

บทที่ 1



บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ให้บริการประชาชนและผู้เจ็บป่วยมานานกว่า 80 ปี ได้รับความเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับมาโดยตลอดในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในดังนี้คือ จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 566,967 คน เป็น 970,511 คน ส่วนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 38,155 คน เป็น 41,528 คน และถ้าพิจารณาจำนวนผู้ป่วยประกันสังคม จะพบว่าเริ่มแรกในปี 2534 มีผู้ป่วยประกันสังคมที่เลือกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก จำนวน 91,353 คน จากจำนวนสถานประกอบการ 1,007 ราย และเพิ่มเป็น 111,234 คน จากจำนวนสถานประกอบการ 2,257 ราย (แผนกเวชระเบียนและสถิติ, 2538)

จากสถิติจะเห็นว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ด้วยเหตุที่ว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น คิดเป็น 3,859 คนต่อตารางกิโลเมตร ในขณะที่ความหนาแน่นของประชากรทั้งประเทศโดยเฉลี่ย 114 คนต่อตารางกิโลเมตร และมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ประมาณ 5.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537) นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ผ่านระบบส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลในเขตภูมิภาครวมอยู่ด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดสภากาชาดไทย ซึ่งเป็นองค์การเพื่อการกุศลระดับสากล มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นสถานที่ศึกษาของนิสิตแพทย์และพยาบาล อีกทั้งต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่เลือกชั้น วรรณะ ฐานะ ซึ่งเป็นไปตามหลักการกาชาดที่ว่า "กาชาดมีความมุ่งประสงค์เพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของมนุษย์ ให้ความคุ้มครองแก่ชีวิตและสุขภาพไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องสัญชาติ เชื้อชาติ ความเชื่อทางศาสนา ชั้น วรรณะ หรือความคิดเห็นทางการเมือง (สำนักงานกลาง สภากาชาดไทย, 2528) เมื่อจำนวนผู้มา

รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี แต่จำนวนเตียงที่รักษาผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 1,239 เตียง ในปี พ.ศ.2528 เป็น 1,379 เตียง ในปี พ.ศ.2537 ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากกว่าเท่านั้นจึงจะมีโอกาสได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางจะให้รอสังเกตอาการอยู่ที่ห้องพักของแผนกฉุกเฉิน หรือผู้ที่อาการไม่หนักมากจะได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา บุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยในจึงต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักมากเป็นส่วนใหญ่ หรือเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคไม่สามารถให้การรักษาต่อได้

ลักษณะงานในหอผู้ป่วยใน พยาบาลมีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยและญาติค่อนข้างมาก ดังนั้นการสร้างความประทับใจ ความสุขสบายปราศจากความวิตกกังวล และให้ได้รับการดูแลที่เป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับการบริการของพยาบาล แต่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่นั้น ตัวชี้วัดอย่างหนึ่งที่สามารถตรวจสอบความชอบหรือไม่ชอบของบริการก็คือ ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อรับรู้ว่าได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่คาดหวังไว้ (Oberst, 1984) หรือผู้ป่วยนำการรับรู้ของตนที่มีต่อการดูแลที่ได้ไปสัมพันธ์กับความคาดหวัง เมื่อใดที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลที่ตนได้รับเป็นไปอย่างสอดคล้องกับความคาดหวัง เมื่อนั้นผู้ป่วยจะพึงพอใจ (Risser, 1975) เมื่อพิจารณาถึงการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ก็คือการพยาบาล และในแง่ของวิชาชีพ การพยาบาลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยย่อมหมายถึง การพยาบาลที่มีคุณภาพ คำว่า "คุณภาพ" ในความคิดของแต่ละบุคคลนั้นย่อมแตกต่างกัน (Young and Hayne, 1989) ประกอบกับการพยาบาลเป็นการกระทำกับมนุษย์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพยาบาลจึงไม่มีข้อกำหนดตายตัวในการทำงาน การประเมินคุณภาพการพยาบาลจึงกระทำได้ยาก การปฏิบัติเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพการพยาบาลอย่างมีระบบ ยังไม่ได้รับความสนใจมากนัก

วิธีการที่จะทำให้การยืนยันหรือให้ความมั่นใจในคุณภาพการพยาบาลนั้น หมายถึง การประกันคุณภาพซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเพื่อการประเมิน โดยจัดทำเกณฑ์หรือมาตรฐานขึ้น แล้วพัฒนาเป็นเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลที่ถือเป็นมาตรฐาน จากแนวคิดการประเมินคุณภาพการพยาบาลของ Haussman, Megyvary และ Newman (1975 Cited by Eriksen, 1987) ซึ่งแบ่งกิจกรรมประเมินคุณภาพการพยาบาลเป็น 6 ด้านด้วยกัน คือ

