

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอสาระสำคัญในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เวลาการพยาบาลและการวัดเวลาการพยาบาล
2. ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการพยาบาลในระยะวิกฤตและผลลัพธ์ของการพยาบาล
3. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย
4. ความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพการให้ทรัพยากร เวลาและการวัดผลลัพธ์ของงานในการบริหารองค์การพยาบาล

เวลาการพยาบาลและการวัดเวลาการพยาบาล

เวลา (Time) เป็นทรัพยากรที่เป็นปัจจัยการผลิตประการหนึ่ง จัดเป็นตัวป้อน (input) ที่นำเข้าไปในกระบวนการปฏิบัติงาน เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Nursing care hours provided or Actual nursing care hours) เป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการผลิตสินค้าหรือบริการ (Productivity) ใช้ประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และประเมินประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรการผลิต (Resources management) ได้ หากทราบเวลามาตรฐานที่ต้องการใช้ในกระบวนการผลิตผลงานชิ้นหนึ่งๆ (Hours Required) และเมื่อต้องการวัดความสามารถในการผลิต ย่อมจะต้องอาศัยกรอบของเวลาในการวัดวัดโดยมีการรายงานผลการตรวจสอบในเรื่อง เวลาด้วยเสมอ (Jazwiec 1987 Quoted in Channon 1983:104)

ในปัจจุบันนี้ เป็นยุคที่องค์กรสาธารณสุขกำลังเผชิญกับปัญหาในเรื่องการจัดสรรและการบริหารทรัพยากรในการผลิต ในลักษณะของความสูญเปล่าสิ้นเปลือง ความไม่คุ้มประโยชน์ และมีมากเกินไปจนจำเป็น สิ่งเหล่านี้สะท้อนออกมาในรูปปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างชัดเจน และปัญหาในการใช้บุคลากรยังไม่เต็มที่ เป็นต้น

โรงพยาบาล นับเป็นหน่วยผลิตซึ่งผลิตบริการเพื่อสนองตอบผู้รับบริการ เป็นแหล่งที่ใช้ทรัพยากรในการบริหารงานสูงมากแห่งหนึ่งในระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นหากล่วงรู้ปัญหาและสามารถจัดปัญหาในด้านความสูญเปล่าสิ้นเปลืองออกไปได้แล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่าง

มากมาย ในการประเมินประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยงานการศึกษาในระดับ  
จุลภาค เพื่อให้ได้ข้อมูลในเรื่องการให้บริการการผลิตมาปรับปรุงการปฏิบัติงาน อาจกระทำ  
ได้ด้วยวิธีวิเคราะห์งาน (Function and performance) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนด  
แนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการในด้านต่างๆ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และ  
อื่นๆ 2529:176)

สลักษณ์ มีชูทรัพย์ ได้กล่าวถึงการเข้าประโยชน์บุคลากรพยาบาล ในปัจจุบันว่า  
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพและปริมาณงานที่บุคลากรพยาบาลผลิตได้ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ปัญหา  
การเข้าประโยชน์บุคลากรไม่เต็มที่และ ไม่เหมาะสม โดยกล่าวว่าปัญหาการขาดแคลนบุคลากร  
พยาบาล อาจคงมีอยู่และมีความจำเป็นในการผลิตพยาบาลในระดับต่ำกว่าวิชาชีพมาทดแทน  
แต่หากพิจารณาให้ถี่ถ้วนแล้วจะเห็นได้ว่าไม่ได้เป็นเรื่องของการขาดแคลนที่แท้จริง แต่เป็น  
การเข้าประโยชน์บุคลากรน้อยเกินไป (Underutilization) หรือ อาจมากเกินไป  
(Overutilization) ดังนั้นการควบคุมงานจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วย  
ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่ (สลักษณ์ มีชูทรัพย์ 2527: 26-27)

ปัจจัยการเข้าประโยชน์ของบุคลากรพยาบาลประการหนึ่ง คือ การสงวนเวลาของ  
พยาบาล (Conservation of Nursing Care Time) นั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยอ้อมคิดแล้ว  
ว่าพยาบาลวิชาชีพ ควรจะได้ปฏิบัติงานในระดับที่เป็นวิชาชีพแท้ๆจริงมากกว่าการทำหน้าที่  
ที่ไม่ใช่การพยาบาลโดยตรง หรือเป็นงานของวิชาชีพอื่นฯ แต่อย่างไรก็ตามความเป็นจริงนั้น  
พยาบาลมีขอบเขตในการปฏิบัติงานในคลินิกกว้างขวางมาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความสับสน  
ในบทบาท (Role confusion) ขึ้นได้ ในปัจจุบันนี้จึงได้มีการจัดสรรและแบ่งงานที่ไม่ใช่การ  
ดูแลรักษาโดยตรงออกไปให้บุคลากรผู้ช่วยงานพยาบาลมากยิ่งขึ้น ทำให้พยาบาลจะต้องเพิ่ม  
ความรับผิดชอบให้มากขึ้นเพื่อที่จะใช้เวลากับหน้าที่การงานด้านการพยาบาลได้อย่างเต็มที่  
และเหมาะสม เพื่อสร้างและดำรงภาพหน้าที่ของการพยาบาลให้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น  
(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522:12-3)

การใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องตระหนักถึง เสมอ  
โดยถือเป็นความรับผิดชอบของตนอย่างเต็มที่เพื่อให้เกิดผลของการพยาบาลที่มีคุณภาพขึ้น  
ในตัวผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ปรับตัวได้มากขึ้น และสร้างความพึงพอใจในบริการให้  
กับผู้ป่วยได้ ผู้ให้การพยาบาลต้องสามารถแยกแยะคุณค่าของกิจกรรมการพยาบาล (Value  
of Activities) ที่ตนปฏิบัติได้ในทุกๆ กิจกรรมทั้งในแง่ของผลที่จะเกิดขึ้นและในแง่คุณค่า  
ทางด้านเศรษฐกิจเรื่องการเข้าทรัพยากรให้เกิดผลได้อย่างเต็มที่

ลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานที่เสร็จสิ้นไปทันทีและ เกิดผลต่อผู้  
รับบริการในขณะนั้นๆ ทันทีด้วยแล้วจะไม่หวนกลับมาอีก ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลจึง เป็นสิ่ง  
ที่จะต้องกระทำเดี๋ยวนั้น และต้องการการกระทำโดยตรงต่อผู้รับบริการค่อนข้างมาก การ  
วัดผลที่ได้จากการปฏิบัติงานในเชิงปริมาณจึงอาจวัดได้จากจำนวนกิจกรรมที่พยาบาลกระทำขึ้น

และจากจำนวนเวลาที่เข้าไปในกิจกรรมการปฏิบัติงานนั้นๆ (Omachonu and Nanda 1989:204)

การศึกษาเวลาในการปฏิบัติงาน (Time Study) เป็นวิธีการหลักที่ใช้ในการกำหนดมาตรฐานงาน (Work Standard) เพื่อหาเวลามาตรฐานต่องาน 1 หน่วย (Standard time per work unit) โดยการศึกษาดำเนินการเข้าศึกษาจับเวลาเพื่อหาเวลาและอัตราการดำเนินงานของส่วนย่อยส่วนหนึ่งๆ ภายใต้สภาวะการดำเนินงานหนึ่ง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการหาเวลาที่สมควรในการทำงานขึ้นนั้นในระดับการทำงานที่เหมาะสม วิธีการศึกษาการทำงานด้วยการศึกษาเวลาในการปฏิบัติงานนี้เป็นวิธีการที่เชื่อกันมาก และใช้ได้ผลดีในงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักร เนื่องจากเป็นงานที่สามารถมองเห็นขั้นตอนของการทำงานในส่วนย่อยได้อย่างชัดเจนและสามารถนับชิ้นงานเป็นจำนวนนับได้ (สุวดี ปภากจณ์ มปป. อัดสำเนา:17)

การศึกษาเวลาการปฏิบัติงานด้วยการเข้าศึกษาจับเวลา (Stop-watch Time Study) เป็นเทคนิคการวัดงาน (work measurement) อย่างหนึ่ง การวัดงาน คือ การนำเอาเทคนิคที่ออกแบบไว้แล้วไปหาเวลาในการทำงานงานหนึ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในระดับที่เหมาะสม (Qualified workers) ซึ่งก็คือผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ มีความชำนาญ การที่จะทำงานนั้นๆ ให้เสร็จสิ้นลงตามปริมาณและคุณภาพที่กำหนดไว้หรือที่ควรจะเป็น ซึ่งแตกต่างไปจากผู้ปฏิบัติงานที่เป็นเพียงตัวแทน (Representative Workers) ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงานที่เหมาะสม การวัดงานนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ฝ่ายบริหารทราบถึงระยะเวลาในการทำงานแต่ละส่วนที่ประกอบกันเข้าเป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการ ทำให้ทราบข้อมูลด้านเวลาเพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อลดหรือขจัดเวลาที่ไร้ประสิทธิภาพออกจากกระบวนการปฏิบัติ นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้มานี้ยังนำไปกำหนดเวลามาตรฐานในการทำงาน (Standard time Required) ของงานนั้นๆ ด้วย ดังมีแนวทางการวัดงาน ดังนี้

แนวทางการวัดงาน ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติต่อไปนี้

1. เลือกงานที่จะต้องศึกษา
  2. บันทึกข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับงานชิ้นนั้น
  3. ตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จนมั่นใจว่าได้วิธีที่ให้ผลดีที่สุดและสามารถแยกแยะงานในส่วนที่ไร้ประสิทธิภาพออกจากงานที่มีประสิทธิภาพได้
- (วิจิตร ดัดพลุทธิ์ และคณะ 2524:216-220)

เทคนิคการวัดงาน (Work measurement techniques) ที่นำมาใช้ในงานพยาบาล

ได้มีการนำเทคนิคการวัดงานหลายวิธีมาใช้ในการหาปริมาณงานในงานบริการพยาบาล ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นตัวกำหนดปริมาณงานของพยาบาล (Nursing Workload) ประการหนึ่งก็คือความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย (Patient's nursing needs) ซึ่งได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องกระทำให้กับ



ผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่คุกคามความสามารถช่วยเหลือตนเอง  
จนกิจวัตรประจำวัน หรือระดับความรุนแรงของโรคที่คุกคามชีวิตความเป็นอยู่ และการปรับ  
ตัวของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอาการ ดังนั้นปริมาณงานส่วนที่ล้ำค่าส่วนหนึ่งจึง ได้มาจากการนับ  
จำนวนของกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Activities) ที่จะต้องกระทำให้แก่ผู้ป่วย  
เป็นจำนวนที่นับได้ คือเป็นจำนวนครั้งหรือจำนวนหน่วยของเวลา

เทคนิคการวัดงานที่นำมาใช้ในการหาปริมาณงานพยาบาล มีดังนี้คือ วิธีการศึกษา  
เวลา (Time Study) วิธีสุ่มงาน (Work Sampling) และวิธีการศึกษาโดยวิศวกรรม  
ที่เรียกว่า Method time measurement หรือ M.T.M เป็นต้น ซึ่งเทคนิคการวัดงานแต่ละ  
ชนิดมีทั้งข้อดีและจุดด้อยในตัวเอง วิลเลียมสัน และจอห์นสัน (Williamson and Johnston  
1988:50) ได้เห็นว่าสำหรับงานพยาบาลควรใช้วิธีสุ่มงานที่ประกอบด้วยลักษณะของการจัด  
เวลาในการเฝ้าสังเกตกิจกรรมการทำงานหลาย อย่าง เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ  
(Intermittent) การสุ่มงาน คือ วิธีการหาเบอร์เซ็นต์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมการปฏิบัติงาน  
(Activity) งานหนึ่งโดยอาศัยสถิติของการเฝ้าสังเกตโดยการสุ่มเลือกเวลาการสังเกต  
และเฝ้าสังเกตขณะที่มีปฏิบัติงานกำลังทำงานอยู่ตลอดวันทำงานของเขา เพื่อหาความถี่ของ  
ส่วนย่อยของงานต่างๆ อย่างที่เกิดขึ้น แม้ว่าการสุ่มงานจะมีข้อดีคือทำให้ศึกษาการปฏิบัติงาน  
ที่แตกต่างกันจำนวนมากในเวลาเดียวกัน และหลีกเลี่ยงปัญหาทางจิตวิทยาในการจ้องดูผู้ปฏิบัติ  
งานเป็นเวลานานๆ ได้ แต่ก็ทำให้ไม่ได้ค่าของเวลาที่เข้าไปเนกาการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ส่วนวิธี  
การศึกษาเวลา มีข้อดีคือมีความแม่นยำ (Accurate) เป็นวิธีการที่เข้าวัดการปฏิบัติงานในส่วน  
ย่อยๆ เพื่อตรวจสอบวิธีการทำงานในขั้นตอนต่างๆ ได้ดี แต่ก็มีข้อจำกัด คือ สิ้นเปลืองเวลา  
และแรงงานไปในการสังเกตมากและต้องการผู้ที่มีทักษะในงานนั้นๆ เป็นผู้สังเกต

แรนท์ซและมิลเลอร์ (Kantz and Miller) ได้ศึกษาโดยทำการวิจัยเชิงพรรณนา  
(Descriptive study) เมื่อต้นปี ค.ศ. 1985 ในโรงพยาบาลขนาด 330 เตียงที่ให้การ  
รักษาแบบฉุกเฉินแห่งหนึ่ง ในมลรัฐวิสคอนซิน สหรัฐอเมริกา การศึกษาครั้งนี้กระทำขึ้นภายใต้การ  
ดัดแปลงวิธีการศึกษาของซานาจควิน (San Joaquin) ซึ่งเป็นคนแรกๆ ที่พยายามคิดค้นเพื่อ  
พัฒนาการวัดการเข้าประยชน์และควมมีประสิทธิภาพของบุคลากรที่ให้บริการพยาบาล งานวิจัย  
ของแรนท์ซและมิลเลอร์เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study design) เก็บ  
รวบรวมข้อมูลภายใต้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมวัดการเข้าการสังเกตอย่างไม่มีแบบแผน  
(Unstructured Observation) ภายใต้งกรอบสร้างกรอบของเวลา (Structured  
Timeframe) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลออกแบบขึ้นเพื่อการบันทึกการสังเกต  
การปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลเป็นระยะๆ ทุกๆ 15 นาทีวัดการเข้าเวลาในการสังเกตแต่ละ  
ครั้งนาน 30 วินาที ตลอด 24 ชั่วโมง (Kantz and Hauer 1987:33)

ผลจากการวิเคราะห์ความสามารถในการผลิต (Productivity) ของ  
พยาบาลระดับปฏิบัติการในหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินในครั้งนี้นำมาสรุปจำแนก

ประเภทของกิจกรรมการพยาบาลออกได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรง (Direct care Productive time)
2. กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยทางอ้อม (Nondirect care Productive time)
3. กิจกรรมที่ไม่เกิดผลทางการพยาบาล (Nonproductive time)

ดังมีรายละเอียดของแต่ละกลุ่มกิจกรรมที่หัวหน้าพยาบาลและผู้ตรวจการพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยงานพยาบาลปฏิบัติดังต่อไปนี้

กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ที่หัวหน้าพยาบาล (Head Nurse) และผู้ตรวจการพยาบาล (Supervisor) ปฏิบัติมี 11 กิจกรรม คือ

1. ประเมินอาการผู้ป่วย
2. ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. สนทนากับผู้ป่วย - เน้นลักษณะที่มองเห็นได้ (Verbal assessment)
4. ติดต่อพูดคุยกับครอบครัวและผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย
5. พุดำหรับศัพท์เกี่ยวกับเรื่องผู้ป่วยและให้คำแนะนำ
6. ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและการให้คำปรึกษา
7. การให้ยา
8. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
9. ตรวจสอบเครื่องมือและเครื่องใช้ภายในห้องผู้ป่วย
10. การเคลื่อนย้ายเตียง รกเข็น เบลนอน
11. ช่วยแพทย์ในกิจกรรมการตรวจรักษาและหัตถการต่างๆ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรง รวม 12 กิจกรรมเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเหมือนกับหัวหน้าพยาบาลทั้ง 11 กิจกรรม มีเพียงกิจกรรมเดียวที่เพิ่มขึ้นมา คือ งานเกี่ยวกับการดูแลท่อและสายสวนต่างๆ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงที่ผู้ช่วยงานพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติมี 11 กิจกรรมที่ปฏิบัติเหมือนกับพยาบาลวิชาชีพ ยกเว้นกิจกรรมการพยาบาลในข้อ 8 คือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงข้อเดียว

กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยอ้อมของหัวหน้าพยาบาลและผู้ตรวจการพยาบาล มีดังนี้

1. การเตรียมยา เตรียมให้สารน้ำโดยตรวจสอบกับตารางการให้ยาและคำสั่งการรักษา
2. การดูแลศพหลายและจัดให้มีหอเข็ดลอดเวลา
3. จัดหาเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

4. ติดต่อหน่วยซักฟอก
  5. ล้างมือ
  6. รายงานการรับ-ส่ง เวร
  7. การรายงานด้วยปากเปล่าในระหว่างทีมพยาบาล
  8. การรายงานและปรึกษาในระหว่างทีมการรักษา
  9. สนทนาเชิงปรึกษากับแพทย์
  10. วัตถุประสงค์ตามแพทย์
  11. วัตถุประสงค์ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ
  12. การประชุมเพื่อการเรียนการสอนในหน่วยงาน
  13. อ่านประกาศ อ่านบันทึกข้อความและบันทึกช่วยจำต่างๆ
  14. ตรวจสอบการลงบันทึกรายงานต่างๆ
  15. เตรียมและตรวจสอบการวางแผนการพยาบาล
  16. กรอกข้อความลงแบบฟอร์มต่างๆ ให้เรียบร้อย
  17. รับคำสั่งการรักษา
  18. ตรวจสอบการลงบันทึกในแบบฟอร์มต่างๆ การลงบันทึกและการวางแผนการพยาบาล การรับคำสั่งการรักษา
  19. ตรวจสอบผลและตามผลถึงส่งตรวจ
- กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยอายุอ้อมของพยาบาลวิชาชีพ มี 25 กิจกรรม

คือ

1. การเตรียมยา เตรียมให้สารน้ำโดยตรวจสอบกับตารางการให้ยาและคำสั่งการรักษา
2. การล้างทำความสะอาดซัพพลาย
3. การดูแลตรวจสอบและจัดทำให้มีซัพพลายพอใช้ตลอดเวลา
4. การจัดการเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ
5. การทำความสะอาดและเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในห้องหัดการและการรักษา
6. การทำความสะอาดและจัดระเบียบสำนักงานและบริเวณเตียงที่มีผู้ป่วยอยู่
7. ล้างมือ
8. การส่งผ้า เบื่อน สิ่งของและภาชนะบนเบื่อนไปทำความสะอาด
9. นำเครื่องมือไปให้แพทย์และนำมาเก็บ
10. รายงานการรับ-ส่ง เวร
11. การรายงานด้วยปากเปล่าในระหว่างทีมพยาบาล
12. การรายงานในระหว่างทีมการรักษาพยาบาล
13. การมีปฏิสัมพันธ์กับนักศึกษา

14. การสนทนาเชิงปรึกษากับแพทย์
15. วัตถุประสงค์ตามแพทย์หรือติดต่อวิทยุข่ายการแพทย์
16. วัตถุประสงค์ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ
17. การประชุมพื้นพิชชาการของหน่วยงาน
18. การตรวจสอบเครื่องติดตามตรวจวัด (Monitors) และเครื่องส่งสัญญาณระยะไกล (Telemetry)
19. อ่านบันทึกข้อความเดือนความจำ อ่านประกาศระเบียบปฏิบัติต่างๆ
20. ตรวจสอบการลงบันทึกรายงานและแผ่นประวัติต่างๆ
21. ตรวจสอบงานเอกสารอื่นๆ ของหัวหน้าเวร
22. เตรียมและตรวจสอบแผนการพยาบาล
23. ตรวจสอบการรับคำสั่งการรักษา
24. ตรวจสอบการเขียนบันทึกลงแบบฟอร์ม
25. ติดตามผล รายงานผลและลงบันทึกผลของสิ่งส่งตรวจ

ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงทางอ้อมที่ผู้ช่วยงานพยาบาลปฏิบัติตามที่แรนซ์และมิลเลอร์ ได้รายงานไว้ นั้น คล้ายคลึงกับที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติยกเว้นในบางข้อ เช่น การตรวจสอบบันทึกรายงานและแผ่นประวัติ ผู้ช่วยงานพยาบาลกระทำเพียงจัดให้เป็นระเบียบและทำการพลาญภาพซีพีให้เรียบร้อยเท่านั้น ส่วนในเรื่องของแผนการพยาบาลกระทำเพียงเตรียมแผ่นรายงานไว้ให้พร้อม นอกจากนี้ผลสรุปจากงานของแรนซ์และมิลเลอร์ ยังได้รายงานถึงปริมาณเวลาที่เข้าไปในกิจกรรมการพยาบาลประเภทต่างๆ ของบุคลากรต่างประเภท ดังนี้

หัวหน้าพยาบาลหรือผู้ตรวจการพยาบาล ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงในเวรเข้าร้อยละ 23.1

พยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงในเวรเข้าร้อยละ 35.0 ในเวรบ่ายร้อยละ 37.0 และในเวรดึกร้อยละ 33.1

ผู้ช่วยพยาบาล ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงในเวรเข้าร้อยละ 36.0 ในเวรบ่ายร้อยละ 37.7 และในเวรดึกร้อยละ 31.9

และการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยอ้อมของบุคลากรต่างประเภทนั้น พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลใช้เวลาในเวรเข้า เวรบ่าย และเวรดึก ใกล้เคียงกันดังนี้

		เวรเข้า	เวรบ่าย	เวรดึก
พยาบาลวิชาชีพ	ร้อยละ	51.0	53.4	58.9
ผู้ช่วยพยาบาล	ร้อยละ	46.6	50.21	53.9

สำหรับกิจกรรมที่ไม่เกิดผลทางการพยาบาล

พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลใช้เวลาไปในกิจกรรมสูญเสียเวลาที่ไม่มีเกิดผลทางการพยาบาล อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้กล่าว คือ ไม่เกินร้อยละ 12 ในเวรเช้าและเวรบ่ายและไม่เกินร้อยละ 8 ในเวรดึก

แรนทซ์ และ มิลเลอร์ ยังได้เปรียบเทียบปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ปฏิบัติใน กิจกรรมประเภทต่างๆ กับความคาดหวังของผู้บริหารการพยาบาลระดับกลาง และได้ข้อบ่งชี้ ด้วยว่าปริมาณเวลาที่เข้าไปในกิจกรรมที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงต่ำกว่าความคาดหวังของผู้บริหาร การพยาบาลมาก คือ เวลาที่คาดหวังเท่ากับร้อยละ 60 ในขณะที่การปฏิบัติจริงใช้เวลาเฉลี่ย ไม่เกินร้อยละ 35

จากข้อมูลด้านเวลาการพยาบาลดังกล่าว จึงประเมินได้ว่าปริมาณเวลาที่เข้าไปใน กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลไม่ แตกต่างกันและไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้บริหารการพยาบาล (Kantz and Hauer 1987:33-9)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) หรือเรียกสั้นๆ ว่า AMI เป็นอาการแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจ ขาดเลือด (Ischemic Heart Disease หรือ IHD) ภาวะนี้เป็นผลจากการที่กล้ามเนื้อ หัวใจไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้ ซึ่งทำให้เมตะบอลิซึมของ เซลล์ต้องหยุดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจจะตายไป โดยทั่วไปมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีโรคหลอดเลือดแข็ง ทำให้มี การตีบอย่างรุนแรงที่หลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Atherosclerosis) มีน้อยรายที่ เกิดขึ้นกับหลอดเลือดโคโรนารีที่ปกติ

ในระยะสิบปีที่ผ่านมาได้มีการวิจัยเกี่ยวกับโรคนี้อย่างกว้างขวาง มีผลทำให้ อัตรา การตายจากการคลื่นลดลงในหลายประเทศ ความพยายามในการลดอัตราการตายเมื่อเกิดโรคนี้ ขึ้นตั้งแต่การป้องกันและลดการเกิดโรคหลอดเลือดแข็ง การวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มี อาการ การค้นหา และการรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้เพิ่มขึ้น ตลอดจนการ บริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย มีเซ่เพียงความสามารถของแพทย์แต่ผู้เดียวจะกระทำได้ การรักษา โรคนี้จะให้ผลดีได้ต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524:302)



## พยาธิสภาพ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องมาจากความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวในระยะหนึ่ง กล่าวคือ เมื่อมีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันในเวลา 12 ชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวคล้ำ หลังจากนั้น 18 ชั่วโมง ไซโตพลาสซึม (Cytoplasm) ของกล้ามเนื้อจะจับตัวเป็นก้อนตะกอน หลอดเลือดฝอยจะขยายตัวและเริ่มมีเม็ดเลือดขาวซึ่งส่วนใหญ่เป็น นิวโทรฟิล (Neutrophil) เข้ามาอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ หลัง 24 ชั่วโมงผ่านไป บริเวณกล้ามเนื้อที่ตายจะมีเม็ดเลือดเข้าไปแทรกอยู่เต็มไปหมด ในสัปดาห์ที่ 3 จะเริ่มมีแผลเป็นเกิดขึ้นโดยมีเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) มากขึ้นและสร้างคอลลาเจนไฟเบอร์ (Collagen Fiber) เข้ามาแทนที่กล้ามเนื้อที่ตาย เซลล์ของกล้ามเนื้อที่ตายจะถูกขจัดออกเหลือแต่โครงสร้างของเซลล์อยู่ และแผลเป็นจะเสร็จสมบูรณ์ในราว 4-8 สัปดาห์

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการและความผิดปกติทางระบบไหลเวียนโลหิตแตกต่างกัน ไปด้วยระดับความรุนแรง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ออกเป็น 4 ระดับ (Class) และการพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับ การตรวจพบนี้มาก

ระดับ 1 ไม่มีอาการแทรกซ้อน คือ ไม่มีอาการหัวใจวาย หรือช็อคร่วมด้วย อัตราตายในกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 5-7

ระดับ 2 มีอาการหัวใจวายเฉียบพลันเล็กน้อย หรือปานกลางและมีอาการผิดปกติของเวนตรีคิลซ้าย เช่น มีเสียงควบเวนตรีคิลและเสียงเปรี๊ยะในปอดเล็กน้อย อัตราตายประมาณร้อยละ 10-15

ระดับ 3 เข้ามาด้วยอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลันมีอัตราตายร้อยละ 20-50

ระดับ 4 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากหัวใจจะมีอัตราตายราวร้อยละ 60-80

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแล้ว ควรต้องรีบรับเข้ารักษาในหออภิบาลโรคหัวใจหรือ ซี.ซี.ยู (C.C.U. = Coronary Care Unit) โดยเร็วที่สุด ระยะเวลาฉุกเฉินวิกฤตนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบริหารจากพยาบาลหน่วยอภิบาลที่ได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะให้มีความสามารถในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้อาและใช้เครื่องมือช่วยชีวิตต่างๆ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการพักฟื้น ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ มักต้องได้รับยาหล่อประสาช่วย ดังนั้นห้องที่อยู่ก็ควรจะมีเครื่องมือในการตรวจวัด (Central Monitoring Equipment) มายังบริเวณที่ทำงานของพยาบาล เพราะการดูแลการเต้นผิดจังหวะของหัวใจและอัตราเต้นที่ผิดปกติของหัวใจมีความสำคัญต่อการคาดการณ์ลักษณะทางคลินิกที่จะเกิดขึ้นต่อไป และต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างมากตลอด 24-48

ชั่วโมงแรก ควรให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างจริงจังให้หยุดเฉพาะแต่คนเดียว ต้องหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างกระทันหันห้ามว่าจะเป็นดีใจ เสียใจหรือวิตกกังวลอย่างมากก็ตาม ผู้ที่มาเยี่ยมควรเป็นคนสนิทในครอบครัวเท่านั้น ห้องที่อยู่ภายใน ซี.ซี.ยู ควรสงบเงียบ ในช่วงแรกๆ การตรวจวัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุกๆ 4 ชั่วโมง เป็นสิ่งจำเป็นและอาจต้องกระทำบ่อยครั้งกว่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนัก การติดตามตรวจดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อดูจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสนใจเอาใจใส่ตลอดเวลา เพื่อจะได้ค้นพบความผิดปกติได้รวดเร็วที่สุด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะอยู่ในซี.ซี.ยู นานเท่าใด ก็ต้องแล้วแต่อาการของผู้ป่วยและอัตราเพียงรับผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการช็อค หัวใจวาย มีการเต้นผิดจังหวะของหัวใจที่รุนแรง และยังมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงบ่อยๆ ก็ควรจะอยู่ในซี.ซี.ยู จนกว่าอาการจะดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนนั้นบางแห่งรับไว้ใน ซี.ซี.ยู ระหว่าง 5-7 วัน ถ้าไม่มีอาการผิดปกติจึงย้ายออกได้ แต่เนื่องจากในประเทศไทยจำนวนวัน

ที่ให้อยู่ใน ซี.ซี.ยู ในทางปฏิบัติแล้วให้อยู่ได้เพียง 3-5 วัน เนื่องจากมีเตียงรับผู้ป่วยจำกัด รวมถึงปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของโรงพยาบาลด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหออภิบาล

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในหออภิบาลโรคหัวใจ หรือ ซี.ซี.ยู เป็นระยะวิกฤต (Acute Phase) ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยในระยะนี้อยู่ในระยะอันตรายที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย มีอัตราการตายสูงกว่าในระยะอื่นๆ และมักพบว่าจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกที่มากและรุนแรง และเกิดขึ้นทันทีทันใด ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นหน้าอกเหมือนถูกกดหรือบีบรัด บริเวณหลังลิ้นปี่หรือบริเวณกลางอก อาการเจ็บปวดอาจร้าวไปที่คอ ไหล่ และแขนหรือบริเวณอื่นๆ เช่น ซากกรไกรล่าง ฟัน สะบัก ข้อศอก หลัง ซึ่งอาการเหล่านี้จะแตกต่างจากอาการเจ็บอกแบบแองเจนา (Angina Pectoris) ที่เกิดจากการที่หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอเป็นครั้งคราว (Coronary Insufficiency) ทำให้เกิดอาการเจ็บอกช่วงสั้นๆ ครั้งหนึ่งไม่เกิน 15-30 นาที แต่การเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะไม่บรรเทาได้ด้วยการอมยาอมใต้ลิ้น ในาตรกลีนิเซอโรรีน (Nitroglycerine) หรืออาศัยการพักและจะหายปวดในเวลาที่ยาวนานกว่า 30 นาที

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักพบภาวะแทรกซ้อนดังนี้ (สมชาย

บรรษาคณาชัย, 2522:47-59: Meltzer, Penneo and Kitchell:16)

1. กาเดินของหัวใจผิดปกติจะพบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างกะทันหันและอาจเกิดภาวะหัวใจวาย หรือภาวะช็อคต่อไปได้

2. ภาวะหัวใจวาย ส่วนใหญ่พบว่าหัวใจห้องล่างซ้ายเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงด้วย ทำให้การบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น เร่งอัตราเต้นให้เร็วขึ้นส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขยายบริเวณกว้างมากขึ้นกว่าเดิม

3. ภาวะช็อคจากหัวใจ มักเกิดต่อเนื่องจากภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เมื่อการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ ทำให้ความดันโลหิตตก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น บัสสาวะน้อยลง ผิวหนังเย็นชื้น ซึ่งเป็นอาการของภาวะช็อคที่มีอันตรายและมีอัตราตายถึง 80 %

4. ภาวะอุดตันของหลอดเลือด (Thromboembolism) มีโอกาสเกิดก่อนเลือดแข็งตัว (Blood clot) ที่ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายแล้วหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่เป็ความเสี่ยงร้ายแรงสำคัญๆ ได้

5. ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายแตกหะลุ เมื่อผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายถูกทำลายมาก ทำให้ตำแหน่งนี้อ่อนแอ เกิดรอยหะลุได้ง่าย จนเป็นสาเหตุให้เกิดเลือดไหลออกจากห้องหัวใจเข้าสู่ Pericardial sac ทำให้เกิดภาวะ Cardiac tamponade ซึ่งผู้ป่วยจะเสียชีวิตในทันทีได้

ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักของการพยาบาลผู้ป่วยมีดังนี้ คือ

ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจในขณะที่เดียวกันก็เพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้า จำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้ถูกทำลายมากขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ซึ่งการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน 9 มาตรฐานที่แสดงถึงผลสุดท้าย (End Result) ที่ต้องการได้รับการจากการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยทุเลาอาการเจ็บหน้าอก
- มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ
- มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยทุเลาจากอาการต่างๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบาย
- มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสภาพของโรค
- มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ และความเชื่อที่เหมาะสม

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะย้ายออกไปพักที่ระยะต่อไปในหอผู้ป่วยทาง  
อายุรศาสตร์

มาตรฐานทั้ง 9 มาตรฐานดังกล่าว นภาพร แก้วนิมิตชัย เป็นผู้สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2530 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ประกอบด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 28 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องโดยใช้ค่ามัธยฐาน และค่าการกระจายควอไทล์ เมื่อได้มาตรฐานที่สมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานไปสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถานการณ์จริงโดยการสอบถามจากผู้ชำนาญการในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของประเทศ จำนวน 108 ท่าน วิเคราะห์ผลของการสำรวจพบว่า กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ทั้งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป และมีส่วนน้อยของกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากจากลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกัน ส่วนผลของการพยาบาลผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า มีส่วนน้อยไม่ได้ผลตามที่คาดไว้ โดยผู้ชำนาญการให้เหตุผลว่า เนื่องจากภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน มาตรฐานที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่วันแรกที่รับไว้รักษาใน ซี.ซี.ยู หรือ ไอ.ซี.ยู จนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออกไปอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ (นภาพร แก้วนิมิตชัย 2530:บทคัดย่อ) มาตรฐานแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนแรก เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งสนองตอบวัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด

ส่วนที่ 2 เป็นผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดได้มาจากปัจจัยการพยาบาล (Factor) ด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

1. ด้านการพักผ่อน เป็นหลักสำคัญอันดับแรกของการรักษาพยาบาลในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน Acute Phase เนื่องจากมีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงต้องลดการทำงานของหัวใจและลดความต้องการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อต่างๆ การพักผ่อนควรพักทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้จนกว่าภาวะไหลเวียนโลหิต และบริเวณที่เกิดเนื้อเยื่อตายจะดีขึ้น โดยมีกำหนดให้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยต้องได้พักผ่อนอยู่บนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute Bed Rest)

2. การลดความเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง (Coronary Spasm) มักเกิดขึ้นได้เสมอและอาจเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ความเจ็บปวดก่อให้เกิดอาการกระสับ

กระส่าย ซึ่งจะช่วยให้หัวใจเพิ่มความต้องการออกซิเจนยิ่งขึ้นอีก เกิดอาการอาการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ฉะนั้นจึงต้องให้การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดด้านแรงดัน

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังที่ทราบแล้วว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นสาเหตุที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน Acute Phase คือภาวะการเต้นผิดปกติของหัวใจแล้วลุกลามไปเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายอื่นๆ เช่น หัวใจวาย และกล้ามเนื้อหัวใจตายขยายบริเวณมากขึ้น การเฝ้าสังเกตคลื่นหัวใจบนจอภาพ (Monitoring) เป็นหนทางหนึ่งที่จะค้นพบข้อบ่งชี้ของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้เฝ้าระวังและแก้ไขก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นได้

4. ด้านการขับถ่าย อาการท้องผูกทำให้ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ การเบ่งถ่ายอุจจาระจะไปกระตุ้นประสาทเวกัส (Parasympathetic Nerve) ทำให้หัวใจเต้นช้าลงซึ่งอาจทำให้หัวใจหยุดทำงานกะทันหัน และถึงแก่กรรมในขณะที่นั่งถ่ายบนหมอนอนได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องดูแลช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้อาการท้องผูกหรือหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ

5. อาหาร ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และประกอบกับภาวะที่ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล รวมทั้งประเภท รสชาติของอาหารที่จัดให้ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่พยาบาลต้องเข้าใจและดูแลเอาใจใส่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารที่เหมาะสม ในปริมาณที่เพียงพอ

6. ความสุขสบายทั่วไป ความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลือกิจวัตรต่างๆ และการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการไข้ที่มักจะมีได้ในระยะแรกๆ ซึ่งอุณหภูมิจะสูงขึ้นไม่เกิน 38.5 เซลเซียส

7. การลดความวิตกกังวล เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะสำคัญของร่างกาย เมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจรู้สึกได้ถึงความรุนแรงที่มีมากและเฉียบพลันทันที อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงในระยะเวลานานๆ ก่อผลกระทบทางด้านจิตใจที่ตามมาได้มาก คือเกิดความวิตกกังวล กลัว ปฏิเสธภาวะเจ็บป่วย เก็บกด และอาจแปรเปลี่ยนเป็นทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเป็นโรคนี้ ทำให้ไม่กล้าใช้ชีวิตในสังคมตามปกติเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งในเรื่องเพศสัมพันธ์ นับว่าเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตภายหลังความเจ็บปวดลดลงมาก พยาบาลจะต้องมีความสามารถสูงในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลืออย่างมีแผน และเป็นระบบ มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

8. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามสมควร ป้องกันการเกิดอาการซ้ำ และการตายอย่างกะทันหัน

9. การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถปรับตัวได้ และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมต่อไปได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

10. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อไปพักฟื้นในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ผู้ป่วยจะอยู่ในหน่วย ซี.ซี.ยู ประมาณ 3-5 วัน เมื่อพ้นระยะอันตรายจึงจะย้ายออกไปอยู่ในหอผู้ป่วยอื่นได้ ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลอาจมีระยะเวลาเวลานานถึง 2-3 สัปดาห์ พยาบาลจึงจำเป็นต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการย้ายออกจาก ซี.ซี.ยู ด้วย

ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ออร์โตรีโน และโฮแกน (Autorino and Hogan) ได้ทำการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยกำหนดกิจกรรมการพยาบาล หรือมาตรฐานกำหนดวิธีการ (Means Standard) มาใช้ร่วมกับผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (Outcome) หรือมาตรฐานกำหนดเป้าหมาย (Ends Standard) โดยนำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายใน ไอ.ซี.ยู นำไปใช้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้ารักษาในหน่วย ไอ.ซี.ยู ได้ปัญหา ดังนี้

- 1) มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติที่เป็นอันตราย
- 2) มีอาการเจ็บปวด
- 3) มีภาวะหายใจลำบาก
- 4) มีความวิตกกังวล
- 5) มีภาวะหัวใจทำงานไม่ไหว คือ ภาวะหัวใจวาย หรือภาวะช็อคเนื่องจากหัวใจตั้งนั้นมาตรฐานทั้ง 9 ข้อที่กล่าวมา แก้วนิมิตชัย ได้ตั้งไว้แน่นอนอาจถือเป็นมาตรฐาน

กำหนดเป้าหมาย (Ends Standard) และนำไปใช้เป็นวัตถุประสงค์ในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาใน ซี.ซี.ยู ได้โดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) เป็นเกณฑ์ประเมินผล

ผลของการพยาบาลที่กำหนดขึ้นโดยระเบียบวิธีการสร้างมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ ในกิจกรรมย่อยๆ ที่แยกแยะได้จากปัจจัยการพยาบาลทั้ง 10 ด้าน สามารถนำมาสร้างเกณฑ์วัดผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการได้การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลจากผลที่เกิดขึ้นในตัวของผู้ป่วยในเรื่องของภาวะสุขภาพหรือพยาธิสรีรภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถกระทำได้ด้วยการวัดผลลัพธ์ของการพยาบาล โดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ เพื่อที่จะยืนยันได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนั้นเป็นไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ในปี พ.ศ. 2524 ถนนอมขวัญ ทวีบุรุษได้ทำการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 รายที่ได้รับการรักษาอยู่ในหน่วย ไอ.ซี.ยู โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้ประเมินกิจกรรมพยาบาล และผลของการ

พยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ผลของการวิจัยพบว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับคุณภาพดี ถึงร้อยละ 95 และมีคุณภาพในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 5 สำหรับผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับมีระดับคุณภาพดีร้อยละ 80 และระดับปานกลางร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่า กิจกรรมการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ถนนอมขวัญ ทีวีบุรณ์ 2524: บทคัดย่อ)

### ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ จัดได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในหลาย ๆ ส่วนของผลได้หรือผลลัพธ์ (Outcome Elements) ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับบริการพยาบาลไปแล้ว นอกเหนือจากผลได้อีกหลายประการ ดังเช่น ภาวะสุขภาพหรือ ทัศนคติสุขภาพ พฤติกรรมการปรับตัวทั้งของผู้ป่วยและของบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีความหมาย ต่อผู้ป่วย ความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้ในเรื่องการรักษาพยาบาล การดูแลตนเองทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการยอมรับและการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างสำคัญตามแนวความคิดในเรื่องการประกันคุณภาพ หรือ Quality assurance เนื่องจากการประกันคุณภาพมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ คือ การวัดผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ และนำผลที่ได้รับนั้นมาปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพสูงสุดเป็นไปตามความคาดหวังของทั้ง ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งการวัดผลดังกล่าวนี้อาจกระทำได้โดยการวิเคราะห์ทั้งในกรอบอ้างอิงจากผู้ให้บริการ (Nurse's frame of reference) หรือจากมุมมองตามทัศนะของตัวผู้ป่วยก็กระทำได้ทั้งสองทาง (Phaneuf cited in Gillies 1982:391, 393-4 and 397)

อัลลานแนค (Allanach 1988:17) อ้างถึงอัลเบรชท์และแซมเก้ (Albrecht and Zamke 1985) ได้กล่าวถึงขั้นตอนแรกของการปฏิบัติในการตรวจสอบบริการ (Service Audit) ว่าเป็นการสำรวจความพึงพอใจของผู้บริโภคบริการ (consumer Satisfaction) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วย ญาติและผู้เกี่ยวข้องที่มารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจต่อบริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้บริโภคและให้ความกระจ่างถึงความคิดเห็น (Opinions) เกี่ยวกับระดับของการบริการที่เป็นอยู่ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่บอกได้ถึงสิ่งที่เด่นและจุดบกพร่องของบริการที่เห็นได้ นับเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการ (Service Management) เป็นอย่างมาก เพราะจะเป็นปัจจัยพื้นฐานของกระบวนการปฏิบัติเพื่อการดำรงรักษาบริการให้มีคุณภาพเป็นที่พอใจของผู้บริโภค ในฐานะผู้ซื้อสินค้าหรือบริการอยู่เสมอ

บริการพยาบาลเป็นบริการหลักภายในโรงพยาบาล ผู้ให้บริการย่อมคาดหวังต่อบริการที่มีให้แก่เขาในระดับที่แตกต่างกันไปตามความจำเป็น (needs) และความต้องการ (wants) ของแต่ละบุคคลอันเกี่ยวเนื่องจากภูมิหลังเฉพาะบุคคล อดนาบีเดียน (Donabedian 1966:25, 166-203 Quoted in Eriksen 1987:32, 34) ได้ให้ข้อสังเกตในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จของผู้ให้บริการ ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในแง่ของคุณค่า (Values) และความคาดหวังที่ผู้รับบริการสนใจ สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นแก่นสารที่ผู้รับบริการถือเป็นเจ้าของอรรถประโยชน์อันนี้ได้โดยชอบธรรมและได้กล่าวถึงความพึงพอใจในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารว่าทำให้เกิดความสำเร็จในการตอบสนองต่อคุณค่าและความคาดหวังของผู้ป่วยพอใจ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2527:2) ได้กล่าวถึง ความคาดหวังต่อบริการพยาบาลของสังคมไว้ดังนี้ "คุณภาพของการพยาบาลเป็นสิ่งที่ถูกกล่าวขวัญและปฏิบัติกันมาช้านาน ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของการพยาบาลเป็นการบริการในระดับวิชาชีพ ดังนั้นสังคมย่อมจะคาดหวังได้ว่าต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพสูงสุด นั่นหมายถึงว่าผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ รับผิดชอบต่อภาระให้บริการ และดำเนินการติดตามผลหรือการปรับปรุงการบริการในครั้งต่อไปให้ดียิ่งขึ้นเสมอ ดังนั้นคำถามที่พยาบาลทั้งหลายต้องมีคำตอบก็คือ "สังคมได้รับการพยาบาลตามที่สังคมต้องการหรือไม่ หรือสังคมได้รับการพยาบาลตามที่เราคิดว่าสังคมต้องการ"

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2530:515) กล่าวถึง ความคาดหวังของผู้รับบริการว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับ ทักษะของผู้ปฏิบัติทางด้านความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารในระดับที่น่าพอใจ

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการไว้อีกมากดังจะ ได้กล่าวถึงต่อไป

แนวคิดในเรื่องบริโภคนิยม (Consumerism) เป็นแนวความคิดที่มีแนวโน้มได้รับการสนับสนุนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ค.ศ 1970 เป็นต้นมา ความหมายของแนวคิดเรื่องบริโภคนิยมก็คือ การให้แรงสนับสนุนแก่กลุ่มผลประโยชน์ (interests) ที่เป็นกลุ่มผู้บริโภค (Consumer) ซึ่งก็คือผู้ที่ได้รับประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากสินค้าหรือบริการที่เขาต้องจ่ายเงินซื้อ และในอีกลักษณะหนึ่งก็คือ การเพิ่มขึ้นของการบริโภคสินค้าที่ให้คำตอบแทนทางเศรษฐกิจอย่างน่าพึงพอใจนั่นเอง ในปัจจุบันนี้แนวความคิดนี้ได้เข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญต่ออุตสาหกรรมบริการสุขภาพ (Health Care Industry) โดยเฉพาะในด้านบริการภายในโรงพยาบาล ในทางปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดนี้มีทางหนึ่งที่น่าจะทำได้ คือ การค้นหาว่าผู้รับบริการไม่ชอบในบริการใดบ้าง การเพิ่มการควบคุมและเพิ่มความร่วมมือในการให้บริการจะทำได้ อย่างไรและการค้นหาความสามารถในการสนองตอบความจำเป็น (needs) และความต้องการ (Wants) ของผู้ป่วย (Carter and Mowad 1988:74)



ในปัจจุบัน แนวคิดเรื่องบริโภคนิยมในอุตสาหกรรมบริการด้านสุขภาพ เป็นเรื่องที่มีความลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นและมีอิทธิพลต่อการกำหนดทิศทางของการบริการในวงกว้างอย่างสำคัญ บริการในโรงพยาบาลเป็นแหล่งใหญ่ของการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสำเร็จในเรื่องของรายได้หรือผลตอบแทน ที่ได้รับจากผู้บริโภคบริการจึงเกิดแรงผลักดันที่ทำให้บริการในโรงพยาบาลต้องอำนวยความสะดวกให้เกิด "คุณภาพสูงสุดในราคาที่ยุติธรรม" ตามความรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ามาสู่ความพยายามในการเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้บริโภคกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ด้วย (Eck et al 1988:1) และสปีทเซอร์ (Spitzer 1988:32) ได้กล่าวถึงการรับรู้ของผู้บริโภคในเรื่องคุณภาพการดูแลว่าหมายถึง การรับรู้ของเขาต่อองค์ประกอบที่สำคัญๆ ที่ทำให้เกิดความสบายกายสบายใจ และหนทางหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายในการสนองตอบความคาดหวังของผู้บริโภคก็คือ การศึกษาถึงสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงอย่างไม่พอใจเกี่ยวกับบริการที่เขาเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

พวงรัตน์ บุญณารักษ์ (2530: 524-525) ได้กล่าวโดยสรุปถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในความคาดหวังของผู้รับบริการว่า เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า การปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีคุณภาพระดับใด จะต้องมีการวัดหรือตรวจสอบพฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติพยาบาล และพฤติกรรมของผู้รับบริการหลังจากการได้รับบริการพยาบาลไปแล้ว นอกจากนี้ยังอ้างถึงงานของออสแตร์และไรแมน (Ostrander 1986:369 and Reiman 1986: 30-36) ที่ได้สรุปความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลไว้ดังนี้

1. ผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพสามารถให้ความมั่นใจปลอดภัย และความเอาใจใส่ผู้รับบริการได้อย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติส่วนตัวเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาลของตนเอง
4. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และบางโอกาสก็ต้องการที่จะสงวนและดำรงความเป็นอิสระแก่ตนเอง จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ตามความเหมาะสม
5. ผู้ให้บริการให้การยอมรับผู้รับบริการในฐานะเป็นบุคคลและตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการอยู่เสมอ

แม้ว่าจากการให้ความหมายของความพึงพอใจที่ผู้รับบริการคาดหวังต่อคุณภาพหรือผลสำเร็จของการบริการพยาบาลที่ได้กล่าวถึงมาแล้ว จะบอกถึงทิศทางที่เป็นความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ หากผลที่ได้รับภายหลังจากการให้บริการพยาบาลไปแล้ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการนั้นย่อมหมายถึง เป็นบริการที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย

แต่จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้ป่วยกับคุณภาพของ กระบวนการพยาบาลที่ อีริกเซน (Eriksen 1987:31-35) ได้รายงานไว้ไม่ได้คล้องตาม ข้อสังเกตและความหมายดังกล่าว จากการวิจัยเชิงบรรยายศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Descriptive Correlational Research Study) ที่มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของกระบวนการพยาบาลจำแนกตามวัตถุประสงค์การพยาบาล กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อบริการพยาบาล ผลการศึกษายืนยันถึงความสัมพันธ์เชิงผกผัน (Inverse Relationship) ของคุณภาพบริการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่และได้ให้ข้อ เสนอแนะ ว่าพยาบาลพึงให้ความสำคัญระมัดระวังในการใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยแทนค่าหรือชี้ เป็นตัวบ่งชี้ (Indicator) ถึงคุณภาพบริการพยาบาลและได้ให้ข้อคิดเห็นเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานไว้ หลายประการคือ

- ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ไม่ควรใช้เป็นเกณฑ์ประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลเพียงประการเดียว

- การรายงานเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการควร จะได้รับการสอบสวน อย่างระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจไม่ยอมรับเมื่อพยาบาลทำหน้าที่อย่างแข็งขัน เช่น การสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง หรือการกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยเร็วหลังการ ผ่าตัด เป็นต้น ทั้งที่เป็น การปฏิบัติที่เป็นไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ รายงานฉบับนี้ให้ข้อเสนอว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรจะต้องเพิ่มความสนใจความเอาใจใส่ต่ออัยยาศรัย ทำที่และการแสดง ออกทางสังคมให้มากขึ้น และในการให้การพยาบาลนั้นควรตระหนักด้วยว่า อาจจะได้รับ การรายงานจากผู้รับบริการทั้งด้านที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจในบริการซึ่งนั้นไม่ได้หมายความว่า เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของบริการเสมอไป แต่ถ้าหากการบริการที่ให้นั้นคำนึงถึงแต่เฉพาะ ระเบียบแบบแผน และนโยบายโดยปราศจากการคำนึงถึงความ เป็นปัจเจกบุคคล ในเรื่อง ความต้องการของแต่ละบุคคลแล้ว ก็อาจก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อบริการได้มาก

อย่างไรก็ตาม เอก (Eck et al 1988:4) ได้ให้ข้อสรุปไว้ว่าความพึงพอใจ ทั้งของผู้รับบริการและของผู้ให้บริการต่างก็เป็นตัวบ่งชี้ถึงผลที่เกิดขึ้นในแง่ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) ขององค์การที่ให้บริการด้านสุขภาพ

ซัสแมนและคอลลีค (Zusman and Colleagues 1982 quoted in Hinshaw and Atwood 1982:170) ได้กล่าวถึงแนวโน้มของงานบริการสุขภาพว่าผู้บริภคมีส่วนอย่าง มากและได้กลายมาเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อการวางแผนและการประเมินผลบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือความเข้าใจถึงภาพที่ผู้รับบริการมองเห็นในเรื่องการบริการที่เขาได้รับนั่นเอง

แต่การประเมินผลบริการพยาบาลในลักษณะที่กระทำกันมาแต่เดิม มักจะคำนึงถึงแต่ ในแง่ของมาตรฐานเชิงวิชาชีพตามความคาดหวังของผู้ให้บริการเองเป็นส่วนใหญ่ วัตถุประสงค์ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่เข้าไปบ่อยครั้ง และมักพบได้บ่อยๆ ถึงความเชื่อ

ของบุคลากรผู้ให้บริการรวมทั้งในระดับผู้บริหารที่เชื่อว่า "เขารู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าที่ตัวผู้ป่วยเองรู้" (Kempusheski et al 1988:42-43)

ตามแนวความคิดเรื่องการตลาด (marketing Approach) เสียงของผู้รับบริการจะต้องได้รับการรับฟัง การตระหนักถึงข้อมูลซึ่งเป็นคำตอบของคำถามที่ว่าอะไรคือความคาดหวังของผู้รับบริการ กิจกรรมใดบ้างที่มีคุณค่าสูงสุดและสำคัญต่อเขามากที่สุด มีวิธีใดที่จะทำให้งิจกรรมการพยาบาลให้ผลในการทำให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการได้มาก และสิ่งที่พยาบาลให้แก่ผู้รับบริการนั้นสิ่งใดบ้างที่ผู้รับบริการเห็นว่าสำคัญน้อยที่สุด แนวคิดเรื่องการตลาดนี้ คอทเลอร์ (Kotler) ได้ให้คำอธิบายถึงคำว่า การตลาด (Marketing) ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงแนวการปฏิบัติที่อำนวยความสะดวกให้เกิดความตั้งใจที่จะสนองตอบความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในเรื่องที่จำเป็น (Needs) และในเรื่องที่ต้องการ (Wants) ดังนั้นการแยกแยะคุณค่าของการปฏิบัติพยาบาลเนรมุมมองของผู้รับบริการ จึงเป็นการสืบค้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่ามาซึ่งประโยชน์ในการแสวงหารูปแบบและแนวปฏิบัติที่มาจากประสบการณ์ การผสมผสานทั้งมาตรฐานเชิงวิชาชีพและความคาดหวังของผู้ให้บริการเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด เท่าที่จะเป็นไปได้บนพื้นฐานความเป็นมนุษย์และเศรษฐกิจทรัพยากร (Economic Resources) ที่มีอยู่ (Eck et al 1988:7 และ 10)

ซึ่งมัวร์ส และทอมป์สัน (Moore and Thompson 1986:87-102) ได้กล่าวถึงความต้องการในการพัฒนารูปแบบการวัดผลลัพธ์ในบริบทของการพยาบาล (Nursing Context) ว่าเป็นไปในทิศทางที่อยู่ระหว่างเส้นทางสองเส้นทาง คือ การวัดการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลที่ให้กับเขาและการวัดผลที่เขาได้รับ

### ความเป็นมาและการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย

ได้มีการศึกษาวิจัยถึงความพึงพอใจเนบริการสุขภาพจำนวนมากในต่างประเทศ นับตั้งแต่ปี ค.ศ 1950 เป็นต้นมา

อับเดลลาห์และเลวิน (Abdellah and Levine 1957:100-8 Quoted in Eck et al 1988:4) ได้เสนองานที่ทำไว้ดั้งเดิม ซึ่งได้เริ่มต้นสร้างเครื่องมือในการวัดและนำไปทดสอบวัดการพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีค่ามาก และงานบทความต่อมา มาของเขาก็ได้ระบุถึงโฉมหน้าของความพึงพอใจเนการพยาบาลไว้ 5 ประการคือ

- เป็นเรื่องของการมีสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) อย่างเพียงพอ
- ความมีประสิทธิภาพของโครงสร้างองค์การ
- คุณภาพเชิงวิชาชีพ
- ความสามารถให้บริการอย่างเอาใจใส่ และ

- ผลที่เกิดขึ้นในตัวผู้รับบริการ (Consumer outcomes)

ภายหลังจาก ค.ศ 1950 ก็เริ่มมีความตระหนักในตัวผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภคบริการสุขภาพมากขึ้น (Kempusheski et al 1988:42-43) สิทธิของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กล่าวขวัญถึงเริ่มมีคำศัพท์เช่น คำว่า "สิทธิเสียงของผู้ป่วย (Patient Advocacy)" การต้อนรับผู้มาเยือน "(Guest relations)" และ "คุณภาพการบริการ (Service Quality) และต่อมาได้กลายมาเป็นคำศัพท์ที่ชักนำโดยทั่วไปในโรงพยาบาล เริ่มมีการแข่งขันในด้านการตลาด (Marketing Approach) ในกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสภาวะการที่อำนวยความสะดวกให้เกิดศักยภาพที่สูงขึ้นในการคิดค้นวิธีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ (Wants) และความจำเป็น (Needs) ของผู้รับบริการตามการรับรู้ของเขา (Consumer perceptions) กล่าวได้ว่าในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วงของการก้าวเข้าสู่ยุคการบริการสุขภาพในเชิงอุตสาหกรรมบริการ (Health Care Industry)

ในช่วงปี ค.ศ. 1960-1970 มีการศึกษาที่สำคัญ ที่ได้ประเมินคุณภาพของบริการสุขภาพไว้จำนวนมาก โดนาบีเดียน (Donabedian) เป็นคนแรกที่ชี้รูปแบบของการประเมินผลเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ในการประเมินคุณภาพบริการการแพทย์และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการตรวจสอบติดตามเพื่อการประกันคุณภาพบริการพยาบาลในเวลาต่อมา (Donabedian 1969, Jelinek et al 1974 and Kelton 1975 Quoted in Rempusheski et al 1988:4)

ในขอบข่ายของการประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าในบริบทของการพยาบาลจะต้องประเมินผลให้ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ การประเมินผลเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ดังที่โดนาบีเดียนได้เสนอไว้แต่ในการศึกษาที่ผ่านมาในยุคต้นๆ จะเห็นได้ว่า ความตั้งใจในการวัดผลมุ่งตรงไปที่ผลลัพธ์สุดท้าย ผลสรุปที่ดีที่สุดที่ได้มา กลับเป็นข้อเสนอแนะที่แย่มากที่สุด ดังเช่น งานของไอดิลลอตต์และเทเนอ์ (Aydelotte and Tener 1960) งานของไบรอันและมิลเลอร์ (Bryant and Miller 1965) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของพยาบาลปฏิบัติการ (Nurse Staffing levels) และการวัดสวัสดิภาพ (welfare) ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดข้อคำถามได้มากกว่าคำตอบจนกระทั่งในปัจจุบันนี้การศึกษาในเรื่องการดูแลในโรงพยาบาลส่วนมากเป็นการศึกษาในเรื่องของส่วนประกอบเชิงกระบวนการ มีเพียงจำนวนน้อยที่มุ่งไปที่ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างกระบวนการปฏิบัติกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Brook 1973 Quoted in Moores and Thompson 1986:87)

ค.ศ 1970 ได้มีการรทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยแวร์และคณะ (Ware, Davies-Avery and Steward 1977 Quoted in Eck et al 1988:3) ได้รทบทวนงานที่ทำขึ้นในช่วงเวลาก่อนหน้านั้นมากกว่า 100 งาน และได้อ้างถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ค้นพบ 2 ประการคือ

1. เพื่อประเมินผลการให้บริการของผู้ให้บริการ (เป็นวัตถุประสงค์ของงานศึกษาวิจัยส่วนมากที่พบ)

2. เพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ เช่น การปฏิบัติตามการรักษาหรือการใช้บริการ

จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้มาจากการให้ความหมายการกล่าวถึงคุณลักษณะ (Characteristics) ของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้กล่าวไว้ในรายงานการศึกษาที่ได้ทบทวนมาทั้งหมด รวมทั้งจากงานวิจัยของแวร์ (Ware) เองสามารถสรุปทิศทาง (Dimension) และขอบข่ายของการศึกษา (Taxonomy) ในเรื่องความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยไว้ 8 ประการ ดังนี้

1. ศิลปะการดูแล
2. คุณภาพการดูแลเชิงเทคนิค (Technical Quality of care)
3. ความสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย (Convenience/accessibility)
4. ค่าใช้จ่าย
5. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ
6. ประโยชน์ที่ได้รับ
7. ความต่อเนื่องของการดูแล
8. ความมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล

หลังปี ค.ศ 1980 การศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยได้กลายมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจซึ่งและมีความเป็นเฉพาะทาง ได้มีการให้ความสำคัญและให้ความสนใจกันมากในประเด็นของความถูกต้อง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของข้อมูลที่ได้มา ส่วนความเป็นเฉพาะทางนั้น หมายถึง การวัดความพึงพอใจในบริการเฉพาะด้าน เช่น อาจเน้นเฉพาะสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา หรือการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านแม่และเด็กหรือกลุ่มผู้ป่วยหรือความพึงพอใจต่อประเภทบริการ เช่น หน่วยที่ให้บริการกึ่งการดูแลที่บ้าน (Ambulatory care service) เป็นต้น (Kok et al 1988:3)

การศึกษาวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่างประเทศ

เริ่มต้นโดยอับเลาะห์และเลวิน (Abdellah and Levine) ได้ทำการศึกษาโดยได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาคมโรงพยาบาลแห่งอเมริกา ร่วมกับฝ่ายการสาธารณสุขของรัฐบาลเมื่อปลาย ค.ศ 1950 อดิษฐ์ใช้แบบสอบถามและได้รับการตอบอย่างสมบูรณ์ จำนวน

8,660 ฉบับจากโรงพยาบาล 60 แห่งทั่วสหรัฐอเมริกาภายในวันเดียวกัน ในสหราชอาณาจักร แมคคี (McGhee 1961) ได้เป็นผู้บุกเบิกการศึกษาในเรื่องนี้ โดยเน้นไปที่การศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ได้ใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าการใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ต่อมา คาร์ทไรท์ (Cartright 1964) ได้รายงานผลของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกจำนวน 739 คน สิ่งที่คาร์ทไรท์วิเคราะห์ได้ที่มีความสำคัญและเป็นจุดเด่นก็คือ ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการติดต่อสื่อสารภายในระบบเป็นอย่างมาก

ค.ศ. 1967 ราฟาเอล (Raphael) ได้ศึกษาโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 498 รายและผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสมาชิกทีมสุขภาพในเขตเมืองจำนวน 591 ราย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างเช่นกัน และโดยไม่ได้มีการเตรียมการล่วงหน้า (Unprompted interview) เขาใช้มาตราส่วนประเมินค่าที่มีช่วงคะแนน 5 ช่วงจากพึงพอใจไปสู่ไม่พึงพอใจ พบว่าร้อยละ 73 ของผู้ป่วยแสดงถึงความพึงพอใจแต่ค่าเฉลี่ยของทั้งหมดผันแปรความซับซ้อนไปตามแต่ละสาขาความชำนาญเฉพาะทาง และยังเป็นไปตามระดับชนชั้นทางสังคมอีกด้วย ดังนี้แผนกผ่าตัด ร้อยละ 80 แผนกเฉพาะสตรีร้อยละ 56 พลเมืองชั้นหนึ่ง (Citizen) ร้อยละ 80 พลเมืองชั้นสอง (Second Citizen) ร้อยละ 58 (Moore and Thompson 1986:88)

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแวร์ (Ware patient satisfaction research) ที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างกว้างขวางในการรับรู้ในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผันแปรตามลักษณะประชากรที่แตกต่างกันหลายตัวแปร คือ อายุ สถานภาพทางสังคม อาชีพ รายได้ ขนาดของครอบครัว ระดับการศึกษา ตลอดจนภูมิหลังด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรมประเพณีและเพศ (Ware, Davies-Avery and Steward 1978:1, 3-15 Quoted in Kempusheski et al 1988:43 และ Eck et al 1988:3)

การศึกษาของสมาคมแอมเอิร์ทส์ อินลอสแอนเจลิส มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (Amherst Associates) ซึ่งได้ศึกษาถึงสิ่งที่แสดงคุณภาพบริการตามที่ผู้รับบริการระบุถึง ดังต่อไปนี้ (Spitzer 1988:31)

1. ความเป็นมิตร และความลึกลับอ่อนโยนมีมารยาทอันดี
2. พยาบาลเอื้อเฟื้อและเป็นกันเอง
3. ให้ความสำคัญโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล
4. มีเทคโนโลยีทันสมัย
5. ได้รับคำปรึกษาจากผู้ชำนาญการที่มีชื่อเสียง
6. มีการจัดลำดับการรับบริการ
7. เป็นบริการที่มีชื่อเสียง
8. ได้รับความสะดวกสบายและสภาพแวดล้อมดูเรียบร้อยสวยงาม



นอกจากนี้ผลการศึกษายังบอกด้วยว่าผู้ป่วยต้องการที่จะ เข้าใจถึงการวินิจฉัยโรค ต้องการรู้ถึงอาการและการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การ รักษาและจากการศึกษาของริชาร์ดและแลมเบิร์ต เรื่อง กระบวนการพยาบาลและผลต่อความ พึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล (Richards and Lambert 1987:559-562) ก็ได้ ศึกษาเปรียบเทียบผลของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในประชากรที่เป็นผู้ป่วย ใน (Inpatient) สองกลุ่มที่ต่างก็ได้รับการดูแลรักษาตามเทคนิควิธีการในระบบเดียวกัน คือ traditional therapeutic community techniques โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการ ดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานด้วยวิธีการเดิมและกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลภายใต้การปฏิบัติงานตามปกติด้วยวิธีการแบบดั้งเดิม (Traditional Care) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง ความพึงพอใจต่อการดูแลที่เขาได้รับและความรู้สึกต่อการรักษาพยาบาลที่มากกว่าแต่ประการใด นอกจากนี้ในการอภิปรายผลได้อ้างถึงความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการให้พยาบาลมีเวลาให้ กับเขาในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ (informal contact) มากขึ้นกว่าเดิม และข้อสรุปของ การศึกษาก็คือว่า แม้ว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่ได้เป็นสิ่ง เดียวที่เป็นเกณฑ์ชี้วัดในการ ประเมินประสิทธิผลของการพยาบาล แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะขาดเสียมิได้ในระบบของการ ประเมินผลบริการ

งานวิจัยของอีริกเซน (Eriksen et al 1988:31-35) นอกจากจะได้อ้างข้อสรุป ที่สำคัญที่ตอบคำถามในเรื่องความสัมพันธ์ของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลได้ อย่างชัดเจนดังได้กล่าวมาแล้ว ยังได้ทดสอบเครื่องมือที่ชี้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่อับเดลลาห์ และเลวินได้สร้างขึ้น (Abdellah and Levine 1957:100-108 Quoted in Eriksen et al 1988:31) ที่เรียกว่า PSWNC หรือ The Patient Satisfaction with Nursing Care Check list เป็นแบบวัดที่ใช้วิธีตรวจสอบข้อรายการ (Check List) ซึ่งแต่ละข้อย่อย (items) นำมาจากเหตุการณ์ (Events) ที่ผู้ป่วยสามารถระบุได้ว่าเขาได้เผชิญกับเหตุการณ์ นั้นๆ ในระหว่างที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล การทดสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของข้อรายการทั้ง 49 ข้อเท่ากับ .899 ซึ่งถือได้ว่าเป็นที่ยอมรับได้ตามวัตถุประสงค์ที่มุ่งสืบค้นให้รู้แน่ชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาล

จากรายงานการศึกษาของมัวร์สและทอมป์สันในปี ค.ศ 1985 (Moore and Thompson 1986:บทคัดย่อ) ที่ได้ดำเนินการสอบถามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล จำนวน 1,357 ราย ถึงความคิดของเขาเกี่ยวกับการอยู่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ให้ การรักษาแบบฉุกเฉินในสหราชอาณาจักร คำถามที่ได้มีหลายแง่มุม จากการสัมภาษณ์ในระยะ ยาวและการศึกษานำร่องทำให้ได้เนื้อหาสาระมากำหนดข้อคำถามในแบบสอบถามในเรื่อง เกี่ยว กับปฏิกริยาของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ด้วยความร่วมมือของผู้ที่มีอำนาจรับผิดชอบใน

ระบบงาน แบบสอบถามได้ถูกแจกไปยังแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแบบฉุกเฉิน จำนวน 7 แห่ง ได้ประชากรที่เป็นตัวอย่างจำนวน 1,357 รายที่ตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์ การศึกษาครั้งนี้มีคำตอบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาลที่ได้คัดเลือกและนำมาเสนอ ในรายงานเพียงร้อยละ 17 ของทั้งหมด และมีคำถาม 2-3 คำถามที่เป็นเรื่องของการบริการใน โรงพยาบาลด้านอื่นๆ การกำหนดคำถามมีความตั้งใจที่จะให้ผู้ตอบเปรียบเทียบผลที่ได้รับกับการ ปฏิบัติงานเฉพาะสถาบันหนึ่งๆ ซึ่งหากจะนำบางส่วนไปปรับใช้ในแต่ละแห่งก็น่าจะเป็นสิ่งที่ กระทำได้ งานของมาร์และทอมป์สันให้ข้อสรุปว่าข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมในครั้งนี้เป็นสิ่งที่ ผู้มีอำนาจรับผิดชอบในการให้บริการพยาบาลทราบกันอยู่แล้วโดยทั่วไป

สำหรับการศึกษานในประเทศไทย กุลยา ตันดิพลาชีวะ ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 คนถึงลักษณะของพยาบาลที่ต้องการ ความต้องการให้พยาบาลสนใจในด้านความเจ็บป่วยและ สภาพจิตใจ และ ลักษณะวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ได้ผลสรุปว่าผู้รับบริการมี ความเห็นว่า พยาบาลยังปฏิบัติการพยาบาลไม่นุ่มนวล ไม่คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ พยาบาลไม่มีความ จริงใจที่จะสนใจผู้ป่วยตามสภาวะที่เขาคิดว่าตนกำลังเป็นอยู่ ไม่สนใจตอบคำถามของผู้ป่วย และส่งเสียงคุยกันดังรบกวนผู้ป่วย เหล่านี้เป็นต้น (กุลยา ตันดิพลาชีวะ 2522: 55-58) ซึ่ง พวงรัตน์ บุญญากรักษ์ (2530: 524) ได้ให้ทัศนะว่าผลของการศึกษาครั้งนี้ทำเหมืองเห็นคุณ สมบัติที่พึงประสงค์ของพยาบาล ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเป็นส่วนใหญ่

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการศึกษาของกุลยา ตันดิพลาชีวะ ดังกล่าวมีส่วนคล้ายคลึง กับข้อสรุปที่สปีทเซอร์ได้รวบรวมไว้ (Spitzer 1988:32) โดยการวิเคราะห์เสียงร้องเรียน (Complaint) ของผู้รับบริการจากการศึกษาหลายๆ กรณีในต่างประเทศ ดังนี้

- พยาบาลมักไม่ค่อยเข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและคำนึงถึงความเป็นมนุษย์น้อย (Dehumanization)
- พยาบาลมักแยกตัวออกไปห่างๆ และเสียงที่จะมีปฏิสัมพันธ์ด้วย
- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลไม่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วย
- พยาบาลสนใจการดูแลเครื่องมือและมุงระเบียงปฏิบัติมากกว่ามุงที่ตัวผู้ป่วย
- พยาบาลดูจะขาดความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) หรือไม่เปิดใจ (Openness) รับผิดชอบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย
- พยาบาลและแพทย์พูดถึงและอภิปรายถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ให้บุคคลที่สามที่ไม่ได้ เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลได้รับรู้

เรณูมาศ วิจิตรรัตน์ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและ เปรียบเทียบ ความคิดเห็นของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เอกชนกับผู้ป่วยแผนกพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐบาล ผู้ป่วยแผนกพิเศษกับแผนกสามัญในโรงพยาบาลรัฐบาล ผู้ป่วยเพศชายและ เพศหญิงที่เป็นโรค



และแต่งงานแล้วโดยส่วนรวมและรายหมวด การศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปหาความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเป็น .91 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ความต้องการด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความต้องการรับรู้ถึงสิ่งต่างๆ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือความต้องการเป็นอิสระ ความต้องการพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความปลอดภัย เป็นอันดับถัดมา ส่วนความต้องการด้านร่างกายผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการอาหารและน้ำดื่มเป็นอันดับแรกและอันดับถัดๆ ไป คือ ความต้องการอากาศบริสุทธิ์ ภูมิอากาศที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความสะอาดส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ความต้องการการพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย ความต้องการเกี่ยวกับการขับถ่ายตามลำดับ และอันดับท้าย คือ ความต้องการทางเพศ

การศึกษาของ อัมไพ ยุติธรรม (2526: บทคัดย่อ) เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของภาระงานอันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและของพยาบาล ประชากรเป็นผู้ป่วยในที่มีชีวิตความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันที่ได้รับไว้ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลรามธิบดี กับพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยดังกล่าว โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้แสดงความคิดเห็นต่ออันดับความสำคัญของกิจกรรมพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยประกอบด้วกิจกรรมการพยาบาลรวม 37 กิจกรรม วิทยานิพนธ์มาตราประเมินค่า 5 ระดับ ผลคือ ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดและรองลงไปตามลำดับกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการสังเกตอาการ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายในกิจวัตรประจำวัน การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม การให้สุขศึกษาโดยให้ความสำคัญสูงสุดต่อกิจกรรมการรักษาพยาบาลอย่างรอบคอบและถูกต้องตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญสูงสุด ในกิจกรรมการแสดงออกถึงความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ส่วนความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับนั้น ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าคุณภาพการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี กิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลการสังเกตอาการเป็นกลุ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยให้คะแนนคุณภาพสูงสุด และกิจกรรมที่ผู้ป่วยเห็นว่าคุณภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้และไม่มี เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องแสดงออกโดยการสนทนาพูดคุยกับผู้ป่วย การให้เวลาพูดคุยหรือซักถามเพื่อตอบข้อข้องใจแก่ครอบครัวและญาติของผู้ป่วย และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสอนรวมทั้งการให้คำแนะนำในเรื่องความรู้เรื่องโรคและการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนวิธีปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วย

กนกนุช ชื่นเลิศกุล (2528 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วย และพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี ตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยสามัญ 400 คน และพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง 195 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

ตามคุณสมบัติที่กำหนดขึ้น ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าระหว่าง .821 - .985 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมไว้ด้วยค่านี้ (t-test) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและที่เป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลไม่ตรงกัน และได้ให้ข้อเสนอแนะให้พยาบาลย้อนพิจารณาเพื่อสำรวจหาสาเหตุและกำหนดมาตรการงานการแก้ไขปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ในระดับที่ตรงกันหรือใกล้เคียงกับความคาดหวัง เพื่อสร้างสรรค์งานพยาบาลให้มีคุณค่ามากขึ้น เพื่อดำรงเกียรติคุณแห่งสถาบัน และเพื่อความภาคภูมิใจของวิชาชีพ

### เครื่องมือการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Instrument หรือ PSI) ได้มีการริเริ่มสร้างขึ้นใน ค.ศ 1975 โดยริสเซอร์ (Risser 1975: 45-52 quoted in Hinshaw and Atwood 1982:170-5 และ Eck et al 1988:4) โดยมีวัตถุประสงค์เดิมคือต้องการนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพยาบาลและบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาจึงได้มีการปรับปรุงและนำมาใช้วัดความพึงพอใจต่อพยาบาลและบริการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดพื้นฐาน และโครงสร้างของเครื่องมือ กรอบแนวคิดพื้นฐานที่ริสเซอร์ (Risser 1975) เขียนไว้ นั้น ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า เป็นเจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่เขาได้รับตามความรับรู้ของผู้ป่วย (อุดมคติกับความเป็นจริง) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเกณฑ์ประเมินผลโดยทั่วไปของการสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล เป็นเกณฑ์ประเมินผลเชิงผลลัพธ์ประการหนึ่ง

ขั้นตอนเริ่มต้นของการศึกษาในยุคแรกๆ งานของริสเซอร์ มีเกณฑ์ย่อย 4 เกณฑ์ซึ่งเขาได้สร้างขึ้นจากงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ศึกษาถึงกิจกรรมการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินค่า (Halliday 1961: Hulka et al 1970:Korch et al 1968:Tagliacozzo 1965 Quoted in Hinshaw and Atwood 1982:171) และได้ทดสอบแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สร้างขึ้นเป็นครั้งแรกนี้และนำผลที่ได้นำมาปรับปรุงกรอบแนวคิดเสียใหม่ให้เป็นการประเมินในเกณฑ์ย่อย (Subscales) ซึ่งเขาได้จัดแบ่งไว้เป็น 3 ด้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้

- 1) องค์ประกอบของความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ (Technical-Professional Factor) หมายความว่าถึงกิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล (Technical activities) หรือทักษะและความรู้ความสามารถในงานพยาบาลที่ทำอยู่ (Nursing care tasks) เพื่อที่จะทำให้เกิดบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบได้

2) ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (Trusting Relationship between nurse and patient) เป็นเรื่องที่รวมเอาความเอื้ออาทร (Caring) ในแง่ของการพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3) ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน (Educational Relationship) เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information) การตอบคำถาม การอธิบายความหมายและรายละเอียดของวิธีการพยาบาล หรือการสาธิตเทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ

อย่างไรก็ตามเวเนทราและลามอนิกา ได้ให้ความเห็นว่าข้อรายการ (Items) ในแบบวัดความพึงพอใจชุดนี้เน้นหนักในหน้าที่ที่ขึ้นตรงต่อแพทย์ มากกว่าในเรื่องการมีบทบาทรวมหรือบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งควรจะได้นำเสนอรายละเอียด (Ventura et al 1982:226-30 and LaMonica et al 1986:43-50 quoted in Eck et al 1988:4)

ในการสร้างเครื่องมือริสเซอร์ชี้แบบวัดทัศนคติเป็นแนวทาง (Shaw and Wright 1967) และเลือกชี้เทคนิคของลิเคิร์ต (Likert 1932, Tittle and Hill 1967 ในการประเมินค่าจากผลรวม (Likert type summated rating scale) ของเกณฑ์ย่อยทั้ง 3 ด้านที่ได้กล่าวถึงแล้ว แบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อรายการ (Items) ที่ครอบคลุมเกณฑ์ย่อยทั้ง 3 ด้าน โดยให้เหตุผลที่มีข้อรายการน้อยกว่า เพื่อความเชื่อถือได้ (Reliability) และลดความเหนื่อยล้าของผู้ตอบ (Hinshaw and Atwood 1982:171)

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

ในเรื่องความสม่ำเสมอภายในเพื่อทดสอบความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของข้อคำถามในแบบวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachs alpha coefficients) อยู่ในช่วง .64 ถึง .89 ในเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านในการทดสอบ 2 ครั้ง และได้ค่าคะแนนรวมสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92 ในการทดสอบครั้งที่ 2

การหาความตรง (Validity) ใช้การหาความตรงเชิงเหตุผลหรือความตรงที่เห็นเด่นชัด (Face Validity) ได้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระหว่างเกณฑ์ย่อยในช่วงระหว่าง  $r = .60$  ถึง  $r = .81$  ในทั้งสองเกณฑ์ย่อยคือ ด้านเทคนิคและวิชาชีพกับด้านความไว้วางใจ ส่วนสหสัมพันธ์ของเกณฑ์ย่อยทั้งสองกับด้านการศึกษาไม่น่าไปด้วยกัน

ต่อมาเครื่องมือวัดชุดนี้ได้มีผู้นำไปทดสอบซ้ำ โดยการศึกษาด้านคลินิกและด้านการบริหารงานอีก 5 ครั้งในช่วงระยะเวลา 8 ปีต่อมา จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 600 ราย โดยเริ่มต้นจากแผนกอายุกรรม-ศัลยกรรม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในทั้ง 3 ด้านของความ

พึงพอใจของผู้ป่วย การประมาณค่าความสม่ำเสมอภายในเป็นที่น่าพอใจและให้ค่าความคงที่จากการศึกษาหลายครั้ง เช่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของด้านเทคนิคและวิชาชีพ เฉลี่ยเท่ากับ .79 งานการประเมินความเที่ยงของ เครื่องมือชุดนี้อีกสองครั้ง (Hinshaw and Atwood 1982 Quoted in Woods, 1988:250) ในปี 1976 และ ปี 1980 ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเกณฑ์ย่อยที่ 3 เกณฑ์อยู่ในช่วงจาก .82 ถึง .98 ความตรงเชิงโครงสร้างหามาจากการนำเนื้อหามารวมกันและการจำแนกความแตกต่าง (Convergent/discriminant technique) เป็นรูปแบบการจำแนกและทำนาย

จากที่กล่าวมาแล้วนั้นแสดงให้เห็นได้ว่า แบบวัดความพึงพอใจที่ริสเซอร์ที่ได้อัปเดตสร้างขึ้นได้ถูกพัฒนาขึ้นให้มีความประณีต จนเป็นที่ยอมรับได้ถึงความถูกต้อง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ในระดับหนึ่ง (Hinshaw and Atwood 1982:บทคัดย่อ)

บันไดการประเมินตนเองของแคนทริล (Cantril self-anchoring Ladders) เป็นเครื่องมืออีกประเภทหนึ่งงานจำนวนไม่กี่ประเภทที่เข้าวัดการรับรู้ในเรื่องที่เป็นความจริงในโลกของตัวบุคคล (Measures Client's perceptions of their own worlds of reality) และพบว่ามีำนำมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลมากขึ้น ดังจะได้กล่าวถึงรายละเอียดของมาตราวัดนี้ต่อไป (McKeehan, Cowling and Wykle 1986:285-293)

ประวัติการสร้างมาตราวัดแบบขั้นบันไดของแคนทริล เดิม คิลแพทริคและโอ'ดอนเนล (Kilpatrick and O'Donnell) เป็นผู้ให้ข้อสังเกตพื้นฐานไว้แต่ผู้ที่ทำให้การชี้และทำให้อำนาจเครื่องมือมีความประณีตมากยิ่งขึ้น คือ แฮนเดลี แคนทริล (Handley Cantril) งานบทความระยะหลังๆ ของคิลแพทริคและแคนทริล (Kilpatrick and Cantril) รวมทั้งหนังสือที่แคนทริลเป็นผู้เขียนนับว่าได้เปิดเส้นทางสายใหม่ให้กับงานวิจัยที่ศึกษาถึง พฤติกรรมของมนุษย์ในด้านการวัดการรับรู้ของบุคคลบนพื้นฐานของโลกแห่งความเป็นจริงครั้งเป็นเอกภาพ (Unique) เฉพาะตัวของเขาเอง

แคนทริลเป็นนักจิตวิทยาสังคม งานในระยะแรกของเขาจึงวนเวียนอยู่แต่ในขอบเขตวิชาชีพ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนปฏิริยาต่อกันระหว่างบุคคล (Transactional approach) และสิ่งที่เขาได้ค้นพบก็คือ ความสัมพันธ์ในเชิงแลกเปลี่ยนปฏิริยาต่อกันของความ เป็นทั้งหมดของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Total person-environment transaction) และได้ให้ข้อสรุปว่าบุคคลจะเลือกที่จะใส่ใจ (Attention) ต่อสิ่งทั้งหลายที่เกี่ยวข้องเฉพาะในส่วนที่เขาให้ความสนใจเท่านั้น

แคนทริลมีความเชื่ออย่างแน่นแฟ้นว่า "ผู้วิจัยไม่สามารถตีราคาหรือให้ค่าของความ เป็นจริงในโลกของใครๆ อย่างแม่นยำได้ ถ้าหากบุคคลผู้ที่เป็นตัวอย่างการวิจัยถูกผลักดันให้ เลือกลีงต่าง ในบรรดาประเภท ทางเลือก สัญลักษณ์ หรือสถานการณ์ที่เสนอให้แก่เขา (Cantril and Bumstead 1960:20 quoted in McKeehan Cowling and Wykle 1986:286) บันไดการประเมินตนเองของแคนทริลเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได ซึ่งมีทั้งหมด

10 ชั้น (10 rung Cantril Ladder Scales) แบ่งออกเป็น 11 จุด โดยชั้นบนสุดสูง  
 สอดหมายถึงมาตราวัดที่มีค่าสูงสุด และชั้นที่ 0 หมายถึงมาตราวัดที่ไม่มีค่าของสิ่งที่ต้องการ  
 วัดนั้นๆ อย่างเต็มที่นั่นเอง ลักษณะของมาตราวัดมีความแตกต่างจากเครื่องมือของลิเคิท์  
 (Likert type Instruments) กล่าวคือ

1. เป็นสเกลที่มีความต่อเนื่องแนวตั้ง (Vertical Continuum)
2. เนื้อที่ระหว่างชั้นบันไดไม่มีความหมายของคำแนะนำใด ๆ ทั้งนั้น

เนื่องจากการประเมินตนเองของบุคคลเป็นการประเมินระดับความเป็นจริงของตน  
 เอง จึงไม่มีค่าใดที่สามารถให้ความหมายได้ชัดเจนเหมือนอย่างที่ทำได้ในแบบทดสอบทาง  
 สถิติปัญหาแต่จะมีความหมายทั่วไปที่นำไปตามลำดับชั้น

บันไดการประเมินตนเองของแคนทริลมักนำไปใช้ประเมินในเรื่องที่มีความเป็น  
 อัจฉริยะสูง (Subjectivity) เป็นเครื่องมือในแบบที่ให้ผู้ทดลองตัดสินคุณค่าเฉพาะที่ตนเองมีอยู่  
 ในเรื่องที่มีลักษณะสุดปลายขั้ว 2 ด้าน เช่น ดีที่สุด-เลวที่สุด การตัดสินนั้นขึ้นอยู่กับความรู้  
 ส่วนตน เป้าหมาย ค่านิยมและสมมติฐานต่อสถานการณ์แวดล้อม ในขณะนั้นๆ ของเขาเอง ซึ่ง  
 เขาสามารถที่จะให้ค่าประมาณได้โดยการตรวจสอบกับค่าในมาตราระดับที่เป็นมาตราต่อเนื่อง  
 แนวตั้งดังที่เสนอไว้

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

ภาพที่ 1-1 บันไดการประเมินตนเองของแคนทริล (Traditional Cantril Ladder)  
 แหล่งที่มา : Journal of Individual Psychology (1960, 16:159) University  
 of Texas Press, 1960

โดยสรุปแคนทริล ตั้งเป้าหมายในการสร้างบันไดการประเมินตนเอง (Self-Anchoring Ladders Scale) เพื่อกระตุ้นเตือนให้นักวิจัยได้มองเห็นลักษณะมุมมองของการรับรู้ของผู้ที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่งการวิจัยแทนที่จะให้เป็นไปตามสิ่งที่นักวิจัยกำหนดให้ ตัวอย่างการวิจัยเป็น และจากการทบทวนวรรณคดีนอกรอบของการพยาบาล ซึ่งให้เห็นว่าได้มีการนำเอา บันไดการประเมินตนเองไปใช้อย่างกว้างขวาง ในการวัดการรับรู้ของบุคคลและถึงแม้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่ที่วัดโดยวิธีของแคนทริลจะเป็น เรื่องความพึงพอใจในชีวิตแต่ก็เป็นที่ตกลงกันโดยทั่วไปแล้วว่ามาตรวัดแบบบันไดประเมินตนเองนี้ สามารถใช้วัดตัวแปรอื่น ๆ ได้ และตัวแปรในการวิจัยทางการพยาบาลที่ถูกวัดบ่อยครั้งโดยชั้นบันไดของแคนทริล ก็คือภาวะสุขภาพ (Health Status)

ผู้วิจัยจึง ได้นำมาตรวัดแบบบันไดประเมินตนเองของแคนทริลมาเป็นเกณฑ์ประเมินความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายระยะเฉียบพลันในครั้งนี้ โดยการสร้างข้อรายการเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในด้านต่างๆ ตามกรอบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นและให้ผู้ป่วยตอบตามการรับรู้ของตนเองโดยอิสระประเมินความพึงพอใจตามมาตราประเมินค่าในแนวตั้งดังกล่าว

ความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรเวลาและการวัดผลลัพธ์ของงานในการบริหารองค์กรพยาบาล

ในท่ามกลางความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ของระบบการแพทย์เฉพาะทางและแนวโน้มของการเป็นสังคมกึ่งอุตสาหกรรมและสังคมบริโภคนิยมในปัจจุบันนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากภายในระบบบริการสุขภาพ ได้มีการขยายบริการทางด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มมากขึ้นอย่างกว้างขวางทั้งในด้านรูปแบบและด้านปริมาณ เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ มีการปรับเปลี่ยนถ่ายเทและการขยายบทบาทของบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของบริการโดยรวม รวมทั้งจากแรงผลักดันในเรื่องการคำนึงถึงผลอันพึงได้รับจากบริการของผู้รับบริการในสิทธิ์ที่ว่า "ตนควรจะได้มีส่วนร่วมรับทราบว่าเป็นบริการที่ได้รับนั้นเหมาะสมกับราคาที่ต้องจ่ายไปในการซึ่งบริการสุขภาพหรือไม่ และตนจะได้รับบริการที่ปลอดภัยหรือบริการที่มีคุณภาพสูงสุดเพียงพอหรือไม่" เหล่านี้ก่อให้เกิดทิศทางใหม่ของเป้าหมายในการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งแต่เดิมนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่า การกำหนดทิศทางของบริการ การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติและสิทธิ์ในการตัดสินใจในเรื่องการรักษาพยาบาล หรือการกำหนดราคาค่าบริการ ทั้งหมดอยู่ในมือของผู้ให้บริการโดยตรง

ยงยุทธ สารสมบัติ (2528:438) ได้ให้ความเห็นว่างานบริการสาธารณสุข เกิดผลต่อชีวิตมนุษย์โดยตรง มีคุณอนันต์และโทษมหันต์ต่อผู้รับบริการได้ ดังนั้นคุณภาพในงานบริการสาธารณสุขจึงมิได้มีความหมายเพียงแต่การกำหนดให้มีการรักษาพยาบาลในระดับหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้หายป่วย แต่ยังหมายความรวมไปถึงว่าระดับของการกระทำหรือการปฏิบัติ ตามที่กำหนดไว้นั้นสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ โดยทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อผลที่ได้รับจากบริการนั้น นั่นคือ กลุ่มเป้าหมายหลักในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของบริการ คือ ผู้รับบริการ และกลุ่มเป้าหมายรองลงมา ก็คือ ผู้ที่มีสถานภาพที่จะซื้อบริการสุขภาพนั้นๆ และเป้าหมายสำคัญสุดท้าย คือ ผู้ให้บริการเอง

แรพพอร์ทและคณะ (Rappaport et al 1982:448) ได้เสนอแนวทางการประเมินผลบริการสุขภาพเพื่อตอบคำถามที่ว่า บริการสุขภาพนั้นๆ ดีอย่างไร (How Well) ไว้โดยกำหนดตัวแปรเกณฑ์ในการประเมินผลไว้ดังนี้

1. รูปแบบของบริการที่ใช้อยู่
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
4. ความเสมอภาคในการได้รับการดูแล
5. ความมีประสิทธิภาพในการให้บริการเฉพาะสาขาและควมมีประสิทธิภาพ

ของระบบบริการ

6. คุณภาพการดูแล
7. ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ
8. การกระจายบริการอย่างทั่วถึงและเป็นระบบ

ดังนั้นหากกล่าวถึงในแง่ของคุณภาพของบริการพยาบาลตามแนวคิดนี้แล้วจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการพยาบาลจึงอยู่ในฐานะเป็นผู้บริโภคหรือเป็นผู้ซื้อบริการ (Consumer) ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการบริโภคโดยตรง คือ ซื้อบริการจากสถาบันเอกชน หรือบริโภคโดยอ้อมด้วยการเสียภาษีให้แก่รัฐก็ตาม ย่อมเป็นผู้กำหนดทิศทางของบริการส่วนหนึ่ง กล่าวคือ ผู้รับบริการหรือผู้บริโภคผลผลิตทางการพยาบาลในรูปของบริการ ย่อมจะเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดให้กับตนเอง เพื่อสนองตอบความต้องการและความพึงพอใจส่วนตน และในขณะที่เดียวกันก็ย่อมจะคาดหวังบริการที่ปลอดภัย สะดวกสบายและเป็นกันเอง รวดเร็วทันเวลา ประหยัดและให้ผลคุ้มค่ากับการเสียเวลารอคอยการรับบริการและคุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป นอกจากนี้ก็ยังคำนึงถึงในแง่ของความเหมาะสมตามควรแก่ฐานะทางสังคมของเขากอีกด้วย ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้บริโภคบริการสุขภาพอยู่ในฐานะที่มีอำนาจต่อรองการซื้อบริการ (Bargaining Power) มากขึ้น

มาลี สุจริตพัฒนพงษ์ (2527: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 คน ถึงความคิดเห็นต่อสิทธิของตนในด้านต่างๆ

สรุปผลได้ว่าผู้ป่วยแสดงความเห็นด้วยว่าตนเองควรได้รับสิทธิในด้านที่จะได้รับข้อมูลและคำอธิบายเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองสูงถึงร้อยละ 91.66 ในด้านสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง และตัดสินใจที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีผู้ตอบเห็นด้วยใกล้เคียงกันคือร้อยละ 78.61 และ 72.16 ตามลำดับ สำหรับสิทธิในด้านที่จะไม่ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยเรื่องราวของตนให้ผู้อื่นซึ่งทราบนั้น มีผู้ตอบเห็นด้วยน้อย คือ ร้อยละ 54.0

ถึงแม้ว่าผลสรุปที่ได้จากเหตุผลที่ผู้ป่วยแจ้งให้ทราบประกอบความคิดเห็นที่รวบรวมได้จากการศึกษาของมาลี สุจริตพัฒนพงษ์ ในครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับและศรัทธาของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่ยังมีอยู่สูงอันเนื่องมาจากค่านิยมทางวัฒนธรรมในสังคมไทยที่ให้ความเกรงใจ ยกย่องผู้รู้ สำนึกในบุญคุณและไม่เป็นคนที่ก้าวร้าว ซึ่งยังคงมีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยอยู่ก็ตาม แต่ถึงเช่นนั้นก็เป็นข้อบ่งชี้ได้ถึงแนวโน้มของความคาดหวังที่ผู้รับบริการมีต่อสิทธิของตน อันนั้นที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพในฐานะเป็นบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบรวมที่มีชีวิตจิตใจ มีวิญญาณ (Spiritual) และมีสังคม

สมคิด แก้วสนธิ (2524:3-16) ได้กล่าวถึงหลักการพื้นฐานของแนวความคิดในเรื่องเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economics) ว่าไม่มีประเทศใดในโลกที่จะมีทรัพยากรเหลือเฟือเพียงพอที่จะบริการให้ประชาชนของตนได้รับทุกอย่างตามที่ต้องการ อดิชนไม่มีขอบเขตจำกัดและเนื่องจากเหตุผลนี้เอง องค์กรจึงต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการเลือกในระหว่างทางเลือกหลายๆ ทางในอันที่จะใช้ทรัพยากรที่จำกัดนั้น ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาในการเลือกนั้นมีหลายระดับ หากเป็นการเลือกระดับบุคคลแล้ว บุคคลจะเลือกใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดของเขาให้เกิดประโยชน์แก่ตัวของเขาเองสูงสุด การได้มาซึ่งของสิ่งหนึ่งหมายถึง การเสียสละที่จะได้รับของสิ่งอื่น ดังนั้นเขาจึงต้องตัดสินใจแลกเปลี่ยน (Trade Off) ระหว่างการบริโภคสิ่งของต่างๆ ในลักษณะที่จะทำให้เขาได้รับความพอใจรวมสูงสุด และกล่าวถึงบริการด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลว่ามีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่แตกต่างไปจากการผลิตสินค้าหรือบริการอื่นๆ การลงทุนในด้านการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมิได้เป็นการลงทุนเพื่อแสวงหาผลตอบแทนในรูปแบบกำไรสูงสุดแก่ผู้ลงทุน แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภค ซึ่งเป็นผลได้โดยส่วนรวมของสังคม

ดังนั้นการบริหารทรัพยากร อันมีอยู่อย่างจำกัดเพื่อให้เกิดคุณภาพของบริการที่ดีที่สุด จึงเป็นความรับผิดชอบของผู้ประกอบการวิชาชีพบริการด้านสุขภาพโดยตรง ซึ่งก็คือการกระทำเพื่อให้เกิดทางเลือกหลายๆ ทางและการตัดสินใจเพื่อที่จะเลือกวิธีการให้ผลดีที่สุดในต้นทุนที่ต่ำที่สุด โดยการประยุกต์หลักการทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการบริหารทรัพยากรการผลิตบริการด้านต่างๆ ประกอบกันไปกับความรู้ความชำนาญทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีอยู่แล้ว (ภิรมย์ กมลรัตนกุล 2531)



เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ช่วยให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นและช่วยลดอัตราการตายได้มากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องบริโภครักษาพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งหมายถึงต้องใช้จ่ายเงินไปเป็นจำนวนมาก ต้องสิ้นเปลืองเวลาในการปฏิบัติและการฝึกฝนเพื่อให้เกิดทรัพยากรบุคคลที่มีความชำนาญการสูงมาควบคุมการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดคุณภาพของบริการนั้น จำเป็นจะต้องพิจารณาถึงทรัพยากรที่จะต้องใช้ทั้งในรูปแบบตัวเงิน ทรัพยากรบุคคลในด้านแรงงาน การบริหารอัตรากำลังและความชำนาญการ การจัดลำดับความจำเป็นและความสำคัญของการให้บริการอย่างรอบคอบเพื่อให้ได้ผลที่คุ้มค่ากับการลงทุนที่เสียไป เนื่องจากในบางครั้งการใช้เทคโนโลยีบางอย่างก็ทำให้ภาวะสุขภาพเสื่อมลงพร้อมๆ กับการที่จะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายต้นทุนที่มากขึ้น ดังนั้นในทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพจึงต้องตรวจสอบว่าการเพิ่มขึ้นของการใช้ทรัพยากรต่างๆ เหล่านั้นเป็นไปอย่างสมเหตุสมผลและเพื่อรรูปประโยชน์สุดท้าย (Ultimate Goal) อย่างสูงสุดหรือไม่ (จิตร สิทธิอมร 2531:253-260)

ในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพของบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบ หรือ การประกันคุณภาพการพยาบาลในปัจจุบันนี้จึงจำเป็นต้องมองออกไปให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการบริหารบริการสุขภาพในปัจจุบันดังกล่าวด้วย ผู้บริหารการพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวความคิดทางการบริหารในเชิงธุรกิจ (Business Minded) ให้เกิดขึ้นในตนเอง เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการและต้องให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงแนวคิดทางสังคมในปัจจุบัน ทั้งนี้จะต้องมองออกไปให้กว้างไกลถึงองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วย และพิจารณาถึงผลของการปฏิบัติงานในแต่ละต้นทุน-ผลกำไร ซึ่งไม่ได้หมายความถึงแต่เฉพาะในรูปแบบตัวเงินเท่านั้น แต่หมายถึงผลได้-ผลเสียของการปฏิบัติงานทุกอย่างด้วย (พวงรัตน์ บุญพานุรักษ์ 2530:489)

ปราณีต สวัสดิ์รักษา (2529:19) กล่าวถึงสิ่งที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงในปัจจุบันนี้ก็คือ คุณค่าในด้านการประหยัด (Economy) คุณค่าด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) และคุณค่าด้านประสิทธิผล (Effectiveness)

คุณค่าด้านการประหยัด (Economy)

หมายถึง การใช้จ่ายประโยชน์จากทรัพยากรส่วนกลางที่มีอยู่ เช่น บุคลากร เวลา สิ่งของ อุปกรณ์ วัสดุไม่ให้เกิดการสูญเปล่าสิ้นเปลือง รวมไปถึงการบำรุงรักษาให้ใช้ได้ยาวนานที่สุด

คุณค่าด้านประสิทธิภาพ (Efficiency)

หมายถึง การดำเนินงานให้เป็นไปตามที่คาดหมายไว้ให้ได้รับประโยชน์สูงสุด เป็นสิ่งที่พิจารณาได้จากผลของงาน ซึ่งก็คืออัตราส่วนของทรัพยากรที่เข้าไปกับผลของงานที่ได้รับมา

คุณค่าด้านประสิทธิผล (Effectiveness)



หมายถึง การพิจารณาผลของการทำงานที่สำเร็จลุล่วงดังประสงค์หรือที่คาดหวังไว้เป็นหลัก และความสำเร็จของงานอย่างมีประสิทธิภาพนี้ อาจเกิดจากการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ประหยัดก็ได้ เพราะประสิทธิภาพเป็นเรื่องที่จะทำงานให้ได้ผลสูงสุด ส่วนประสิทธิผล เป็นเรื่องของงานนำเอาผลงานที่สำเร็จดังที่คาดหวังไว้มาพิจารณา ดังนั้นงานที่มีประสิทธิผลจึงไม่จำเป็นต้องมีประสิทธิภาพเสมอไป

นอกจากคุณค่าใน 3 ด้านดังกล่าวแล้ว คุณค่าที่ควรพิจารณาถึงอีก 2 ด้าน ก็คือคุณค่าในเรื่องความเป็นธรรม (Equality) และคุณค่าในด้านความซื่อสัตย์และเป็นเกียรติ (Honest and Honour)

งานการบริหารทรัพยากรเพื่อให้เกิดผลผลิตได้อย่างมีคุณค่าในด้านการประหยัด เกิดประสิทธิผลสูงคุ้มประโยชน์กับการลงทุนได้นั้น จำเป็นจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานในแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการควบคุมทรัพยากร ซึ่งประกอบด้วย (อุทัย สุตสุข 2527:84-97)

1. มีการกำหนดมาตรฐานงาน
2. มีการวัดผลงาน
3. มีการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน
4. มีการดำเนินการแก้ไข

งานการประเมินผลการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพต้องประเมินการใช้จ่ายทรัพยากรอยู่เสมอ ซึ่งหมายถึง การวัดตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ 2 ประการ คือ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input Indicators) และตัวชี้วัดปัจจัยผลผลิต (Output Indicators) 4 ประการคือ

- จำนวนผลผลิต (Operational Target Output)
- ผลการปฏิบัติงาน (Performance Indicators)
- ผลของการให้บริการ (Effect Indicators) ซึ่งได้แก่อัตราการเจ็บป่วย

อัตราการตาย เป็นต้น

- ผลกระทบของงานหรือโครงการนั้นๆ ได้แก่อายุขัยเฉลี่ย อายุที่ยืนยาวขึ้น (Life Expectancy) เป็นต้น

ดังนั้นการวิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรที่สำคัญ คือ ทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ โดยการวางแผนบุคลากรระยะยาวในเรื่องการผลิต การสูญเสียและการหาอัตรากำลังทดแทน การจัดการอัตรากำลังบุคลากรที่พอดี การศึกษาในเรื่องต้นทุนต่อหน่วยของการจัดบริการการรักษาพยาบาล จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง

หน่วยงานบริการพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งในบรรดาผู้บริโภครายจ่ายต้นทุนมากที่สุดของหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่หาปริมาณการใช้และการควบคุมการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรได้ยากยิ่งหน่วยงานหนึ่ง เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีบุคลากรจำนวนมากที่สุด และมีกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ หลายระดับในปริมาณที่ไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงขึ้นลงอยู่เกือบตลอดเวลา และฝ่ายการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ใช้จ่ายเงินถึงร้อยละ 60-80

ของงบประมาณของโรงพยาบาล งบประมาณส่วนใหญ่อยู่อะไรที่เงินเดือนของบุคลากร ดังนั้น การกำหนดงบประมาณจึงมักเกี่ยวข้องกับการจำกัดลักษณะของบุคลากรไม่ว่าจะเป็นจำนวน ประเภทและการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ ตลอดจน การจัดสรรทรัพยากรบุคคลและการพิจารณาการใช้เวลาของคน (Manpower) (พรจันทร์ สุวรรณชาติ 2529:44)

จึงอาจกล่าวได้ว่า การวัดการใช้ทรัพยากรในเรื่องการทำงานของพยาบาลเป็นเรื่องของการวัดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อหาปริมาณที่ถูกใช้ไปกับผู้ป่วยน้อยตามแต่ความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละกลุ่มอาการ (Sullivan et al 1988:45)

ในสถานการณ์บนหอผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติที่มีความรู้และถูกคาดหวังให้เป็นผู้ตัดสินใจในสถานการณ์ที่เผชิญหน้าอยู่ ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจและการกระทำนั้น คือผลิตผลของงานพยาบาล ซึ่งเกิดผลต่อผู้ป่วยในทันที การตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรเวลาขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ความชำนาญการและปัจจัยเฉพาะบุคคลหลายประการ แต่องค์ประกอบในการบริหารจัดการก็มีความสำคัญเพื่อให้ทรัพยากรเวลาที่ได้มาจากกรอบอัตราจ้างบุคลากรที่มีอยู่ทั้งหมดถูกใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด

การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตต้องมีการตัดสินใจในการบริหารเวลา เพื่อปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลผลิตสูงสุดอยู่ตลอดเวลา เช่น การจัดการเพื่อให้เกิดการหมุนเวียนผู้ป่วย การใช้ประโยชน์ของเครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีอยู่จำกัด ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ การรับ-จำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ทรัพยากรที่สำคัญในหน่วยได้ถูกใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องกระทำร่วมกับทีมการรักษาอยู่ตลอดเวลา การตัดสินใจในการใช้เวลาของบุคลากรพยาบาลจึงมีผลต่อคุณภาพและปริมาณการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งมีผลต่อการใช้ประโยชน์ของบุคลากรที่มีสุขภาพเป็นอย่างดี จึงสรุปได้ว่า

การศึกษาเรื่องเวลาการพยาบาลที่ใช้ไปจริงในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคหรือในกลุ่มอาการใดๆ และศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการการรักษายาบาลครั้งหนึ่งๆ จึงเป็นการศึกษาเพื่อห้ทราบข้อมูลส่วนหนึ่งในเรื่องการบริหารทรัพยากรการผลิต คือ เวลา และการใช้เวลาของบุคลากรพยาบาล และทราบถึงผลได้ที่เกิดขึ้นตามมาพร้อมๆ กันไป ซึ่งอาจนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินต้นทุนและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานฯ หนึ่ง ได้