

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิดป่วยกับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ทารกแรกเกิด

1.1 ลักษณะและพัฒนาการของทารกแรกเกิด

1.2 การเจ็บป่วยที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด

1.3 การให้การพยาบาลทารกแรกเกิดป่วยในภาวะต่าง ๆ

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิดป่วย

2.1 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลตามแนวคิด

ของเขปปี

3. คุณภาพการพยาบาล

3.1 ความหมายคุณภาพการพยาบาล

3.2 แนวคิดคุณภาพการพยาบาล

3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาล

3.4 การวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล

ทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิด มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตจากในครรภ์มารดา มาสู่นอกครรภ์มารดา ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงและต้องใช้เวลาในการปรับตัว เช่นระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหมุนเวียนโลหิต (วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2540) นอกจากนี้ยังเป็นระยะที่เสี่ยงต่อการป่วยและการตายสูงจากโรคติดเชื้อ เพราะร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ดี (พูนสุข ช้วยทอง, 2548)

สถาบันกุมารแพทยแห่งอเมริกา (American Academy of Pediatric, 2003, อ้างถึงใน วิไลราตรีสวัสดิ์, 2540; มาลี เอื้ออำนวย, เนตรทอง นามพรม และปริศนา สุนทรไชย, 2551) จำแนกประเภทของทารกแรกเกิดตามน้ำหนักตัว อายุครรภ์ และการเจริญเติบโตในครรภ์ (Intrauterine Growth Chart) ดังนี้

1. การจำแนกตามน้ำหนัก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 ทารกน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Infant, LBW) คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มนี้อาจแบ่งย่อยเป็น Very Low Birth Weight คือ น้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม และ Extremely Low Birth Weight คือ น้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม

1.2 ทารกน้ำหนักปกติ (Normal Birth Weight Infant, NBW) คือทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม ถึงประมาณ 3,800 – 4,000 กรัม

2. การจำแนกตามอายุครรภ์ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งทารกแรกเกิดดังนี้

2.1 ทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm Infant) คือ ทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

2.2 ทารกแรกเกิดครบกำหนด (Term or Mature Infant) คือ ทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ถึง 41 สัปดาห์

2.3 ทารกแรกเกิดเกินกำหนด (Posterm Infant) ทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์มากกว่า 41 สัปดาห์

นอกจากนี้การกำหนดอายุครรภ์ของทารกแรกเกิดสามารถทำได้ตามวิธีของกุมารแพทย์จากการตรวจร่างกาย ซึ่งมาตรฐานที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ วิธีของ บาล์ลาร์ด New Ballard Scoring System (Ballard, Khoury, Wedig, Wang & EilerWalsman, 1991) โดยให้คะแนนตามลักษณะวุฒิภาวะภายนอกของทารก (Physical Maturity) และลักษณะวุฒิภาวะของประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular Maturity) แล้วนำคะแนนมาคิดเป็นอายุครรภ์ อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ 2 สัปดาห์ซึ่งเป็นตัวเลขที่ยอมรับได้

3. การจำแนกตามมาตรฐานการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Intrauterine Growth Chart) สามารถกำหนดได้ดังนี้

3.1 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Appropriate for Gestational Age - AGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักอยู่ระหว่างเปอร์เซนไทล์ที่ 10 -90 เมื่อเทียบกับทารกปกติที่มีอายุครรภ์เท่ากัน

3.2 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (Small for Gestational Age - SGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 10 เมื่อเทียบกับทารกปกติที่มีอายุครรภ์เท่ากัน

3.3 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ (Large for Gestational Age - LGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 90 เมื่อเทียบกับทารกปกติที่มีอายุครรภ์เท่ากัน

ซึ่งในปัจจุบันการจำแนกประเภทของทารกแรกเกิดสามารถทำได้หลายวิธี ดังกล่าวมานี้ ทำให้ทารกแรกเกิดมีลักษณะและพัฒนาการที่แตกต่างกันไป

ลักษณะและพัฒนาการของทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิด (Newborn) หมายถึง ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด – 28 วัน (ประพูนศิริบุญชัย, 2540; Ricci, 2007; วิลเลียมส์, 2551) มีพัฒนาการด้านต่างๆ ที่สามารถจำแนกได้ 5 ด้าน (นิคชา คชภักดี, 2551) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical หรือ Psycho-motor Development) ลักษณะทั่วไปของทารกแรกเกิด มักจะมีลักษณะศีรษะโตเมื่อเทียบกับลำตัว ใบหน้าค่อนข้างกลมและคอสั้น แขนและขาสั้น เมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ จุดกึ่งกลางของร่างกายอยู่ที่บริเวณสะดือซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ตรงหัวหน้า ทารกปกติจะเคลื่อนไหวได้ทั่วร่างกาย มือและเท้าจะงอกำเหมือนท่าของทารกขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา (ประพูนศิริบุญชัย, 2540; วิลเลียมส์, 2551) นอกจากนี้ทารกแรกเกิดยังมีการพัฒนาประสาทสัมผัสทั้ง 5 ชนิด ดังนี้

1.1 การสัมผัส ในทารกแรกเกิดจะเจริญดีมากกว่าประสาทสัมผัสอื่น ๆ ไวต่อความเจ็บปวดและตอบสนองต่อการสัมผัส ดังนั้นการโอบอุ้ม และการสัมผัสที่อบอุ่น จึงเป็นการสื่อความหมายที่ทารกสามารถเข้าใจได้มากกว่าสัมผัสอื่นๆ

1.2 การมองเห็น ทารกสามารถมองเห็นภาพต่าง ๆ ได้ ในระยะใกล้ 10-12 นิ้ว แต่ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวของตาอาจไม่ดีได้ชั่วคราว

1.3 การได้ยิน ทารกสามารถได้ยินเสียงตั้งแต่แรกเกิด และตอบสนองโดยการหันหน้าไปตามเสียงได้ ส่วนเสียงที่ดังจะทำให้ทารกฉวและตกใจได้ง่าย

1.4 การได้กลิ่น ทารกแรกเกิดสามารถแยกกลิ่น แต่ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นกลิ่นชนิดไหน

1.5 การรับรสของทารกยังไม่ชัดเจน แต่สามารถจำแนกรสหวานและเปรี้ยวเมื่ออายุ 72 ชั่วโมง

2. ด้านสติปัญญา (Cognitive Development) เป็นระยะของการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมภายนอกครรภ์มารดา โดยส่วนใหญ่ทารกจะมีปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex Response) ในการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม เช่น เมื่อมีสิ่งมาถูกที่แก้ม หรือมุมปาก ทารกจะใช้ปฏิกิริยา

สะท้อนโดยการดูด (Rooting and Suckling Reflex) ทำให้ทารกดูดนมมารดาเพื่อความอยู่รอดของชีวิต

3. ด้านจิตใจอารมณ์ (Emotional Development) ทารกจะเริ่มสร้างความรู้สึกไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Trust vs. mistrust) ต่อผู้เลี้ยงดูและภาวะแวดล้อม ผลของการพัฒนาการที่ดีในวัยทารกกลายเป็นคุณลักษณะการมองโลกในแง่ดี มีความหวังต่อไป

4. ด้านสังคม (Social Development) ทารกแรกเกิดในช่วงต้นอย่างสงบ สามารถแสดงพฤติกรรมทางด้านสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับมารดา หรือผู้ที่อุ้มโดยหน้าอยู่ใกล้กันประมาณ 25 เซนติเมตร (Brazelton & Nugent, 1995) เด็กจะมองสบตาและหันหาเสียง เมื่อมีโอกาสใกล้ชิดนานพอ และมีปฏิสัมพันธ์บ่อยมากพอ จะกลายเป็นความผูกพัน (Attachment) ที่มั่นคงจนมีสายสัมพันธ์ต่อกัน (Bonding) ที่คงอยู่แม้จะห่างจากกัน ความผูกพันมั่นคง (Secured Attachment) จะเป็นรากฐานสำคัญที่ต่อเนื่องถึงพัฒนาบุคลิกภาพต่อไป

5. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Development) ในวัยทารกจะมีพัฒนาการแบบเห็นแก่ตัว เอาแต่ใจตัวเอง ต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการของคนอย่างฉับพลันทันที

จะเห็นได้ว่าลักษณะและพัฒนาการของทารกแรกเกิด ต้องมีการปรับตัวในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลง ควบคู่กับการสร้างสายใยรักและความผูกพันระหว่างบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู กับทารกแรกเกิด เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย และพัฒนาการที่เหมาะสม หากทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทารก

การเจ็บป่วยที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดมีโอกาเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายสูง โดยเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย หรือทารกคลอดก่อนกำหนด (มาลี เอื้ออำนวย, เนตรทอง นามพรม และคณะ, 2551; พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา และศิริวรรณ ดันเลิศ, 2544) ซึ่งภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิดที่พบบ่อย ได้แก่

1. ภาวะผิดปกติทางระบบหายใจ ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome) การขาดออกซิเจนในระยะปริกำเนิด (Perinatal Asphyxia) และกลุ่มอาการดูดสำลักขี้เทา (Meconium Aspiration Syndrome)
2. บิลิรูบินในเลือดสูง หรือตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal Hyperbilirubinemia)
3. การอักเสบเน่าตายของลำไส้ (Necrotizing Enterocolitis)
4. ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Neonatal Sepsis)

5. ความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ ปากแหว่งเพดานโหว่ อุทกเสีร ความผิดปกติแต่กำเนิดของทวารหนัก และความผิดปกติของโครโมโซม

พยาบาลผู้ให้การดูแลทารกต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด เพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

การให้การพยาบาลทารกแรกเกิดป่วยในภาวะต่าง ๆ มีดังนี้ (มาลี เอื้ออำนวย และคณะ, 2551)

1. ภาวะผิดปกติทางระบบหายใจ การพยาบาลที่ให้ คือ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารอาหาร การประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ สมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจน และการติดเชื้อ เป็นต้น

2. บิลิรูบินในเลือดสูงหรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด สามารถให้การดูแล โดยการประเมินอาการตัวเหลือง การป้องกันปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะความผิดปกติทางสมองจากภาวะตัวเหลือง (Kernicterus หรือ Bilirubin Encephalopathy) ได้แก่ ภาวะตัวเย็น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สภาวะกรดคั่ง และประเมินภาวะ Kernicterus การดูแลทารกให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลทารกให้ได้รับการส่องไฟอย่างถูกต้อง ดูแลให้ทารกขับถ่ายอุจจาระออกมาให้มากขึ้น และการให้กำลังใจแก่บิดามารดา เพื่อให้คลายความวิตกกังวล และช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และทารก

3. การอักเสบเน่าตายของลำไส้ ต้องให้การดูแลรักษา โดยงดนมทางปาก และให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำแทน ใส่สายยาง (Nasogastric – tube) เพื่อระบายอากาศและ สิ่งกีดขวาง (Gastric Content) ออกจากกระเพาะ การดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ประเมินความรุนแรงของโรค ได้แก่ ท้องอืด สำรอกเพิ่มขึ้น ถ่ายอุจจาระมีเลือด หรือมีอาการเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ต้องรายงานแพทย์ทราบและเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป ควรจัดท่านอนหงาย หรือตะแคงศีรษะสูง เพื่อให้หายใจได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยงการวัดอุณหภูมิทารกทางทวารหนัก เพราะเสี่ยงต่อการเกิดลำไส้ทะลุ ควรประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ และลดความเครียดของทารกเมื่อต้องงดน้ำและนมทางปาก ด้วยการให้ดูดจุกนมหลอก

4. ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ให้การดูแลตามอาการ โดยรักษาร่างกายให้อบอุ่นเมื่อมีภาวะตัวเย็น เช็ดตัวเมื่อมีไข้ จัดท่านอนศีรษะสูง และดูดสารคัดหลั่ง (Gastric Content) ออกจากกระเพาะเมื่อมีอาการท้องอืด หรือให้ออกซิเจนในรายที่จำเป็น ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินการตอบสนองต่อการรักษา งดนมทางปาก และให้สารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์อย่างเพียงพอ

5. ความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ ปากแหว่งเพดานโหว่ อุทกเสียร ความผิดปกติแต่กำเนิดของทวารหนัก และความผิดปกติของโครโมโซม จะดูแลรักษาตามอาการ เช่น การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ และการดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งและต้องดูแลเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งนอกจากให้การดูแลทารกแรกเกิดป่วยแล้ว การส่งเสริมความผูกพันและการมีส่วนร่วมระหว่างบิดามารดาหรือผู้ปกครองกับทารกป่วย ยังมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดูแลทารกป่วยอีกด้วย

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิดป่วย

เมื่อเด็กเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องพลัดพรากจากครอบครัว มักพบว่าบิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทของการเป็นบิดามารดาและความรู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยบุตรให้มีอาการดีขึ้น ทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลที่มีอยู่ลงได้ ซึ่งสนับสนุนหลักการให้พยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาล (โครงการสำรวจคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543; Newton, 2000; นันทา เลี้ยววิริยะกิจ และจุฑามาศ โชติभाग, 2551) ทั้งนี้ผู้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองไว้ต่างๆ ดังนี้

เชปปี้ (Schepp, 1995) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่า เป็นการที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและผู้ปกครองต้องการที่จะปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in Routine Care) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล (Participation in Technical Care) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Participation in Information Sharing) และการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการตัดสินใจ (Participation in Decision Making)

โคนี (Coyne, 1996) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่าเป็นหุ้นส่วนในการดูแล หรือเรียกว่าการดูแลโดยครอบครัว เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร และการเจรจา

เนิล (Neill, 1996) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือการที่ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือให้การดูแลเด็กป่วย และมีการประเมินผลจากการดูแลเด็กป่วยด้วย

กอลวิน, บอยเยอร์, ซาวอร์ค, จอห์น, มูนนี่, วาวิช และเดวิส (Galvin, Boyers, Schwartz, Jones, Mooney, Warwick & Davis, 2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเป็นหุ้นส่วนกันในการวางแผนการดูแลและการให้การดูแลเด็ก

นิตยา คชภักดี (2545) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การที่บิดามารดา หรือผู้ปกครอง เป็นหุ้นส่วนในการรับรู้ เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การตัดสินใจในการตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา และให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก

พงศ์จตุรวิทย์, ชอนตะวัน, เย็นบุตร, ศรีพิชญากุล และฮารีแกน (Pongjaturawit, Chontawan, Yenbut, Sripichyakan, & Harrigan, 2006) พบว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กในโรงพยาบาลนั้น คือ การที่บิดามารดาทำทุกอย่างเพื่อลูกที่ป่วยขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 3 ระยะคือ การดูแลผู้ป่วยเหมือนอยู่ที่บ้าน การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลเด็กป่วย

กล่าวโดยสรุปการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนเกี่ยวข้องในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ ในเรื่องการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ การดูแลกิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลตามแนวคิดของเชปปี้

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กใน

โรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเชปปี้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Parent Actual Participation) และปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Parent Preferred Participation) ในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Participation in Routine Care) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ ได้แก่ การป้อนนม การทำความสะอาดร่างกายทารก หลังขับถ่าย การโอบกอดเมื่อทารกเจ็บปวดหรือร้องกวน เป็นต้น

2. ด้านกิจกรรมการพยาบาล (Participation in Technical Care) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยทารกในการทำหัตถการในการรักษาต่าง ๆ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การให้ยาทางปาก การช่วยทำแผล และการพาทารกไปตรวจพิเศษ เช่น เอ็กซเรย์ ตรวจการมองเห็น เป็นต้น

3. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Participation in Information Sharing) หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีโอกาสรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ทารกแรกเกิดป่วยจะได้รับ ได้แก่ การสอบถามและอธิบายเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยได้รับความก้าวหน้าของโรคและผลของการรักษา เป็นต้น

4. ด้านการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของทารก ได้แก่ การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของเชปป์ทั้ง 4 ด้านนั้น เป็นหลักการที่ยอมรับกันโดยสอดคล้องกับแนวคิดในการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care) ซึ่ง เชลตัน และสเตเพเนก (Shelton & Stepanek, 1994) กล่าวว่า รูปแบบที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family-centered Care) เป็นวิธีการให้การดูแลภาวะสุขภาพภายใต้พื้นฐานของการมีผลประโยชน์ร่วมกันแบบหุ้นส่วน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล ที่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้สมบูรณ์ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะข้อมูลที่ทำให้บิดามารดามีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเองในการดูแลบุตร เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของ เชปป์ (Schepp, 1995) ที่มีการศึกษาในหลายบริบท ได้แก่ การดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (นิชกันต์ ไชยชนะ, 2545) การดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (อัมพร รอดสุทธิ, 2547) การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง (จรัสศรี หินศิลป์, 2549) และการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน (สิรินดา วังควาล, 2551) ซึ่งพบว่า ผู้ปกครองและมารดาส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยใน 4 ด้าน คือด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านการทำกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติกับปรารถนาจะปฏิบัติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติมากกว่าที่ได้ปฏิบัติ สำหรับณัฐภา ปฐมอารีย์ (2551) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีกระบวนการต่อเนื่อง 2 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้นของการมีส่วนร่วม และระยะมีส่วนร่วมให้ดีที่สุด เพื่อลูก พบว่า มารดาของทารกแรกเกิดตระหนักถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรง และความจำเป็นต้องพึ่งพานักวิชาการพยาบาลของทารก ซึ่งมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาตามความตั้งใจของมารดา กับการมีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือให้ทารกปลอดภัย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการมีส่วนร่วมอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาผลการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจของมารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตของ สุพัตรา กันธะรส, ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, ทศนี ประสพกิตติคุณ และดุสิต สถาวร (2550) พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ กนกพร นทีชนสมบัติ, ดวงใจ ลิ้มคโสมณ, แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์ และวนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2550) พบว่า พยาบาลมองการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการที่ผู้มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการของการดูแลสามารถเกิดขึ้นจากโรงพยาบาลและดำเนินต่อไปสู่บ้าน หรือจากบ้านและดำเนินต่อไปยังโรงพยาบาล โดยการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะมีการประสานความร่วมมือกันของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างปลอดภัยและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ดีที่สุดตามสภาพที่เขาเป็นอยู่ พยาบาลมองการดูแลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่าเป็นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลแบ่งออกเป็น 6 บทบาทคือ การเป็นผู้ดูแล การเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ การเป็นผู้ให้คำปรึกษา การเป็นผู้ช่วยเหลือ การเป็นผู้ประสาน และการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้ทำให้เกิดการสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ นั้นได้อย่างปลอดภัย และการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (สุจิตรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวารี, 2550) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาอยู่ในระดับสูงทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในภาพรวม พบว่า ความต้องการของมารดาสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความแตกต่างใน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทของมารดาและด้านความสะดวกในการเยี่ยมบุตร ฉะนั้นพยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการของมารดาเป็นหลัก เพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาในการดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครอบครัวในการเข้ามาดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล มีการเน้นความเป็นหุ้นส่วนในประโยชน์ที่ได้รับร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ทารก และครอบครัว เพื่อการบริการสู่ความเป็นเลิศในการดูแลทางการพยาบาลต่อไป

คุณภาพการพยาบาล

การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องตระหนักถึงคุณภาพของงานที่ได้ให้การดูแล ซึ่งผู้ที่รับรู้ว่าการพยาบาลที่ให้นั้นมีคุณภาพต่อผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นคุณภาพการพยาบาล (Quality of Nursing Care) เป็นสิ่งสำคัญและเป็นความรับผิดชอบที่พยาบาลทุกคนพึงกระทำ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดคุณภาพ มีประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ความหมายของคุณภาพการพยาบาล โดยมีการศึกษาความหมายของคุณภาพการพยาบาลไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ให้ความหมายของคุณภาพ คือ ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาตาด และศรานุช โคมระศักดิ์ (2543) ได้ให้ความหมายของคุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นที่พึงพอใจ

วิภาดา คุณาวิกิตกุล, เรมवल นันท์สุภวัฒน์, กิ่งแก้ว เก็บเจริญ และอนงค์ วนากมล (2543) กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาล คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยความเอื้ออาทร ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยผู้รับบริการและพยาบาลมีความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้ให้ความหมาย คุณภาพว่าหมายถึง สิ่งที่ดีที่สุดในที่กำหนดหรือระบุได้ว่าเป็นอย่างไร และคุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่ดีของการบริการพยาบาล ซึ่งสัมพันธ์กับ โครงสร้าง การบริการ กระบวนการให้การพยาบาล และผลที่เกิดกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์กำหนดไว้เพื่อประเมินระดับของมาตรฐาน

อุมาภรณ์ เรืองภักดี (2545) ให้ความหมายคุณภาพการพยาบาล คือ ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยทักษะ และความชำนาญที่ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานเชิงวิชาชีพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจนถึงขั้นพึงพอใจ โดยการมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้รับบริการ ตลอดจนมีการปรับปรุงแก้ไขการบริการอย่างต่อเนื่อง

กฤษฎา แสงวงศ์ (2547) กล่าวว่าคุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาด และมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการ ตามความคาดหวังของผู้ป่วย/ ครอบครัวและผู้ให้บริการ

ฮูเบอร์ (Huber, 2000) กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ความสามารถในการบริการสุขภาพรายบุคคล และชุมชน โดยตอบสนองความต้องการด้านคุณภาพ และสอดคล้องกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพ

กล่าวโดยสรุปความหมายของคุณภาพการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครองของเด็กป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยมีจุดมุ่งหมายให้ทารกหายจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และตอบสนองความต้องการของผู้ปกครอง จนเกิดความพึงพอใจในการดูแลนั้น ๆ ตลอดจนมีการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดคุณภาพการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คุณภาพที่แท้จริง (Quality in Fact) หมายถึง การบรรลุถึงความคาดหวังที่บุคคลนั้นตั้งไว้ หรือทำตามมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้ และคุณภาพจากการรับรู้ (Quality in Perception) หมายถึง การบรรลุถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ การได้มาซึ่งคุณภาพทั้งสองอย่างนั้น จะต้องมีความเข้าใจที่ตรงกันในการกระทำให้เกิดคุณภาพนั้น ๆ (Omachonu, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวคิดคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และ/ หรือผู้ปกครองเด็กป่วย ดังนี้

1. แนวคิดคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยของ ลีโนเนน, ลีโน-คิลปี, และ จูโก (Leinonen, Leino-Kilpi & Jouko, 1996) ได้พัฒนาแนวคิดจากงานวิจัยของ ลีโน-คิลปี (Leino-Kilpi 1990 cited in Leinonen, Leino-Kilpi, 1996) และงานวิจัยของลีโน-คิลปี และ วูโอเรนเฮมโม (Leino-Kilpi, & Vuorenheimo, 1992,1994 อ้างถึงใน Leinonen, Leino-kilpi & Jouko, 1996) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

1.1 ด้านชีววิทยาและกายภาพ (Biological - physiological Perspective) หมายถึง การพยาบาลจะประสบความสำเร็จ ถ้าอาการของผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขและมีอาการดีขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การดมยาประสบความสำเร็จ และมีอาการรบกวนเกิดขึ้น เช่นความเจ็บปวด การคลื่นไส้ หนาวสั่นได้รับการจัดการอย่างรวดเร็ว

1.2 ด้านประสบการณ์ (Experiential Perspective) หมายถึง คุณภาพการพยาบาลจะดี ถ้าผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ และมีประสบการณ์ด้านบวก เช่น ความประทับใจโดยทั่วไป ไม่มีความวิตกกังวล และไม่มีความกลัว

1.3 ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Perspective) หมายถึง คุณภาพการพยาบาลจะดี ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร เพื่อใช้ในการตัดสินใจ สร้างความมั่นใจต่อตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองได้ เช่น การได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด

1.4 ด้านหน้าที่ (Functional Perspective) หมายถึง การประเมินการทำงานของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับรู้หน้าที่ของตัวผู้ป่วย และของพยาบาล การทำงานเป็นทีม ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแล และระยะเวลาการก่อนการผ่าตัด

1.5 ด้านจริยธรรม (Ethical Perspective) หมายถึง การพยาบาลที่มีคุณภาพ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล การเอาใจใส่ดูแล มีความเป็นส่วนตัว เช่น การรักษาในห้องผ่าตัด การเคารพความเป็นส่วนตัว ความสะดวกสบายขณะนอนพัก และไม่สร้างสิ่งรบกวนต่าง ๆ

1.6 ด้านคุณลักษณะและสมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาล (Characteristics and Competencies of Nursing Professional) หมายถึง การพยาบาลจะมีคุณภาพดี ถ้าผู้ให้การพยาบาลมีความสามารถเชิงวิชาชีพ มีทักษะ ประสิทธิภาพ ความเป็นมิตร มีอารมณ์ขัน เช่น ระดับความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในขณะทำผ่าตัด ความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉิน และการประเมินเหตุการณ์ฉุกเฉิน

1.7 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Perspective) หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการพยาบาลโดยตรง เช่น สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านจิตสังคม ระดับเสียง อุณหภูมิ โครงสร้างในหอผู้ป่วย ความสุขสบาย โอกาสการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความปลอดภัย

2. แนวคิดคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยของลาร์ราบี และโบลเดน (Larrabee & Bolden, 2001) พัฒนามาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยคำถามว่า อะไรคือ การพยาบาลที่ดี แล้วนำคำตอบมาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า มีประเด็นที่ผู้ป่วยเห็นว่าการเป็นพยาบาลที่ดีจำแนกได้เป็น 5 ด้านดังนี้

2.1 ด้านการตอบสนองความต้องการ (Providing for my Needs) หมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ รวมถึงการจัดการกับความเจ็บปวด การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

2.2 ด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นอย่างดี (Treating me Pleasantly) หมายถึง การที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย อย่างเคารพในความเป็นบุคคล สุภาพ อ่อนโยน และมีความเป็นมิตร

2.3 ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย (Caring About me) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลต่อผู้ป่วย ถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ สนใจในปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการให้เวลาในการพูดคุย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

2.4 ด้านความรู้ความสามารถ (Being Competent) หมายถึง การที่พยาบาลแสดงออกถึงการเป็นผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งมีทักษะในการปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น

2.5 ด้านการดูแลอย่างทันเหตุการณ์ (Providing Prompt Care) หมายถึง การที่พยาบาลให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหา และความต้องการที่รีบด่วนเกิดขึ้น ให้การดูแลบรรเทาอาการปวด เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด

3. แนวคิดคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยของลีโนเนน ลีโน-คิลปี, สเตลท์ เบอร์ก และเลอโดลา (Leinonen, Leino-Kilpi, Stahlberg & Lertola, 2001) ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย บนพื้นฐานแนวคิดของลีโนเนน และลีโน-คิลปี (Leinonen & Leino-Kilpi, 1990) ลีโน-คิลปี และวูโอเรนเฮมโม (Leino-Kilpi, & Vuorenheimo, 1992, 1994), ลีโน-คิลปี (Leino-Kilpi, 1996) เบรเนอร์ (Brenner, 1980) เก้าท์ (Gaut, 1984) (อ้างอิงใน Leinonen, Leino-Kilpi, Stahlberg & Lertola, 2001) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ด้านคุณลักษณะของพยาบาล (Staff Characteristics) หมายถึง บุคลิกที่เหมาะสมกับการบริการพยาบาล เช่น ความสนใจเอาใจใส่ในความสบาย ความเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ความน่าเชื่อถือ และการรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย ตลอดจนการแสดงพฤติกรรมที่สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีอารมณ์ขัน และเป็นคนที่มีระเบียบเรียบร้อย

3.2 ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย (Activities) แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ประกอบด้วย

3.2.1 กิจกรรมมุ่งเน้นงาน (Task-oriented Activities) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การอธิบาย และเกี่ยวกับการแนะนำการดูแลรักษา การดูแลตัวเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้เอกสารที่เป็นคำแนะนำ หรือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยการปฏิบัติพยาบาลเชิงวิชาชีพ การดูแลและการให้ยาลดความเจ็บปวด การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล การพูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และผลของการรักษา โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ป่วยเฝ้าระวัง/ สังเกตอาการ และแจ้งให้พยาบาลทราบเกี่ยวกับความรู้สึของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ข้อมูลทุกอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วย สามารถใช้ร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยได้ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

3.2.2 กิจกรรมมุ่งเน้นคน (Human- oriented Activities) หมายถึง การยอมรับ และให้เกียรติผู้ป่วย และให้ความสนใจต่อสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่นการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่ง การมีทัศนคติที่ดี และยินดีให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยร้องขอ รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ การเบี่ยงเบนความสนใจ และช่วยมองหาสิ่งที่ดีในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ

3.3 ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Preconditions) หมายถึง สมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การแสดงความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความทันสมัย การรู้วิธีการสร้างแรงจูงใจ และการปรับปรุงการปฏิบัติงาน จำนวนพยาบาลที่มีความสามารถเพียงพอ ที่จะให้การดูแลผู้ป่วย การมีเวลาเพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการที่พยาบาลมีเวลาพักผ่อน หรือพักร้อนอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน มีความเข้าใจสถานการณ์ และชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลจากประสบการณ์วิชาชีพ

3.4 ด้านความคืบหน้าในการดูแลผู้ป่วย (Progress of Nursing Process) หมายถึง ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย เช่น การไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้รอนานเกินไป ให้การต้อนรับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง และเป็นมิตรเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย ได้พูดคุยกับพยาบาล และได้พบแพทย์ผู้รักษารวดเร็ว รวมทั้งการได้รับการตรวจหรือการผ่าตัดที่รวดเร็วไม่รอนาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นานพอที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น ตลอดจนการได้รับเอกสารคำแนะนำดูแลตัวเองที่บ้าน ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.5 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพการพยาบาล เช่น ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนของผู้ป่วย การให้การพยาบาลโดยไม่เร่งรีบ หรือรีบร้อน ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เงียบสงบ ผู้ป่วยไม่ถูกรบกวนโดยเสียงของพยาบาลที่คุยกันเองในขณะที่ให้การพยาบาล หรือไม่ให้ผู้ป่วยถูกรบกวนโดยผู้ป่วยอื่น ๆ รวมทั้งการสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยของ ลีโนเนน และคณะ (Leinonen et al., 2001) เนื่องจากมีการพัฒนาแนวคิดอย่างต่อเนื่อง มีข้อมูลที่ครอบคลุม และนำมาใช้ได้หลากหลาย เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาลโดยตรง อย่างไรก็ตาม โสภิตา ชันแก้ว (2546) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยในด้านการมารับบริการ สรุปได้ดังนี้

1. อายุ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล สูงกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย
2. ระดับการศึกษา ผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล สูงกว่าผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาสูง
3. สถานภาพสมรส กลุ่มผู้ให้บริการที่มีสถานภาพสมรส ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มีทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด ซึ่งอาจเนื่องจาก กลุ่มคนโสด เป็นกลุ่มที่อายุน้อย ต้องการบริการและการตอบสนองที่รวดเร็ว
4. จำนวนครั้งในการมารับบริการ ซึ่งผู้ที่เคยมาใช้บริการจะทราบขั้นตอนต่างๆ ในการมารับบริการ หากการรับบริการในครั้งก่อนเกิดความพึงพอใจ ผู้ที่มาใช้บริการจะทราบควรปฏิบัติตนอย่างไร จึงอาจลดความคาดหวังลง ส่วนผู้ที่มารับบริการน้อยครั้ง หรือมารับบริการครั้งแรกยังไม่มีประสบการณ์ตรง มักคาดหวังจะได้รับบริการที่ดี รวดเร็วมากกว่า

โดยทั่วไปการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อคุณภาพย่อมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเจตคติและความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่ประเมิน หากคุณภาพบริการตามการรับรู้เท่ากับ หรือมากกว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ผู้ใช้บริการย่อมพึงพอใจ ในทางกลับกัน ถ้าคุณภาพบริการตามการรับรู้ น้อยกว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ผู้ใช้บริการย่อมไม่พึงพอใจ ซึ่งมีการประเมินคุณภาพการพยาบาลได้หลายวิธีอีกด้วย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550ข)

การวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาลมีเกณฑ์การวัดและการประเมินหลายวิธี ได้แก่ การประเมินคุณภาพการพยาบาลจากตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ในปี 1989 ซึ่งกำหนดไว้ 11 ประการ (จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) คือ

1. Accessibility of Care หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น
2. Timeliness of Care หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ

3. Effectiveness of Care หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดีโดยใช้ศิลปะทั้งทางด้านการศึกษามารยาท ความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย
 4. Efficacy of Care หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการ
 5. Appropriateness of Care หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ
 6. Efficiency of Care หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามความต้องการ โดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
 7. Continuity of Care หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีการประสานกันอย่างต่อเนื่องในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามาให้การดูแลตลอดทั่วทั้งองค์กร
 8. Privacy of Care หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัว จากเพิ่มข้อมูล จากบุคลากรวิชาชีพ
 9. Confidentiality of Care หมายถึง การดูแลรักษาความลับ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่น ๆ โดยปราศจากการยินยอม
 10. Participation of Patient and Patient Family in Care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมกับกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
 11. Safety of Care Environment หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อม และพร้อมที่จะให้บริการการดูแลต่อผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ
- สำหรับประเทศไทยนิยมใช้เกณฑ์การวัดคุณภาพการพยาบาลของพาราซูราแมน (Parasuraman, 1985) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ไว้ 10 ประการ คือ

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) คือ บริการที่นำเสนอออกมาเป็นรูปธรรม จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การที่โรงพยาบาลมีสถานที่ใหญ่โต ดูหรูหรา มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยและเพียงพอ มีบุคลากรที่เพียงพอในการให้บริการ และการแต่งกายของบุคลากรผู้ให้บริการสะอาด เรียบร้อย
2. ความไว้วางใจได้ (Reliability) คือ บริการที่ได้รับนั้น มีความถูกต้องแม่นยำเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ เช่น แพทย์ออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการตรงตามเวลา มีการติดตามผลการรักษา มีการรายงานผลการตรวจ และการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง

3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) คือ ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการได้ทันที ซึ่งแสดงถึงความพร้อมและความเต็มใจในการให้บริการ มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยฉุกเฉินต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว สามารถจัดบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม มีการติดต่อสื่อสารที่ดีในการชี้แจงรายละเอียดก่อนการให้บริการทุกครั้ง

4. สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) คือ การที่ผู้ให้บริการมีความรู้ มีทักษะ มีความสามารถในการให้บริการ สามารถแสดงให้ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ เช่น เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการวิชาชีพของตนเอง และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันในการให้บริการได้อย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ

5. ความมีอริยาบถ (Courtesy) คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจะต้องมีความสุภาพ มีความเอาใจใส่ รวมทั้งการมีกิริยามารยาทที่ดี การแต่งกายสุภาพ การใช้คำพูดที่เหมาะสม และมีบุคลิกภาพดี

