

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤตขณะมาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล มีแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
2. แนวคิดเรื่องความต้องการและความต้องการของญาติผู้ป่วย
3. ความรู้เรื่องหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit)
4. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

1.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างกว้างขวาง และหลายรูปแบบดังนี้

วันทีนีย์ วาลิกะลิน (2547) ให้ความหมายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อให้ปรับปรุงดีขึ้น ให้ความช่วยเหลือ โดยใช้เวลา ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และรับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2538) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผล ทำให้ผู้รับไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ทิลเคน และไวเนิร์ท กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

สรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2539) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี่หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล ข่าวสาร การช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ของ การเงิน การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้

1.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่และมีความรัก ความหวังดี ในสังคมอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) คือ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) คือ เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือ การบอกให้ทราบถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร รูปแบบต่างๆ

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม ในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วย ความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม

ต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

จากแนวคิดดังกล่าว เมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทุกคนก็ได้รับผลกระทบไปด้วย นอกจากความเครียดที่เกิดจากความห่วงใยในอาการเจ็บป่วยและสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ยังต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว การจัดการด้านหน้าที่การทำงานและ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ญาติจะมุ่งความสนใจไปที่การดูแลผู้ป่วยและพยายามทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่างๆ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเผชิญกับปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองด้วย ในขณะที่มาเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วยและเป็นปัญหาที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ไม่เคยได้รับความสนใจจากหน่วยงานใด ซึ่งในความเป็นจริงแล้วปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน และนอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น การถูกลักขโมยทรัพย์สิน ถูกล่อลวง ซึ่งเป็นการซ้ำเติมคนเหล่านี้ให้มีความลำบากมากขึ้นไปอีก จากสภาพปัญหาดังกล่าวหากญาติผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมในด้านต่างๆ ตามแนวทางการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. แนวคิดเรื่องความต้องการและความต้องการของญาติผู้ป่วย

บุคคลมีความต้องการอยู่ตลอดเวลา โดยไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถ

ปรับตัวหรือไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้ ซึ่งมีผู้สนใจศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

ไรน์ และ มอนแทก (Rines & Montag, 1967) กล่าวถึงความต้องการว่า หมายถึง สิ่งที่เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิต เพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิต และได้แบ่งความต้องการออกเป็น 3 ชนิด คือ

ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การออกกำลังกายและการพักผ่อน ความสะอาดของร่างกายทั่วไป สิ่งแวดล้อม ตลอดจน ความต้องการทางเพศ

ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ การพึ่งพาผู้อื่น การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความสำเร็จและสมหวังในชีวิต

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการความหวัง การมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และการได้รับการปลอบใจ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการดังกล่าวจะเป็นความต้องการของบุคคลโดยทั่วไป แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของตน จะทำให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความต้องการ หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับสิ่งซึ่งมีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความคับข้องใจและอาจไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้ ความต้องการดังกล่าวมีทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

การที่บุคคลเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว ถือเป็นภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว และมีความต้องการที่จะนำปัจจัยสมดุลต่างๆ มาใช้ เพื่อให้ครอบครัวสามารถคงความสมดุลอยู่ได้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการในด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น กากลิโอเน (Gaglione, 1984, อ้างถึงใน ธิติมา วาหนียะเวช, 2540) สรุปความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

2.2.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษาและการพยากรณ์โรค

ของผู้ป่วยซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบุว่า มีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบเกี่ยวกับการตรวจต่างๆ เหตุผลของการใช้เครื่องมือ การดูรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยต้องการให้มีการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการรู้ประเภทของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน ต้องการทราบว่า จะถามข้อมูลชนิดไหนได้จากใคร ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลเหล่านั้น อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ อีกทั้งขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยหรือขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถูกเชิญให้ออกนอกหอผู้ป่วย ทำให้ขาดโอกาสในการติดต่อสื่อสารที่ดีและได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใช้จินตนาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยประเมินจากสภาพที่พบเห็น และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงกับความจริงจากแหล่งอื่นๆ ทำให้มีการตีความผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังต้องการความสะดวกในการสอบถามข้อมูล โดยต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ต้องการทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย และต้องการทราบว่า จะสามารถโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลได้จากใคร เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง

2.2.2 ความต้องการด้านกายภาพ (Physiological Needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวสบายต่างๆ ได้แก่ สถานที่รับประทานอาหาร ที่พัก การดูแลสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วย โดยในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนเองมากนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะให้ลำดับความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต โดยความต้องการด้านร่างกายที่สมาชิกในครอบครัวระบุว่ามีความต้องการ ได้แก่ ต้องการให้มีห้องน้ำ และห้องพักใกล้หอผู้ป่วยขณะรอเวลาเยี่ยม ต้องการมีอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในห้องพักรอเยี่ยม มีอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาลและมีโทรศัพท์ใกล้บริเวณหอผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการมีเวลาอยู่คนเดียว หรือมีสถานที่เป็นส่วนตัวเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล และมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ตลอดจน ต้องการมีคนสนใจดูแล

สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบ้าง นอกจากความต้องการด้านร่างกายแล้ว สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังมีความต้องการในด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้

2.2.3 ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Needs) เป็นความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน และให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Psychological Crisis) ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น อาจเกิดจากความไม่รู้ ความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวยังมีความต้องการได้รับการสนับสนุน และมีโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง และกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ สมาชิกในครอบครัวก็ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน คือ ต้องการมีคนอยู่พูดคุยด้วย ช่วยรับฟังปัญหา และตอบข้อข้องใจต่างๆ ตลอดจน ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และทุกอย่างจะเรียบร้อย แม้เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่อยู่ด้วยตลอดเวลาที่โรงพยาบาล และต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลด้วย

ในขณะเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการที่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เช่น การให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การพลิกตัว การนวดหลัง แม้กระทั่งการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนก็อาจช่วยลดภาวะสูญเสียพลังอำนาจในตนเองได้ และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แต่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก็ยังต้องการความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากกลัวการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ความต้องการเข้าเยี่ยมให้ตรงเวลามีการเปลี่ยนแปลงเวลาเข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็นหรือสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยเท่าที่ต้องการ ซึ่งเป็นความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์

2.2.4 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ เช่น การยึดมั่นในศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการให้มีพระมาเยี่ยม ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วย ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยและต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาได้บ้างขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

สรุปความต้องการของญาติผู้ป่วย มีทั้งหมด 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูล ข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้าน จิตวิญญาณซึ่งความต้องการทั้ง 4 ด้านนี้ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของญาติผู้ป่วย หากไม่ได้รับ การตอบสนองหรือให้การช่วยเหลือก็จะเกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจในการให้บริการของ โรงพยาบาลได้

3. ความรู้เรื่องหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit)

ผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยวิกฤตได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างกว้างขวาง และหลายท่าน ดังนี้

สุจิตรา ลิมอานวยลาภ (2549) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นปัญหาสุขภาพที่ พบได้บ่อยและเป็นปัญหาอันดับแรกของภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือแก้ไขทันที่จากบุคลากรทาง การแพทย์ที่มีความรู้ มีทักษะในการประเมินปัญหา วินิจฉัยโรค และรักษาโรคได้อย่างถูกต้อง หาก ไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายหรือพิการได้

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (2547) ให้ความหมายไว้ว่า หอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Condition) ต่างๆ หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว เช่น ช็อค ระบบหายใจล้มเหลว ฉีดยาพิษ การติดเชื้อ ไตวาย มีอาการทางระบบประสาท เสียเลือดและมีภาวะเลือดหยุดยาก เป็นต้น โดยภาวะนี้อาจเกิดอวัยวะหนึ่งๆ หรือ หลายอวัยวะทำงานล้มเหลว จากโรคหรือภัยอันตราย ต่างๆ จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนและได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีม หอผู้ป่วยหนัก ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเฉพาะทางวิกฤต นักบำบัดทางเดิน หายใจ นักโภชนาการ และทีมวิชาชีพเฉพาะทางอื่นๆ ที่ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลรักษา ผู้ป่วยวิกฤตตามอาการและตามความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตแต่ละคน

การจัดระบบงานในหอผู้ป่วยหนัก (คณินิจ บุรีเทศน์, 2540)

1. เกณฑ์การรับผู้ป่วย พิจารณาจาก

1.1 ผู้ป่วยต้องการช่วยหายใจหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ และ/หรือ ต้องการให้การ บริการพิเศษเฉพาะทาง

1.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาการไม่คงที่และคาดได้ว่า จะเกิดอาการรุนแรงได้ทุกขณะ

1.3 ผู้ป่วยประเภทบาดเจ็บ ซึ่งมีอาการวิกฤตหรือยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ แน่นอน

1.4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายที่อาการนำวิกฤต

1.5 ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ ยาพิษ ทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือก่อนวิกฤต

1.6 ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

2. เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะอยู่รับบริการประมาณ 1-3 วัน แต่ควรขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและระยะของโรคเป็นเกณฑ์ ถ้าพ้นระยะอันตราย สัญญาณชีพสม่ำเสมอ ไม่มีความผิดปกติของอาการทางสมองและประสาท โดยมีอาการสม่ำเสมอคงที่ อย่างน้อย 1 วัน สมควรย้ายออกทันที หากเตียงเต็มและมีความจำเป็นต้องรับผู้ป่วยใหม่ แพทย์ และพยาบาลต้องร่วมกันพิจารณาผู้ป่วยที่มีอาการดีที่สุดย้ายออก

3. การกำหนดระเบียบการเยี่ยม ขึ้นกับนโยบายของแต่ละสถาบัน ส่วนใหญ่ กำหนดเวลาเยี่ยมของญาติให้อยู่ช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติภาระกิจน้อยที่สุด และไม่ควรเยี่ยม เกิน 5 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน จำนวนผู้เยี่ยมไม่ควรเกิน 2 คน สำหรับหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ กำหนดให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเวลา 12.00-20.00 น. เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน ไม่เกิน ครั้งละ 5 นาที เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาด ก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทุกครั้ง

ระบบการให้บริการ กระบวนการรักษาพยาบาล การประเมินผู้ป่วยก่อนรับ เกณฑ์ การรับ (Admission) การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การตรวจ การให้การรักษา การเฝ้าระวังอาการ (Monitoring) การทำหัตถการ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหา สุขภาพที่คุกคามต่อชีวิตได้อย่างมั่นคง ดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในภาวะได้อย่างดีที่สุด ซึ่งเป็นการบริการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (นฤมล กิจจามนธ์, 2540; วิจิตรา กุสุมภ์, 2551) เช่น

มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความต้องการ และคาดการณ์ภาวะวิกฤตได้ก่อน

จะรุนแรง ในการแยกประเภทของผู้ป่วยวิเคราะห์จากสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้รับบริการควรได้รับ

สถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้จำแนกความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตามปัญหาสรีรวิทยา ซึ่งพยาบาลจะต้องรับผิดชอบให้การดูแลร่วมกับวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะแพทย์ เกณฑ์ดังกล่าวได้แก่ สัญญาณชีพอาการ อาการแสดงทางระบบประสาท การได้รับการตรวจรักษา ด้วยการผ่าตัด/การทำหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต และพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การดูแลขั้นต่ำที่ผู้รับบริการควรได้รับ เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้รับบริการ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการและความต้องการการบรรเทาอาการ

เกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภท 4 หนักมาก หมายถึง สัญญาณชีพผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา อย่างน้อยทุก 15 นาที มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือโอกาสเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้ตลอดเวลา ต้องการการเฝ้าระวังอาการอย่างน้อยทุก 30-60 นาที ได้รับการรักษาด้วยหัตถการในลักษณะที่ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการมีชีวิต ในรายที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น การทำการช่วยฟื้นคืนชีพ การผ่าตัดใหญ่ในอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ปอด เป็นต้น ใน 48 ชั่วโมงแรกที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ หรือ การช่วยชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระยะแรก เช่น การปรับเครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น ได้รับการสูดน้ำ/ยาทางหลอดเลือดดำ ที่ต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด มีการบันทึกการเฝ้าระวังทุก 15-60 นาที และมีความวิตกกังวลสูง ต้องการการบรรเทาอาการรบกวนมาก จนทำให้นอนไม่หลับหรือพักผ่อนไม่ได้ ต้องเฝ้าระวังตลอดเวลาอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด

ประเภท 3 หนัก หมายถึง สัญญาณชีพผิดปกติ แต่ควบคุมได้หรือปกติ แต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต้องเฝ้าระวังอย่างน้อยทุก 15 นาที-2 ชั่วโมง มีอาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติแต่ควบคุมได้ ต้องการการเฝ้าระวังอาการทุก 2-4 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยหัตถการในลักษณะที่ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการมีชีวิต ในรายที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น การล้างไตทางหน้าท้อง การเจาะปอด เป็นต้น ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในอวัยวะที่สำคัญหลังผ่าตัด

48 ชั่วโมงแรก ที่ควบคุมอาการได้ หรืออยู่ในช่วงที่ปรับลดอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ได้รับยาที่ต้องมีการประเมินอย่างชัดเจน ก่อนและหลังให้ยา มีความวิตกกังวล มีอาการรบกวนที่รุนแรง แต่ควบคุมได้ ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีโอกาสทำร้ายตนเองและผู้อื่น แต่สามารถควบคุมอาการได้ โดยต้องดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

ประเภท 2 ปานกลาง หมายถึง สัญญาณชีพปกติ แต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องเฝ้าระวังอย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยหัตถการในลักษณะที่ไม่ฉุกเฉิน ในรายที่อาการคงที่และควบคุมอาการได้ หลังผ่าตัดด้วยวิธีที่สำคัญ 48-72 ชั่วโมง ที่ควบคุมอาการได้ หรือไม่มีการปรับเปลี่ยนการทำงานของอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต ได้รับยาเพื่อรักษาอาการทั่วไป ต้องการเฝ้าระวังตามปกติ มีอาการรบกวนที่ควบคุมได้ต้องเฝ้าระวังอาการอย่างน้อย 1 ครั้ง มีความเครียด/วิตกกังวลเล็กน้อย ต้องการกำลังใจ อาจอยู่ในภาวะเตรียมการผ่าตัด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และมีผู้คอยช่วยเหลือ

ประเภท 1 พักฟื้น หมายถึง สัญญาณชีพคงที่และมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้น้อย ต้องเฝ้าระวังอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ได้รับการรักษาด้วยหัตถการทั่วไป เช่น การเจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ไม่ได้รับการตรวจรักษาพิเศษ อยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด ไม่ใช้อุปกรณ์พิเศษในการช่วยชีวิต ไม่มีอาการรบกวน ได้รับยาที่ใช้ควบคุมอาการในลักษณะประจำ หรือยาบำรุง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ต้องการคำแนะนำทั่วไป เช่น กฎระเบียบการรับบริการ การดูแลตนเองเบื้องต้น

มาตรฐานที่ 2 วินิจฉัยการตรวจและวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดแผนการตรวจเพื่อตอบสนองปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะวิกฤตและระยะต่อเนื่อง เพื่อวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงแผนการพยาบาล จัดระบบสื่อสารและรายงานให้สมาชิกในทีมการพยาบาลเข้าใจแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการให้ข้อมูลและดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ที่ตั้งหอผู้ป่วยหนัก วัตถุประสงค์/วิสัยทัศน์ของหอผู้ป่วยหนัก หมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยหนัก ชั่วโมงการเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก ขึ้นอยู่กับเวลาที่เหมาะสมที่สุดในคุณภาพของการดูแลและความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจจะไม่สามารถเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนดได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการพยาบาล การเอกซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น นอกเวลาอาจจะเข้าเยี่ยมได้หากได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนัก ระเบียบการเยี่ยม ก่อนที่จะเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก ควรติดต่อกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักก่อน เพื่อได้รับความสะดวก

และการเย็บที่เหมาะสม ปิดโทรศัพท์มือถือ ถ้างมือก่อนและหลังเข้าเย็บ ห้ามนำดอกไม้สดเข้ามาเย็บผู้ป่วยและงดเยี่ยมสำหรับผู้ที่เป็นหวัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ให้เยี่ยมในระยะสั้นๆ แต่บ่อยครั้ง จำนวนผู้เข้าเย็บไม่ควรเยี่ยมเกินครั้งละ 2 คน ในเวลาเดียวกันและเปลี่ยนกันเย็บ หากพบว่าห้องผู้ป่วยปิดมานาน บางครั้งอาจจะต้องห้ามเยี่ยมก่อนขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย กรณีที่ได้กมาเย็บต้องแจ้งให้ทางหอผู้ป่วยหนักทราบเป็นพิเศษเพราะต้องมีผู้ใหญ่ประกบกับเด็กตลอดเวลาในการเย็บ เครื่องมือพิเศษต่างๆ ทางหอผู้ป่วยหนักจะมีการอธิบายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพิเศษให้แก่สมาชิกครอบครัว เข้าใจอย่างง่ายๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก/จมูกและต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้ เพราะสายเสียงถูกขัดขวางจากท่อช่วยหายใจ เมื่อถอดท่อช่วยหายใจออกผู้ป่วยจะสามารถพูดและหายใจได้เอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวที่เข้าเย็บโดยการเตรียมกระดาษ ดินสอไว้ให้ผู้ป่วยเขียนบอกความต้องการ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องให้อันตรายที่จำเป็นต้องมีการปรับหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ต้องใช้เครื่องปรับหยดยาอัตโนมัติและมีการเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องอาจจะต้องได้ใช้เครื่องเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ และสัญญาณชีพอื่นๆ หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จะได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำหรือทางสายยางให้อาหารทางปากหรือจมูกที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหาร ข้อตกลงของหอผู้ป่วยหนัก หากสมาชิกครอบครัวต้องการทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยและคาดหวังอะไร ที่มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ทางหอผู้ป่วยหนักพร้อมรับฟังข้อคิดเห็นที่ท่านเสนอแนะและตอบคำถามของสมาชิกครอบครัว เพราะถือว่าสมาชิกครอบครัวเป็นสมาชิกคนหนึ่งเ็นทีมสุขภาพ สิ่งที่สมาชิกครอบครัวสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ ได้แก่ การสัมผัส การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อแสดงถึงความห่วงใย รวมถึงการเตรียมของใช้ส่วนตัวสำหรับผู้ป่วย เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แวนตาฟันปลอม ครีมอาบน้ำ เครื่องโกนหนวด ยาดับกลิ่น เครื่องช่วยการได้ยิน ถูเท้า เป็นต้น จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อความปลอดภัยทางหอผู้ป่วยหนักไม่สามารถที่จะให้ข้อมูลทางโทรศัพท์แก่บุคคลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักบางแห่งมีชั่วโมงในการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์แก่สมาชิกครอบครัว เช่น ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 10.00-11.00 น. ยกเว้นกรณีฉุกเฉินทางหอผู้ป่วยหนักจะติดต่อแจ้งข้อมูลให้ทราบตลอดเวลา การเตรียมการสนับสนุนด้านอื่นๆ แก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น มีห้องพักที่มีความสะอาดสบาย กว้าง มีอุปกรณ์เกี่ยวกับครัว ห้องทำความสะอาด มีห้องให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัวสำหรับการพบกับแพทย์ พระ และสมาชิกทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ

มาตรฐานที่ 3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและภาวะวิกฤตโดยเร็ว

มาตรฐานที่ 4 วางแผนการจำหน่าย (Discharge Criteria) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย และปฏิบัติตามแผน เช่น กำหนดแผนและเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับครอบครัว จัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือย้ายไปยังหอผู้ป่วยอื่น

มาตรฐานที่ 5 ประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินความก้าวหน้าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะๆ ตลอดจนการประเมินผลจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่รักษาและสถิติการตายของผู้ป่วย

ระบบวิชาการ ต้องมีการกำหนดกระบวนการเสริมความรู้และทักษะในการให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับและจัดทำแผนการเสริมความรู้ทางวิชาการ เนื่องจากลักษณะงานต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนในภาวะวิกฤต ตลอดจนต้องทำงานกับเครื่องมือที่ใช้วิทยาการทางเทคโนโลยีเป็นหลักในการทำงาน จึงทำให้นักวิชาการต้องได้รับความรู้แลทักษะเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา พยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ขั้นสูงด้านสรีรวิทยาธิสภาพของทุกระบบในร่างกาย เป็นผู้ที่มีทักษะในการประเมินปัญหาผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการจัดการและใช้เครื่องที่ยุ่งยากได้ ที่สำคัญต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมให้การช่วยเหลือและป้องกันภาวะวิกฤตที่จะเกิดขึ้นได้ด้วยดังนั้นพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จึงต้องมีคุณสมบัติดังนี้ (สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาภ, 2549; วิจิตรา กุสุมภ์, 2545)

- เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน
- เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสรีรวิทยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของโรค
- ตระหนักและให้ความสำคัญของความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และเข้าใจการตอบสนองของภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว
- สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต้องฝึกฝนทักษะความชำนาญในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว

จากการที่หอผู้ป่วยหนักมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและมีการจัดระบบการบริหารงานที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่นๆ จึงทำให้หอผู้ป่วยหนักมีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งสามารถแบ่งสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2549) ได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

หอผู้ป่วยหนักถูกออกแบบในด้านโครงสร้าง จัดที่ทำงานพยาบาลอยู่ตรงกลาง โดยมีเตียงผู้ป่วย อยู่ล้อมรอบเป็นวงกลม เพื่อให้พยาบาลได้สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ แต่ข้อเสียคือผู้ป่วยไม่มีความเป็นส่วนตัวและผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยอื่นๆ มีการจัดเตรียมเครื่องมือ ของใช้ต่างๆ รวมถึงการจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่พยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย

เครื่องมือและของใช้ ในหอผู้ป่วยหนักเป็นเครื่องมือที่ค่อนข้างยุ่งยาก ต้องมีการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมอยู่เสมอ พร้อมทั้งจะใช้กับผู้ป่วยได้ทุกคนและตลอดเวลา เครื่องมือที่ผู้ป่วยแต่ละคนต้องมีประจำ ได้แก่ Cardiac Monitor ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้และเครื่องดูดเสมหะ แต่เครื่องมือที่จัดเตรียมไว้ส่วนกลางและพร้อมที่จะใช้ตลอดเวลา ได้แก่ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องช่วยหายใจ และยาฉุกเฉินต่างๆ เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจ : ภาวะเครียดของผู้ป่วย/ครอบครัวและพยาบาล (Psychological Environment : Stress on Patient/family and Staff)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยหนัก ถือเป็นสิ่งเร้า (Stressor) อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่

- สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เผชิญกับสิ่งแปลกใหม่
- เสียงและระดับของแสงสว่าง แสงไฟที่เปิดตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน เสียงจากเครื่องมือต่างๆ ที่ดังตลอดเวลา
- เห็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยอื่น เห็นภาพที่แพทย์ พยาบาล การทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลตลอดเวลาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย
- การนอนหลับพักผ่อนถูกรบกวน
- ไม่สามารถพบญาติหรือเพื่อนสนิทได้
- ขาดความเป็นส่วนตัว
- ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล วิธีการและขั้นตอนของกิจกรรมการรักษาการพยาบาลโรค

- คาดว่าจะได้รับการแก้ไขเรื่องเจ็บปวด
- สับสนเนื่องจากปัจจัยทางด้านร่างกาย
- ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ
- กลัวการวินิจฉัยโรค กลัวตาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านร่างกายที่ค่อนข้างคุกคามกับชีวิต ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยมีวิทยาการก้าวหน้า มีทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวนมากที่มีความรู้ความสามารถพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย จึงทำให้หอผู้ป่วยหนักมีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมีทั้งสิ่งแวดล้อมทางจิตใจ ตลอดจนอาการของผู้ป่วยที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาส่งผลทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อคงความสมดุลของครอบครัวไว้

ญาติผู้ป่วยวิกฤต

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด แต่มีความสำคัญยิ่งต่อบุคคล เนื่องจากเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลเจริญเติบโตและพัฒนาตลอดช่วงระยะเวลาของการดำเนินชีวิต (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่มาอยู่ร่วมกันโดยมีความสัมพันธ์ต่อกัน มีความรัก ซื่อสัตย์ และภักดีต่อกันและกัน ซึ่งเป็นผลจากการแต่งงานหรือ การรับไว้เป็นบุตรบุญธรรม หรืออาจหมายถึง กลุ่มบุคคลสองคนขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในสถานที่ที่เดียวกัน มีความผูกพันใกล้ชิดกันในด้านอารมณ์ ความรู้สึกและมีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความต้องการทางเพศ หรือหมายถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ตามกฎหมาย เช่น คู่สมรส ซึ่งจะมีความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใยและดูแลซึ่งกันและกัน

ครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การอบรมเลี้ยงดูและดูแลบุคคลตั้งแต่ปฐมวัย จึงเป็นหน่วยในสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพและความผาสุกของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งจะช่วยดูแลบุคคลทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ผ่านไปด้วยดี (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ถือเป็นภาระที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบ และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย แต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งบางครั้งอาจมีความเครียดมากกว่าตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือโดยรวมต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือทุกคนใน

ครอบครัว โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาจากบุคคลที่อยู่ในครอบครัวก่อน แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้นจนเกินกำลังที่สมาชิกในครอบครัวจะดูแลได้ สมาชิกในครอบครัวก็จะเป็นผู้ที่สืบบทบาทสำคัญในการตัดสินใจที่จะนำผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท และหน้าที่ของแต่ละบุคคลเพื่อคงภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคนอื่นๆ จะช่วยรับภาระและทำหน้าที่แทนขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยจะสามารถทำหน้าที่ได้น้อยกว่าครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดว่าอาจเป็นอันตราย และก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากวิถีทางหรือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ และจำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการปรับตัวในเวลาจำกัดโครงสร้างทางจิตใจ ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวแต่มีผลคุกคามต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของโครงสร้างทางจิตใจและพฤติกรรมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง และไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการที่มากขึ้นกว่าภาวะปกติ เพื่อให้สามารถคงภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ได้

กล่าวโดยสรุป เมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกทุกคนในครอบครัวก็จะได้รับผลกระทบด้วยกันทั้งหมดไม่ว่าอาการของโรคจะรุนแรงระดับใดก็ตาม และหากเป็นผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตลอดเวลา ยิ่งสร้างความวิตกกังวล ความเครียดและส่งผลกระทบต่อญาติทุกคนเป็นอย่างมาก ญาติจะรู้สึกสับสน ไม่ไว้ใจใจ กลัว หวาดระแวง ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ลดลง ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วย และแสดงออกด้วยการมาเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลตลอดเวลา มีความต้องการต่างๆ เพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณคือความเชื่อต่างๆ ซึ่งญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน เดินทางมาจากต่างจังหวัด ไม่มีที่พัก มีปัญหาในการเดินทางและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมถึงสุขภาพของตนเอง ไม่มีหน่วยงานใดที่ให้ความสนใจที่จะดูแลช่วยเหลือ เพราะส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วย โดยลืมที่จะใส่ใจญาติผู้ป่วยซึ่งในความเป็นจริงถือเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้ป่วยเลย เนื่องจากญาติผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการส่วนหนึ่งซึ่งต้องได้รับการดูแลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ซึ่งหากญาติไม่ได้รับความพึงพอใจในบริการการ หรือได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพก็จะเกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมาได้

