

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำเสนอ โดยลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. บทบาทและหน้าที่พยาบาลห้องผ่าตัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพการพยาบาล
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล
  - 2.2 การควบคุมคุณภาพการพยาบาล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงวิชาชีพ
4. การประเมินคุณภาพการพยาบาล
  - 4.1 การประเมินตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด
  - 4.2 การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Groups Interviews)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดนั้นแต่เดิมเรียกว่า“การพยาบาลในห้องผ่าตัด” (Operating Room Nursing) เป็นการเรียกการปฏิบัติการของพยาบาลตามลักษณะสถานที่ปฏิบัติงาน โดยเน้นบทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และพยาบาลคอยช่วยเหลือทีมผ่าตัด (Circulating nurse) ไม่ได้เน้นการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ต่อมาในปี ค.ศ.1977 องค์การวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (Assosiation of Operating Room Nurse , AORN) ได้เรียกร้องให้มีการขยายบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด และกำหนดให้ใช้คำว่า “การพยาบาลผ่าตัด” (Perioperative nursing) แทนคำว่า “การพยาบาลในห้องผ่าตัด” ( กัญญา ออประเสริฐ, 2539: 20) โดยกำหนดว่าผู้ที่จะให้การพยาบาลผ่าตัดต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และความชำนาญทางเทคนิค การพยาบาลผ่าตัดเป็นชื่อที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของบทบาทและลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือพยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง (Continuous care) โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด เป็นสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดควรให้ความสำคัญ เพราะปัจจุบันบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเปลี่ยนไป จากบทบาทการส่งเครื่องมือและการดูแลให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย มาเป็นบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้ครบถ้วนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งนอกจากให้การพยาบาลเหมือนการพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมแล้ว กิจกรรมที่เพิ่มจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยคือการทำหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อมที่จะทำผ่าตัดได้ทันทีตลอดเวลา รวมทั้งมีหน้าที่ช่วยผ่าตัดในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด ในขณะที่เดียวกันจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกๆ ด้าน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ขณะรอผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยย้ายไปนอนบนเตียงผ่าตัด (Groah, 1983: 97) พยาบาลห้องผ่าตัดจะใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หลังจากนั้นจะมีการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ในระยะนี้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยได้ถึงแม้ว่าจะเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ พยาบาลสามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ให้เกียรติเคารพในสิทธิของผู้ป่วย การแสดงออกด้วยท่าทีที่ห่วงใยสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ และช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ

ระยะก่อนผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่และบุคลากรในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดควรให้การดูแลทางด้านจิตใจ สนใจผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องผ่าตัด ให้การต้อนรับและทักทายผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวเองและบุคลากรในทีมผ่าตัด แนะนำสถานที่ จัดให้อยู่บริเวณที่สงบเพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยได้อย่างสะดวก พยาบาลต้องมีความอดทนและเต็มใจในการตอบคำถาม ด้วยคำพูดที่อ่อนโยน แสดงความเข้าใจในความรู้สึกและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้เรื่อง ตำแหน่งและขนาดของแผล ทำนอนขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับ

การดูแลทางด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะทำผ่าตัด มีการตรวจสอบชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับตารางผ่าตัด ศึกษาประวัติในอดีตและปัจจุบันที่เกี่ยวกับการผ่าตัด สอบถามประวัติการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด รายงาน

ประวัติ ผลการตรวจทางห้องทดลอง ใบเซ็นอนุญาตผ่าตัด ตรวจสอบสัญญาฉบับ และสังเกต ความผิดปกติทางร่างกาย ตรวจสอบการงดน้ำงดอาหารในผู้ป่วยที่ต้องดมยาสลบ รวมทั้งตรวจสอบ สิ่งที่ไม่ควรติดมากับตัวผู้ป่วย เช่น ฟันปลอมชนิดถอดได้ คอนแทคเลนส์ ฯลฯ ดูแลความ สะอาดร่างกายทั่วไปและความสะอาดเฉพาะที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรทำด้วยความนุ่มนวล ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการยกวางกันเตียงขึ้นเสมอ และจัดสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ

ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมานอนบนเตียง ผ่าตัด ได้รับความนำสลบจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยและเคลื่อนย้ายไปห้องพักฟื้น (Groah,1987: 97) ในระยะนี้บทบาทของพยาบาลพยาบาลได้แบ่งเป็น 2 หน้าที่คือ พยาบาล ส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด (Circulating nurse)

พยาบาลส่งเครื่องมือมีหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่ปลอดภัยให้ พร้อม และมีหน้าที่ดูแลบริเวณพื้นที่ปลอดภัย

พยาบาลผู้ช่วยเหลือทีมผ่าตัดจะรับผิดชอบประสานงานและช่วยเหลือทุกคนในทีม ผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ควบคุมการสัญจรในห้อง ผ่าตัด ควบคุมอุณหภูมิให้พอเหมาะ ดูแลการจัดทำสำหรับการผ่าตัด และป้องกันอุบัติเหตุจาก การตกเตียงโดยใช้เครื่องผูกยึดลำตัวก่อนที่แพทย์จะคลุมผ้าปลอดภัย ให้การพยาบาลด้วยเทคนิค ความปลอดภัย นอกจากนี้ในเรื่องเทคนิคการปลอดภัย การรักษาความปลอดภัยในห้องผ่าตัด พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น แผลไหม้จากการใช้สื่อนำไฟฟ้า เครื่องจีไฟฟ้า สารเคมี ตลอดจนตรวจสอบกับพยาบาลส่งเครื่อง มือไม่ให้มีการตกค้างของเครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผ่าตัดในร่างกายของผู้ป่วย ในกรณีนี้ผู้ป่วยได้ รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจโดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา ให้กำลังใจและรับฟังคำบอกเล่าด้วยความสนใจและเต็มใจ

ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยพ้นจากการให้ยา สลบและย้ายจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้น จนกระทั่งสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน (Groah,1987: 97) ช่วงระยะหลังผ่าตัดนี้พยาบาลสามารถประเมินผลการดูแลผู้ป่วยได้ พยาบาล สามารถประเมินการใช้ เครื่องจีไฟฟ้า โดยสังเกตผิวหนังบริเวณที่วางแผ่นสื่อนำไฟฟ้า ประเมินสภาพผิวหนังด้านที่กดทับหลังจากนอนผ่าตัดหลายชั่วโมง ระยะหลังผ่าตัดเป็นระยะ วิกฤติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่าง ใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถและมีความละเอียดถี่ถ้วนในการ

สังเกตอาการ และการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยและต้องมีการคาดการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้อง สามารถรายงานแพทย์ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วน

การดูแลทางร่างกายมีความสำคัญมาก พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท รวมทั้งความปลอดภัยจากภาวะตกเลือด โดยการตรวจดูชื่อ นามสกุล โรค การผ่าตัดที่ได้รับ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต การหายใจทุก 15 นาทีหรือถี่กว่านั้นถ้าจำเป็น รวมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงออกที่เกิดจากการอุดตันของทางเดินหายใจ เช่น สีผิวริมฝีปาก เล็บมือ การหายใจผิดปกติ นอกจากระบบทางเดินหายใจแล้วระบบอื่นๆก็มีความสำคัญ พยาบาลต้องสังเกตและบันทึกลักษณะและสิ่งต่างๆที่ให้และออกจากร่างกายผู้ป่วย สังเกตอาการชาต่อน้ำและภาวะน้ำเกิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัยต้องจัดทำแผนที่เหมาะสม ประเมินความเจ็บปวดจากอาการแสดงออกและคำบอกเล่า

การดูแลทางด้านจิตใจ ต้องบอกและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าได้รับการผ่าตัดแล้วและกำลังพักรอสัญญาณหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมโดยการแสดงออกทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด พยายามรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด เมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะออกจากห้องพักฟื้น ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต และการหายใจกลับสู่ระดับปกตินานเกิน 30 นาที (เรณู อาจสาธิต, 2528: 45) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลุกตื่นง่าย เปลี่ยนอิริยาบถได้เอง ไม่มีความเจ็บปวดที่รุนแรง สามารถส่งกลับหอผู้ป่วยได้

พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในทีมผ่าตัด มีหน้าที่รับผิดชอบในบทบาท การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและภายหลังได้รับการผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตลอดจนบทบาทการจัดเตรียมเครื่องมือและจัดเตรียมห้องผ่าตัด สิ่งแวดล้อมของห้องผ่าตัดให้เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการทำความสะอาด การดูแลรักษา การซ่อมบำรุงและการตรวจสอบการใช้งาน บทบาทการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความแคล่วคล่องว่องไว และรอบรู้ในเรื่องต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการสื่อความหมาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อให้การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่ประสิทธิภาพจึงต้องมีมาตรฐานการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

### 2.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

“ลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำ หรือผลของกระบวนการประกอบกิจกรรมที่บังเกิดผลดีเลิศ และความเป็นเลิศ วัดได้จาก การเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่แต่ละวิชาชีพกำหนดไว้” (Frobe and Bain, 1976: 14)

“ลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการที่ดีเลิศ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถวัดได้” (Ellis, 1993: 3)

“ลักษณะที่เป็นเลิศหรือสูงกว่าเกณฑ์กลางที่กำหนด ซึ่งสามารถวัดได้จากการเปรียบเทียบผลการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานที่แต่ละวิชาชีพได้กำหนดไว้ได้แก่ วัดด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ หรือเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529: 219)

“ลักษณะความดีของบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับโครงสร้างหรือการบริหารบริการพยาบาล กระบวนการของการใช้การพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะที่ดีของแต่ละภาคไว้เพื่อประเมินระดับมาตรฐาน” (ละออง นุตางกูร, 2529: 5; พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2530: 86)

“ลักษณะซึ่งสามารถสังเกตได้ที่บ่งบอกถึงความดีเลิศ เป็นไปตามที่คาดหวังหรือพึงปรารถนาหรือตามมาตรฐาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2530: 627)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นทำให้สรุปได้ว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีที่แสดงผลของกิจกรรมการพยาบาลซึ่งบ่งบอกถึงความดีเลิศ วัดได้จากผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้

นอกจากนี้ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2537) ได้ให้ความหมายถึงคุณภาพการพยาบาลโดยพิจารณาจากประเด็นหลัก 3 ประการคือ

1. Affective quality เป็นคุณภาพที่วัดจากความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ เนื่องจากการพยาบาลเป็นการให้บริการที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ใช้บริการสุขภาพ

2. Cognitive quality เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลและการปฏิบัติในระดับวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการ ดังนั้นบุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาและปฏิบัติการอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งวัดได้จากการใช้กระบวนการพยาบาล และการตรวจสอบจากเอกสาร

3. Psychomotor quality เป็นคุณภาพที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญ มีทักษะที่ถูกต้องตามหลักการและเทคนิค สามารถประเมินได้จากการให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง หรือผู้ร่วมงานเป็นผู้สังเกต การสอบถามผู้บริหาร ตลอดจนสอบถามจากผู้ใช้บริการ

## 2. 2 การควบคุมคุณภาพการพยาบาล

การควบคุมคุณภาพการพยาบาลได้กระทำอย่างจริงจังในประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มตั้งแต่ ค.ศ.1973 (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529: 26) โดยกฎหมายได้กำหนดให้มีหน่วยงานตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพ (Professional Standard Review Organization ,PSRO) มีองค์กรเอกชนทำหน้าที่รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) ทำให้ฝ่ายการพยาบาลทุกโรงพยาบาล สร้างมาตรฐานการพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้ยังมีสภาการพยาบาลแห่งชาติ (The National League of Nursing , NLN) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลและตั้งเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล องค์กรต่างๆดังกล่าวต่างก็มีจุดประสงค์เพื่อจัดสร้างมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล

ประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเช่นกัน เริ่มจากการกำหนดภาระงาน (Job description) การจัดประชุมการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 6 เรื่อง “คุณภาพการพยาบาล” ซึ่งได้พยายามกล่าวถึงมาตรฐานการพยาบาลคือเกณฑ์ตัดสินคุณภาพการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529: 25) ต่อมาได้มีการก่อตั้งสภาการพยาบาลซึ่งเริ่มมีข้อบังคับสภาการพยาบาลในด้านการควบคุมคุณภาพโดยตรง คือการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานซึ่งยังไม่ได้บังคับใช้อย่างจริงจัง

การควบคุมคุณภาพการพยาบาล หมายถึง การดำเนินการที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งใช้ตรวจสอบและ/หรือควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อยืนยันการให้การพยาบาลที่ดีที่สุด และบ่งชี้จุดดี จุดบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ (กองการพยาบาล, 2537: 10) จะเห็นว่ากิจกรรมการควบคุมคุณภาพสามารถสร้างขึ้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ควรได้ผ่านกระบวนการที่สร้างความเชื่อมั่นได้ว่าสามารถใช้วัดการปฏิบัติการพยาบาลได้โดยตรงหรือโดยอ้อม

การควบคุมคุณภาพการพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2530: 634; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2533: 90; ประคอง อินทรสมบัติ, 2537: 5)

1. มาตรฐานกำหนดคุณภาพของการพยาบาล
2. ระบบตรวจสอบทางการพยาบาล
3. การปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามเป้าหมายคุณภาพ

1. มาตรฐานกำหนดคุณภาพของการพยาบาล มาตรฐานเป็นเกณฑ์กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล ซึ่งได้มาจากคุณลักษณะของการพยาบาลที่ดีที่ยอมรับ มาตรฐานสามารถใช้เป็นเครื่องมือกำหนดคุณภาพ มาตรฐานที่ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลสามารถกำหนดได้ 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ มาตรฐานเชิงโครงสร้างหมายถึงสภาพแวดล้อมหรือทรัพยากรทางการบริหารและการพยาบาล มาตรฐานเชิงกระบวนการหมายถึงพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการในระดับที่พึงปรารถนา มาตรฐานเชิงผลลัพธ์หมายถึงผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. ระบบตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพ เป็นการตรวจสอบโดยการรวบรวมข้อมูลว่าเกณฑ์มาตรฐานนั้นได้ถูกนำไปปฏิบัติ ในระดับใดมากน้อยเพียงใด การตรวจสอบอาจจะกระทำในระยะเวลาที่พยาบาลกำลังปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือในระยะเวลาที่เสร็จสิ้นการปฏิบัติการ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว แหล่งที่มาข้อมูลอาจได้จากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล หรือจากบันทึกชนิดต่างๆ เช่น Kardex ,Nursing Care Plan, Nurse's Note จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจสอบคุณภาพของ Trussell and Strand (1978) ซึ่งทำการตรวจสอบการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย โดยใช้การตรวจสอบจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลและตรวจสอบจากการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าเนื้อหาที่ได้จากการตรวจสอบโดยการสังเกตมีความครบถ้วนมากกว่า

3. การปรับปรุงแก้ไข คือการเสนอวิธีการในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เมื่อได้พบปัญหาที่ต้องการพัฒนา การปรับปรุงแก้ไขอาจทำได้ 2 ระดับ คือการปรับปรุงแก้ไขภายในหน่วยงานและการปรับปรุงแก้ไขจากภายนอกหน่วยงาน การแก้ปัญหาจะแตกต่างกันตามลักษณะของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการตรวจสอบ

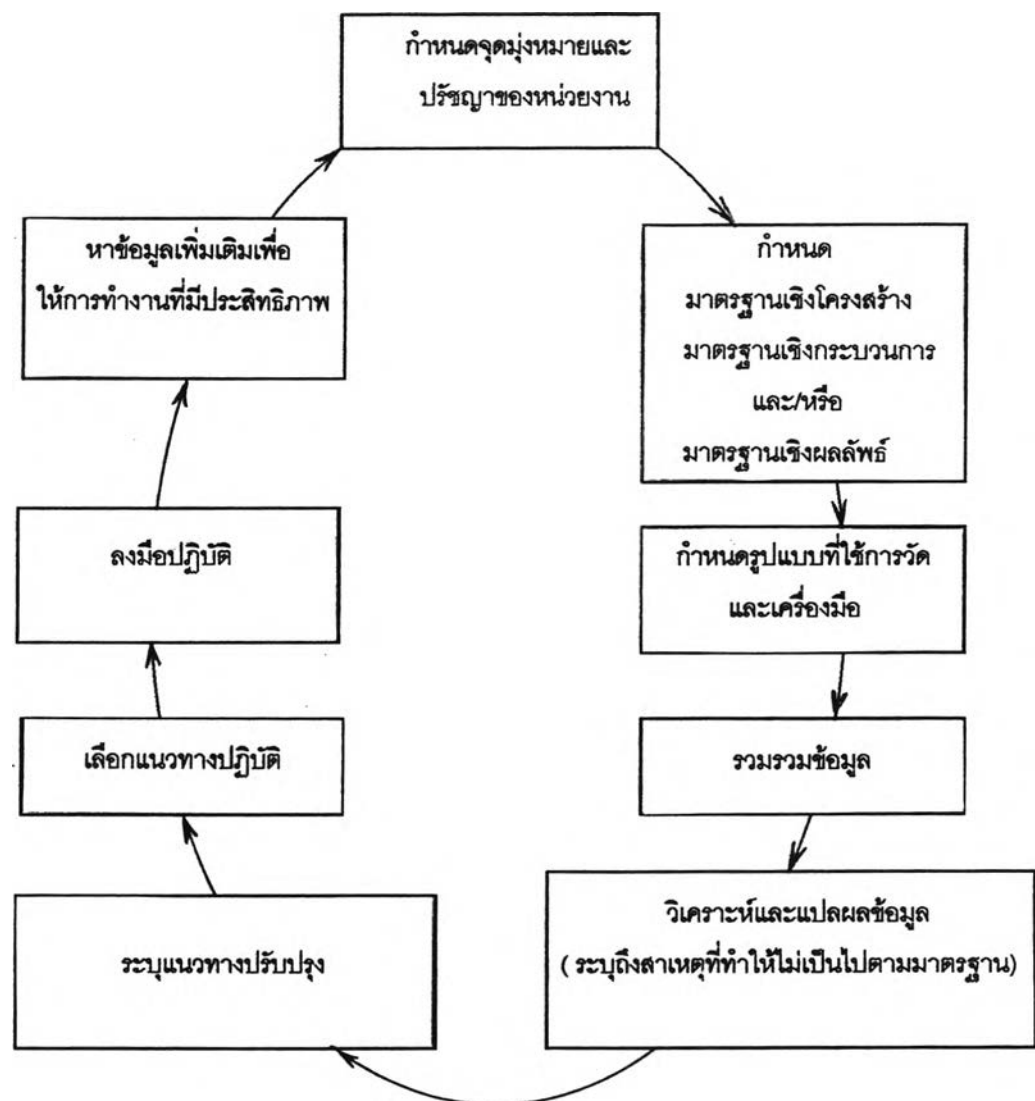
การควบคุมคุณภาพการพยาบาลส่วนใหญ่จะควบคุมจากมาตรฐานการพยาบาลที่หน่วยงานหรือองค์กรเป็นผู้กำหนด นอกจากนี้ยังถูกควบคุมด้วยระบบสังคมภายนอกอีก 2 ระบบ คือ การออกกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพ ที่เรียกว่า การขึ้นทะเบียนขออนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล และการควบคุมจากนักบริหาร ซึ่งควบคุมด้วยเงินเดือนและระบบบริหาร

การควบคุมคุณภาพมี การดำเนินงานเป็นวงจร ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (Ellis and Whittington, 1993: 66-67; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538: 21)

1. การตรวจสอบค่านิยมและปรัชญาของโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ชุมชนบุคลากรพยาบาล และผู้รับบริการในเรื่องสุขภาพ
2. กำหนดมาตรฐานทุกระดับ คือระดับโครงสร้าง ระดับกระบวนการ และระดับผลลัพธ์ จะต้องมีเครื่องมือวัดที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้ว

3. การกำหนดวิธีการวัดให้ค่าของสิ่งที่วัดได้
4. วิเคราะห์และแปลผล โดยบ่งชี้จุดเด่น จุดด้อย พร้อมทั้งวิธีการแก้ไขจุดด้อย
5. นำจุดด้อยมาพิจารณาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
6. พิจารณาแนวทางปฏิบัติหลายแนวทาง เลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด
7. นำแนวทางที่เลือกไปปฏิบัติ

จากข้อ 7 จะได้ผล ซึ่งทำให้ค่านิยมและปรัชญาเปลี่ยนแปลงไปได้ นั่นคือการพัฒนาได้เกิดขึ้นแล้วและจะเข้าสู่วงจรในข้อที่ 1-7 ต่อไปเรื่อยๆ ไม่มีจุดจบ



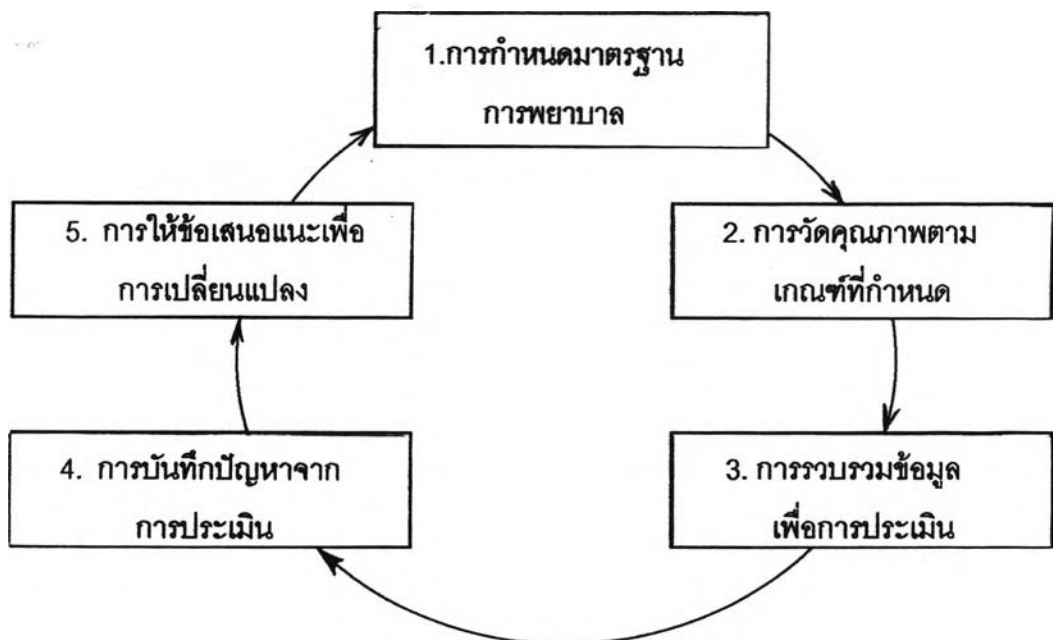
รูปภาพที่ 1 วงจรคุณภาพ

ที่มา: ELLIS, R. AND WHITTINGTON, D. QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE:  
A HAND BOOK . 1993: หน้า 67



ฟาริดา อิบราฮิม ( 2530: 640) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการจัดระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน มีการดำเนินงานเป็นวงจร ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 กำหนดมาตรฐานการพยาบาล โดยให้พยาบาลประจำการทุกระดับรับผิดชอบร่วมกัน
- ขั้นตอนที่ 2 เป็นการตรวจสอบหรือวัดคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ย่อมมีแรงผลักดันตามปัญหาที่สงสัย ผู้ซึ่งเป็นฝ่ายป้อนปัญหารวมถึงพยาบาลประจำการ ผู้บริหาร แพทย์หรือผู้อำนวยการ หรืออาจมีหน่วยงานภายนอกสถาบันที่รับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลโดยตรง
- ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหา ที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อคุณคุณภาพการพยาบาล อาจเป็นปัญหาด้านโครงสร้าง กระบวนการ หรือด้านผลลัพธ์คือเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยตรง
- ขั้นตอนที่ 4 เป็นการบันทึกจากการประเมินผล
- ขั้นตอนที่ 5 ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด



รูปภาพที่ 2 วงจรควบคุมคุณภาพการพยาบาลตามขั้นตอน

ที่มา: ฟาริดา อิบราฮิม. ประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล, 2530: หน้า 640

การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพที่ต้องดำรงไว้ ตลอดจนมีการควบคุมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ อันนำไปสู่ความมีสุขภาพดีตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก การประเมินคุณภาพการพยาบาลเป็นขั้นตอนหนึ่งในการพัฒนาทำให้ทราบว่าคุณภาพการพยาบาลที่ให้อยู่ในระดับใด ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการที่มีคุณภาพเกิดจากองค์ประกอบในด้านใด ทำให้มีข้อมูลในการวางแผนและเป็นแนวทางในการพัฒนาได้ถูกต้องเหมาะสม

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงวิชาชีพ

การประเมินเป็นกระบวนการตัดสินคุณค่าของสิ่งของหรือการกระทำใดๆ โดยมีแบบแผนการประเมินที่ดี จะบอกให้ทราบคุณค่าของสิ่งของที่ได้ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน: 509) การประเมินเป็นกระบวนการในการตัดสินพิจารณาว่าสิ่งที่พิจารณามีค่าสมกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เกณฑ์การอ้างอิงมี 3 ลักษณะ คือ Ten brink (1974: 76-78 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2521)

1. อ้างอิงเกณฑ์วัด (Criterion referenced ) เป็นการอ้างอิงที่ใช้เปรียบเทียบผลของสิ่งที่จะประเมินกับเกณฑ์วัด (Criterion) ที่สร้างขึ้นมาเฉพาะสิ่งที่จะประเมิน
2. การอ้างอิงปกติวิสัย (Normative referenced ) เป็นการอ้างอิงที่ใช้การเปรียบเทียบผลของสิ่งที่จะประเมินกับกลุ่มปกติวิสัย (Norm group )
3. การอ้างอิงตนเอง (Self referenced ) เป็นการเปรียบเทียบผลการพัฒนาตนเอง

การประเมินคุณภาพการพยาบาลก็อาศัยหลักการประเมินดังกล่าว แต่มีระเบียบวิธีการที่แตกต่างกันไปขึ้นกับวัตถุประสงค์และวิธีการประเมิน การประเมินเพื่อติดตามผลการพยาบาลอาจทำได้ 4 วิธี (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2533)

1. ประเมินด้วยเครื่องมือสำเร็จรูป ได้แก่ Slater Scale, QualPaCS เครื่องมือดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง ประเด็นการประเมินจะแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์และลักษณะของเครื่องมือนั้น
2. ประเมินด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่ทางหน่วยงานสร้างขึ้น เป็นเกณฑ์ที่เฉพาะเจาะจงต่องานได้มากกว่า ลักษณะเกณฑ์ที่สร้างอาจเป็นเกณฑ์ประเมินกระบวนการ เกณฑ์ประเมินโครงสร้างหรือเกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

3. การตรวจสอบทางการพยาบาล เป็นการประเมินจากรายงานการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อาจเป็นรายงานที่ผู้ป่วยจำหน่ายแล้วหรือกำลังอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความสมบูรณ์ของการประเมินด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของรายงานที่ใช้เป็นแหล่งประเมิน

4. การวิจัย ปัจจุบันมีผู้นำการวิจัยมาใช้ในการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

การประเมินผลการพยาบาลมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลอย่างมาก เพราะช่วยให้สามารถประมาณค่าระดับความสามารถในการให้การพยาบาล มีส่วนช่วยในการสร้างความเชื่อถือทางวิชาชีพให้แก่สังคม และเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลได้เป็นอย่างดี การประเมินที่ดีจะต้องอาศัยการอ้างอิงจากเกณฑ์วัด เพราะเกณฑ์วัดจะแสดงสถานะที่แสดงว่าการปฏิบัติการณ์บรรลุถึงเป้าหมายอย่างแท้จริง เนื่องจากเกณฑ์วัดเป็นมาตรฐานแห่งการตัดสินใจ การประเมินผลการพยาบาลสามารถแบ่งตามผู้ประเมินได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1) การประเมินตนเอง โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและ/หรือผู้มีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง เป็นวิธีการประเมินระดับความรู้ ความสามารถของวิชาชีพพยาบาล ประสิทธิภาพของวิธีนี้ขึ้นกับเป้าหมายของแต่ละบุคคล การรับรู้ของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถในการประเมินตนเอง การประเมินตนเองเป็นวิธีที่สำคัญในการพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพ

2) การประเมินโดยบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในทางการพยาบาลประกอบด้วยผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับผลจากการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยสามารถประเมินคุณภาพการพยาบาลได้ในระดับหนึ่งจากการรับรู้ของตนเองต่อคุณภาพการพยาบาลโดยวัดความพึงพอใจ ผู้ร่วมงาน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เจ้าหน้าที่ทางห้องทดลอง ฯลฯ

วิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาล สามารถจัดกระทำได้หลายวิธี (Schnieder,1979; สมจิต หนูเจริญกุลและประคอง อินทรสมบัติ, 2536; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538) ได้เสนอไว้ดังนี้

1. การสังเกต เป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด และสามารถทำได้ตลอดเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การสังเกตเป็นการเชื่อมโยงความรู้ของผู้สังเกตเข้ากับสิ่งต่างๆที่เห็นได้ เช่น อาการ ทำท่าง และพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออก การสังเกตที่ดีที่สุดควรมีการเขียนรายการที่ต้องการสังเกตไว้ก่อน และใช้การบันทึกแบบตรวจสอบรายการ หลักสำคัญในการสังเกตคือผู้สังเกตจะต้องเป็นคนๆเดียวกัน แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้คนหลายคนทุกคนต้องมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและวัตถุประสงค์ในการสังเกตเหมือนกัน ผลการสังเกตจึงจะเป็นที่เชื่อถือ

2. การสอบถาม เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ผู้ตอบมีอิสระที่จะแสดงออกและให้ข้อมูลความรู้สึกที่แท้จริง อาจทำในรูปของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบตรวจสอบรายการ ข้อสำคัญของการสอบถามคือต้องตั้งคำถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่สุด การถามในรูปของแบบสอบถามทำได้สะดวกผู้ตอบมีอิสระในการตอบ ข้อจำกัดถ้าคำถามไม่กระจ่างผู้ตอบไม่มีโอกาสซักถามได้ทำให้ผลการตอบมีโอกาสคลาดเคลื่อน การสัมภาษณ์เป็นการสอบถามที่เหมาะสมสำหรับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ทักษะสติ ประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์ อาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือบิดเบือนจากความจริง เนื่องจากสัมพันธภาพของผู้ให้สัมภาษณ์กับผู้สัมภาษณ์ แบบตรวจสอบรายการจากบันทึกทางการแพทย์สามารถสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล วิธีนี้มีข้อดีคือประหยัดเวลา แรงงานและค่าใช้จ่าย ส่วนข้อจำกัดคือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลเนื่องจากมีการบันทึกไม่ครบถ้วน

3. การวัด ในทางการแพทย์ต้องอาศัยเครื่องมือต่างๆเพื่อให้ได้ข้อมูล เช่น การใช้ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต การตรวจทางห้องทดลองต่างๆ ความเที่ยงตรงของข้อมูลขึ้นกับเครื่องมือและบุคคลที่ทำการวัด

วิธีการประเมินแต่ละวิธีการดังกล่าวมีทั้งข้อดีและข้อเสีย การเลือกใช้จึงขึ้นกับวัตถุประสงค์และข้อจำกัดในการประเมิน การประเมินคุณภาพการพยาบาลควรได้มีการเลือกใช่มากกว่าหนึ่งแบบจะทำให้เกิดผลดีที่สุด (Frobe and Bain, 1976) การประเมินคุณภาพการพยาบาลสามารถประเมินได้จากพยาบาลผู้ให้การพยาบาลและจากผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ได้รับการพยาบาล ลักษณะการให้การพยาบาลในห้องผ่าตัดและลักษณะของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยอาจประเมินคุณภาพการพยาบาลได้ไม่ครบถ้วน ในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกประเมินคุณภาพโดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลย่อมเป็นผู้รู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนการให้การพยาบาลได้ดีที่สุด

Linderman (1976) ได้เสนอขั้นตอนการสร้างแบบประเมินดังนี้

1. เลือกและกำหนดขอบเขตของการประเมิน ในการให้บริการพยาบาลจะประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ การกำหนดถึงการดูแลอย่างชัดเจน กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กัน ในการสร้างแบบประเมินควรได้มีการเลือกและกำหนดขอบเขตการประเมินไว้อย่างชัดเจน

2. กำหนดเป้าหมาย ต้องทำการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน ควรพิจารณาในส่วนของผู้ใช้เครื่องมือ และขอบเขตของการนำเครื่องมือไปใช้

2.1 ผู้ใช้เครื่องมือ ควรกำหนดว่าใครเป็นผู้ใช้เครื่องมือ ผู้ใช้เครื่องมือควรมีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือ

2.2 ขอบเขตของการนำเครื่องมือไปใช้เครื่องมือใช้ได้กับผู้ป่วยครั้งเดียว ผู้ป่วยคนเดียว หรือใช้ได้หลายครั้งใช้ได้กับบุคคลหรือรายกลุ่มใช้ประเมินผลการพยาบาลที่แตกต่างกันหรือเฉพาะอย่าง

3. การกำหนดลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย ข้อรายการต่างๆที่ใช้ในการประเมินเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะประเภทตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดขึ้น ดังนั้นในการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะประเมินควรเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

4. การกำหนดข้อรายการหรือข้อบ่งชี้ในแบบประเมิน ควรแยกข้อรายการหรือเกณฑ์ให้ชัดเจน เข้าใจง่าย มีการให้คำจำกัดความของคำหรือวลีที่ใช้ เกณฑ์ในการสร้างเครื่องมือคือ

4.1 ให้ผู้มีประสบการณ์ ลงความเห็นว่าคุณมีข้อรายการอะไรบ้างในเครื่องมือ

4.2 ใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ตำรา มาเป็นหลักในการพิจารณา

4.3 เลือกแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์ สังเกต การตรวจสอบจากบันทึก

5. จำนวนข้อรายการต่างๆที่ควรมีในเครื่องมือประเมิน ถ้างานวิจัยต้องการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล ควรพิจารณาข้อรายการในกิจกรรมที่จะประเมิน และใช้มาตรวัดอะไร ควรใช้สถิติอะไรในการวิเคราะห์

6. การหาความตรงของเครื่องมือ เป็นการตรวจสอบว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นนั้นสามารถวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด การทดสอบความตรงของเครื่องมือ ต้องมีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

7. การทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ต้องอาศัยวิธีการทางสถิติที่ถูกต้อง การที่เครื่องมือนั้นมีระดับความคงที่ในการวัด ถ้านำไปวัดซ้ำในสิ่งเดิมได้ความแตกต่างในการวัดซ้ำน้อยแสดงว่าเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นสูง

8. กำหนดการให้คะแนน การกำหนดคะแนนขึ้นกับเครื่องมือที่สร้างขึ้น เช่น เครื่องมือให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่องมี หรือไม่มี พบ หรือไม่พบ ทำหรือไม่ทำ จะให้คะแนนเป็น 1 และ 0 ตามลำดับ ส่วนกรณีประมาณค่า อาจให้คะแนนเป็น 5 4 3 2 1 ตามลำดับ

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2537) ได้แนะแนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงวิชาชีพไว้ 3 รูปแบบคือ

1. การประเมินคุณภาพเชิงโครงสร้าง (Structure Approach) ประเมินจากสถานที่สภาพของการให้การพยาบาล รวมถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ นโยบาย วิธีการให้การพยาบาล

ทรัพยากร เครื่องมือ คุณสมบัติของผู้ให้การพยาบาล ตลอดจนรายงานผู้ป่วย เกณฑ์หรือตัวชี้วัด อาจจะวัดเลือกในแต่ละเรื่อง

2. การประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการ (Process Approach) เป็นการประเมินสิ่งทีพยาบาลปฏิบัติว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้หรือไม่ อาจทำได้โดยการสังเกตขณะพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล (Concurrent) หรืออาจจะประเมินจากเอกสารหรือรายงานผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล หรือหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว การประเมินตามกระบวนการนี้ทำได้ 2 วิธีคือประเมินจากกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยหรือการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและต้องเป็นกิจกรรมที่เข้าเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดไว้

3. การประเมินคุณภาพเชิงผลลัพธ์ (Outcome Approach) เป็นการวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะรวมถึงอาการ การแสดงความรู้ ทักษะคิด ความพึงพอใจ และความร่วมมือ การประเมินผลลัพธ์จะประเมินค่อนข้างยากเพราะความรู้ของผู้ป่วยหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอาจจะได้รับอิทธิพลมาจากแหล่งอื่นๆด้วย

ในต่างประเทศมีผู้สร้างและนำแบบประเมิน มาใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล เช่น Phaneuf (1972) ได้สร้างเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยการวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลจากบันทึกและรายงานหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ประเมินตามหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในหัวข้อใหญ่ๆ 7 หัวข้อคือ

- 1) ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 2) การสังเกตอาการและปฏิกิริยาของผู้ป่วย
- 3) กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย
- 4) การนิเทศและการทำงานของผู้ร่วมงาน
- 5) การบันทึกและการทำงานรายงาน
- 6) การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการ
- 7) การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