6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ ความน่าเชื่อถือที่เกิดจาก ความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างจริงจัง ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่ง ที่จะส่งผลให้ผู้รับบริการมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น มีการพูดปากต่อปาก จนอาจเกิดเป็นปัจจัยเสริมร่วมด้วย เช่น ชื่อเสียงของสถานบริการ ซึ่งความน่าเชื่อถือนี้ รวมถึงการได้รับการรับรองคุณภาพด้านต่าง ๆ ของสถานบริการด้วย

7. ความปลอดภัย (Security) คือ ความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยง อันตรายหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ในเรื่องของเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ การรักษาความลับของผู้รับบริการ การรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียงของตนเอง

8. การให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ (Access) ผู้รับบริการจะต้องเข้าถึงบริการได้โดยง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ มีขั้นตอนในการให้บริการที่ไม่ซับซ้อน มีการบริการกระจายทั่วถึง เช่น การคมนาคมสะดวก การบริการเป็นระบบระเบียบ รวดเร็วไม่เสียเวลารอนาน เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้มารับบริการ และให้การบริการด้วยความเสมอภาค

9. การติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม (Communication) การสื่อสารมีความสำคัญมากต่อคุณภาพของบริการ นอกจากเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการให้บริการแล้ว ยังจัดว่าเป็นบริการอีกลักษณะหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้บริการ จึงควรมีข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้มารับบริการอย่างครบถ้วน และหลีกเลี่ยงศัพท์เทคนิคในการสื่อสารกับผู้มารับบริการ

10. การเข้าใจและรู้จักผู้มารับบริการ (Understanding/ Knowing the Customer) คือ การที่ผู้ให้บริการพยายามทำความรู้จักกับผู้รับบริการ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้รับบริการ เช่น ผู้ให้บริการจำชื่อผู้รับบริการได้ หรือการมีระบบเก็บรักษาข้อมูลในอดีตของผู้รับบริการ

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ นิดเคิลแมน, เบอร์ฮอส, แมทเท, สตีวอร์ต และซีลี วินสกี (Needleman, Buerhaus, Matke, Stewart, & Zelevinsky, 2002) ได้ศึกษาถึงระดับพยายาลกับคุณภาพการดูแลในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาในระดับของพยายาลที่อยู่ระดับล่างจะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบหรือการเสียชีวิตหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษพบว่ามีความสัมพันธ์กันของพยายาลระดับล่างต่อการเพิ่มของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และการศึกษาของโซชาลสกี (Sochalski, 2004) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพยายาลและคุณภาพการพยายาลในโรงพยาบาล โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล อัตราการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา การบาดเจ็บเพิ่มของผู้ป่วยจากการรักษา และความไม่สิ้นสุดของการดูแลผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยายาล การศึกษาพบว่า คุณภาพการพยายาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยไม่มีจุดสิ้นสุด ทำให้เป็นปัญหาต่อคุณภาพการพยายาลได้

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการพยายาล ได้แก่ การศึกษาถึงตัวกำหนดคุณภาพบริการที่เป็นที่ยอมรับของผลงานวิจัยของ พาราซูราแมน และคณะ (Parasuraman et al., 1988 อ้างถึงใน มณฑา อร่ามเลิศมงคล, 2549) ที่ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งพัฒนาเครื่องมือและขั้นตอนการบริการให้เกิดความพึงพอใจ ที่เรียกว่า SERVQUAL โดยกำหนดปัจจัยคุณภาพบริการ 5 ประการ คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ความน่าเชื่อถือ วางใจได้ (Reliability) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness) ความเชื่อมั่นในการบริการ (Assurance) และการเข้าใจ รู้จักรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ (Empathy) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของการใช้มาตรฐานการพยายาลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยต่อคุณภาพบริการพยายาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติคิมหาราซินี ของ สมคิด จันทรส้องแสง และคณะ (2547) พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคอบริการพยายาล กลุ่มที่ได้รับการพยายาลหลังการใช้มาตรฐานการพยายาลจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยายาลก่อนการใช้มาตรฐานการพยายาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย กลุ่มที่ได้รับการพยายาลหลังการใช้มาตรฐานการพยายาล น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยายาลก่อนการใช้มาตรฐานการพยายาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และภาวะการติดเชื้อของทารกน้ำหนักน้อยกลุ่มหลังการใช้มาตรฐานการพยายาล และกลุ่มก่อน

การใช้มาตรฐานการพยาบาลไม่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษาของ กิจสิลักษณ์ วิไลวรรณ และยุพิน อังสุโรจน์ (2548) ที่ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลสูติกรรม โรงพยาบาลทั่วไป ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ พบว่า ตัวประกอบคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลทั่วไปมีทั้งหมด 8 ตัวประกอบ คือ 1) การให้ความรู้และคำแนะนำ 2) การมีปฏิสัมพันธ์/ อธิบายไมตรี 3) การดูแลด้านร่างกาย 4) ความปลอดภัยของมารดาและทารก 5) สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ 6) การพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการ 7) การให้บริการแบบองค์รวม และ 8) สมรรถนะของพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุรีย์ ธาดทองเหลือง (2542) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยความรู้กับทักษะคิด ความรู้กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ทักษะคิดกับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาล มีความสัมพันธ์ในทางบวก สำหรับการศึกษาของ จารวรรณ สิริวัฒนสกุล (2546) พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนคุณภาพการพยาบาลตามการได้รับการปฏิบัติจริง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลตามความคาดหวังจะสูงกว่าการได้รับการปฏิบัติจริงของผู้รับบริการทั้งโดยรวมและรายด้านซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการพยาบาลที่มีคุณภาพ (Quality of Nursing Care) นั้น วารี วณิชปัญญาผล (2549) ระบุว่าควรประกอบด้วย องค์ประกอบต่าง ๆ คือ เอกลักษณ์วิชาชีพ ซึ่งพยาบาลต้องมีบทบาท ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแล/ เผื่อระวังให้ความอารักขา ช่วยเหลือตามความเหมาะสม 2) บำรุงเลี้ยงผู้ป่วยให้สมอง/ ร่างกายเกิดการเรียนรู้ มีการปรับตัวช่วยเหลือตนเอง 3) ให้ความเมตตา/ กรุณาปราณี ให้ความอบอุ่นทางใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้ สำหรับการศึกษาของ ชุตติกาญจน์ หฤทัย และอรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2550) เรื่องการกำหนดเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศตามระบบ Benchmarking คุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ 5 ขั้นตอน พบว่า เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ เป็นเกณฑ์กลางที่ใช้ในการตัดสินใจและค้นหา Nursing Best Practices และคู่มือการเขียนรายงานตามเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ เป็นคู่มือที่อธิบายถึงวิธีการเขียนรายงานวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

สำหรับในการศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีการศึกษาวิจัยกันมาก ดังเช่น การศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการ

ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล และคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์โดยสุนันทา สกุลยืนยง (2546) พบว่า ความพึงพอใจในคุณภาพการจัดการกับความเจ็บปวดในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการหรือกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมยุเรศ สีลาวรรุฒิ และชอเคียะ บิลยะลา (2549) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อคุณภาพการพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี และคุณลักษณะของบุคลากรมีความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาลทั้งในระยะรอผ่าตัดและระยะอยู่ในห้องพักฟื้น สำหรับการศึกษาคูณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงแสน จังหวัดเชียงรายโดยวนิดา จันตัน (2549) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงแสนอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านคุณลักษณะของพยาบาล ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคูณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยพิศมัย บั้งเงิน (2550) และสุภาณี โสทัน (2550) ซึ่งพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

กล่าวได้ว่าคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยมีความสำคัญที่สามารถประเมินคุณภาพการพยาบาลของผู้ให้บริการ และพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ที่ครอบคลุมคุณภาพการพยาบาลมากที่สุด มีอยู่ 4 ชุด ดังนี้

1. The Patient's Perception of Quality Scale-acute Care Version (PPQS-ACV)

ของ ลิน และแมคมิลเลน (Lynn & Mc Millen, 1999) เป็นแบบสอบถามเพื่อการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาล โดยการประเมินคุณภาพการพยาบาลด้วยตัวผู้ป่วยและพยาบาลเองในการตอบคำถาม ในเรื่องระดับคุณภาพการพยาบาล แบ่งระดับความสำคัญออกเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่สำคัญ” ไปจนถึง “มีความสำคัญสูงสุด” เครื่องมือนี้พัฒนาจากเครื่องมือ

CARE-Q Scale ตรวจสอบคุณภาพความตรงภายในเท่ากับ .85 มีจำนวน 90 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการดูแลมิติทางด้านจิตใจ และด้านความเป็นวิชาชีพ

2. The Good Nursing Care Scale for Patients: GNCS-P ของ ลีโนเนน และคณะ

(Leinonen et al., 2001) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ลีโน-คิลปี (Leino-Kilpi, 1990, 1996) ลีโน-คิลปี และ วูโอเรนเฮมโม (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1994) ที่ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจำนวน 72 ข้อ ทำการทดสอบในผู้ป่วย 20 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 19 คน ศัลยแพทย์ 5 คน และวิสัญญีแพทย์ 4 คน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะของพยาบาล มีจำนวน 14 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย มีจำนวน 19 ข้อ 3) ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย มีจำนวน 13 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีจำนวน 14 ข้อ 5) ด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย มีจำนวน 12 ข้อ หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทำการทดสอบซ้ำ ในผู้ป่วย 50 คน คงเหลือข้อคำถาม 54 ข้อประกอบด้วย 1) ด้านคุณลักษณะของพยาบาล จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 35 ข้อ 3) ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยไม่ได้ระบุ ความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3. The Good Care Scale for Patients: (GCS-P) ของรีนสตรอม, คริสเตนสัน,

ลีโน-คิลปี, และ ยูโนสสัน (Rehnstrom, Christensson, Leino-Kilpi, & Unosson, 2003) ดัดแปลงมาจาก Good Nursing Care Scale for Patients (GNPS-P) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 71 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลอย่างมืออาชีพ (Professional Care) จำนวน 32 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม (Care Activities and Environment) จำนวน 23 ข้อ 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านการสนับสนุน (Support) จำนวน 2 ข้อ 5) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) จำนวน 2 ข้อ 6) ด้านการวางแผนจำหน่าย (Discharge) จำนวน 2 ข้อ และ 7) ด้านการยอมรับ (Respect) จำนวน 2 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.79 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test - retest) ในพยาบาล 10 คน ได้เท่ากับ 0.75

4. แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ของจิตติณัฐ

อัครเดชอนันต์ และรัตนาวดี ชอนตะวัน (2549) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิดของ ลีโนเนน และคณะ (Leinonen et al., 2001) มีจำนวน 50 ข้อประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะของพยาบาล (Staff Characteristics)

มีจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย (Activities) มีจำนวน 19 ข้อ 3) ด้านความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Precondition) มีจำนวน 8 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีจำนวน 7 ข้อ 5) ด้านความคืบหน้าในการดูแลผู้ป่วย (Progress of Nursing Process) มีจำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.89

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ของ จูดิณัฐ อักกะเดชนันต์ และรัตนาวดี ชอนตะวัน (2549) นำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับการ ประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ปกครองทารกแรกเกิดป่วย เนื่องจากครอบคลุมใน เนื้อหาของคุณภาพการพยาบาล และมีผู้นำนามาใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย ได้แก่ วนิดา จันตัน (2549) พิศมัย บั้งเงิน (2550) และสุภาณี โสทัศน์ (2550) เป็นต้น

จากปัญหาและความต้องการด้านการพยาบาลเพื่อให้ได้มาตรฐานคุณภาพการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการ ดูแลทารกแรกเกิดป่วย ทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การมี ส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการตัดสินใจ ว่ามี ความสัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างไร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน หรือพัฒนาบริการพยาบาลให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น ต่อไป