- 1) การวางแผนการพยาบาล 2) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย
- 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม 4) การประเมินผลการพยาบาล 5) การจัดการต่อความเสี่ยง และ 6) การสนับสนุนและการจัดการจากผู้บริหาร

เมื่อพิจารณาสาระของกิจกรรมจะพบว่า กิจกรรม 1) การวางแผนการพยาบาล และ 4) การประเมินผลการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ส่วน 2) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ก็คือเป้าหมายของการดูแล (Caring) 5) การจัดการต่อความเสี่ยง สำหรับด้านที่ 6 นั้น คือการสนับสนุนและการจัดการจากผู้บริหารนั้นเป็นกิจกรรมที่ผู้รับบริการไม่สามารถรับรู้ได้ เพราะกิจกรรมดังกล่าวจะมีผลโดยตรงต่อพยาบาลมิใช่ผู้รับบริการ (อุตมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534)

จากแนวคิดดังกล่าว กิจกรรมทั้ง 6 ด้านนั้นเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพของพยาบาล แต่ในด้านผู้รับบริการแล้ว การที่จะทราบได้ว่าผู้รับบริการได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพหรือไม่ ผู้รับบริการจะสามารถรับรู้ต่อกิจกรรมที่ได้ประสบหรือได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาลตามสภาพที่เป็นจริง เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลทั้ง 6 ด้านมาปรับให้เหมาะสมต่อการรับรู้ของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกิจกรรมประกันคุณภาพ 3 ด้าน คือ กระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยง เหตุที่ผู้วิจัยเลือกผู้รับบริการเป็นผู้ประเมินการบริการ เพราะการประเมินผลบริการในลักษณะที่ทำกันมาแต่เดิมมักจะคำนึงถึงแต่ในแง่ของมาตรฐานเชิงวิชาชีพตามความคาดหวังของผู้ให้บริการเองเป็นส่วนใหญ่ โดยมองข้ามความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยต่อการบริการที่ให้บริการ และมักพบได้บ่อย ๆ ถึงความเชื่อของบุคลากรผู้ให้บริการในระดับผู้บริหารที่เชื่อว่า "เขารู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าที่ตัวผู้ป่วยเองรู้" (Rempusheski et al., 1988) ซึ่งในการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) พบว่า ความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลไม่ตรงกัน นอกจากนั้นแล้ว อาไพ ยุติธรรม (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลกับระดับความ

แตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญขั้นแรกของการประเมินคุณภาพการพยาบาล (Donabedian, 1987) และเป็นตัวทำนายความต่อเนื่องของการใช้บริการ หรือยกเลิกการใช้บริการได้ดีเท่าปัจจัยอื่น ๆ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, 2532) นอกจากนี้ความพึงพอใจเป็นแนวโน้มที่แสดงว่าผู้รับบริการจะปฏิบัติตามสิ่งที่ได้รับมาจากผู้ให้บริการ (Yoder et al., อ้างถึงใน อุชฌีย์ ตันตริบูรณ์, 2528) และถ้าการพยาบาลมีคุณภาพจริง ผู้ป่วยย่อมรับรู้ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาล ว่าการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพนั้นผู้ป่วยรับรู้ผลของการกระทำหรือไม่ และถ้ารับรู้แล้วน่าจะส่งผลถึงความพึงพอใจอย่างไร

อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการพยาบาลคนหนึ่งของสถาบันแห่งนี้ มีความสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยและสำรวจการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกิจกรรมประกันคุณภาพทั้ง 3 ด้าน เพื่อเป็นการรับรองคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติ กระบวนการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาตัวทำนายความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย โดยมีการปฏิบัติ กระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลเป็นตัวแปรพยากรณ์

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานของการวิจัย

วิธีการที่จะทำให้การยืนยันหรือให้ความมั่นใจในคุณภาพการพยาบาลนั้น หมายถึง การประกันคุณภาพซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเพื่อการประเมิน โดยจัดทำเกณฑ์หรือมาตรฐาน ขึ้นแล้วพัฒนาเป็นเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลที่ถือเป็นมาตรฐาน จากแนวคิดการประเมินคุณภาพการพยาบาลของ Haussman, Megyvary และ Newman (1975 cited by Eriksen, 1987) ซึ่งแบ่งกิจกรรมประเมินคุณภาพการพยาบาลเป็น 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) การวางแผนการพยาบาล 2) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม 4) การประเมินผลการพยาบาล 5) การจัดการต่อความเสี่ยง และ 6) การสนับสนุนและการจัดการจากผู้บริหาร