แต่หากญาติผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามแนวความคิดสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมตามความต้องการและบริการที่มีคุณภาพ จะทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งทางโรงพยาบาลเอง ก็มีแนวคิดในเรื่องพัฒนาคุณภาพบริการในการที่จะสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการอยู่ก่อนแล้ว

4. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

4.1 การพัฒนาคุณภาพบริการ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 คือ การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาคนให้มีความรู้คู่คุณธรรมและจริยธรรม เตรียมความพร้อมให้สอดคล้องกับการพัฒนาและการแข่งขันของประเทศ โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการเพื่อยกระดับบริการสู่มาตรฐาน ปัจจุบันโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และสำนักอนามัย มีแนวทางการพัฒนาซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการทั้งสิ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ให้บริการ และบุคลากรในองค์กร ตลอดจนสนับสนุนการทำงานเชิงรับ – เชิงรุก ไปพร้อมกับการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพ และรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้สะดวกทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้ได้ประโยชน์สูงสุด

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน
2. สร้างทางเลือกใหม่ของการปฏิบัติงาน
3. ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ
4. ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

คำว่า “บริการ และคุณภาพบริการ” ได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างกว้างขวาง และหลายรูปแบบดังนี้

สมิต สัมชุกร (2546, น. 13-31) ได้ให้ความหมายของคำว่า การบริการหมายถึง การปฏิบัติงานที่กระทำหรือติดต่อ และเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ การให้บุคคลต่างๆ ได้ใช้ประโยชน์ในทางใดทางหนึ่งทั้งด้วยความพยายามใดๆ ก็ตาม ด้วยวิธีหลากหลายในการทำให้คนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับความช่วยเหลือ จัดได้ว่าเป็นการให้บริการทั้งสิ้น การจัดอำนวยความสะดวก

การสนองความต้องการของผู้ใช้บริการก็เป็นการให้บริการ การให้บริการจึงสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธี จุดสำคัญคือ เป็นการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกนี้ให้แก่ผู้ให้บริการ

พิสิทธิ พิพัฒน์โกคากุล (2546, น. 1-2) ได้ให้ความหมาย คุณภาพบริการ (Service Quality) คือการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งต้องดำเนินการในพื้นที่สำคัญที่สุดขององค์กร คือ จุดที่มีการสัมผัสกับผู้รับบริการโดยตรง (Front Line) โดยเน้นในช่วงเวลาดังแต่ผู้รับบริการเสร็จสิ้นและกลับออกไป ซึ่งตลอดช่วงนี้เรียกว่าเวลา โมเมนต์ออปทิวทซ์ (Moment of Truth) ถึงช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้รับบริการประทับใจที่สุด

วรรณิ แสงเจริญ (2543, น. 29) ให้ความหมายว่า คุณภาพบริการเป็นแนวคิดที่มีความสลับซับซ้อนและมีความสำคัญ ควรที่จะศึกษาถึงนิยามคำจำกัดความและหาตัวชี้วัด ในการประเมินจากผลของการบริการนั้นๆ ซึ่งถือว่าเป็นระบบที่ทำให้ผู้ให้บริการดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานทางวิชาการและความจำเป็นในด้านเทคนิค รวมทั้งคุณภาพเชิงสังคมที่ก่อให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกัน (Holistic Care) มีความต่อเนื่องในการให้บริการ (Continuous Care) และการดูแลแบบผสมผสานมากที่สุด และมีประสิทธิผล เป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นไปตามความต้องการของประชาชน แต่ต้องไม่ลืมความต่อเนื่องขององค์กรและการผสมผสาน

ลักษณะของการบริการ

การบริการเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งทีบุคคลได้กระทำขึ้น เป็นความรับผิดชอบของทุกคนและสามารถแบ่งความรับผิดชอบไปในงานแต่ละด้าน โดยมีผู้บริการสูงสุดเป็นผู้รับผิดชอบหมดทุกด้าน อาจแยกพิจารณาลักษณะการบริการออกได้ ดังนี้

1. เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อผู้อื่น พฤติกรรมโดยทั่วไปจะเห็นได้จากการกระทำ การบริการจะมีการแสดงออกในลักษณะของสีหน้า แววตา ท่าทาง กิริยาคำพูด และน้ำเสียง การแสดงพฤติกรรมที่ปรากฏให้เห็นจะเกิดผลได้ทันทีและตลอดเวลา แปลผลได้รวดเร็ว อันเป็นลักษณะเฉพาะของการบริการ

2. เป็นการกระทำที่สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดและจิตใจ การบริการจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับความคิดของผู้ให้บริการซึ่งจะแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ ความปรารถนา และค่านิยม ถ้าสิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิด และจิตใจที่ดีก็ย่อมมีผลต่อการบริการที่ดีตามไปด้วย

3. เป็นสิ่งทีบุคคลได้กระทำขึ้นอันเชื่อมโยงถึงผลประโยชน์ของผู้รับบริการ การบริการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนที่เป็นผู้ให้บริการและต้องการคนเป็นส่วนสำคัญในการสร้างบริการที่ดี

เพราะกิจกรรมใดๆ เกี่ยวกับการบริการคนจะต้องมีส่วนร่วมสัมพันธ์ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการเป็นผู้ดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

คุณลักษณะของการบริการโดยทั่วไป มีดังนี้

1. ผลผลิตที่ออกมามีลักษณะที่จับต้องได้ยาก
2. ผลผลิตที่มีความหลากหลาย เบี่ยงเบน และหารูปแบบที่เป็นตัววัดเทียบให้ตรงกับมาตรฐานได้ยาก
3. งานบริการมักต้องส่งมอบ หรือถูกสัมผัส และบริโภค หรือใช้ประโยชน์จากลูกค้า หรือผู้ให้บริการทันทีที่ผลิตออกมา
4. การบริการเกิดอย่างสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีการให้และรับบริการเป็นครั้งคราวเท่านั้น ไม่สามารถเก็บกักต้นทุนการบริการเอาไว้ได้
5. คุณภาพการบริการโดยทั่วไป วัดจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ แต่บางส่วนของบริการสามารถวัดได้จากเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ความรวดเร็ว จำนวนผู้ให้บริการ
6. การให้และรับบริการ จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่ออยู่ในขอบเขตบริเวณที่เรียกว่า จุดสัมผัสบริการ ซึ่งอาจมีขอบเขตกว้างหรือแคบขึ้นอยู่กับผู้ประกอบการจะกำหนด หรือลักษณะประจำตัวของบริการนั้นๆ
7. ในกระบวนการให้บริการ ผู้ใช้บริการมักมีบทบาท หรือเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม ในขณะที่ให้บริการนั้นๆ เสมอ
8. ผู้ให้บริการมักใช้ทักษะ หรือความชำนาญเฉพาะตัวในการให้บริการ
9. งานบริการไม่สามารถผลิตออกมาทีละมากๆ เหมือนการผลิตสินค้าได้
10. งานบริการต้องอาศัยการตัดสินใจและสามัญสำนึกของผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก
11. องค์กรที่ให้บริการจะมีค่าใช้จ่ายและต้นทุนในส่วนของคุณค่าสูงกว่าด้านอื่นๆ
12. หน่วยที่ให้บริการมักถูกกระจายอำนาจและแจกจ่ายไปที่ตำแหน่งที่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการ
13. การวัดประสิทธิผลของการให้บริการใดๆ ทำได้ยากในเชิงของตัวเลข หรือคณิตศาสตร์
14. การควบคุมคุณภาพงานบริการ จะทำได้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมที่กระบวนการให้บริการ (Service Process Control)

15. การกำหนดราคาบริการในแต่ละองค์กรให้อยู่ในระดับเดียวกันจะทำได้ยาก ดังนั้นผู้ใช้บริการจึงมักจะเทียบราคากับความพึงพอใจที่ได้รับ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการนั้นๆ ด้วย

งานบริการชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจมีลักษณะเฉพาะดังกล่าวนี้ไม่ครบทุกประเด็น แต่จะลักษณะใกล้เคียงในลักษณะที่กล่าวถึงข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งเสมอ

ความสำคัญของการบริการ (สมิต สัมชุกร, 2546, น. 14-15)

ในการพิจารณาความสำคัญของการบริการอาจพิจารณาได้ใน 2 ด้านได้แก่

1. ถ้ามีบริการที่ดี จะเกิดผลดีอย่างไร
2. ถ้าบริการไม่ดี จะเกิดผลไม่ดีอย่างไร

บริการที่ดี จะส่งผลให้รับบริการมีทัศนคติอันดีแก่ ความคิด และความรู้สึกทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางบวก คือ ความชอบ ความพึงพอใจ ดังนี้

มีความชื่นชมในตัวผู้ให้บริการ มีความนิยมในหน่วยงานที่ให้บริการ มีความระลึกถึงและยินดีมาขอรับบริการเพิ่มขึ้น มีความภักดีต่อหน่วยงานที่ให้บริการ มีการพูดถึงผู้ให้บริการและหน่วยงานในทางที่ดี

บริการที่ไม่ดี จะส่งผลให้ผู้รับบริการมีทัศนคติทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางลบ มีความไม่ชอบและไม่พึงพอใจ ดังนี้

มีความรังเกียจในตัวผู้ให้บริการ มีความเสื่อมศรัทธาในหน่วยงานที่ให้บริการมีความผิดหวังและไม่ยินดีมาใช้บริการอีก มีความประทับใจที่ไม่ดีไปอีกนานแสนนาน มีการบอกกล่าวไปยังผู้อื่น ไม่แนะนำให้มาใช้บริการอีก มีการพูดถึงผู้ให้บริการและหน่วยงานในทางที่ไม่ดี

ที่กล่าวถึงข้างต้นจะเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเจริญและความเสื่อมอันเป็นผลจากการให้บริการที่ดีและไม่ดีซึ่งมีความสำคัญอย่างมากของการบริการ

การให้บริการที่มีคุณภาพ หมายถึง การทำกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังไว้เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การให้บริการที่ดีมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการมีองค์ประกอบสำคัญ คือ “SERVICES”

S = SERVICE MINE = มีจิตใจที่จะเอื้อให้ผู้อื่นสำเร็จตามประสงค์เรียกว่า “เป็นผู้ที่มีจิตบริการ”

E = ENTHUSE = มีความกระตือรือร้นอยู่เสมอ

R = READINESS = มีความพร้อมที่จะบริการตลอดเวลา

V = VALUES = ต้องการสร้างคุณค่าในงานบริการให้แก่ผู้ใช้บริการทุกคน
 I = INTERTING = ให้ความสนใจในผู้ใช้บริการทุกคน
 C = CLEANLINESS = ตระหนักถึงความสะอาดของสถานที่ อุปกรณ์ และตัวผู้ให้บริการเอง

E = ENDURE = มีความอดทน อดกลั้น ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดี

S = SMILE = ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นนิจ มีไมตรีต่อทุกคน

คุณภาพในการให้บริการ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐาน และตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการ โดยวัดจาก 5 ด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ความสามารถในการอำนวยความสะดวกต่างๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นๆ ชัดเจนขึ้น

2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้องเหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

ด้านการตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึงรวดเร็ว

1. ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพนุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

2. ด้านการรู้จักแลเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน

ส่วนในมิติขององค์กรภาครัฐ เช่น โรงพยาบาล การรับรองคุณภาพมาตรฐาน Hospital Accreditation กำหนดให้บริการคุณภาพ คือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานวิชาชีพ รวมทั้งเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการดังนี้

1. ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ (Competency)
2. บริการต้องเป็นที่ยอมรับและสนองความต้องการตามคาดหวังได้ (Acceptability)
3. เป็นบริการที่มีความเหมาะสม ได้มาตรฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (Appropriateness)
4. เป็นบริการที่มีประสิทธิผล ให้ผลบริการหรือการรักษาที่ดี (Effectiveness)
5. เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Efficiency)
6. เป็นบริการที่มีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายหรือผลแทรกซ้อน (Safety)
7. ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการให้บริการเมื่อจำเป็น (Accessibility)
8. ผู้รับบริการมีความเท่าเทียมกันในบริการ (Equity)
9. มีความต่อเนื่องในการให้บริการ หรือการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง (Continuity)

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ (2542, น. 69-71) กล่าวถึง การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

1. การพัฒนาระบบและกระบวนการคุณภาพในงานบริการ หมายถึง การสร้างระบบให้มีความสามารถในการตรวจสอบและประเมินตนเอง การสร้างองค์ความรู้ของผู้ให้บริการ การสร้างทีมงานแนวร่วมหรือภาคีร่วมกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาตลอดจนองค์กรภายนอกที่เป็นกลางที่จะทำหน้าที่ติดตามและให้การรับรอง
2. การพัฒนาทางวิชาการและเลือกใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การสร้างกระบวนการทางวิชาการ การสร้างและประยุกต์องค์ความรู้ด้านสุขภาพสาธารณสุขที่นำมาสู่การปฏิบัติ โดยการศึกษาปัญหา ทบทวนองค์ความรู้ที่มีระบบ เพื่อศึกษาวิจัยการแก้ไขปัญหา จัดลำดับวางแผนการปฏิบัติ การประเมินผลและปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน
3. การสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับต้นต่อสถานพยาบาลระดับสูง มีระบบการส่งต่อที่มีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความจำเป็นเหมาะสมต่อเนื่อง

4. การส่งเสริมจริยธรรมวิชาชีพ หมายถึงการสร้างระบบให้มีกลไก คู่มือมาตรฐาน และจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้เกิดมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ จะมีผลดีต่อการให้คุณภาพการให้บริการ ตลอดจนประหยัดค่าใช้จ่ายและลดปัญหาจากการฟ้องร้อง

5. การสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจและให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้บริโภค หมายถึง การสร้างระบบในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน จะเป็นการให้ประชาชนเลือกใช้บริการก่อให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของตนเอง

สรุป การพัฒนาคุณภาพบริการ คือ การทำกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังไว้เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การจัดอำนวยความสะดวก การสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธี จุดสำคัญคือ เป็นการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการตามมาตรฐาน และตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการ โดยวัดจาก 5 ด้านได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อลูกค้า ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า ด้านการรู้จักและเข้าใจลูกค้า ซึ่งบริการที่ดีจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีได้แก่ ความคิด และความรู้สึกทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางบวก ส่วนบริการที่ไม่ดี จะส่งผลให้ผู้รับบริการมีทัศนคติทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางลบ

4.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนว HA

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีกระบวนการสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

1. การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) เป็นการจักระบบการบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล มีระบบตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขโดยการประสานกิจกรรมสำคัญ 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ได้แก่

- การบริหารความเสี่ยง (Risk Management : RM) เป็นการมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและจัดการกับความสูญเสีย ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความสำคัญ และการดำเนินการป้องกัน (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541, น. 94)

- การประกันคุณภาพ (Quality Assurance : QA) คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เป็นการมุ่งเน้นไปที่การยกระดับปฏิบัติและผลลัพธ์ให้ได้ถึงบรรทัดฐาน หรือมาตรฐาน หรือความต้องการจำเป็น

- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality improvement : QCI) คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ เป็นการมุ่งเน้นพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่พอใจเพียงให้ได้แค่บรรทัดฐานหรือมาตรฐาน

2. การประเมินคุณภาพ (Quality Assessment) เป็นการประเมินคุณภาพโดยผู้ประเมินภายใน โดยโรงพยาบาลจะมีการตรวจสอบระบบงานและประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินงาน โอกาสในการพัฒนา และเป็น การตรวจสอบความพร้อมก่อนที่โรงพยาบาลจะขอรับการประเมินและรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอกนอกจากนี้ยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องด้วย

3. การรับรองคุณภาพโดยองค์กรภายนอกที่เชื่อถือได้ เป็นการประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อให้การรับรองโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) โดยมีการจัดระดับมิติคุณภาพเป็นบันได 3 ชั้น สูง HA ดังนี้

- บันไดขั้นที่ 1 คือ การเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นการดำเนินการที่เน้นเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยงต่างๆ เพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ

- บันไดขั้นที่ 2 คือ การพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กรอย่างเป็นระบบตามวงจรการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act : PDSA) เป็นการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันในทุกระดับ

- บันไดขั้นที่ 3 คือ การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น เป็นการปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ใน

มาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน มีการเชื่อมโยงระบบงานอย่างชัดเจนจนเกิดเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร

นอกจากนี้ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2544, น. 244-245) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบร่วมในการทำกิจกรรมการพัฒนาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลว่าประกอบด้วย

Plan คือ การวางระบบ เป็นกระบวนการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะทำในอนาคต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

Do คือ การทำตามระบบ เป็นกระบวนการนำสิ่งที่กำหนดไว้ในแผนงานไปดำเนินการตามให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพสูงสุด

Study คือ การศึกษา/ทบทวน/ตรวจสอบระบบการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา ซึ่งครอบคลุมถึงการทบทวนและติดตามประเมินผลทุกรูปแบบโดยวิธีการต่างๆ เช่น

1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)
2. การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion & Learning)
3. สุนทรียสนทนา (Dialogue)
4. การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์
5. การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (Portfolio)
6. การใช้ตัวตัวตามรอย
7. การเยี่ยมสำรวจ
8. การทบทวนหลังทำกิจกรรม
9. การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินการบรรลุเป้าหมาย
10. การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ
11. การประเมินตนเองตามมาตรฐานแลประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
12. การทบทวนเวชระเบียน

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจ และให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์ และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นาน

เกินไป ข้อสำคัญคือ การมีความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือเจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง การประเมินจากภายนอกเป็นการประเมินตามมาตรฐานที่มุ่งเน้นระบบงาน

Act คือ การแก้ไขปรับปรุงระบบ เมื่อมีการประเมินผลการปฏิบัติงานแล้วหน่วยงานต้องมีการแก้ไขตามผลการประเมิน เพื่อปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้น เป็นการตอบสนองต่อการศึกษ ทบทวน ตรวจสอบระบบ (Study)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในส่วนของการบริหารความเสี่ยง การควบคุมคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีองค์ประกอบร่วมที่เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา คือ PDSA ที่เริ่มตั้งแต่การวางแผน ระบบการพัฒนา การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ การศึกษา / ทบทวนระบบงานที่ดำเนินการและการปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งทำที่สุดแล้วกระบวนการนี้จะนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนขององค์การ ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการศึกษาที่โรงพยาบาลจะพัฒนาไปสู่การเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลจะต้องมีการดำเนินงานใน 3 ขั้นตอนหลัก คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินตนเอง และการรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก โดยโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการบริหารจัดการตามวงล้อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญ

การบริหารคุณภาพบริการสุขภาพ

แนวคิดการบริหารคุณภาพบริการสุขภาพในประเทศไทยเริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 ในระยะแรกจะมุ่งเน้นที่การควบคุมคุณภาพ และการประกันคุณภาพ (QA) โดยมีการประเมินคุณภาพเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดขึ้นควบคู่ไปกับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ต่อมาแนวคิดด้านการพัฒนาคุณภาพเริ่มให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการมากขึ้น และในปี 2536 ได้เริ่มมีการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพจนถึงปัจจุบัน องค์กรภาครัฐของไทยที่ใช้แนวคิด TQM ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมาก (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2550, น. 104) ทั้งนี้ TQM หรือการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร มักใช้ควบคู่ไปกับ CQI หรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพ ระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกัน

ปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้รับผลงานโดยมีการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2544, น. 47)

สำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ได้ยึดหลักการพัฒนาโดยนำปรัชญาการจัดการคุณภาพตามแนวทางของ TQM และ CQI มาประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานสำคัญ ดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยติ, 2543, น. 12-19)

1. ยึดผู้ป่วย / ลูกค้าเป็นศูนย์กลาง การมุ่งตอบสนองของความต้องการของลูกค้า / ผู้รับบริการเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร ดังนั้นโรงพยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดวัฒนธรรมที่ยึดลูกค้า / ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง และมุ่งมั่นที่จะตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า ทั้งที่เป็นความต้องการที่จำเป็น และความต้องการที่เป็นที่คาดหวัง

2. ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคลากร เนื่องจากบุคลากรในองค์กรถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า หากโรงพยาบาลสามารถสร้างโอกาสหรือเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหรือการพัฒนาคุณภาพ และพยายามที่จะดึงศักยภาพที่มีอยู่ของพวกเขาออกมาใช้อย่างเต็มที่ จะเป็นประโยชน์มากแก่องค์กร โรงพยาบาลจึงควรจัดบรรยากาศแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร

3. ภาวะผู้นำ เนื่องจากผู้นำเป็นผู้กำหนดและสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทิศทางของโรงพยาบาล ดังนั้น ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ทิศทางองค์กรที่แจ่มชัด ตลอดจนการบริหารนโยบายที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของความสำเร็จของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะต้องมีการกำหนดทิศทางองค์กรที่ชัดเจน มีกระบวนการในการนำทิศทางองค์กรลงสู่การปฏิบัติ มีการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ ตลอดจนมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาและปรับปรุงให้ดีขึ้น

