

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล ของโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของการพยาบาล
 - 1.2 การพยาบาลแบบองค์รวม
 - 1.3 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
2. แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพ
 - 2.2 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล
 - 2.3 ข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล
 - 2.4 ความสำคัญของคุณภาพการพยาบาล
 - 2.5 องค์ประกอบของคุณภาพการพยาบาล
 - 2.6 วิธีประเมินคุณภาพการพยาบาล
 - 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย
4. ภาวะแทรกซ้อน
5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
6. งานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาล

1.1 ความหมายของการพยาบาล

คำว่า การพยาบาล นั้นมีความหมายค่อนข้างกว้าง โดยมีผู้ศึกษา เสนอแนวคิด และให้ความหมายกันไว้หลากหลาย ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอไว้พอสังเขป ดังนี้

Nightingale (1985 อ้างถึงใน สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในสภาวะที่สามารถจะต่อสู้กับการรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดในท่าทีที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกาย และจิตใจ

Handerson (1959 อ้างถึงใน สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า เป็นการช่วยเหลือบุคคลทั้งยามปกติและยามป่วยไข้ ในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือส่งเสริมการหายจากโรค หรือแม้กระทั่งการช่วยให้บุคคลได้ไปสู่ความตายอย่างสงบ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1971 อ้างถึงใน พนิดา ตามาพงศ์, 2520: 11) ได้ให้คำจำกัดความของการพยาบาล ไว้ว่า การพยาบาลคือ การใช้ศิลปะ และศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยยึดหลักให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และคงไว้ซึ่งสุขภาพและอนามัยอันดีของประชาชน และสังคมโดยไม่คำนึงถึงเพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนลัทธิการเมือง ทั้งนี้ต้องกระทำโดยบุคคลที่ได้รับการอนุญาตการประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล

ลออ นุตางกูร (2521 อ้างถึงใน อำไพ ยุติธรรม, 2526) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) ให้ความหมายของคำว่า การพยาบาล ไว้ว่า หมายถึง การดูแลคนไข้ หรือการปฏิบัติต่อคนไข้ การเอื้อเฟื้อ เลี้ยงดู

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2538) ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า เป็นการบริการทางวิชาชีพ ซึ่งมีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ ร่วมกับการใช้ความสามารถทางทักษะและสติปัญญาของการพยาบาลแต่ละคน ในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งที่เจ็บป่วยและปกติ ซึ่งต้องการคำแนะนำหรือต้องการการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

พระราชบัญญัติวิชาชีพและการผดุงครรภ์ (2540) ให้ความหมายของ การพยาบาล ไว้ว่า หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการดูแล และการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดย

อาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล

โดยสรุป การพยาบาล หมายถึง การให้บริการสุขภาพแก่บุคคลทั้งที่เจ็บป่วย และผู้ที่อยู่ในสภาวะปกติ ให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งก็คือการให้การพยาบาลแบบองค์รวม นั่นเอง โดยใช้ศาสตร์ และศิลปะในการให้การพยาบาล

1.2 การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care)

จากการที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้กล่าวถึงการพยาบาลไว้ว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการประเมินและพัฒนาทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตให้ดีที่สุดภายใต้สภาวะแวดล้อม ที่อาศัยและที่ทำงานของผู้ใช้บริการ ซึ่งการที่จะทำเช่นนี้ได้พยาบาลจะต้องพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลในระหว่างเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงแง่มุมต่างๆของชีวิต ทั้งทางกาย จิต และสังคม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพจะเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งต้องมองคนเป็นบูรณาการของกาย จิต สังคม และวิญญาณ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536: 234; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 45) การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นหัวใจสำคัญของศาสตร์ทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 67) และสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการพยาบาลได้ประการหนึ่ง (Latham, 1990 cited in Williams, 1997; 1998) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม ดังนี้

1.2.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

คำว่า องค์รวม หรือ "Holism" มาจากรากศัพท์ภาษาอังกฤษคือ "Holos" หมายถึง "Whole" หรือโดยภาพรวม (Smuts, 1926 cited in สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การที่เราจะเข้าใจภาพรวมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เราจำเป็นต้องรู้ส่วนประกอบส่วนย่อยของสิ่งนั้น ขณะเดียวกันการรู้จักส่วนย่อยแต่ละส่วนก็ไม่สามารถทำให้เข้าใจสิ่งนั้นได้ถ้าขาดการมองโดยองค์รวม คือผสมผสานส่วนประกอบแต่ละด้านทั้งหมดเข้าด้วยกัน (Blattner, 1981)

ทัศนาศา บุณยทอง (2531) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมว่า เป็นการพยาบาลโดยความเชื่อว่า มนุษย์เป็นองค์รวมหน่วยเดียว การทำความเข้าใจของกาย จิต วิญญาณ ในสิ่งที่ทุกคนอาศัยอยู่อย่างผสมผสาน คนไม่สามารถใช้ความเข้าใจแยกออกเป็นส่วนตัว

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Holistic Nurses Association, 1997 cited in Dossey and Dossey, 1998) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติ

การพยาบาลทั้งหมดที่มีเป้าหมายเกี่ยวกับบุคคลทุกคน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบขององค์รวมทั้ง 2 ด้านคือ

1. ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จและความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต สังคม และ วิญญาณของบุคคล และองค์ประกอบทั้งหมดจะมากกว่าผลรวมของแต่ละส่วน
2. ด้านที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบุคคลที่ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน

Hamilton and Kiefer (1986 อ้างถึงใน จรรยา จรรยโยภาส, 2540) ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมว่า เป็นการดูแลคนทั้งคนที่เป็นองค์รวมของกาย จิตวิญญาณ รวมทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมต่างๆที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและความเจ็บป่วย

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ว่า หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิทธิเสรีภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่าง กันไป

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือ ผู้ใช้บริการ โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นองค์รวม ทั้งกาย จิต และวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่บุคคล อาศัยอยู่ ซึ่งการให้การพยาบาลแก่บุคคลไม่สามารถแยกให้การพยาบาลออกเป็นส่วนๆได้

1.2.2 หลักปฏิบัติสำคัญในการพยาบาลแบบองค์รวม

ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการที่เป็นการพยาบาลแบบองค์รวมนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ในการปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลนั้นมีความครอบคลุมทั้งกาย จิต อารมณ์ และสังคม ซึ่งได้มีผู้กล่าวไว้หลายท่าน เช่น

Newbeck (1986 อ้างถึงในทัศนาศา นุญทอง, 2532) ได้กล่าวถึงหลักปฏิบัติสำคัญในการ ให้การพยาบาลแบบองค์รวมไว้ดังนี้

1. การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษา และการปฏิบัติอันจะแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยพึงมีต่อตนเอง และต่อการรักษา สุขภาพของตนเอง
2. การให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยจำเป็นต้อง มีส่วนรับรู้และร่วมตัดสินใจเพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเจ้าตัว เท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไร และควรจะทำอะไร ข้อสำคัญที่สุดคือ การให้

ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่เหมาะสม เมื่อได้ข้อมูลเพียงพอ และร่วมอภิปรายเพื่อตัดสินใจกับผู้ป่วยแล้ว การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหาคือผู้ป่วย โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุและผลของความถูกต้องเหมาะสม และผู้ป่วยจะต้องรับได้

4. ผู้ให้บริการและผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย เมื่อได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันแล้ว ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ทั้งของผู้ให้บริการ และผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยจึงจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

5. การตระหนักในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การที่พยาบาลสามารถตระหนักถึงในความเป็นบุคคลอื่นได้ จะได้ตอบสนองต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและเกิดผลดี

สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 68) ได้กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการดูแลแบบองค์รวมไว้ดังนี้คือ

1. พยาบาลจะต้องตระหนักถึงคนในลักษณะองค์รวม ที่ไม่สามารถแยกกาย จิต และวิญญาณออกจากกันได้

2. พยาบาลจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3. พยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองโดย

3.1 พยาบาลประเมินผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ (ให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย) และจะต้องให้ความสนใจถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้าน

3.2 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ในการแยกแยะปัญหา/ความต้องการและวางเป้าหมายในการบำบัดทางการพยาบาล

3.3 พยาบาลปรึกษาร่วมกับผู้ป่วย ถึงแผนการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้อบรมบรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกัน

3.4 พยาบาลปฏิบัติตามแผนการบำบัดทางการพยาบาล โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน ของใช้ เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสม

3.5 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยประเมินผลการบำบัดทางการพยาบาลว่าสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

3.6 ถ้าการบำบัดทางการพยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4. พยาบาลจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดต่อผู้ป่วย

มีสัมพันธภาพที่ดี และความเชื่อถือศรัทธาผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยในกระบวนการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วย หรือเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. พยาบาลจะต้องสามารถให้ข้อมูล และความรู้ต่างๆ กับผู้ป่วย และประชาชนได้

6. พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

7. พยาบาลจะต้องสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูหาย และการเจริญพัฒนาของผู้ป่วย โดยการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร (Caring)

8. พยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีการฟื้นฟูบ้าน หรือวิธีการอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการบำบัด และการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม

Latham (1990 cited in Williams, 1998) กล่าวถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมนั้น ประกอบด้วย

1. การดูแลทางด้านร่างกาย (Physical caring) หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ในด้านร่างกาย และให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย

2. การดูแลด้านการตอบสนองของความต้องการ (Sensitive caring) หมายถึง การเอาใจใส่ต่อความต้องการ ความรู้สึก การยอมรับในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

3. การดูแลด้านการเสริมสร้างความเข้าใจ (Interpretive caring) หมายถึง การดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเอง เข้าใจในการเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วย ครอบครัว และการดำเนินชีวิต

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual caring) หมายถึง การดูแลโดยการยอมรับและตระหนักในความต้องการทางความเชื่อ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมา จึงสรุปหลักในการพยาบาลแบบองค์รวมได้ว่า เป็นการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิต และวิญญาณ โดยให้การยอมรับผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายการรักษาพยาบาลร่วมกัน รับฟังและให้ข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองตลอดจนมีการปฏิบัติร่วมกัน อันนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

1.3 การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

1.3.1 ความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2530) ได้ให้ความหมายของคำว่า "สิทธิ"

หมายถึง อำนาจที่จะกระทำการใดๆ ได้อย่างอิสระโดยได้รับการรับรองจากกฎหมาย

พจนานุกรมเวบสเตอร์ (1998: 1156) ให้ความหมายของคำว่า สิทธิ หมายถึง ส่วนหนึ่งของจริยธรรมและศีลธรรมและมีความสัมพันธ์กับหน้าที่ ความเคารพ การปฏิบัติของบุคคลที่มีอิสระในการเลือกสิ่งที่ตนพอใจ หรือเป็นสิทธิอำนาจอย่างหนึ่งของบุคคลที่จะเรียกร้องให้กฎหมายคุ้มครอง มิให้ถูกคุกคามจากผู้อื่นและต้องไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่นเช่นเดียวกัน

วิทูร์ย อึ้งประพันธ์ (2537: 131) ให้ความหมาย สิทธิ คือ ข้อเรียกร้องอย่างเป็นทางการเป็นธรรมต่อบุคคลอื่นหรือต่อสังคม ให้เคารพในพฤติกรรมหรือเจตคติของคนใดคนหนึ่ง และขณะเดียวกันคนคนนั้นก็มิหน้าที่ต่อผู้อื่นทำนองเดียวกัน

ชินจิตต์ ประสมสุข (2540: 20) ให้ความหมาย สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม และประโยชน์ของมนุษย์ในการกระทำ ซึ่งได้รับการรับรองและ/หรือได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายและสังคม และต้องไม่ละเมิดต่อสิทธิของผู้อื่น

ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล (2542: 48) กล่าวว่า สิทธิ หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลอาจใช้ยื่นกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์เป็นส่วนพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น

จากความหมายของคำว่าสิทธิ จะเห็นได้ว่าสิทธินั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ คือสิทธิผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ที่ให้ความหมายไว้ เช่น

วิทูร์ย อึ้งประพันธ์ (2537: 19) กล่าวว่า สิทธิของผู้ป่วย หมายถึง สิทธิของคนทุกคนที่จะตัดสินใจในกิจการส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระเสรีของมนุษย์

สิริยา สัมมาวาจ (2540: 17) ให้ความหมาย สิทธิผู้ป่วยหมายถึง อำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วยที่จะกระทำการบางอย่าง หรือให้ผู้อื่นทำหน้าที่ต่อตนในบางอย่าง

ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล (2542: 48) กล่าวว่า สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับจากบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย

พัชรีย์ ประเสริฐกิจ (2541: 15) ได้ให้ความหมาย สิทธิของผู้ป่วยไว้ว่า คืออำนาจอันชอบธรรมของพลเมืองทุกคน ที่ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการเลือกตัดสินใจในกิจกรรมการรักษาด้วยตนเองอย่างอิสระและได้รับความคุ้มครองสิทธิตามร่างกฎหมายรัฐธรรมนูญ ปี 2540

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วย ที่ได้รับการคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ จากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในด้านกฎหมายและจริยธรรม โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

ความเป็นมาในสมัยแรกเริ่มเมื่อผู้คนเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาจากพระ หรือหมอผีเป็นการประกอบพิธีกรรมตามลัทธิและความเชื่อของชุมชนนั้น ซึ่งผู้ป่วยไปขอรับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไข และผู้รักษามีได้เรียกร่องค่าจ้าง เป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว มอบความไว้วางใจแก่ผู้รักษา ในสมัยนั้นจึงไม่ปรากฏสิทธิผู้ป่วย แต่ต่อมาเมื่อแพทย์ได้แยกตัวออกจากพระแล้ว จึงเริ่มมีกฎเกณฑ์จริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมายก็เข้ามามีบทบาทควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ จนถึงสมัย 1900-1700 ปี ก่อนคริสต์กาล ประมวลกฎหมายของพระเจ้าอัมมูราบี ได้มีบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิในร่างกายผู้ป่วย นับได้ว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของโลก ที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ต่อมาสมัยฮิปโปเครติส เป็นครูแพทย์ในยุคสมัยของอารยธรรม ปัจจุบันได้รับเกียรติว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์สากล เนื่องจากการรักษาใช้การสังเกตเหตุการณ์ธรรมชาติ และหาทางอธิบายเหตุและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และได้กำหนดคำสาบานให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ของเขาได้สาบานตัวก่อนออกไปเป็นแพทย์นับได้ว่าเป็นจรรยาบรรณแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุด ในส่วนหนึ่งของคำสาบาน เช่น การไม่ก่ออันตรายแก่ผู้ป่วย แสดงถึงการเคารพสิทธิในร่างกาย และการรักษาความลับ แสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันได้นำมาใช้รับรองสิทธิของผู้ป่วยในทางกฎหมายอาญา (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537: 11-13)

ในปัจจุบันการพัฒนาด้านการแพทย์ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแพทย์ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีเหตุและผล และผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บและสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับแนวคิดของระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการสนับสนุนความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์ (Human autonomy) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน (Human rights) มีวัตถุประสงค์ให้เห็นความชอบธรรมหรือสิทธิอันเป็นส่วนสำคัญของชีวิตมนุษย์ที่ถูกต้อง (นพนิธิ สุริยะ, 2537: 13) อำนาจจึงเป็นของผู้ป่วยเอง โดยมีกฎหมายมารองรับ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา เช่น ในเรื่องของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว และการยอมรับสิทธิที่จะรู้ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537: 14-15) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสิทธิผู้ป่วยมาจากจริยธรรมของแพทย์ ดังกล่าว

สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในการมีเสรีภาพและความเสมอภาคเท่าเทียมกัน สหประชาชาติได้มีการประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) เพื่อให้ทุกคนยอมรับและ

ถือปฏิบัติต่อสิทธิเหล่านั้น (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537: 19, คณะกรรมการประสานงานองค์การสิทธิมนุษยชน, 2540: 4-9)

การประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย จากความร่วมมือของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน อันประกอบด้วย แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ณ วันที่ 16 เมษายน 2541 กล่าวถึงสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการ จากผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
3. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษาพยาบาล
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของผู้ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการ
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับขอทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
9. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมร้องขอ
10. บิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปี บริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางร่างกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

การพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม ซึ่งในปัจจุบันจากการพัฒนาในด้านต่าง ๆ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร ทำให้การรับรู้ของประชาชนในด้านสุขภาพ มีการตื่นตัวในเรื่องสิทธิมนุษยชน และสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้นมีการเรียกร้องสิทธิในด้านคุณภาพการบริการ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529: 219) ส่งผลให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่น่าจะต้องให้ความสำคัญในการปกป้องในการกระทำที่จะทำให้เกิดการละเมิดในสิทธิดังกล่าว และจากพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.

2540 ได้นำหลักการมาใช้ในการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติในการประกันความเสียหายที่จะเกิดกับประชาชน กล่าวคือ

1. มาตรการควบคุมทางกฎหมาย
2. มาตรการควบคุมทางศีลธรรม

จากการศึกษาของ พัชรีย์ ประเสริฐกิจ (2541: 22-32) ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล (2542: 50-53) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542: 22-28) ได้สรุปสาระสำคัญของสิทธิผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ สรุปได้ดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้รับรองสิทธิของประชาชนไทยในการได้รับบริการด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

หมวด 3 ว่าสิทธิและเสรีภาพของบุคคล

"มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย"

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

"มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง"

จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดให้บริการด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพแก่ประชาชนและกำหนดให้ประชาชนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการที่มีมาตรฐาน รวมทั้งสนับสนุนให้มีบริการด้านสาธารณสุขที่เพียงพอแก่ประชาชน การขอรับบริการด้านสาธารณสุขจึงเป็นการใช้สิทธิของตนเองตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้รับรองความเสมอภาคของบุคคลไว้ดังนี้

"มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน"

การประกอบวิชาชีพพยาบาล ในหลักการของสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้สอดคล้องกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ คือ การไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ในหมวด 2 ข้อ 4 กล่าวคือ

ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึง ฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิทางการเมือง

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพนี้ (Code of ethics) ที่สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) ได้กำหนดขึ้นเพื่อให้สมาชิกของวิชาชีพถือปฏิบัติด้วยจิตสำนึกในหน้าที่ มีอุดมการณ์ และรักในเกียรติแห่งวิชาชีพ

ดังนั้น การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 2 นี้ ต้องเป็นไปตามการรับรองสิทธิที่รัฐธรรมนูญกำหนดและจากข้อบังคับโดยกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นสิทธิของผู้ป่วย ที่จะต้องยินยอมก่อนได้รับการรักษาพยาบาล ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 31 วรรคแรก "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย" และวรรค 3 "การจับ คุมขัง ตรวจค้นตัวบุคคล หรือการกระทำใดอันกระทบต่อสิทธิเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย"

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540 ให้ความหมายของการพยาบาลว่า "พยาบาล คือ การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล" และข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ข้อ 7 กำหนดว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยสุภาพปราศจากการบังคับและขู่เข็ญ"

ในการปฏิบัติกรพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพต้องให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอจะตัดสินใจให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำยินยอมจากผู้ป่วย

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแห่งกรณี โดยไม่คำนึงว่า

ผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

สิทธิผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ได้รับการรับรองสิทธิตามกฎหมายต่าง ๆ ดังนี้

1) ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374

“ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนเองอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 36

“ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องควบคุม และดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้น ๆ”

เมื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดการให้มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม

มาตรา 66 “ผู้ฝ่าฝืนมาตรา 36 มีโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

3) ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ข้อ 13

“ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่ตนจะต้องช่วยได้”

ผู้ประกอบวิชาชีพฯ ต้องยอมรับหน้าที่ และปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีเมื่ออยู่ในฐานะที่จะให้ความช่วยเหลือได้ รวมทั้งให้การช่วยเหลือตามความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

สถานพยาบาลต่าง ๆ ในปัจจุบันทั้งของรัฐและเอกชน มีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหลายสาขาที่ปฏิบัติงานร่วมกันในการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรระดับอื่น ๆ ที่สถานพยาบาลจัดไว้ให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีการใช้เครื่องแบบในการทำงานหลากหลาย บุคลากรหรือผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้ความสามารถและ

สิทธิตามกฎหมายในการประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยในฐานะผู้ใช้บริการจึงมีสิทธิที่จะรับทราบชื่อ สกุล ตลอดจนประเภท หรือตำแหน่งการทำงานของผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในบริการที่ได้รับ ทั้งนี้เพื่อการคุ้มครองสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากบริการนั้น ๆ

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 57 วรรคแรก ระบุว่า "สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับการคุ้มครองทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด" นอกจากนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ได้บัญญัติสิทธิของผู้บริโภค ที่ต้องได้รับการคุ้มครอง ดังนี้

- 1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง
- 2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกสินค้าหรือบริการ
- 3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากสินค้าหรือบริการ
- 4) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาชดเชยความเสียหาย

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้เป็นการรับรองความเป็นอิสระของผู้ป่วยในการเลือกและปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง และลดความขัดแย้งตลอดจนความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

สิทธิผู้ป่วยได้รับการรับรองจากกฎหมาย ดังนี้

- 1) ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323

"ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา ผู้พยาบาล นางผดุงครรภ์ นักบวช หมอความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นร่วมในการประกอบอาชีพนั้นแล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ" และที่ปรากฏตามวรรคสองความว่า ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรกเปิดเผยความลับผู้อื่น โดยตนได้ล่วงรู้หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้นในประการที่จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด"

นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2540 ที่บัญญัติว่า "หน่วยงานของรัฐ จะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ หรือผู้อื่นโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลที่ได้รับล่วงหน้าหรือในขณะนั้นมิได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยเพราะความจำเป็น"

2) ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 หมวด 2 ข้อ 12

“ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ห้ามเปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนล่วงรู้มาจากการประกอบวิชาชีพ”

หลักการของสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้ ถือเป็นรากฐานที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ การเปิดเผยข้อมูลการรักษาพยาบาลจะกระทำได้เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือมีเหตุจำเป็น

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

ความจำเป็นในการทดลองในมนุษย์ เพื่อความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นสิ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ในขณะที่เดียวกันการได้รับความคุ้มครองเพื่อความปลอดภัยของผู้ทดลองก็เป็นสิ่งจำเป็น สิทธิที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ทดลอง ได้รับการรับรองสิทธิไว้ คือ

1) ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 309

“ผู้ใดข่มขืนใจผู้อื่นให้กระทำการใดไม่กระทำการใด หรือจำยอมต่อสิ่งใดโดยทำให้กลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกายเสียภาพ ชื่อเสียง หรือทรัพย์สินของผู้ถูกข่มขืนใจนั้นเอง หรือของผู้อื่นหรือโดยใช้กำลังประทุษร้ายจนผู้ถูกข่มขืนนั้นต้องกระทำการนั้น หรือจำยอมต่อสิ่งนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530

“ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ผู้ทำการทดลองต่อมนุษย์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้น ๆ

“ข้อ 28 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องปฏิบัติกับผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์”

“ข้อ 29 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่อง

จากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง"

นอกจากนี้ สภาวิจัยแห่งชาติได้ออกข้อแนะนำการวิจัยในคนไว้ เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2518 กำหนดให้ผู้วิจัยมีหน้าที่ต้องชี้แจงให้ผู้ที่ยอมตนให้ทดลองทราบ ดังนี้

1. วิธีการหรือแผนงานที่ผู้อาสาหรือผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ
2. อันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและภายหลังการวิจัยตลอดจนการป้องกันที่เตรียมไว้
3. ประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากการวิจัย
4. คำอธิบายข้อข้องใจต่าง ๆ จนหมดความเคลือบแคลงสงสัย

หลักการในสิทธิผู้ป่วยข้อนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับความยินยอมในการรักษาพยาบาล คือ ต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน และยังคงมีสิทธิในการยกเลิกความยินยอมได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย

ข้อที่ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่ละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

เวชระเบียนจะเป็นที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล และในบางกรณียังใช้เป็นหลักฐานทางตามกฎหมาย ซึ่งในสิทธิที่ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 ดังนั้นการให้สิทธิผู้ป่วยเพื่อขอรับทราบข้อมูลในเวชระเบียน จะต้องไม่เป็นการละเมิดไปถึงสิทธิผู้อื่นเช่นกัน รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการให้เปิดเผยข้อมูลการรักษาของตนเองต่อบุคคลที่ 3 เช่น การทำประกันชีวิต หรือการประกันสุขภาพ

ข้อที่ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กระบุว่า เด็ก หมายถึงมนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่บังคับใช้เด็กนั้น ดังนั้นจึงกำหนดให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกิน สิบแปดปีบริบูรณ์

การบรรลุนิติภาวะในประเทศไทยนั้น เป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2535 มาตรา 19 ซึ่งบัญญัติว่า "บุคคลย่อมพ้นจากภาวะผู้เยาว์และบรรลุนิติเมื่อมีอายุสิบแปดปีบริบูรณ์ และมาตรา 20 "ผู้เยาว์ย่อมบรรลุนิติภาวะเมื่อทำการสมรส หากการสมรสได้ทำตามบทบัญญัติมาตรา 1448" ซึ่งมาตรา 1148 บัญญัติว่า "การสมรสได้จะทำได้เมื่อชายและหญิงมีอายุสิบเจ็ดปีบริบูรณ์แล้ว แต่ในกรณีที่เหตุการณ์อันสมควร ศาลอนุญาตให้ทำการสมรสก่อนหน้านั้นได้"

โดยหลักของกฎหมายผู้แทนโดยชอบธรรม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือผู้ใช้อำนาจ ปกครอง

คือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองอื่นที่มีใช้บิดา มารดา แต่อาจเป็นญาติพี่น้องหรืออัยการร้องขอต่อศาลแล้วศาลสั่งให้บุคคลนั้นเป็นผู้ปกครองผู้เยาว์ (ในผู้ที่มีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์) และผู้ซึ่งมีระบุมไว้ในพินัยกรรมให้เป็นผู้ปกครองของผู้เยาว์

ส่วนผู้ปกครองทางกายหรือจิตนั้น ต้องเป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าใจ หรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยทางสมอง ผู้ที่มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมยอมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้

1.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เตยหอม บุญพันธ์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง และการได้รับสิทธิประโยชน์ กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาการได้รับสิทธิประโยชน์ และความคาดหวังต่อการได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ด้านการเป็นเจ้าของชีวิตของตน ด้านการรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของตน ด้านความปลอดภัยในชีวิต ด้านทรัพย์สินของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์ด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่พึงมีพึงได้อยู่ในระดับน้อย และในด้านการให้ข้อมูลเรื่องคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง

ศรัววรรณ มีบุญ (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ โดยวัดความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูล ด้านการให้โอกาสผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ด้านการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล และการให้การดูแลอย่างเท่าเทียมกันตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง พยาบาลที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และพยาบาลที่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 20 ปี มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี และความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยในระดับต่ำกว่าพยาบาลคิดว่าตนได้ปฏิบัติ

ชื่นจิตต์ ประสมสุข (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และ

เจตคติต่อสิทธิผู้ป่วย กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องสิทธิอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติต่อสิทธิผู้ป่วยทางบวก และมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง อายุ ประสบการณ์การทำงาน สถานภาพสมรส หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน การศึกษาอบรมเรื่องสิทธิผู้ป่วย เจตคติเรื่องสิทธิผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวแปรที่ร่วมพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เจตคติต่อสิทธิผู้ป่วย อายุ และการศึกษาอบรมเรื่องสิทธิของผู้ป่วย

Snowball (1996) ได้ศึกษาการรับรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในฐานะผู้รักษาสีทึบ ประโยชน์ให้ผู้ป่วย ในพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 15 คนโดยการสัมภาษณ์และอัดเทป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ยอมรับในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และการเป็นตัวแทน หรือพูดแทนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง 12 คน ให้ความสนใจไปที่ขั้นตอนการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถ หรือไม่กล้าพูดด้วยตนเองได้ กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย พูดถึงการให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วย และการทำหน้าที่ผู้ปกป้องให้ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย พูดถึงเกียรติยศ ศักดิ์ศรี และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการต่อสู้เมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ข้อเสนอของงานวิจัยคือ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเข้าใจในบทบาทการรักษาสีทึบประโยชน์จะเกี่ยวข้องกับการรวมปรัชญาทางการพยาบาลเข้ากับความรู้สึกของมนุษย์ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการมองเห็นตนเองของพยาบาลในลักษณะความเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับสูง มีความรู้ มีทักษะ และความเชื่อมั่นที่จะให้การพยาบาล และการรักษาสีทึบประโยชน์ให้กับผู้ป่วย จะเกิดขึ้นบนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

Mallik (1997) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ในการตรวจสอบหาข้อสรุปของการให้ความหมายของคำว่า การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ตามการรับรู้ของพยาบาลระดับปฏิบัติการ โดยการทำ Focus group interview กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 104 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเบื้องต้นที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ผู้ป่วยเกรงกลัวเอกสิทธิ์ของแพทย์ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การร้องขอโดยตรงจากผู้ป่วย เป็นบทบาทของพยาบาล การมองเห็นถึงความจำเป็นทางการพยาบาล ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ผู้ป่วยยอมรับ ชื่นชมยินดีให้พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วย ความมีนัยสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ การตอบสนองทางด้านอารมณ์ของพยาบาลโดยเฉพาะความโกรธ ความคับข้องใจเมื่อเห็นผู้ป่วยทนทุกข์ทรมาน เหตุผลทาง

ด้านจริยธรรมและการมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ รู้ถึงการกระทำที่ถูกที่ควร จุดประสงค์ของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยคือ เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจในทางเลือกของผู้ป่วย การปกป้องผู้ป่วยจากการกระทำที่ไม่เหมาะสม การป้องกันสิทธิผู้ป่วย

Watt (1997) ได้ทำวิจัยเพื่อสำรวจแนวคิดการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์รูปแบบกึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ความหมายของการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ถูกวิจัยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเคารพในบุคคล การยอมรับสิทธิมนุษยนิยม คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นรากฐานของบทบาทการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ องค์ประกอบของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามแนวคิดของผู้ถูกวิจัยจัดกลุ่มได้ 3 องค์ประกอบใหญ่คือ การให้ข้อมูล การสนับสนุน และการเป็นตัวแทน

Chaffey และคณะ (1998) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ สำรวจทัศนคติของพยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีต่อการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย เพื่อหาข้อสรุปว่า สถานการณ์ใดที่ต้องแสดงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ จะปฏิบัติบทบาทการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ได้อย่างไร และสิ่งใดที่พยาบาลเชื่อว่าเป็นสิ่งที่สนับสนุน หรือเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ของ Patton (1990) ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 17 คน จากโรงพยาบาลใน 3 ชุมชนที่มีความแตกต่างในเรื่องของขนาดและขอบเขตของการให้บริการ ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ได้มา สามารถจัดแบ่งตามลักษณะได้ 3 ลักษณะคือ ข้อมูลที่กล่าวถึงในลักษณะของผู้ป่วย พยาบาล และกล่าวถึงสิ่งแวดล้อม คำจำกัดความของคำว่า การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ นั้นได้มีการให้ความหมายไว้ 4 ลักษณะคือ การทำงานร่วมมือกัน และกระทำจนมั่นใจได้ว่าบุคคลมีความรู้มากเท่าที่เขาสารณามีได้ การปฏิบัติการกับระบบเพื่อรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิประโยชน์เป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคล และการให้การดูแลที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อ ค่านิยมส่วนบุคคล ความเชื่อทางศาสนา และการได้รับการอบรมสั่งสอน สิ่งที่มีอิทธิพลขัดขวางการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ได้แก่ ท่าทีของแพทย์ ร่วมกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ลักษณะกิจกรรมที่พยาบาลกระทำในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์คือ การสอน การให้ข้อมูล และการสนับสนุน

ศรีสุรางค์ แสงแก้ว (2542) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดคออโรโธปติกส์ จำนวน 90 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ มีข้อกำหนดจากมาตรการการควบคุมทางกฎหมาย เป็นสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองโดยมีบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ การปกครองและกฎหมายของสังคม เพื่อรับรองและบังคับให้ทุกคนเคารพต่อสิทธิซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งด้วยการกำหนดโทษของการฝ่าฝืนและ ล่วงละเมิด และมาตรการควบคุมทางศีลธรรม เป็นสิทธิที่ขึ้นอยู่กับความถูกต้อง ความดีงาม ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของชีวิต พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพต้องปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรการควบคุมทางกฎหมายและทางศีลธรรม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อไม่ล่วงละเมิดในสิทธิดังกล่าว และสามารถส่งผลให้การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมีคุณภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล

2.1 ความหมายของคุณภาพ

ลอช นุตางกูร (2529: 4) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ คือ ลักษณะความดีประจำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะมีชีวิต หรือไม่มีชีวิตก็ตามที่อยู่ในระดับที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2530) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพ ว่าหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลและสิ่งของ

Katz และ Green (1992) ได้กล่าวถึงความหมายของคุณภาพไว้ว่า เป็นผลลัพธ์ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรฐาน

Gillies (1994) ได้กล่าวไว้ว่า "คุณภาพ" เป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติที่ดีเลิศ และความเป็นเลิศนั้นวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งแต่ละ

วิชาชีพได้กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ วิภาดา คุณาวิกติกุล (2542) ที่กล่าวถึงคำว่า คุณภาพไว้ว่าเป็นการกระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักการ

จากที่กล่าวมา จึงสรุปความหมายของคำว่า “คุณภาพ” ได้ว่า เป็นระดับของการปฏิบัติที่ดี สมบูรณ์ ถูกต้อง ประจําสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ตาม

2.2 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

Zimmer (1974) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง คุณลักษณะทางการพยาบาลที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งบ่งบอกถึงระดับความเป็นเลิศตามที่คาดหวังและที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นมาตรฐานที่จะนำไปสู่ระดับความเป็นเลิศที่สูงที่สุดและเป็นไปได้

Frobe และ Bain (1976: 14) กล่าวไว้ว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำ หรือผลของกระบวนการประกอบกิจกรรมที่บังเกิดผลดีเลิศ วัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่แต่ละวิชาชีพกำหนดไว้

Lang (1976 cited in Hogston, 1995) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพการพยาบาล เป็นเหมือนกระบวนการซึ่งมุ่งหา เสาะหา ความสำเร็จที่ระดับสูงที่สุดของความเป็นเลิศในการพยาบาล

ลออ หุตางกูร (2529: 5) และพวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2530: 86) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่า คุณภาพการพยาบาล ไว้ว่า หมายถึง ลักษณะความดีของบริการการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของประชากร กระบวนการของการให้การพยาบาล และผลที่เกิดกับผู้ใช้บริการ โดยมีเกณฑ์ที่ดีของแต่ละภาคไว้เพื่อประเมินระดับมาตรฐาน

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2529: 219) ให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาลไว้ว่า เป็นลักษณะที่เลิศหรือสูงกว่าเกณฑ์กลางที่กำหนด ซึ่งสามารถวัดได้จากการเปรียบเทียบผลการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานที่แต่ละวิชาชีพได้กำหนดไว้

ฟาริดา อิบราฮิม (2530: 627) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นลักษณะซึ่งสังเกตได้ที่บ่งบอกถึงความดีเลิศ เป็นไปตามที่คาดหวังหรือพึงปรารถนาหรือตามมาตรฐาน

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2537) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาล โดยพิจารณาจากประเด็นหลัก 3 ประการคือ

1. Affective quality เป็นคุณภาพที่วัดจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการ เนื่องจากการพยาบาลเป็นการให้บริการที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ใช้บริการสุขภาพ
2. Cognitive quality เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล และการปฏิบัติในระดับวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการ ดังนั้นบุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถ

เฉพาะสาขา และปฏิบัติการอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งวัดได้จากการใช้กระบวนการพยาบาล และการตรวจสอบจากเอกสาร

3. Psychomotor quality เป็นคุณภาพที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญ มีทักษะที่ถูกต้องตามหลักการและเทคนิค สามารถประเมินได้จากการให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง หรือผู้ร่วมงานเป็นผู้สังเกต การสอบถามผู้บริหาร ตลอดจนสอบถามจากผู้ใช้บริการ

Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization (1994 อ้างถึงใน วิภาดา คุณาวิทิตกุล, 2538) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง ระดับของการบริการ หรือการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นหรือลดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) มีความเห็นว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นอาจมองได้ 3 แนวทาง คือ

1. จะต้องสนองความต้องการของประชาชน หมายถึงการให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ที่ให้ปริมาณบริการที่เพียงพอ และความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์
2. การบริการที่สนองต่อนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศ ซึ่งเป็นการบริการที่ผสมผสานการดูแล การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยเน้นการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องเป็นการพยาบาลที่สนองต่อความเป็นวิชาชีพของพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล
3. เป็นการพยาบาลที่สนองต่อความเป็นวิชาชีพของพยาบาลในขณะปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

3.1 ดำเนินการให้การพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบทางวิทยาศาสตร์โดยใช้กระบวนการพยาบาล

3.2 ประสานงานการดูแลรักษาในทีมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและใช้การติดต่อสื่อสารที่ดี ตลอดจนการบันทึกรายงานที่คงไว้ซึ่งความต่อเนื่องทางการดูแลรักษาโดยตลอด

3.3 นิเทศการพยาบาลให้กับบุคคลในความรับผิดชอบ โดยมุ่งส่งเสริมพัฒนานักบุคคลในทางที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าทั้งส่วนวิชาชีพและส่วนตน

3.4 รักษาและดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณของวิชาชีพตลอดไป

จากการศึกษาของ วิภาดา คุณาวิทิตกุล และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงความหมาย ของ คุณภาพการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ตอบสนองต่อความต้องการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ

จากที่กล่าวมา จึงสรุปความหมายของคุณภาพการพยาบาลได้ว่า หมายถึง ลักษณะความดีของบริการสุขภาพที่เป็นผลจากการกระทำของผู้ให้บริการต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งวัดได้จากเกณฑ์ หรือมาตรฐานต่างๆที่กำหนดไว้

2.3 ข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล

ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้น จะต้องมีเกณฑ์ หรือข้อบ่งชี้ในการประเมิน ซึ่งจากการศึกษา และทบทวนเอกสาร งานวิจัย ตำราต่างๆพบว่า ข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล นั้นได้มีผู้กล่าวไว้หลากหลาย เช่น

Jelinek, Hausman, Hegyvary และ Newman (1974 cited in Mills, Arnold and Wood, 1982) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล ไว้ว่าประกอบด้วย การป้องกันการบาดเจ็บ การป้องกันการติดเชื้อ การให้การรักษายาบาลพิเศษ การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ

Wandelt และ Ager (1974) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาลไว้ว่า ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคลทางด้านอารมณ์ และจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มทางด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และการให้การดูแลผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้เชิงวิชาชีพ

Illslay, Goldstone และคณะ (1985 cited in Todd, Reid and Robinson, 1989) ได้อธิบายถึงข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาลไว้ว่าประกอบด้วย การประเมินการวางแผนดูแลผู้ป่วย การประเมินระดับของการให้การดูแลตามความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วย การประเมินระดับของการให้การดูแลตามความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และการประเมินผลการพยาบาล

จากการศึกษาของ Williams (1997, 1998) พบว่าผู้ป่วยได้พิจารณาการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปัจจัยสำคัญของการพยาบาลที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพยาบาลแบบองค์รวมที่ได้รับ ซึ่ง Newbeck (1986 อ้างใน ปัทมา คุปตจิต, 2537) ได้กล่าวถึงหลักปฏิบัติสำคัญในการพยาบาลแบบองค์รวมว่าประกอบด้วย

1. มีความตระหนักในตนเอง พยาบาลต้องเป็นผู้ที่ตระหนักในตนเอง และวิชาชีพของตน
2. การรู้จักเป็นผู้ฟัง พยาบาลต้องให้ความสำคัญของการฟัง เพราะการฟังเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงถึงการให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้อื่น
3. การรู้จักใช้เวลาได้อย่างถูกต้อง และแบ่งเวลาให้กับผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม
4. การเป็นผู้ให้ พยาบาลจะต้องดำรงบทบาทของผู้ให้อยู่เสมอโดยไม่คำนึงถึงสิ่งตอบแทน
5. การให้ข้อมูล และความรู้ต่างๆ

6. การให้ผู้ให้บริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

7. การตั้งเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และผู้ให้บริการก็ควรมีส่วนร่วม ในการวางเป้าหมายในการรับบริการด้วย

8. การวางแผนงานอย่างเหมาะสม

9. พยาบาลและผู้ให้บริการปฏิบัติงานร่วมกันในแผนการรักษา

Latham (1990 cited in Williams, 1998) กล่าวถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามแนวคิด การพยาบาลแบบองค์รวมนั้น ประกอบด้วย

1. การดูแลทางด้านร่างกาย (Physical caring) หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ในด้านร่างกาย และให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย

2. การดูแลด้านการตอบสนองของความต้องการ (Sensitive caring) หมายถึง การเอาใจใส่ ต่อความต้องการ ความรู้สึก และการยอมรับในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

3. การดูแลด้านการเสริมสร้างความเข้าใจ (Interpretive caring) หมายถึง การดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเอง เข้าใจในการเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วย ครอบครัว และการดำเนินชีวิต

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual caring) หมายถึง การดูแลโดยการยอมรับและ ตระหนักในความต้องการทางความเชื่อ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

Rothschild, Middleton และ Berry (1997) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพการพยาบาลว่าขึ้นอยู่กับตัวบุคลากรพยาบาล การสูญเสียผู้บริหารทางการพยาบาล โดยไม่มีการทดแทน เวลาในการให้การพยาบาล ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพ คำร้องทุกข์ของผู้ป่วย และญาติ การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย การได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย และความผิดพลาดในการให้ยา

จากการศึกษาของ Kunaviktikul และคณะ (2000) พบว่า ข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ข้อบ่งชี้เชิงโครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1 ด้านการบริหาร

- การเขียนวิสัยทัศน์และพันธกิจ
- การเขียนนโยบาย
- การเขียนแผนการปฏิบัติตามนโยบาย
- โครงสร้างองค์กร
- การประสานงานระหว่างภายในและภายนอกทีม
- การบริหารเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร

- การควบคุมระบบ
- การเขียนแบบพรรณางาน
- ระบบการนิเทศ
- ความคิดเห็นและคำแนะนำจากบุคคลภายนอก
- ระบบเงินเดือน
- คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
- มาตรฐานการปฏิบัติงาน
- ระบบการพัฒนาคุณภาพ
- กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ
- ระบบการตรวจสอบภายใน
- ระบบการตรวจสอบภายนอก
- การประเมินผลการปฏิบัติงาน
- ทีมการพยาบาล
- แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1.2 สถานที่

- มีความสะอาด
- เป็นระเบียบเรียบร้อย
- สะดวกสำหรับผู้ป่วย
- สิ่งแวดล้อมปลอดภัย
- มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ

1.3 สิ่งสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ

1.3.1 งบประมาณ

- ความสามารถในการจัดหางบประมาณ
- การจัดให้มีการทำงานนอกเวลาอย่างเหมาะสม
- การจัดสวัสดิการให้เหมาะสม

1.3.2 สิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือ

- เครื่องมือทันสมัย
- เครื่องมือมีความเหมาะสม
- สามารถจัดหาเครื่องมือได้สะดวก
- เครื่องมือมีมาตรฐาน

1.3.3 วัสดุทางการสอน

- แนวทางการปฏิบัติ เอกสาร หรือแผ่นพับ

1.3.4 บุคคล

1.3.4.1 คุณสมบัติของผู้บริหาร

- ความสามารถในการเป็นผู้นำ
- ความสามารถในการมอบหมายงาน
- การตัดสินใจ
- สนับสนุนในเรื่องคุณภาพ
- ทักษะในการติดต่อสื่อสาร

1.3.4.2 คุณสมบัติของพยาบาล

- ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ
- มีความรู้ทางการพยาบาล
- มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร
- มีทัศนคติที่ดีในการให้บริการ
- มีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

1.4 การพัฒนาบุคลากร

- มีแผนการพัฒนาบุคลากร
- มีกิจกรรมการพัฒนาบุคลากร
- มีการจัดประชุมและสัมมนา
- ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการประเมินผลการฝึกปฏิบัติงาน

2. ข้อบ่งชี้เชิงกระบวนการ ประกอบด้วย

2.1 การปฏิบัติการพยาบาล

- การประเมินปัญหาของผู้ป่วย
- การวางแผนการพยาบาล
- การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
- การให้การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การสอนผู้ป่วย
- การบันทึกทางการพยาบาล
- การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
- การตรวจสอบและการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

- การใช้เวลากับผู้ป่วย
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- การบันทึกเหตุการณ์ผิดปกติต่างๆ

2.2 บุคลิกของผู้ประกอบวิชาชีพ

- พฤติกรรมบริการ
- ทักษะการมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- ความซื่อสัตย์
- ความรับผิดชอบ
- พฤติกรรมการดูแล
- ความเต็มใจ
- ความมีจิตใจให้บริการ
- ความยืดหยุ่น
- ความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ
- การติดต่อประสานงานภายในและภายนอกหน่วยงาน

2.3 ความพึงพอใจ

- มีความสุขในการทำงาน
- มีทัศนคติที่ดีต่องาน
- ประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการทำงาน
- รายได้

2.4 ความสามารถ

- มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน
- ให้บริการด้วยความยืดหยุ่น
- ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม
- มีความชำนาญในการสอน
- มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ
- มีการตัดสินใจที่ดี

3. ข้อบ่งชี้เชิงผลลัพธ์

3.1 ภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการพยาบาล

- ปอดบวม
- ข้อติดแข็ง
- ตกเตียง

- ให้อาผัด
- ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

3.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

- ความปลอดภัย
- มีความเสี่ยงต่ำ
- สะดวกสบาย
- บริการเป็นไปตามที่คาดหวัง
- มีความเป็นส่วนตัว

3.3 ความพึงพอใจในข้อมูลข่าวสาร

- จากการสอน
- ความเครียดลดลง
- ความสามารถในการดูแลตนเอง

3.4 เวลา

- เวลาในการให้บริการ
- เวลาในการรอคอย
- จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล

3.5 ความพึงพอใจในการจัดการเกี่ยวกับอาการปวด

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล จะให้ความสำคัญที่ผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการกำหนดองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของคุณภาพ ที่ประกอบด้วย มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ด้านใดด้านหนึ่ง หรือทุกด้าน นอกจากนี้แล้ว ผู้ประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล ต่างก็มีความสำคัญในการที่จะประเมินตามข้อบ่งชี้คุณภาพการพยาบาลที่กำหนดไว้เช่นกัน

2.4 ความสำคัญของคุณภาพการพยาบาล

ในปัจจุบันนี้ประเด็นคุณภาพการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่องค์การทางสุขภาพได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะเศรษฐกิจ สังคม อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร ประกอบกับในปัจจุบันนี้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินเพื่อประกันตน หรือจ่ายเงินเพื่อการตรวจและการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง จึงมีความต้องการที่จะได้รับบริการที่ดีที่สุดคุ้มค่ากับเงินที่ต้องจ่ายไปให้กับสถานบริการ ดังนั้นการปฏิบัติ

งานที่มีคุณภาพของพยาบาล หรือคุณภาพการพยาบาลจึงมีความสำคัญในหลายๆแง่มุม ดังนี้คือ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2532; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

1. คุณค่าต่อผู้ใช้บริการ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการนั้น สามารถสนองความต้องการเฉพาะอย่างของผู้ให้บริการได้ ไม่ว่าจะความซับซ้อนของความต้องการของผู้ใช้บริการ และสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติ จะมีความแตกต่างกันเพียงใด ผู้ประกอบวิชาชีพก็สามารถดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพที่เป็นความผูกพันของการประกอบวิชาชีพจนตลอดชีวิต ผู้ใช้บริการจึงมีความมั่นใจว่าจะต้องได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพสูงสุด มีความเหมาะสมและสนองความต้องการได้มากที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนเป็นไปตามหลักการและความรู้ทางวิชาชีพ

2. คุณค่าต่อวิชาชีพการพยาบาล คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญที่บ่งชี้ให้ทราบว่า วิชาชีพได้ให้ความผูกพันต่อผู้ใช้บริการ หรือสังคม โดยการจัดบริการที่ต้องใช้ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีทักษะทางเทคนิค และมีองค์ความรู้ที่เป็นเอกภาพ ซึ่งองค์ความรู้และทักษะดังกล่าวต้องมีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับสภาพทางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การบริการทางวิชาชีพการพยาบาลจึงจะเป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง ดังนั้นคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีคุณค่าต่อวิชาชีพในการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม

3. คุณค่าต่อสถานบริการสุขภาพ คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่มีในสถาบันหรือหน่วยงานใด เป็นสิ่งบอกให้ทราบว่า การบริการของสถาบันนั้นมีการดำเนินงานที่มีการกำหนดระเบียบที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของหน่วยงานเป็นอย่างไร หน่วยงานบริการพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเป็นองค์รวมของวิชาชีพการพยาบาล ที่จะทำให้องค์รวมของวิชาชีพได้ชัดเจนที่สุดว่ามีความเป็นอิสระในการบริหารและการปฏิบัติการพยาบาลได้มากน้อยเพียงใด มีความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการแก่สังคมอย่างไร และให้การปฏิบัติเชิงวิชาชีพได้ดีเพียงใด คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานพยาบาลของสถานบริการชุมชนนั้นๆ จะบอกได้ว่า สังคมยอมรับสถานบริการสุขภาพมากน้อยเพียงใด และเป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานบริการสุขภาพในแง่ของการบริการพยาบาลอีกด้วย

4. คุณค่าต่อผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ แสดงว่าผู้ประกอบวิชาชีพได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ ต่อวิชาชีพ และต่อสถานบริการสุขภาพที่ตนปฏิบัติอยู่ นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพได้มีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการใช้ทักษะทางเทคนิคการแก้ปัญหาด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล ตลอดจนวิธีการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการนำผลมาใช้ หรือการให้ความร่วมมือตลอดจนการทำวิจัยด้วยตนเอง นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นการแสดงว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นได้ประกอบวิชาชีพอยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณของวิชาชีพอยู่เสมอ ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพมี

ความพึงพอใจในวิชาชีพของตน และได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และสังคม

2.5 องค์ประกอบของคุณภาพการพยาบาล

ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้น Donabedian (1966 อ้างถึงใน ยุพิน อังสุโรจน์, 2543) ได้กำหนดองค์ประกอบไว้ 3 ด้านคือ

1. การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงโครงสร้าง ซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพการประเมินคุณภาพเชิงโครงสร้างนี้สามารถประเมินได้จาก ลักษณะทางกายภาพ และการบริหารขององค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการ มโนทัศน์ของการประเมินเชิงโครงสร้างนี้ประกอบไปด้วย ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพ ด้านรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ

2. การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการ เป็นการประเมินถึงกิจกรรมการปฏิบัติที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม หรือระหว่างกลุ่มของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความรู้และระดับการปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมที่ควรจะเป็นด้วย Donabedian (1982) ได้แบ่งการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการ ออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านการปฏิบัติการ (Technical) และ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ในกระบวนการด้านการปฏิบัติการซึ่งถือว่าเป็นศาสตร์ของการดูแล เป็นการประยุกต์ศาสตร์หรือเทคโนโลยีสาขาต่างๆมาบริหารจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ การประเมินการปฏิบัติการณ์ขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจ และทักษะการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดูแล ในกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นศิลป์ของการดูแล หมายถึง การจัดการการปฏิสัมพันธ์ทางจิต-สังคม ระหว่างผู้ใช้ และผู้ให้บริการ กระบวนการนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการ และสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลและมาตรฐานวิชาชีพของการให้บริการด้วย การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการนี้ อาจใช้วิธีการสังเกตการให้การพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและพยาบาล นอกจากนี้แล้วยังสามารถประเมินจากการบันทึกทางการพยาบาลได้ด้วย (Marriner-Tommy, 1992)

3. การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย หรือภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหมายถึงรวมถึงความรู้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพ ทัศนคติ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการด้วย (Gillies, 1994) นอกจากนี้ยังสามารถดูได้จากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการได้ด้วย เช่น การตกเตียง การให้ยาผิด ภาวะปอดแฟบ เป็นต้น (Kunaviktikul, et al., 2000) การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ อาจใช้วิธีการสังเกตผู้ป่วยภายหลัง

ได้รับการพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การประเมินจากบันทึกทางการแพทย์ ตลอดจนการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย (Marriner-Tommy, 1992)

ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นได้มีผู้ให้มุมมองที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ อาจประเมินเพียงด้านเดียว ที่เป็นเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล (Hodgh and Icenhour, 1990 cited in Frost, 1992) ประเมินสองด้านคือด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ (Bloch, 1975; Hegyvary and Hausmann, 1976) หรือประเมินครบทั้งสามด้าน คือด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด (Donabedian, 1966) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาคุณภาพการพยาบาล ของโรงพยาบาลตำรวจ โดยผู้วิจัยจะทำการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการ และคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์เท่านั้น เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ของคุณภาพการพยาบาลเชิงโครงสร้างผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ เช่น ด้านการบริหารงานงบประมาณ การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น แต่จะมีเพียงส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น ความสะอาด และเรียบร้อยของสถานที่ในโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ ซึ่งจะมีความซ้ำซ้อนกับคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการในที่นี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาด้านการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เนื่องจากนักวิชาการทางการแพทย์ได้ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การพยาบาลแบบองค์รวมนั้น เป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับปรัชญาของงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความสำคัญกับการให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยในทุกแผนกของโรงพยาบาล ส่วนการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นการประเมินด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อบริการพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เนื่องจากคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่น อัตราการตกเตียง และอัตราการให้ยาผิด ในโรงพยาบาลตำรวจ ยังไม่มีการบันทึกรายงานเหตุการณ์ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล จึงทำให้เป็นการยากต่อการศึกษาในช่วงเวลาที่จำกัด

2.6 วิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาล

Cowie (1995) ได้ให้ความหมายของการประเมินว่า เป็นการตีค่า หรือราคาของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเป็นกระบวนการตัดสินคุณค่าของสิ่งของที่ได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2530: 509) ซึ่งการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้คือ (สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ, 2536; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538; Muller, 1993)

1. การประเมินตนเอง เป็นวิธีการประเมินระดับความรู้ ความสามารถของวิชาชีพ พยาบาล ประสิทธิภาพของวิธีนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของแต่ละบุคคล การรับรู้ตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในการประเมินตนเอง การประเมินตนเองเป็นวิธีการที่สำคัญในการ พัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพ

2. การประเมินคุณภาพการพยาบาลจากบันทึกทางการพยาบาล เป็นวิธีหนึ่งที่จะ ช่วยประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีนี้มีทั้งข้อดีข้อเสียดังนี้คือ ข้อดี ทำให้ ประหยัดเวลา แรงงาน และค่าใช้จ่าย เพราะใช้สิ่งที่มีอยู่แล้วเป็นข้อมูล ส่วนข้อเสีย หรือข้อจำกัด ของวิธีนี้คือ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากมีการบันทึกไม่ครบถ้วนทำให้สิ่งที่สำคัญและ จำเป็นขาดหายไป (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2528)

3. การสังเกตการให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินคุณภาพ การพยาบาล สิ่งที่สำคัญในการสังเกตคือ ต้องกำหนดเกณฑ์ในการสังเกต และถ้าใช้คนหลายคน ทำการสังเกตทุกคนต้องเข้าใจเกณฑ์ที่สังเกตเหมือนกัน การสังเกตอาจจะทำร่วมไปในขณะให้ การพยาบาล หรืออาจสังเกตโดยไม่เข้าร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ในการสังเกตการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลใช้หลักการสังเกตเหมือนกับการสังเกตโดยทั่วไป โดยมีข้อดีและข้อจำกัด ดังนี้คือ (ยุวดี ภาษา, 2534; Polit and Hungler, 1994)

ข้อดี - การสังเกตจะทำให้เห็นเหตุการณ์ได้เด่นชัด

- สามารถบันทึกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้
- สามารถรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่ไม่สามารถให้คำตอบได้
- ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ที่ไม่มีความรู้หรือไม่ยอมให้สัมภาษณ์
- ได้ข้อมูลจากบุคคลโดยตรง สามารถเรียงลำดับเหตุการณ์ได้
- สามารถเริ่มหรือหยุดสังเกตเวลาใดก็ได้

- ใช้เป็นหลักฐานสนับสนุน หรือขัดแย้งข้อความในเรื่องเดียวกันที่ทราบ มาจากการบอกกล่าว การสัมภาษณ์ หรือวิธีอื่น หรือเสริมความรู้ต่างๆให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัด

- บางเหตุการณ์เกิดขึ้นนานๆครั้ง ทำให้เสียเวลาในการรอ
- ไม่สามารถเก็บข้อมูลบางอย่างที่เจ้าของเหตุการณ์ไม่อนุญาต
- ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนทุกแง่มุมของเหตุการณ์ทุกชนิด
- ผู้ถูกสังเกตรู้สึกตัวอาจทำให้พฤติกรรมของผู้ถูกสังเกตเปลี่ยนแปลง
- บางเหตุการณ์เกิดขึ้นเร็วถ้าสังเกตไม่ทันจะทำให้แปลความหมายผิดได้

4. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และครอบครัว ตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้น เช่น ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ เป็นต้น วิธีนี้มีข้อดี และข้อจำกัดดังนี้ คือ (ยุวดี ภาษา, 2534;

Polit and Hungler, 1994)

ข้อดี - ใช้ได้แม้ว่าบุคคลนั้นอ่าน หรือเขียนหนังสือไม่ได้

- ยืดหยุ่นได้ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถ

อธิบาย หรือถามจนกว่าจะเข้าใจได้

- ได้ข้อมูลตรงตามที่บุคคลต้องการ

- ได้ข้อมูลเท่ากับจำนวนที่ถาม

- ขณะสัมภาษณ์ สามารถสังเกตผู้ให้สัมภาษณ์ หรือสภาพแวดล้อมไป

ด้วย

- ประหยัดเวลาของผู้ถูกสัมภาษณ์

- เหมาะสำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ทักษะ

ความเชื่อ ประสบการณ์ การเรียนรู้ เป็นต้น

ข้อจำกัด

- ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือบิดเบือนจากความเป็นจริง อาจเนื่องจาก

ความเครียดระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์

- ผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกไม่อิสระในการตอบ

- เสียเวลา แรงงาน และงบประมาณมาก

- อาจมีความลำเอียงในการสัมภาษณ์

- อาจมีปัญหาเรื่องความเชื่อถือได้ของข้อมูลในกรณีที่มีผู้สัมภาษณ์

หลายคน

5. การประเมินการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ ประเภท และใช้วิธีต่างๆร่วมกัน เช่น สัมภาษณ์ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการประเมินจาก การบันทึก

6. การประเมินโดยกลุ่มเพื่อน (Peer review) เป็นกระบวนการซึ่งบุคลากรในวิชาชีพเดียวกัน ตำแหน่งระดับเดียวกัน ทำงานที่เดียวกัน ประเมินการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงาน แต่ละคนว่าทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการสังเกตในขณะที่ปฏิบัติงาน ทบทวนการบันทึกในรายงานผู้ป่วย ตลอดจนเข้าร่วมฟังการสอน เป็นต้น ผลของการประเมิน จะต้องมีการแจ้งให้ผู้ถูกประเมินรับทราบ มีการอภิปรายหาจุดเด่น และจุดด้อยเพื่อนำไปปรับปรุง การประเมินวิธีนี้ ผู้ประเมินจะต้องมีวุฒิภาวะทางวิชาชีพ (Professional maturity) ด้วยจึงจะทำให้การประเมินเป็นไปอย่างสมบูรณ์ และการประเมินควรมุ่งที่การปฏิบัติงาน ไม่ควรมุ่งที่พฤติกรรมส่วนบุคคล

7. การควบคุมกำกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการรายงาน และทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินวิธีนี้อาจประเมินโดยใช้กลุ่มเพื่อน หรือประเมินโดยบุคคลคนเดียวก็ได้ วิธีนี้

จะต้องมีการบันทึกเหตุการณ์ปัญหาที่ชัดเจน เช่น การให้ยาผิด การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า วิธีในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นมีหลายวิธี ซึ่งการเลือกใช้วิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่เหมาะสมนั้น ควรจะมีการเลือกใช้มากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีที่สุด (Frobe and Bain, 1976) ซึ่งได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินไว้โดยใช้วิธีการประเมินต่างๆที่กล่าวไปแล้วดังรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล ที่เป็นที่ยอมรับและรู้จักกันมาก ได้แก่

1. The Slater Nursing Competencies Rating Scale สร้างโดย Wandelt และ Stewart (1967) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาลแต่ละบุคคล โดยมีผู้ตรวจการหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินผล เครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลนี้ประกอบไปด้วย การดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคลทางด้านอารมณ์และสังคม การดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มทางด้านอารมณ์และสังคม การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การติดต่อสื่อสารอย่างมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการให้การดูแลผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้เชิงวิชาชีพ มีการศึกษาและงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้ เป็นตัววัดคุณภาพการพยาบาล เช่น

Hughes, Wade และ Peters (1991) ได้ศึกษาผลของการสังเคราะห์หลักสูตรการปฏิบัติการพยาบาลตามความเข้าใจในแนวคิดและบทบาทของตนของนักศึกษาพยาบาลอาวุโส โดยทำการศึกษาในภาคเรียนสุดท้ายของหลักสูตร มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ใช้ Tennessee Self-Concept Scale วัดแนวคิดของตนเอง และใช้ The Slater Nursing Competencies Rating Scale วัดการรับรู้ความสามารถตามบทบาท ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดของตนเองของนักศึกษา และการรับรู้ความสามารถตามบทบาทของนักศึกษาเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

Graf (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ ความตระหนักในการปฏิบัติงานของตนเอง และความสามารถของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในการปฏิบัติงานของตนเอง และความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติงานด้านอื่นๆที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานและรูปแบบการทำงาน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Adler (1982) และ Walches, Dixan และ Stanford (1974) กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 91 คน ของเมือง Southeastern โดยใช้เครื่องมือ 4 ชิ้นคือ The Slater Nursing Competencies Rating Scale วัดความตระหนักในการปฏิบัติงานของตนเอง California

Psychological Inventory วัดวัดความสามารถของตนเอง Schwirian Six-Dimension Nursing Performance Scale วัดความตระหนักในการปฏิบัติงานของตนเอง และ Peter/Schauwecker Job Satisfaction Inventory วัดความพึงพอใจของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักในการปฏิบัติงานของตนเอง ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติงานด้านอื่นๆที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานและรูปแบบการทำงาน มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญ รูปแบบการทำงานเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน และไม่มีความสัมพันธ์กับการวัดการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในงานมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของความตระหนักในการปฏิบัติงานของตนเองกับการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ

Carveth (1995) ได้ศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงของพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงของพยาบาล ซึ่งพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงของพยาบาลรวมถึงการลดน้อยลงของการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการดูแลทางด้านร่างกาย และการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 52 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ และแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Ideal patient neutral patient และ deviant patient และใช้ เครื่องมือ The Slater Nursing Competencies Rating Scale เป็นตัววัดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของการให้การพยาบาลของพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งจะมีอิทธิพลในด้านลบต่อคุณภาพการพยาบาล

Fitzpatrick, While และ Roberts (1997) ได้ศึกษาการวัดการปฏิบัติงานของพยาบาล: การพัฒนามาจากระดับการปฏิบัติงานทางการพยาบาลของ King การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการวัดคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ The Slater Nursing Competencies Rating Scale เป็นตัววัด โดยการสุ่มสังเกตการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลอาวุโสจำนวน 99 คน ผลการศึกษา แสดงไว้ในผลการศึกษาของ While และคณะ ซึ่งเป็นเอกสารที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน (Unpublished document)

2. The Phaneuf Nursing Audit สร้างโดย Phaneuf (1972) ซึ่งออกแบบ การประเมินผลคุณภาพการพยาบาล โดยการตรวจสอบแฟ้มผู้ป่วยย้อนหลังจำนวนร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่กลับบ้านไปแล้ว เป็นการวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล แบบประเมินมีจำนวน 50 ข้อ แบ่งตามหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล 7 ประการคือ การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตอาการ และปฏิกิริยาต่างๆของผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วย การให้คำแนะนำกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการ

ดูแล (ยกเว้นแพทย์) การรายงานและการบันทึก การปฏิบัติถูกต้องตามหลักการพยาบาล การสนับสนุนภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางตรงและโดยการสอน ตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือนี้ประเมินคุณภาพการพยาบาล เช่น

Grimm (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดของโรงพยาบาล และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย โดยศึกษาในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกัน 3 ขนาด คือ ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ ใช้กรอบแนวคิดของ Block's (1975) ที่ประเมินผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ 12 โรงพยาบาล ที่สุ่มมาจากโรงพยาบาลทั้งหมด 180 โรงพยาบาล และเลือกครอบครัวของผู้ป่วย 102 ครอบครัว ใช้ The Phaneuf nursing audit วัดคุณภาพการพยาบาล และใช้ La Manieal /Oberst Patient Satisfaction วัดความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กัน และมาตรฐานการดูแลทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาดไม่แตกต่างกัน และจากผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า มาตรฐานการดูแลทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง 88.2 %

Guidry (1992) ได้ศึกษาผลกระทบของคุณภาพการพยาบาลต่อกรณีการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วยในรัฐเท็กซัส การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาล กับการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วย และผลลัพธ์ในด้านลบเกิดกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 32 คน พยาบาลวิชาชีพ 18 คน ผู้ช่วยพยาบาล 12 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ The Phaneuf nursing audit เพื่อวัดคุณภาพการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ถ้าระดับของผลลัพธ์ในด้านลบที่เกิดกับผู้ป่วยสูงขึ้น คุณภาพการพยาบาลจะลดลง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพจะมีคุณภาพการพยาบาลสูงกว่า และมีปริมาณผลลัพธ์ในด้านลบที่เกิดกับผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลจากผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ถ้าคุณภาพการพยาบาลน้อยลงจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของผลลัพธ์ในด้านลบของการพยาบาลที่เกิดกับผู้ป่วย

3. MEDICUS Coporation Nurses Audit (1974 cited in Miller and Knapp, 1979) สร้างโดย Jelinek, Haussmann, Hegyvary, and Newman เป็นแบบวัดคุณภาพการพยาบาลที่สร้างมาจากพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล การศึกษาที่ใช้เครื่องมือนี้ในการวัดคุณภาพการพยาบาล เช่น

Hansen (1993) ได้ศึกษาการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจ

วายเฉียบพลันที่ได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และอธิบายความแตกต่างของการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ระหว่างการคิดราคาตามการวินิจฉัยโรค 121 และ 122 (DRGs 121 และ DRGs 122) ระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล และขนาดของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจำนวน 702 คน จาก 19 โรงพยาบาล ใช้ MEDICUS Coporation Nurses Audit เก็บข้อมูลการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดแตกต่างกันตามค่า DRGs และขนาดของโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่มีค่า DRGs สูงกว่า จะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่า DRGs ต่ำกว่าด้วย

4. Quality Patient Care Scale (QualPaCS) สร้างโดย Wandelt และ Ager (1974) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาลที่พัฒนาปรับปรุงมาจาก The Slater Nursing Competencies Rating Scale (1967) โดยมีผู้สังเกตการณ์เป็นผู้ประเมินผล เครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลนี้ประกอบไปด้วย การดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคลทางด้านอารมณ์ และจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มทางด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และการให้การดูแลผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้เชิงวิชาชีพ มีการศึกษาและงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้ เป็นตัววัดคุณภาพการพยาบาล เช่น

Wandel และ Ager (1974) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการพยาบาล และประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Large Central City Hospital ได้รับ โดยใช้ QualPaCS เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพการพยาบาลในทุกหอผู้ป่วยสูงกว่าสมมติฐาน
2. คุณภาพการพยาบาลมีความแตกต่างกันตาม
 - ผลัดในการปฏิบัติงาน แต่มีทิศทางที่ไม่แน่นอน
 - วันจันทร์-ศุกร์ สูงกว่า วันเสาร์และอาทิตย์ (วันหยุด)
 - หอผู้ป่วย โดยหอผู้ป่วยอายุกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีความแตกต่างกัน แต่มีทิศทางไม่แน่นอน
 - ปริมาณบริการทางการแพทย์ในแต่ละหอผู้ป่วย
 - ระดับความเจ็บป่วย และระดับความต้องการการพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีอาการหนักต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จะได้รับการพยาบาลในระดับสูง
 - หอผู้ป่วยที่มีพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางจะมีคุณภาพการพยาบาลสูงกว่า
3. การวางแผนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการพยาบาล

Wainwright และ Burnip (1983) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาลที่ Burford โดยใช้ QualPaCS เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย 5 คน เป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 2 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลทางด้านอารมณ์ สังคมรายบุคคล และด้านทั่วไป อยู่ในระดับดี ด้านอารมณ์ สังคมรายกลุ่ม และด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงที่สุด ด้านการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ

Archibony (1999) ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานต่อคุณภาพการพยาบาล ในโรงพยาบาลในเจอเรียตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานต่อคุณภาพการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย และใช้ QualPaCS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

5. Horn and Swain (1978 cited in Johnson, 1992) ได้ศึกษาวิธีการวัดสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากการพยาบาล เครื่องมือนี้มีพื้นฐานในการสร้างมาจากทฤษฎีการดูแลของโอเรียม และกระบวนการพยาบาลด้วย เครื่องมือนี้ไม่เป็นที่แพร่หลายนัก (Maibusch, 1984 cited in Johnson, 1982: 50) แต่ก็มีตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้ เช่น

Ilays (1998) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบคำแนะนำทางการแพทย์แบบปฏิบัติให้ผู้ป่วยดูกับรูปแบบการสอนจากตามปกติในผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นเพศหญิง 38 คน เพศชาย 22 คน ใช้ Horn and Swain เป็นเครื่องมือวัดความรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้โทรศัพท์ไปถามข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วยหลังจากกลับบ้านไปแล้ว 48-72 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีรูปแบบการแนะนำแบบปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง มีความรู้สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

6. Patient Satisfaction Instrument (PSI) สร้างโดย Hinshaw และ Atwood (1982) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้ป่วยคือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ สัมพันธภาพหรือคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ และความสามารถในการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือนี้ เช่น

Wolf และคณะ (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมพยาบาลและความ

พึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการพยาบาล โดยใช้ Caring Behaviors Inventory และ Patient Satisfaction Instrument เป็นเครื่องมือวัด ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งจากผลการศึกษานี้เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการพยาบาลในสายการพยาบาลผู้ใหญ่

Webb, Bower, และ Gill (1997) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลทางการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 142 คน และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 126 คน ใช้ Patient Satisfaction Inventory เป็นเครื่องมือวัด ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันของความรู้ ทักษะ และความกลัวของพยาบาล กล่าวคือพยาบาลมีความไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ กล่าวคือมีความกลัว และมีทัศนคติในทางลบกับกลุ่มผู้ป่วยเอดส์

7. MONITOR สร้างโดย Goldstone, Ball และ Collier (1983) ซึ่งสร้างจากพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย การวางแผนการดูแล การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งได้มีการศึกษาและงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้ เป็นตัววัดคุณภาพการพยาบาล เช่น

Reid, Robinson และ Todd (1989) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาล ในหอผู้ป่วยที่มีการจัดตารางการปฏิบัติงานวันละ 8 และ 12 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีการจัดตารางการปฏิบัติงานวันละ 8 และ 12 ชั่วโมง โดยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยจำนวน 10 หอผู้ป่วย ใน 2 โรงพยาบาล ของรัฐโอริแลนด์เหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้นๆ และใช้ Monitor เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการพยาบาลของการจัดตารางการปฏิบัติงานแบบ 12 ชั่วโมง/วัน ต่ำกว่าการจัดตารางการปฏิบัติงานแบบ 8 ชั่วโมง/วัน

Reid, Robinson และ Todd (1991) ได้ศึกษาผลกระทบของการจัดตารางการปฏิบัติงานแบบ วันละ 12 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาล และผลกระทบด้านต่างๆของการจัดตารางการปฏิบัติงานแบบ 12 ชั่วโมงต่อวัน โดยศึกษาใน 2 โรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา และใช้ Monitor เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการพยาบาลลดลง โดยให้

การดูแลผู้ป่วยน้อยลง พยาบาลไม่ชอบการปฏิบัติงานแบบ 12 ชั่วโมง/วัน และมีผลกระทบเล็กน้อยต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย

8. Senior MONITOR สร้างโดย Goldstones และ Maselino-Okai (1986) ซึ่งสร้างจากพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) เช่นกัน ประกอบด้วย การวางแผนการพยาบาล การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งมีการศึกษาและงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้ เป็นตัววัดคุณภาพการพยาบาล เช่น

MacGuire (1991) ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 3 หอผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยใช้ Senior Monitor เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาล ผลจากการวิจัยพบว่าคุณภาพการพยาบาลของทั้ง 3 หอผู้ป่วยหลังการทดลองมีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

Davis (1994) ได้ศึกษาการประเมินการพยาบาลของระบบผู้นำทีมทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลของระบบผู้นำทีมการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Senior Monitor เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ในหอผู้ป่วยที่ทดลองมีคุณภาพการพยาบาลดีขึ้น และไม่มีความแตกต่างระหว่างความพึงพอใจในงานของพยาบาล

9. Holistic Caring Inventory (HCL) สร้างโดย Lathum (1990 cited in Williams, 1998) ซึ่งกล่าวถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพตามแนวคิดแบบองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วย การพยาบาลทางด้านร่างกาย การพยาบาลด้านการตอบสนองความต้องการ การพยาบาลด้านการเสริมสร้างความเข้าใจ และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ มีการศึกษาและงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้เป็นตัววัดคุณภาพการพยาบาล เช่น

Williams (1997) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วย ในการพยาบาลแบบองค์รวม และความพึงพอใจในการพยาบาล ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 94 คน โดยวัดการรับรู้การพยาบาลของผู้ป่วยจากแบบวัดการพยาบาลแบบองค์รวม และมนุษยนิยม (The Holistic Inventory: HCL) ของ Lathum (1990) ซึ่งถูกออกแบบเพื่อวัดองค์ประกอบของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic caring) และมนุษยนิยม (Humanistic caring) ในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ในการพยาบาลด้านร่างกาย และด้านการตอบสนอง

ความต้องการในระดับสูง ส่วนด้านเสริมสร้างความเข้าใจ และด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรับรู้ในระดับต่ำ และพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้การพยาบาลของผู้ป่วยในภาพรวม การพยาบาลด้านการเสริมสร้างความเข้าใจ และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วย และพบว่า การพยาบาลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วย

Williams (1998) ได้ทำการศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และแผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ครั้งแรกทำการศึกษาในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 94 คน โดยมีวัตถุประสงค์คือ หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การพยาบาลต่อความพึงพอใจระหว่างการพยาบาลและความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดการรับรู้การพยาบาลแบบองค์รวม และมนุษยนิยมของ Latham (1990) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้การพยาบาลด้านการตอบสนองความต้องการสูงสุด และรับรู้การดูแลด้านการเสริมสร้างความเข้าใจต่ำสุด การศึกษาครั้งที่ 2 ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 77 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้การพยาบาลด้านร่างกายสูงสุด และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณต่ำสุด และการศึกษาในครั้งที่ 3 ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ระดับการพยาบาลด้านร่างกายสูงสุด และรับรู้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณต่ำสุด

เกษฎาภรณ์ พุทธิบุตร (2542) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 50 คน ใช้แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้การพยาบาลแบบองค์รวมของลาธัม (Latham, 1990) ผลจากการวิจัยพบว่า คุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัดด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัดด้านการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับสูง คุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัดด้านการเสริมสร้างความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพการพยาบาลก่อนผ่าตัดด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ

จากแนวคิดของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล ที่กล่าวมา จะพบว่า ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเครื่องมือ ซึ่งกระบวนการพยาบาลนี้ เป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการส่วนหนึ่ง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งทำการศึกษาทั้งคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการ และคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ โดยในการศึกษา

คุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการนั้น เพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวปรัชญาของงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความสำคัญกับการนำการให้การพยาบาลแบบองค์รวมไปใช้ในทุกแผนกของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาคุณภาพการพยาบาลในด้านการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดหลักปฏิบัติสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมของ Inga Newbeck (1986 อ้างถึงใน ทศนา ทองสวัสดิ์, 2532) มาใช้สร้างเครื่องมือในการวิจัย เนื่องจากแนวคิดของ Inga Newbeck นั้นเมื่อพิจารณาทางด้านแล้วจะเห็นได้ว่า ได้ยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการให้บริการในยุคปัจจุบัน ที่ให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ใช้นวัตกรรมนี้ เป็นพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือ ส่วนคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์นั้น ผู้วิจัยเลือกศึกษาในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของ Eriksen (1987) และพัฒนามาจากแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยของ ดุชนีย์ ยศทอง (2542) และด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ผู้วิจัยจึงสร้างแบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนขึ้น จากแนวทางการประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลตำรวจ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัย ที่เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลในประเทศไทยนั้น ส่วนมากเป็นการศึกษาคุณภาพการพยาบาลเฉพาะโรค หรือสร้างเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค แต่การศึกษาด้านคุณภาพการพยาบาลโดยรวมนั้นมีค่อนข้างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลทั้งแบบเฉพาะโรค และแบบโดยรวมทั้งใน และต่างประเทศ ได้แก่

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2519) ทำการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล โดยศึกษาจากบันทึกของผู้ป่วย 5 แผนก ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับรายงานของผู้ป่วย และบันทึกการพยาบาลมีเปอร์เซ็นต์การปฏิบัติสูงสุดในแผนกตา หู คอ จมูก ส่วนแผนกกุมารเวชศาสตร์ สูติ-นรีเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ มีเปอร์เซ็นต์การปฏิบัติลดลง

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ (2524) ประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยเฉลี่ยมีคุณภาพดี และปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ กับผลการพยาบาลโดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบ Dendall's Tau พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระดับคุณภาพดี ผู้ป่วยก็น่าจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

Gilloran และคณะ (1992) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช ของประเทศสกอตแลนด์ จำนวน 4 โรงพยาบาลๆละ 2 หอผู้ป่วย โดยมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหอละ 6 คน เป็นใช้การสังเกตคุณภาพการพยาบาลตามตารางมาตรฐานที่กำหนดไว้ เป็นการสังเกตว่าผู้ป่วย ได้รับการดูแลตามตารางที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ ตารางกิจกรรมการดูแลนี้ประกอบด้วย การที่ผู้ป่วย มีโอกาสในการเลือกทำกิจกรรมต่างๆ เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น การที่พยาบาลให้ ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะทำกิจกรรมต่างๆ การให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆอย่าง เหมาะสม เช่น การเดินเล่นในสวนสาธารณะ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล อย่างทั่วถึง มีการสนทนากันระหว่างกิจกรรมต่างๆ ให้ความเป็นส่วนตัวกับผู้ป่วยในการอาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการดูแลทางการพยาบาลในด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยมีค่อนข้างน้อย ควรจะต้องปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลให้ มากขึ้น

Parsons, Kee และ Gray (1993) ได้ทำการศึกษากิจกรรมการพยาบาลของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็กที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 19 ราย โดยใช้แบบประเมิน กิจกรรมการพยาบาลที่ประกอบด้วยองค์ประกอบกิจกรรมการดูแล 10 ข้อของวัตสัน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญมาก 5 อันดับคือ ความเข้าใจใน สิ่งที่กระทำกับผู้ป่วย มีความเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล ทำให้ผู้ป่วย เกิดความเชื่อมั่น และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ และเขาได้ระบุพฤติกรรมของการดูแลที่สำคัญ ของการพยาบาล ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การวางตัวในบทบาทวิชาชีพ และการสร้าง บรรยากาศที่ผ่อนคลาย

Al-Kandari และ Ogundeyin (1998) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของ พยาบาลและผู้ป่วยในประเทศคูเวต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามผลการรับรู้ ของพยาบาลและผู้ป่วยในประเทศคูเวต ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ป่วยและ พยาบาลต่อการรับรู้คุณภาพการพยาบาล และศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของ พยาบาลและผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมว่าแตกต่างกันอย่างไร โดยใช้ แบบสอบถามที่สร้างตามกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า การ รับรู้คุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วย และพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ไม่แตกต่างกัน และประสบการณ์การทำงานของพยาบาล อายุผู้ป่วย และเพศของผู้ป่วยไม่มีผลต่อ คุณภาพการพยาบาล

Radwin (2000) ศึกษาว่าผู้ป่วยตัดสินคุณภาพการพยาบาลอย่างไร โดยศึกษาในผู้ป่วย

มะเร็งจำนวน 22 คน โดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ตัดสินใจคุณภาพการพยาบาล คือ ความรู้เชิงวิชาชีพ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การร่วมกันตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การให้การดูแลรักษารายบุคคล การเอาใจใส่ในการดูแล ความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความต่อเนื่องในการดูแล และการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรที่ให้การพยาบาล

Kunaviktikul และคณะ (2000) ได้ศึกษาพัฒนาของคุณภาพการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคำจำกัดความของคุณภาพการพยาบาล และหาข้อบ่งชี้ของการประเมินผลของคุณภาพการพยาบาล การศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนแรก เป็นผลของการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล ที่มาจากโรงพยาบาล 4 ระดับคือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการพยาบาล ผู้อำนวยการแผนกการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล และผู้ป่วย เพื่อหาคำจำกัดความของคุณภาพการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นบทสัมภาษณ์ที่สร้างโดยผู้วิจัยและได้รับการทดสอบความตรง และความเที่ยงแล้ว

ส่วนที่สอง เป็นการประชุมปรึกษาหารือระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของคุณภาพการพยาบาลจากที่ต่างๆในประเทศไทย เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลทั้งโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย เครื่องมือคือ ผลที่ได้จากการศึกษาในส่วนแรก ในแง่ของคำจำกัดความ และข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า คำจำกัดความของคุณภาพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และข้อบ่งชี้ของคุณภาพการพยาบาลแบ่งออกเป็น *ข้อบ่งชี้เชิงโครงสร้าง* ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ทางการบริหาร สถานที่ ส่วนสนับสนุนทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร *ข้อบ่งชี้เชิงกระบวนการ* ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาล บุคลิกลักษณะเชิงวิชาชีพ และ *ข้อบ่งชี้เชิงผลลัพธ์* ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เวลา ความพึงพอใจเกี่ยวกับการบริหารความเจ็บปวด

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถประเมินคุณภาพจากประสบการณ์การรับรู้ของตนเอง ซึ่งคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการนั้นเป็นตัวชี้วัดขั้นแรกของการประเมินคุณภาพการพยาบาล ที่มุ่งเน้นความพึงพอใจต่อการบริการที่ผู้ใช้บริการได้รับ (Oberst, 1984) และ Donabedian (1988) ได้กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นผลลัพธ์ที่สามารถวัดคุณภาพการพยาบาลได้

3.1 ความหมายของความพึงพอใจ

Risser (1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึงระดับความสมดุลของความคาดหวังต่อการบริการ และการรับรู้ต่อการบริการที่ได้รับจริงของผู้ป่วย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นความรู้สึกพอใจ สมใจ

Linder-Pelz (1982) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง การที่บุคคลแต่ละคน มีการประเมินผลการดูแลสุขภาพด้านต่างๆในทางบวก

Oberst (1984) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยได้รับ

Derdarian (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวก หรือการบรรลุความต้องการ

Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์รวมที่ผู้ใช้บริการได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวัง และความต้องการของพวกเขา

Cowie (1993) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกพอใจ สมใจ เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการ

Webster (1996) ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพอใจ

จากที่กล่าวมา จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกพอใจ ชื่นชอบตามประสบการณ์ที่ได้รับของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ซึ่งมีความสมดุลหรือสอดคล้องกับความต้องการ หรือความคาดหวังของตน

3.2 องค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ตรงจากการมาใช้บริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ศึกษาถึงองค์ประกอบหรือความต้องการของผู้ป่วยในการที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจ เช่น

Risser (1975) ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มในการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลของพยาบาล ในสถานบริการสาธารณสุขมูลฐาน ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้ป่วยมี 3 ด้าน คือ

1. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล และความรู้ ความสามารถในงานพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่

2. ด้านสัมพันธภาพ หรือคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อถือ และไว้วางใจ เป็นความเอื้ออาทรในการให้การพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลดี และความสุสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. ด้านความสามารถในการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การให้คำอธิบายรายละเอียดของการให้การพยาบาล ตลอดจนการสาธิตเทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

Ware และคณะ (1978) กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ว่าเป็นแนวคิดที่มีหลายด้าน โดยให้คำนิยามด้านต่างๆไว้ดังนี้

1. ศิลปะของการดูแล คือปริมาณการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือความมีสมรรถภาพในการทำงาน ของผู้ให้บริการอันบ่งบอกถึงควมมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษา
3. ความสะดวกสบาย คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียมเพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์
4. การเงิน คือความสามารถที่จะจ่ายเพื่อการบริการ หรือการเตรียมสำหรับการจ่าย
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่การดูแล
6. ความพร้อม คือความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์ และความพร้อมของการให้บริการ
7. ความต่อเนื่องของการดูแล คือความต่อเนื่องของการให้การดูแล หรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

8. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ให้การดูแล คือความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ให้ในการรักษา เพื่อจะทำให้สภาวะทางสุขภาพดีขึ้น หรือคงสภาพเดิมไว้ได้

Eriksen (1987) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับผู้บริหารงานพยาบาล และนักวิจัยที่เป็นพยาบาลในการศึกษาลักษณะความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีแนวคิดในการสร้างเครื่องมือจากนักวิชาการหลายๆท่าน และสรุปเป็นเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านคือ

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการพยาบาลที่แสดงออกถึงความสนใจ เอาใจใส่ในผู้ป่วย มีความเข้าใจและการรับรู้ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น การรับฟังปัญหา การแสดงออกในการนับถือความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล มีทักษะและความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน

3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง พยาบาลจัดเตรียมสิ่งของ และอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยเหมาะสม จัดแสงสว่าง อุณหภูมิ และเสียงเหมาะสม

4. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง พยาบาลมีการตรวจสอบและประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพอาการ และสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีการถ่ายทอดซึ่งกันและกันเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

6. ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึงพฤติกรรมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การสอน และสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อที่จะดูแลตนเองได้

กนกพร คุปตานนท์ (2539) ได้สรุปองค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ไว้ 4 ด้านดังนี้คือ

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้ และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

ของบุคคล รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาล และการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกิริยาท่าทาง อัจฉริยะไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่าเชื่อถือ และไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่เน้นการให้ความสนใจ เอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การรับฟังปัญหา และความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล และ/หรือเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย และความพิการที่อาจเกิดขึ้น

4. สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เน้นพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ปรึกษา ปรึกษา แนะนำ รวมทั้งสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัว หรือชุมชน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้น เป็นองค์ประกอบของคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์หรือผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านคือ ศิลปะการดูแล คุณภาพการดูแลทางเทคนิค สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมในการบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง และประสิทธิผล

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2531) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั่วไป และแผนกอายุรกรรม ใช้แบบสอบถาม 50 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนก ศัลยกรรมทั่วไป และแผนกอายุรกรรม และระหว่างผู้ป่วยชาย กับผู้ป่วยหญิง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองแผนกส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผู้ป่วยทั้งสองแผนกมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกข้อคำถาม ยกเว้นในเรื่องการพูดที่เข้าใจง่าย แสงไฟในเวลากลางคืน และการจัดห้องพักให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก และผู้ป่วยทั้งชาย และหญิงของทั้งสองแผนกส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

อินทิมา ศุภสินธ์ (2533) ศึกษาตัวแปรคัดสรร กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลในระดับ

พอใจ และมีความสัมพันธ์ในทางผกผันระดับต่ำ ระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล กับผลต่างของความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล

ปรุง โกมารทัต และคณะ (2536) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อพยาบาลของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาล และบุคลิกภาพของพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล ในการศึกษานี้ ประชากรคือ ผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 5 แห่ง และอยู่แผนกเดียวกับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์จากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2532 จำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ แสดงความคิดเห็นต่อความสามารถในการพยาบาลของพยาบาลในแต่ละข้อที่เป็นพฤติกรรมทางบวก มีจำนวนมากตั้งแต่ร้อยละ 76.14-100.00 ยกเว้นด้านการสอน และแนะนำผู้ให้บริการจำนวนน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 31.82
2. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการพยาบาล และบุคลิกภาพของพยาบาล ทั้งโดยรวม และรายด้าน อยู่ในระดับพึงพอใจมาก
3. ปัจจัยด้านประชากร และสังคม ได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาล และบุคลิกภาพของพยาบาล ยกเว้นระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาล แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อบุคลิกภาพของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ภัคสุพิชญ์ ศรีภักสิทธิ์ และ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2539) ศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ในโรงพยาบาลรามาริบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 4 แห่ง ในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลค่อนข้างสูง และ

ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้รับความพึงพอใจน้อยที่สุด 5 อันดับ มีดังนี้

1. ความละเอียดรอบคอบของพยาบาล
2. การปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นเพียงคนไข้ที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด
3. การสนใจทำงานประจำให้เสร็จสิ้นมากกว่ารับฟังปัญหาผู้ป่วย
4. การปิดกั้นความคิดเห็นและความพึงพอใจในแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย
5. การปฏิบัติกับผู้ป่วยคล้ายกับว่า เขาไม่สามารถเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยของตนเองได้

Eriksen (1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้ The Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care (MMQNC) เป็นเครื่องมือ ในการวัดคุณภาพการพยาบาล ส่วนแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้นใช้ The Patient Satisfaction with Nursing Care Check List (PSWNC) ซึ่งแบ่งเป็นข้อย่อย 6 ข้อดังนี้คือ

1. การวางแผนการพยาบาล
2. การตอบสนองด้านร่างกาย
3. การตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
4. การประเมินผลการพยาบาล
5. การจัดการต่อความเสี่ยง
6. การสนับสนุนและการจัดการของผู้บริหาร

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางผกผันเป็นส่วนใหญ่ และพบว่า การดูแลหมวดร่างกาย และการสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ

4. ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนในที่นี้ หมายถึง อุบัติการณ์ของการติดเชื้อที่เกิดภายหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนถือว่าเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการพยาบาล (ยุพิน อังสุโรจน์, 2541: Wipada Kunaviktikul et al, 2000) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อในโรงพยาบาล (สุวรรณี มหากายนันท์, 2538) การเกิดข้อติดแข็ง การตกเตียง การให้ยาผิด ไฟไหม้น้ำร้อนลวก (Wipada Kunaviktikul et al, 2000) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบันนี้มี

ผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 47 แห่ง ใน 14 ประเทศ พบว่า มีอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 9.9 (Vaque et al, 1992) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยเพื่อหาอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้กระทำครั้งแรกในปี พ.ศ. 2531 โดยศึกษาใน 23 โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบว่า มีอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 11.7 หลังจากมีการรณรงค์การป้องกันโรคนี พบว่าใน พ.ศ.2535 อัตราความชุกลดลงเหลือร้อยละ 7.3 (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2539) และเหลือร้อยละ 7.1 ในปี พ.ศ.2541 (การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2544) การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาล และประเทศชาติเป็นอย่างมาก กล่าวคือทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2523) และอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือตายได้ นอกจากนี้แล้วยังทำให้ผู้ป่วยเสียเงินเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะค่ายาต้านจุลชีพ โรงพยาบาล และประเทศ ต้องเสียงบประมาณในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Suwanakoon et al, 1988) ทำให้ขาดแคลนเตียงในการรับผู้ป่วยใหม่ (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2542) ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลต่างๆมีระบบการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อเป็นการช่วยลดผลกระทบดังกล่าว

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง โรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพ ขณะที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยเกิดอาการหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมง ซึ่งแหล่งเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจเป็นเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นเชื้อจากภายนอกร่างกายผู้ป่วยโดยผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และไม่ได้อยู่ในระยะพักตัวของเชื้อเมื่อแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยที่อาการและอาการแสดงของการติดเชื้ออาจปรากฏขณะที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ก็ได้ (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2533; อะเคือ อุณหเลขกะ, 2539; Meer, Jacobson and Pherson, 1992) แต่ส่วนใหญ่แล้วมักจะปรากฏอาการขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ปรากฏอาการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว (วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2535)

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (อะเคือ อุณหเลขกะ, 2540)

1. ข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาการติดเชื้อได้จากข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

ข้อมูลทางคลินิกได้จากการติดตามอาการของผู้ป่วย การทบทวนข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ซึ่งอาจได้จากการบันทึกของแพทย์ บันทึกของพยาบาล การบันทึกอุณหภูมิและสัญญาณชีพ ข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วย หรือจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ผลการตรวจเพาะเชื้อ การตรวจหาตัวเชื้อหรือหา ร่องรอยของเชื้อ (Antigen) การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (Antibody) การตรวจ Complete Blood Count เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัยอื่นๆที่มีส่วนช่วยบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ ได้แก่การถ่ายภาพรังสี (X-ray) การตรวจด้วยการส่องกล้อง (Endoscopic procedures) การตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) การ ทำ Needle aspiration การทำ Skin tests การทำ Ultrasound การทำ Computed tomography (CT Scan) การทำ Magnetic imaging (MRI) เป็นต้น

2. แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ จากการตรวจพบ การสังเกตเห็นขณะทำผ่าตัด ขณะตรวจด้วยการส่องกล้อง จากผลการวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นๆ หรือจากอาการของผู้ป่วย และหากแพทย์ ให้อาต้านจุลชีพเพื่อการรักษาโดยไม่มีข้อมูลอื่นสนับสนุน ก็ถือว่าเป็นการติดเชื้อได้

3. การติดเชื้อในโรงพยาบาลต้องไม่ใช่การติดเชื้อที่ตรวจพบตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรง พยาบาลหรือผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะพักตัวของโรค แต่ผู้ป่วยอาจปรากฏอาการของโรคติดเชื้อใน โรงพยาบาลหลังจากกลับออกจากโรงพยาบาลคือไปปรากฏอาการที่บ้านก็ได้

4. การติดเชื้อของทารกแรกเกิดซึ่งเป็นผลจากการคลอดผ่านหนทางคลอด (Birth canal) ของมารดาที่มีการติดเชื้อ ถือว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5. การติดเชื้อที่ตำแหน่งใหม่ (ซึ่งไม่ได้เป็นผล หรือไม่ได้เป็นภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นการ ลุกลามของการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม) และการติดเชื้อที่ตำแหน่งเดิมโดยเชื้อชนิดใหม่ ถือว่าเป็นการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล

6. การติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ผ่านทางรก ได้แก่ Tosoplasmosis หัดเยอรมัน ซิฟิลิส การติดเชื้อ Cytomegalovirus Herpies Simplex และ HIV ไม่จัดว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล

7. กรณีที่ไม่แน่ใจว่าการติดเชื่อนั้นเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อขณะอยู่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยได้รับเชื้อมาจากชุมชน ให้ถือว่าเป็นโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล หากว่าอาการปรากฏ หลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนาน 48 ชั่วโมง

8. หากผู้ป่วยมาด้วยการติดเชื้อและสงสัยว่าน่าจะเกิดจากการได้รับเชื้อจากโรงพยาบาล ให้พิจารณาข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยประกอบด้วย เช่น ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มาก่อนหรือไม่ การติดเชื้อหรือการป่วยครั้งนี้อยู่ในช่วงระยะพักตัวของเชื้อหรือไม่ ตำแหน่งที่มีการ ติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการได้รับการรักษาในครั้งก่อนหรือไม่ รวมทั้งผลการเพาะเชื้อและ ลักษณะการดื้อยาของเชื้อ

ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control) (1988 อ้างถึงใน วิลาวรรณย์ พิเชียรเสถียร, 2542) ได้แบ่งตำแหน่งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลไว้ 13 ตำแหน่งคือ

1. การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical site infection: SSI)
 2. การติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบปฐมภูมิ (Primary bloodstream infection)
 3. ปอดอักเสบ (Pneumonia)
 4. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)
 5. การติดเชื้อที่กระดูกและข้อ (Bone and joint infection)
 6. การติดเชื้อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system infection)
 7. การติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system infection)
 8. การติดเชื้อที่ตา หู จมูก คอ และปาก (Eye, ear, nose, throat and mouth infection)
 9. การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal tract system infection)
 10. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower respiratory tract infection)
- ยกเว้นปอดบวม
11. การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ (Reproductive tract infection)
 12. การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน (Skin and soft tissue infection)
 13. การติดเชื้อทั่วร่างกาย (Systemic infection)

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งในที่นี้ หมายถึง โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยเลือกศึกษาชนิดของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุด 4 อันดับแรกในโรงพยาบาลตำรวจ คือ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อที่ผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง และการติดเชื้อแผลผ่าตัด (หน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ, 2544) ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัย การติดเชื้อในโรงพยาบาลตามตำแหน่งต่าง ๆ นั้น นิยมใช้เกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรค สหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1988 และ 1992 สำหรับโรงพยาบาลตำรวจได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามคู่มือการประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งมีการอ้างอิงเกณฑ์ในการประเมินของศูนย์ควบคุมโรค สหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1988 และ 1992 และอ้างอิงจากคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลรามาริบัติ (หน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ, 2544) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลตำรวจเป็นเกณฑ์ในการประเมิน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (คู่มือการประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ, 2544)

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพราะพบได้กึ่งหนึ่งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาแก่ผู้ป่วยทุกวัย โดยนับตั้งแต่ทารกจนถึงวัยชรา และสามารถพบได้บ่อยทั้ง 2 เพศ (สมพนธ์ บุญยคุปต์ และสมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2532)

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แบ่งออกเป็น (คู่มือการประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ, 2544)

1. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ปรากฏอาการ เป็นการติดเชื้อที่มีอาการไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปวดท่อปัสสาวะขณะปัสสาวะ กดเจ็บบริเวณหัวเหน่า ร่วมกับผลการตรวจปัสสาวะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1.1 การตรวจปัสสาวะที่ได้จากการเจาะน้ำปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะ หรือน้ำปัสสาวะจากหลอดไต พบมีเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 100 นิคมต่อมิลลิลิตร

1.2 การตรวจปัสสาวะที่ถ่ายออกมาใหม่

- ปัสสาวะที่ไม่ปั่น ตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 3 เซลล์ ต่อ High power field หรือแบคทีเรียมากกว่า 1 เซลล์ ต่อ High power field หรือ

- ปัสสาวะที่ปั่นแล้ว พบเม็ดเลือดขาว 20 เซลล์ หรือมากกว่าต่อ High power field พบแบคทีเรียมากกว่า 20 เซลล์ ต่อ High power field

หรือเพาะเชื้อจากปัสสาวะที่ถ่ายออกมาใหม่ๆ พบแบคทีเรียมากกว่า 10^5 ตัวต่อมิลลิลิตร จากผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้ออยู่แล้วเพาะเชื้อจากปัสสาวะได้เชื้อตัวใหม่ ร่วมกับยังมีอาการติดเชื้ออยู่ให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อครั้งใหม่

2. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ไม่ปรากฏอาการ หมายถึง การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะโดยผู้ป่วยไม่เคยมีอาการดังกล่าว แต่ผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะพบเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 10^5 ตัว/มล.ให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อ ประกอบด้วยเชื้อไม่เกิน 2 ชนิด

3. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแบบอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อของโรคไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ หรือเนื้อเยื่อรอบ ๆ Retroperitoneal หรือ Perinephric space ซึ่งมีลักษณะดังนี้

3.1 การตรวจพบเชื้อในของเหลว (ไม่ใช่ปัสสาวะ) หรือเนื้อเยื่อบริเวณที่มีการติดเชื้อ

3.2 ผู้ป่วยมีการอักเสบหรือมีอาการอื่นแสดงถึงการติดเชื้อที่สังเกตเห็น หรือตรวจได้จากการผ่าตัด

3.3 ผู้ป่วยมีอาการมีไข้ ปวด และกดเจ็บบริเวณที่มีการติดเชื้อ และร่วมกับลักษณะหนึ่งลักษณะใด ดังนี้

- มีหนองออกจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ
- ตรวจพบเชื้อโรคในเลือด
- ถ่ายภาพรังสีแสดงว่ามีการติดเชื้อ
- การวินิจฉัยของแพทย์
- แพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

การติดเชื้อทางเดินหายใจแบ่งออกเป็น

1. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การวินิจฉัยอาศัยอาการ และอาการแสดงเป็นหลัก เชื้อที่เป็นสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส จึงมักไม่ได้ไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้หวัด ไซนัสอักเสบ กล้องเสียงอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ

2. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่

2.1 การอักเสบของหลอดลม อากาศอาการไอ มีเสมหะ มีไข้ หอบเล็กน้อย ภาพรังสีทรวงอกไม่พบความผิดปกติ

2.2 ปอดอักเสบ ประกอบด้วย

- มีไข้ เสมหะ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก
- ฟังเสียงปอด เคาะทึบ มีเสียง Crepitation
- ภาพรังสีทรวงอก พบมีความผิดปกติ Consolidation, Pulmonary infiltration, Cavitation, Effusion
- ตรวจเสมหะพบมีลักษณะคล้ายหนอง อาจมีเลือดปน ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเม็ดเลือดขาว การตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปอดอักเสบอยู่แล้ว ถ้าอาการเลวลง หรือภาพถ่ายรังสีมีรอยโรคมากขึ้น และพบเชื้อตัวใหม่จากเสมหะให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อครั้งใหม่

2.3 ฝีในปอด หนองในเยื่อหุ้มปอด การวินิจฉัยต้องอาศัยภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร่วมกับอาการแสดง และการตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะและจากหนอง

การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง แบ่งออกเป็น

1. การติดเชื้อที่ผิวหนัง จะต้องมึลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1.1 มีหนองไหลออกมาจากตุ่มหนองหรือฝี
- 1.2 มีอาการต่อไปนี้ 2 อย่าง ปวดเฉพาะที่ หรือกดเจ็บ บวมแดงหรือร้อน ร่วมกับมีอาการลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ต่อไปนี้

- ตรวจพบเชื้อจากการดูด หรือระบายออกมาจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ ถ้าเชื่อนั้นเป็นเชื้อที่ประจำกับผิวหนัง จะต้องพบเชื้อเพียงชนิดเดียว

- ตรวจพบเชื้อในเลือด

2. การติดเชื้อชั้นใต้ผิวหนัง ซึ่งต้องมีลักษณะหนึ่งลักษณะใด ดังต่อไปนี้

2.1 ตรวจพบเชื้อในเนื้อเยื่อหรือของเหลวที่ระบายออกจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ

2.2 มีหนองไหลจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ

2.3 ตรวจพบว่ามีกรออักเสบเป็นหนอง หรือมีลักษณะอื่นที่แสดงว่ามีการติดเชื้อขณะทำผ่าตัด หรือการตรวจทางพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อ

2.4 มีอาการต่อไปนี้ 2 อย่าง ปวดเฉพาะที่ หรือกดเจ็บ บวมแดงหรือร้อน ร่วมกับการตรวจพบเชื้อในเลือด

3. การติดเชื้อแผลกดทับ รวมทั้ง Superficial และ Deep infection ซึ่งต้องมีลักษณะ 2 อย่าง ดังนี้

3.1 ตรวจพบเชื้อในของเหลวที่ดูดออกมาด้วยเข็ม หรือโดยการตรวจจากชิ้นเนื้อจากขอบแผล

3.2 ตรวจพบเชื้อในเลือด

การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

การวินิจฉัยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยพิจารณาเรื่องความลึกของการติดเชื้อ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยแบ่งเป็น

1. การติดเชื้อที่รอยแผลผ่าตัด เป็นการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดภายในเวลา 30 วันหลังผ่าตัด แผลตื้น ๆ ลึกไม่เกินพังผืดหุ้มกล้ามเนื้อ ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง

- มีหนองออกจากตำแหน่งแผลผ่าตัดชั้นตื้น

- ตรวจพบเชื้อจากการเพาะเชื้อของเหลวหรือเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดชั้นตื้น

- มีอาการ หรืออาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง ปวดหรือกดเจ็บ บวมแดงหรือร้อน

- แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ

2. การติดเชื้อที่อยู่ลึก เป็นการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นภายในเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด กรณีที่ไม่มีการใส่อุปกรณ์ หรือภายในเวลา 1 ปีกรณีที่มีการใส่อุปกรณ์โดยที่การติดเชื่อนั้นมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัด ลักษณะการติดเชื้ออยู่ใต้พังผืดหุ้มกล้ามเนื้อร่วมกับมีลักษณะต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 อย่าง

- มีหนองออกจากตำแหน่งผ่าตัดชั้นลึก แต่ไม่ได้มาจากอวัยวะ/ช่องภายใน
- แผลผ่าตัดแยกหรือสลายแพทย์เปิดแผล เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง คือ มีไข้ ปวดเฉพาะที่ หรือกดเจ็บ
- พบมีหนองหรือหลักฐานอื่นที่แสดงการติดเชื้อในส่วนลึกของแผล จากการตรวจพบโดยตรงหรือระหว่างการผ่าตัดใหม่ หรือโดยการตรวจเนื้อเยื่อ หรือการตรวจทางรังสีวิทยา
- แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ

5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งนับตั้งแต่วันที่แพทย์รับตัวไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลนี้นับว่าเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนของผู้อยู่รอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือ การเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย (สุวรรณณี มหาภานันท์, 2538) จำนวนวันที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ (Jackson, 1989) ดังนั้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลจึงเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการพยาบาลมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลก็จะลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ได้แก่

สุวรรณณี มหาภานันท์ (2538) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้จากระบบการพยาบาลของโอเร็มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Allred (1990) ศึกษาการเตรียมพยาบาลวิชาชีพและโครงสร้างองค์กรต่อผลการพยาบาลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และต้นทุนการพยาบาล สมมติฐานการวิจัยคือ จำนวนวันนอนใน

โรงพยาบาลและต้นทุนการพยาบาลลดลง เมื่อพยาบาลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น เปรียบเทียบระหว่างการดูแลในชุมชน และศูนย์การแพทย์ภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่า มีการเตรียมพยาบาลระดับปริญญาตรี 18 คน และไม่ใช้ระดับปริญญาตรี 16 คน เพื่อที่จะไปทำงานในแผนกการพยาบาลพื้นฐาน และแผนกอื่น ๆ เมื่อเปรียบเทียบผลการพยาบาลต้นทุนการพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลใน 2 กลุ่มนี้ พบว่าไม่แตกต่างกัน

Mayers และคณะ (1992) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ในการผ่าตัดหลอดเลือด มีการสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 113 คน ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดมากกว่า 6 เดือน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีการซ่อมแซมเส้นเลือดอุดตันจำนวน 66 คน ติดเชื้อ 11 คน เส้นเลือดโป่งพองหรือมีปัญหากับเครื่องมือ 10 คน ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล เพื่อต่อเส้นเลือดใหม่ ผู้ป่วย 45 คน มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยด้านอายุเป็นตัวทำนายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนาน และผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาบ่อย ๆ จะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า

6. งานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ

โรงพยาบาลตำรวจ เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ในสังกัด สำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เปิดทำการ เมื่อ พ.ศ.2495 ที่ตั้งปัจจุบัน เลขที่ 492/1 ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 2528111-25 สถานพยาบาลแห่งนี้จัดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในย่านใจกลางเมือง ทิศเหนือจดถนนพระราม1 บริเวณสี่แยกราชประสงค์ ทิศใต้จดราชกรีฑาสโมสร ทิศตะวันออกจดถนนราชดำริ และทิศตะวันตกจดถนนอังรีดูนังต์ ปัจจุบันมีเตียงรับผู้ป่วยในได้ 743 เตียง แยกเป็นพิเศษ 282 เตียง สามัญ 461 เตียง และมีขีดความสามารถให้บริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอกจำนวนสองพันรายต่อวัน ด้วยห้องตรวจ 45 ห้องจากแผนกต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีคลินิกประกันสังคม ให้บริการแก่ผู้ประกันตนแยกจากห้องตรวจโรคผู้ป่วยทั่วไป (คู่มือคุณภาพ โรงพยาบาลตำรวจ, 2543)

งานพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบ และสร้างให้เกิดการบริการที่ประทับใจให้แก่ผู้ใช้บริการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ร่วมกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม ในแต่ละสถานการณ์ โดยมีปรัชญา วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และนโยบายในการบริหารองค์กรพยาบาลดังนี้

ปรัชญางานพยาบาล มีดังนี้

1. บริการที่จัดให้ผู้ให้บริการต้องมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับต้องเคารพต่อสิทธิ และเกียรติของบุคคล คำนึงถึงความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อทางศาสนา
2. ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นความสำเร็จของการปฏิบัติงาน คุณภาพบริการพยาบาลจะวัดได้ที่ความพึงพอใจในบริการ และสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล คุณภาพต้องอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม พยาบาลมีความรู้ มีทักษะและศิลปะในการดูแลอย่างถูกต้อง เพิ่มความสามารถและเต็มศักยภาพ มีการประสานกันอย่างดีในกลุ่มผู้ให้บริการ สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของงานพยาบาล มีดังนี้

1. เพื่อจัดการบริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลให้แก่ผู้ป่วย ประชาชนผู้ให้บริการ โดยยึดปรัชญาของงานพยาบาลเป็นหลักในการปฏิบัติ
2. เพื่อร่วมมือและประสานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ และความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลกับเจ้าหน้าที่แผนกอื่นๆ พยายามให้มีความพอใจในงาน
3. เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล โดยจัดให้มีการนิเทศการปฏิบัติงานแนะนำ และประเมินผลงาน ประเมินผลการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล
4. เพื่อร่วมมือและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ในการช่วยวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
5. เพื่อพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ในระหว่างประจำการโดยการฝึกอบรมภายในงาน ส่งเสริมให้มีการได้รับการศึกษา อบรมหลักสูตรระยะยาว และระยะสั้น ในสถาบันการศึกษาต่างๆ ตามความเหมาะสมของการบริการพยาบาล
6. เพื่อร่วมมือ และสนับสนุนการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล นักเรียนผู้ช่วยการพยาบาล หรือขอความร่วมมือจากหน่วย หรือสถาบันอื่น
7. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยทางการพยาบาล การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงบริการของหน่วยงาน
8. เพื่อประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลและปรับปรุงแก้ไข
9. เพื่อร่วมมือ และประสานกับชุมชนเกี่ยวกับการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา ให้คำแนะนำ และส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในสถานที่ที่เหมาะสม

เป้าหมายในการบริหารของงานพยาบาล มีดังนี้

1. ด้านการบริการพยาบาล งานพยาบาลต้องมีระบบการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลด้านวิชาการ งานพยาบาลจะพัฒนาบริการพยาบาล โดยใช้หลักการทางวิชาการและการวิจัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐาน
2. ด้านวิชาการ งานพยาบาลจะพัฒนาบริการพยาบาล โดยใช้หลักทางวิชาการและการวิจัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐาน
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร งานพยาบาลจะพัฒนาบุคลากรทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง
4. ด้านบุคลากร บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ต้องเกิดความเชื่อมั่นในระบบการบริหารบุคลากรของงานพยาบาล
5. ด้านอาคารสถานที่ หน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของงานพยาบาล ต้องสะอาดสวยงาม เชื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรและผู้ใช้บริการ
6. ด้านการปกครองบังคับบัญชา เน้นการกระจายความรับผิดชอบตามสายงาน พัฒนาระบบสื่อสารให้มีประสิทธิภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้ได้บังคับบัญชา

นโยบายงานพยาบาล

1. ด้านการบริการพยาบาล พัฒนาศักยภาพในด้านการศึกษาวิจัย การบริหาร ควบคุมกับทิศทาง และคุณภาพการบริการ โดยสร้างหรือจัดให้มีมาตรฐานการพยาบาล ดำเนินการโครงการครุคลินิกอย่างต่อเนื่อง พัฒนาคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ใช้ทีมการพยาบาลในการบริการที่มีประสิทธิภาพ พัฒนางานด้านสุขศึกษา จัดทำเอกสารคุณภาพ ตามข้อกำหนด ISO 9002 สอดคล้องกับนโยบายคุณภาพขององค์กร
2. ด้านวิชาการ งานพยาบาลจะพัฒนาบริการพยาบาล โดยใช้หลักทางวิชาการและการวิจัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐาน โดยให้ทุกสายงานการพยาบาลสร้างผลงานวิชาการและจัดทำตำรา และเอกสารทางวิชาการเพื่อบุคลากรพยาบาลทุกระดับ
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร จะพัฒนาบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีคณะกรรมการวิชาการรับผิดชอบการจัดประชุมวิชาการในระดับงานพยาบาล สนับสนุนการประชุมวิชาการ/อบรม/สัมมนา ทั้งภายในและภายนอกประเทศ สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง/การสอบชิงทุนต่างประเทศ
4. ด้านบุคลากร ใ้บุคลากรทางการพยาบาลเชื่อมั่นในระบบการบริหาร โดยทุกหน่วยงานมีบุคลากรที่เหมาะสมกับงาน มอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถ เหมาะสมกับ

ความชำนาญ ความถนัด เตรียมผู้บริหารระดับต้น สร้างบุคลากรที่มีมนุษยสัมพันธ์ เสริมสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ บุคลากรมีระเบียบวินัย และบุคลากรในองค์กรมีความสุข พึงพอใจและมั่นคง

5. ด้านอาคารสถานที่ ให้องค์กรที่อยู่ในความรับผิดชอบของงานพยาบาลปฏิบัติกิจกรรม 5 ส

6. ด้านการปกครองบังคับบัญชา ทำงานร่วมกันเป็นทีม เน้นการกระจายความรับผิดชอบตามสายงาน และพัฒนาระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

ลักษณะบริการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น แบ่งออกเป็น 10 สายงานคือ งานอายุรกรรมและจิตเวช งานสูตินรีเวช งานวิสัญญีพยาบาล งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด งานศัลยกรรมทั่วไป งานกุมารเวชกรรม งานออร์โธปิดิกส์และพิเศษราชการ และงานศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งข้าราชการตำรวจ และประชาชนทั่วไปอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลได้ยึดปรัชญาของงานพยาบาลเป็นหลักในการปฏิบัติ โดยในทุกแผนกมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละสายงาน และใช้หลักการของการให้การพยาบาลแบบองค์รวมปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคน นอกจากนี้แล้วยังปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วย

จากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล และเพื่อให้สอดคล้องกับปรัชญาของงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามที่ Donabedian (1966 อ้างถึงใน ยุพิน อังสุโรจน์, 2543) ได้กล่าวไว้ว่าสามารถประเมินได้ 3 องค์ประกอบคือ การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงโครงสร้าง การประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการ และการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ โดยที่ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการและคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์เท่านั้น เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ของคุณภาพการพยาบาลเชิงโครงสร้างผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ เช่น ด้านการบริหารงาน งบประมาณ การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น แต่จะมีเพียงส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น ความสะอาด และเรียบร้อยของสถานที่ในโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ ซึ่งจะมี ความซ้ำซ้อนกับคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วย ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงกระบวนการในที่นี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาด้านการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เนื่องจากนักวิชาการทางการพยาบาลได้ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การ

พยาบาลแบบองค์รวมนั้น เป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล อีกทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับปรัชญาของงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความสำคัญกับการให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยในทุกแผนกของโรงพยาบาล ส่วนการประเมินคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นการประเมินด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เนื่องจากคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่น อัตราการตกเตียงและอัตราการให้ยาผิดนั้น แนวปฏิบัติในโรงพยาบาลตำรวจ ยังไม่มีการบันทึกรายงานเหตุการณ์ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล จึงทำให้เป็นการยากต่อการศึกษาในช่วงเวลาที่จำกัด ดังนั้นคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์จึงศึกษาในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เท่านั้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินคุณภาพการพยาบาลในด้านของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาชีพในด้านคุณภาพการพยาบาล อีกทั้งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลตำรวจให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