ผู้วิจัยนำกิจกรรมที่แสดงถึงคุณภาพจากการพยาบาลทั้ง 6 ด้านมาปรับให้เข้ากับการปฏิบัติที่มีอยู่ และเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ เป็นกิจกรรมการประกันคุณภาพ 3 ด้าน คือ กระบวนการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยง จากแนวคิดของ Donabedian (1966) ที่กล่าวว่า มีความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพคือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว การมีคุณภาพของกระบวนการพยาบาลย่อมจะนำไปสู่ความมีคุณภาพของผลลัพธ์ ซึ่งก็คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Eriksen, 1987) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Porter และ Lawler (อ้างถึงใน สมยศ นาวิกาน, 2521) ที่ว่าการปฏิบัติงานนำมาซึ่งความพอใจ กล่าวคือ ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดีจะมีความพึงพอใจสูง ในตนเองเดียวกัน ในฐานะผู้รับบริการถ้าผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพแล้วย่อมเกิดความพึงพอใจต่อบริการนั้นเช่นกัน นอกจากนี้ Oberst (1984) ยังกล่าวไว้ว่า การรับรู้ความจริงตามความคิดของผู้ป่วยจะส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และ/หรือการตัดสินใจเรื่องคุณภาพ

ดังนั้น จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า

1. การปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย
2. การปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นระยะเวลา 3 วันขึ้นไปในหอผู้ป่วยสามัญ รวมทั้งสิ้น 6 แผนก คือ แผนกอายุรกรรม แผนก ศัลยกรรม แผนกจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา แผนกรังสีวิทยา แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และแผนกสูติ-นรีเวชกรรม

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ

2.1 ตัวแปรอิสระ คือการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล

2.2 ตัวแปรตาม คือความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการพยาบาล คือ การนำวิธีการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ โดยกระทำอย่าง มีขั้นตอนตามระบบซึ่งมีกลไกเป็นวงจรต่อเนื่องกัน ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการเพื่อ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัย และวางแผนเพื่อปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การประเมินผู้รับบริการ (Assessment) ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลของผู้มา รับบริการสุขภาพอนามัยอย่างมีระบบ ในเรื่องของความเจ็บป่วย ประวัติการรักษา การรับรู้ ของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการตรวจทางห้องทดลอง

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) หลังจากรวบรวมข้อมูล และแปลข้อมูลแล้ว จะต้องพิจารณาว่าข้อมูลใดที่เป็นปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการ โดย กำหนดข้อความที่บ่งถึงปัญหาดังกล่าว

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ภายหลังจากที่ได้รวบรวมข้อมูลและ วินิจฉัยแล้วว่า ปัญหาของผู้รับบริการคืออะไร พยาบาลจะต้องหาวิธีการในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล แผนการ

พยาบาลประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพอนามัย วัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหา กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติโดยตรงต่อผู้รับบริการ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย โดยพยาบาลผู้วางแผนการพยาบาลนั้น ๆ หรือโดยสมาชิกอื่นในทีมการพยาบาล หรือปฏิบัติเองโดยผู้รับบริการก็ได้ สิ่งสำคัญคือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ มีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถบันทึกเก็บรายงานได้อย่างมีระบบที่ดี

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ การประเมินนี้อาศัยการสังเกตเป็นเรื่องสำคัญ และนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วในการวางแผน จะทำให้ทราบว่า การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการสุขภาพอนามัยนั้นบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด

การดูแล หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคอง และการอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นกระบวนการและวิธีการทางมนุษยธรรมระหว่างบุคคลที่จะต้องอาศัยความรู้ตามหลักวิชาการ มีศิลปะและอุดมคติทางศีลธรรม เน้นในลักษณะการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อความเจริญ ความพึงพอใจในชีวิตและยกระดับความมีสุขภาพดี ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 10 ประการดังนี้คือ

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีความมีมนุษยธรรม เป็นปัจจัยประการแรกที่สำคัญที่สุด ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคล การยึดมั่นในค่านิยม เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยตามทัศนะของเขา การเสริมสร้างค่านิยมนี้ก็โดยการฝึกความตระหนัก และความมีสติ รู้ตัวของตนเอง พิจารณาค่านิยม ความเชื่อ หรือหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ

2. การปลูกฝังความเชื่อและความหวัง ความเชื่อและความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดพลังใจในตนเอง พยาบาลต้องเสริมสร้างสิ่งนี้ให้เกิดขึ้นกับตนเอง และแก่ผู้ป่วยตามความเชื่อของเขา เพื่อให้เขาเกิดกำลังใจ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย

3. ความไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีการรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการยอมรับและมีการพัฒนาตนเอง การมีความรู้สึกไวต่อบุคคลอื่นทำให้เกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์และเกิดความเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งมีความยินดีที่จะช่วยให้เขาให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน

4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีถึงระดับที่รู้ถึงจิตใจซึ่งกันและกัน จะเป็นการรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจอาศัยการสื่อสารที่มีคุณภาพทั้งการใช้คำพูดและท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงความยินดีและเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล

5. การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์นั้น มีอารมณ์และความรู้สึกเป็นสิ่งที่กำหนดด้วยนอกเหนือจากความคิดแล้ว ในกระบวนการดูแล บุคคลจะมีอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกของตนเองทำให้พยาบาลมีโอกาสได้พัฒนาตนเอง สามารถเปิดใจยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบของผู้ป่วย

6. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหา ในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการนั้น พยาบาลอาศัยกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์คือ การประเมินสภาวะ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล โดยการที่พยาบาลผสมผสานองค์ความรู้ทั้งวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (รวมทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์) มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ เพื่อเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลในแต่ละสถานการณ์

7. การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธภาพที่เข้าใจซึ่งกันและกันมีความจำเป็นในกระบวนการเรียนการสอน ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยร่วมเป็นผู้เรียนรู้ด้วยกัน พยาบาลมีประสบการณ์และมีความรู้เชิงวิชาชีพ ส่วนผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงในภาวะของตน รู้ศักยภาพของตน ทั้งสองฝ่ายเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

8. การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการประคับประคอง ป้องกันและ/หรือแก้ไขสภาพทางจิตใจ ร่างกาย สังคม วัฒนธรรม และวิญญาณ จุดมุ่งหมายของปัจจัยนี้เพื่อจะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และมีอัตมโนทัศน์ที่ดี เป็นการให้ความสนใจในองค์รวมของบุคคล สิ่งที่พยาบาล



ควรปฏิบัติคือ การบรรเทาความไม่สบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ป้องกันและจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตราย จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงาม และมีความหมายต่อจิตวิญญาณ

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล บุคคลไม่ว่าอยู่ในสภาวะใด ย่อมมีความต้องการที่เป็นองค์รวมทั้งด้านชีวภาพ จิตสรีระ และจิตวิญญาณ การดูแลบุคคลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทุกด้าน เพื่อให้บุคคลได้พัฒนาตามศักยภาพของเขา

10. การมีพลังจิตวิญญาณที่มาจากประสบการณ์ตรง จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของบุคคลที่เป็นแกนกลางของความรู้สึกนึกคิดที่ฝังแน่น มีคุณค่าและเป้าหมายของการมีชีวิต จิตวิญญาณ ช่วยให้คุณรู้สึกสัมผัสถึงพระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ ปัจจัยการดูแลนี้มีความสำคัญมากในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของชีวิต ไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะใด จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาพลังปัญญาที่จะเข้าใจสัจธรรมของชีวิต จึงเป็นการเยียวยาตนเองให้อยู่ในภาวะสุขภาพ พยาบาลที่จะให้การดูแลปัจจัยนี้ได้ต้องมีการค้นพบตนเอง และมีการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง

การจัดการต่อความเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติเชิงการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผลที่ได้รับจากการจัดการนี้มุ่งลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความเสี่ยงจากการให้ยา หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลาและเศรษฐกิจ ในขณะที่หรือหลังจากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากกิจกรรมให้ยาของพยาบาล โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากความบกพร่องหรือขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติ ตลอดจนการละเลยต่อหน้าที่ จนทำให้เกิดการสูญเสียจากการให้ยาแก่ผู้ป่วย

2. ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และการเงิน ในขณะที่หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากพยาบาล โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากความบกพร่อง หรือขาดความระมัดระวังในการยกไม้กั้นเตียงขึ้น และขาดการดูแลที่ดี ตลอดจนการละเลยต่อการตรวจสอบความพร้อมของเตียงในการใช้งาน จนทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง

3. ความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง โอกาสของการสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ระยะเวลา และเศรษฐกิจ โดยที่โอกาสของการสูญเสียมีสาเหตุจากการบกร่องหรือขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตลอดจนการละเลยต่อหน้าที่จนทำให้เกิดการสูญเสียจากการติดเชื้อ

ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลรวมของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการประเมินผลการบริการที่ตนเองได้รับจากพยาบาล สอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของตน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ เป็นพฤติกรรมพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค และการปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. สัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ เป็นพฤติกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตอบ การถาม การอธิบายและสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน
3. สัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมพยาบาลที่เน้นการให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้ความรัก ความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และ/หรือเกี่ยวเนื่องจากการเจ็บป่วย และความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ กระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล โดยใช้การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นตัววัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การวิจัยจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพของบริการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลได้
2. ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย การปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย