาลโรงพยาบาล ศิริราช ปรากฏว่าร้อยละ 72.72 ไม่มีความพึงพอใจในงาน อยากเลิก ประกอบอาชีพราชการเป็นพยาบาล มีเพียงร้อยละ 27.27 เท่านั้น ที่ตอบว่ายังไม่คิดจะลาออกจากงานพยาบาล นอกนั้นไม่ตอบ

ส่วน Herzberg ( 1959 ) และคณะของเขาที่เมืองพิตส์เบิร์ก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เลือกศึกษาข้อมูลจากวิศวกรและนักบัญชีรวม 200 คน เพื่อต้องการจะค้นหาวามีอะไรบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อ เจตคติ หรือความรู้สึกของบุคคลผู้ปฏิบัติงานในองค์การหนึ่งๆ และยังต้องการจะทราบอีกด้วยว่า ความรู้สึกหรือเจตคติเหล่านั้นมีผลให้การปฏิบัติงานแตกต่างกันหรือไม่ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในงานที่ทำอีกด้วย ผลการศึกษาพบว่า

1. องค์ประกอบที่เป็นมูลเหตุสร้างความพึงพอใจในงานที่ทำ (Satisfiers) คือความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า

2. องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ (Dissatisfiers) เป็นองค์ประกอบที่ผู้วิจัยได้มาใหม่ ซึ่งผิดไปจากองค์ประกอบที่เป็นมูลเหตุสร้างความพึงพอใจ เรียกว่า องค์ประกอบเกี่ยวกับอนามัย (Hygiene Factors) เป็นองค์ประกอบที่ตรงกันข้ามกับองค์ประกอบที่เป็นมูลเหตุสร้างความพึงพอใจในงานที่ทำ ได้แก่ นโยบายและการบริหาร เทคนิคการนิเทศงาน เงินเดือน การนิเทศงานส่วนบุคคล และภาวะการทำงาน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลไทยยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ แจกแจงรายละเอียดโดยรวมดังนี้ ความพึงพอใจในเงินเดือน สวัสดิการ โอกาสก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความพึงพอใจในงานพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในศักดิ์ศรีของวิชาชีพอยู่ในระดับสูง แม้ว่าพยาบาลโดยส่วนมากอยากจะได้กรับราชการอาชีพพยาบาลก็ตาม และยังพบว่า แรงจูงใจจากความคาดหวังในงานและภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความพึงพอใจ

ในเรื่องของงานพยาบาล การมีรูปแบบ มาตรฐานของวิชาชีพที่แน่นอน มีผลต่อความมั่นใจในทิศทางของการกำหนดโครงสร้างของการบริการพยาบาล ส่งผลต่อการมีคุณค่าของวิชาชีพ ความเป็นอิสระ และศักดิ์ศรีของวิชาชีพ (ชุตินา, หฤทัย, อัจฉราวรรณ กาญจนัมพะ, 2533) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน