



บทที่ 2

วรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการวิเคราะห์กิจกรรมรบกวนคุณภาพการพยาบาล : การศึกษาเฉพาะกรณี
โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา บทความและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในบทนี้
ได้เสนอรายละเอียด ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการรบกวนคุณภาพการพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล
3. โปรแกรมการรบกวนคุณภาพการพยาบาล
4. กิจกรรมรบกวนคุณภาพการพยาบาล
5. แนวคิดการประเมินผลการพยาบาล : การรบกวนคุณภาพการพยาบาล
6. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมรบกวนคุณภาพการพยาบาลบนหอผู้ป่วย
 - 6.1 กระบวนการพยาบาล
 - 6.2 การมอบหมายงาน
 - 6.3 มาตรฐานการพยาบาล
 - 6.4 การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
 - 6.5 การตรวจสอบทางการพยาบาล
 - 6.6 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล
 - 6.7 กลุ่มสร้างคุณภาพงาน
 - 6.8 การรายงานรับเวรและส่งเวร

แนวคิดเกี่ยวกับการรบกวนคุณภาพการพยาบาล

การรบกวนคุณภาพการพยาบาลเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงบริการให้ตรงตาม
ความต้องการของชุมชนผู้ป่วยและครอบครัว มีสิทธิที่จะคาดหวังว่า เขาได้รับบริการอย่างยอมรับ
นับถือด้วยความสนใจ เอาใจใส่และด้วยความเข้าใจ ดังนั้นหัวหน้าประจำหอผู้ป่วย ตลอดจน
พยาบาลประจำการทุกคน ต้องมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการรบกวนคุณภาพการพยาบาลใน

โรงพยาบาลด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจว่าได้รับบริการอย่างพอเพียงและปลอดภัย (วัลลา ตันตโยทัย, 2522) ดังนั้น การประกันคุณภาพการพยาบาลจึงเป็นการตั้งระดับความดีเลิศของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะมีทั้งการกำหนดคุณภาพและการรับประกันว่าผู้ที่มารับบริการจะได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระดับนี้ (Lang, 1975) ดังนั้น การประกันคุณภาพของบริการที่ผู้ป่วยได้รับจะต้องมีการประเมินหรือตัดสินค่าระดับความดีเลิศของผลที่ได้จากการพยาบาล และมีการนำผลจากการประเมิน นำไปปรับปรุงการบริการ ซึ่งคาดว่าผลที่ได้รับจะต้องมีคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น (Zimmer, 1974)

ธีระ ตั้งตรงจิตต์ และคณะ (2522) ให้ความหมายคำว่า การรับประกัน หมายถึง การรับรองว่าสิ่งประกันเป็นไปตามสัญญาหรือข้อตกลงที่ได้วางไว้ หรืออาจให้ความหมายว่า 1) ความมั่นใจหรือความแน่ใจ 2) ซึ่งเต็มไปด้วยความเชื่อมั่น และชื่อเสียงปราศจากความสงสัย มีความคาดหวังหรือมั่นใจอย่างแน่นหนา 3) จิตใจมั่นคงหนักแน่น (Firm) มีความเชื่อมั่นตนเองสูง 4) ทุกสิ่งทุกอย่างที่ทำให้มั่นคงเป็นความคิดในทางบวก เป็นหลักการรับประกันคุณภาพ (Garantee) (Webster's Dictionary, 1979) ดังนั้นการรับประกันคุณภาพจึงหมายถึง การประเมินค่าของระดับความเป็นเลิศของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย และกิจกรรมและรวมถึงผลของการใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ที่คุ้มค่าด้วย (Stone et al., 1976)

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความหมายของการรับประกันหรือการประกัน (Assurance) ก็คือ ความมีคุณภาพเป็นเลิศ (Garantee of Excellence) หมายความว่า เป็นการรับรองว่าการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 7 กิจกรรม อันได้แก่ 1) กระบวนการพยาบาล 2) การมอบหมายงาน 3) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 4) การตรวจสอบทางการพยาบาล 5) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล 6) กลุ่มสร้างคุณภาพงาน 7) การรายงานรับเวร-ส่งเวร ได้ปฏิบัติตามข้อตกลงตามที่วางไว้ หรือเป็นการรับรองว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลจะเป็นไปตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนั้นการรับประกันคุณภาพต้องประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ มีการกำหนดระดับหรือเกณฑ์มาตรฐานของคุณภาพของบริการที่ต้องการ และมีแนวทางปฏิบัติที่จะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่กำหนดไว้ (ธีระ ตั้งตรงจิตต์ และคณะ, 2522) แต่ ฟานอฟ และ วันเดลท์ (Phaneuf and Wandelt, 1974) ให้ความหมายไว้ว่า การประกันคุณภาพการพยาบาล หมายถึง ความรับผิดชอบ และความสามารถตรวจสอบ (Accountability) ของผู้ประกอบการวิชาชีพในการที่จะให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดแก่ผู้รับความรับผิดชอบ ซึ่งจะรวมถึงกระบวนการในการกำหนดมาตรฐานของการ

ปฏิบัติที่พยาบาลวิชาชีพยอมรับ และต้องมีวิธีการดำเนินงานควบคุมให้การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อให้บริการนั้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ นั้น ซึ่งต้องรวมถึงการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติวิชาชีพโดยรวมด้วย ซึ่ง อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2525) ได้กล่าวว่า การประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมคุณภาพนั่นเอง เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่การวัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อต้องการปรับปรุงระบบงานบริการนั้นอาจได้จากการสังเกตพฤติกรรมการพยาบาล หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยและจากบันทึกทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหา และช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2526) โดยพยาบาลทุกคนต้องตระหนักในบทบาท และความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกในปริมาณที่สูงพอ เพื่อเป็นการรับประกันคุณภาพการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล

โฟรบี และ เบน (Froebe and Bain, 1976) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็นลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงผลของการกระทำหรือผลของกระบวนการประกอบกิจกรรม ที่ทำให้บรรลุความเป็นเลิศ ซึ่งเป็นความเป็นเลิศจะวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพที่ได้ตกลงหรือร่วมกันกำหนดไว้

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2530) กล่าวว่า คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีเลิศของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับการบริหารการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์หลายประการ คือ 1) บริการพยาบาลจะดีได้ต้องมีการจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ 2) ลักษณะของบริการต้องเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของบริการทั้งผู้ให้ ผู้รับบริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และ 3) บริการพยาบาลที่ดีต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอมีระบบแบบแผน

ทัศนาศ บุญทอง (2522) ได้กล่าวว่า คุณภาพของวิชาชีพพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการจัดหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอนเท่านั้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะบอกคุณภาพของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างแท้จริง ก็คือ การปฏิบัติที่มีคุณภาพ จึงควรมีการตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพ ซึ่งไม่อาจจะแยกเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งระหว่างการตรวจสอบย้อนหลังกับการตรวจสอบขณะปฏิบัติงานจริง ควรใช้ร่วมกันทั้งสองอย่างจึงจะเกิดผลดีที่สุด (Froebe and

Bain, 1976) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ ทศนา บุญทอง (2522) ที่กล่าวว่า ควรประเมินกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรม และหลาย ๆ วิธีร่วมกัน เนื่องจากการพยาบาลเป็นการกระทำของคน คุณภาพของการพยาบาลจึงต้องอาศัยคุณภาพของตัวพยาบาลเองเหนือสิ่งอื่นใด (ละอ อุตางกูร, 2522)

ปัจจุบันนี้จะเห็นว่าในองค์การบริหารสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการพยาบาลเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพื่อมุ่งที่จะพัฒนาบริการพยาบาลให้มีคุณภาพนำปริมาณ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2530) โดยจะเห็นได้จากการแข่งขันกันทุกรูปแบบในสถานบริการสุขภาพในภาครัฐบาลและภาคเอกชน เพื่อให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนตามความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพสูงสุดตามที่ประสงค์ คุณภาพนำปริมาณของบริการนั้น ผู้รับบริการอาจมองมีความแตกต่างกันได้ แล้วแต่ใครจะตีค่าบริการพยาบาลเช่นเดียวกับคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ซึ่งอาจมองมีความแตกต่างกันได้ จึงจำเป็นที่ต้องสร้างเครื่องมือเพื่อใช้เป็นการตัดสินค่า เป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนถือปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน โดยกำหนดหลักเกณฑ์หรือขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่สามารถควบคุมคุณภาพการพยาบาลได้ ผลการควบคุมจะนำไปสู่การแก้ไข ปรับปรุง วิธีจัดงานหรือกิจกรรมการพยาบาลและการสั่งการ ถ้ามีระบบการควบคุมจะทำให้รู้ทั้งปัญหาและสามารถแก้ไขได้ทันที ไม่เกิดการหมักหมมปัญหา ซึ่งจะช่วยให้การจัดระบบการให้บริการดีขึ้น (วรรณวิไล จันทราภา และ ภูษิตา อินทรประสงค์, 2528)

กล่าวโดยสรุปแล้วว่า คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ขึ้นอยู่กับลักษณะความเป็นเลิศของบริการหรือกิจกรรมทางการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติในปริมาณที่สูงพอ โดยเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ได้ร่วมกันกำหนด

การประกันคุณภาพนั้น ใช้กับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย มักจะหมายถึง ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพในการที่จะให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดแก่ผู้รับ ความรับผิดชอบในที่นี้รวมถึงกระบวนการในการกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติที่บุคคลในวิชาชีพยอมรับร่วมกัน และต้องมีวิธีดำเนินงานเพื่อควบคุมให้การปฏิบัติกิจกรรมในการบริการนั้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่วางไว้ ทั้งนี้รวมถึงการแก้ไข ปรับปรุงการปฏิบัติวิชาชีพโดยส่วนรวมด้วย (Phaneuf and Wandelt, 1974 อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2522)

ประวัติการประกันคุณภาพการพยาบาล

การประกันคุณภาพการพยาบาลนั้น ได้มีการปฏิบัติกันมานาน เนื่องจากการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่จำเป็นต้องให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการควบคุมและประกันคุณภาพการพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติการทั้งของพยาบาล และผู้บริการ โดยเฉพาะผู้รับบริการมีความคาดหวังและความต้องการรับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด (สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, 2533)

ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา ได้มีนักการศึกษาพยาบาลได้พยายามค้นหาวิธีและปรับปรุงระบบการศึกษาปัญหา แก่ปัญหาของผู้รับบริการอย่างมีระบบระเบียบ จึงได้นำเอากระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินผลการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และตรวจสอบย้อนหลังถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละปัญหา ทำให้พยาบาลต้องพยายามศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจากปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งศึกษาหาแนวทางที่จะพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพสูงขึ้น ประกอบกับประชาชนผู้รับบริการได้พึงเล็งถึงสิทธิของตนในฐานะผู้รับบริการ ควรได้รับการที่ถูกต้อง มีคุณภาพ เหมาะสมกับราคา

สำหรับประเทศไทย ได้มีการค้นคว้าเรื่องการประกันคุณภาพการพยาบาลมากกว่า 20 ปีแล้ว โดยมีการจัดการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง "คุณภาพการพยาบาล" และ "การประกันคุณภาพ" จัดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย การประชุมครั้งนี้เน้นเป็นการประชุมครั้งแรกที่พยาบาลไทยได้ตระหนักถึงคุณภาพ ซึ่งได้กล่าวถึงมาตรฐานการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการประกันคุณภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินคุณภาพการพยาบาล เพื่อรับประกันคุณภาพการบริการ และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2529) ได้กล่าวเน้นว่า มาตรฐานการพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการตัดสินคุณภาพของการพยาบาล ต่อมา สถาบันการศึกษาการพยาบาลแทบทุกแห่งได้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาล ไว้ในหลักสูตร ทั้งในระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ทางการพยาบาล ได้มีการศึกษาวิจัยถึงคุณภาพการพยาบาลโดยหาวิธีที่จะประกันคุณภาพการพยาบาล ตลอดจนการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ หรือกลุ่มอาการของโรคต่าง ๆ หรือเทคนิคการพยาบาลบางเทคนิค จึงได้พยายามสร้างเกณฑ์การปฏิบัติการพยาบาลหรือสร้างเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล

เป็นจำนวนมาก มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล นำไปสู่คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

กล่าวโดยสรุปแล้วว่า พยาบาลทุกคนควรมีการตื่นตัว และหาแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้อยู่ในระดับที่สูงพอ เพื่อรับประกันคุณภาพการพยาบาล โดยต้องมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือในการประกันว่า ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่พึงพอใจ ปลอดภัย ไร้กังวลใจได้ และมีคุณภาพสูงสุด ตามที่สิทธิผู้รับบริการพึงมี การรับประกันคุณภาพของการให้บริการในวิชาชีพต้องเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของบุคคลในวิชาชีพที่ต้องยึดถือปฏิบัติอย่างอิสระ โดยไม่ต้องมีใครมาบังคับ (Hover and Zimmer, 1978 อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2522)

การประกันคุณภาพจะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรายงานผลการปฏิบัติงานให้แก่สาธารณชนรู้ว่า พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร ตลอดจนช่วยให้สังคมเห็นความสำคัญของพยาบาล (Kron, 1981) แต่อย่างไรก็ตาม คุณภาพการพยาบาลจะเป็นอย่างไรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับหน่วยงานนั้นมีปัจจัย ซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพเป็นพื้นฐานเสียก่อน ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ (วัลลา ตันตโยทัย, 2522)

1. วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในการทำงาน คนเราจะมีแรงจูงใจที่จะทำงาน ถ้าได้รู้ถึงเป้าหมายของการกระทำนั้น ได้มีการวางแผนในการทำงาน และได้ประเมินผลงานของตนเองเป็นระยะ ดังนั้นผู้นำต้องมีการบริหารงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. แหล่งประโยชน์ หากการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีจำนวนเพียงพอและมีคุณภาพในการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าตึกควรจัดให้มีการอบรมฟื้นฟู อบรมวิชาการ ทำในรูปของการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล หรือจัดให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลหรือการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทราบจุดปรับแก้เพื่อการพัฒนาต่อไป หรืออาจจะร่วมประชุมกันทุกเดือน หรืออาจร่วมทำวิจัยต่าง ๆ ทางคลินิก

นอกจากนี้แล้ว หัวหน้าตึกควรจัดอุปกรณ์และเครื่องใช้ให้เพียงพอแก่ความต้องการ เช่นเดียวกัน ต้องมีการประสานงานในองค์การ ตลอดจนงบประมาณเพียงพอแก่ความต้องการในแต่ละหน่วยงาน

3. การจัดระบบการทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องกัน หัวหน้าพยาบาลจะต้องรู้จักจัดระบบการทำงานและบริหารงานให้เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถของตนเอง นอกจากนี้แล้วยังต้องจัดกำลังคนในการ

ปฏิบัติงานเพียงพอ หัวหน้าตึกยังต้องรู้จักการมอบหมายงานให้แก่บุคลากร เป็นการมอบอำนาจหน้าที่ให้พยาบาลรู้จักบริหารงานเอง และปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างถ่อมตน ช่วยให้สามารถตัดสินใจทางคลินิกทำได้กว้างขวางขึ้น

อย่างไรก็ตาม ควรจะจัดให้มีโปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาล คุณภาพการพยาบาลที่ดีจะต้องมีการประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการพยาบาล การประเมินผลของการพยาบาล จะช่วยให้มีการปรับปรุงบริการการพยาบาลให้อยู่ในระดับดีเลิศได้ (Hover, 1978) อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่าในสหรัฐอเมริกา มีการยกระดับวิทยฐานะของการศึกษาขึ้น จนถึงขั้นบัณฑิตศึกษา แต่ในปี ค.ศ. 1963 ประธานาธิบดี จอห์น เอฟ. เคนเนดี ให้ทำการศึกษาวิเคราะห์ถึงความต้องการบริการที่เพียงพอและมีคุณภาพสำหรับประชาชนในประเทศ ผลการศึกษาครั้งนั้นรัฐบาลได้รับความสนับสนุนให้มีการเปิดสถาบันการศึกษานพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มผลผลิตพยาบาลในระดับปริญญาตรี และปริญญาโท เพื่อส่งเสริมคุณภาพทั้งในด้านการศึกษากิจการบริการ และการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนเพิ่มทุนสนับสนุนในการทำวิจัยทางการพยาบาล เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น (Kalish, 1986)

โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2533)

ลักษณะของแบบการประกันคุณภาพการพยาบาลที่ดีต้องเป็นแผนหรือโปรแกรมการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะ และถูกสร้างขึ้นโดยพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้ใช้ แผนการประกันคุณภาพการพยาบาล ควรจะประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลมากกว่าการประเมินด้านอื่น ๆ ตลอดจนแบบการประกันคุณภาพที่สร้างขึ้น เพื่อให้ได้ผลเป็นที่เชื่อถือได้ในแง่หน้าที่รับผิดชอบที่วิชาชีพมีต่อสังคม และต้องการชี้แนะการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติของวิชาชีพ ฉะนั้นเครื่องมือที่ใช้ประเมินควรเป็นเครื่องมือที่ประเมินพฤติกรรมในการพยาบาลมากกว่าการประเมินโครงสร้างหรือผลการพยาบาล (ทัศนาศู บุญทอง, 2522) แต่ ละออ หุตางกูร (2529) ให้ความคิดเห็นว่า ในการประกันคุณภาพการพยาบาลนั้นจะต้องพิจารณาการประกันคุณภาพการพยาบาลทั้งโครงสร้างและด้านการปฏิบัติการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติของโปรแกรมการประกันคุณภาพนั้นมีขั้นตอนโดยเฉพาะอธิบายได้ดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการโปรแกรมการประกันคุณภาพ โดยจะต้องประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เป็นประธานและมีการ กรรมการ คือ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ ในจำนวนประมาณ 9-15 คน ขึ้นอยู่กับงานของฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น ๆ ทั้งนี้จะต้องเป็นกรรมการที่มาจากทุกแผนกการพยาบาล คณะกรรมการทุกคนจะต้องเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการประกันคุณภาพเป็นเวลาประมาณ 5 วัน หรือมากกว่า ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถพื้นฐานของคณะกรรมการ เมื่อผ่านการอบรมแล้วก็เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการดำเนินงานของการประกันคุณภาพได้ ทั้งนี้อาจจัดตั้งคณะทำงานเพื่อสร้างมาตรฐานและเครื่องมือที่จะต้องใช้ในการรวบรวมข้อมูล
2. กำหนดเกณฑ์การประกันคุณภาพ โดยกำหนดทั้งในระดับฝ่ายและแผนกการพยาบาลเฉพาะทางได้
3. สร้างมาตรฐานและเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพ ทั้งในระดับโครงการ กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยจะต้องผ่านขั้นตอนของการตรวจสอบเครื่องมือว่าเชื่อถือได้
4. ทดสอบเกณฑ์การประกันคุณภาพทุกระดับ
5. เตรียมงานในการวัดคุณภาพ โดยจะต้องเตรียมผู้ทำหน้าที่วัดและสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ
6. รวบรวมข้อมูล
7. วิเคราะห์ข้อมูล
8. แปลผลข้อมูลและส่งผลไปยังแผนกการพยาบาลและหอผู้ป่วยต่าง ๆ
9. ประชุมใหญ่ประจำปี เพื่อรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพและศึกษาแนวทางแก้ไข
10. นำแนวทางแก้ไขที่เลือกสรรไปปฏิบัติและติดตามผลต่อไป

กล่าวโดยสรุปแล้วจะเห็นว่า โปรแกรมของการประกันคุณภาพ (Nursing Quality Assurance Program) ควรจะนำมาปฏิบัติทั้ง 10 ขั้นตอน อย่างต่อเนื่องครบถ้วน การประกันคุณภาพการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพทางการศึกษา หรือคุณภาพทางการปฏิบัติการพยาบาลก็ตาม จำเป็นต้องมีเครื่องมือเพื่อประเมินการวัด ซึ่งเราเรียกว่า โปรแกรมหรือแผน ในแง่วิชาชีพที่มีการประเมินคุณภาพของกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาล จึงเรียกว่าโปรแกรมการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล (Quality Assurance

Program in Nursing Care) ซึ่งหมายถึง เครื่องมือที่พยาบาลจะใช้เป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้แน่ใจได้ว่า การให้การพยาบาลมีคุณภาพสูงสุด หรือมีคุณภาพเป็นเลิศ

ดังนั้น การใช้โปรแกรมการควบคุมคุณภาพให้ได้ผลดีนั้น ต้องดำเนินไปตามวงจรที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ซึ่งจะควบคุมหรือการประกันคุณภาพการพยาบาล นอกจากเป็นการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลแล้ว ยังมีองค์ประกอบที่จะควบคุมหรือประกันคุณภาพการพยาบาล (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529; พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2533)

1. ระบบการตรวจสอบ (Audit) เป็นกระบวนการที่จะตรวจสอบโดยการรวบรวมข้อมูลว่า มาตรฐานแต่ละมาตรฐานที่กำหนดขึ้นนั้น ได้ถูกนำไปปฏิบัติในระดับใดหรือมากน้อยเพียงใด ระบบตรวจสอบนี้อาจกระทำในระหว่างที่พยาบาลกำลังปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย หรือในระยะที่เสร็จสิ้นการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็ได้ แหล่งของข้อมูลอาจจะได้มาจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล และจากระบบบันทึกชนิดต่าง ๆ เช่น Kardex, Nursing Care Plan, Nurses' Note เป็นต้น

2. วิธีควบคุม (Action) เพื่อให้แน่ใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน จำเป็นต้องแต่งตั้งผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพหรือหน่วยงานบริหารของแผนการพยาบาลหรืออาจแต่งตั้งคณะกรรมการ ซึ่งมาจากกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ คณะกรรมการนี้จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการอบรม ให้ความรู้แก่พยาบาลทุกระดับ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงการบริหารและการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการควบคุมการพยาบาลนั้นควรจะควบคุมในเรื่องคุณภาพการพยาบาล, ปริมาณงาน ความหมดเปลืองของทรัพยากรต่าง ๆ และที่สำคัญคือเวลาเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะประสิทธิภาพของการทำงานของคนไม่เท่ากัน ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารการพยาบาลควรเริ่มต้นปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล การควบคุม การตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงาน ให้มีองค์กรควบคุมการปฏิบัติร่วมกัน ทุกฝ่ายจึงจะสามารถพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ (ผกา ศรียุคศุภทร, 2522)

การประเมินการพยาบาลซึ่งมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลเป็นอย่างมากเพราะสามารถประเมินค่าระดับความสามารถในการให้การพยาบาลได้ มีส่วนในการสร้างความเชื่อถือทางวิชาชีพ และเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลได้ จึงแบ่งประเภทการประเมินการพยาบาล

เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (Mayers, 1977 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญาธิกรักษ์, 2522)

คือ

ประเภทที่ 1 การศึกษารวบรวมข้อมูลหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยไปแล้ว ปฏิบัติได้ดังนี้

คือ

1. ทบทวนการบันทึกกรายงาน (Retrospective chart review) โดยนำบันทึกกรายการทั้งหมดของผู้ป่วยมาศึกษา รวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เช่น การตรวจสอบทางการพยาบาล (Nursing audit) วิธีนี้จะสามารถทำได้ในผู้ป่วยจำนวนมากแต่จะต้องมีวิธีปฏิบัติและมีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน จะต้องพิจารณาว่า ควรจะตรวจสอบการบันทึกอะไรบ้าง ตรวจสอบอย่างไร สิ่งสำคัญคือ การจัดเตรียมแบบบันทึกที่มีระบบระเบียบ เพื่อส่งเสริมการบันทึกกรายงานที่มีประสิทธิภาพ

2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้แล้ว (Postcare patient interview) โดยสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ต้องมีเกณฑ์ที่แน่นอน อาจสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือตามไปสัมภาษณ์ที่บ้านก็ได้

3. จัดให้บุคลากรผู้ให้การดูแลได้พบกันเพื่ออภิปรายเรื่อง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับไปแล้ว (Post care staff conference) สิ่งสำคัญคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องกำหนดเกณฑ์ในการประชุมปรึกษา ทำเป็นแบบรายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อการรวบรวมข้อมูลที่ดี

4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับบริการที่ได้รับหลังจากการดูแลแล้ว (Postcare questionnaire) ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยจัดทำเป็นแบบมาตรการให้ค่า

วิธีปฏิบัติเหล่านี้ พวงรัตน์ บุญญาธิกรักษ์ เคยแนะนำไว้ว่า ควรนำไปปฏิบัติให้ได้อย่างน้อย 2 วิธี จึงจะเหมาะสม

ประเภทที่สอง การศึกษารวบรวมข้อมูลเป็นระยะขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล (Concurrent Care Review) หมายถึง การศึกษารวบรวมข้อมูลในขณะที่มีกิจกรรมการดูแลรักษาอยู่ ปฏิบัติได้ดังนี้

1. ตรวจสอบการบันทึกรายงาน (Open chart review) โดยต้องมีเกณฑ์การตรวจสอบที่แน่นอน เช่น การตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ การตรวจสอบเคอร์เด็ก์เด็กที่เป็นต้น
 2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากรบางคน ตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นโดยมุ่งที่ผลสุดท้ายของการดูแล
 3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการตรวจสอบการบันทึก ซึ่งนับว่าเป็นการทบทวนการดูแลอย่างสมบูรณ์แบบ เพราะเป็นการรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ ประเภท และใช้วิธีต่าง ๆ กัน
 4. ใช้แบบประเมินการพยาบาลเพื่อประเมินการพยาบาลเป็นระยะ โดยจะต้องสร้างแบบประเมินให้มีความเที่ยง และความตรง
- จากแนวปฏิบัติทั้งหมด อาจเลือกใช้แบบใดแบบหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งแบบได้จะเป็นการดียิ่ง

กิจกรรมรับประกันคุณภาพการพยาบาล

การกำหนดว่าจะใช้กิจกรรมอะไรบ้างเพื่อความคุ้มครองคุณภาพของการบริการพยาบาลนั้น สามารถจัดขึ้นได้อย่างหลากหลาย ควรพิจารณาถึงการได้รับข้อมูลจากทุกแหล่งและทุกลักษณะ โดยจะต้องได้รับจากผู้รับบริการบุคลากรพยาบาล ผู้ร่วมงาน และจากหลักฐานทางเอกสารต่าง ๆ ทั้งนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งในปัจจุบัน และที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การทบทวนรายงานผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย บุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ การสังเกต การเยี่ยมชมตรวจ การประชุมปรึกษา การตรวจสอบกระบวนการพยาบาล และอื่น ๆ (นางรัตน์ บุญญาภิรักษ์, 2533)

การประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนตามลำดับและดำเนินไปได้ต้องประกอบด้วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2529)

1. บทบาท หน้าที่ที่ชัดเจนของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเช่น ฝ่ายการพยาบาล กำหนดฝ่ายรับผิดชอบ ซึ่งต้องทำตลอดไป โดยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกวิธี เช่น เมื่อมีโปรแกรมการประกันคุณภาพจะมีระบบข้อมูล การให้สารสนเทศ (ข้อมูลที่วิเคราะห์ แล้วในเชิงสถิติที่นำไปใช้ได้)

3. ข้อมูลที่เชื่อถือได้ เป็นความจริงทำตลอดปี ไม่ใช่ข้อมูลที่กำเริบเฉพาะช่วงที่จะมีการตรวจสอบเท่านั้น

แนวความคิดประเมินผลการพยาบาล: การประกันคุณภาพการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นการให้คุณค่าของการพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ การประเมินผลการพยาบาล จึงทำได้หลายลักษณะ ทั้งขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาอยู่ และเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว การประเมินผลนั้นอาจทำเฉพาะหอผู้ป่วยบางหอก่อน เพื่อทดสอบเครื่องมือและวิธีการ เมื่อได้รับปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ แล้วจึงจะใช้ทั่วทุกหอผู้ป่วย (Ethridge and Packard, 1976) เครื่องมือต้องมีความเที่ยงตรง เชื่อถือได้ เข้าใจง่าย และปฏิบัติได้รวดเร็ว (Diddie, 1976)

ผู้บริหารการพยาบาลจะสามารถเสริมสร้างและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีของการบริการพยาบาลได้นั้น ก็ควรจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล และการสร้างเครื่องมือประเมินผลที่มีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงคุณภาพและปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันปฏิบัติ การประเมินผลการพยาบาลจึงเป็นการตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในด้านการดูแล การป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการอ้างอิงจากเกณฑ์ในการวัด และการกำหนดจุดมุ่งหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2530) ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลเมื่อต้องการทราบทั้งคุณภาพและปริมาณของกิจกรรมทางการพยาบาลที่บุคลากรพยาบาล แต่ละคนปฏิบัติ จึงจำเป็นจะต้องมีการวัดผลและประเมินผลการพยาบาล

บาราบัส (Barabus, 1962) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการการตีค่า หรือพิจารณาตัดสินความสำเร็จและประสิทธิภาพของการทำงาน ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ชแวร์์ และเกบบี้ (Schweer and Gebbie, 1976) ให้ความหมายว่า การประเมินผลเป็นขบวนการในการตัดสินพิจารณาว่า สิ่งที่พิจารณาอยู่นั้น มีคุณค่าสมกับเกณฑ์ที่เราตั้งไว้เพียงใด จึงเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของการรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นพื้นฐานในการพิจารณาตัดสินคุณค่า

อีเบล (Ebel, 1965) ให้ความหมายการประเมินผล ต่อขบวนการกำหนดจำนวนตัวเลขให้แก่ของแต่ละสิ่งหรือบุคคล เพื่อชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของคุณสมบัติที่จะวัดของสิ่ง

ของหรือบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงการเปรียบเทียบคุณลักษณะของสิ่งที่ต้องการ หรือ ต้องการที่จะวัดมาตรฐานบางอย่าง ดังนั้น การประเมินผลการพยาบาลจึงแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ (Evaluation of Nursing care) และ 2) การประเมินผลการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ (Evaluation fo Personnel) (วิเชียร ทวีลาภ, 2523)

สุภาพ วาดเขียน และ อรพินท์ โกชนาดา, 2518) กล่าวว่า การประเมินผลเป็นขบวนการในการตัดสินพิจารณาว่าสิ่งที่พิจารณานั้น มีคุณค่าสมกับเกณฑ์ที่เราตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด การประเมินผลที่ดีจะต้องมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นขบวนการที่นำไปโดยมีระเบียบแบบแผนที่มีใช้การทำโดยบังเอิญ และการประเมินผลจะบอกให้ทราบถึงปริมาณ และคุณภาพที่สังเกตเห็นได้ นั่นว่า มีคุณค่าขนาดใด เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

จากความหมายของการประเมินผลดังกล่าว ทำให้ทราบว่า การประเมินผลเกี่ยวข้องกับการวัดอย่างมีระเบียบแบบแผน โดยเริ่มจากการวัดในสิ่งที่สมควรจะวัดหลาย ๆ ประการ เมื่อได้ผลที่ได้จากการวัดหลาย ๆ อย่าง ก็นำผลเหล่านั้นมาพิจารณาตัดสินใจเรื่องคุณค่า เพื่อสรุปคุณภาพของสิ่งที่วัดแล้วประการใด ควรอยู่ในระดับเกณฑ์ใด การประเมินผลยังเป็นขบวนการเฉพาะที่บอกให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ขององค์การและบุคคลว่า ได้มีการปฏิบัติไปแค่ไหน เพียงใด เช่นเดียวกับการวิเคราะห์กิจกรรมทางการพยาบาล 7 อย่าง โดยได้ประเมินผล กับเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เมื่อได้ผลก็จะนำผลมาพิจารณาตัดสินใจเรื่องคุณภาพการปฏิบัติของแต่ละกิจกรรมว่าอยู่ในระดับเกณฑ์ใด

จะเห็นแล้วว่า ขบวนการประเมินผลประกอบด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนกำหนดวัตถุประสงค์ และมาตรการในการประเมินผล 2) ขั้นตอนสังเกต บันทึก และรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ไว้เป็นหลักฐาน และ 3) ขั้นตอนวิเคราะห์ จะประเมินผลข้อมูลที่รวบรวมไว้แล้วและพิจารณาตัดสินคุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรการที่ได้วางไว้ เพื่อทราบจุดบกพร่องแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปปรับแก้ใหม่ พร้อมตรวจสอบให้ดีจึงถือเป็นมาตรฐานการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ต่อไปในอนาคต ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลที่ดีจะต้องทำมากกว่าหนึ่งครั้งเสมอ (Lucill, 1970) เพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มีคุณภาพอยู่ในระดับที่สูงพอที่จะประกันคุณภาพการบริการได้ลักษณะการประเมินผล (สุภาพ วาดเขียน, 2517)

ลักษณะการประเมินผล โดยทั่วไปมี 3 ลักษณะ คือ การประเมินผลเป็นช่วง ๆ (Formative Evaluation) การประเมินผลสรุป (Summative Evaluation) และ

การประเมินเพื่อการวินิจฉัยกำหนดตำแหน่ง (Evaluation for Placement Diagnosis) ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยควรจัดให้มีการประเมินผลทั้ง 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินผลเป็นช่วง ๆ เป็นการประเมินผลที่สร้างขึ้นเป็นระยะ และบ่อยครั้ง เพื่อหาผลที่ได้ในช่วงสั้น ๆ เช่น ประเมินกิจกรรมการพยาบาล
2. การประเมินผลสรุป เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติเป็นการประเมินแบบรวบยอด โดยอาศัยมาตรฐาน หรือเกณฑ์จัดเป็นเครื่องตัดสินคุณค่า เช่น การตรวจสอบทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการประเมินสรุปผลการบริการพยาบาลหลังตัดสินคุณภาพ และ ประสิทธิภาพขององค์การพยาบาลว่า ปฏิบัติการบรรลุตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล ซึ่งสะท้อนจากการบันทึกและรายงานหลังจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว
3. การประเมินเพื่อการวินิจฉัย กำหนดตำแหน่ง เป็นการประเมินผลที่สร้างขึ้นเพื่อ กำหนดลำดับ หรือระดับของสิ่งของที่ได้จากการประมาณค่า หรือการตัดสินตามเกณฑ์

สิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยควรประเมิน ในหอผู้ป่วย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2521)

หัวหน้าหอผู้ป่วยควรจัดให้มีการประเมินผลการทางพยาบาล ซึ่งได้แก่

1. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation of Nursing Performance) การประเมินนี้มุ่งเน้นที่ตัวบุคลากรผู้ให้การพยาบาล สิ่งที่จะต้องประเมิน ได้แก่บุคลิกลักษณะ ความรู้ความสามารถ ทักษะทางการพยาบาล ตลอดจนจรรยาบรรณวิชาชีพ การประเมินผลการปฏิบัติงานนี้จะช่วยให้สามารถจัดอันดับสมรรถภาพของบุคลากรพยาบาลได้ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ถูกประเมินได้สาริตการปฏิบัติ ช่วยลดจุดอ่อนของงานเพราะสามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลเพื่อการกระตุ้นและพัฒนาบุคลากรรวมทั้งการปรับปรุงการนิเทศด้วย นอกจากนี้ยังจะเป็นมาตรการพิจารณาปรับปรุงเลื่อนตำแหน่งและเงินเดือนอีกด้วย ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในฐานะผู้บริหาร ควรได้จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลขึ้นทุกระดับ โดยจะต้องให้แบบประเมินนั้นมีความตรงและความเที่ยง และควรประเมินบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

วิธีประเมินที่สำคัญและสามารถนำไปใช้ได้ คือการตรวจสอบ บันทึกรายงาน และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ใต้บังคับบัญชาในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ โดยการบันทึกพฤติกรรม เฉพาะ เป็นการบันทึกปฏิบัติการทั้งเหตุการณ์ที่ดีและไม่ดี ซึ่งจะต้องพิจารณารูปแบบการประเมินที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชา และนโยบายของหน่วยงานด้วย

การบันทึกพฤติกรรมเฉพาะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ไต่ บังคับบัญชาทุกคน โดยบันทึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งจะปฏิบัติได้โดยบันทึก สิ่งต่าง ๆ ที่สังเกตเห็นลงในสมุดโน้ตเล่มเล็ก ๆ ที่ได้เตรียมติดกระเป๋าไว้ ทั้งนี้เพื่อกันการ หลงลืมและเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำมาแปลความและประเมินผลงานประจำปีได้

2. การประเมินการพยาบาล (Nursing Care Evaluation) การประเมินผล แบบนี้มีผลต่อคุณภาพการพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะจะช่วยให้สามารถประมาณค่าระดับ ความสามารถในการให้การพยาบาลได้ มีส่วนช่วยในการสร้างความเชื่อถือทางวิชาชีพให้แก่ สังคม และเป็นการประกันคุณภาพทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินผลการ พยาบาลนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับการประเมินผลอื่น ๆ ที่ต้องการการตัดสินคุณค่า ซึ่งต้องอาศัย การอ้างอิง (Reference) จากเกณฑ์วัด (Criteria) เพราะเกณฑ์วัดจะแสดงสถานะที่ แสดงว่าการปฏิบัตินั้น ๆ บรรลุถึงเป้าหมายที่แท้จริงเนื่องจากเกณฑ์วัดเป็นมาตรฐานแห่งการตัดสิน

นอกจากตนเองจะเป็นผู้ประเมินผลได้เองแล้ว ยังมีกลุ่มบุคคลที่สามารถประเมินผล ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความรับผิดชอบและภารกิจแตกต่างกันไป ได้แก่

1. ผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นบุคคลแรกที่จะช่วยประเมินผลทางการพยาบาลได้โดยผู้ป่วย จะบอกได้ว่า บริการพยาบาลที่ได้รับมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยจะต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน การวางแผนการพยาบาลที่เขาจะได้รับการบริการครบถ้วนกระบวนการ และให้มีส่วนร่วมแก้ไขให้ ทันสมัยอยู่เสมอ

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหมายถึง ผู้ไต่บังคับบัญชาทุกคน บุคคลเหล่านี้จะ ช่วยท่านได้ เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงสามารถจะประมาณค่าและตัดสินได้ ถูกต้องมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

3. ผู้ตรวจการ ภารกิจอย่างหนึ่งของผู้ตรวจการ คือ ประเมินผลการพยาบาล ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากผู้ตรวจการ จึงเป็นข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการประเมินผลได้

4. หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าพยาบาลเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ต้องสร้างมาตรฐานการ พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีผลทางการรักษานพยาบาล รวมทั้งเป็นผู้กำหนดแนวทางในการ นำมาตรฐานนั้นไปใช้ จึงเป็นบุคคลที่สามารถช่วยพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้

การประเมินผลจึงจัดว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งในการปฏิบัติการกิจของ หัวหน้าหรือผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ไต่บังคับบัญชาทุกคนในหอผู้ป่วยให้ เกิดผลงานตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ และเป็นการตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ในด้านการดูแลการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องอาศัยการอ้างอิงจากเกณฑ์ในการวัด และการกำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (อดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2525)

กล่าวโดยสรุปแล้วว่า การประเมินผลเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะบอกมาตรฐานการพยาบาลได้ว่า สถาบันแห่งนี้สามารถให้การพยาบาลอยู่ในระดับใด ซึ่งมีส่วนสร้างความศรัทธา เชื่อถือในวิชาชีพให้แก่สังคมพร้อมทั้งเป็นการเสริมสร้างความรู้ และพัฒนาความสามารถ ความชำนาญให้แก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลอีกด้วย ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การประกันคุณภาพการพยาบาลและการตรวจสอบทางการพยาบาล

อย่างไรก็ตามในฐานะที่พยาบาลวิชาชีพ เป็นนักบริหารจึงควรมีการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่เป็นอยู่เดิมไปสู่สภาพที่ดีกว่า หรือสภาพที่ควรจะเป็น คือ ต้องเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเป็นนักวิเคราะห์ประเมินผลตลอดจนเป็นนักสังเคราะห์ด้วย (Marshall, and Gladys, 1970) เนื่องจากการประเมินผลการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมคุณภาพการพยาบาล นั่นคือ เป็นการรับประกันคุณภาพการพยาบาลนั่นเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมรับประกันคุณภาพการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

สมบัติ ชาครีย์วิช (2522) ได้กล่าวโดยสรุปแล้วว่า กิจกรรมบนหอผู้ป่วยว่า พยาบาลวิชาชีพประจำการที่นับว่าเป็นการรับประกันคุณภาพการพยาบาลนั้น คือ กิจกรรมที่ พยาบาลวิชาชีพประจำการทุกคน เริ่มปฏิบัติตั้งแต่ขึ้นรับเวร จนถึงเวลาที่ลงเวรและเป็นกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล ซึ่งจะกล่าวถึงแต่ละกิจกรรม เป็นลำดับไป ดังนี้ คือ

1. กระบวนการพยาบาล

ในการให้การพยาบาลในปัจจุบันนี้ต้องให้ครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้รับบริการ มีสุขภาพดี สามารถสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานในภาวะปกติ ภาวะการเจ็บป่วยหรือแม้กระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล จะมีบทบาทในการสังเกต ส่งเสริม ให้ข้อมูลให้กำลังใจ ประคับประคอง สื่อสาร จัดการ สอน แนะนำ และดูแล ซึ่งต้องกระทำอย่างมีระบบระเบียบเชิงวิทยาศาสตร์นั้น ต้องใช้กระบวนการพยาบาล

(สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เอื้อมพร ทองกระจาย, 2533) สำหรับ แอทติคินสัน (Atkinson, 1983) ได้กล่าวเน้นไว้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมหรือการประกันคุณภาพการพยาบาล (สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, 2530) ซึ่งช่วยทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจว่าได้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ หากไม่นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในงานบริการสุขภาพแล้ว โอกาสเกิดความบกพร่องมีได้มากขึ้น เช่น การดูแลเป้าหมาย ขาดการสื่อสารในทีมการพยาบาล และระหว่างทีม การปฏิบัติงานจะทำตามกิจวัตรประจำวันหรือความเคยชิน ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สับสน สูญเสียพลังงาน อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ จากเหตุผลดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นทั้งแก่นและสารัตถะของวิชาชีพการพยาบาล ใช้เป็นเครื่องมือนำไปปฏิบัติใช้ได้ในทุกสถานการณ์ ไม่จำกัดเวลา สถานที่ โดยมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน เป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่น และสามารถปรับเปลี่ยนไปตามมิติของผู้ใช้ ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จะแยกแยะให้เห็นจริงได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เอื้อมพร ทองกระจาย, 2533)

กระบวนการพยาบาลถือว่าเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องกระทำด้วยตนเองอย่างอิสระ (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2527) โดยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลทั้งคนได้ คือ ต้องสามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและดำเนินการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา สนองความต้องการของผู้ป่วยพร้อมทั้งติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการบริหาร เพราะการใช้กระบวนการพยาบาลจะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการค้นหาปัญหาผู้ป่วย เป็นการประกันคุณภาพการพยาบาล (Shortbridge, 1980) กล่าวคือ

1. เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนอย่างมีระบบระเบียบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วย (Assessment) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (Yura and Walsh, 1988)

2. เป็นวิธีการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์
3. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. เป็นวิธีการที่มีการกำหนดเป้าหมายชัดเจน

5. เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

6. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะต่าง ๆ ตลอดจนกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล และมีการวางแผนการปฏิบัติการล่วงหน้า

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ขั้นแรกเป็นขั้นการประเมินปัญหาของผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบ ระเบียบ นำข้อมูลมาวิเคราะห์แปลความและให้การวินิจฉัยปัญหา ทางการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ (Luckman and Sorensen, 1980) ข้อมูลที่รวบรวมได้ต้องเป็นข้อมูลที่เป็นความจริงของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งจะมีผลต่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ หากใช้ข้อมูลที่ผิดและไม่ครบถ้วน ก็จะไม่สามารถให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย เป็นรายบุคคลอย่างครบถ้วนด้วย (George, 1985) ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบ และมีมาตรฐานจึงต้องอาศัยความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกายหรือจากการตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ นำมาจัดเรียงเป็นหมวดเป็นหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่น ๆ และไม่มีความสำคัญก็ควรตัดทิ้งไป สำหรับกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันก็จัดเรียงให้เป็นหมวดหมู่เรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน (Data Base) ในขั้นประเมินปัญหานี้ สัจจิตรา ลี้อำนวยลาภ (2528) ได้กล่าวว่าต้องใช้ทักษะต่าง ๆ หลาย ๆ ด้าน ตลอดจนต้องใช้เครื่องมือในการประเมินปัญหาด้วย (Assessment Tool) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ทักษะและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอน	กิจกรรมหรืองานที่ต้องกระทำ	เครื่องมือหรือทักษะที่จำเป็น
การประเมินผู้ป่วย (Assessment)	เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย จัดกลุ่มข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบ หาปัญหา	แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วย (Assessment Tool) สัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ทักษะทางด้านสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล ทักษะด้านความรู้ สติปัญญา มีไหวพริบดี
การวางแผน (Planning)	วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดเป้าหมายของการพยาบาล แต่ละปัญหา กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล เขียนแผนการพยาบาล	ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการเขียนและการใช้ภาษา แบบฟอร์มแผนการพยาบาล หรือ Kardex ทักษะในด้านความรู้ และประสบการณ์ ทางการพยาบาล
การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ (ทำกิจกรรมการพยาบาล) บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย	ทักษะในการเขียนและการใช้ภาษา ทักษะและศิลป์ในการปฏิบัติเทคนิค- การพยาบาล ทักษะทางด้านสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล ทักษะทางการสื่อสาร Nurses' note

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรมหรืองานที่ต้องกระทำ	เครื่องมือหรือทักษะที่จำเป็น
การประเมินผลการ การพยาบาล (Evaluation)	เก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญภายหลัง จากการปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการ	ทักษะในการประเมินผล ทักษะทางความรู้

การรวบรวมข้อมูลจะต้องรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค การรักษา
กิจวัตรประจำวัน สภาวะของร่างกาย สภาวะทางจิตใจ ประวัติทางสังคม วัฒนธรรม และ
เศรษฐกิจ อาชีพ การสันตนาการ และนิสัยส่วนตัว หรืออาจจะใช้ทฤษฎีความต้องการพื้นฐาน
ของมาสโลว์หรือตามวิธีทางแพทย์ ซึ่งได้จากการตรวจร่างกายทุกระบบ หรืออาจใช้เทคนิค
SELF-PACING ของกิเจท (Geiget) เป็นต้น (Marriner, 1984) การประเมิน
ปัญหาเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ทำให้รู้ระบบของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าการรวบรวม
ข้อมูลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Biopsychosocial) ก็สามารถ
วิเคราะห์แปลผลข้อมูล ตลอดจนให้ข้อวินิจฉัยปัญหาของแต่ละบุคคล ดังนั้น ถ้าไม่มีการประเมิน
ปัญหาของผู้ป่วยแล้ว การพยาบาลก็ไม่มีจุดหมาย และไม่สามารถให้การพยาบาลองค์รวมได้
(Auld and Birum, 1973)

ขั้นที่สอง การวางแผนการพยาบาล

หลังจากมีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลแล้ว จะเป็นการวางแผนให้การพยาบาล
ที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยมีการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละบุคคล
บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แนวทางการพิจารณา
ทั้ง 5 ประการคือ (พรนิรันดร์ อุดมภาวสุขและคณะ 2530)

1. พิจารณาตามลักษณะปัญหาโดยพิจารณาปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตก่อนปัญหาอื่น ๆ
แบ่งเป็น 3 ลำดับ คือ

1.1 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลทันที

1.2 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลรีบด่วน ถ้าทิ้งไว้นานอาจเกิดปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้น

1.3 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลแต่รอได้

2. พิจารณาตามหลักการวิทยาศาสตร์และแนวคิดต่าง ๆ
3. พิจารณาตามความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการ
4. พิจารณาตามแผนการดูแลรักษาโดยส่วนรวม
5. พิจารณาตามทรัพยากรที่มีอยู่

สรุปได้ว่า แนวทางพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาทั้ง 5 แนวทางดังกล่าวแล้วข้างต้น พยาบาลควรคำนึงถึงเสมอเมื่อนำมาปฏิบัติ จะต้องใช้พิจารณาว่า ควรนำแนวทางใดมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ แต่ละรายและในแต่ละสถานการณ์ เพราะไม่อาจยึดแนวทางใดแนวทางหนึ่งมาใช้ได้ตลอดไป

ลัคแมน และ ซอเรนเสน (Luckman and Sorensen, 1980) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้น ต้องบอกความคาดหวังหรือผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยเขียนให้ชัดเจน สั้น และแม่นยำในรูปแบบพฤติกรรมที่คาดหวัง จะให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (เน็ญศรี ระเบียบ, 2527) การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล จะกำหนดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งเหมาะสมกับทรัพยากรของหน่วยงานนั้น ๆ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลจึงต้องพิจารณาโดยเลือกกิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ แสดงว่า แผนการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ และเป็นแผนการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้ (Marriner, 1984) หากการวางแผนทางการพยาบาล มุ่งที่ธรรมชาติของปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอย่างเป็นระบบและรัดกุม ก็จะก่อให้เกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ (Mayers, 1979) นอกจากนี้แล้ว มาไรเนอร์ (Marriner, 1984) ยังกล่าวไว้ว่า การวางแผนการพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์ เพราะมีการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ นับได้ว่าเป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล แล้วนำกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดขึ้นมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป ขึ้นนี้จึงต้องอาศัยความคิดรวบยอด และความคิดสร้างสรรค์มาประยุกต์ใช้มาก (Kissinger and Munjas, 1982)

ขั้นที่สาม การปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (Iyer, 1986 อ้างถึงใน กนกวรรณ นุ่มทองดี และวัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์, 2533) การเตรียมการ การปฏิบัติการและการลงบันทึกไว้ เป็นหลักฐาน ดังจะกล่าวต่อไปนี้ คือ

1. ขั้นตอนการเตรียมการปฏิบัติการพยาบาลนั้น นอกจากจะประเมินผู้รับบริการใหม่ ก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาล หรือปรับปรุงแผนการพยาบาลแล้ว พยาบาลจำเป็นต้องทบทวน เทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล นโยบาย กฎ ระเบียบการปฏิบัติการต่าง ๆ ดังนั้นการมีแผนการปฏิบัติ และเอกสารคำสั่งของแต่ละสถานบริการสุขภาพอนามัย จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Kozier, 1987, อ้างถึงใน กนกวรรณ นุ่มทองดี และ วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์, 2533)

แผนการปฏิบัติ (Protocols) หมายถึง แผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่บ่งชี้ถึงวิธีการ (Procedure) ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น หอผู้ป่วยในมีแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับและจำหน่ายผู้รับบริการ พยาบาลเวชปฏิบัติ มี Protocols เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ หรือในแผนกผ่าตัด มี Protocols เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น

เอกสารคำสั่ง (Standing Orders) เป็นเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือคำสั่งแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการ ช่วยให้พยาบาลนำกิจกรรมบางอย่างไปปฏิบัติในบางสถานการณ์ เช่น การให้ยา

นอกจากนี้แล้วก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรต้องศึกษาคู่มือประจำหอผู้ป่วยหรือสถานบริการสุขภาพอนามัย ซึ่งในคู่มืออาจจำแนกย่อยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการสอนเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือการพยาบาลเฉพาะอย่าง สิ่งเหล่านี้สามารถเอื้อประโยชน์มากขึ้น

2. การปฏิบัติการ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการเตรียมการ โดยการนำเอากิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไปปฏิบัติกับผู้รับบริการ ต้องใช้ทั้งศิลปะและทักษะในขณะปฏิบัติการพยาบาล เช่น ทักษะทางสติปัญญา ทักษะการสังเกต ทักษะในการสื่อความหมาย ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง เป็นต้น

3. การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน การลงบันทึกจะมีความสำคัญในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยต้องบันทึกตามหลักการบันทึก คือข้อความต้องกระชับรัด เป็นไปตามความเป็นจริง มีเหตุมีผลและมีความถูกต้องเป็นสำคัญ

ขั้นที่สี่ การประเมินผลการพยาบาล

ขั้นการประเมินผลการพยาบาล หมายถึง การตัดสินใจให้การพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น ๆ ภายใต้การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล คงการพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่ ยอร์ช (George, 1985) ได้เสนอความคิดเห็นว่า ขั้นตอนการประเมินผลควรกระทำอย่างต่อเนื่องคือขั้นตอนแรกควรตั้งเกณฑ์การตั้งวัตถุประสงค์ในการประเมินผลที่จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล สิ่งเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และขั้นที่สองเป็นการรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ โดยการปรับข้อมูลที่รวบรวมมากับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แล้วตัดสินใจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์หรือไม่ สิ่งที่ได้จากการประเมินผลจะทำให้พยาบาลทราบว่า ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่ และถ้ายังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินปัญหาอีกครั้ง วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลอย่างต่อเนื่องกันไปจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างสมบูรณ์ (Marriner, 1984)

ปัญหาและอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาล

แม้ว่ากระบวนการพยาบาลจะเป็นที่ยอมรับในทุก ๆ ส่วนของโลกว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า หากได้นำมาใช้ก็จะทำให้ประกันคุณภาพการพยาบาลได้ ซึ่งพยาบาลทุกคนจะมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นอย่างดีทุกคน แต่ปรากฏว่ายังขาดการนำมาใช้อย่างสมบูรณ์ในชีวิตประจำวัน ขณะปฏิบัติการพยาบาล (Gosnell, 1985) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าตัวพยาบาลวิชาชีพเองมีความแตกต่างในเรื่องความรู้พื้นฐานการพยาบาล หรืออาจเป็นเพราะว่ามีข้อจำกัดบางประการในการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลที่รีบด่วน และการพยาบาลในชุมชนไม่ได้ และประการที่สำคัญที่สุดคือ ต้องการเวลามากกว่าอีกจากที่เป็นอยู่เดิม โดยให้เหตุผลว่าการใช้กระบวนการพยาบาลไม่ถนัดนักในทางปฏิบัติ และก็ไม่อยากนึกเกินความสามารถที่จะทำได้ (Cunning and Pfleiderer,

1986) ซึ่งสอดคล้องกับของมัลลิก (Mallick, 1981) ได้กล่าวโดยสรุปว่า หากพยาบาลมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไม่ตึกนักก็จะทำให้เกิดความล้มเหลวในชั้นรวบรวมข้อมูล และชั้นวิเคราะห์ข้อมูลได้ แต่ตรงกันข้ามกับ ไพรซ์ (Price, 1980) ได้แสดงความคิดเห็นว่า ขั้นตอนของการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นยากมาก

จากการศึกษาของคิสซิงเจอร์ และมันเจส (Kissinger and Munjas, 1981) เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีสอนของครูกับความสามารถของนักศึกษาที่ใช้กระบวนการพยาบาลและคิดตามคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีความต้องการผู้ที่มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำ นอกจากนั้นแล้วผู้วิจัยยังได้ศึกษาต่อไปอีกว่า คุณลักษณะที่จะนายผลสัมฤทธิ์ในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลว่า นักศึกษามักไม่ประสบความสำเร็จในการใช้กระบวนการพยาบาลเพราะอะไรและได้ค้นพบว่า นักศึกษาต้องมีความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ ความสามารถทางการพูด การเขียน การรับรู้อย่างอิสระ ตลอดจนมีทักษะในการย้อนกลับของปัญหาใหม่ นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะที่จะช่วยทำนายผลสำเร็จของการใช้กระบวนการพยาบาลได้แก่ การมีความคิดสร้างสรรค์ การย้อนกลับปัญหาใหม่ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่า กระบวนการพยาบาลนับว่ามีความสำคัญยิ่ง โดยจะเห็นได้จากสมาคมการพยาบาลสหรัฐ ได้กำหนดให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Ane, 1973)

สำหรับประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2528) ได้ติดตามการใช้ระบบบันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ด้านการปฏิบัติการพยาบาลได้พัฒนาเปลี่ยนจากสมุดเวรมาใช้ระบบคาร์ตเด็กซ์ ซึ่งในระบบคาร์ตเด็กซ์นั้น มีส่วนสำคัญคือแผนการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อาจเป็นเพราะพยาบาลไม่เข้าใจกระบวนการพยาบาล จึงทำให้ระบบคาร์ตเด็กซ์ยังไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจนถึงปัจจุบันนี้ โดยไม่ได้บันทึกช่วงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และแผนการพยาบาลก็จะว่างเปล่าด้วยโดยไม่มีกรบันทึกอย่างต่อเนื่อง

สุจิตรา เหลืออมรเลิศ (2528) ได้กล่าวโดยสรุปว่าปัญหาและอุปสรรคบางประการในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้นั้น พบว่า ฝ่ายการศึกษาได้บรรลุเนื้อหาการเรียนการสอนกระบวนการพยาบาลไว้ในหลักสูตรการศึกษาการพยาบาลระดับต้นและระดับปริญญาตรี ขณะศึกษาอยู่ในสถาบัน นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แต่เมื่อนักศึกษาพยาบาลสำเร็จจากการศึกษาจากหลักสูตร และไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ แล้ว พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลก็ได้สิ้นสุดลงอย่างน่าเสียดาย การใช้กระบวนการพยาบาลต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการปฏิบัติงานจริง เพราะฉะนั้น เพื่อไม่ให้เสียเวลาโดยใช้เหตุกับงานเขียน ฝ่ายการพยาบาลหรือหน่วยงานจึงต้องสร้างแบบฟอร์มแผนการพยาบาลขึ้นเพื่อเอื้ออำนวยต่อความสะดวก และง่ายต่อการบันทึกและตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล และพยาบาลต้องฝึกทักษะของการใช้กระบวนการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง

จากผลการวิจัยของนิชฉิตา สีนะขุนางกูร (2530) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัยพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละชั้นของกระบวนการพยาบาล มีการใช้ขั้นปฏิบัติการพยาบาลสูงที่สุดและใช้ขั้นประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่ำที่สุด โดยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติกรรมและอายุรกรรมใช้กระบวนการพยาบาลโดยส่วนรวมสูงที่สุด และหอผู้ป่วยนรีเวช ใช้ในระดับที่ต่ำที่สุด พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทั้ง 4 ลักษณะ ใช้กระบวนการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่าหอผู้ป่วยสูติกรรมและศัลยกรรมมีการใช้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และการใช้ในแต่ละชั้นของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทั้ง 4 ลักษณะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 นอกจากนี้แล้วระดับการใช้กระบวนการพยาบาลโดยส่วนรวมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและสูติกรรม มีระดับการใช้อยู่ในระดับดี หอผู้ป่วยศัลยกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และหอผู้ป่วยนรีเวชอยู่ในระดับต่ำ

2. การมอบหมายงาน

การมอบหมายงานนั้นถือว่าเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งในการจัดองค์การ (McLennan, 1983) เป็นการบริหารหรือจัดการเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการพยาบาล (Divincent, 1972)

เพื่อให้งานนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์และประสบความสำเร็จ การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น คุณภาพนั้น จะต้องให้การพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมักจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคล จะมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน มีความต้องการที่จะตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แตกต่างออกไปทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ฉะนั้นการให้การพยาบาลที่ต้องตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคลในแต่ละหอผู้ป่วยนั้น เป็นการบริการที่ต้องกระทำต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นการให้การบริการของบุคลากรในทีมสุขภาพหลายระดับ อันได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานการแพทย์ พยาบาลเทคนิค และพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาระดับความรู้ความสามารถ ความชำนาญ ของบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเอาการมอบหมายงานในทีมมาใช้ในการจัดระบบการพยาบาล โดยจะต้องกำหนดตัวบุคลากรในทีมสุขภาพที่จะรับมอบหมายงานให้เหมาะสม (Put the Right Man in the Right Job) เพื่อให้การทำงานมีความคล่องตัวสูง เนื่องจากผู้รับมอบหมายงานมีอำนาจในการดำเนินงาน การตัดสินใจ และมีความรู้สึกรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนมีการสร้างความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพระหว่างกิจกรรมการพยาบาล หากการมอบหมายงานไม่ดี หรือไม่เหมาะสม จะทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (พวงเพ็ญ ฉัตรทอง, 2511; กรรณิการ์ กาญจนวลิต, 2511; นันทา ภู่วิจิตร, 2516; นันทา สุนิรชร, 2517)

กล่าวโดยสรุป การมอบหมายงานเปรียบเสมือนการจัดองค์การ หมายถึงการวางระเบียบกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์การให้ดำเนินไปได้ดีส่วนกัน โดยมีการกำหนดว่าใครมีหน้าที่อะไร มีอำนาจ และความรับผิดชอบอย่างไร เพื่อให้ดำเนินงานขององค์การบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ได้มีผู้เสนอหลักเกณฑ์ของการมอบหมายงานที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นการประกันคุณภาพการดูแลดังนี้ คือ (Marram and Bewis, 1974)

1. การมอบหมายอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการพยาบาลแก่บุคลากร จะต้องกระทำโดยพยาบาล
2. ผู้รับบริการจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองในทุก ๆ ด้าน
3. วิธีการให้บริการพยาบาลต้องคุ้มค่าแก่การลงทุน ของผู้รับบริการ

4. ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน โดยต้องมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง
5. การให้การพยาบาล พยาบาลควรให้ครบทั้ง 4 มิติ ของการพยาบาล
6. พยาบาลต้องจัดสภาพแวดล้อมในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ สบาย และได้รับการที่สมบูรณ์ มีการนำด้านวิชาการตลอดจนนำเทคโนโลยีในการให้การ พยาบาลแก่ผู้รับบริการ

กฤษยา ตันติผลาชีวะ (2525) ได้กำหนดคุณสมบัติที่ดีของการมองเห็นไว้ ซึ่ง ประกอบด้วย

1. การมอบหมายงานที่ดีต้องระบุหน้าที่ความสัมพันธ์กัน และต้องเป็นตัวแทนที่ แสดงถึงความร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ
2. การมอบหมายงานที่ดีต้องสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
3. การมอบหมายงานที่ดี จะต้องให้ปลอดภัยและการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย
4. การมอบหมายงานที่ดี ต้องมีความพร้อมและต้องตอบสนองความต้องการ ประสบการณ์ ความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การมอบหมายงานนั้นไม่พร้อมจะทำให้ เกิดปัญหาการทำงาน และทำให้งานนี้ไม่ประสบผลสำเร็จได้

บรูค (Brooke, 1961) ได้กล่าวถึงปรัชญาของการมอบหมายงานในทีมการพยาบาล ไว้ว่า การมอบหมายงานในทีมการพยาบาลมีเป้าหมายที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทีมการพยาบาลจะประสานงานกัน และให้ความร่วมมือกันเพื่อปฏิบัติกรพยาบาลตามขอบเขตความสามารถของบุคลากรพยาบาล โดยได้ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย สำรวจจำนวนบุคลากรทุก ประเภท มอบหมายงานไว้ล่วงหน้าตลอดจนบันทึกมอบหมายงานให้ทุกคนได้ทราบก่อนถึงเวลาปฏิบัติ โดยต้องเขียนรายละเอียดต่าง ๆ ลงในใบมอบหมายงานเช่น ชื่อ นามสกุลผู้ป่วย เลขที่เตียง ผู้ป่วย อายุ ชื่อบุคลากรผู้รับบริการของผู้ป่วย การพยาบาลที่สำคัญและต้องปฏิบัติแก่ผู้ป่วย กิจกรรม การพยาบาลอื่น ๆ ที่มอบหมายให้ปฏิบัติเป็นการเฉพาะ เวลาลงพักรับประทานอาหาร การมอบหมายงานที่ดีชัดเจนควรระบุชื่อผู้รับผิดชอบเป็นชอบเป็นหัวหน้าทีม สมาชิกทีม พยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย ความรับผิดชอบอาจได้รับการมอบหมายงานด้วยวาจาในเรื่องการส่งต่อการรักษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ

กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากเวรที่ผ่านมา หรืออาจส่งต่อการรักษาพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว จากเวรที่ผ่านมา ทั้งนี้ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้

จากผลการวิจัยของ โสภิตา ทัดนิญ (2532) ได้ทำการวิเคราะห์การมอบหมายงานในทีมการพยาบาล: การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การมอบหมายงานเชิงผลลัพธ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานโดยใช้การมอบหมายงานในทีมการพยาบาลที่มีการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีความไม่สมบูรณ์ทั้งหมด และยังพบว่าการมอบหมายงานในทีมการพยาบาลเชิงโครงสร้าง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ คือ พบว่าการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอย่างเป็นทางการก่อนการปฏิบัติงานสูงสุด ร้อยละ 100 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

วิธีการมอบหมายงาน (Method of Assinment) (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2522; วิเชียร ทวีลาภ, 2519)

วิธีการมอบหมายงานที่ดีต้องเหมาะสมกับกำลังงาน ความต้องการของผู้ป่วยและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยนั้น ๆ หอผู้ป่วยบางแห่งมีนักศึกษาชั้นร่วมปฏิบัติการพยาบาลด้วยก็สามารถคิดเป็นอัตรากำลังคนเพิ่มเติมได้ วิธีมอบหมายงานในวงการพยาบาลนั้นมักจะใช้ร่วมกันหลาย ๆ วิธี ซึ่งอาจพิจารณาเปรียบเทียบค่าและข้อแตกต่างของแต่ละวิธี คือ 1) ในด้านประสิทธิภาพของการบริการ 2) ความต้องการพึงพอใจของผู้ป่วย 3) ความต้องการความพึงพอใจของบุคลากร (วิเชียร ทวีลาภ, 2525) พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ (2522) กล่าวถึงหลักพิจารณาเลือกวิธีมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยควรคำนึงถึงข้อต่อไปนี้คือ 1) ผู้ป่วยหายจากโรคได้โดยเร็ว ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด 2) การดูแลมีความต่อเนื่องกันมากที่สุด 3) สามารถสื่อสารดูแลสู่บุคคลอื่นในทีมการดูแลรักษาได้ด้วยดี และเป็นลายลักษณ์อักษร 4) ใช้เวลาการพยาบาลน้อยที่สุด 5) สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยมากที่สุด วิธีมอบหมายงานมี 5 วิธีด้วยกัน คือ 1) การมอบหมายเป็นหน้าที่ 2) การมอบหมายงานเป็นรายบุคคล 3) การมอบหมายแบบระบบเจ้าของไข้ 4) การมอบหมายเป็นทีม และ 5) การมอบหมายงานแบบผสมผสาน

1. วิธีการมอบหมายงานแบบเป็นหน้าที่ (Functional Method) หมายถึง การมอบหมายให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนรับผิดชอบหน้าที่เป็นอย่าง ๆ ไป เช่น มอบหมายให้จิตยา วัดปรอท ป้อนอาหาร อาบน้ำผู้ป่วย เป็นต้น ไม่มีใครให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพราะฉะนั้น จะเห็นว่าถ้าผู้ป่วย 1 คน ต้องการพยาบาลมากก็จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลหลายคนไป ทำการพยาบาลโดยไม่ซ้ำหน้ากันเลย เหมาะสำหรับหน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่น้อยเป็นวิธีมอบหมาย งานแบบอนุมาณเอาว่าผู้ป่วยทุกคนมีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน วิธีการนี้ทำให้พยาบาลไม่พึงพอใจในงานที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ซาดการกระตือรือร้น ไม่เกิดความพยายามที่จะปฏิบัติงานอย่าง สมบูรณ์ ไม่มีความภูมิใจในงาน ไม่เกิดความรู้สึกต่อความสำเร็จของงาน (Steven 1976: 142 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ 2522:82) จึงควรได้พิจารณาการมอบหมายหน้าที่ตามงานใน ชั่วโมงของการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลเป็นหลักมากกว่าที่คิดเพียงให้งานประจำ วันเสร็จสิ้นลงไปเท่านั้น

ผลดี

1. ประหยัดเวลา และเครื่องใช้ไม่สิ้นเปลืองในคนทำงาน
2. ใช้เจ้าหน้าที่จำนวนน้อย
3. เจ้าหน้าที่สามารถทำงานแทนกันได้โดยสะดวก
4. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีโอกาสพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

ทำให้ความชำนาญในด้านการพยาบาลเฉพาะอย่างมากขึ้น

5. มีความปลอดภัยในการปฏิบัติวิธีการพยาบาล (Procedure)

ผลเสีย

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทางด้านจิตใจได้ดี เพราะ มุ่งที่งานแทนบุคคล คือผู้ป่วย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลไม่ก่อให้เกิดความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเปลี่ยนหน้าไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าพยาบาลคนใดที่ตนควรวางใจได้ที่จะขอ คำปรึกษาหรือแนะนำ และจะเต็มใจให้ความช่วยเหลือตน
3. เจ้าหน้าที่พยาบาล และนักศึกษาไม่เคยได้เรียนของใหม่ เพราะต้องทำงานซ้ำ ๆ
4. สร้างนิสัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลให้พอใจแต่จะทำการพยาบาล

(Procedure) เท่านั้น ซึ่งเป็นการสร้างภาพพจน์ที่ไม่ดีโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่มีนักศึกษาชั้นปฏิบัติการร่วมด้วย เพราะเจ้าหน้าที่จะเห็นห่างจากผู้ป่วย และไม่สามารถศึกษาความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยได้

2. วิธีการมอบหมายงานเป็นรายบุคคล (Case Assignment)

วิธีการมอบหมายงานเป็นรายบุคคล คือการมอบหมายงานที่พยาบาลรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นราย ๆ อาจเป็นหนึ่งราย หรือหลาย ๆ ราย ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกอย่างในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในการมอบหมายงานเป็นรายบุคคลนี้ พยาบาล ผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวจะมีสัมพันธ์ภาพต่อกันอย่างใกล้ชิด (วิเชียร ทวีลาภ และคณะ 2523)

ผลดี

1. ทำให้รู้จักผู้ป่วยดีขึ้น มีโอกาสศึกษาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. ผู้ป่วยเกิดความพอใจและรู้สึกเป็นกันเองกับพยาบาล เกิดความไว้วางใจพอที่จะเล่าปัญหาส่วนตัวให้พยาบาลฟังได้
3. ทำให้เห็นคุณค่าทางการศึกษาวิชาชีพพยาบาลทำให้พยาบาลรู้จักสังเกตอาการของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ใช้เป็นวิธีการศึกษาผู้ป่วยได้มาก
4. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยได้มากขึ้น

ผลเสีย

1. ใช้เจ้าหน้าที่พยาบาลมาก เพราะเจ้าหน้าที่พยาบาล 1 คน จะดูแลผู้ป่วยได้เพียง 2-3 คนเท่านั้น
2. สิ้นเปลืองมาก เพราะต้องมีเครื่องมือเครื่องใช้มากพอจึงจะเหมาะสำหรับการมอบหมายงานแบบนี้
3. เจ้าหน้าที่พยาบาลจะรู้จักแต่เฉพาะผู้ป่วยที่ตนทำการพยาบาลให้เท่านั้น
4. นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลทั้งหมดกับผู้ป่วยแต่ละคนได้ ทำให้ต้องใช้วิธีมอบหมายงานโดยหน้าที่เข้าช่วย

3. การมอบหมายแบบระบบเจ้าของไข้

การมอบหมายงานแบบระบบเจ้าของไข้ คือ พยาบาลมีหน้าที่ให้การพยาบาลทั้งหมดแก่ผู้ป่วยที่ตนเป็นเจ้าของไข้ ในช่วงเวลาที่ตนปฏิบัติงานและวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล วิธีนี้ในประเทศไทยยังไม่ได้นำมาใช้แต่ในต่างประเทศมีการนำมาปฏิบัติแล้ว และพยาบาลที่จะเป็นเจ้าของไข้ต้องมีความสามารถสูง ผู้ช่วยพยาบาลทำไม่ได้

ผลดี

1. ทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง และต่อเนื่องกันตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
2. สามารถให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบได้ และประเมินผลของแผนการพยาบาลได้ดี
3. ทราบถึงการประเมินในผู้ป่วย แต่ละคนได้รวดเร็ว
4. ทำให้พยาบาลร่วมมือในการวางแผนการรักษาพยาบาลกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กระจายความรับผิดชอบ ให้แก่พยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ และหัวหน้าใช้การนิเทศเข้าช่วยเหลือเท่านั้น

ผลเสีย

1. พยาบาลจะรู้จักผู้ป่วยได้จำนวนน้อย
2. ใช้เจ้าหน้าที่มาก
3. ยุ่งยากมากถ้าการจัดเวรปฏิบัติงานเป็นแบบหมุนเวียน

4. การมอบหมายงานเป็นทีม

การมอบหมายงานเป็นทีม คือ มอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม มีหัวหน้าทีมและสมาชิกในทีมร่วมกันวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งวิธีการในการทำงานแบบทีมนี้ทางการพยาบาลเราเรียกว่า การพยาบาลเป็นทีม (Team nursing) ซึ่งจะกล่าวละเอียดในเรื่องการพยาบาลเป็นทีม

ผลดี

1. เป็นวิถีทางที่หัวหน้าจะกระจายความรับผิดชอบให้พยาบาลประจำการที่มีความสามารถได้ฝึกการเป็นผู้นำ
2. ช่วยสร้างความรู้สึกรักให้แก่เจ้าหน้าที่ พยาบาลทุกคนว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน
3. เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถร่วมกันแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย และได้ศึกษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
4. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความเข้มแข็งในการทำงานยิ่งขึ้น
5. หัวหน้ามีเวลาตรวจตราดูแลผลงานของทีมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น และอย่างใกล้ชิด

ผลเสีย

1. ต้องใช้พยาบาลจำนวนมากจึงจะจัดเป็นทีมได้
2. ถ้าหัวหน้าทีมไม่มีความสามารถจะใช้วิธีนี้ไม่ได้ผล

5. การมอบหมายงานแบบผสม (Multiple Method)

การมอบหมายงานจะใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยลดความต้องการของบุคลากรลง เช่น แบบทีมร่วมกับแบบเจ้าของไข้ หรือแบบมอบหมายผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แบบนี้บุคลากรพยาบาลมีความคุ้นเคย ทราบปัญหาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากผู้ป่วย สามารถให้การพยาบาลได้สะดวกรวดเร็วขึ้น สำหรับหอผู้ป่วยที่มีบุคลากรน้อย จำเป็นต้องมอบหมายความรับผิดชอบตามงานที่มีอยู่ก็อาจมอบหมายผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมไปด้วย เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้ป่วยของตน และพยายามหาโอกาสออกไปให้การดูแล เมื่องานประจำของตนเสร็จสิ้นลง การมอบหมายงานแบบนี้ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์เป็นอย่างมาก ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะใช้ในการเลือกวิธีมอบหมายงาน

อย่างไรก็ตาม ในการจัดมอบหมายงานมีวิธีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยนั้นมีหลายวิธีดังกล่าวมาแล้ว แต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อเสียอยู่ในตนเอง แต่การจัดวิธีมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยกับแผนการจัดคนเข้าปฏิบัติงานและแบบการจัดเวลาปฏิบัติงาน (Staffing Pattern or scheduling) จะต้องมีความสอดคล้องกันและควรได้รับการพิจารณาาร่วมกันเพื่อคุณภาพของการดูแลที่สูงสุด การพิจารณาเลือกวิธีมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย ควรได้คำนึงถึงข้อ

ต่อไปนี้เป็น 1) ผู้ป่วยหายจากโรคได้โดยเร็ว ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด 2) การดูแลมีความต่อเนื่องกันมากที่สุด 3) สามารถสื่อสารการดูแลสู่บุคคลอื่นในทีมการดูแลรักษาได้อย่างดี และเป็นลายลักษณ์อักษร 4) ใช้เวลาการพยาบาลน้อยที่สุด 5) สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยมากที่สุด (นางรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522)

3. มาตรฐานการพยาบาล

การให้การพยาบาลเป็นการให้บริการทางสุขภาพ (Health Service) ซึ่งเป้าหมายของการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสนองความต้องการของผู้ป่วย ได้นั้นจำเป็นต้องมีการสร้างหรือกำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้น ทั้งนี้เพื่อประเมินผลทางการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้กับผู้รับบริการเป็นรายบุคคล หรือกลุ่มผู้ป่วย (Perrow, 1982) มาตรฐานการพยาบาลจึงเป็นข้อกำหนดขั้นพื้นฐานสำหรับใช้เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติงาน ตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบทางการพยาบาลในด้านการให้บริการพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติจะเห็นได้ว่าการที่พยาบาลกระทำกันอยู่ทุกวันนี้ได้มุ่งเฉพาะการให้การพยาบาลผู้ป่วยเท่านั้น และใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อวัดระดับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะมุ่งถึงคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นจะเห็นได้ว่า หากมีการจัดระบบบริหารที่ดีผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ และคุณภาพจะดีอยู่ได้ก็ต้องการควบคุมคุณภาพอยู่ตลอดเวลา

มาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งกำหนดได้ยาก และยากต่อการควบคุมให้มีการปฏิบัติที่จะบรรลุตามที่กำหนดไว้ เพราะการวัดความสามารถของคนนั้นอาศัยทักษะของผู้วัดในด้านการสังเกต การตรวจตราซักถามการพิจารณาและการตัดสินจากผู้วัด นอกจากนี้ยังมีผลจากความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของผู้วัดมาเกี่ยวข้องด้วย อันอาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลจึงพยายามที่จะกำหนดมาตรฐานหรือคุณภาพของการพยาบาลขึ้นไว้ในแต่ละสถาบัน เพื่อยึดถือเป็นหลักในการให้การพยาบาลที่ดี (Ramey, 1973; วิเชียร ทวีลาภ, 2529) ตลอดจนเป็นการประเมินผลทางการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้กับผู้รับบริการทั้งเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มผู้ป่วย (Perrow, 1982) สามารถประเมินค่าระดับความสามารถในการให้การพยาบาลว่าอยู่ในระดับใดมีส่วนสร้างความเชื่อถือทางวิชาชีพให้แก่สังคม และเป็นการประกันคุณภาพทางการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ (Carter et al, 1976; Gaw linsko, 1982; Arndt and Huckabay, 1975) คุณภาพการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

ก่อน เพื่อเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ หรือเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการหรือไม่ และที่สำคัญมาตรฐานการพยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่สำคัญในการพัฒนาวิชาชีพ (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, เอกสารประกอบ) พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ (2526) กล่าวว่า คุณภาพของการพยาบาลก็จะต้องมีระดับเดียวกัน โดยนัยเดียวกัน ฉะนั้นภารกิจในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลควรจะต้อง เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของพยาบาล ทุกคน

ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำหรือสร้างมาตรฐาน การพยาบาลขึ้น โดยต้องมีมาตรฐานการพยาบาลขึ้น เพื่อสื่อให้รู้ว่าการพยาบาลคืออะไร (Di Vincenti, 1972) ตลอดจนใช้เป็นแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในวิชาชีพ (วิเชียร ทวีลาภ, 2528) มาตรฐานการพยาบาลที่ควรสร้างมีดังนี้

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้างในการบริหารการพยาบาล
2. มาตรฐานเชิงคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล
3. มาตรฐานในการนิเทศและการประเมินผลการพยาบาล
4. มาตรฐานในการพัฒนาบุคลากรการพยาบาล

ความหมายของมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐาน คือ สิ่งที่ถูกกำหนดหรือระดับของความปฏิบัติและถูกยอมรับโดยผู้ที่มีอำนาจ บุคคลหรือกลุ่มบุคคล เพื่อการปฏิบัติ (Cantor, 1978)

มาตรฐาน ตามพจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาอังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคำว่า มาตรฐานคือสิ่งที่กำหนดเป็นธรรมเนียมแบบแผน เป็นเรื่องปกติวิสัย และกำหนดรู้ล่วงหน้าได้ หรือมาตรการหรือหลักเกณฑ์ที่ใช้วัด หรือประเมินค่าสภาพความเป็นจริง ที่ปรากฏ มาตรการหรือหลักเกณฑ์นี้อาจเป็นเรื่องของอุดมคติซึ่งมักจะบรรลุถึงในสภาพความเป็นจริงได้ (2524: 380)

นิโคลส์ (Nicholls , 1977) ได้ให้ความหมายของมาตรฐานว่า เป็นเครื่องมือที่ ได้รับการยอมรับให้ใช้ในการวัดเปรียบเทียบค่าในเชิงปริมาณหรือคุณภาพ มาตรฐาน อาจใช้ในความหมายเดียวกับคำว่า เกณฑ์ (Criteria) หรือใช้แทนกันได้ แต่อย่างไรก็ตาม

คำสองคำนี้มีความหมายแตกต่างกันเล็กน้อย กล่าวถึงมาตรฐานจะใช้ในความหมายที่กว้างขวาง ส่วนคำว่า เกณฑ์จะใช้ในความหมายที่แคบลงและเจาะจงมากกว่า หรืออาจกล่าวว่า เกณฑ์เป็นองค์ประกอบมาตรฐาน กล่าวคือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินค่าสิ่งใดก็ตาม (มาตรฐาน) ย่อมต้องมีการระบุรายละเอียด หรือ ลักษณะที่เฉพาะเจาะจงหรือสถานภาพเป็นจริงที่ควรเป็น (เกณฑ์) ดังนั้น เกณฑ์ จึงเป็นส่วนประกอบของมาตรฐานนั่นเอง

มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง แบบอย่างที่กำหนดขึ้นให้เปรียบเทียบหรืออ้างอิงของหน่วยงานเกี่ยวกับคุณภาพของการพยาบาล ระดับของคุณภาพจะกำหนดขึ้นโดยเฉพาะ และเหมาะสมกับสถานการณ์แต่ละที่ละอย่าง แบบอย่างที่กำหนดขึ้นที่ใช้อ้างอิงเกี่ยวกับคุณภาพมี 3 อย่าง คือ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2529)

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

เพราะฉะนั้น คำว่า "มาตรฐานการพยาบาล" จึงมีความหมายว่า

1. เป็นข้อความที่มีความเที่ยงตรง (Valid) และชัดเจน (Explicit) เกี่ยวกับคุณภาพของการให้การพยาบาล และจะอธิบายถึงสิ่งที่พึงกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการพยาบาลที่ดี ซึ่งข้อความนั้นต้องประกอบด้วยเกณฑ์ที่มีประสิทธิภาพสามารถใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานได้ (Mason, 1978) มาตรฐานทุกมาตรฐานจะต้องได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงก่อน มาตรฐานการพยาบาลจะไม่มีคุณสมบัติถ้าหากปราศจากเกณฑ์ที่จะใช้ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลนั้น เปรียบเสมือนไม้วัดที่ปราศจากเครื่องหมายบอกระยะความยาว ฉะนั้นในการประเมินเพื่อให้ทราบถึงคุณภาพการพยาบาลนั้น จะต้องมีการตรวจสอบข้อมูล 3 ประการ คือ โครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ของการพยาบาล (Carterm, 1976) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสตีเวนส์ (Steven, 1979) ได้กำหนดมาตรฐานไว้ 3 ระดับ เช่นกัน คือ มาตรฐานเชิงโครงสร้างมาตรฐานกระบวนการ มาตรฐานผลลัพธ์
2. มาตรฐานการพยาบาล เป็นการวัดเชิงเปรียบเทียบค่าในทางประมาณ และคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์ในการเปรียบเทียบ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2522)

3. มาตรฐานการพยาบาลหมายถึง ประโยคบอกเล่าที่อธิบายถึงความต้องการคุณภาพซึ่งสามารถประเมินบริการที่ให้กับผู้ป่วย 1 คน หรือ กลุ่มของผู้ป่วย (Perrow, 1982)

โดยสรุปแล้ว มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดที่สถาบันต้องการ หรือเป็นกฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

ความจำเป็นที่ต้องมีมาตรฐานการพยาบาล (ชูลิพร เชาวเมธากิจ, 2525)

1. มาตรฐานการพยาบาลใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล จะเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลหลายแง่ยากที่จะประเมิน ถ้าไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนแล้วพยาบาลก็จะพิจารณาหรือตัดสินการกระทำของผู้อื่นจากเกณฑ์ของตนเอง ซึ่งจะเป็นผลเสียทำให้ขวัญในการทำงานของพยาบาลดีต่ำลง โดยเฉพาะถ้าผู้นิเทศที่ใช้มาตรฐานของตนเองในการประเมินผู้ใต้บังคับเพื่อเลื่อนขั้น ทำให้เกิดการประเมินผลแบบอคติขึ้น เราจะปฏิเสธไม่ได้เลยว่าเราประสบความสำเร็จในการวัดคุณภาพของการพยาบาล เพราะว่าเราได้วัดบางส่วนของกรพยาบาล เช่น สุขภาพของผู้ป่วยหรือหน้าที่ของพยาบาล เช่น การลงบันทึกรายงาน การวัดอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิตหรือจัดซิฟเจอร์ ถ้าได้ทำสิ่งเหล่านี้ครบถ้วนก็ถือว่าปฏิบัติงานดี แต่ไม่ได้สนใจถึงกระบวนการให้การพยาบาลและผลว่าเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ฉะนั้น ผู้นิเทศก็จะประเมินผลโดยเน้นที่งานพยาบาล (Nursing Tasks) มากกว่ากระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลอย่างมาก มาตรฐานการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้กระตุ้นผู้นิเทศให้มุ่งความสนใจที่กระบวนการพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ และจำทำให้รู้ถึงจุดอ่อน และจุดแข็งของการพยาบาลเพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ และยังทำให้ผู้นิเทศได้รับความยุติธรรมในขณะรับการประเมิน

2. มาตรฐานการพยาบาล จะช่วยพยาบาลในการประเมินการปฏิบัติงานของตนเอง โดยใช้เกณฑ์ที่ได้สร้างหรือกำหนดเอาไว้แล้ว วัดคุณภาพของการปฏิบัติงานของตนเอง ผลของการประเมินด้วยวิธีนี้ทำให้พยาบาลรู้ตนเองว่า ได้ทำงานได้มาตรฐานหรือไม่ โดยเทียบกับเกณฑ์ และยังรู้ว่าควรปรับปรุงการทำงานของตนเองอย่างไร แม้จะได้รับคำตำหนิก็สามารถที่จะยอมรับ

ได้ว่าเป็นจริง หรือไม่ และหากไม่ได้รับคำชมก็จะไม่เสียกำลังใจ เพราะผู้ปฏิบัติเองย่อมทราบ ว่าตนเองได้ปฏิบัติดีที่สอดคล้องตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ฉะนั้นมาตรฐานการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ขวัญ ในการทำงานของพยาบาลดีขึ้น และยังช่วยให้พยาบาลปรับปรุงตนเองในการทำงานให้มีความ รับผิดชอบต่อวิชาชีพและต่อบริการที่ให้กับชุมชน

3. มาตรฐานการพยาบาล จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ ระเบียบ มีการนำหลักการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ทำให้พยาบาล รู้จักที่จะรวบรวมข้อมูลปรับปรุงแก้ไข มีเหตุผลในการปฏิบัติ สามารถตัดสินใจได้ถูกต้องเมื่อเผชิญ กับปัญหา และวิเคราะห์หามาตรฐานการให้พยาบาลของเราเองได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะเป็นส่วนส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล (Professional Autonomy)

4. มาตรฐานการพยาบาลสามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนบุคคลากรพยาบาลในหน่วยงานต่าง ๆ ได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลกิจกรรม หนึ่ง ๆ โดยมีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เช่น มาตรฐานและผู้ช่วยพยาบาล แล้วเปรียบเทียบ คุณภาพการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่วางไว้ เพื่อดูว่าการปฏิบัติของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันหรือไม่ เรา ก็จะสามารถที่จะบอกได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลนั้นต้องการบุคคลระดับใดที่จะปฏิบัติได้โดยไม่ ทำให้คุณภาพการพยาบาลต่ำลง และในขณะที่เดียวกันก็สามารถชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานนั้น ๆ ต้อง การบุคคลากรระดับใดมากน้อยเพียงใด โดยที่ผลงานยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

5. หน่วยงานที่มีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้นจะทำให้รู้ว่าจะต้องปฐมนิเทศ หรือให้ความรู้ในเรื่องใดแก่ผู้มาใหม่ หรือจะอบรมเพื่อพัฒนาในจุดใด นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ ที่ช่วยให้ นักศึกษาพยาบาล ซึ่งขึ้นฝึกปฏิบัติในหน่วยงานนั้น ๆ สามารถใช้มาตรฐานช่วยชี้แนวทาง ในการประเมินผลการทำงานขณะเรียนได้ตลอดหลักสูตร

6. การนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้ สามารถปรับปรุงการทำงานของทีมงาน เพราะมีเกณฑ์ที่เข้าใจและสื่อสารได้ตรงกัน ทุกคนรับบทบาทและหน้าที่ของตนเอง มาตรฐานจะเป็นสื่อระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลกับบุคคลอื่นในทีมงาน

7. มาตรฐานการพยาบาลจะช่วยให้เราสามารถจำแนกขอบเขตของการทำวิจัย ทางการพยาบาลได้ เช่น การนำมาตรฐานเชิงกระบวนการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไป ใช้ให้ถูกต้องตรงตามกระบวนการ และมีมาตรฐานเชิงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เราคาดหวังว่าผลที่ ออกมาจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่กลับปรากฏตรงข้าม เราต้องการศึกษาว่าเพราะ

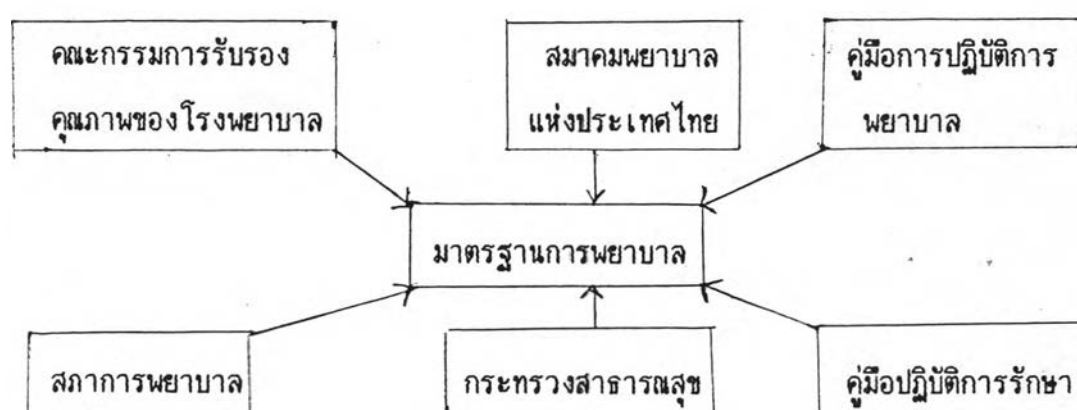
อะไรก็สามารถทำวิจัยได้ เป็นต้น การทำวิจัยจะทำให้เราได้คำตอบและนำไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้

8. มาตรฐานการพยาบาล จะเป็นสิ่งที่ช่วยประกันคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้รับบริการว่า เราตั้งใจจะให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุดแก่เขา และยอมรับในสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วย รวมทั้งให้เขามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับตัวเขาเอง

โดยสรุปแล้ว มาตรฐานการพยาบาล จึงเป็นจุดสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และพยาบาลทุกคนควรมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลของสถาบัน และหน่วยงานของตนขึ้น โดยยึดเป็นเกณฑ์ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งผู้ปฏิบัติ และผู้นิเทศมาตรฐานนั้น จึงจะมีผลทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

แหล่งที่มาของมาตรฐานการพยาบาล

โดยเหตุที่คุณภาพของการบริการพยาบาล (Quality of Nursing Care) มีความเกี่ยวข้องและเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ (Quality of Health Care) และการประกันคุณภาพของการพยาบาล (Quality assurance for Patient Care) เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ตัวพยาบาลเอง การบริหารองค์การวิชาชีพ และด้านกฎหมาย ดังนั้นมาตรฐานการพยาบาลจึงมีที่มาต่างกัน อย่างไรก็ตามพอสรุปที่มาได้ 2 ประการ คือ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)



ภาพที่ 1 แสดงแหล่งที่มาของมาตรฐานการพยาบาล ปรับปรุงจาก Gillis, D.A.

Nursing Management: A Systems Approach. Philadelphia: W.B
Saunders Co., 1982. P. 99

1. จากแหล่งภายนอก (External Sources)

ตามที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า คุณภาพของการบริการพยาบาลเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่นหลายประการ ดังนั้นจึงมีองค์กรต่าง ๆ ให้ความสนใจต่อคุณภาพของการบริการ องค์กรเหล่านี้เป็นผู้กำหนดมาตรฐานของการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ องค์กรตามกฎหมาย องค์กรของรัฐและองค์กรวิชาชีพ

องค์กรตามกฎหมายในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีสภาการพยาบาลเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพ หากสภาการพยาบาลกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับชาติขึ้นมา พยาบาลทุกคน สถานพยาบาลทุกแห่งจะต้องนำมาตราฐานที่กำหนดขึ้นไปใช้ แต่ในปัจจุบันสภาการพยาบาลยังมิได้มีบทบาทด้านนี้ แต่ข้อความในพระราชบัญญัติเปรียบเสมือนการกำหนดขอบเขตของการปฏิบัติวิชาชีพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งที่มาของมาตรฐานการพยาบาลได้อย่างหนึ่ง นอกจากพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์แล้ว การกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องคำนึงถึงพระราชบัญญัติอันที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล เป็นต้น และกฎระเบียบกระทรวงและข้อบังคับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สิ่งเหล่านี้หากมีข้อความพาดพิง หรือเกี่ยวข้องในทางกำหนดถึงการบริการสาธารณสุขที่ผู้ให้บริการต้องปฏิบัติ พยาบาลก็จำเป็นต้องปฏิบัติตาม ดังนั้นจึงถือว่ากฎหมายหรือองค์กรตามกฎหมาย เป็นแหล่งภายนอกแหล่งหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาล

ในต่างประเทศ พระราชบัญญัติการแพทย์และการพยาบาล (The Nurse Practice Act และ The Medical Practice Act) ทั้งของรัฐบาลกลางและในแต่ละรัฐหรือแต่ละมณฑล ถือว่าเป็นแหล่งสำคัญของมาตรฐานการพยาบาลเช่นกัน เพราะในพระราชบัญญัติเหล่านี้จะกำหนดขอบเขตของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล และวิชาชีพอื่น รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสังคมด้วย นอกจากนี้ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีกฎหมายที่เป็นแหล่งสำคัญแหล่งหนึ่งของการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ กฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง (Malpractice law) ในกฎหมายนี้จะระบุว่า การปฏิบัติอย่างไรจึงจะถือว่า "ควรทำ" หรือ "ไม่ควรทำ" ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการกำหนดได้ว่า การปฏิบัติเช่นไรจึงถือว่าเป็นมาตรฐานหรือมีคุณภาพได้

องค์กรของรัฐที่เห็นได้ชัดคือ ในรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกาจะเป็นหน่วยสำคัญหนึ่งที่กำหนดมาตรฐานของการบริการสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน เพื่อเป็นการคุ้มครองประชากรซึ่งขอรับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลของรัฐบาล (Medicare/ Medi Caid and Maternal and Child Health Program) กฎหมายจะกำหนดลักษณะของการบริการที่เป็นมาตรฐานกลางหรือให้เป็นแนวทางที่แต่ละรัฐจะไปกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมกับรัฐตนต่อไป (Cantor, 1978; Perrow, 1982) นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการร่วมเพื่อรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล (The Joint Commission on Accreditation fo Hospitals) เป็นแหล่งสำคัญในการกำหนดมาตรฐานของการบริการในโรงพยาบาลที่ต้องการขอรับการรับรอง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่กำหนดโดยคณะกรรมการนี้ ฝ่ายการพยาบาลต้องคำนึงถึงในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล แม้ว่าในประเทศไทยปัจจุบัน ยังไม่มีองค์กรในลักษณะนี้ แต่เนื่องจากที่ประชาชนตื่นตัวในสิทธิของตน ในการได้รับการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจเกิดองค์กรลักษณะนี้ขึ้นได้ในอนาคต

องค์กรวิชาชีพโดยทั่วไป องค์กรนี้มีบทบาทในการกำหนดแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพการพยาบาลทั้งองค์กรระดับนานาชาติ และระดับชาติได้กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานไว้ แม้ว่าจะไม่ได้กำหนดในลักษณะที่เรียกว่ามาตรฐานการพยาบาลแต่กำหนดในจรรยาบรรณของวิชาชีพรวมทั้งประเทศหรือข้อเสนอต่าง ๆ ซึ่งแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับคุณภาพของการปฏิบัติวิชาชีพ แม้ว่าสิ่งเหล่านี้ไม่มีอำนาจในการควบคุมการปฏิบัติตาม เนื่องจากองค์กรวิชาชีพไม่มีอำนาจในการควบคุมการปฏิบัติ แต่ความเชื่อของผู้นำในองค์กรวิชาชีพมักจะได้รับการยอมรับจากประชาชน หรือองค์กรทางกฎหมายอื่น ๆ ซึ่งก็จะส่งผลต่อผู้ปฏิบัติวิชาชีพโดยอ้อมอยู่นั่นเอง ดังนั้นจึงถือได้ว่า องค์กรวิชาชีพนี้เป็นแหล่งสำคัญอย่างหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาลที่เป็นแหล่งภายนอก

2. จากแหล่งภายใน

แม้ว่าจะมีมาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกาปฏิบัติกรพยาบาลหลายแหล่งดังได้กล่าวแล้ว มาตรฐานเหล่านี้จะไม่เกิดประโยชน์อย่างใดเลย ถ้าผู้ปฏิบัติหรือผู้เกี่ยวข้องไม่มีความรู้สึกผูกพัน (Commitment) ว่าจะต้องปฏิบัติตามเพื่อรักษาคุณภาพของการพยาบาลไว้ (Cantor, 1978) ดังนั้นแหล่งที่สำคัญมากของมาตรฐานการพยาบาลคือ แหล่งภายในนั้นคือกลุ่มผู้ปฏิบัติเอง พยาบาลผู้ปฏิบัติวิชาชีพในหน่วยงานเดียวกันต้องพิจารณาตัดสินใจร่วมกัน

โดยใช้ความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพของตน หรือแนวคิดของตนที่ว่า การปฏิบัติอย่างไรจึงจะมีคุณภาพหรือกล่าวได้ว่า นำมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละคนมารวมกันหาข้อตกลงร่วมกันว่า ในกลุ่มของตนจะยอมรับการปฏิบัติเช่นไรจึงจะมีคุณภาพ การกระทำเช่นนี้ก่อให้เกิดมาตรฐานการพยาบาลระดับแผนก ระดับหน่วยงานหรือระดับสถาบัน การกำหนดมาตรฐานลักษณะนี้ ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของพยาบาลทุกคน ซึ่งเป็นแหล่งภายในของมาตรฐานการพยาบาล จากมาตรฐานการพยาบาลในระดับนี้ หากเป็นที่ยอมรับกว้างขวางขึ้น สอดคล้องกับมาตรฐานการบริการจากแหล่งภายนอกที่กล่าวข้างต้น มาตรฐานการพยาบาลระดับแผนกหรือระดับหน่วยงานก็จะกลายเป็นมาตรฐานระดับชาติ หรือ มาตรฐานกลางเป็นที่ยอมรับทั้งจากผู้ปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล

องค์ประกอบที่มีต่อมาตรฐานการพยาบาล

องค์ประกอบที่มีผลต่อมาตรฐานการพยาบาลประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพ
2. สังคม
3. ผู้ป่วย
4. องค์กรและหน่วยงาน
5. ฝ่ายการพยาบาล
6. บุคลากร

1. พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของพื้นฐานการศึกษามีหลายระดับ จึงทำให้ความรู้ความสามารถแตกต่างกัน นอกจากนี้พยาบาลยังไม่ค่อยแสดงออกถึงความเป็นอิสระความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นและความกระตือรือร้น ซึ่งการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนี้ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูงในการวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเที่ยงตรง

2. ด้านสังคม

ปัญหาสังคมมีอิทธิพลต่อระบบการให้บริการสาธารณสุข และการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เช่น ความต้องการด้านการให้บริการ การกระจายของสถานบริการสาธารณสุข สถานทางสังคมและเศรษฐกิจ และองค์ประกอบอื่น ๆ ต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการรักษาพยาบาลต่างกันตามลักษณะ และระดับของการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วย อายุรกรรม คัลยกรรม โรคกระดูก ซึ่งพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และวางแผนรักษาพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

3. ด้านองค์การ/หน่วยงาน

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนั้น จะกำหนดตามสภาพความเป็นจริง โดยจะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์เป้าหมายที่แท้จริงขององค์การ/หน่วยงาน นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะช่วยสนับสนุน "คุณภาพการพยาบาล" เช่น จำนวนและคุณภาพของบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่เหมาะสมมีเพียงพอ การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่น ๆ

4. ด้านฝ่ายการพยาบาล

โดยทั่วไปหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดและรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลขององค์การ โดยฝ่ายการพยาบาลจะต้องกำหนด ปรัชญา วัตถุประสงค์ และนโยบายของการจัดบริการพยาบาลให้เด่นชัด เพื่อเป็นแนวทางและเป้าหมายในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมผู้ที่ทำหน้าที่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจสนับสนุน ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นเครื่องกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

5. ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมาจากสังคมที่แตกต่างกันมีชนบทธรรมเนียม ประเพณี ศาสนา ความเชื่อ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และองค์ประกอบอื่น ๆ ต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการรักษาพยาบาลต่างกันตามลักษณะและระดับของการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม คัลยกรรม โรคกระดูก ซึ่งพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และวางแผนการรักษาพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

6. ด้านบุคลากร

บุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้บริการมีหลายประเภท และหลายระดับ ซึ่งมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่แตกต่างกัน ดังนั้นการติดต่อสื่อสาร และมีส่วนร่วมในการกำหนด มาตรฐานการพยาบาลจึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ด้วย

คุณค่าของมาตรฐานการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

มาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพต่อพยาบาลเอง และต่อสถาบัน การบริการพยาบาลและต่อผู้รับบริการโดยสรุป คือ

1. คุณค่าต่อวิชาชีพ

มาตรฐานการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการประกันคุณภาพของการ บริการพยาบาล การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรมการประกัน คุณภาพของการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นโปรแกรมสำคัญที่ส่งผลให้สังคมยอมรับการบริการ มีความ เชื่อมั่นต่อการบริการที่ตนได้รับ ช่วยให้วิชาชีพมีคุณค่าต่อสังคมมากขึ้น นอกจากนี้มาตรฐาน การพยาบาลยังมีประโยชน์ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมีระบบ มีทิศทางมากขึ้น ซึ่ง เป็นส่วนส่งเสริมความเป็นอิสระของการปฏิบัติวิชาชีพ

2. คุณค่าต่อผู้รับบริการ

มาตรฐานการพยาบาลเป็นข้อความที่ระบุลักษณะของการบริหารที่พึงประสงค์ กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือกำหนดโดยกลุ่มพยาบาลเอง การกำหนดนี้คิดถึง ลักษณะการบริการที่ดีที่สุดตามความปรารถนาของผู้รับบริการ และความเหมาะสมของสภาพ การณ์ของการบริการพยาบาล ดังนั้นมาตรฐานการพยาบาลจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการ มั่นใจว่าตนจะได้รับบริการที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด และเป็นบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด เป็นไปตามหลักการและความรู้ทางวิชาชีพ

3. คุณค่าต่อสถาบันหลักและหน่วยงาน

มาตรฐานการพยาบาลเป็นแนวทางในการจัดการทางบริการเป็นแนวทางใน การประเมินผลการปฏิบัติงาน การวางแผนด้านบุคลากร ทรัพยากรรวมทั้งการพัฒนางานการ บริการและเป็นสิ่งแสดงจุดมุ่งหมายสูงสุดของการพยาบาล เมื่อเป็นเช่นนี้ทำให้สังคมเกิดการ ยอมรับผลงานของสถาบันมากขึ้น การทำงานของหน่วยงานก็มีความราบรื่นมากขึ้น

4. คุณค่าต่อตัวพยาบาลเอง

มาตรฐานการพยาบาลเปรียบเสมือนเป้าหมายของพัฒนาการพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติใช้มาตรฐานเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน สามารถประเมินผลงานของตนด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน และให้การบริการอย่างมีคุณภาพ

วิธีกำหนดมาตรฐานการพยาบาล (Cantor, 1974)

วิธีกำหนดมาตรฐานการพยาบาลต้องประกอบด้วย

1. กำหนดขอบเขต หรือวัตถุประสงค์ของความต้องการที่จะควบคุมคุณภาพการพยาบาลให้ชัดเจนก่อนกำหนดมาตรฐานการพยาบาล
2. กำหนดให้สอดคล้องกันทั้ง Philosophy, Standard และ Objective ของหน่วยงาน
3. การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในลักษณะกระบวนการ ผู้กำหนดจะต้องมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Nursing Diagnosis) อย่างถูกต้อง และเที่ยงตรง
4. การกำหนดมาตรฐานทางการพยาบาล สามารถกำหนดได้ใน 3 รูปแบบ คือ (Steven อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522; กองการพยาบาล, 2529; ฟาริดา อิบราฮิม, 2529)

4.1 กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในระดับโครงสร้าง (Structure Standard) ซึ่งเป็นการประเมินผลโดยรวม ของโรงพยาบาลหรือแผนกบริการพยาบาล โดยต้องคำนึงถึง 3 องค์ประกอบ คือ ระบบการจัดบริการพยาบาล (Care Providing System) สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน อาคารสถานที่ นโยบายการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และแหล่งให้ความรู้ทางการศึกษา นอกจากนี้ยังรวมถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานด้วย โดยจะวัดที่ตัวป้อนเข้า (Input) และตัวป้อนออก (Output) ของงาน การประหยัดทรัพยากรต่าง ๆ เวลา เงิน และพลังงาน เช่นระบบการจัดเจ้าหน้าที่ให้กับหน่วยงานควรคำนึงถึงจำนวน และประเภทของเจ้าหน้าที่ที่จะไปให้บริการตามชนิดของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (กองการพยาบาล, 2529) ในการกำหนด

มาตรฐานการพยาบาลในระดับโครงสร้างนี้ ผู้กำหนดควรจะต้องตั้งคำถามถามตนเองในแนวนี้ก่อนว่า (นางรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522)

- พยาบาลในวิชาชีพ รับผิดชอบในการวางแผนประเมินผลและนิเทศการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือไม่
- แผนกการพยาบาลได้จัดโปรแกรมการฝึกอบรมและให้โอกาสเพื่อพัฒนาของเจ้าหน้าที่หรือไม่
- มีระบบการบันทึกที่เที่ยงตรง และมีการสังเกตผู้ป่วยอย่างปรนัยในแผนรายนงานทางคลินิกหรือไม่

คำถามเหล่านี้จะนำไปสู่การรวบรวมข้อมูล ในรูปของการจัดการพยาบาล และการให้บริการทางการพยาบาล ซึ่งเป็นโครงการปฏิบัติงานของพยาบาล

อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างจะประสบความสำเร็จลำบากอย่างไรก็ตาม มาตรฐานลักษณะนี้จำเป็นต้องกำหนดขึ้นในทุกหน่วยงาน เพื่อให้เป็นแนวทางของการปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาล ผู้กำหนดมาตรฐานต้องมีความมั่นใจในกิจกรรม การพยาบาลที่หน่วยงานของตนรับผิดชอบ ตลอดจนลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมและเป้าหมายของหน่วยงานที่หนึ่งประสงค์เสียก่อน แล้วจึงจะเริ่มกำหนดว่าโครงสร้างใดจึงจะเอื้อต่อคุณภาพการพยาบาลที่ต้องการ โดยทั่วไปมาตรฐานเชิงโครงสร้างจะประกอบด้วยข้อความที่กล่าวถึงองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ซึ่งควรมีเนื้อหาสาระดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

1. ข้อความแสดงปรัชญา วัตถุประสงค์ตลอดจนนโยบายในการปฏิบัติงานการพยาบาลในหน่วยงานหนึ่ง ๆ
2. นโยบายและข้อความที่แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการในระดับต่าง ๆ รวมกันทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติงานด้วย
3. โครงสร้างของการบริการที่ชัดเจน แสดงถึงความรับผิดชอบในแต่ละระดับ
4. การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมกับลักษณะงานในหน่วยงานนั้น ๆ รวมทั้งทักษะพิเศษที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยเฉพาะ
5. ระบบการอบรมเพื่อเตรียมบุคลากรหรือฟื้นฟู ความรู้ความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่อการรักษาระดับการบริการที่มีคุณภาพ

6. ระบบการมอบหมายงานที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระดับต่าง ๆ ทั้งในยามปกติ และยามฉุกเฉิน
8. ระบบการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน สถานที่ เป็นต้น

ตัวอย่าง มาตรฐานของฝ่ายการพยาบาลที่สร้างขึ้นโดย JCAH

(Joint commission on Accreditation of Hospitals) ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การให้บริการพยาบาลจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมาย และให้บริการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพระดับ R.N ซึ่งจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนเพียงพอให้บริการอยู่ในหน่วยงานปกติและหน่วยงานที่ต้องใช้ทักษะพิเศษตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อทำหน้าที่วางแผนมอบหมาย นิเทศ และประเมินผลงาน

มาตรฐานที่ 2 ฝ่ายการพยาบาลจะต้องเขียนแผนการดำเนินงานของฝ่ายให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ โดยต้องวิเคราะห์โครงสร้างบทบาทหน้าที่ตลอดจนกลไกการร่วมมือประสานแผนและการตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการ

มาตรฐานที่ 3 นโยบายการบริหาร แผนการพยาบาลและคู่มือ ปฏิบัติการพยาบาล จะต้องปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้บรรลุตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และเป้าหมายของโครงการ

มาตรฐานที่ 4 มีการวางแผนการพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยกำหนดการให้บริการในเรื่องของความปลอดภัย การรักษายาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล และการนำแผนที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 5 กำหนดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ เช่นการฝึกอบรม และการศึกษาต่อเนื่อง

4.2 มาตรฐานระดับกระบวนการ เป็นเกณฑ์ที่สามารถจะประเมินกระบวนการพยาบาลที่แท้จริง ซึ่งจะพาดพิงไปถึงกิจกรรมที่พยาบาลแต่ละคนปฏิบัติ การปฏิสัมพันธ์ (Interactions) ในระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในขณะที่มาตรฐานลักษณะนี้มีการพัฒนาและตรวจสอบแล้วโดยมุ่งหวังให้ใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพของการพยาบาล เพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลดังตัวอย่าง เช่น

4.2.1 The Slater Scale (Wandelt, 1976) แสดง
กิจกรรมการพยาบาลด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ กิจกรรมการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์
สังคมของผู้ป่วย กิจกรรมตอบสนองอารมณ์ สังคมของผู้ป่วยในฐานะสมาชิกของกลุ่มกิจกรรม
ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย กิจกรรมตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย
จิตใจ อารมณ์ สังคมอย่างผสมผสาน กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและกิจกรรมที่
แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

4.2.2 Quality Patient Care Scale (Wandelt, 1976)
เป็นเกณฑ์แสดงพฤติกรรมการพยาบาลที่ผู้เขียนอ้างว่าพัฒนาจาก the Slater Scale หรืออาจ
เรียก "QUALPACS" ซึ่งมี 68 หัวข้อ เพื่อที่จะวัดคุณภาพของการให้บริการซึ่งผู้ป่วยได้รับจาก
พยาบาล ในแต่ละข้อจะบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้จัดทำ การใช้
ประโยชน์จากมาตรฐานเชิงกระบวนการนี้มี 3 ประการคือ

1. เป็นแนวทางในการเตรียมบุคลากรที่เหมาะสมเข้าสู่ตำแหน่ง
 2. เป็นแนวทางในการประเมินประสิทธิผลของการพยาบาล เพื่อรักษามาตรฐาน
ขั้นสูงของการบริการ และการปรับปรุงคุณภาพของการบริการ
 3. เป็นพื้นฐาน ของการจัดบุคคล เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งต่าง ๆ
- การกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการดังกล่าว เป็นมาตรฐานในระดับสถาบัน
เน้นกิจกรรมการพยาบาลเป็นหลัก พยาบาลจะกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการในระดับหน่วย
งานย่อยของตน โดยคำนึงถึงลักษณะของผู้รับบริการ เฉพาะกลุ่มที่ตนปฏิบัติการพยาบาลอยู่
กิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลต้องปฏิบัติจึงเป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มนั้น ๆ ในกรณี
เช่นนี้ เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการที่เน้นตัวพยาบาลเป็นหลัก จึงมีการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ
เพื่อให้บรรลุเป้าหมายถึง คุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

4.3 มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard)

การกำหนดผลลัพธ์ของการพยาบาลเพื่อใช้เป็นมาตรฐานการพยาบาล
นั้น แตกต่างจากการวางแผนการพยาบาลตรงที่แผนการพยาบาลคาดหวังผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย
รายบุคคล แต่ผลลัพธ์ของการพยาบาลในที่นี้เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดในกลุ่มของผู้ป่วยที่
ได้รับการพยาบาล ผลลัพธ์นี้จะมีความแม่นยำตรงก็ต่อเมื่อผู้พัฒนาได้วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้องกับลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะที่กำหนดหลายคน รวมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ประสอจะให้เกิด และต้องเป็นสิ่งที่ต้องพบได้ในผู้ป่วยทุกคน ในกลุ่มเป้าหมาย

เมสัน (Mason, 1978) ได้ให้ข้อคิดว่า มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยจะเป็นพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาล พฤติกรรมที่แสดงออกมาอาจจะเป็นไปในทางบวก (Jacqueline, 1977) เช่น สภาพของผู้ป่วยดีขึ้น มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยมีความรู้ การป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติยอมรับในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในการพยาบาล เป็นต้น นอกจากพฤติกรรมบวกแล้ว ยังมีพฤติกรรมทางลบได้แก่ สภาพร่างกายของผู้ป่วยที่เลวลง ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลปัญหาของตน มีภาวะแทรกซ้อนไม่พึงพอใจในการพยาบาล ซึ่งในการให้การพยาบาลจะต้องป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมาทางลบ คลินตัน และคณะ (Clinton et al., 1977) ได้อธิบายถึงลักษณะ 4 อย่างซึ่งบอกถึงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความรู้ การดูแลตนเอง และแรงจูงใจอย่างไรก็ตาม สเมลเซอร์ (Smeltzer, 1983) ได้ให้ข้อคิดไว้ว่า ผลว่าเกิดกับผู้ป่วยในบางครั้ง อาจจะไม่สัมพันธ์กับปฏิบัติการพยาบาล และได้แนะนำว่าในการประเมินคุณภาพการพยาบาลจะต้องกระทำทั้งการประเมินโครงสร้างกิจกรรมการพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้วจึงนำมาหาความสัมพันธ์กัน

รูปแบบของมาตรฐานการพยาบาล

นิโคลส์ (Nicholls, 1977) ได้กล่าวไว้ว่า มาตรฐานในการพยาบาลอาจจะจัดใน 2 รูปแบบคือ

1. มาตรฐานในรูปเป้าหมาย (Ends Standards) เป็นมาตรฐานที่มุ่งที่ผู้ป่วยจะบอกถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือสภาพทางกายของผู้ป่วย ตามที่คาดหวังก็คือผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Outcome Standards) นั้นเอง

2. มาตรฐานในรูปวิถีทางไปสู่เป้าหมาย (Means Standards) ซึ่งหมายถึงการอธิบายถึงการให้การพยาบาล พฤติกรรมของพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อให้บรรลุถึงมาตรฐานรูปเป้าหมาย (Ends Standards) ซึ่งก็คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standards) นั้นเอง

จะเห็นได้ว่ามาตรฐานในรูปเป้าหมายและมาตรฐานในรูปวิถีทางไปสู่เป้าหมาย (Means Standards) จะมีความสัมพันธ์กัน แต่ควรพิจารณามาตรฐานในรูปเป้าหมาย (Ends Standards) จะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ส่วนมาตรฐานในรูปวิถีทางไปสู่เป้าหมาย (Means Standards) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีจุดประสงค์

ฉะนั้น มาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะต้องประกอบด้วยลักษณะ 3 อย่าง ดังต่อไปนี้

1. ต้องมีข้อความที่เข้าใจง่าย ชัดเจน (Clarity) ที่จะช่วยให้ทุกคนสามารถอ่านและเข้าใจตรงกันได้
2. ต้องสามารถบรรลุจุดประสงค์ (Achievability) คือ มาตรฐานต้องอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้
3. ต้องวัดได้ (Measurability) มาตรฐานจะต้องมีความเฉพาะเจาะจงในการอธิบายผล ซึ่งจะเกิดกับผู้ป่วย วิธีการที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จ และระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529)

การเขียนมาตรฐานการพยาบาลให้มีความเที่ยงตรง (Valid) ชัดเจนแจ่มใส (Explicit) มีความเป็นไปได้ (Achievable) และสามารถวัดประเมินได้ (Measurable) นั้น เป็นเกณฑ์ที่สำคัญ ซึ่งพยาบาลทุกคนและทุกหน่วยงานควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างหรือกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องตัดสินและควบคุมคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง ดังนั้น หอผู้ป่วยซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับที่มีการปฏิบัติการพยาบาลหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ควรมีหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในหน่วยงานนั้น ๆ ให้ครอบคลุมกิจกรรมทุกอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่จะรวมถึงการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ เชิงผลลัพธ์หรือเชิงเนื้อหา

การสร้างมาตรฐานอาจจำแนกได้เป็น 2 แนวทางคือ

1. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
2. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น มีมานานเป็นเวลานานกว่า 20 ปีแล้ว ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการในการแก้ปัญหาอย่างมีระบบให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากที่สุดในการให้การพยาบาล และแนวทางของการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีระบบนี้ จะเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพของการให้บริการให้ดีขึ้น และเป็นระบบยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน ควรดำเนินการโดยมีขั้นตอนต่อไปนี้ (ละอ อุตางกุล, 2529)

1. การศึกษาปรัชญาและนโยบายของสถาบันบริการ เช่น โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ตลอดจนปรัชญาของแผนกการพยาบาล
2. ศึกษากลไกการปฏิบัติงานและสภาวะปัญหาในหน่วยงาน
3. แต่ละปรัชญาและจุดมุ่งหมายทางคุณภาพและการประกันคุณภาพทางการพยาบาล
4. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการประกันคุณภาพและการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่หน่วยงานอื่น ๆ ได้ดำเนินการและรายงานไว้
5. ศึกษาแนวประกันคุณภาพการพยาบาลจากแหล่งภายนอก เช่น จากกฎหมาย ควบคุมการประกอบวิชาชีพ เกณฑ์มาตรฐานของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการควบคุมและประสานงานการศึกษาพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย ตลอดจนเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการของสาขาวิชาอื่น และรายงานการศึกษาความต้องการหรือความเห็นของผู้รับบริการ แพทย์ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล
6. กำหนดยุทธวิธีและมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลในทุกแง่ทุกมุมและจัดวางเกณฑ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ เพื่อทดสอบและปรับปรุงใช้ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลของหน่วยงาน
7. การประเมินเพื่อตัดสินคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคคลหรือกลุ่มนั้น อาจครอบคลุมทั้งกระบวนการทำ โครงสร้างและผลที่เกิดจากการกระทำประกอบกันหรือประเมินเฉพาะด้านกระบวนการหรือผลของการพยาบาล

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของ เมสัน

หลักการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ (7 ขั้นตอน)	หลักการสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (8 ขั้นตอน)
1. ให้คำจำกัดความของวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นคืออะไร	1. ให้คำจำกัดความวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่า คืออะไร
2. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น	2. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น
3. แจกแจงกิจกรรมการพยาบาล (actions) ที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกขั้นตอน	3. แจกแจงผลลัพธ์ทางบวก (Positive outcome) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์
4. ชี้เฉพาะเจาะจงว่าแต่ละกิจกรรมนั้นต้องทำเมื่อใด บ่อยเพียงใด ระยะเวลาที่ทำงานเท่าไร	4. แจกแจงผลลัพธ์ทางลบ (Negative outcome) ที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น
5. เรียงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมที่ทำอย่างถูกต้องให้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ	5. กำหนดเวลาอย่างเฉพาะเจาะจงที่คาดว่าผลลัพธ์แต่ละอย่างจะเกิดขึ้นเมื่อใด
6. กำจัดข้อ เสนอแนะหรือ เหตุผลของการปฏิบัติ ออกไปจากข้อความของมาตรฐานเชิงกระบวนการ	6. อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าจัดได้อย่างไร
7. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น	7. รวบรวมมาตรฐานหรือผลลัพธ์อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอน ตามลำดับก่อนหลัง 8. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น

การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล (Testing the

Validity of the Standards) (Mason อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529)

จะมีหลายวิธี ผู้วิจัยขอเสนอวิธีของเมสัน ซึ่งได้แนะนำวิธีการทดสอบความเที่ยงตรงไว้ดังนี้ คือ

1. หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content Validity) โดยการหาแหล่งผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 แหล่งด้วยกัน แหล่งผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ทรงคุณวุฒิ อาจจะเป็นพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลนั้น หรืออาจจะเป็นตำราเอกสารทางวิชาการที่อธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลนั้น หรืออาจจะเป็นตำราเอกสารทางวิชาการที่อธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ผู้สร้างมาตรฐานควรจะดูว่ามาตรฐานเชิงเนื้อหา นั้น อธิบายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่สัมพันธ์กับหัวข้อเรื่องหรือหน่วยของการพยาบาลนั้นหรือไม่ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ถ้ากิจกรรมการพยาบาลได้ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพใช่หรือไม่ และครอบคลุมทุกประเด็นหรือไม่ หรือยังมีสิ่งใดขาดหายไปหรือไม่

2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วย แสดงว่า ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของมาตรฐานนี้ ได้รับการยอมรับ มาตรฐานบางชนิด เช่น มาตรฐานเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับระบบการบันทึกและการเสนอรายงาน ต้องการความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาเพียงอย่างเดียว แต่มาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์อื่น ๆ ต้องการความเที่ยงตรงอีกชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้น คือ จะต้องหาความสัมพันธ์ที่เป็นทางบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างมาตรฐานกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ในหัวข้อเรื่องหรือการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกัน เมื่อนำมาตรฐานเชิงกระบวนการ (เนื้อหา) นั้นไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงแล้ว เกิดผลลัพธ์ทางบวกขึ้นกับผู้ป่วยจริงหรือไม่ วิธีทดสอบความเที่ยงตรงในประเด็นนี้ ทำได้โดยการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติจริง แล้วทดสอบดูว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์หรือไม่

1. การรวบรวมข้อมูล ทำโดยสร้างแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ชื่อหัวข้อมาตรฐาน วัตถุประสงค์รายการชื่อมาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีช่องใช้ (ได้ปฏิบัติ) กับไม่ใช่ (ไม่ได้ปฏิบัติ) สำหรับทำเครื่องหมายกำกับเมื่อทำการสังเกตจากการปฏิบัติของพยาบาลอย่างน้อย 10 ครั้ง ต่อมาตรฐานเรื่องหนึ่ง เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความเที่ยงตรงกรณีนี้ อาจทำได้ 2 วิธี คือ ผู้วิจัยไม่สังเกตพฤติกรรมของพยาบาล ที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนั้น ๆ จากหลายคนหรือหลายแห่ง อย่างน้อย 10 ครั้ง แต่ละครั้งดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยว่า เป็นไปตามที่เขียนไว้ในมาตรฐานหรือไม่ ก็ครั้ง เพื่อนำไป

หาความสัมพันธ์ต่อไป หรือวิธีที่สอง ผู้วิจัยอาจขอร้องให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนี้ ทำกิจกรรมทุกอย่างที่กำหนดไว้ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ แล้วประเมินว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เป็นอย่างไร

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ในแต่ละมาตรฐานเชิงกระบวนการ หรือเชิงผลลัพธ์ควรถือเกณฑ์ 9 ครั้งขึ้นไป จากการสังเกต 10 ครั้ง ว่าได้ปฏิบัติหรือเกิดขึ้นจริง จึงจะเป็นมาตรฐานที่เที่ยงตรง ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 90 ถือว่า มาตรฐานนั้นยังไม่เป็นมาตรฐาน

2.2 เมื่อมาตรฐานนั้นได้รับการปฏิบัติ หรือเกิดขึ้นจริงร้อยละ 90 ขึ้นไปให้นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ถ้าพบว่า เมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการได้ผลลัพธ์ทางบวกเกิดขึ้นทุกครั้ง แสดงว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์นั้น มีความเที่ยงตรงสามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานต่อไปได้

ถ้าพบว่า เมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการได้ผลลัพธ์ทางลบเกิดขึ้น แสดงว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นยังไม่เที่ยงตรง ควรปรับปรุงแก้ไขหรือนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ หรือแหล่งวิชาการใหม่อีกก่อนจะนำไปทดสอบจนกว่าผลลัพธ์ทางบวกจะเกิดขึ้นทุกครั้ง

อย่างไรก็ดี วิธีการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น เป็นเพียงวิธีหนึ่งที่เมสันได้เสนอไว้ วิธีการอื่นที่มีผู้นำมาใช้ในการหาความเที่ยงตรงของการสร้างมาตรฐานการพยาบาลกันค่อนข้างแพร่หลายอีกวิธีหนึ่ง ได้แก่ เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นระบบสำหรับใช้แสวงหาข้อสรุป ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งมักจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำนายอนาคต อย่างไรก็ตามมีผู้นำเทคนิค เดลฟายมาใช้เป็นวิธีการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์สูงในเรื่องนั้น ๆ จำนวนมาก เป็นผู้พิจารณาตัดสิน เทคนิคเดลฟาย จำเป็นจะต้องใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเป็นเลิศในสาขาวิชานั้น จำนวนมักจะไม่ต่ำกว่า 17 คน เพื่อให้มีข้อเคลือบเคลื่อนน้อยที่สุด วิธีการของเทคนิคเดลฟาย ต้องการให้ได้ความคิดเห็นที่แน่นอน จึงต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบแสดงความคิดเห็นซ้ำ ๆ เพื่อความมั่นใจ โดยทั่วไปจะทำ 3-4 รอบด้วยกันคือ

รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นทั้งหมด

รอบที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาและข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาสร้างชั้นใหม่ โดยใส่อัตราส่วนประมาณค่า ส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้งหนึ่ง

รอบที่ 3 เมื่อนำคำตอบผู้เชี่ยวชาญมาหาค่ามัธยฐาน และค่าการกระจายของข้อความแต่ละข้อ แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ โดยเพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน และค่าการกระจายของกลุ่มรวมทั้งตำแหน่งของคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ส่งกลับไปใหม่อีกรอบหนึ่ง

รอบที่ 4 ทำเช่นเดียวกับรอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนคำตอบพร้อมทั้งแสดงเหตุผล

ดังนั้น คำตอบที่ได้ในรอบสุดท้าย จะเป็นข้อคิดเห็นโดยส่วนรวมของผู้เชี่ยวชาญ จึงถือว่าเป็นการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย หรือของมาตรฐานที่สร้างขึ้น ซึ่งสามารถเชื่อถือได้ และมีความเป็นปรนัยสูง

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงการมาตรฐานการพยาบาล (Carter, 1976)

ในการดำเนินการโครงการนี้ ควรจัดตั้งเป็นคณะกรรมการมาตรฐานการพยาบาล และควรจะมีกลุ่มของพยาบาลประจำการเป็นสมาชิกด้วย ในการตรวจสอบคุณภาพโดยทั่วไปแล้ว จะกระทำได้ใน 3 ลักษณะ คือ การตรวจสอบจากมาตรฐานเชิงโครงสร้าง เช่น บุคลากร ความสะดวกสบายในการให้บริการ ตรวจสอบจากมาตรฐานกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การให้การปฏิบัติการพยาบาลและตรวจสอบจากมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาล

ในการตรวจสอบคุณภาพโดยยึดมาตรฐานใดใน 3 ลักษณะดังกล่าวแล้วนั้น จำเป็นจะต้องกำหนดมาตรฐานการพยาบาล คาร์เตอร์ (Carter, 1976) ได้แนะนำว่า ควรใช้ทั้งการตรวจสอบด้านกิจกรรมการพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในการตรวจสอบนั้น ชั้นแรก จำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลขึ้นก่อน ดังนั้นคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพจึงมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. เขียน ตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไข เกณฑ์และมาตรฐานการพยาบาล
2. ตรวจสอบเครื่องมือในการจัดมาตรฐานเป็นระยะ ๆ
3. ดำเนินการตรวจสอบการพยาบาลโดย

3.1 ตรวจสอบทุก 3 เดือน

3.2 ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังทุก 1 เดือน

4. ให้คะแนนตรวจสอบมาตรฐาน
5. กำหนดค่าเฉลี่ยของข้อบกพร่องของมาตรฐาน
6. ตรวจสอบซ้ำใหม่ในกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานภายใน 6 เดือน
7. จัดเตรียมการวิเคราะห์ข้อบกพร่อง จุดแข็งจุดอ่อนของการพยาบาล
8. แจ้งให้ทราบถึงนโยบาย และหลักการปฏิบัติ

ผู้ที่ริเริ่มโครงการควรปฏิบัติ คือ

1. อธิบายถึงวิธีประเมินผลการพยาบาล ตลอดจนการเขียนมาตรฐาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยปรับปรุงการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. จัดให้พยาบาลซึ่งอยู่ในคณะกรรมการเป็นผู้อภิปราย โครงการในกลุ่มผู้ร่วมงานของตน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เข้าใจ ได้เห็นข้อดี ข้อเสีย และพร้อมที่จะสนับสนุน
3. เชิญผู้นำทางการพยาบาลบางคนให้เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้ตั้งหลักเกณฑ์
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงหรือชี้ข้อบกพร่องในการเขียนมาตรฐาน และแนะนำการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ผู้นำควรมีความสนใจในการแนะนำการเขียนมาตรฐานหรืออธิบายเหตุผลต่าง ๆ

ประโยชน์ของมาตรฐานการพยาบาล (วิเชียร ทวีลาภ, สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ และจันทร์เพ็ญ การีเวท, 2523; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529)

1. แสดงถึงเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) ของการพยาบาลของสถาบันนั้น ที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานยึดเป็นหลักในการปฏิบัติงาน
2. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทุกระดับ ในการจัดและดำเนินการพยาบาลให้บรรลุจุดหมายนั้น ๆ
3. เป็นเครื่องชี้แนวทางในการนิเทศ และประเมินผลงาน ซึ่งเกี่ยวข้องถึงการพิจารณาความดีความชอบส่วนบุคคลด้วย
4. การปฏิบัติการณ์พยาบาลที่มีมาตรฐาน เป็นการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานของวิชาชีพ เพื่อให้เป็นที่ยกย่องนับถือในสังคม

อย่างไรก็ตาม การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลนั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ
2. ตำรา หนังสือ คู่มือต่าง ๆ ไว้ประจำห้องทำงาน เพื่อใช้เป็นหนังสืออ้างอิง
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ เมื่อทดสอบมาตรฐานแล้ว จะใช้เป็นผลงานวิจัยได้
4. กลุ่มต่าง ๆ ที่คอยสนับสนุน เช่น กองการพยาบาล สถาบันการศึกษาทางพยาบาล เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงาน ควรให้พยาบาลประจำการมีส่วนร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการได้ ซึ่งพยาบาลประจำการมีทักษะมาก มีเวลาและความตั้งใจในการทำงานมาก (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2529) จากความคิดเห็นของเพโร (Perrow, 1982) กล่าวว่า มาตรฐานของคุณภาพการพยาบาลย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละองค์การ หน่วยงาน หรือหน่วยของการพยาบาล โดยให้ความเห็นว่า มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลที่ขาดเงินทุนอุดหนุนหรือเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในแผนกอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ มักจะมีมาตรฐานการพยาบาลต่ำกว่าโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษา ค้นคว้าวิจัยต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2530) ได้กล่าวเน้นไว้ว่า เมื่อมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเกิดขึ้นบ้างแล้วก็อาจจะแลกเปลี่ยนกันได้ในระหว่างสถานบริการพยาบาล เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย และกำลังกายในการสร้าง หรือกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและจะมีการกระจายมาตรฐานการพยาบาลออกไปได้กว้างขวางอย่างรวดเร็วขึ้น สำหรับ ประคอง อินทรสมบัติ (2527) ได้เสนอว่า การสร้างมาตรฐานการพยาบาล ได้จากการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน หรือมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กระบวนการปฏิบัติการพยาบาล และกำหนดเกณฑ์ในการวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงผลสัมฤทธิ์ของการพยาบาล และนำแผนการพยาบาลเหล่านี้มาตรวจสอบและทดลองใช้ แต่จากการศึกษาของ สุชาติา เขตพันธ์ (2530) กล่าวว่า พยาบาลสร้างมาตรฐานพยาบาลไม่ได้ โดยพยาบาลให้เหตุผลว่า การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งที่ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลไม่เข้าใจหลักและวิธีการสร้าง แต่สิ่งที่จะช่วยให้การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำเร็จลงได้ขึ้นอยู่กับการจัดระบบการพยาบาล จำนวนบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานมีเพียงพอ

เหมาะสมกับลักษณะงานและลักษณะผู้ป่วย พยาบาลมีขวัญกำลังใจ ความต้องการและมีแรงจูงใจได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน ในการดำเนินการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

4. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการมอบหมายงานในทีมการพยาบาล ถือว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับการพยาบาลและการนิเทศการพยาบาลที่ทำให้บุคลากรพยาบาลทุกคนภายในทีมสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

พวงรัตน์ บุญญารักษ์ (2525) ให้ความหมายของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไว้ว่า เป็นแนวทางในการค้นหาและศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือผู้บริการด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนผู้ร่วมงานอื่น ๆ และยังเป็นแนวทางในการคิดและค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดต่อปัญหาหรือความต้องการนั้น ๆ โดยอาศัยความคิดของกลุ่มบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของ วัลลา ตันตโยทัย (2522) กล่าวว่า การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทุก ๆ คนในทีมจะได้รับทราบข้อมูลพร้อม ๆ กัน และรับทราบการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นไปในแนวเดียวกันในแต่ละวัน โดยอาศัยประสบการณ์ความคิด และความรู้ของสมาชิกในกลุ่ม โดยการเสนอแนะวิธีปฏิบัติแก่ผู้ป่วย วางแผนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย (Barrette and others, 1975) และประเมินข้อตัดสินใจของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยไปแล้ว (Donovan, 1975; กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของแมคเทนนี่ (Mathaney, 1969) ที่กล่าวว่า การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นกระบวนการเรียนรู้ การแก้ปัญหา การประยุกต์ใช้ความรู้และทำให้รู้ถึงคุณประโยชน์ของการตัดสินใจของบุคคล นอกจากนี้ยังช่วยทำให้บุคคลรู้จักเสริมแรงและรู้จุดมุ่งหมายของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลด้วย

ปราณีต สวัสดิรักษา และอดุมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2529) ให้ความหมายของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไว้ว่า เป็นการประชุมร่วมกันระหว่างหัวหน้าตึก ผู้ตรวจการหัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ เพื่อไต่ถามความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

เน็ญศรี ระเบียบ (2527) ให้ความหมายของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไว้ว่า เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารวิธีหนึ่งของกลุ่มบุคคลในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล มีทั้งการประชุมปรึกษาทั้งก่อนและภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งล้วนแต่มีความจำเป็นยิ่งเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานหรือสมาชิกในทีมการพยาบาลได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น วิธีการแก้ปัญหา และส่งเสริมความเข้าใจอันดีซึ่งกันและกัน เป็นการพบอย่างไม่เป็นทางการเพื่อหาแนวปฏิบัติเฉพาะเรื่อง (นางรัตน์ บุญญาธิกรักษ์, 2525) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติที่นำเทคนิคของการแก้ปัญหาและกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ บุคลากรทุกคนในทีมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อนำข้อสรุปมาใช้ในการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาล ดังนั้นสมาชิกในทีมการพยาบาลต้องมีจำนวนมากพอสมควร ซึ่งจะทำให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้ (Barrett and others, 1975) อย่างไรก็ตามการที่องค์การต่าง ๆ จะมีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีการติดต่อแบบสองทางและสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งก็คือการวางแผนอย่างมีระบบที่จะทำให้หัวหน้าทีมรวมทั้งสมาชิกทีมทุกคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างตรงไปตรงมา โดยมีการนัดหมายรวมกลุ่มในช่วงเวลาที่เฉพาะเจาะจง (Douglass and Bewis, 1970) แต่ครอน (Kron, 1981) ได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่า การที่จะทำให้บุคลากรพยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรพยาบาลทุกคนจะต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด สมาชิกทุกคนจะต้องมีความรู้ความสามารถทางการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย มีความเข้าใจในกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ของสมาชิกทีมคนอื่น ๆ และมีความสามารถปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกทีมคนอื่น ๆ ได้

จึงสรุปได้ว่า การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทั้งก่อนและภายหลังการปฏิบัติงานเป็นการประชุมโดยมีบุคลากรทางการพยาบาลในทีมการพยาบาลแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ร่วมกันปฏิบัติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง รับทราบวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ละคนพร้อมกัน และเป็นไปในแนวทางเดียวกันในแต่ละวันและแต่ละเวร เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเฉพาะงาน

ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลจะมีหัวหน้าทีมเป็นผู้นำการประชุม หัวหน้าทีมจะต้องมีความรู้ความสามารถ 9 ประการ (Lambertsen, 1953) คือ

1. ความสามารถในการจำแนกปัญหาของผู้ป่วย หัวหน้าทีมจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากสมาชิกทีม เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแผนการพยาบาลโดยการรับฟังข้อมูล และการเพิ่มเติมข้อมูลที่สำคัญได้จากการสังเกตของตนเอง ต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ในบางโอกาสหัวหน้าทีมจะต้องเป็นผู้เลือกประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเท่านั้น การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลจะประเมินระดับความดีเลิศของผลที่ได้จากการพยาบาลและมีการนำไปปรับปรุงการบริการที่จะให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งคาดว่าควรจะได้รับผลที่มีคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น (Zimmer, 1974)

2. ความสามารถในการรับรู้ถึงความสามารถและข้อจำกัดของสมาชิกในทีมแต่ละคน โดยต้องสังเกตและประเมินความสามารถของสมาชิกทีม คอยให้ความช่วยเหลือชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงานทั้งก่อนและภายหลังปฏิบัติงาน

3. ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะต้องตระหนักถึงความสามารถในการสื่อสารทั้งของตนเองและสมาชิกทุกคนในทีมพร้อมทั้งสร้างเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพภายในทีมของตนเอง

4. ความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้ภายหลังจากได้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แล้วตามหลักวิทยาศาสตร์มาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย หัวหน้าทีมต้องมีความสามารถวางแผนการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้เป็นอย่างดีและครอบคลุมทุก ๆ ด้านและคอยกระตุ้นให้สมาชิกทีมวางแผนพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลด้วยการใช้หลักวิทยาศาสตร์

5. ความสามารถในการรายงาน การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความ และการดำเนินงานตามนโยบาย ของโรงพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

6. ความสามารถในการสรุปหลักการจากการวิเคราะห์การให้การพยาบาลของสมาชิกทีมและสามารถรวบรวมและนำเสนอเป็นหลักเกณฑ์ที่ถือเป็นแนวทางไปปฏิบัติต่อไปได้

7. ความสามารถในการสอนขณะประชุมปรึกษาทางการพยาบาล โดยสามารถยกประเด็นปัญหาที่สำคัญ หรือนำจุดใดจุดหนึ่งที่สำคัญมาใช้ในการสอนสมาชิกทีม ฉะนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมในความรู้ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือความรู้ทางวิชาชีพอย่างกว้างขวาง

8. ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับสมาชิกทีม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของจุดประสงค์ของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นการวางแผนด่วนหรือแผนระยะยาว ทั้งนี้โดยมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติให้มากที่สุด

9. ความสามารถในการเพิ่ม กระตุ้นหรือดึงศักยภาพแห่งความริเริ่มสร้างสรรค์ในทีมการพยาบาล โดยหัวหน้าทีมจะต้องรับผิดชอบในการสร้างบรรยากาศในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ตลอดจนช่วยให้สมาชิกทีมทุกคนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น สมาชิกทุกคนจะต้องมีความพึงพอใจในงานที่ได้รับมอบหมาย

กล่าวโดยสรุปคือ หัวหน้าทีมในฐานะเป็นผู้นำในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถรอบรู้ในเรื่องการบริหารบุคคล มนุษยสัมพันธ์และศาสตร์แห่งการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี หัวหน้าทีมจึงมีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

ประเภทของการประชุมทางการพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล อาจปฏิบัติได้หลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งจำเป็นที่จะจัดแนวปฏิบัติโดยเฉพาะสำหรับการประชุมปรึกษานั้น ๆ มีดังนี้ (นางรัตน์ บุญญาภิรักษ์, 2525)

1. การประชุมปรึกษาในการชี้แนะแนวทาง (Direction giving conference หรืออาจเรียกว่า Pre-conference) ซึ่งเป็นการประชุมปรึกษาก่อนเริ่มปฏิบัติงานในแต่ละเวรเกี่ยวกับการมอบหมายผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง ซึ่งอาจอภิปรายในรูปของภาวะความรับผิดชอบและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ดังนั้นก่อนการปฏิบัติงานหรือปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละเวร หัวหน้าตึก หัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมการพยาบาลควรจะต้องประชุมปรึกษากับบุคลากรพยาบาลในความรับผิดชอบเสียก่อน โดยปกติจะเป็นการประชุมรายบุคคล (Individual conference) มากกว่าการประชุมเป็นกลุ่ม (Group conference)

2. การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญ (Content conference) ลักษณะเช่นนี้คือ ผู้ร่วมงานคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำการอภิปรายในหัวข้อเรื่องที่สมาชิกต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติม โดยที่เนื้อหานั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยเฉพาะผู้นำอภิปรายจะนำเสนอในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะต้องเตรียมเนื้อหานี้มาร่วมอภิปรายด้วยความสนใจ เช่นนี้เป็นการให้

ความรู้แก่กันอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติการพยาบาลอยู่เสมอ การประชุมอภิปรายลักษณะนี้เหมาะสมอย่างยิ่งกับผู้ปฏิบัติงานใหม่และนักศึกษาพยาบาล

3. การประชุมปรึกษาทิมพยาบาล (Team nursing conference) เป็นการรวมกลุ่มบุคลากรพยาบาลของทีมหนึ่งหรือในระหว่างหลายทีมร่วมกัน เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยคนใดคนหนึ่ง และ/หรือปัญหาการพยาบาลเฉพาะอย่างของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ซึ่งปัญหาเดียวกันนี้อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอื่น ๆ อีกได้ในทำนองเดียวกันได้

4. การประชุมปรึกษาของบุคลากรในทีมการพยาบาล (Nursing team conference) หมายถึง การประชุมร่วมกันของกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม จะประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ และผู้รักษาด้านอื่น ๆ หรือผลทางการพยาบาลโดยตรงเป็นต้นว่า การประชุมปรึกษาในรายผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม (Dead case conference) จะช่วยให้มองเห็นปัญหาการดูแลรักษารอบด้านพร้อมทั้งแนวปฏิบัติใหม่ด้านการดูแลรักษาทุก ๆ อย่าง ลักษณะของการประชุมปรึกษาเช่นนี้ ช่วยให้มีการทำงานร่วมกัน (Collaborative Role) ที่ดี และส่งเสริมประสิทธิภาพของการดูแลรักษาอย่างแท้จริง

5. การประชุมปรึกษาข้างเตียงผู้ป่วย (Bedside conference or Bedside Clinic) ลักษณะเช่นนี้เป็นความต้องการเฉพาะที่จะต้องนำผู้ป่วยจริงเข้ามาร่วมด้วยหรือเน้นหัวข้อของการประชุมที่สมาชิกในกลุ่มต้องพบกับผู้ป่วยก่อนการอภิปรายหรือเน้นความต้องการในการสาธิตวิธีปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่างและจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น โดยปฏิบัติการประชุมปรึกษาก็จะเป็นไปในลักษณะที่กลุ่มบุคคลที่ร่วมการประชุมเข้าไปพบกับผู้ป่วย อาจจะประชุมปรึกษากันข้างเตียงผู้ป่วยก็ได้ในเรื่องที่จำเป็นและอาจปฏิบัติได้หรือประชุมกันในห้องประชุม โดยนำผู้ป่วยมาร่วมด้วยเฉพาะเวลาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง การประชุมปรึกษาเช่นนี้ใช้บ่อยสำหรับการพยาบาลและโดยเฉพาะกับนักศึกษาพยาบาล หรือการประชุมกลุ่มที่มีสมาชิกจำนวนน้อย ๆ (Barrette et al., 1975) สิ่งสำคัญก็คือ การมีผู้ป่วยอยู่ด้วยนั้น การประชุมต้องระมัดระวัง ไม่พูดในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและกลุ่มสมาชิกจะต้องรู้จักผู้ป่วยอยู่แล้วบ้าง จำนวนสมาชิกไม่เกิน 5 คน

6. การประชุมปรึกษาของบุคลากรพยาบาล (Nursing staff conference) บุคลากรพยาบาลหลาย ๆ ประเภทจะประชุมร่วมกันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาล โดยไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง แต่อาจจะเป็นผลมาจากปัญหาทางการพยาบาล ดังนั้น

อาจเกี่ยวข้องกับทรัพยากรด้านการพยาบาลทุกอย่าง ซึ่งสำคัญและจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพของการพยาบาล

7. การประชุมปรึกษาการพยาบาล (Nursing care conference) เป็นการประชุมปรึกษาของกลุ่มบุคลากรพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลประเภทเดียวกันหรือหลาย ๆ ประเภทก็ได้ เพื่อที่จะอภิปรายกันในเรื่องของการให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย อันจะมีผลโดยตรงต่อการวางแผนการพยาบาล

8. การประชุมปรึกษาที่ทำก่อนส่งเวร (Post conference) คือการประชุมปรึกษากับสมาชิกทีมก่อนการส่งเวร เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตลอดเวร สมาชิกทุกคนได้อภิปราย ปัญหาและผลของการให้การพยาบาลตลอดจนเตรียมข้อมูลเพื่อส่งเวร (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2530)

วอล์ฟ และ โอคริสโคล (Wolf and O'Driscoll, 1979) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลในทีมการพยาบาลว่า เพื่อเป็นกลวิธีทางการสอนบนคลินิก โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมได้นำความรู้ที่เรียนมาในทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของการพยาบาล รวมทั้งขวัญกำลังใจ และขอบเขตทางกฎหมายที่พยาบาลปฏิบัติอยู่ ส่วนเมเยอร์และเบลี (Mayer and Bailey, 1979) ได้กล่าวถึงจุดประสงค์ของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลว่า เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อการประสานงานการให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีของบุคลากรพยาบาล และเพื่อส่งเสริมความเข้าใจ ตลอดจนแนวทางให้การปฏิบัติการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และตามแนวคิดของครอน (Kron, 1981) กล่าวว่า ในทีมการพยาบาลต้องมีการติดต่อสื่อสารตลอดเวลาโดยใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ เพื่อการมอบหมายงาน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเพื่อการรายงานหรือให้ข้อคิดเห็นหรือสรุปแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากที่สุด

ดังนั้นจึงพอจะสรุปได้ว่า ในการจัดประชุมปรึกษาทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

1. เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมทุกคนได้แสดงความสามารถทางการปฏิบัติโดยประยุกต์ใช้ความรู้ในทฤษฎีที่ศึกษามา

3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกทีมทุกคนในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อให้มีกลไกการสื่อสารติดต่อประสานงานการให้บริการแก่ผู้ป่วย
5. เพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานร่วมกันเป็นทีม
6. เพื่อให้สมาชิกทีมทุกคนได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อ

การบริการการพยาบาล

ดังนั้น เพื่อให้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลมีคุณภาพอยู่ในระดับที่สูงพอนั้น จะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและหลักการต่อไปนี้คือ

1. การเตรียมก่อนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

ขั้นเตรียมก่อนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลถือว่าเป็นเสมือนการวางแผนก่อนการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ทั้ง 6 ประการดังกล่าวแล้ว จึงต้องมีการเตรียมก่อนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล คือหัวหน้าทีมจะต้องระบุเวลาที่เริ่มและเสร็จสิ้นของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล สถานที่ ตลอดจนการแจ้งผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทราบล่วงหน้า พร้อมทั้งต้องศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทั้งหมดหรือระบุปัญหาสำคัญของผู้ป่วยก่อนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทั้งแบบก่อนการปฏิบัติงานและเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน

หัวหน้าทีมต้องกำหนดหัวข้อ วัตถุประสงค์ของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไว้ล่วงหน้า ตลอดจนสามารถจำแนกปัญหาและพัฒนาแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม หัวหน้าทีมจะต้องติดตามสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง นुकคยซักถามในทีมทุกคน เพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไว้ก่อนการประชุม (วิเชียร ทวีลาภ, สลักษณ์ มีชูทรัพย์ และจันทร์เนญ์ การีเวท, 2521)

อย่างไรก็ตาม ครอน (Kron, 1981) ได้ให้ข้อคิดเห็นเรื่องของการกำหนดเวลาเริ่มต้นและเสร็จสิ้นของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไว้ว่า ควรเลือกระยะเวลาที่มีกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด และต้องกำหนดแน่นอน ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกทุกคนยอมรับและถือว่าเป็นงานส่วนหนึ่งที่ต้องกระทำในเวรให้เสร็จสิ้นไป สอดคล้องกับความคิดเห็นของมาร์ไรเนอร์ (Marriner, 1984) ที่กล่าวว่า การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลถือเป็นงานประจำได้ ส่วน พวงรัตน์ บุญญาวัชร (2525) การจัดการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลจะต้อง

ไม่ขัดต่อการดำเนินการให้การพยาบาลดูแลในหน่วยงานนั้น และต้องมีการจัดประชุมปรึกษาทางการพยาบาลประจำเสมอต่อเนื่องกันไป ดังนั้น ความสำคัญของการกำหนดเวลาเริ่มต้นและเสร็จสิ้นของการประชุมปรึกษาจึงมีความสำคัญยิ่ง เพื่อให้สมาชิกก็สามารถวางแผนการปฏิบัติของตนเองให้เสร็จหรืออาจมอบหมายให้ผู้อื่นรับผิดชอบดูแลหรือปฏิบัติงานแทนตนได้ในขณะที่เข้าร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Douglass and Bewis 1970) เวลาที่ใช้ควรอยู่ในช่วง 30 - 60 นาที (พวงรัตน์ บุญญาธิกรักษ์, 2525) หรือถ้าสมาชิกมีภาระความรับผิดชอบมากจนปลีกเวลาเข้าร่วมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไม่ได้ อาจแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แล้วนำข้อตัดสินใจของทั้ง 2 กลุ่ม มารวมกันแล้วสรุปออกมาจึงถือว่าเป็นข้อตัดสินใจของทีมอย่างสมบูรณ์ได้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525)

2. ขั้นตอนดำเนินการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

หัวหน้าทีมพบกับสมาชิกทีมตามเวลาและสถานที่ที่ได้กำหนดไว้ หัวหน้าทีมจะเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมทุกคนได้ซักถามปัญหาที่สงสัย โดยต้องทำให้สมาชิกทีมมีความรู้สึกว่าบรรยากาศในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลค่อนข้างผ่อนคลายและส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนส่งเสริมความเข้าใจในการปฏิบัติงานโดยการมอบหมายผู้ป่วย งานการพยาบาล อภิปรายถึงความรับผิดชอบและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (วิเชียร ทวีลาภ และคณะ 2521) จะเห็นว่าสมาชิกทีมทุกคนได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถจะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งได้เรียนรู้บทบาทของตนเองในการให้การพยาบาลร่วมกันเป็นกลุ่ม (Kron, 1981) แต่ตามความคิดเห็นของอาร์มสตรอง (Armstrong, 1981) กล่าวไว้ว่า ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล จะต้องมีการให้ข้อมูลทั้งหมดแก่สมาชิกทีมซึ่งจะช่วยทำให้ทุกคนเข้าใจงานทั้งหมดเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนเกิดความเข้าใจการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม (Armstrong, 1981)

ดังนั้นในการดำเนินการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล หัวหน้าทีมจะเป็นผู้ที่จะบอกชี้แจงงานต่าง ๆ ที่จำเป็นหรืออาจสอนในกรณีที่ไม่จำเป็น โดยอธิบายว่าจะทำอย่างไร เช่น การเตรียมผู้ป่วย การส่งผู้ป่วย หรือการย้ายการปฏิบัติที่สำคัญ ตลอดจนการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ของสมาชิกทีมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Kron, 1981) ทั้งหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมจะร่วมกันอภิปรายปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งเสนอแนวทางแก้ไขและ

ประเมินผลการพยาบาล (Douglass and Bewis, 1970) สมาชิกทุกคนจะแยกลักษณะปัญหา และหาวิธีการทางแก้ และตัดสินใจการกระทำซึ่งมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525) สมาชิกทีมแต่ละคนก็จะเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลก็จะประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอีกครั้ง โดยมีสมาชิกทีมแต่ละคนได้แจ้งสมาชิกทีมให้ทราบถึงปัญหาที่ได้แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ตลอดจนปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้

กล่าวโดยสรุปแล้วก็จะเห็นว่า การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลนับเป็นกิจกรรมที่สำคัญของทีมการพยาบาล โดยจะมีหัวหน้าทีมเป็นผู้นำการประชุม ซึ่งมักทำก่อนลงมือปฏิบัติงาน และก่อนส่งเวร เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลคือ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้สมาชิกทีมทุกคนได้แสดงความสามารถทางการปฏิบัติ โดยประยุกต์ในทฤษฎีที่ศึกษามา เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกทีมทุกคนในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีและมีการติดต่อประสานงานสื่อสารดีในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ถ้าทำก่อนการปฏิบัติงาน เรียก "Pre-Conference" ถ้าทำเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน เรียก "Post-Conference"

จากผลการวิจัยของโสภิตา ทัดนิญ (2532) ทำการศึกษาเชิงบรรยายเรื่องการวิเคราะห์การมอบหมายงานในทีมการพยาบาลเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล-ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การมอบหมายงานในทีมการพยาบาลเชิงกระบวนการด้านการจัดการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม กุมารเวช และอุบัติเหตุ-ระยะวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหอผู้ป่วยศัลยกรรม และสูติ-นรีเวช อยู่ในระดับต่ำ และพบข้อมูลที่สำคัญอีกคือ ในการปฏิบัติการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนการปฏิบัติงาน หัวหน้าทีมได้ตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยในทีมที่รับผิดชอบสูงที่สุด โดยหัวหน้าทีมจะกำหนดเวลาเริ่มต้นและเสร็จสิ้นของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล มีการอธิบายถึงงานที่มอบหมายให้แก่สมาชิกทีมแต่ละคนทราบ ตลอดจนได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล มีการจัดการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบก่อนการปฏิบัติงานมากที่สุดร้อยละ 100 ไม่พบการกำหนดเวลาเป็นลายลักษณ์อักษร และยังพบว่าการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลยังไม่สมบูรณ์เกือบทั้งหมด ทุกลักษณะของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่สำคัญอีกคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด

5. การตรวจสอบทางการพยาบาล

ในประเทศไทย ได้เริ่มมีการดำเนินโครงการสนับสนุนการพัฒนาบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมาแล้ว โดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพบริการพยาบาลต่อเนื่องให้ได้มาตรฐานที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลขึ้น เพื่อให้ฝ่ายพยาบาลของโรงพยาบาลดังกล่าว ได้ใช้เป็นแนวทางประกอบการดำเนินการโดยการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโอกาสต่อไป (กองการพยาบาล, 2531)

การตรวจสอบทางการพยาบาลเป็นการประเมินบริการพยาบาลโดยสรุปเพื่อตัดสินคุณภาพและประสิทธิภาพขององค์การพยาบาลว่าบรรลุตามเกณฑ์มาตรฐานที่วางไว้หรือไม่เพียงใด ฟานอฟ (Phaneuf, 1972) ได้ให้ความหมายของการตรวจสอบทางการพยาบาลว่าเป็นวิธีประเมินด้านคุณภาพการพยาบาล โดยการวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล ซึ่งสะท้อนจากการบันทึกและรายงานหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว (Retrospective Chart Review) ซึ่งเป็นเอกสารที่มีคุณค่าอย่างมากในเชิงกฎหมาย สำหรับผู้ป่วยคดีและอุบัติเหตุ (Thoma and Pittman, 1972) รายงานของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งรวมรายงานของโรงพยาบาล รายงานของแพทย์ รายงานของพยาบาลและรายงานอื่น ๆ ทุกประเภท จะถูกตรวจสอบโดยคณะกรรมการชุดหนึ่งที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นระบบการตรวจสอบคุณภาพของบริการพยาบาล (Hanna, 1976)

ไดวินเซนตี (Di.Vincenti, 1972) ได้ให้ความหมายของการตรวจสอบทางการพยาบาลไว้ว่า

1. เป็นเครื่องมือทางการบริการที่ใช้ประเมินคุณภาพของการพยาบาลโดยการตรวจสอบจากการบันทึกรายงานการรักษาพยาบาล
2. เป็นการเปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับกับมาตรฐานการพยาบาล
3. เป็นการประเมินตามวัตถุประสงค์ที่ฝ่ายบริการได้กำหนดขึ้น
4. เป็นการประเมินหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยไปแล้ว โดยไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

หลักการและขั้นตอนการตรวจสอบรายงานทางการแพทย์

1. การตรวจสอบทางการแพทย์ โดยการนำเอาบันทึกรายงานที่ผู้ป่วยจำหน่าย มาตรวจสอบและประเมินการดูแลรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ พยาบาล ทีมการดูแลรักษา

2. พยาบาลต้องตรวจดูในบันทึกรายงานข้อบกพร่องบางประการโดยตรวจในใบบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการทุเลามากน้อยแค่ไหน ต้องส่งต่อเพื่อรักษาหรือไม่ ขณะจำหน่ายมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนหรือไม่

3. ชั้นสุดท้ายควรมีการตรวจสอบแบบบันทึกว่ามีระบบการบันทึกรายงานอย่างไร

4. ทำการตรวจสอบตามเครื่องมือ ที่สร้างขึ้นโดยฟานอฟ (Phaneuf, 1976)

ซึ่งจะกำหนดหัวข้อการตรวจสอบ ดังนี้

4.1 บันทึกการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ตามขอบเขตของกฎหมาย
หมายถึง มีบันทึกที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ตามขอบเขตของกฎหมาย ซึ่งตรวจสอบได้จาก Nurses' Note

4.2 การสังเกตอาการแสดงและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย
หมายถึง มีบันทึกซึ่งตรวจสอบได้จาก Nurses' Note บ่งชี้ให้เห็นถึงการสังเกตอาการแสดงและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังให้การรักษายา

4.3 รายงานและบันทึก
หมายถึง มีบันทึกแสดงถึงข้อมูลของการรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และหลังรายงานแพทย์แล้วจะบันทึกไว้ใน Nurses' Note และเมื่อให้การรักษามาก่อนแพทย์สั่ง จะบันทึกรายงานทันทีลงในใบให้ยาผู้ป่วยรายนั้น ๆ ซึ่งจะตรวจสอบจาก Nurses' Note และใบแจ้งการให้ยา

4.4 ดำเนินการตามวิธีการปฏิบัติและเทคนิคการพยาบาล แสดงถึงการใช่วิธีปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อแก้ปัญหา

หมายถึง มีบันทึก ซึ่งตรวจสอบได้จาก Nurses' Note แสดงให้เห็น

ถึงการที่พยาบาลได้ใช้วิธีปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาที่ได้พบเห็น
ในผู้ป่วยรายนั้น ๆ

- 4.5 การส่งเสริมสุขภาพร่างกายและอารมณ์โดยการแนะนำ และให้การสอน
หมายถึง มีบันทึกที่บ่งชี้ให้เห็นถึงการสอนในหัวข้อเรื่องที่แสดงให้เห็นถึง
การส่งเสริมสุขภาพร่างกายและอารมณ์ซึ่งตรวจสอบจาก Nurses' Note
- 4.6 การติดตามผลการให้ศึกษาโดยมีการนิเทศการปฏิบัติของผู้ป่วย
หมายถึง มีบันทึกแสดงให้เห็นถึงการที่พยาบาลได้มีการติดตามผลการสอน
ผู้ป่วย โดยมีการนิเทศ การปฏิบัติของผู้ป่วยโดยวิธีสาธิตกลับ เพื่อให้เกิด
ความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตัวผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งเป็นการควบคุมคุณภาพการ
บริการนั่นเอง ซึ่งตรวจสอบจาก Nurses' Note

ข้อจำกัดของการตรวจสอบทางการพยาบาล (นางรัตน์ บุญญาธิกรักษ์, 2526) มีดังนี้ คือ

1. การตรวจสอบทางการพยาบาล ไม่ใช่การประเมินผลขณะที่ผู้ป่วยได้รับการ
เป็นเพียงการศึกษาย้อนหลังด้วยการวิเคราะห์การบันทึกเท่านั้น
2. การตรวจสอบทางการพยาบาลไม่ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติงานของ
พยาบาล แต่มุ่งเฉพาะบริการที่ผู้ป่วยได้รับทั้งการรักษา การพยาบาล และบริการอื่น ๆ ที่
เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
3. การตรวจสอบทางการพยาบาล ไม่ใช่การตรวจสอบการพยาบาล แต่เป็นการ
ประเมินการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมการดูแลรักษา
4. การตรวจสอบทางการพยาบาล ไม่ใช่การตรวจแบบแผนทั้งหมดของการรักษา
พยาบาลแต่ละข้อบกพร่องบางประการเท่านั้น
5. การตรวจสอบทางการพยาบาล มิได้มุ่งเพื่อปรับปรุงการบันทึกรายงานของ
ผู้ป่วยเป็นส่วนบุคคล แต่สิ่งสำคัญต้องการให้พยาบาลเห็นความสำคัญของรายงาน โดยมุ่งความ
สนใจที่กระบวนการพยาบาล

กล่าวโดยสรุป จะเห็นว่าการตรวจสอบทางการพยาบาลถือว่าเป็นการตรวจสอบผล
การดูแลและกระบวนการปฏิบัติการดูแล (Outcome and Process) ด้วยเครื่องมือที่สร้างขึ้น
เฉพาะและตรวจจากการบันทึกการดูแลรักษาทั้งหมด ที่ผู้ป่วยได้รับและเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม
การประกันคุณภาพ (Quality Assurance Program) เมื่อมีการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพ

ตามเกณฑ์มาตรฐานแล้วก็จะพิจารณาทางแก้ไข (Corrective Action) เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (Hospital Association, 1973) ฉะนั้นการตรวจสอบทางการพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งของการรับประกันคุณภาพการพยาบาล เพราะมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาล เพื่อเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพื่อพิสูจน์คุณภาพของการพยาบาลที่ได้ให้ไปแล้ว

อย่างไรก็ตาม การควบคุมคุณภาพจะถูกนำมาใช้ในการตรวจสอบทางการพยาบาล หลักการขึ้นอยู่กับความน่าจะเป็นไปได้ โดยการนำบันทึกของการดูแลทั้งหมดที่มีอยู่มาเลือกใช้ในการตรวจสอบ ซึ่งต้องพิจารณากฎ 3 ข้อ ที่ใช้ในการสังเกตเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพ คือ (กองการพยาบาล, 2529)

1. ตัวอย่างจะต้องถูกเลือกมาโดยการสุ่มตัวอย่าง
2. จำนวนบันทึกรายงานผู้ป่วยที่จะนำมาเป็นตัวอย่างจะต้องมีพอเพียง และ
3. ในการสังเกตนั้นจะต้องตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และต้องเชื่อถือได้ในสถานการณ์

ปัจจุบัน

ในการมองของผู้ป่วยที่จะจัดว่าการดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับคุณภาพดี เมื่อมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลที่สำคัญ คือ มีการสื่อสารที่ดี มีความรวดเร็ว มีอรรถยาศัยดี และมีความห่วงใย (Do11, 1979) หรือตัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ก็มีได้หมายความว่า จะมีความมาตรฐานในการดูแลทางคลินิกสูงด้วย (Kaim-Caudle and Marsh, 1975) แต่จากการศึกษาของ อีริคเซน (Eriksen, 1987) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการดูแลให้การพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษานพบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางผกผันเป็นส่วนใหญ่ จึงให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ไม่ควรใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นตัวชี้คุณภาพของการดูแลให้การพยาบาลในองค์การสุขภาพ จากการศึกษาของ อินทิมา ศุภสินธุ์ (2533) ได้ทำการศึกษาตัวแปรคัดสรร มีความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี ในประเทศไทย โดยการใช้เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล วัดโดยมาตรอันดับซึ่งมีความเที่ยง .90, .93 และ .87 ตามลำดับ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในตึกสามัญของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี โดยส่วนรวมอยู่ในระดับพอใจและยังพบว่า ตัวแปรคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัว

- 1) การรับรู้ของหอผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล
- 2) รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วย และ
- 3) ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 59.17

ทากลิโอคอสโซ (Tagliocozzo) ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อต้องการทราบว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลในโรงพยาบาล ได้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 81 เน้นที่การให้การพยาบาลเฉพาะตัวผู้ป่วยเป็นคน ๆ ไป ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดอีก ร้อยละ 81 เห็นว่า ความสำเร็จของพยาบาลอยู่ที่บุคคลิกภาพเป็นสำคัญ มีผู้ป่วยร้อยละ 45 ที่ต้องการการบริการที่รวดเร็ว ทันใจ และมีประสิทธิภาพ ส่วนอีกร้อยละ 29 กล่าวเจาะจงลงไปว่าต้องการการบริการจากผู้มีความรู้ และความชำนาญในการพยาบาล (Risser, 1975)

จากการศึกษากิจกรรมการพยาบาล ของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปของกรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โดย ริดและคณะ (2514) ได้ค้นพบว่า พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 45 และเวลาที่ใช้ไปนี้ประมาณครึ่งหนึ่งถูกใช้ในกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการให้การรักษา (Technical Procedures) ได้แก่ การฉีดยา และให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลยังมีความเข้าใจต่อหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองไปในบทบาทที่ไม่เป็นอิสระมากกว่าบทบาทอิสระ ซึ่งบทบาทนี้จะเป็นบทบาทที่สามารถสร้างเสริมความเป็นเอกสิทธิ์ของการพยาบาล (Nursing Autonomy) และแสดงเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับของ แมส และคณะ (Mass et al., 1975) ได้ทำวิจัยเรื่องเอกสิทธิ์ของการพยาบาลที่โรงพยาบาลไอโอวา วิเทอราเนอส์ โฮม (Iowa Veterans Home Hospital) โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ พบว่าเอกสิทธิ์ของพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อการพยาบาลมีคุณภาพ และมีการปฏิบัติงานด้วยความรู้ จากผลวิจัยนี้ทำให้เขาสร้างแบบประเมินผลการพยาบาลขึ้นอย่างมากมาย เพื่อเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และคงไว้ซึ่งมาตรฐานของคุณภาพ

เคอร์ติส และ ซิมสัน (Curtis and Simson, 1985) ได้ทำการตรวจสอบการประเมินผลคุณภาพของการพยาบาล โดยได้สร้างเครื่องมือที่จะประเมินการปฏิบัติของพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการประเมิน โดยจะประเมินทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะทำการตรวจสอบจากรายงานของผู้ป่วยที่กลับบ้านแล้ว พบว่า ทั้ง 4 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีความสำคัญเท่ากัน จากการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี พบว่าคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลจาก 77 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป จนถึง 99 เปอร์เซ็นต์ ฉะนั้นเครื่องมือประเมินผลจึงเป็นกลไกอันหนึ่งในการประเมินผล

6. การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล

การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมหลักกิจกรรมหนึ่งที่ใช้ปฏิบัติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประกันคุณภาพ และปริมาณการพยาบาลที่ดีเพียงพอ กระทำเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรได้มีการพัฒนาการในงานที่ปฏิบัติ (พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์, 2525) สอดคล้องกับ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2522) ได้กล่าวเน้นว่า การเยี่ยมชมตรวจกระทำขึ้นเพื่อสนองความต้องการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรโดยต้องจัดให้มีขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งช่วยให้สามารถให้การพยาบาลที่ถูกต้องตรงกับสถานการณ์จริง

การเยี่ยมชมตรวจเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล และเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของการนิเทศการพยาบาล ซึ่งสามารถปฏิบัติได้โดยพยาบาลทุกประเภท ทุกคนและทุกตำแหน่งตามหน้าที่ความรับผิดชอบ โอกาสและวาระต่าง ๆ กัน โดยไม่จำกัดลักษณะและประเภทของงานบริการอยู่ในความรับผิดชอบ (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 253๑) การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาลเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยการทำงาน เป็นกลุ่มได้ผลดีมีคุณภาพมีวัตถุประสงค์ในการรักษาพยาบาลตรงกัน (สุวดี ศรีเลขาวิติ, 2526)

การเยี่ยมชมตรวจตามความเห็นของ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2525) ถือเป็นงานด้านการควบคุมของหัวหน้าตึก เพื่อสังเกตประสิทธิภาพของการพยาบาลและเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยอาจให้การพยาบาลและสาธิตเทคนิคใหม่

แต่ พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์ (2525) กล่าวว่า การเยี่ยมชมตรวจอธิบายได้ว่าเป็นกิจกรรมของการท่องเที่ยวอย่างหนึ่ง (Tour or Excursions) (Perrodin, 1968) และเป็นการท่องเที่ยวในบริเวณต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง คือ 1) มีผู้ป่วยได้รับการดูแล 2) มีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 3) มีการติดต่อประสานงานภายในแผนกและระหว่างแผนก 4) มีการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานในรูปของวัสดุและเครื่องมือใช้ที่สังเกตได้ 5) มีการติดต่อกันระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประกันคุณภาพและปริมาณการพยาบาลที่ดีและเพียงพอ ตลอดจนเพื่อการกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้มีการพัฒนาการในงานที่ปฏิบัติ จึงพอสรุปได้ว่า การเยี่ยมชมตรวจนั้นจะต้องมุ่งพัฒนาบุคคล และพัฒนาประสิทธิภาพประสิทธิผลประสิทธิภานของงานไปด้วยในเวลาเดียวกัน นอกจากนั้นแล้วจะเห็นว่า การเยี่ยมชมตรวจเกิดขึ้นทุก ๆ หน่วยงานของโรงพยาบาล ตลอดจนชุมชนในโรงพยาบาลตั้งอยู่

ด้วยการเยี่ยมชมตรวจในขอบเขตของบริการพยาบาลเป็นการเยี่ยมชมตรวจ สํารวจ ทรัพยากร (Resources) ทุกประเภท ในขณะที่ให้บริการ (In Service) ด้านการดูแลรักษา

จะเห็นได้ว่า การเยี่ยมชมตรวจที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลมิได้หลายลักษณะ อาจแบ่งได้ตามวัตถุประสงค์หลักของการเยี่ยมชมตรวจ แม้ว่าการเยี่ยมชมตรวจในแต่ละครั้งอาจต้องประสบกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนหรือมีหลาย ๆ สถานการณ์ประกอบกัน และได้ข้อมูลหลาย ๆ ประเภท การเยี่ยมชมตรวจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวางแผน การเยี่ยมชมตรวจเฉพาะอย่าง เพื่อช่วยให้การเยี่ยมชมตรวจแต่ละครั้งมีจุดหมายที่แน่นอนชัดเจน เมื่อผลของการเยี่ยมชมตรวจที่มีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญในการพิจารณาเพื่อทำการเยี่ยมชมตรวจ มีดังนี้ คือ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522)

1. ใครเป็นผู้ปฏิบัติการเยี่ยมชมตรวจ (Who) ควรพิจารณาตัวบุคคลก่อนเพื่อที่จะวางแผนกิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจที่เหมาะสมต่อไป
2. ประเภทของการเยี่ยมชมตรวจ (What) ควรได้พิจารณาเสียก่อนว่า การเยี่ยมชมตรวจแต่ละครั้งว่าจะเน้นหนักไปในประเภทใดของการเยี่ยมชมตรวจ เพื่อจะได้กำหนดแนวปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป
3. จะทำการเยี่ยมชมตรวจที่ไหน (Where) การเยี่ยมชมตรวจนี้จะกระทำในที่ใดบ้าง จะต้องกำหนดให้แน่ชัดลงไป
4. เวลาที่จะทำการเยี่ยมชมตรวจ (What time) จะทำการเยี่ยมชมตรวจเวลาใดบ้าง มีกำหนดเวลาอย่างไร
5. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Objectives) ของการเยี่ยมชมตรวจครั้งนี้มีอะไรบ้าง ควรได้กำหนดขึ้นก่อนการปฏิบัติการเยี่ยมชมตรวจ

ประเภทของการเยี่ยมชมตรวจ

ประเภทของการเยี่ยมชมตรวจจัดแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2525)

1. การเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วย (Patient Rounds) หรือการเยี่ยมชมตรวจทางพยาบาล (Nursing care Rounds) ลักษณะเฉพาะของการเยี่ยมชมตรวจประเภทนี้จะเน้นเรื่องผู้ป่วย และการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ กิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจแบบนี้มีหลายวิธี ดังนี้

1.1 การเยี่ยมตรวจขณะรับเวร-ส่งเวร (Change of Shift Rounds) การปฏิบัติจะเกิดขึ้นในกรณีที่มียารายงานผู้ป่วยส่งต่อจากเวรหนึ่งไปสู่อีกเวรหนึ่ง ซึ่งจะมีช่วงเวลาของการเยี่ยมตรวจค่อนข้างแน่นอน จุดประสงค์ของการเยี่ยมตรวจนี้คือ 1) เพื่อติดตามแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและเป็นการเตรียมการก่อนวางแผนการดูแลต่อไปและ 2) เพื่อการมอบหมายหน้าที่โดยพิจารณาตามสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นสำคัญ

1.2 การเยี่ยมตรวจในช่วงเวลาเช้า (Mid-Morning Rounds or Mid-Shift Rounds) เป็นการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยในช่วงกลางของเวร ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้เป็นเวลานาน วัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย 2) เพื่อชี้แจง อธิบาย บอกกล่าว ข้อมูลสำคัญต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจต่าง ๆ แผนการดูแลรักษาตลอดจนการวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องการเวลาในการอธิบายและชี้แจง และ 3) เพื่อตรวจสอบการพยาบาลที่ดำเนินไปแล้ว ในช่วงต้นของเวรนั้น ๆ

1.3 การเยี่ยมตรวจอย่างรวดเร็ว (Quick Rounds) เป็นการปฏิบัติการเยี่ยมตรวจเฉพาะที่ เฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่มหรือบางประเภท อาจทำในช่วงเวลาใด ๆ ก็ได้ ตามความต้องการและใช้เวลาสั้น ๆ เท่านั้น มีวัตถุประสงค์คือ 1) ตรวจสอบสภาพของผู้ป่วยขณะนั้น เพื่อประเมินความต้องการเร่งด่วนของผู้ป่วย 2) สังเกตผู้ป่วยเฉพาะรายก่อนและ/หรือหลังการให้การดูแลรักษาเฉพาะอย่าง 3) สังเกตอาการสำคัญในผู้ป่วยหนัก ซึ่งจำเป็นต้องเยี่ยมตรวจเป็นระยะ

1.4 การเยี่ยมตรวจร่วมกับผู้รักษา (Rounds With Physicians) เป็นการเยี่ยมตรวจผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลอาจร่วมเยี่ยมตรวจด้วยเป็นครั้งคราว แต่ควรได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ มีวัตถุประสงค์คือ 1) เรียนรู้ข้อค้นพบจากผู้รักษาอย่างต่อเนื่องกันไปโดยตลอด 2) รู้ถึงแผนการรักษาที่ดำเนินไป การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงแผน 3) รู้ถึงข้อมูลที่ผู้รักษาให้กับผู้ป่วย เพื่อนำไปประกอบการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการรักษา

1.5 การเยี่ยมตรวจก่อนส่งเวร เน้นความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องทำการเยี่ยมตรวจอีกครั้งหนึ่งก่อนส่งเวรให้กับเวรต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) ตรวจสอบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ 2) ตรวจสอบความถูกต้องการดูแลรักษาที่ให้ตลอดจนความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาในความรับผิดชอบ 3) เพื่อการรายงานที่ถูกต้องแม่นยำ ซึ่งจะทำการดูแลรักษาต่อเนื่องกันได้

2. การเยี่ยมตรวจบุคลากร (Personnel Rounds) ประเภทนี้จะมุ่งที่บุคลากร เป็นสำคัญ อาจไม่จำเป็นต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน แต่จะต้องกำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ โดยพยายามจะพบกับบุคลากรพยาบาลในความรับผิดชอบของตน

3. การเยี่ยมตรวจโรงพยาบาล (Hospital Rounds) การปฏิบัติเช่นนี้เป็นการ ตรวจตราการพยาบาลต่าง ๆ ของโรงพยาบาลนอกเหนือจากผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งหมายถึง เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ อาคารและบริเวณแวดล้อม ซึ่งอาจตรวจตราในแง่ของ ความเพียงพอ ความสะอาด ความสะดวก ปลอดภัยในการใช้งาน เป็นต้น

4. การเยี่ยมตรวจสาธารณะ (Public Rounds) เป็นการเยี่ยมตรวจครอบครัว ญาติและผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือในชุมชน ทั้งนี้เพื่อประเมินความต้องการของชุมชน ด้านการดูแลรักษา และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชนเพื่อคงประสิทธิภาพของการดูแลรักษา

หลักการปฏิบัติในการเยี่ยมตรวจ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2525)

หลักการปฏิบัติในการเยี่ยมตรวจโดยสรุปแล้ว อาจมีอยู่ 3 ประการ คือ

1. การเยี่ยมตรวจต้องมีแผนล่วงหน้า ตามสิ่งสำคัญ 5 ประการที่กล่าวข้างต้น
2. การเยี่ยมตรวจต้องปฏิบัติกับบุคลากรคนใดคนหนึ่งปฏิบัติงานเป็นประจำในที่ นั้น ๆ ไม่ควรเยี่ยมตรวจคนเดียว ด้วยเหตุผลที่ว่า ขณะปฏิบัติการเยี่ยมตรวจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือความเข้าใจ ต่อสถานการณ์ที่ปรากฏได้อย่างชัดเจน และไม่ผิดพลาด
3. การเยี่ยมตรวจต้องมีแบบบันทึก เพื่อบันทึกสาระสำคัญของการเยี่ยมตรวจเป็น เหตุการณ์ที่พบในขณะนั้นพร้อมทั้งข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติที่ได้รับในขณะนั้น เพื่อที่จะได้รับไป พิจารณาในการดำเนินการต่อไป

ขั้นตอนและหลักการปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ พยาบาลควรมีการตรวจสอบข้อมูล และบันทึกทางการพยาบาล ไว้โดยจะต้องเตรียมข้อมูลในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนการเตรียมสภาพทั่ว ๆ ไป ของผู้ป่วย
2. ขั้นดำเนินการ ในขั้นนี้พยาบาลจะต้องมีข้อมูลไว้พร้อมในการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล โดยกลุ่มบุคลากรในเวรร่วมเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล ร่วมกันโดยตรวจสอบที่

ละคนตามลำดับ โดยพบปะผู้ป่วยพร้อม ๆ กัน เปิดโอกาสให้ซักถามในเรื่องการรักษาการพยาบาลตลอดจนเฉพาะเรื่องต่าง ๆ ได้

7. กลุ่มสร้างคุณภาพงาน

กลวิธีควบคุมคุณภาพอาจมีได้มากวิธี แต่วิธีที่ได้รับการนิยมประยุกต์ใช้ในการควบคุมคุณภาพ คือ การพัฒนาคุณภาพโดยวิธีญี่ปุ่น (Q.C Circle) (กล้าหาญ วรพุทธพร, 2530) คิว.ซีเป็นกิจกรรมการแก้ปัญหาด้วยกลุ่มโดยอาศัยหลักของวงจรเดมมิง (Deming's Cycle) รวมทั้งใช้เทคนิคหรือ "เครื่องมือ" (Tools) ในการแก้ปัญหา (ประวิทย์ จงวิศาล, 2526) การควบคุมคุณภาพเป็นหน้าที่เบ็ดเสร็จซึ่งหน่วยงานหรือบุคคลจะต้องยึดถือปฏิบัติทั่วทั้งองค์การ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ด้านคุณภาพ จะเห็นว่าในองค์การสุขภาพของรัฐบาลนั้น คำนี้ถึงด้านคุณภาพของการบริการน้อยมาก ซึ่งจะเห็นจากการได้รับการวิจารณ์ในด้านลบเป็นจำนวนมากไม่น้อย ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานคุณภาพจึงควรจะต้องคำนึงถึงทั้งมาตรฐานคุณภาพของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและบุคคลภายนอกผู้ทราบหรือมีศักยภาพที่จะเป็นผู้รับบริการด้วย (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2528) และยังเป็นการเพิ่มการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2526)

ความหมาย

กลุ่มสร้างคุณภาพหรือกลุ่มคิว.ซี หมายถึง กลุ่มคน 4 - 10 คน ในสายงานเดียวกันมารวมกันเพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุและวิธีการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการตัดสินใจของกลุ่มบนพื้นฐานที่ว่า คนที่ทำงานนั้น ๆ ย่อมรู้ปัญหาในหน่วยงานของตนเองดีกว่าบุคคลภายนอก (Ralph, 1983) สำหรับ ริชชาร์ท หล่อเลิศรัตน์ และ ศุภนิษฐ์ โชครัตนชัย (2526) ได้ให้ความหมาย คิว.ซี ว่าหมายถึง กลุ่มคนทำงานร่วมกัน ขนาดเล็ก (3-10 คน) ที่เหมาะสมประมาณ (5-7 คน) ทำงานในสถานที่เดียวกัน มองเห็นปัญหาด้วยกัน รวมถึงกันอย่างอิสระ ทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงงาน (เพิ่มคุณภาพคน งาน หน่วยงาน) ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ใช้วิธีคิวซี เทคนิค 8 ประการ การพัฒนาตนเองและเพื่อนร่วมงาน ดังว่ากิจกรรม คิว.ซี ทั้งทั้งองค์การเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Total Quality Control)

ชัยพร วิชชาจุฑ (2526) ได้ให้ความหมายของกลุ่มสร้างคุณภาพงานว่า หมายถึง กลุ่มพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเดียวกันรวมกันเข้าด้วยความสมัครใจเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้กิจกรรมที่มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพของผลงานที่มีสมาชิกของกลุ่มมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน

สุรศักดิ์ นานานุกูล (2527) ให้ความหมายกลุ่มสร้างคุณภาพงานว่าเป็นการรวมกลุ่มคนขนาดเล็กลงในแหล่งเดียวกันอย่างอิสระเพื่อทำกิจกรรมในด้านการปรับปรุง ซึ่งส่งผลมาถึงการปรับปรุงคุณภาพ ทั้งนี้โดยไม่มีใครบังคับ แต่ต้องไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงานนั้น

อิชิคาวา (Ishikawa, 1980) กล่าวว่ากิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพงานจะสร้างขวัญ สร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มโดยที่สมาชิกทุกคนได้ร่วมมือกันปฏิบัติงาน แก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน มองเห็นความสำคัญและยอมรับในความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในปัญหาเดียวกัน เรียนรู้ที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เทคนิควิธีการต่าง ๆ ของกลุ่มสร้างคุณภาพงานเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาสภาพการทำงานให้ดีขึ้นอีกด้วย

กล่าวโดยสรุปแล้ว กิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพงาน หมายถึง กิจกรรมที่เกิดจากการรวมตัวของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน โดยเฉพาะในระดับปฏิบัติเป็นการรวมตัวด้วยความสมัครใจ มีความอิสระที่จะช่วยกันปรับปรุงงานหรือแก้ปัญหาในหน่วยงาน เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลมาซึ่งคุณภาพของงาน และเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงาน

หลักการของกิจกรรมคิวซีมี 4 ประการดังนี้

1. กิจกรรมที่ต้องไม่ขัดนโยบาย โดยต้องศึกษานโยบายของโรงพยาบาลก่อน จุดมุ่งหมายของการทำกิจกรรมก็เพื่อการแก้ปัญหการปรับปรุงงาน ซึ่งการกระทำดังกล่าวต้องไม่ขัดกับนโยบายของหน่วยงาน หากเป็นกิจกรรมที่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงานแล้ว ย่อมจะเกิดปัญหาและไม่สำเร็จตามเป้าหมาย

2. ต้องเป็นกิจกรรมที่ทำได้เอง วิธีการแก้ไข้ปัญหา ปรับปรุงงานนั้น สมาชิกของกลุ่มต้องร่วมกันการแก้ไข้ปัญหาได้เองเป็นส่วนใหญ่ อาจมีการประสานงานขอความร่วมมือช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่นบ้างในบางส่วน

3. ต้องเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่ม ในการแก้ปัญหา ปรับปรุงงาน สมาชิกจะต้อง ร่วมกันคิดร่วมกันแก้ปัญหาแบบกลุ่ม ซึ่งจะก่อให้เกิด การยอมรับในการแก้ปัญหามากกว่าความคิดจากคนคนเดียวอีกทั้งมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหได้กว้างขวางขึ้น จากการระดมความคิดของกลุ่ม

4. กิจกรรมต้องทำอย่างต่อเนื่อง การแก้ปัญหาหรือการปรับปรุงงานในหน่วยงาน บางประการต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะแก้ไขปัญหการปฏิบัติงานประจำที่มีอยู่ตลอดเวลาให้น้อยลง แม้จะไม่เกิดเป็นปัญหาที่รุนแรง ก็จะต้องปรับปรุงเพื่อการพัฒนาหน่วยงานต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่าที่ใดไม่มีปัญหาที่นั่นย่อมไม่มีการพัฒนา (no problem no progress)

หลักสำคัญของการบริหารกลุ่มควิชีในขั้นตอนการดำเนินการ

1. สมาชิกต้องจัดตั้งจากเจ้าหน้าที่ในสายงานเดียวกัน หรือขอบเขตงานใกล้เคียงกัน รวมกลุ่มกันประมาณกลุ่มละ 4-10 คน ด้วยความสมัครใจ
2. สมาชิกทุกคนในหน่วยงานควรมีส่วนเป็นสมาชิกของกลุ่มควิชี โดยเลือกเข้ากลุ่มตามความสนใจของตน
3. กลุ่มสามารถดำเนินการโดยอิสระ แต่อยู่ภายใต้ขอบเขตนโยบายหลักของหน่วยงาน
4. ทำงานควบคุมปรับปรุงคุณภาพงานและประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงาน
5. สมาชิกในกลุ่มควิชีทุกคนมีส่วนระดมความคิดอย่างอิสระ และพยายามเสริมต่อความคิดของคนอื่น มุ่งปริมาณหรือจำนวนความคิดเป็นสำคัญ
6. มีการประชุมกลุ่มอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง โดยสมาชิกตกลงกันเองว่าจะประชุมในช่วงเวลาใดและต้องมีบันทึกการประชุม
7. ปฏิบัติกิจกรรมตามลำดับขั้นตอนของวงจรเคมีอย่างต่อเนื่องคือ วางแผน ดำเนินการแก้ไข ตรวจสอบผลและปฏิบัติการภายหลังการตรวจสอบ
8. มีการเสนอผลงานต่อผู้บริหาร

หลักการและขั้นตอนกลุ่มสร้างคุณภาพงาน

1. ขึ้นเตรียมการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงาน ควรจะมีการศึกษา นโยบายของโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานของฝ่ายการพยาบาลหรือไม่ มีการแต่งตั้ง

คณะกรรมการกลุ่มสร้างคุณภาพงานประจำแผนกโดยได้กำหนดหลักเกณฑ์และระเบียบต่าง ๆ เกี่ยวกับกลุ่มสร้างคุณภาพงานของแผนก นอกจากนี้ยังต้องเตรียมบุคคลเพื่อที่จะเป็นหัวหน้ากลุ่มผู้ประสานงานรวมตลอดถึงบุคลากรทุกระดับในทีมสุขภาพ

2. ขึ้นดำเนินการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงาน โดยการดำเนินการดังนี้คือ

- 1.1 จัดตั้งกลุ่มสมาชิกร่วมกัน 4-10 คน มีการเลือกหัวหน้ากลุ่มและเลขานุการกลุ่ม
- 1.2 ช่วยกันตั้งชื่อกลุ่ม คำขวัญประจำกลุ่มและสัญลักษณ์ของกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิก
- 1.3 จดทะเบียนกลุ่มกิจกรรมกับฝ่ายบริหารของหน่วยงานนั้น ๆ เพื่อประโยชน์ในการขอการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ ซึ่งข้อมูลในการจดทะเบียนกลุ่มประกอบด้วยชื่อกลุ่ม คำขวัญ สัญลักษณ์ สังกัดหน่วยงาน ชื่อสมาชิกและมีที่ปรึกษาของกลุ่ม เป็นต้น
 - 1.4 มีการประชุมกลุ่มค้นหาปัญหาทำกิจกรรม
 - 1.5 มีการกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำ
 - 1.6 กำหนดเป้าหมายของเรื่องที่จะทำ
 - 1.7 มีการเสนอหัวข้อเรื่องที่จะทำกิจกรรมให้ผู้รับผิดชอบยอมรับ
 - 1.8 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของสภาพอดีตและปัจจุบันก่อน
 - 1.9 ลงมือทำงานตามขั้นตอนวงจรเดมिंगโดย
 - 1.9.1 การวางแผน (Plan) โดยการเลือกหัวข้อปัญหาที่จะทำกิจกรรม ซึ่งจะพิจารณาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ของสมาชิกในกลุ่มและสมาชิกส่วนใหญ่ งานมีคุณภาพดีและปัญหานั้นสมาชิกสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองในระยะเวลาไม่ควรเกิน 6 เดือน โดยทุกคนในกลุ่มสร้างคุณภาพงานต้องมองเห็นว่า เรื่องนั้นเป็นปัญหาจริงและสามารถให้เหตุผลได้ว่าเหตุใดจึงเลือกปัญหานี้มาทำกิจกรรม โดยอาจจะหาองค์ประกอบใหญ่ ๆ ของปัญหาซึ่งอาจประชุมกลุ่ม ระดมสมอง เก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาก่อนการแก้ไขโดยเทคนิคการควบคุมคุณภาพวิธีต่าง ๆ เช่น ตารางตรวจสอบ การจำแนกข้อมูล กราฟ พาเรโต หรืออาจเลือกปัญหาที่สำคัญมาแก้ไขก่อนหลังโดยใช้แผนภูมิพาเรโต หรืออาจทำตารางแผน
 - 1.9.2 การลงมือแก้ไขปรับปรุง (Do) เป็นขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปรับปรุงในปัญหานั้น ๆ โดยสมาชิกของกลุ่มดำเนินการแก้ไขตามที่กำหนดไว้ในตารางแก้ไข

ปัญหาและมีการประชุมปรึกษากันเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

1.9.3 การตรวจสอบผล (Check) เป็นขั้นตอนการตรวจสอบผลที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติปรับปรุงแก้ไขตามแผนที่ได้วางไว้โดยจะตรวจสอบเป็นระยะ ๆ ระหว่างดำเนินการแก้ไขเพื่อรายงานให้กลุ่มทราบถึงความก้าวหน้าหรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ตรวจสอบผลภายหลังครบกำหนดการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตลอดจนการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการแก้ไขปรับปรุงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่เพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่

1.9.4 การปฏิบัติภายหลังการตรวจสอบผล (Action) เป็นกิจกรรมภายหลังการตรวจสอบผลจากการปฏิบัติปรับปรุงแก้ไขแล้วโดยถ้ากลุ่มดำเนินการแก้ไขปรับปรุงได้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ก็สรุปผลและตั้งเป็นมาตรฐานของการปฏิบัติงานนั้น แล้วจึงพิจารณาจัดกิจกรรมเรื่องอื่นต่อไป โดยมีการเสนอผลงานกลุ่มหรือถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ กลุ่มต้องพิจารณาหาสาเหตุว่าไม่ได้ผลเพราะเหตุใด วางแผนแก้ไขใหม่ให้ถูกจุดบกพร่องนั้น ๆ แล้วดำเนินการตามวงจรเดมิ่งอีก

ประโยชน์ของการนำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมาใช้ในงานกระทรวงสาธารณสุข

(ธีระ รามสูตร, 2531) คือ

1. ประการแรก

1.1 สร้างคุณภาพของ "คน" ให้เป็นผู้นำในแนวใหม่ที่มุ่งทำงานเพื่อส่วนรวมมากกว่าส่วนตน เป็นการสร้างสำนึกในการทำงานให้แก่คน สร้างทีมในการทำงาน

1.2 เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของงานเกิดการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานและลดค่าใช้จ่ายในการทำงาน

1.3 สร้างบรรยากาศ ในการทำงานที่ดี มีความสามัคคี สร้างสรร และยอมรับซึ่งกันและกัน

2. ประการที่ 2

2.1 แก้ไขปัญหาคน โดยเกิดสำนึกรับผิดชอบ ในการแก้ปัญหาในงานของตนเอง ลดภาวะการควบคุมงานของบุคคลากรระดับบริหาร เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับคนน้อยลง ผลทางอ้อมก็คือ มนุษย์สัมพันธ์ในการทำงานดีขึ้น ส่งผลให้การบริการประชาชนดีขึ้น

2.2 แก้ปัญหาเรื่องงบประมาณ ทำให้ประหยัด

กล่าวโดยสรุปแล้ว กลุ่มสร้างคุณภาพงานจะช่วยแก้ปัญหาในเรื่อง 8M-2E คือ คน (Man), เงิน (Money), วัสดุ (Material), เครื่องจักร (Machine), วิธีการ (Method), ชั่วญ (Moral), แรงจูงใจ (Motive), ประสิทธิภาพ (Efficiency), และสิ่งแวดล้อม (Environment).

จากผลงานการวิจัยต่าง ๆ ที่ให้ข้อสรุปได้ว่า การทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานนั้น ทำให้ทุกคนในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ ลดอัตราการย้าย ลาออก ตลอดจนทำให้การสื่อสารในหน่วยงาน ตลอดจนมนุษยสัมพันธ์ในหน่วยงานดีขึ้น ดังผลงานการวิจัยดังนี้ คือ

สมชาย ลักษณะนุรักษ์ และคณะ (2529) ได้ทำการทดลองนำกิจกรรมกลุ่มมาพัฒนาคุณภาพงานมาใช้ในกรมพลศึกษา ฝ่ายแผนงานและติดตามผล โดยได้ศึกษาถึงความรู้ ทักษะต่อกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน การรับรู้ถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ในลักษณะของการพัฒนาตนเอง (Self Development) การพัฒนาซึ่งกันและกัน (Mutual Development) การทำงานเป็นทีม (Team Building) และความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction) ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพ โดยศึกษาถึงการรับรู้ถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานในลักษณะของความพึงพอใจในงานของกลุ่ม ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ตัวแปรความรู้ของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูง ทักษะของกลุ่มทดลองมีผลในทางบวกเพิ่มขึ้น และการรับรู้ถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานในลักษณะของการพัฒนาตนเองและพัฒนาซึ่งกันและกัน และการทำงานเป็นทีมทั้งก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน แต่ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ทำให้ทราบว่า การที่จะนำกลุ่มพัฒนาคุณภาพมาใช้ในองค์การใดก็ตาม จะทำให้ทุกคนในองค์การเกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผลผลิตของงานเพิ่มมากขึ้น

สมนึก ทองเอี่ยม (2528) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพงานต่อการรับรู้สภาพการปฏิบัติงานของครู-อาจารย์ในวิทยาลัยเกษตรกรรมชลบุรี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครู-อาจารย์ในวิทยาลัยเกษตรกรรมชลบุรี และปราจีนบุรี จำนวน 76 คน โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เป็นกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ และร่วมปฏิบัติกลุ่มพัฒนาคุณภาพในสภาพการปฏิบัติจริง 2) กลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม และร่วมปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพจริง และ 3) กลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม และไม่ปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า การใช้กลุ่มพัฒนาคุณภาพมีผลบวกในกลุ่ม ครู-

อาจารย์ ที่ผ่านการฝึกอบรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ และได้ปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพในสภาพ การปฏิบัติงานจริง ต่อการรับรู้สภาพการปฏิบัติงานในลักษณะของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ขวัญในการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพระหว่างครู-อาจารย์ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและผลงาน ตามการรับรู้ของครู-อาจารย์ ผลของการวิจัยนี้ทำให้ได้แนวคิดว่าการนำกลุ่มพัฒนาคุณภาพมาใช้ ในองค์การสุขภาพนั้นเป็นเพียงเทคนิควิธีอย่างหนึ่งของการพัฒนาองค์การ (Organization Development) ถ้าจะเปรียบกลุ่มสร้างคุณภาพงานก็จะเหมือนยารักษา และองค์การสุขภาพเป็น เสมือนคนป่วย และคนป่วยต้องรับประทานยาให้ถูกต้องกับโรคชนิดใด องค์การก็ต้องใช้เทคนิคในการ พัฒนาองค์การให้เหมาะสมกับตัวองค์การเองฉันใดฉันนั้น ฉะนั้นในองค์การใด ๆ ก็ตามผู้ บริหารต้องมีค่านิยมประเพณียอมรับนวัตกรรม และต้องมีความรู้สึกพึงพอใจกับผลงานที่ออกมา และเพื่อให้บุคลากรทุกคนในองค์การมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกลุ่มพัฒนาคุณภาพให้ตรงกัน ผู้บริหารต้องจัดให้มีการฝึกอบรมและต้องร่วมฝึกปฏิบัติร่วมกัน รับรู้ความคิดรวบรวมขึ้นพื้นฐาน เดียวกัน (Basic Concept)

จากการศึกษา เบอร์ตัน (Burton, 1987) พบว่า เมื่อทำการศึกษานพยาบาลวิชา ชีพ จำนวน 108 คน โดยให้จัดตั้งกลุ่มสร้างคุณภาพงาน 10 กลุ่ม โดยจะเน้นในเรื่องการติดต่อ สื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งคมภายในองค์การ การจัดตั้งทีมและการปรับปรุงคุณภาพ ชีวิตการทำงานในโรงพยาบาล โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการทำกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ซึ่งจะ ประเมินการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความเครียดจากการทำงาน ความชัดเจนในบทบาทคุณภาพชีวิต ในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์การ ความพึงพอใจในงาน การขาดงานและการออกจากงาน ภายหลัง 1 ปี ของการใช้กลุ่มสร้างคุณภาพงานในโรงพยาบาลได้ทำการเปรียบเทียบการทดสอบ ก่อน และหลังทำกลุ่มสร้างคุณภาพงาน ผลปรากฏว่า การโยกย้าย การลาออก และความเครียด จากการทำงานจะลดน้อยลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไวน์ และ ไบรด์ (Wine and Baird, 1983) พบว่า การทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมักจะทำให้อัตราการลาออก การโยกย้าย ลดลง ปรับปรุงเวลา และตารางการปฏิบัติ เพิ่มการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงการ ปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ภายในทีมสุขภาพ ตลอดจนทำให้การสื่อสาร ดีขึ้น

เฮกการ์ด (Haggard, 1983) กล่าวเน้นว่า เมื่อนำคิวซีมาใช้ปรับปรุงการให้บริการ ผลปรากฏว่าสามารถปรับปรุงคุณภาพของบริการได้ดีขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ ได้รับ และการวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบลดน้อยลง นอกจากนี้ยังพบอีกว่า บุคลากรของ โรงพยาบาลมีความกระตือรือร้นและพึงพอใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคกลุ่มสร้างคุณภาพงานในองค์การสุขภาพ

1. การนำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมาใช้ในประเทศไทยนั้น จะมีลักษณะการสั่งการจากผู้บริหารระดับสูง (กระทรวงสาธารณสุข) มิได้เกิดจากความพึงพอใจของบุคคลในทีมสุขภาพนั้น ซึ่งผิดกับหลักการของกลุ่มสร้างคุณภาพงาน ทำให้การดำเนินงานของกลุ่มไม่ได้รับความร่วมมือ และเสียสละอย่างแท้จริง
2. ผู้บริหารระดับล่างไม่ใช้วิธีการจูงใจให้เห็นความสำคัญของการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงาน แต่ใช้วิธีสั่งการให้ทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานโดยไม่สอบถามความต้องการ และความสมัครใจของบุคคลากรในทีมสุขภาพ
3. บุคคลากรในทีมสุขภาพ ไม่มีความเข้าใจในหลักการ กลุ่มสร้างคุณภาพงาน เนื่องจากไม่ได้รับการอบรมทุกคน เพียงแต่ส่งตัวแทนไปอบรมแล้วมาถ่ายทอดต่อ
4. การทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บุคลากรที่ทำมักจะเป็นพยาบาลทั้งหมด ไม่ได้มีบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ มาร่วมเลย ทั้ง ๆ ที่ลักษณะการทำงานในทีมสุขภาพ ต้องมีการประสานงานทุกฝ่าย และทำร่วมกัน จะเห็นว่าในระดับปฏิบัติงาน จะพบปัญหาและอุปสรรคกลุ่มสร้างคุณภาพงาน คือ การขาดการประสานงาน ต่างกลุ่มต่างทำ ทำให้ได้ผลน้อย ผู้ทำขาดความสนใจอย่างต่อเนื่อง จากความจริงใจ และจริงจังต่อระบบ คิว.ซี.ซี อาจเนื่องมาจากขาดแรงจูงใจจากผู้บริหาร และจากแหล่งอื่น ๆ เช่น การประชาสัมพันธ์น้อย ผู้ทำกลุ่มไม่ได้ขยายออกไป คนที่ทำก็ทำซ้ำเดิมอยู่ตลอดเวลา ไม่มีการสร้างคนใหม่ และปัญหาเรื่องเวลา เป็นเรื่องที่ราคาแพงมาก ถึงเวลาไม่ตรงกัน มีงานต้องออกท้องที่ เป็นต้น (ธีระ รามสูตร, 2531)
5. สมาชิกในทีมต้องเสียสละเวลามาประชุมนอกเวลาราชการ จึงขาดความพร้อมในกลุ่ม
6. สมาชิกในกลุ่ม ไม่เห็นความสำคัญของการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงาน เนื่องจากไม่ได้ค่าตอบแทน
7. ปัญหาในองค์การสุขภาพเป็นปัญหาที่มีการเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ โดยหลักการกลุ่มสร้างคุณภาพงานแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทุกคนจะต้องเข้ามาอยู่ในทีมกลุ่มสร้างคุณภาพงานด้วย แต่ในความเป็นจริงเราไม่สามารถถึงผู้ป่วยมาอยู่ในทีมได้ ปัญหาบางปัญหาจึงแก้ค่อนข้างลำบาก

ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มสร้างคุณภาพงานประสบผลสำเร็จในระยะยาว (Haggard, 1983)

แม้ว่าหน่วยงานในโรงพยาบาลสามารถที่จะริเริ่มดำเนินการควิซี และได้รับความสำเร็จ แต่ความสัมพันธ์นี้จะให้ผลในระยะยาวหรือไม่ กลุ่มสร้างคุณภาพงานจะยังคงมีความต่อเนื่อง เนื่องจากการบำรุงขวัญผู้ทำงาน และคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหรือไม่ หรือจะหยุดเลิกไปภายใน 1-2 ปี หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารงานใหม่ คำตอบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้บริหารในระดับกลาง ข้อสังเกตที่สำคัญควรนำมาพิจารณา คือ

1. กลุ่มสร้างคุณภาพงานไม่สามารถที่จะดำเนินไปได้ในบรรยากาศที่มีการบริหารงานอย่างเผด็จการ ผู้บริหารต้องสนับสนุนกลุ่มและอนุญาตให้สมาชิก ได้ดำเนินการจัดระบบการทำงานหรืออาจกล่าวได้ว่า สมาชิกจะต้องได้รับการยินยอมให้มีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล

2. ถ้ามีการนำกระบวนการของกลุ่มสร้างคุณภาพงานไปใช้ แต่ผู้บริหารที่จะดำเนินการควบคุมกระบวนการกลุ่มตัดสินใจว่า ในกลุ่มจะมีใครบ้าง ควรจะพิจารณาปัญหาอะไร จะดำเนินการแก้ไขปัญหาเมื่อไร และผลที่คาดหวังควรจะเป็นอย่างไร ผู้บริหารนั้นเป็นผู้ที่สร้างบรรยากาศของการเป็นเผด็จการ ไม่ใช่เป็นกระบวนการกลุ่มสร้างคุณภาพงาน

3. บุคลากรอื่น ๆ เช่น แพทย์สามารถที่จะเป็นผู้ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินงานของกลุ่มสร้างคุณภาพงานทางการพยาบาลได้ง่ายที่สุด อาจจะใช้วิธีการให้ข้อมูลต่าง ๆ อย่างไม่มีการยั้งคิดและสร้างกระบวนการในการแก้ไขปัญหา ตัวแพทย์ยังควบคุมการดำเนินการให้บริการพยาบาลอยู่อย่างเหนียวแน่น การนำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมาใช้ก็จะไม่บังเกิดผลเท่าใด

4. บางโครงการ ประสบปัญหาที่ไม่มีการประชาสัมพันธ์ จึงเป็นการยากที่จะถึงความสนใจจากสมาชิกหรือผู้บริหารในการให้มโนมติเหล่านี้ ถ้าเขายังไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับกลุ่มสร้างคุณภาพงานจะเป็นอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับของ สมิท และคณะ (Smith et al., 1989) ที่ให้ข้อคิดไว้ว่า ถ้านำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมาใช้ในการบริการการพยาบาลจะต้องมีการกระจายความรู้เรื่องกลุ่มสร้างคุณภาพงานก่อน ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน เข้าใจมโนมติของกลุ่มสร้างคุณภาพงานตรงกัน สมาชิกทุกคนก็จะให้ความร่วมมือต่าง ๆ ตลอดจนหาวิธีใช้ถ้อยคำวิธีการต่าง ๆ เพื่อโน้มน้าวประชาสัมพันธ์ผู้ร่วมงานให้ประสบผลสำเร็จ

5. ปัญหาข้อสุดท้ายที่จะต้องระวัง คือ การต่อต้านการนำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมาใช้ที่ปรึกษาโครงการกลุ่มสร้างคุณภาพงานได้ทำการสำรวจโครงการของกลุ่มสร้างคุณภาพงานทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาหลายโครงการ ได้กล่าวว่า เขาไม่พบความล้มเหลวของการนำรูปแบบ

ญี่ปุ่นมาใช้เลย แมคคินนี (McKinney Quoted in Smith et al., 1989) กล่าวว่า การบริหารแบบญี่ปุ่นนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลย้อนกลับมาปรับปรุงการบริหารงาน และเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่จะทำให้ได้ผลผลิตสูงคุ้มค่า และยังสามารถปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยได้ (Buddle Quoted in Smith et al., 1989)

นอกจากนี้ ดีวา (Dewar, 1980) ได้ให้ทรรศนะไว้ว่า โครงการกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพงานจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหาร
2. การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ
3. สมาชิกมีทัศนคติที่ดีต่อกัน
4. การจัดให้มีการฝึกอบรม
5. การยอมรับการทำงานเป็นทีม
6. การยอมรับซึ่งกันและกัน
7. การเลือกปัญหาที่สอดคล้องกับความถนัดของสมาชิก
8. กลุ่มมีโอกาสแก้ปัญหาด้วยตนเอง

นอกจากนี้ อินเกิ้ล (Ingle, 1980) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า กิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพงานจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1. ความสามารถของสมาชิกในการนำสถิติพื้นฐานมาใช้
2. การทำงานเป็นกลุ่ม
3. ความรู้สึกพึงพอใจในงาน

อย่างไรก็ตาม ในการนำกลุ่มสร้างคุณภาพงานมาใช้ในองค์กรสุขภาพนั้น ควรพิจารณาถึงการค้ำคูณในการอบรม เราต้องพิจารณาให้รอบคอบถึงฐานคิด (Assumption) ที่จะใช้ในกลุ่มสร้างคุณภาพงานเสียก่อน คนญี่ปุ่นและคนไทยแตกต่างกัน เช่น เรื่องความจงรักภักดีต่อองค์การที่ตนทำงานอยู่ นิยมรักการทำงาน เป็นต้น

ฐานคิด (Assumption) ที่จะช่วยพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะใช้กลุ่มสร้างคุณภาพงานในองค์กรใด ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ คือ (สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2530)

1. ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ต้องมีค่านิยมประเพณียอมรับนวัตกรรม เพราะจากการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานนั้นอาจจะมีการเสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างภายในองค์กร ถ้าผู้บริหารมีลักษณะเป็นประเภทต่อต้านนวัตกรรมแล้ว การทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานก็ไม่มีประโยชน์
2. ผู้ที่อยู่ในกลุ่มสร้างคุณภาพงานต้องมีความเชี่ยวชาญในเรื่องงานที่ตนเองทำ ถ้าไม่รู้เรื่องการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงานก็ไม่มีประโยชน์
3. ผู้ร่วมกลุ่มสร้างคุณภาพงานต้องเป็นผู้ที่มีความรู้อย่างแจ่มชัดในเรื่องโครงสร้างขององค์กรของตน เพื่อจะได้ไม่สับสนในการตอบสนองต่อข้อเสนอของกลุ่ม อันอาจเป็นผลให้สมาชิกเกิดความคับข้องใจได้
4. ลูกจ้างภายในองค์กร โดยทั่วไปต้องมีความรู้สึกพึงพอใจในสภาพของการจ้างงาน ไม่รู้สึกว่าเขาถูกองค์กรเอาเปรียบ
5. คนงานโดยทั่วไปมีความรู้สึกพอใจกับการควบคุมงานของผู้บริหารโดยเฉพาะผู้นำกลุ่ม
6. มีความสมัครใจในการทำกลุ่มสร้างคุณภาพงาน
7. ผู้บริหารไม่เป็นเผด็จการ
8. ลักษณะนิสัยของคนไทย มักเห่อของใหม่ แต่เมื่อรับเข้ามาใช้แล้วก็ใช้ได้ไม่นาน ยิ่งถ้าหากขาดแรงเสริมอย่างรวดเร็วก็ยิ่งเล็กลง กลุ่มสร้างคุณภาพงานเกิดขึ้นจากความสมัครใจ เข้ามาร่วมงาน ถ้าหากผู้บริหารระดับบนไม่ให้รางวัลใจ ไม่ให้ความสำคัญเป็นพิเศษ (Recognition) หรือให้แต่ไม่เป็นที่พอใจ แนวโน้มที่จะเกิดขึ้น ก็คือ กลุ่มสร้างคุณภาพงาน จะตายไปเองในที่สุด

8. การรายงานรับเวร-ส่งเวร

การรายงานรับ-ส่งเวร (Change of Shift Report) ถือว่าเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลชนิดหนึ่ง ที่ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในทีมการพยาบาลแต่ละทีม ทำให้ผู้รับเวรสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ เพื่อเป็นการรับประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2525) ได้ให้ความหมายของการรายงานรับเวร-ส่งเวรว่า หมายถึงการบอกหรือส่งรายงานผู้ป่วยจากเวรหนึ่งสู่อีกเวรหนึ่ง เพื่อให้ข้อมูลและแนวการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ลักษณะการส่งเวรจะต้องสามารถให้ข้อมูลทางการพยาบาลให้ได้มากที่สุด

กล่าวคือ นอกจากการส่งข้อมูลแล้ว จะต้องมีการศึกษาสภาพผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเวร เพื่อตรวจสอบสภาพและปัญหาผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจ

การรายงานรับเวร-ส่งเวรแบบวิซิชินั้น ทั้งผู้รับและผู้ส่งเวรต้องเป็นไปด้วยความเข้าใจต่อกัน และมีประสิทธิภาพ โดยทั้งสองฝ่ายต้องรู้จักผู้ป่วยทุกคน รู้ปัญหา อาการ การเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การแก้ไข เข้าใจตามกันถึงแผนการรักษาของแพทย์ และต้องไม่ลืมที่จะบอกถึงงานที่ค้าง และที่จะต้องติดตามเผื่อระวัง สังเกตอาการต่อไป ใช้เวลาพอสมควรในการรายงานรับเวร-ส่งเวร ควรเปิดโอกาสให้ซักถามความเข้าใจบ้าง ผู้รับเวรควรขึ้นรับเวรก่อนเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 15-20 นาที และเพื่อเป็นการเตือนความจำควรบันทึกอาการสำคัญ การแก้ไขปัญหาหรืออาการที่ต้องสังเกตต่อไปไว้ในสมุดพกหรือโน้ตส่วนตัว ทั้งนี้เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ (สมบัติ ชาคริยานิช, 2522)

หลักการและขั้นตอนรายงานรับ-ส่งเวร

หัวหน้าเวรควรมีความพร้อมที่จะดำเนินการรายงานรับ-ส่งเวรดังนี้ คือ

1. ขั้นตอนเตรียมรายงานส่งเวร โดยหัวหน้าเวรต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วยไปแล้ว พร้อมทั้งการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลทุกชนิดไว้พร้อมที่จะรายงานส่งเวรตลอดจนต้องเตรียมสภาพทั่วไปของผู้ป่วยแล้วบันทึกปัญหาสำคัญของผู้ป่วยไว้ในคาร์ตเด็กซ์ สมุดบันทึกส่วนตัว และบันทึกทางการพยาบาลไว้พร้อมที่จะส่งต่อในเวรต่อไปได้ จะเห็นว่าบันทึกทางการพยาบาลที่กระจัดกระจาย ขาดรูปแบบที่ชัดเจนไม่เป็นระบบระเบียบ ทำให้มีผลต่อคุณภาพของการพยาบาลได้มาก ซึ่งจะทำให้เสียเวลาในการรายงานรับเวร-ส่งเวร ทำให้ขาดประสิทธิภาพ ซึ่งอาจไม่ประกันคุณภาพการดูแลได้ (Atwood et al., 1974; พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2524)

2. ขั้นตอนดำเนินการรายงานรับเวร-ส่งเวร หัวหน้าเวรจะรายงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่พยาบาลเวรต่อไปจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง การรักษาพยาบาลที่เวรต่อไปจะต้องกระทำติดต่อกัน ข้อมูลส่วนสำคัญที่จะต้องส่งเวรให้เวรต่อไปได้ติดตามสังเกตจากเวรต่อไป และต้องปฏิบัติในเวรต่อไป ทำการรายงานรับ-ส่งเวรกับหัวหน้าเวรต่อไป พร้อมกับสมาชิกเวร โดยมีการเปิดโอกาสให้หัวหน้าเวร และสมาชิกในเวรต่อไปได้ซักถามข้อสงสัยได้