

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลสรุปสาระสำคัญให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยลำดับ เนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับบริการและคุณภาพการพยาบาล
2. การจัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ
3. ความเป็นมาของโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถาน

บริหารสาธารณสุข

4. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
5. ความคาดหวังต่อบริการ
6. ความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่ผู้บริหาร

ในกลุ่มงานการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการพยาบาล

1.1 ความหมายของบริการ

สมาคมการตลาดอเมริกันให้ความหมายของบริการว่าเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ หรือความพอใจ ซึ่งได้เสนอเพื่อขาย หรือกิจกรรมที่จัดขึ้นร่วมกับการขายสินค้า ส่วน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2534) ให้ความหมายบริการ (Services) ว่าเป็นกิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและมารับประโยชน์นั้น สอดคล้องกับ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) ซึ่งให้ความหมายของบริการว่า เป็นการปฏิบัติหรือดำเนินการที่คนกลุ่มหนึ่งจะเสนอให้คนอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายของบริการได้ว่าหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในขณะเวลาหนึ่ง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มงาน

1.2 ความหมายของคุณภาพ

Frobe และ Bain (1976) และ Gilles (1982) ได้ให้ความหมายคุณภาพว่า “คุณภาพเป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำ หรือผลของกระบวนการประกอบกิจกรรมที่บังเกิดผลดีเลิศ (Excellence) วัดได้จากการเปรียบเทียบผลการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานแต่ ละวิชาชีพที่กำหนดไว้”

Phaneuf and Wandelt, (1974) กล่าวถึงคุณภาพว่า “เป็นการปฏิบัติที่ต้อง ผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Value Judgement) ตามความเชื่อและค่านิยม ตามความรู้ความสามารถและความรับผิดชอบ หรือการที่จะให้ค่าเป็นคุณภาพได้นั้นอยู่ที่การมองในแง่เหตุผล ของแต่ละคนซึ่งจะแตกต่างกัน” คล้ายกับ ยงยุทธ สารสมบัติ (1970) ซึ่งกล่าวถึงคุณภาพว่า “คุณภาพมีลักษณะเป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม รูปธรรมนั้นเป็นการรับผลที่กำหนดไว้อย่าง เหมาะสม และนามธรรมคือความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับผลจากการปฏิบัติ นั้น

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายดั้งเดิมนั้น “คุณภาพ” คือระดับของการกระทำหรือปฏิบัติตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนด แต่ในปัจจุบัน “คุณภาพ” คือ ระดับของการกระทำหรือปฏิบัติตามที่กำหนด โดยความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติ นั้น ๆ ดังนั้นมาตรฐานที่กำหนดอาจจะกำหนดโดยผู้ที่จะได้รับประโยชน์

1.3 คุณภาพบริการ (Quality of Service)

1.3.1 การประเมินคุณภาพบริการ การให้ความหมายของคุณภาพบริการ และการกำหนดคุณภาพ เป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่าการผลิต เนื่องจากการบริการไม่ได้ผลิตออกมาเป็นสินค้าที่มีรูปลักษณะทางกายภาพอย่างชัดเจน (ปริทรรศน์ พันธุบรรยงก์, 2536) ผู้รับบริการไม่สามารถตัดสินใจได้ตามลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏ แต่สามารถตัดสินใจว่ามีคุณภาพโดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือวัด (Monroe and Krishnan) 1983 quoted In Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985 ทั้งนี้เพราะการบริการมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2533 สอดคล้องกับ Kotler, 1991 : จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ : พนิดา ดามาพงศ์, 2538) คือ

1) การบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน (Intangibility)

เนื่องจากการบริการมีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ เช่น ขนมปัง ข้าวสาร ตรงที่ตัวบริการเป็นนามธรรม ไม่มีตัวตน ไม่สามารถจับต้องหรือสัมผัสใด ๆ ได้ แต่แสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงานที่เกิดขึ้นภายหลังรับบริการ (Performance) ซึ่งก่อนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกรับบริการนั้น ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพการบริการได้จากการนับ วัด หรือทดสอบโดยตรงได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพของบริการจากสถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือ วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์ และราคา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องจัดหา เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถประเมินคุณภาพและตัดสินใจเลือกรับบริการได้เร็วขึ้น ดังนี้

1.1) สถานที่ (Place) ผู้ให้บริการต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความสะดวกให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น ในการจัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทั่วไปและโรคเอดส์ การจัดสถานที่ต้องเป็นห้องมืดซิด เงียบ คนไม่พลุกพล่าน มีโต๊ะ เก้าอี้ โซฟาที่เหมาะสม ฯลฯ

1.2) บุคคล (People) ผู้ให้บริการต้องแต่งตัวสะอาดเหมาะสม บุคลิกดี น่าเชื่อถือ พุดจาดี ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจที่ได้รับบริการ

1.3) เครื่องมือ (Equipment) ผู้ให้บริการต้องจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพในการให้บริการ เช่น ในแผนกผู้ป่วยนอกมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทันสมัย ได้รับการดูแลและจัดเก็บสะดวก นำออกมาใช้ได้ทันที

1.4) วัสดุที่ใช้ในการสื่อสาร (Communication Material) ผู้ให้บริการต้องจัดอุปกรณ์สื่อสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ มีวิดีโอในเรื่องที่น่าสนใจ เป็นประโยชน์ โทรศัพท์ติดต่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา หรือติดต่อหอผู้ป่วยในเพื่อส่งต่อผู้ป่วย หรือเรียกพนักงานแปลได้รวดเร็ว

1.5) สัญลักษณ์ (Symbols) คือเครื่องหมายการค้า หรือตราที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเรียกได้ถูกต้อง เช่น ห้องน้ำ หน้าประตูเป็นรูปผู้หญิงผู้ชาย ชัดเจน ป้ายห้องต่าง ๆ ชัดเจน ห้องตรวจต่าง ๆ เขียนให้สวยงามและสะดวกในการติดตาม

1.6) ราคา (Price) ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการที่เหมาะสมกับระดับการจัดบริการ เช่น ราคาที่ตั้งไว้สำหรับตรวจอัลตราซาวด์ ราคาตรวจการตั้งครรภ์

2) การบริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ (Inseparability)

การบริการเป็นทั้งการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะสามารถผลิต จัดเก็บ และจำหน่าย โดยผ่านผู้แทนจำหน่าย แล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่สำหรับการบริการ ผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการ กระทำนั้น เช่น ต้องปรากฏตัวให้ผู้รับบริการเห็นและมีปฏิสัมพันธ์กัน ทั้งผู้ให้และผู้รับจะมีส่วนร่วมมีผลต่อบริการนั้น เช่น ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังดี สนใจ ดูแลใกล้ชิด ทำแผลมือเบา ดูแลให้อาหารถูกปาก มีรสร่อย เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้ป่วยคนเดียวหรือในครอบครัวจะไปรับบริการอีกหรือพูดต่อ ๆ กันไป ทำให้มีผู้นิยมและชื่นชมในบริการนั้น ๆ ผลที่เกิดกับพยาบาลคือ เมื่อการให้บริการในขณะนั้นมีผู้ป่วยหลายคน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจกับคนไข้ทุกคน พยาบาลจะทำงานหนักขึ้น ต้องทำซ้ำ ๆ กับคนไข้อื่น ๆ ด้วย

3) การบริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability)

ลักษณะของการให้บริการมีความหลากหลายในตัวเอง คุณภาพของการบริการอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้รับบริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก การรับรู้ (Perception) จะไม่ตรงกัน ซึ่งจุดนี้พยาบาลจึงต้องมีมาตรฐานในการที่จะกำหนดกิจกรรมปฏิบัติและตรวจสอบการให้บริการอยู่เสมอ

4) การบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability)

การบริการเป็นทั้งการผลิตและบริโภคในเวลาเดียวกัน จึงไม่สามารถผลิตไว้ได้ล่วงหน้า เพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ด้านการพยาบาลจึงต้องฝึกบุคลากรให้ปฏิบัติการพยาบาลได้รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพไม่แตกต่างกัน เซสเซอร์ได้เสนอกลยุทธ์เพื่อปรับความต้องการของความต้องการให้สม่ำเสมอคือผลต่างอุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) ไว้ดังนี้ คือ

4.1) กลยุทธ์ปรับความต้องการด้านอุปสงค์ (Demand)

4.1.1) การตั้งราคาให้แตกต่างกัน เมื่อผู้รับบริการมีความต้องการมากขึ้น เช่น คิดค่าบริการของแพทย์ พยาบาล ปกติเมื่อต้องการมาตรวจในเวลา (8.00-16.00) และคิดอัตราพิเศษเมื่อมาตรวจรักษานอกเวลา (17.00-22.00 น. หรือวันหยุดราชการ)

4.1.2) การสร้างอุปสงค์ในช่วงที่มีอุปสงค์ต่ำ ด้วยการเสนอบริการใหม่ ๆ เช่น บริการลดน้ำหนัก บริการเสริมความงาม บริการคลายเครียดด้วยการท่องเที่ยวสุขภาพ

4.1.3) การให้บริการเสริมในขณะที่ผู้รับบริการมากขณะ
นั่งรอ เช่น เปิดโทรทัศน์รายการพิเศษด้านสุขภาพ หนังสือพิมพ์ ร้านค้า บริการอาหารเครื่องดื่ม

4.1.4) ระบบการนัดหมาย เช่น การนัดหมายผู้มารับ
บริการเพื่อจะได้ไปรับบริการทันทีไม่ต้องคอยบัตร เพราะจัดบัตรคอยไว้แล้วตามเวลาที่นัด

4.2) กลยุทธ์ปรับความต้องการด้านอุปทาน (Supply)

4.2.1) การเพิ่มผู้ให้บริการ โดยจ้างนอกเวลาเมื่อมีผู้มา
รับบริการมาก

4.2.2) การจัดเวรเฉพาะช่วงเวลาที่มียานมาก เช่น ไม่
หยุดเวลากลางวัน โดยจัดเวรเปลี่ยนเพื่อบริการตลอด เวลา จัดทำงานนอกเวลา

4.2.3) การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการให้บริการ เช่น
ให้ผู้รับบริการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะต้องผ่านขั้นตอนของการ Demonstration แล้ว

4.2.4) การให้บริการร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ เช่น
โครงการใช้เครื่องมือแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

4.2.5) การขยายสิ่งอำนวยความสะดวกในอนาคต เช่น
ให้บริการตอบปัญหาทางโทรศัพท์ ทางเครือข่าย Internet ของ Computer

จากลักษณะสำคัญดังกล่าวของการบริการ สามารถบ่งชี้ให้เห็นว่า
การประเมินคุณภาพบริการเป็นเรื่องยาก แต่ผู้รับบริการจะรับรู้ได้ในสิ่งที่ตนได้รับ โดยเปรียบเทียบ
เทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับที่คาดหวังไว้ ถ้าการบริการที่ได้รับจริงตรงกับที่ตนคาดหวังไว้
หรือมากกว่าจะเกิดความพึงพอใจ ถ้ามีน้อยกว่าจะไม่พึงพอใจ ซึ่งจะกำหนดคุณภาพบริการ
ได้ มีผู้ที่ศึกษาในเรื่องคุณภาพของบริการด้านการตลาด กำหนดวิธีการการประเมินคุณภาพ
และพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการรับรู้ในคุณภาพบริการ
เป็นผลมาจากการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีคุณภาพ (Gronroos, 1982)
Lehtinen and Lehtine, 1982 : Lewis and Booms, 1983 : Sasser : Olsen and Wyckoff, 1978
: quoted in Parasuraman et al., 1985) ซึ่งจะสอดคล้องกับ Koltler, 1991 และ ศิริวรรณ เสรี
รัตน์ และคณะ, 2533 ซึ่งสรุปได้ว่าการประเมินว่าบริการที่มีคุณภาพนั้น ผู้รับบริการก่อนที่จะ
มารับบริการคาดหวังไว้ว่าจะได้รับการเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อได้รับในสิ่งที่ตนคาดหวังจะ
ประเมินว่าบริการนั้นมีคุณภาพ โดยทั่วไปผู้รับบริการจะใช้เกณฑ์กำหนดขึ้นมาใน 10 ประการ
ต่อไปนี้ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสื่อสาร สมรรถนะของผู้ให้บริการ ความมีอัธยาศัยไมตรี

ความน่าเชื่อถือ ความเชื่อมั่นไว้ใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นรูปธรรมของบริการ และการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985 ; ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปริญา ลักษิตานนท์ และ ศุภร เสรีรัตน์, 2534 ; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537)

การจัดคุณภาพการบริการได้มีการวิจัยทางการตลาดหลายครั้ง โดยมีวิวัฒนาการ ดังนี้ ในปี 1980 เริ่มวิจัยเกี่ยวกับโครงสร้างและจำแนกชนิดของคุณภาพบริการแบบง่าย ๆ ในปี 1982 ได้วิจัยเพิ่มเติมรายละเอียด ปี 1983 ได้วิจัยแล้วนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยแบ่งได้ 3 รูปแบบ มีผู้นำไปวิจัยต่อ

รูปแบบที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการที่พัฒนาโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry ในปี 1985 เป็นรูปแบบของการบริการที่กล่าวถึงปัจจัยการกำหนดคุณภาพบริการและ ช่องว่างหรืออุปสรรค 5 ประการ ที่ทำให้บริการไม่เป็นตามที่คุณภาพบริการคาดหวัง ดังนี้

1. ปัจจัยการกำหนดคุณภาพบริการประกอบด้วยเกณฑ์ 10 ประการ คือ

1.1 การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access)

บริการที่ให้กับผู้รับบริการต้องอำนวยความสะดวกในด้านเวลา สถานที่ คือ ผู้ป่วยรอไม่นาน ทำเลที่ตั้งติดถนนใหญ่ มีที่จอดรถ จัดตั้งสถานที่เหมาะสม

1.2 การติดต่อสื่อสาร (Communication)

มีการอธิบายอย่างถูกต้อง ใช้ภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจง่าย

โทรศัพท์ถามบริการได้

1.3 สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence)

บุคลากรที่ให้บริการต้องมีความชำนาญและมีความรู้ในงานที่ตนรับผิดชอบ เพื่อให้บริการตามความต้องการได้

1.4 ความมีอัธยาศัย (Courtesy)

บุคลากรต้องมีอัธยาศัยไมตรี มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นที่น่าเชื่อถือ เป็นกันเอง มีวิจารณ์ญาณ

1.5 ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

องค์กรและบุคลากร ต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่น และความไว้ใจในบริการ โดยเสนอบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ

1.6 ความไว้ใจ (Reliability)

บริการที่ให้แก่ผู้รับบริการ ต้องมีความสม่ำเสมอและถูกต้อง

1.7 การตอบสนองของผู้รับบริการ (Responsiveness)

ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการและแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการอย่างรวดเร็วตามที่ผู้รับบริการต้องการ

1.8 ความปลอดภัย (Security)

บริการที่ให้ต้องปราศจากอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาต่าง ๆ

1.9 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

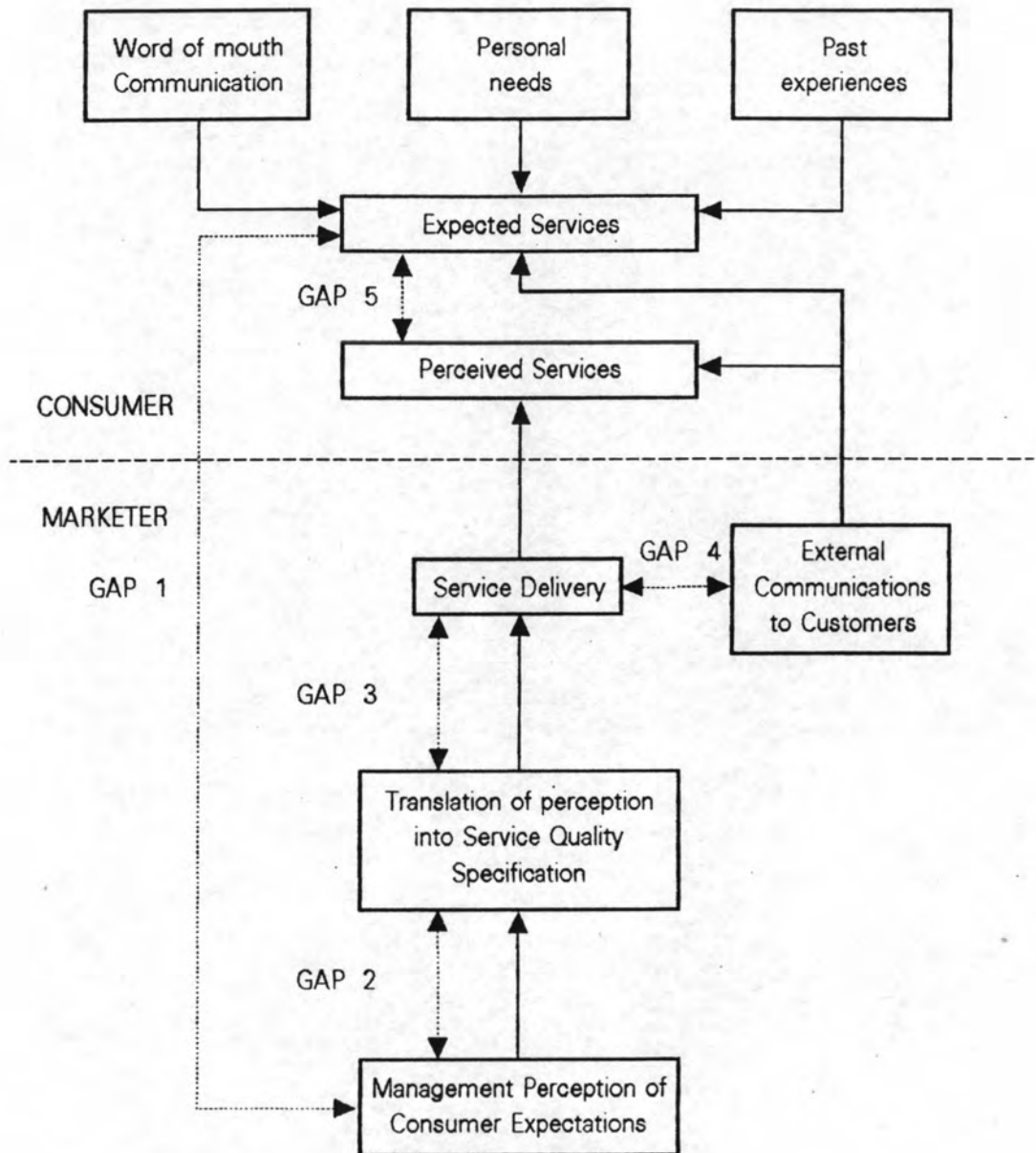
บริการที่ผู้รับบริการได้รับจะทำให้เขาสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของบริการดังกล่าวได้

1.10 การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding Knowing Customer)

ผู้ให้บริการต้องพยายามเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

การกำหนดคุณภาพของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการดังกล่าว มาจากประสบการณ์เดิมจากการที่เข้ามาใช้บริการครั้งก่อน คำพูดปากต่อปาก และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ เมื่อผู้รับบริการมารับบริการในครั้งนี้ก็เปรียบเทียบกับบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ ถ้าผลปรากฏว่าบริการที่ได้รับในสถานการณ์นั้นน้อยกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ผู้รับบริการจะไม่พึงพอใจ และไม่กลับมาใช้บริการอีก แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบริการที่ได้รับจริงมากกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ประทับใจ และกลับมาใช้บริการอีก

2. ช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการ ของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry
 "A Conceptual model of service quality and the implication of the implication
 for Future Research" Journal of Marketing, Fall. 1985 pp.44.

2.1 ช่องว่างที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Consumer Expectation) และการรับรู้ของผู้บริหาร (Management Perception)

โดยทั่วไปผู้บริหารอาจไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งหมด หรืออาจจะยึดถือความเข้าใจของตนเป็นสำคัญ ทำให้จัดบริการได้ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการได้ เช่น ผู้บริหารอาจคิดว่าผู้รับบริการต้องการห้องที่เป็นสัดส่วน เงียบสงบ แต่ผู้รับบริการอาจต้องการที่จะอยู่ห้องรวม มีเพื่อน เพราะไม่มีญาติเฝ้าก็ได้ ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากทีมพยาบาลตลอดเวลา

2.2 ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารเรื่องความต้องการและการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (Service Quality Specification)

แม้ผู้บริหารรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการถูกต้อง แต่ไม่นำมากำหนดเป้าหมายหรือมาตรฐานของการให้บริการได้ ผู้บริหารอาจจะไม่เอาใจใส่อย่างจริงจังเพื่อกำหนดลักษณะของบริการให้ได้คุณภาพ (No Commitment) หรือกำหนดไว้ตามความเห็นของตนเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดพยาบาลดูแลผู้รับบริการตลอดเวลาขณะที่แพทย์ตรวจ แต่ไม่ได้กำหนดเพราะขาดบุคลากร เป็นต้น

2.3 ช่องว่างที่ 3 ช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่ได้กำหนดไว้และบริการที่ให้ (Service Delivery)

ผู้บริหารได้กำหนดลักษณะของคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่มีหลายปัจจัยที่มีผลทำให้การให้บริการไม่เป็นไปตามที่ได้วางข้อกำหนดไว้ ทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น บุคลากรไม่ชำนาญในงานที่กำหนด ขาดแรงจูงใจในการทำงาน

2.4 ช่องว่างที่ 4 ช่องว่างระหว่างบริการที่ให้และการสื่อสารภายนอกให้ผู้รับบริการทราบ (External Communication)

การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับผู้รับบริการทำให้เกิดความคาดหวังว่าจะได้รับตามที่แจ้งให้รู้ เมื่อมาถึงไม่ได้รับตามที่ตนคาดหวัง เช่น ประชาสัมพันธ์ว่าจะได้พบสถานที่สวยงาม เป็นระเบียบ ผู้ให้บริการยิ้มแย้มแจ่มใส เมื่อมารับบริการจริงกลับรับรู้ในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดว่าจะได้รับ คือ สถานที่ไม่สะอาด เจ้าหน้าที่ไม่เป็นกันเอง ทำให้ความคาดหวังแตกต่างไปจากที่เป็นจริง ผู้รับบริการประเมินว่าด้อยคุณภาพ

2.5 ช่องว่างที่ 5 ช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ (Perceived Service) และบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (Expected Service)

คุณภาพของบริการจะแบ่งโดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังจะได้รับ ซึ่งเป็นผลจากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ความ

ต้องการของตนเองและจากประสบการณ์ในอดีต กับบริการที่ผู้รับบริการได้รับรู้ ซึ่งเป็นผลจากการให้บริการและการสื่อสารของผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการ หากบริการที่ผู้รับบริการได้รับดีกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้ บริการนั้นจะถูกจัดว่ามีคุณภาพ แต่หากบริการที่ผู้รับบริการได้รับต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการจะกล่าวว่าบริการไม่ดี ไม่มีคุณภาพ

รูปแบบที่ 2 รูปแบบคุณภาพบริการที่พัฒนาโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry ในปี 1988 เป็นการพัฒนาขั้นตอนการประเมินคุณภาพบริการให้เกิดความพึงพอใจโดยสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการจำแนกได้ 5 ประการ ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมทางบริการ (Tangibles)

การบริการมีความเป็นรูปธรรมสามารถจับต้องสัมผัสได้ง่าย เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ บุคคล และวัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร
2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability)

การบริการมีความถูกต้อง แม่นยำ รวมทั้งมีความสม่ำเสมอ
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness)

ผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการทันทีทันใด
4. ความน่าเชื่อถือได้ (Assurance)

บุคลการผู้ให้บริการมีความรู้ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือ มาใช้บริการมากขึ้น
5. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy)

พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ที่ผู้ให้บริการมีต่อผู้รับบริการ

รูปแบบที่ 3 รูปแบบคุณภาพบริการที่พัฒนาโดย Zeithaml และ คณะ 1988 ได้พัฒนารูปแบบเดิมให้มีความคล่องตัว โดยเน้นพัฒนาการติดต่อสื่อสาร และการควบคุมคุณภาพระบบการติดต่อสื่อสารในองค์กรให้มีการติดต่อรวดเร็ว ทันสถานการณ์

จากการพัฒนาคุณภาพบริการตามลำดับของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry ดังกล่าว พบว่า ได้มีการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปประเมินคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาปรับใช้กับบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดคุณภาพเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการได้

2. การจัดการพยาบาลให้มีคุณภาพ

2.1 ความหมายของการพยาบาล (Nursing Care)

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538 (พ.ร.บ.) “การพยาบาล” หมายถึง “การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการถูกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล” ซึ่งสอดคล้องกับ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ที่กล่าวว่า “การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือผู้อื่นที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค ให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และให้ความรู้แก่บุคคลเพื่อให้มีความสามารถในการต่อสู้เพื่อรักษาโรค บำรุงสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเองให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ” สถาบันพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลไว้ว่า “คือการกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการสังเกต การดูแล การให้คำปรึกษา แนะนำ การสอน และการนิเทศงาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ได้รับบาดเจ็บมีความพิการ หรือบุคคลปกติ คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อไปทั้งต่อตนเองและผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวต้องการการตัดสินใจและทักษะเป็นพิเศษ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานและหลักการทางศาสตร์สาขาต่าง ๆ” และ วรณวิไล จันทราภา (2534) ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการดูแลคนทั้งคน (Holistic) พยาบาลต้องเข้าใจถึงความแตกต่างตามภาวะเสี่ยงภัยของสุขภาพตามวัย และเข้าใจถึงบทบาทในสังคมของผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดทั้งชุมชน เพื่อที่จะช่วยให้ปรับตัวเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง” เพื่อให้ชัดเจนยิ่งขึ้น แนวคิดของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536) กล่าวถึงการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการบริการทางวิชาชีพซึ่งวางอยู่บนรากฐานของวิทยาศาสตร์ โดยสร้างทักษะและสติปัญญาของการพยาบาลแต่ละคนโดยการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งเจ็บป่วยและปกติแก่บุคคลหรือครอบครัว เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม”

จากนิยามและแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การพยาบาล คือ การดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลและครอบครัวเพื่อช่วยเหลือให้เกิดสุขภาพที่ดี อยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และศิลป์ คือการปฏิบัติตามเทคนิคที่กำหนดเป็นการปฏิบัติไว้แล้ว

2.2 ลักษณะบริการพยาบาล (Nursing Service)

บริการพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย (ลออ หุตางกูร, 2521 อ้างถึงใน อ่ำไพ ยุติธรรม, 2526)

เพื่อให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าวบรรลุจุดมุ่งหมาย ผู้นำทางวิชาการพยาบาลได้จัดกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการทั้ง 4 ด้าน (ปิยะรัตน์ ตาตินิจ, 2524 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ดังนี้

1. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการให้การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดตามความต้องการด้านสุขวิทยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน การปฏิบัติ การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ตามอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การ ให้เวลาแก่ผู้ป่วยได้สนทนาและอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว สอนและแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ให้ช่วยเหลือดูแลตนเองตามความเหมาะสมกับสภาพของโรค

2. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการป้องกัน ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจ สอนวิธีการป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตามความเหมาะสม ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้อย่างดี สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น

3. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขศึกษาตลอดจนการดูแลตนเองและครอบครัวแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความสามารถของตนเอง ส่งเสริมให้เข้าใจถึงการใช้องค์บริการสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์

4. กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย สนองความต้องการและความสามารถ วางแผน การพยาบาลให้สนองต่อการให้กายภาพบำบัด

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวได้สำเร็จตามเป้าหมาย คือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความประทับใจในบริการพยาบาลที่ได้รับนั้น พยาบาลผู้ให้บริการต้องปฏิบัติงานโดยใช้องค์ความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาผสมผสานกัน อย่างมีศิลปะในการปฏิบัติ (วัลภา คุณทองเกียรติ, 2537) และการปฏิบัตินั้นต้องสามารถ

ยืดหยุ่นได้เหมาะสมกับความต้องการของ องค์การ บุคคล ชุมชน และสังคม (อำพร จันทร์รักษา, 2537)

2.3 แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

โลกในยุคการเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ส่งผลกระทบให้วิถีชีวิตของคนในสังคมต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย องค์การต่าง ๆ รวมทั้งโรงพยาบาลก็มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน ให้เป็นรูปแบบของธุรกิจมากขึ้น (มนัสสินิตย์ บุญญพรรณ, 2536) เนื่องจากมีการนำเครื่องมือ เครื่องใช้ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้กันอย่างฟุ่มเฟือย และผลัดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้รับบริการตื่นตัวในเรื่องกฎหมายควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน กำหนดหลักการและวิธีการในการควบคุมคุณภาพงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจว่าบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพประสิทธิภาพถูกต้อง เป็นธรรมแก่ผู้มารับบริการ (ศิริพร ตันติพูลวินัย, 2536) โดยองค์การพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพเชิงวิชาชีพของงานบริการพยาบาลไว้ 3 ประการตามมาตรฐานสากล ดังนี้ (ศิริพร ตันติพูลวินัย, 2537 สอดคล้องกับ ประพิน วัฒนกิจ, 2537)

1. มาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structure Standard)

เป็นลักษณะการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดองค์การ ระบบการบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร เครื่องมือ เงิน นโยบายการปฏิบัติงาน

2. มาตรฐานด้านกระบวนการ (Process Standard)

เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น กิจกรรมการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การบันทึกรายงาน

3. มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (Outcome Standard)

เป็นลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะเกิดขึ้นตามความมุ่งหวังที่คาดไว้ หลังจากให้การรักษาพยาบาลแล้ว เช่น อาการของโรคดีขึ้นทัศนคติของผู้ป่วยเปลี่ยนไป

เกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพเชิงวิชาชีพดังกล่าวทั้ง 3 ประการ เป็นคุณภาพตามมาตรฐาน และความเห็นชอบของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งคิดว่า หากผู้ให้บริการทำงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้ว จะช่วยให้งานมีคุณภาพขึ้นมาได้ แต่ในสภาพความเป็นจริง คุณภาพตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคุณภาพเท่านั้น ไม่ใช่

คุณภาพของงานบริการพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพพยาบาล เขาสนใจเพียงเมื่อเข้ามาบริการนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และปลอดภัยหรือเปล่า ผู้ให้บริการต้อนรับดูแลเอาใจใส่แค่ไหน ตรงตามความคาดหวังของเขาหรือไม่อย่างไร เมื่อเป็นที่พอใจ การบริการพยาบาลนั้น เป็นการบริการที่มีคุณภาพตามความรู้สึกที่รับรู้ของผู้รับบริการ (Perceived Quality) (ศิริพร ตันติพูลวินัย, 2537) ซึ่ง Parasuraman, Zeithaml และ Berry เรียกว่า คุณภาพเชิงปฏิสัมพันธ์หรือคุณภาพเชิงการแสดงออก (Expressive Quality)

จากแนวคิดดังกล่าว มีการวิจัยสนับสนุนว่าในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยยังไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ จากการศึกษาของไวท์ (White) ในปี 1972 พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล ส่วนพยาบาลให้ความสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และสังคมมากกว่าผู้ป่วย (White, 1972 อ้างถึงใน พนิดา ตามาพงศ์, 2520) และจากการศึกษาของ นวลจันทร์ ทศนชัยกุล ในปี 2523 พบว่าผู้ป่วยไม่พอใจในบริการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลหน้าบึ้ง กิริยาไม่สุภาพ ดู มีมากถึงร้อยละ 60.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวดี ศรีเลณวัตติ และคณะ ในปี 2524 พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ เนื่องจากท่าทีทัศนคติของเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่ค่อยคำนึงถึงทุกข์สุขและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมไพ ยุติธรรม ในปี 2526 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องแสดงออกโดยการสนทนา พูดคุยกับผู้ป่วย เช่น การรับฟังคำบอกเล่า บ่น หรือปรับทุกข์ของผู้ป่วย การให้เวลาพูดคุย หรือซักถามเพื่อตอบข้อข้องใจแก่ครอบครัวและญาติของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรค และการรักษาที่ได้รับนั้น ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ ไม่ดี วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร์ ศิริวัฒนามานานนท์ ในปี 2536 วิจัยพบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการให้ความคิดเห็นว่าเป็นไม่พอใจ ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง คำพูด สายตาของพยาบาลในขณะที่ให้บริการ การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ภายหลังจากตรวจและการจัดคิวเข้าตรวจ เป็นต้น

จากการวิจัยดังกล่าวพบว่า เป็นการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลกำหนดแต่เพียงฝ่ายเดียว จึงทำให้พบว่า ผู้รับบริการยังไม่เกิดความพึงพอใจในบริการที่รับ แม้ว่าวิชาชีพพยาบาลจะมีการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลเชิงวิชาชีพอยู่เรื่อย ๆ ก็ตาม ดังนั้น จากการศึกษาแนวคิดและการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณ

ภาพบริการพยาบาล จำเป็นจะต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพ ควบคู่กับคุณภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ที่จะให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

การดำเนินการจัดสร้างบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้ดี ในภาวะที่มีการแข่งขันกันสูงในปัจจุบัน ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องนำแนวคิดเชิงการตลาดมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการพยาบาล (ศิริพร สุริยะ, 2536 สอดคล้องกับ O'Grady, 1988) เพื่อจะได้ให้บริการตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการ และกลับมาใช้อีก (Kotler, 1991) ส่งผลให้เกิดภาพพจน์ที่ดี (Eliopoulos, 1988 อ้างถึงใน ศิริพร สุริยะ, 2536) สร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล

3. โครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข

3.1 ความเป็นมาของโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเครือข่าย

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการพัฒนาระบบและบริการ สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ ปี 2524 พัฒนาระบบและบริการโรงพยาบาลชุมชน (เดิมเรียกเป็นโรงพยาบาลอำเภอ) และปี 2528 พัฒนาระบบและบริการโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จนครบ ครอบคลุมทุกจังหวัดแล้ว ถือว่ามีการพัฒนาระบบและบริการได้มาตรฐานระดับหนึ่ง ในส่วนของบริการพยาบาล กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข (Nursing Quality Assurance) เพื่อให้การพยาบาลได้มาตรฐานหลังจากที่ได้พัฒนาแล้ว

การควบคุมคุณภาพการพยาบาล หมายถึง การดำเนินการที่ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลายเพื่อใช้ในการตรวจสอบและ/หรือควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อยืนยันการให้การพยาบาลที่ดีที่สุด และบ่งชี้ถึงจุดดีจุดบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ (กองการพยาบาล, 2539) ก่อนอื่นได้ให้ความหมายการพยาบาลที่มีคุณภาพในโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

การพยาบาลที่มีคุณภาพ มองได้ 3 แนวทาง คือ

1. ตามแนวทางการตอบสนองความต้องการของประชาชน หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคลและชุมชน ซึ่งอาจปรากฏในรูปของลักษณะบริการที่ให้ปริมาณเพียงพอและความรวดเร็ว

2. ตามแนวทางตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศ หมายถึง ความคาดหวังของประเทศในการให้บริการ ต้องเป็นไปในลักษณะของการผสมผสานทั้งการดูแลการรักษา การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ และเน้นการรักษาเบื้องต้นในชุมชนที่ห่างไกลโรงพยาบาล

3. ตามแนวทางวิชาชีพ หมายถึง การรักษาความเป็นวิชาชีพของพยาบาล ปรากฏในการปฏิบัติการพยาบาล คือ

3.1 ดำเนินการให้การพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบทางวิทยาศาสตร์ คือ การใช้ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) (รายละเอียดหน้า 33-34)

3.2 ประสานการดูแลรักษาในทีมการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและใช้การติดต่อสื่อสารที่ดี การบันทึกรายงานในการดูแลรักษา

3.3 นิเทศการพยาบาล ให้กับบุคคลในความรับผิดชอบ โดยส่งเสริมพัฒนาบุคคล ส่งเสริมให้ก้าวหน้าในวิชาชีพและการปฏิบัติงาน

3.4 รักษาและดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณของวิชาชีพตลอดไป (Professional ethics)

คุณภาพการพยาบาลมีคุณค่าในตัวเอง สามารถใช้เป็นการวัดความสำเร็จของงานได้ ซึ่งสามารถวัดได้จากคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะทางวิชาชีพที่พยาบาลแสดงออก และจะเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการหรือสังคมได้ เมื่อสามารถที่จะนำความรู้ทักษะเกี่ยวกับวิชาชีพศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย แล้วนำมาปฏิบัติการพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Nursing) และดูแลคนทั้งคนคือร่างกายและจิตใจ (Holistic Nursing)

คุณภาพการพยาบาลมีการประกันคุณภาพซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. การประกันคุณภาพการพยาบาลในระดับชาติ หมายถึง กำหนดเป็นกฎหมายหรือพระราชบัญญัติในการรับรองคุณภาพของบริการในแต่ละสถาบัน โดยมีองค์การรับผิดชอบโดยตรง คือสภาการพยาบาล
2. การประกันคุณภาพการพยาบาลในระดับสถาบันหรือองค์การ หมายถึง สถาบันการศึกษา หรือโรงพยาบาลและสถานพยาบาล มีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Nursing Audit) เป็นการประเมินบริการพยาบาลเพื่อตัดสินคุณภาพและประสิทธิภาพขององค์การพยาบาลว่าบรรลุตามเกณฑ์มาตรฐานที่วางไว้หรือไม่เพียงใด ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสาธารณสุข
3. การประกันคุณภาพการพยาบาลระดับหน่วยงาน ระดับหน่วยงานมีบทบาทสำคัญยิ่งในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ โดยการประเมินการปฏิบัติงาน

3.2 แนวคิดการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข

สิ่งที่ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในเครือข่าย เนื่องจากการพยาบาลจะเป็นบริการที่กว้างขวางมาก ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีทั้งความง่ายและยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญด้านวิชาชีพ ทั้งองค์ความรู้ และการพยาบาลมีเอกลักษณ์และอิสระ และเมื่อมีการให้บริการพยาบาลซึ่งติดต่อใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด จึงต้องมีการวัดและประเมินกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติด้วย เพื่อตรวจสอบความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่

ลักษณะการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน ทุกคนมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบร่วมกัน เพราะในการปฏิบัติงานการบริการพยาบาลจะยึดหลักการให้บริการที่มีคุณภาพโดยรวม (Total Quality Service) และประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อการบริการพยาบาล กระทั่งมีการควบคุมคุณภาพ (วรรณวิไล จันทราภา) ได้แก่

1. ผู้ปฏิบัติ ต้องมีวิจรณ์ญาณในการพิจารณาการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม
2. ผู้รับบริการ มีสิทธิที่จะเรียกร้องในสิทธิของเขา ผู้ปฏิบัติจึงต้องสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการด้วย

3. ผู้บริหาร จะต้องกำหนดความคาดหวังหรือคุณภาพบริการอย่างมีหลักเกณฑ์ ศึกษากระบวนการและสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ และสามารถจัดระบบสนับสนุนควบคุม และพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีหลักเกณฑ์