Wandelt and Ager (1975) ได้สร้างแบบประเมินที่เรียกว่า "Qual Pacs" เพื่อวัดคุณภาพของการพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ มีหัวข้อ 68 หัวข้อ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 6 ด้าน คือ 1) ด้านสังคมจิตวิทยาของแต่ละบุคคล (Psychosocial individual) 15 ข้อ 2) ด้านสังคมจิตวิทยาของกลุ่ม (Psychosocial group) 15 ข้อ 3) ด้านร่างกาย 15 ข้อ 4) ด้านทั่วไป 15 ข้อ 5) ด้านการติดต่อสื่อสาร 8 ข้อ 6) ด้านที่เกี่ยวกับวิชาชีพ 7 ข้อ

Wandelt and Stewart (1975) ได้สร้างแบบประเมินที่เรียกว่า "Slater Scale" ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลด้านต่างๆ คือ กิจกรรมเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ในฐานะสมาชิกกลุ่ม การปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยในฐานะบุคคล กิจกรรมที่แสดงถึงการติดต่อสื่อสารอย่างมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย กิจกรรมที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ต้องปรับปรุง	1	คะแนน
อยู่ระหว่างต้องปรับปรุงกับปานกลาง	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
อยู่ระหว่างปานกลางกับดีที่สุด	4	คะแนน
ดีที่สุด	5	คะแนน

Carter (1976) ได้สร้างเกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาลซึ่งสามารถบอกได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลหรือไม่ โดยประเมินว่า "ทำ" (practice) ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ และประเมินว่า "ไม่ได้ทำ" (not practice) ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ โดยไม่ต้องแบ่งออกเป็นดีกรี นอกจากนี้ยังมีช่องสำหรับประเมินว่า "ปฏิบัติไม่ได้" (no applicable) ซึ่งหมายความว่ากิจกรรมนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง สำหรับวิธีการให้คะแนนได้แบ่งคุณภาพการพยาบาลออกเป็น 3 ระดับคือ

- คะแนนของกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับร้อยละ 90-100 ถือว่าคุณภาพดี
- คะแนนของกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับร้อยละ 80-89.99 ถือว่าคุณภาพปานกลาง
- คะแนนของกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับต่ำกว่าร้อยละ 80 ถือว่าคุณภาพไม่ดี

จากตัวอย่างของการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่กล่าวมา แม้ว่าจะพัฒนาโดยชาวต่างประเทศ แต่เนื่องจากเป็นการพัฒนาจากการปฏิบัติกิจกรรมเชิงวิชาชีพ จึงได้รับการยอมรับและนำมาใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลในประเทศไทย

การพยาบาลที่มีคุณภาพมีคุณค่าต่อวิชาชีพ ต่อสถาบันหรือหน่วยงาน และต่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของสังคม การประเมินคุณภาพจึงต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานในระดับสูงสุด Donabedian (1968) มีความเห็นว่าการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นจะต้องมองทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการพยาบาล Bloch (1979) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นจะต้องประกอบด้วย การประเมินตามมาตรฐานเชิง

กระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ทั้งสองประการ ส่วนมาตรฐานเชิงโครงสร้างนั้นอาจถือเป็นมาตรฐานที่ตกลงกันได้ล่วงหน้า เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ Steven (1976) ได้เสนอแนะว่าควรใช้มาตรฐานเชิงกระบวนการมากกว่ามาตรฐานเชิงโครงสร้างหรือมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ทั้งนี้เพราะลักษณะโครงสร้างจะบอกสภาพซึ่งดูเหมือนจะให้การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สามารถมั่นใจว่าการพยาบาลที่ดีจะเกิดขึ้นตามที่คาดหวัง ส่วนลักษณะมาตรฐานในเชิงผลที่เกิดขึ้นในทัศนะของ Steven มองคล้ายอุดมคติและเป็นการยากที่จะบอกว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างไร มากน้อยเพียงใด เพื่อฟื้นคืนสู่สภาพปกติตามที่คาดหวัง ฟาริดา อิบราฮิม (2530) กล่าวถึงคุณภาพการพยาบาลว่า วัดได้โดยตรงจากมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

จะเห็นว่าในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นได้มีผู้ให้มุมมองต่าง ๆ กัน บางท่านมองว่าควรประเมินทั้งมาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ บางท่านมองว่าควรประเมินเฉพาะเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ผู้วิจัยได้สนใจที่จะทำการศึกษามีมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่ได้รับการยอมรับทั้งในด้านนโยบาย การบริหาร การจัดการ รวมทั้งจำนวนและประสิทธิภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ประกอบกับการประเมินโครงสร้างการพยาบาลไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลตามที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินมาตรฐานเชิงกระบวนการเป็นการประเมินคุณภาพที่เกิดจากการพยาบาลอย่างแท้จริง ข้อบกพร่องหรือปัญหาจากสถานการณ์และสิ่งที่ปรากฏหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน สามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการแก้ไขหรือปรับปรุงคุณภาพงานให้ดียิ่งขึ้น การประเมินผลลัพธ์โดยการวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปในด้านสภาพร่างกายไม่สามารถบอกได้ว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการพยาบาลเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการรักษาของแพทย์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายและการหายของโรคด้วย ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะประเมินคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการเท่านั้น เนื่องจากการประเมินถึงคุณภาพจากการปฏิบัติโดยตรงของพยาบาล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่านตัด โดยใช้หลักในการสร้างเกณฑ์ใช้วิธีของ Linderman (1976) ซึ่งกำหนดขอบเขตของการประเมินอย่างชัดเจนและผ่านขั้นตอนของการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนวิธีการให้คะแนนนั้นเลือกใช้หลักของ Carter (1976) เนื่องจากวิธีนี้บอกได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลนั้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยไม่ต้องพิจารณาและตัดสินใจเองว่า พฤติกรรมเช่นนี้ควรให้คะแนนเท่าไร ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้



#### 4. การประเมินคุณภาพการพยาบาล

การประเมินคุณภาพต้องอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดในรูปของมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลสามารถกำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับชาติ ระดับสถาบัน และระดับหน่วยงาน มีหลายสถาบันได้กำหนดมาตรฐานให้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น ปีพ.ศ. 2532 โรงพยาบาลศิริราช กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดในลักษณะมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ปีพ.ศ. 2535 โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดมาตรฐานในลักษณะมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์เช่นกัน และในปีพ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุข สร้างและพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในลักษณะมาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มาตรฐานเชิงกระบวนการเป็นมาตรฐานที่มีความชัดเจนพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจึงได้นำมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มาเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 การประเมินตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด

มาตรฐาน (standard) ตามพจนานุกรมของ Webster's หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์หรือพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบในการวัด หรือการตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ฟาริดา อิบราฮิม (2530:213) กล่าวว่ามาตรฐานเป็นเกณฑ์ที่สร้างขึ้นและกำหนดโดยผู้มีอำนาจหน้าที่หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อเป็นหลักในการวัดเชิงเปรียบเทียบค่าหรือประเมินคุณภาพ คุณค่าหรือปริมาณหรือความสำคัญของสิ่งนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กุลยา ตันติลาชีวะ (2522: 40) ที่กล่าวว่ามาตรฐานคือเกณฑ์ คุณภาพคือผลลัพธ์ที่ดีเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนั้นคำว่า "คุณภาพ" และ "มาตรฐาน" จึงมีความสัมพันธ์กัน การพิจารณาตัดสินคุณภาพสิ่งใดสิ่งหนึ่งต้องอาศัยมาตรฐานเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน "คุณภาพการพยาบาล" ย่อมต้องอาศัย "มาตรฐานการพยาบาล" เป็นเกณฑ์ในการตัดสิน

มาตรฐานการพยาบาล (Nursing standard) หมายถึงข้อความตามมาตรฐานกล่าวถึงคุณภาพของการให้การพยาบาลที่ต้องการและเกณฑ์ (criteria) ที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลนั้นๆ ข้อความตามมาตรฐานนี้จะต้องเป็นข้อความที่มีความเที่ยงตรง (valid) และชัดเจน (explicit) อธิบายถึงสิ่งพึงกระทำและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการพยาบาลที่ดี มาตรฐานการพยาบาลทุกมาตรฐานจะต้องได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงก่อนนำไปใช้

( Mason: 1982, 21) ข้อความในมาตรฐานมักจะประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับกฎ สภาพ การณ์ และหลักปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและระบบ ซึ่งกฎเปรียบเสมือนโครงสร้างของฝ่าย การพยาบาล หลักปฏิบัติเหมือนกระบวนการ และสภาพการณ์แสดงถึงผลลัพธ์จากการให้บริการ โดยทั่วไปแล้วมาตรฐานการพยาบาลจะบอกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งที่ยาบาลจะต้องปฏิบัติ และวิธีการที่จะทำให้การบริการดำเนินไปได้ มาตรฐานจะไม่เกิดประโยชน์ ถ้าผู้ปฏิบัติหรือผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีความรู้สึกว่าต้องปฏิบัติตาม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529: 29 )

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนั้น อาจกำหนดจากภายในหน่วยงาน (internal standards) หรือถูกกำหนดจากภายนอกหน่วยงาน (external standards)

มาตรฐานที่กำหนดจากภายนอก มักจะเป็นมาตรฐานในระดับนโยบาย แหล่งกำหนด มาตรฐานจากภายนอกที่สำคัญ เช่นองค์การตามกฎหมาย องค์การของรัฐ และองค์การวิชาชีพ องค์การตามกฎหมาย ในต่างประเทศเช่นสหรัฐอเมริกาแหล่งกำหนดมาตรฐานจากภายนอกที่ สำคัญเช่น สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (The American Nures Association, ANA) องค์การ เอกชนที่รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, JACHO) สำหรับในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาล และการนวดกรรม มีสภาการพยาบาลเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพ

มาตรฐานจากภายใน เป็นมาตรฐานที่กำหนดจากภายในสถาบันและหน่วยงาน เป็น มาตรฐานที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นมาตรฐานที่เกิดจากความรับผิดชอบร่วมกันของ พยาบาลทุกคนในสถาบันและหน่วยงานนั้นๆ

มาตรฐานการพยาบาลไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานระดับชาติ ที่อาจกำหนดเป็นกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดต่างๆ มาตรฐานระดับองค์การหรือสถาบัน ซึ่งผู้กำหนดเป็นองค์การวิชาชีพ หรือองค์การที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานระดับหน่วยงานซึ่งกำหนดโดยผู้ปฏิบัติวิชาชีพและใช้เป็น เกณฑ์ในการปฏิบัติวิชาชีพนั้น มาตรฐานเหล่านี้กำหนดได้ใน 3 ลักษณะ (กอบกุล พันเจริญวรกุล, 2529 ; จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard)
2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard)
3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard)

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard) เป็นมาตรฐานที่บอกถึงแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาล โดยคำนึงถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ รวมถึงนโยบายในการปฏิบัติงาน การจัดองค์กร เครื่องมือ เครื่องใช้ และแหล่งทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ แหล่งความรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นโครงสร้างที่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) เป็นมาตรฐานที่บอกรายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องหรือควรปฏิบัติ โดยกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ที่พยาบาลต้องกระทำให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาล มีวิธีดำเนินการปฏิบัติพยาบาลแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด ข้อควรระวังในการใช้มาตรฐานเชิงกระบวนการที่สำคัญประการหนึ่งคือ ไม่ควรใช้ประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคน เพราะมาตรฐานเชิงกระบวนการจะบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ที่มพยาบาลทั้งหมด

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดผลลัพธ์ของการพยาบาลภายหลังผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาล โดยกำหนดถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกหรือใกล้เคียงปกติ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้นใช้ประเมินผลการพยาบาลภายหลังที่กิจกรรมการพยาบาลเกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว

มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดในต่างประเทศมีการกำหนดขึ้นและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติมาเป็นเวลานาน โดยองค์กรวิชาชีพพยาบาลผ่าตัดแห่งประเทศไทย (AORN) ในประเทศไทย สถาบันหรือหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดจึงสร้างมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดขึ้น เนื่องจากการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลมีหลายรูปแบบมาตรฐานบอกลักษณะโครงสร้าง (Structure) มาตรฐานบอกลักษณะกระบวนการ (Process) หรือมาตรฐานบอกลักษณะผลที่เกิดกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาล (Outcome) การสร้างมาตรฐานการพยาบาลจึงแตกต่างกันตามสถาบันที่กำหนดตามความเหมาะสมของความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล แต่โดยเนื้อหาของมาตรฐานกล่าวถึงวิธีการจัดการและแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในลักษณะของมาตรฐานเชิงกระบวนการ โดยกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยตามระยะของการผ่าตัด ดังนี้

**มาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด มี 5 มาตรฐาน**

- มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด
- มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด
- มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
- มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ
- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

**มาตรฐานการพยาบาลในระยะผ่าตัด มี 8 มาตรฐาน**

- มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำเพื่อการผ่าตัด
- มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการแพ้ยาและสารเคมี
- มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายที่เหมาะสม ไม่ลดต่ำหรือสูงกว่าปกติ
- มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการสูญเสียโลหิต
- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ
- มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและอันตรายจากการผ่าตัด
- มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อ
- มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับการย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

**มาตรฐานการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น มี 8 มาตรฐาน**

- มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ
- มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต
- มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท
- มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือด
- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเลคโตรไลต์
- มาตรฐานที่ 6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัย
- มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม
- มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะย้ายออกจากห้องพักฟื้น

( รายละเอียดของแต่ละมาตรฐาน ในภาคผนวก จ)

#### 4.2 การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Groups Interviews)

มาตรฐานการพยาบาลเป็นเกณฑ์บังคับซึ่งถึงระดับคุณภาพการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดภายในหน่วยงานมีลักษณะเฉพาะขึ้นกับปัจจัยและเงื่อนไขของหน่วยงาน การตั้งเกณฑ์มาตรฐานจึงควรยืดหยุ่น และปรับปรุงได้ตามความเหมาะสมของสภาพการณ์ (ไชแสง ขวศิริ, 2538: 35) เพื่อให้มาตรฐานสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพได้จริง การศึกษาปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติงานจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมาจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์กลุ่มเป็นเทคนิคการสัมภาษณ์ที่เปิดโอกาสให้บุคคลต่างๆแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลในเวลาเดียวกัน โดยมีนักวิชาการหลายท่านอธิบายถึงการสัมภาษณ์กลุ่มไว้ดังต่อไปนี้

Basch (1987: 411 cited in Peters, 1993: 37) กล่าวว่า การสัมภาษณ์กลุ่มเป็นเทคนิคการศึกษาเชิงคุณภาพ ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของกลุ่มเล็กที่มีส่วนในปัญหา ประสบการณ์บริการหรือปรากฏการณ์ซึ่งสามารถอ้างไปถึงกลุ่มใหญ่ได้

Patton (1988: 18 cited in Beaudin and Pellier, 1996: 29) กล่าวว่า การสัมภาษณ์กลุ่มเป็นการสัมภาษณ์ที่มีช่วงเวลาจำกัด คำถามปลายเปิดและยืดหยุ่นได้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งใช้การสัมภาษณ์กับกลุ่มเล็กในหัวข้อที่เฉพาะ กลุ่มหนึ่งประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6-8 คนมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ในช่วงเวลา 1/2 - 2 ชั่วโมง

สุภาวค์ จันทวานิช (2537: 77) กล่าวถึงการสัมภาษณ์กลุ่มว่า เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) ที่ผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจอยู่แล้วจึงเลือกสัมภาษณ์เฉพาะจุดที่สนใจ

นิตา ชูโต (2540: 127) กล่าวถึงการสัมภาษณ์กลุ่มว่าเป็นการสัมภาษณ์ที่กระทำในกลุ่มเล็กๆประมาณ 6-8 คน เกี่ยวกับเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ใช้เวลาสั้นๆประมาณ 1/2 - 2 ชั่วโมงในการเก็บข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์จริงๆซึ่งมุ่งเน้นประเด็นปัญหาวิจัย (Focus) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่ม ขั้นตอนการดำเนินงานการสัมภาษณ์กลุ่ม

1. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต ปัญหากรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อให้ทราบว่ากลุ่มประชากรที่จะศึกษาคือบุคคลกลุ่มใดและจะต้องถามอย่างไร ผู้วิจัยต้องกำหนดแนวทางในการสัมภาษณ์ ต้องสร้างหัวข้อและแนวคำถามให้ชัดเจน การเขียนรายการคำถามด้วยการกำหนดหัวข้อใหญ่ๆที่ต้องการศึกษาและรายละเอียดในหัวข้อย่อย

## 2. บุคคลที่จะเข้ากลุ่ม การสัมภาษณ์แต่ละครั้งควรประกอบด้วย บุคคลต่อไปนี้

2.1 ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (Moderator) เป็นผู้ที่คอยป้องกันคำถามให้กลุ่ม ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์จะต้องสามารถควบคุมและกระตุ้นให้ผู้สัมภาษณ์ตอบตามในขอบเขตของการวิจัย

2.2 ผู้ให้สัมภาษณ์ การเลือกบุคคลที่จะสัมภาษณ์ขึ้นกับปัญหาและสมมติฐานของการวิจัย โดยเลือกบุคคลที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคม ความรู้และประสบการณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ตรงตามต้องการ บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มควรเป็นบุคคลที่มีภูมิหลังและลักษณะบางประการคล้ายคลึงกัน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้สึกสบายใจและแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผยมากกว่ากลุ่มที่มีภูมิหลังต่างกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่ากลุ่มต้องมีทัศนคติหรือความคิดในแบบเดียวกัน

3. การกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์กลุ่ม จำนวนผู้ร่วมในการสัมภาษณ์ควรอยู่ในระหว่าง 7-8 คน กำลังเหมาะที่จะทำให้เกิดการถกประเด็นปัญหา ถ้าหากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้ เป็น 9-12 คนทำให้ควบคุมลำบาก และอาจเกิดการแบ่งกลุ่มย่อยสนทนากันเอง (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวงศ์, 2536: 3)

4. จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์การพิจารณาจะต้องคำนึงถึงเวลาและงบประมาณ โดยทั้งนี้ต้องยึดหลักการได้ประสิทธิภาพสูงสุดในการกำหนดจำนวนกลุ่ม สิ่งที่เป็นตัวกำหนดจำนวนกลุ่มที่สำคัญคือลักษณะปัญหาของการวิจัย หากประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษามีคำตอบที่แตกต่างกันในประชากรที่มีภูมิหลังและประสบการณ์ต่างกัน ผู้วิจัยควรจัดให้มีการสัมภาษณ์ให้ครบแปลตามความผันแปรที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และเพียงพอเมื่อไม่มีคำตอบที่แตกต่าง

5. อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลคือเทปบันทึกเสียง นอกเทปแล้วจะต้องมีการจดบันทึกคำสนทนาของผู้สัมภาษณ์ อุปกรณ์เสริมที่ทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่เคร่งเครียดได้แก่ น้ำดื่ม ขนม ของขบเคี้ยวเล็กๆ น้อยๆ ฯลฯ

6. สถานที่และบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง สถานที่ควรเป็นที่ที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวกสบาย สงบและไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก

7. ระยะเวลา และการนัดหมายบุคคลที่เข้าร่วมสัมภาษณ์ ถ้าเป็นบุคคลในสถานที่ทำงานต้องขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแจ้งวัตถุประสงค์และเหตุผล เพื่อให้ได้รับความร่วมมือ ระยะเวลาแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1/2 - 2 ชั่วโมง (นิตา ชูโต, 2540: 127) ขึ้นกับขอบเขตและลักษณะปัญหาที่ต้องการศึกษา ลักษณะของผู้ที่ร่วมให้สัมภาษณ์ บรรยากาศและความเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม

### วิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม

1. การเตรียมการ
2. การดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม
3. การเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์

1. การเตรียมการ ผู้วิจัยต้องต้องสร้างหัวข้อและแนวคำถามให้ชัดเจน การเขียนรายการคำถามด้วยการกำหนดหัวข้อใหญ่ที่ต้องการศึกษาและรายละเอียดของหัวข้อย่อย ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เทปบันทึกเสียง และสถานที่

2. การดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพและสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ตั้งแต่ผู้ให้สัมภาษณ์มาถึง แนะนำตนเอง อธิบายจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกข้อมูลและบันทึกเสียง เริ่มการสัมภาษณ์เมื่อสมาชิกทุกท่านมาแล้ว

3. การเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้แก่บทสัมภาษณ์ที่บันทึกและการถอดเทป การถอดเทปจะต้องเป็นการถอดคำพูดคำต่อคำ ไม่ใช่การสรุปข้อความ

#### ข้อดีของการสัมภาษณ์กลุ่ม

1) ข้อมูลที่ได้ละเอียดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การสัมภาษณ์เป็นการติดต่อโดยตรงระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์ ทำให้สามารถเข้าใจข้อมูลได้ตรงกันและซักถามในประเด็นต่างๆได้ชัดเจน

2) ประหยัดเวลาและงบประมาณกว่าการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือสำรวจความคิดเห็นจากแบบสอบถามที่ต้องเสียเวลาในการรวบรวมแบบสอบถาม

#### ข้อจำกัดของการสัมภาษณ์กลุ่ม

1) จะต้องระวังมิให้เกิดการผูกขาดการให้สัมภาษณ์โดยบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

2) พฤติกรรมและความคิดเห็นบางอย่าง อาจจะไม่ได้รับการเปิดเผยในการสัมภาษณ์ ถ้าหากสัมภาษณ์ตัวต่อตัวอาจได้รับการเปิดเผยมากกว่า

#### ประโยชน์ของการสัมภาษณ์กลุ่มต่อคุณภาพการพยาบาล

การใช้เทคนิคสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เนื่องจากการสัมภาษณ์ในกลุ่มที่มีขนาด 6- 8 คน ภายใต้บรรยากาศของความเป็นกันเองทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น สามารถโต้แย้งถึงปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลในจุดต่างๆได้อย่างลึกซึ้ง เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้เหตุผลและแนวทางในการแก้ปัญหาจากผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งมีประสบการณ์ตรงต่อเรื่องที่สัมภาษณ์จะช่วยให้การแก้ปัญหาได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง

## การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลต้องประกอบด้วยข้อมูล แนวคิด และประเด็นที่จะวิเคราะห์ ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมักอยู่ในรูปของเนื้อความ คำพูด ข้อความ ปรัชญาการณเหตุการณ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีลักษณะรวมที่เรียกว่า “การวิเคราะห์เนื้อหา” การวิเคราะห์เนื้อหาคือการอ่านเอาเรื่อง การจับประเด็น จับใจความและการจับความหมายของข้อมูลที่ได้บันทึกไว้ (เบญจา ยอดดำเนิน, 2533)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Patton, 1987) คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูล หลังจากได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจะต้องนำข้อมูล

เหล่านั้นมาแยกประเภท จัดหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดแนวคิด

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวคิดมาแยกแยะ เพื่อให้ได้ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การนำข้อมูลที่ได้มาอธิบายและตอบปัญหาในเรื่องที่ศึกษา ซึ่งนำเสนอใน

ลักษณะความเรียงตามลำดับเรื่องที่เกิดขึ้นหรือนำเสนอเนื้อหาแต่ละเรื่อง

การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ทำได้ 2 ทางคือ

1. การจัดหมวดหมู่ด้วยมือ นักวิจัยอ่าน วิเคราะห์และสรุปข้อมูลเองโดยไม่ต้องใช้กระบวนการคอมพิวเตอร์ช่วย ทำการลงรหัสในแต่ละช่วงของข้อมูล การทำรหัสอาจใช้ดินสอสีหรือขีดเส้นใต้ หรือใช้เทคนิคการตัดแปะ คำพูดหรือข้อความ

2. การจัดหมวดหมู่ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมต่างๆ เช่น Ethnograph เป็นเครื่องมือช่วยแยก จัดกลุ่มข้อมูล ค้นหาข้อมูล แต่การตีความผู้วิจัยต้องทำเอง

ระดับของการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถวิเคราะห์ได้ 2 ระดับคือการวิเคราะห์เบื้องต้น และการวิเคราะห์อย่างละเอียด

- การวิเคราะห์เบื้องต้น คือการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ เพื่อหาผลสรุปเบื้องต้นจากข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์

- การวิเคราะห์อย่างละเอียด หน่วยของการวิเคราะห์ข้อมูลก็คือ กลุ่มสัมภาษณ์แต่ละกลุ่ม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งเมื่อมีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลไปตามเค้าโครงเรื่องที่วางไว้

การวิเคราะห์เนื้อหาสามารถทำได้สองแนวทาง กล่าวคือ แนวทางแรกเป็นการวิเคราะห์ตามความหมายทางภาษาโดยตรง และแนวทางที่สอง เป็นการวิเคราะห์ความหมายทางความรู้สึกหรือในที่แฝงอยู่ในคำพูดเหล่านั้น โดยพิจารณาความคล้ายคลึงและความแตกต่างของทัศนคติและ



ความคิดเห็นต่างๆพยายามหาคำอธิบายว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ร่วมกลุ่มมีทัศนคติหรือความคิดเห็นเหมือนหรือแตกต่างกัน

โดยสรุปแล้วการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดแยกข้อและจัดหมวดหมู่ข้อมูล รวมทั้งเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลล้วนนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ตีความและสรุปประเด็นเพื่อตอบปัญหาการวิจัย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการพยาบาล ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เผยแพร่มีดังต่อไปนี้

อรสา ศิริรักษ์ (2523) ศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อผ่านหลอดลมของพยาบาลประจำการ ตามมาตรฐานเชิงกระบวนการของโรงพยาบาลรามาริบัติ ในหอผู้ป่วยสามัญและหน่วยบำบัดพิเศษ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชศาสตร์ จำนวนพยาบาลที่สังเกตทั้งหมด 69 ราย ผู้วิจัยสังเกตตามแบบสังเกตผู้วิจัยดัดแปลงจากมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมของโรงพยาบาลรามาริบัติ ทั้งหมด 63 ข้อ ปรากฏว่า ในหมวดการเตรียมอุปกรณ์พยาบาล ในหอผู้ป่วยสามัญและในหอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทำได้ถูกต้องร้อยละ 40.81 และ 51.47 ตามลำดับ และหมวดเทคนิคการดูแลหยาบาลประจำหน่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยสามัญทำได้ถูกต้องตามมาตรฐาน ร้อยละ 74.79 และ 61.83 ตามลำดับ

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ (2524) ศึกษาเรื่องการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลศิริราช โดยการสร้างแบบประเมินกิจกรรมการพยาบาล 60 ข้อและผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจำนวน 47 ข้อ โดยครอบคลุมตามเกณฑ์ 8 เกณฑ์

เกณฑ์ที่ 1 กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก

เกณฑ์ที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันตรายของหัวใจ

เกณฑ์ที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับและมีกิจกรรมเคลื่อนไหวที่เหมาะสม

เกณฑ์ที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสภาพของโรค

เกณฑ์ที่ 5 ผู้ป่วยบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆที่รบกวน

เกณฑ์ที่ 6 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจ และความเชื่อ

เกณฑ์ที่ 7 ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์ที่ 8 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะย้ายออกไปพักฟื้นต่อที่ตึกอื่น

ผลการวิจัยพบว่าในเกณฑ์แต่ละข้อที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมมีระดับคุณภาพดีและปานกลางเป็นส่วนมาก มีเพียงเกณฑ์ที่ 8 เท่านั้นที่มีผู้ป่วยร้อยละ 38.88 ได้รับกิจกรรมระดับคุณภาพไม่ดี สำหรับผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ยตลอดเวลาที่อยู่ในไอซียูมีระดับคุณภาพดีและปานกลางเป็นส่วนมาก

กนกวรรณ กฤษณา (2526) ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับกิจกรรมการพยาบาลในเกณฑ์คุณภาพดี ร้อยละ 11.54 ได้รับการพยาบาลในเกณฑ์ปานกลาง และร้อยละ 88.46 ได้รับการพยาบาลในเกณฑ์ไม่ดี

ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ (2526) ศึกษาการประเมินคุณภาพของการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลในระดับคุณภาพดี ร้อยละ 46.67

ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลในระดับคุณภาพปานกลาง ร้อยละ 53.33

ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลในระดับคุณภาพไม่ดี ร้อยละ 66.67

และเมื่อนำกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นมาทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์กับผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผ่องพักตร์ ศุภพันธ์ (2527) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กอ่อนหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช ศึกษาในผู้ป่วยเด็กอ่อน 20 รายในไอซียู ผลการวิจัยพบว่าด้านกิจกรรมการพยาบาลได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับดี ด้านผลการพยาบาลพบว่าได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพระดับปานกลาง และเมื่อนำกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและผลการพยาบาลมาทดสอบค่าความสัมพันธ์กันพบว่า กิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลการพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

วารี กังใจ (2531) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมทางปาก ในหน่วย ไอ ซี ยู กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาล เก็บข้อมูลโดยวิธีสังเกตกิจกรรมการพยาบาลกับผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 7.00-21.00 น. ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มใส่ท่อหลอดคอจนกระทั่งเอาท่อหลอดคอออกหรือถึงแก่กรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลระดับคุณภาพดี และคุณภาพ

ปานกลาง ส่วนผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นมีระดับคุณภาพดีและปานกลาง นอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานควรมีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลเป็นระยะ

สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ (2533) ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก 5 แห่งของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นการศึกษาระบบ Cross Sectional Descriptive Study เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสังเกต โดยที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการพยาบาลนั้นๆ ติดตามด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 138 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 138 หัวข้อที่เลือกมาศึกษาการให้การพยาบาลใน หอผู้ป่วยทั้ง 5 แห่ง ได้เกณฑ์มาตรฐาน 107 หัวข้อและอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน 31 หัวข้อ จำนวนที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานนี้มีเพียง 5 หัวข้อที่พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้

รุจิเรศ ฐนุรักษ์ และลักษณีย์ มีนวัฒน์ (2537) ศึกษาการใช้มาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลแผนกกุมารเวชศาสตร์ และจักษุศาสตร์ จำนวน 190 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล 38 กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่ามีผู้ปฏิบัติทุกราย ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป จำนวน 21 ใน 38 กิจกรรม และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้มาตรฐานการพยาบาลโดยใช้สถิติไคสแคว์พบว่า พยาบาลปฏิบัติแตกต่างจากผู้ช่วยพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ประเภทของเจ้าหน้าที่พยาบาลและแผนกที่ทำงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้และไม่ใช้มาตรฐานการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ยังเน้นหนักด้านความปลอดภัยของร่างกายมากกว่าทางจิตใจ

สมจิตร ชัยรัตน์ และคณะ (2537) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พ.ศ. 2537 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนางสาวทวิลักษณ์ วรรณฤทธิ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลในระดับคุณภาพการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีร้อยละ 87.5 และผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับคุณภาพไม่ดีร้อยละ 93.1 ซึ่งมีปัจจัยหลายด้านคือ การบริหาร ในด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้างในการใช้มาตรฐานการพยาบาลซึ่งทางฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยยังไม่ได้กำหนดให้ชัดเจน ด้านพัสดุครุภัณฑ์ เครื่องมือเครื่องใช้ มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ด้านการอบรมเสริมความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และปริมาณอัตรากำลังไม่สมดุลกับปริมาณงานของแต่ละหอผู้ป่วย ทำให้บุคลากรขาดเวลาและโอกาสในการศึกษา

หาความรู้ การขาดปัจจัยปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น การทำทีมการพยาบาล เมื่อนำกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นมาทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

พินิจ ปริชานนท์ และวราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร (2540) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยให้พยาบาลประเมินตนเองในกิจกรรมที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 92 คน ผู้ช่วยพยาบาล 130 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 45 กิจกรรม อยู่ในเกณฑ์ดี 9 กิจกรรม และต้องปรับปรุง 4 กิจกรรม ซึ่งได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินความวิตกกังวลและความกลัวอันเนื่องจากการผ่าตัด การร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม รวมทั้งการสำรวจเอกสารอื่นๆก่อนผ่าตัด และพบว่าร้อยละ 3 ของพยาบาลวิชาชีพตอบว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติ 4 กิจกรรมดังกล่าว ส่วนผู้ช่วยพยาบาลให้เหตุผลว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติเอง

อัญชลี นวลคล้ายและรุจิเรศ ธนุรักษ์ (2540) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีออสโตมีของเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี เปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์ประเมินคุณภาพจากการใช้มาตรฐานการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 85 คน และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 110 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีออสโตมี 18 กิจกรรม ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 6 ข้อ ดี 8 ข้อ และต้องปรับปรุง 4 ข้อ กิจกรรมที่ต้องปรับปรุงส่วนใหญ่ เป็นประเด็นเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง จากการเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าพยาบาลปฏิบัติในเกณฑ์ดีกว่าผู้ช่วยพยาบาล

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

Hegyrary and Haussmann (1976) ประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม ศัลยกรรมและกุมารเวชศาสตร์ แบบประเมินที่สร้างขึ้นเรียกว่า "Rush Medicus" ครอบคลุมการประเมินใน 3 ลักษณะ โครงสร้าง กิจกรรมการพยาบาล และผลการพยาบาล มีข้อรายการทั้งหมด 257 รายการ ประเมินโครงสร้าง 52 รายการ ประเมินกิจกรรมการพยาบาลและผลการพยาบาล 205 รายการ และมีความเห็นว่าการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ดีที่สุดคือ การมองกิจกรรมการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละคน

Ventura and other (1982) ได้หาความสัมพันธ์ของวิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาลแบบ "Qual pacs" และ "Rush-Medicus" แต่ได้ตัดแปลงแบบประเมินแบบ Rush-Medicus โดยการตัดข้อรายการที่เกี่ยวข้องกับเด็กแรกเกิดและห้องพักรักษาตัวนอก จนเหลือข้อรายการ 207 ข้อ จากนั้นนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาด 823 เตียง ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 273 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้พยาบาลจากโรงพยาบาลอื่นจำนวน 8 คน เพื่อสังเกตแบบไม่เข้าร่วมในกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมินทั้งสองต่างวัดคุณภาพการพยาบาลคนละด้าน ทั้งนี้เพราะการพยาบาลเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมองได้หลายลักษณะ

Reeder (1983) ศึกษากิจกรรมพยาบาลระหว่างผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายพฤติกรรมและการใช้ความรู้ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้มาตรฐานความสามารถในการทำงานของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งชาติอเมริกา (AORN) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตกิจกรรมและพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะช่วงระหว่างผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 9 คนคิดเป็นร้อยละ 60 ให้การพยาบาลครบถ้วนตามกระบวนการ อีก 6 คนคิดเป็นร้อยละ 40 ให้การพยาบาลไม่ครบถ้วน

Jenkins (1988) ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้การพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะอธิบายคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้การพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พยาบาล 16 คนถึงการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 4 วัน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Ethnograph computer program พบว่ามี 7 หัวข้อที่พยาบาลนำมาเป็นสิ่งตัดสินใจการดูแลที่มีคุณภาพคือ เทคนิคการดูแล เวลาที่เพียงพอ การประเมินผู้ป่วย การสังเกต การสอน การติดต่อสื่อสาร และลักษณะส่วนบุคคลในส่วนที่สองนำข้อมูลที่เป็นเหตุผลและที่ได้จากการวิเคราะห์มาอธิบายองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลคือตัวพยาบาลเอง ขนาดของโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาล การทำงานเป็นทีม กฎเกณฑ์ ผู้บริหาร ปัจจัยที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อการพยาบาลคือขาดการวางแผนการเตรียมพยาบาลที่ดี การพรณงานพยาบาลและผู้ช่วยไม่ชัดเจน จำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปเกินความสามารถในการดูแล

Hsu, Feng, and Hsueh (1995) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โดยการสำรวจคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 1993 - 31 กรกฎาคม 1994 ในหน่วยอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ จำนวน 38 แห่ง โดยใช้ผู้ป่วยจำนวน 210 คน โดยแบ่งคุณภาพการพยาบาลเป็น 4 วัตถุประสงค์ คือ 1) มีการวางแผนการพยาบาล

2) ความสนใจความต้องการทางกายภาพของผู้ป่วย 3) ความสนใจความต้องการทางจิต - สังคม วัฒนธรรม 4) ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างในคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในจุดประสงค์เดียวกันยกเว้นจุดประสงค์ที่ 3 แต่มีความแตกต่างในระดับคะแนนคุณภาพการพยาบาล ผลการวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลผู้บริหารทางการพยาบาลและอาจารย์ทางการพยาบาลรู้จุดแข็งและจุดอ่อนของการพยาบาลและช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น

จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นสรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสามารถพัฒนาได้จากการประเมินคุณภาพการพยาบาล ทั้งนี้การศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้จะช่วยเกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของงานการพยาบาลผ่าตัด ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลในงานการพยาบาลผ่าตัดจึงต้องการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Groups Interviews) เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน โดยผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