4. ระบบบริการ จัดให้มีความเชื่อมโยงและเกื้อหนุนค้ำจุนซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระดับง่ายไปยาก จัดระบบการสื่อสาร ประสานงาน และประชาสัมพันธ์ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เนื่องจากโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการโดยกองการพยาบาล เป็นการดำเนินการต่อเนื่องมาจากการพัฒนาระบบและบริการของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนสถานีนอนามัย ซึ่งเริ่มจากปี 2524 และมีการประเมินความสำเร็จในรูปแบบต่าง ๆ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เห็นว่าสถานบริการระดับต่าง ๆ มีการพัฒนาได้ระดับหนึ่ง ซึ่งรวมถึงงานการพยาบาลด้วย ผู้รับผิดชอบจึงจัดทำโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลขึ้น ซึ่งเริ่มปี 2528 ถึงปัจจุบันที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติและปัญหาที่พบเมื่อมีการพัฒนาและศึกษาข้อมูลที่จะนำมากำหนดเกณฑ์ต่าง ๆ ตามหลักวิชาชีพ จากการศึกษาในช่วงดังกล่าว (พ.ศ. 2532) ปัญหาที่พบเห็นชัดเจนในเรื่องเครื่องมือวัดไม่เป็นอย่างเดียวกันทั่วประเทศ ใช้มาตรฐานที่ต่างคนต่างกำหนด เหมือนใช้เกณฑ์คนละชนิดกัน จึงได้ผลไม่แน่นอนและไม่ชัดเจน

ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2539) มีดังนี้

1. ปี 2528-2531 มีการเสนอแนวคิดและเสริมความรู้เรื่องการสร้างมาตรฐานการพยาบาลและการตรวจสอบคุณภาพ แก่โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 17 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 73 แห่ง
2. ปี 2532-2534 มีการทดลองและสร้างแผนการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปรวม 6 แห่ง
3. ปี 2535 เสริมความรู้เรื่องการควบคุมคุณภาพการพยาบาลให้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัย

4. ปี 2536-2537 ศึกษาสร้างเครื่องมือวัดและประเมินผลคุณภาพการพยาบาลและทดลองใช้ในโรงพยาบาลแม่ข่าย 4 เครือข่าย
5. ปี 2538 เริ่มขยายตัวแบบฯ สูโรงพยาบาลชุมชน 50 แห่ง สถานีนามมายี่เลี้ยง 75 แห่ง
6. ปี 2539 ขยายโครงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขเต็มพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามมายี่ทุกแห่ง

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า การควบคุมคุณภาพการพยาบาลซึ่งมีการดำเนินการอย่างมีขั้นตอน และมีการศึกษาในแต่ละช่วง เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยปัญหาที่พบจะเป็นเรื่องของเกณฑ์ที่ใช้วัดทั้งในเครื่องมือวัดเองและผู้ใช้ ซึ่งกองการพยาบาลและคณะทำงานมีการปรับปรุงตามลำดับ และในส่วนของผู้ปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุขเอง ควรจะมองว่า การควบคุมคุณภาพการพยาบาลของเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขเป็นกลวิธีในการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ใช้บริการเป็นหลัก เพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รักษาระดับคุณภาพการบริการพยาบาลให้อยู่ในระดับสูง ผลจากการควบคุมกระบวนการให้บริการพยาบาลจะทำให้ทราบผลการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ จะกระทบถึงโครงสร้างทางการบริหารด้วย จะทำให้การจัดบริการพยาบาลมีคุณภาพได้ ซึ่งในการดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารสูงสุด และผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับหน่วยงาน แต่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับสามารถควบคุมคุณภาพการพยาบาลในกิจกรรมของตนได้เช่นกัน

4. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4.1 ความหมายของมาตรฐาน (Standard) Ircue G.Ramey (1976) ให้ความหมายว่า “แบบอย่างหรือตัวอย่างที่ริเริ่มขึ้นโดยอยู่ในอำนาจหน้าที่ที่จะทำได้ โดยต้องพิจารณาเรื่องระเบียบ ประเพณี และสิ่งที่เกี่ยวข้อง ด้วยระดับมาตรฐานและคุณภาพที่กำหนดขึ้นอย่างเหมาะสมในกลุ่มนั้น ๆ “ และ Marjorie Moor Cantor (1978) ให้ความหมายมาตรฐาน คือ ระดับของการปฏิบัติ หรือสิ่งที่กำหนดและเป็นที่ยอมรับโดยผู้มีอำนาจบุคคล หรือกลุ่มบุคคล เพื่อการปฏิบัติ (Marjorie Moor Cantor, 1978) ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์

(Webster) มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ หรือพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบ ในการวัดหรือตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (ซูลิพร เซาท์เมธากิจ, 2525) และ วิเชียร ทวีลาภ (2523) ให้ความหมายว่า “สิ่งใดก็ตามที่มนุษย์กำหนดขึ้นไว้เป็นข้อบังคับ เพื่อเป็นมาตรฐานที่ใช้เปรียบเทียบกับ การปฏิบัติจริง หรือเป็นแนวทางที่จะใช้พิจารณาตัดสินความสามารถ ปริมาณ ค่านิยมหรือคุณภาพโดยทั่วไป ของคน ราศรี ลีณะกุล (2528) มาตรฐาน คือ เครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดคุณค่า (Value) คุณภาพ และปริมาณ ดังความหมายดังกล่าว จึงสรุปว่า มาตรฐานคือ สิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นหลักเกณฑ์ หรือพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบในการวัดหรือตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใด สิ่งหนึ่ง เรื่องหนึ่ง การกำหนดมาตรฐานเป็นหน้าที่รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งการกำหนดต้องมีผู้รับผิดชอบในเรื่องที่จัดพิจารณาอย่างเหมาะสม ดังนั้นคำว่า “คุณภาพ” และ “มาตรฐาน” จึงมีความสัมพันธ์กัน และการที่จะพิจารณาตัดสินคุณภาพต้องอาศัยมาตรฐานเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน ค.ศ. 1858 ฟลอเรนซ์ นิติงเกล ได้กระตุ้นให้รัฐบาล และสาธารณสุขยอมรับมาตรฐานการรักษายาบาลผู้บาดเจ็บ (Sharon Vau Sell Davidson, 1976)

4.2 มาตรฐานการพยาบาล (Nursing Standard) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Mason (1978) ให้ความหมายมาตรฐานการพยาบาลว่าเป็นข้อความที่เที่ยงตรง (Valid) และชัดเจน (Explicit) เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลในแต่ละแห่ง และจะอธิบายถึงสิ่งที่พึงกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการพยาบาลที่ดี ข้อความนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลชนิดนั้น ๆ

Gillies (1982) ให้ความหมายมาตรฐานการพยาบาลว่า เป็นข้อความที่อธิบายถึงความต้องการคุณภาพเพื่อประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งรายบุคคล และรายย่อย มาตรฐานการพยาบาลเป็นข้อความที่บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลที่ต้องการ ประกอบด้วยเกณฑ์ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องร่วมมือกันกำหนดไว้ปรับปรุงคุณภาพของบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้หลักประกันแก่ผู้รับบริการให้มีคุณภาพสูงสุด ควรค่าแก่การเป็นบริการวิชาชีพตามความคาดหวังของสังคม

4.3 การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล อาจกำหนดได้ใน 3 ลักษณะดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525)

4.3.1 การกำหนดมาตรฐานในเชิงโครงสร้าง คือ การกำหนดโดยคำนึงถึงระบบบริการพยาบาลและรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคคล เงินทุน เครื่องมือเครื่องใช้ อาคาร สถานที่ นโยบาย และแหล่งความรู้ต่าง ๆ เป็นต้น

4.3.2 การกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ มาตรฐานเชิงกระบวนการจะกำหนดพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4.3.3 การกำหนดมาตรฐานในเชิงผลที่เกิดกับผู้ป่วย เป็นการบอกถึงผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนี้ เมสัน (Mason, 1980) ได้กล่าวถึงมาตรฐานด้านผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Outcome Standards) ว่า เป็นพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลพฤติกรรมที่แสดงออกมาอาจเป็นไปในทางบวก เช่น สภาพของผู้ป่วยดีขึ้น มีความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติยอมรับในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในการพยาบาล เป็นต้น นอกพฤติกรรมทางบวกแล้ว ยังมีพฤติกรรมทางลบ ได้แก่ สภาพร่างกายของผู้ป่วยที่แย่ลง ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลปัญหาของตน มีภาวะแทรกซ้อน ไม่พึงพอใจในการพยาบาล ซึ่งในการให้การพยาบาลจะต้องป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมาทางลบ คลินตัน และคณะ (Clinton) 1977 ได้กล่าวถึงลักษณะซึ่งบอกถึงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้แก่ สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความรู้ การดูแลตนเองและแรงจูงใจ

สตีเวนส์ (Stevens, 1976) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดมาตรฐานว่า ควรใช้มาตรฐานในเชิงกระบวนการมากกว่ามาตรฐานของโครงสร้างหรือมาตรฐานเชิงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะลักษณะโครงสร้างจะบอกสภาพซึ่งดูเหมือนจะให้การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าการพยาบาลที่ดีจะเกิดขึ้นตามที่คาดหวัง และในการกำหนดมาตรฐานในเชิงผลที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นอย่างเดียวนั้น ผลที่ได้อาจไม่แน่นอน เนื่องจากผลที่เกิดกับผู้ป่วยจึงสรุปไม่ได้ว่ามาจากกระบวนการพยาบาลเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงควรสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการควบคู่กันไปกับการสร้างมาตรฐานเชิงผลที่เกิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524)

4.4 ประโยชน์ของการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล (วิเชียร ทวีลาภ, 2523) ได้กล่าวถึงประโยชน์ ดังนี้

4.4.1 แสดงถึงจุดมุ่งหมายขั้นสูง (Ultimate Goal) ของการพยาบาลที่สถาบันต้องการให้บรรลุผล ผู้ปฏิบัติงานในสถาบันนั้น ๆ ก็จะได้ยึดจุดมุ่งหมายนั้นเป็นหลักในการปฏิบัติ

4.4.2 เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทุกระดับในการจัดดำเนินงานพยาบาลได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายนั้น ๆ

4.4.3 เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารและผู้นิเทศในการประเมินผลการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องถึงความดีความชอบส่วนบุคคลด้วย

4.4.4 การพยาบาลที่มีมาตรฐานเป็นการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานทางปฏิบัติวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับและยกย่องของสังคมได้

4.5 วิธีการสร้างมาตรฐาน

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลจะต้องมีปัจจัยดังนี้

4.5.1 ทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ

4.5.2 ตำรา หนังสือคู่มือต่าง ๆ มีไว้ประจำห้องทำงาน เพื่อใช้เป็นหนังสือ

อ้างอิง

4.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ เมื่อทดสอบมาตรฐานแล้ว จะใช้เป็นผลงานวิจัยได้

4.5.4 กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล และสถาบันการศึกษาการพยาบาล เป็นต้น

4.6 ขั้นตอนในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

แต่ละเรื่องมีขั้นตอนสรุปได้ 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 กำหนดแนวคิดในการสร้าง คือ ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ในเรื่องที่จะสร้าง ใช้วิธีอะไร ทฤษฎีอะไร เป็นหลักในการเขียน

ขั้นที่ 2 เขียนมาตรฐาน ยึดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก

ขั้นที่ 3 หาความตรงตามเนื้อหา นำมาตรฐานการพยาบาลที่เขียนแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ มีการเสนอแนะ นำมาปรับปรุงมาตรฐานตามคำแนะนำ

ขั้นที่ 4 ทดลองใช้ นำไปใช้เพื่อตรวจสอบว่ามาตรฐานนั้นนำไปใช้จริงหรือไม่ ในสถานการณ์จริง

ขั้นที่ 5 ปรับปรุงเครื่องมือ จากการวิเคราะห์ว่าผลการทดลองใช้ความคิดเห็นที่ได้จากการทดลองใช้ นำมาอภิปรายและปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ต่อไปข้างหน้า

4.7 มาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

มาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (กองการพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข, 2536) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ การจัดบริการพยาบาลและพัฒนาวิชาการ รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือในการวัดและประเมินคุณภาพงานอีกด้วย มาตรฐานจะช่วยเปรียบเทียบค่าในทางปริมาณและคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์/ตัวชี้วัดในการเปรียบเทียบ

การสร้างมาตรฐานในครั้งนี้จะยึดกรอบในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลจากบริการพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับ โครงสร้างงานสาธารณสุขของประเทศ บัณฑิตสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดคุณภาพการพยาบาลได้ ตลอดทั้งความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยมาตรฐานที่กำหนดขึ้นในครั้งนี้ ประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาล 3 ลักษณะ คือ

1. มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง
2. มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ
3. มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์

1. มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง เป็นมาตรฐานการพยาบาลของระบบบริการ ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยจะช่วยเอื้ออำนวยประโยชน์ คุณภาพการพยาบาลในสวนรวม และเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนส่งเสริมคุณภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละบุคคล แต่ละหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้างนี้ จะคำนึงถึงระบบการจัดบริการพยาบาลรวมในสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรต่าง ๆ เช่น ปรัชญา นโยบาย บุคคล อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ และแหล่งความรู้ทางการพยาบาล ฯลฯ

2. มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ เป็นการกำหนดพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ ซึ่งเป็นการกำหนดที่ยึดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก โดยเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลร่วมกับ

ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมการพยาบาล วิธีการให้การพยาบาล คุณภาพของการติดต่อสื่อสาร และการบันทึกรายงานเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ มาตรฐานในลักษณะกระบวนการนี้ จะเป็นการกำหนดคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยโดยทีมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถหลายระดับ มาตรฐานนี้ไม่สามารถใช้เป็นกลไกวัดคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคนได้ เพราะมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นจะบ่งบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ทีมการพยาบาลทั้งหมด ซึ่งมีหลายระดับด้วยกัน

3. มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นการกำหนดมาตรฐานที่บอกผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เข้าสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติตามลักษณะของการเจ็บป่วยในลักษณะของเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาซึ่งจะมีการวางแผนการปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หรือไม่มีแผนล่วงหน้าก็ตาม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นไปได้ในทางลบหรือบวกก็ได้ แต่ในการกำหนดคุณภาพการพยาบาล พฤติกรรมที่ออกมาจะต้องเป็นทางบวกเสมอ เพราะเป้าหมายของการกำหนดคุณภาพการพยาบาลเพื่อปรับปรุงสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ

ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป นี้ มีครบทั้ง 3 ลักษณะ โดยครอบคลุมงานบริการพยาบาลทั้งหมด 8 งาน ได้แก่ ฝ่ายการพยาบาล งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยหนัก งานบริการพยาบาลสูติกรรม งานห้องผ่าตัด และงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาตราฐานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ ซึ่งเป็นมาตรฐานที่กำหนดพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) นี้ เป็นพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาลในวิชาชีพการพยาบาลอยู่แล้ว จึงสามารถนำมาปรับเพื่อที่จะศึกษากับผู้ป่วยได้

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1. การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย (Assessment) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนคือ

1.1 การรวบรวมข้อมูล (Collecting the Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งได้จาก

- Subjective Data เป็นข้อมูลปฐมภูมิ คือ ข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย หรือเป็นข้อมูลที่เกิดจากการสัมภาษณ์ ชักประวัติ

- Objective Data เป็นข้อมูลทุติยภูมิ คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาแยกแยะหาความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันแล้วจัดเป็นหมวดหมู่ (ชุดของข้อมูล) ของปัญหาที่เป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน แก้ไขด้วยการพยาบาลชนิดเดียวกันได้ อยู่ในตำแหน่งหรือบริเวณที่ต้องให้การพยาบาลพร้อม ๆ กัน

1.3 การแปลข้อมูล (Data Interpretation) เป็นการบอกลักษณะหรือธรรมชาติของข้อมูล เกี่ยวข้องกับอะไร จัดลำดับความสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ ปัญหาใดเร่งด่วนที่ต้องการแก้ไขด่วน หรือมีผลต่อผู้ป่วยมากที่สุด

1.4 การกำหนดข้อความที่บ่งบอกปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการการแก้ไข มากำหนดเป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากอะไร เกิดความผิดปกติ เป็นการวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

2. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การที่จะวางแผนการพยาบาลได้ดี มีทักษะในการสื่อความหมาย สามารถศึกษาตลอดจนเก็บข้อมูลได้ครอบคลุมและเกี่ยวเนื่องอย่างมีเหตุมีผลกับปัญหา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

2.1 การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตามแนววินิจฉัยการพยาบาล (Identify Problem or Objective) เป็นการกำหนดข้อความเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งหวังว่าจะเกิดขึ้นภายหลังที่กิจกรรมการพยาบาลได้สิ้นสุดแล้ว

2.2 การกำหนดวิธีการพยาบาล (Consider Alternative Approach) เป็นการบอกแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.3 การเลือกวิธีการพยาบาลเพื่อนำไปปฏิบัติ (Select one Approach) คือ เลือกเอาวิธีการที่เหมาะสมในเวลา สถานที่ สภาพของผู้ป่วย เครื่องมือเครื่องใช้ ความสามารถของผู้ให้การพยาบาลมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหา

3. การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติกับผู้ป่วย (Implementation) เป็นการแจกแจงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามหัวข้อการพยาบาลที่ตั้งไว้ มี 3 ขั้นตอน คือ

3.1 การเสนอแผนการพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ในทีมการพยาบาล (Communicate plan to all person affected) สมาชิกในทีมอาจขอความคิดเห็นหรือความร่วมมือจากสมาชิกอื่น หรือขอคำปรึกษาจากหัวหน้าทีม

3.2 การนำแผนการพยาบาลไปใช้ร่วมกับแผนการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ (Co-ordinate plan with other therapeutic plan) เป็นการเสนอวัตถุประสงค์ เทคนิคของการปฏิบัติหรือเวลาที่จะปฏิบัติให้สมาชิกในทีมสุขภาพได้ทราบ

3.3 การนำแผนไปปฏิบัติ (Carry out the plan) ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในทีมพยาบาลทุกฝ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนตลอด 24 ชั่วโมง ต้องทำงานเป็นทีม จึงมีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินดูว่าผู้ป่วยได้รับการดูแล มี 2 ขั้นตอน คือ

4.1 การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย (Re-assess the patient and his situation)

4.2 การเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ (Appropriate notify the plan)

การศึกษาโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยได้กำหนดเฉพาะมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก และมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน มีรายละเอียดมาตรฐานดังนี้

4.8 มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก
มาตรฐานที่ 1 จัดระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อต่อการให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว

แนวทางปฏิบัติ

1. จัดทำสัญลักษณ์บอกสถานที่ที่จะให้บริการต่าง ๆ ชัดเจนทุกแห่ง

2. จัดเจ้าหน้าที่ให้บริการต้อนรับและอำนวยความสะดวกทันทีแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
 3. เจ้าหน้าที่ทักทายและให้ความสนใจทันทีที่พบผู้ป่วยและญาติด้วยสไมล์ ให้น้ำยิ้มแย้มและวาจาสุภาพ
 4. จัดเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคัดกรองที่จุดกลางสามารถมองเห็นผู้รับบริการได้ทั่วถึง
 5. จัดเจ้าหน้าที่บริการ
 - 5.1 ขอขึ้นบัตรใหม่
 - 5.2 ขอขึ้นบัตรเก่า
 - 5.3 ขอใช้บัตรพิเศษต่าง ๆ
 6. กำหนดระบบการนัดโดยผู้มารับบริการที่นัดไว้สามารถไปห้องตรวจโดยไม่ต้องขึ้นบัตร
 7. จัดให้มีหน่วยคัดกรองเฉพาะแผนก
 8. จัดผู้ป่วยเข้ารับบริการตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- มาตรฐานที่ 2 ดำเนินการคัดกรอง วินิจฉัยและจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการและความรุนแรงของโรค
- แนวปฏิบัติ
1. ประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วยทันทีที่มาถึงเพื่อจำแนกประเภทและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย
 2. ให้การพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติและรุนแรง และจัดให้พบแพทย์ก่อน
 3. ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงในขณะที่รอรับการตรวจ และหลังรับการตรวจเรียบร้อยแล้ว ให้คำปรึกษาคำแนะนำแก่ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน
 4. จัดการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยการรักษาต่อเนื่องทั้งภายในโรงพยาบาลและในระบบเครือข่าย
 5. จัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพท./รพช., ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สอ. เพื่อการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน

มาตรฐานที่ 3 ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อ (NCD) หรือเจ็บป่วยไม่เรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพและระดับความก้าวหน้าของโรค

แนวทางปฏิบัติ

1. ร่วมวางแผนในการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและหรือญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่สอดคล้องกับสภาวะของโรค และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมิให้โรคเกิดการกำเริบอีก
2. ให้การรักษาพยาบาลและดำเนินการให้สุศึกษา คำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนนิสัย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยในคลินิกพิเศษต่าง ๆ
3. ติดตามให้การช่วยเหลือและประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือจัดส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ช่วยติดตามประเมินผลให้การช่วยเหลือต่อไป

มาตรฐานที่ 4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย และสภาวะของร่างกายตลอดจนป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ชุมชน

แนวทางปฏิบัติ

1. วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยให้ถูกต้องกับสภาวะการเจ็บป่วย
2. ขณะให้การพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาและข้อขัดข้องใจต่าง ๆ
3. วางแผนและดำเนินการติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และดูแลตนเองได้ตามหลักสุขวิทยา ไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น และได้รับการฟื้นฟูสภาพขณะหลังการรักษา
4. ให้คำชี้แนะ ให้คำปรึกษา สุศึกษาผู้ป่วยและญาติในการดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย และช่วยป้องกันการแพร่เชื้อโรคไปสู่ครอบครัว และชุมชนในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ
5. ส่งหน่วยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในรายเป็นโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
6. ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ
 - 6.1 ติดตามผู้สัมผัสโรคและเฝ้าระวังในรายที่ยังไม่เป็น

6.2 ดำเนินการสอบสวนการระบาดของโรคติดต่อที่เกิดขึ้นและ
ประสานงานการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน

7. ประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

8. จัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชน สถานีอนามัยเพื่อการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน

4.9 มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน
มาตรฐานที่ 1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บ
ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินทิศผู้ป่วยและญาติเมื่อแรกรับเกี่ยวกับ

1.1 อาคารสถานที่

1.2 เวลาการเยี่ยม

1.3 เวลาการรับประทานอาหาร

1.4 เวลาการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น วัด

ปรอท เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ฯลฯ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับ

2.1 เหตุผลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 สภาพการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2.3 แผนการรักษาของแพทย์

2.4 แผนการพยาบาล

3. ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยและระดับความสามารถในการดูแล
เองของผู้ป่วย

4. ให้คำแนะนำ สอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามสภาพและระดับความ
สามารถการดูแลตนเอง

มาตรฐานที่ 2 ปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสุข
สบายตามสภาวะการเจ็บป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

1. ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสภาวะการเจ็บป่วย

1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามความรุนแรงของสภาวะการเจ็บป่วย

1.2 แก้ไขปัญหาตามสภาวะปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

1.3 ป้องกันการเกิดการชอกช้ำที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การรักษาพยาบาลจาก

1) เครื่องใช้และอุปกรณ์การรักษา

2) ความร้อน ความเย็นที่มีผลทำให้ผิวหนังบริเวณที่ถูกไหม้พอง

3) การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า

4) การให้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ให้ยาผิดชนิด ขนาด และผิดช่องทาง ฯลฯ

2. ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2.1 ปฏิบัติกาพยาบาลตามเทคนิคพื้นฐานของหลักวิชาการ และตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

2.2 วางแผนการพยาบาลป้องกันการเกิดความพิการของร่างกายจากสภาวะของโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม

2.3 วางมาตรการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การตกเตียง ฯลฯ

2.4 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.5 ใช้มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ในหน่วยงานเป็นแนวทางการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย

3. ปฏิบัติการพยาบาลที่สนองความต้องการด้านความสุขสบายด้านร่างกายเกี่ยวกับ

3.1 การจัดสภาพแวดล้อม

3.2 จัดของใช้จำเป็นให้พร้อม สะดวกในการหยิบใช้ เช่น แก้วน้ำ โต๊ะข้างเตียง

3.3 สุขอนามัย

3.4 การรับประทานอาหาร

3.5 การพักผ่อน นอนหลับ

มาตรฐานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่นำมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ เสมือนเป็นเกณฑ์ของความเป็นเลิศในการให้บริการพยาบาลระดับกระบวนการ ซึ่งจะพื้นฐานสำคัญของการประกันคุณภาพหรือควบคุมคุณภาพการพยาบาล เพราะ

1. มาตรฐานการพยาบาล จะช่วยประกันคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการว่าเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลตั้งใจจะให้บริการที่ดีที่สุดแก่เขา
2. มาตรฐานการพยาบาลจะเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองว่าทำงานได้มาตรฐานหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ และควรจะปรับปรุงการทำงานของตนอย่างไร ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ และต่อบริการที่จะให้แก่ชุมชน

มาตรฐานการพยาบาลจึงเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมคุณภาพที่พยาบาลทุกคนจะต้องยึดเป็นเกณฑ์ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหารที่จะนิเทศ

5. การรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง

5.1 ความหมายของการรับรู้ มีผู้รู้ได้ให้ความหมายไว้ หลายทรรคนะ ดังนี้

แกร์ริสัน และมากูน (Garrison and Magoon, 1972 อ้างถึงใน ประเทืองสูงสุวรรณ, 2534) ว่าการรับรู้หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกาย (ประสาทสัมผัสต่าง ๆ) กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า ทำให้เราทราบว่าสิ่งที่เรสัมผัสคืออะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร ฯลฯ การที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยตีความหรือแปลความ

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New Universal Dictionary, 1977) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า การรับรู้หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

เดโช สนวนานท์ (2518) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาเร้าทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ออกมา

สุโท เจริญสุข (2520) ได้ให้ความหมายการรับรู้ หมายถึง การรู้จักสิ่งต่าง ๆ สภาพต่าง ๆ ภาวะต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งเร้า มาทำปฏิกิริยากับตัวเรา เป็นการแปลการสัมผัสให้มีความหมายขึ้น เกิดเป็นความรู้สึกขึ้นเฉพาะตัว สำหรับบุคคลนั้น

จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ (2526) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก จากสิ่งเร้าภายนอกของตัวบุคคล เข้ามาจัดระเบียบและให้ความหมายโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้สึกเดิมออกเป็น ความรู้ ความเข้าใจ ที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

โยธิน ศันสนยุทธ์ และคณะ (2533) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็น การตีความหมายการสัมผัสออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็น การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความสามารถในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปความหมายการรับรู้ได้ดังนี้ว่า การรับรู้คือกระบวนการตีความหรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วย แล้วแสดงออกเป็นความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

5.2 การรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง หมายถึง การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การทำงาน และการเรียนรู้ในวิชาชีพพยาบาลว่า คุณภาพการพยาบาลที่แท้จริงต้องประกอบด้วยคุณภาพตามหลักการ วิธีการ ของวิชาชีพ (Quality in Fact) และคุณภาพตามความเห็น และความรู้สึกของผู้รับบริการ (Quality in Perception) และเมื่อผู้บริหารการพยาบาลรับรู้แล้วจึงแสดงออกเป็นความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการจัด

สร้างการปฏิบัติพยาบาลให้สนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยให้มากที่สุดตามขอบเขตที่วิชาชีพกำหนด เมื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และประทับใจในบริการพยาบาล โรนีย์ และมอนแทก (Rines and Montag, 1976 อ้างถึงใน อ่ำไพ ยุติธรรม, 2526) ได้กล่าวไว้ว่า การที่จะให้ผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลตรงตามความต้องการนั้น แผนการพยาบาลควรมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันระหว่างความต้องการของพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการกับความต้องการของผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับเฮ็นเดอร์สัน (Henderson, 1966 อ้างถึงใน พนิดา ดามาพงศ์, 2520) ได้กล่าวว่า ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อกิจกรรมพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่ากิจกรรมการพยาบาลหมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกาย ตามลำดับ ผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่ากิจกรรมให้การพยาบาลอย่างรอบคอบตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 และเมื่อนำไปทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน พบว่า มีสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และปฏิเสธความเป็นอิสระต่อกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อ่ำไพ ยุติธรรม (2526) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการซึ่งเป็นผลมาจากการพยาบาลมองเห็นความต้องการในกิจกรรมการพยาบาลนั้นตรงหรือใกล้เคียงกับผู้ป่วย น่าจะมีผลให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่ตรงตามความต้องการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นมีคุณภาพต่ำ หรือไม่มีคุณภาพ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดเชิงการตลาดของ Parasuraman, A., Zeithaml V. A., and Berry (1991) ที่กล่าวว่า ถ้าผู้บริหารในฐานะผู้ให้บริการรับรู้ถึงความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการแล้วสามารถจัดบริการให้ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการได้มากกว่า หรือเท่ากับคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการต้องการ หรือคาดหวังไว้ จะเกิดผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการที่ได้รับดังนั้น ถ้าผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารที่สามารถจัดสรรการบริการได้ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยได้รับรู้ต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังตรงกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังแล้ว จะสามารถจัดสรรการบริการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการความคาดหวังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการพยาบาลและกลับมาบริการครั้งต่อไป

6. ความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่ผู้บริหารการพยาบาลรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย

การบริการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจะสัมฤทธิ์ผลได้สูง จะต้องนำเอาความต้องการของผู้ป่วยและความต้องการของพยาบาลที่จะกระทำเพื่อผู้ป่วยเข้ามาพิจารณาาร่วมกัน (White, 1972) ในการวิจัยนั้นผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมากกว่าพยาบาล ซึ่งเห็นความสำคัญด้านจิตใจมากกว่า ส่วนไรน์และมอนแทก (1976) ได้กล่าวว่า “การที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลตรงตามความต้องการนั้น แผนการพยาบาลควรมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันระหว่างความต้องการของผู้ให้บริการกับความต้องการของผู้รับบริการ จากการศึกษาวิจัยของ พินดา ดามาพงศ์ (2529) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่าผู้ป่วย และพยาบาลมีความเห็นตรงกัน ในหมวดการเตรียมตัวกลับบ้าน อันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกาย ตามลำดับ ผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่า กิจกรรมให้การพยาบาลอย่างรอบคอบตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 เมื่อนำไปทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน พบว่า มีสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และปฏิเสธความเป็นอิสระต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อ่ำไพ ยุติธรรม (2526) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการ ซึ่งเป็นผลมาจากพยาบาลมองเห็นความต้องการในกิจกรรมการพยาบาลนั้นตรงหรือใกล้เคียงกับผู้ป่วย น่าจะมีผลให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพดีในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่ตรงตามความต้องการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมองเห็นความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลไม่ตรงกัน อาจทำให้ผู้รับบริการเห็นว่าพยาบาลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพต่ำ หรือไม่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเชิงการตลาดของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1985) ; ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2533) และ Kotler (1991) ที่ว่า ถ้าผู้บริหารในฐานะผู้ให้บริการรับรู้ถึงความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ แล้วสามารถจัดบริการให้ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้รับบริการได้มากกว่า ทำให้เกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการที่ได้รับ ดังนั้นถ้าผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ได้รับรู้คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง ตรงกับคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวังแล้ว จะสามารถดำเนินการจัดบริการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจประทับใจในบริการได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนิดา ดามาพงศ์ (2520) ได้มีการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย และพยาบาลต่อ กิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในกรุงเทพฯ ในแผนกอายุรกรรม ศิลปกรรม นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า กิจกรรมพยาบาลและหมวดการเตรียมผู้ป่วย ก่อนกลับบ้านมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ หมวดปฏิบัติตามแผนการรักษา พยาบาลของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกาย ผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่า กิจกรรมการให้การพยาบาลอย่างรอบคอบตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ สำคัญอันดับ 1 เมื่อนำไปทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน พบว่า มีสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และปฏิเสธความเป็นอิสระต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างด้านความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า โดยส่วนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุดี ศรีเลณวัตติ และคณะ (2524) ทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการ ต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 500 ราย จากทุกแผนกผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนรวมและเกือบทุกกลุ่มมีความพอใจสูงในเรื่องความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานประจำของพยาบาล ผู้ป่วยมีความพอใจปานกลางในเรื่องการปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะวิชาชีพสำหรับลักษณะทางจิตใจ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่พยาบาลในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยมีความพอใจอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเกือบทุกข้อคำถาม ยกเว้นความรู้สึกผูกพันเอาใจใส่ต่อทุกข์สุขและปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและครอบครัวระดับความพอใจอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สำหรับผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ พบว่า เฉพาะผู้ป่วยต่างประเภทบริการมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (อ้างถึงใน กัลยาณี มุสิกบุญเลิศ, 2536)

สุรางค์รัตน์ ณ บุญหลง (2526) สำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการจำนวน 100 ราย ต่อบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนกสามัญในโรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผู้รับบริการมีความพอใจปานกลางต่อความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลและด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาล ความคิดเห็นของผู้รับบริการโดยคำนึงถึง

เพศ ระดับการศึกษา และอายุ ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ระหว่างผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป แต่พบความแตกต่างในความคิดเห็นของผู้มารับบริการที่มีอายุต่างกันในด้านบุคลิกของเจ้าหน้าที่ (อ้างถึงใน กัลยาณี มุสิกบุญเลิศ, 2536)

อำไพ ยุติธรรม (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาล ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล โดยศึกษาให้ผู้ป่วยที่มีขีดความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันที่ได้รับไว้ในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2526 จำนวน 50 คู่ ใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาตามลำดับ สำหรับพยาบาลให้ความสำคัญในกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการ การให้สุขศึกษา และกิจกรรมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายในกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ เมื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้รับพบว่า คุณภาพการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อนำไปหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันคือในกลุ่มที่ผู้ป่วยให้อันดับความสัมพันธ์กัน ส่วนพยาบาลให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วย 34 กิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กัน และมี 3 กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ ในแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก และสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 400 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดหวังจะได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งโดยส่วนรวม รายหมวดและรายข้อทุกข้อ (อ้างถึงใน กัลยาณี มุสิกบุญเลิศ, 2536)

สุนันทา และคณะ (2531) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 400 ราย ผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม จำนวน 200 ราย ผู้ป่วยสามัญ แผนกศัลยกรรม จำนวน 200 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการ เมื่อจำแนกในแต่ละด้าน ปรากฏว่าส่วนรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์พอใจปานกลาง สำหรับความพึงพอใจต่อการรับบริการจากพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.60 ในเรื่องการให้ยารับประทานและฉีด และรองลงมามีค่าเฉลี่ย 3.59 ในเรื่องความเป็นกันเองของพยาบาล สำหรับค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 3.07 ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยด้วยการเช็ดตัวในแต่ละวัน

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาล ตามความคาดหวังกับความเป็นจริงของผู้คลอด และพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครั้งแรกและพักฟื้นหลังคลอด ที่กองสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวนนี้ 200 ราย กลุ่มพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ห้องคลอด ณ โรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้น 58 ราย ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีความคาดหวังที่จะปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผู้คลอดมีความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลสูงกว่าที่ได้รับการปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อิชยา สุวรรณกุล และคณะ (2536) ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระยะอง โดยวิธีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลจากบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน 16 หอผู้ป่วย ในลักษณะการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียน 374 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 27 คน และผู้รับบริการ จำนวน 337 คน เครื่องมือเครื่องใช้มี 3 ชุด คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพการพยาบาลและแบบตรวจสอบคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารพยาบาลมีความคิดเห็นว่าคุณภาพการพยาบาลต้องปรับปรุงเฉลี่ยร้อยละ 68.11 ส่วนความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระยะองระดับดี เฉลี่ยร้อยละ 80.777 และผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับ ดีมาก เฉลี่ยร้อยละ 3.63 เมื่อพัฒนาคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารการพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งแตกต่างกันมาก ผู้รับบริการให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณภาพการพยาบาลสูงกว่า

สุกัญญา โสจนาภิวัดมน, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วย 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้านคือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตน ทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พนิดา คำย (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาล เอกชน ในกรุงเทพมหานคร ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 362 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 118 คน คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลสูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล

สกาเวตี ดวงเด่น (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 321 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 137 คน คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 พบว่าพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังทุกหมวด ยกเว้น หมวดความเป็นรูปธรรมของบริการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย น้อยกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง

งานวิจัยต่างประเทศ

เฮย์ และแอนเดอร์สัน (Hay and Anderson, 1963) อ้างถึงใน พนิดา ดามาพงศ์ ได้ศึกษาร่วมกับโครงการ การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างฟื้นฟูสุขภาพที่โรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยโดยการรวบรวมข้อมูลจากบทความและวรรณกรรมที่เขียนโดยผู้ป่วยผู้พิการ ชีวประวัติ อัตตะชีวประวัติ และหนังสือที่มีข้อมูล

เกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อหาว่าพยาบาลได้สนองความต้องการเพียงใดในความรู้สึกของผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า ความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาลได้แก่ การปฏิบัติที่ช่วยให้กำลังใจ ปลอบใจ ต้องการความเข้าใจเพราะสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง และมี ความหวัง ความต้องการหลายอย่างสัมพันธ์กัน การไม่ตอบสนองข้อใดข้อหนึ่งอาจทำให้เกิดความต้องการด้านอื่น ๆ เช่น การไม่บอกอาการและผลการรักษาแก่ผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้บ่งให้เห็นความสำคัญของบุคลากรทุกฝ่ายที่จะต้องทำงานประสานกันในการดูแลผู้ป่วย

ไวท์ (White, 1972 อ้างถึงใน พนิดา ดามาพงศ์, 2520) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของการคัดเลือกกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาล 3 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในเขตนครหลวง ใช้ผู้ป่วย 300 คน และพยาบาล 100 คน ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม พยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ไม่ป่วยหนักจนเกินไป เข้าอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน ไม่อยู่ในห้องแยก และไม่รับการผ่าตัดในวันนั้น ในแต่ละวันผู้วิจัยจะขอให้พยาบาลเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่วางไว้ แล้วให้ผู้ป่วยลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลตามความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น แล้วให้พยาบาลตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีข้อความเดียวกัน แต่เปลี่ยนสรรพนามเพื่อความเหมาะสม โดยให้พยาบาลลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับ 4 หมวด คือ 1. หมวดร่างกาย 2. หมวดจิตใจและสังคม 3. หมวดสังเกตรายงานการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญด้านร่างกายมากกว่าพยาบาล พยาบาลให้ความสำคัญด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ป่วย ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และจากการทดสอบทั้ง 2 กลุ่ม เห็นว่าการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสำคัญน้อย

Eriksen R. Lillian (1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเชิงกระบวนการกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

James Lynch and Drue Schuler (1990) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 600 คน ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์สนี้ได้ข้อมูลแล้ววิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลมี 3 ประการคือ

1. การมารับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจในเรื่อง สถานที่ อาหาร ท่าเลที่ตั้ง และมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ
2. การที่เคยมารับบริการครั้งก่อนเช่น เคยมาห้องตรวจผู้ป่วยนอกห้องคลอด ฯลฯ
3. ความเชื่อต่อโรงพยาบาล เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิต

Leming (1991) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลในแนวใหม่ โดยนำแนวคิดการตลาดเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า ให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งลูกค้าที่นี้มี 2 ลักษณะคือ

1. ลูกค้าภายใน หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยตรง
2. ลูกค้าภายนอก หมายถึง บุคคลที่อยู่รอบข้าง สังคม คอยให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยทางอ้อม เช่น ผู้บริหาร

การจัดบริการให้มีคุณภาพต้องตอบสนองความต้องการทั้งลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอกให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถจัดการการบริการได้ตามบทบาทของตน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเชื่อถือในบริการแก่ลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก

จากวรรณคดีและวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