4. การมุ่งเน้นกระบวนการ กระบวนการคือ กลุ่มของกิจกรรมที่ใช้ทรัพยากรในการเปลี่ยนปัจจัยนำเข้า (Input) ให้เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวัง ในโรงพยาบาลหนึ่งๆ ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ มากมายเชื่อมโยงกันอยู่ ดังนั้น กระบวนการต่างๆ ในโรงพยาบาลจึงควรได้รับการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ มีการควบคุมทั้งปัจจัยนำเข้า ตัวกระบวนการ ทรัพยากรที่ใช้ และผลลัพธ์ให้เป็นไปตามที่กำหนด รวมทั้งพยายามเพิ่มคุณค่าให้เกิดขึ้นแก่บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการตอบสนองของความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า / ผู้รับบริการ ตลอดจนผู้มีส่วนได้-เสียทุกฝ่าย

5. การจัดการเชิงระบบ / คิทธิวิเคราะห์ในเชิงระบบ / ภาวะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน
โรงพยาบาลประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ มากมายเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ของ
กระบวนการหนึ่งจะเป็นปัจจัยนำเข้าของอีกกระบวนการหนึ่งเสมอ ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมี
วัฒนธรรมในการบริหารจัดการในเชิงระบบโดยมองว่ากระบวนการต่างๆ ที่มีอยู่ล้วนต้องพึ่งพา
อาศัยกันและเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน ทุกอย่างในระบบล้วนแต่พยายามตอบสนองต่อ
เป้าหมายคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งสิ้น ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นถือเป็นปัญหาของทั้งระบบไม่ใช่
ของคนใดคนหนึ่งหรือกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ดังนั้น การวัดผล การแก้ไขปัญหา การริเริ่มสิ่งใหม่
การปรับปรุงคุณภาพต้องคำนึงถึงกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในภาพรวมโดยคิดในเชิง
ระบบ และนำทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาแก้ไขปัญหาร่วมกัน

6. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องถือเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อ
ความสำเร็จของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ตลอดจนดำรงไว้ซึ่ง
สถานภาพของการแข่งขันขององค์กร โรงพยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดวัฒนธรรมการพัฒนา และ
ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทุกคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีจิตสำนึกในการวิเคราะห์

7. การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ องค์กรจะประสบความสำเร็จ
หรือสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้การตัดสินใจที่มีพื้นฐานบน
ข้อเท็จจริง คิทธิวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่อารมณ์หรือความรู้สึก แต่จะต้องใช้
ข้อมูล ข้อเท็จจริง สารสนเทศ ผสมผสานกับประสบการณ์และการคาดคะเนที่แม่นยำ โรงพยาบาล
จึงควรมีการวางแผนระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดสารสนเทศที่จำเป็นต้องใช้
วางระบบสารสนเทศ ตลอดจนนำสารสนเทศที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจในการบริหาร
การดำเนินการ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพ

อาจกล่าวได้ ปรัชญาในการจัดการคุณภาพเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการบริหาร
คุณภาพบริการตามแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควร
ประยุกต์ใช้ปรัชญาเหล่านี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลอย่างทั่วถึงและเป็น
รูปธรรม

เกณฑ์การพิจารณาถึงคุณภาพของการให้บริการ

คุณภาพของการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจแบบ
เดียวกัน ซึ่งต่างก็รักษาระดับคุณภาพบริการไว้โดยพยายามให้บริการตามที่ลูกค้าคาดหวัง หรือ
มากกว่าความคาดหวัง นอกจากลูกค้าจะพิจารณาว่าคุณภาพดีหรือด้อยจากข้อมูลและ
ประสบการณ์ของตนในอดีตแล้ว ยังมีเกณฑ์ต่างๆ เพื่อพิจารณาคุณภาพของการให้บริการดังนี้

การเข้าถึงลูกค้า (Access) หมายถึง ลูกค้าสามารถเข้ามาใช้บริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ธุรกิจจึงต้องคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกต่างๆ ในด้านทำเลที่ตั้ง สถานที่ติดต่อ เวลา ขั้นตอนของระบบงานต่างๆ ที่รวดเร็วเพื่อไม่ให้นักค้าต้องคอยนาน

การติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นการบอกให้นักค้าทราบถึงรายละเอียดของสินค้าและบริการต่างๆ ที่ถูกต้องและชัดเจน ใช้ภาษาที่ลูกค้าเข้าใจง่าย มีภาพประกอบ

ความสามารถ (Competence) หมายถึง ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในการให้บริการของพนักงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้นักค้าว่าจะได้รับการบริการที่ถูกต้องและยุติธรรม

1. ความสุภาพ อ่อนโยน (Courtesy) แสดงถึงความมีน้ำใจ จริงใจ ยินดีต้อนรับ และมีความเป็นกันเอง

2. ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง การสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ลูกค้าโดยให้การบริการที่ดีที่สุด ลูกค้าเกิดความเชื่อมั่นว่าได้รับการบริการที่ดีที่สุดและพอใจ

3. ความไว้วางใจ (Reliability) ลูกค้าจะเกิดความไว้วางใจเมื่อได้รับการบริการอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ เทียบเท่ากับลูกค้ารายอื่น เมื่อเกิดความไว้วางใจก็จะเกิดความจงรักภักดีในสินค้าและบริการไม่เปลี่ยนไปใช้บริการที่อื่น

4. การตอบสนองของลูกค้า (Response) หมายถึง การให้บริการตอบสนองของลูกค้าทันทีเมื่อต้องการใช้บริการ หรือเกิดปัญหา ตอบข้อซักถามอย่างรวดเร็วและถูกต้อง

5. ความปลอดภัย (Security) ผู้รับบริการจะได้รับความปลอดภัยในการใช้บริการ ไม่เสี่ยง ไม่เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาในภายหลัง ไม่ผิดพลาด

6. การสร้างบริการให้เป็นที่รู้จัก (Tangible) ลูกค้าสามารถคาดคะเนคุณภาพของการบริการได้ หรือสามารถสัมผัสด้วยความรู้สึกได้ว่าได้รับการบริการในระดับใด

7. การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Understanding the Customers) ผู้ให้บริการควรทราบดีว่าลูกค้าต้องการอะไร ให้ความสนใจและตอบสนองความต้องการนั้นอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ลูกค้าจะเปลี่ยนใจไปใช้บริการของคู่แข่งรายอื่น

ผศ.นพ.เพิ่มยศ โกศลพันธ์ สรุปไว้ว่า ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพนั้นจะต้องประกอบไปด้วย

1. การวางแผน สิ่งแรกที่ต้องทำความเข้าใจเริ่มตั้งแต่เรื่องของคำศัพท์ต้องมีการวางแผนที่ดีเพื่อสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ

2. การจัดโครงสร้างขององค์กร ต้องมีการสร้างทีมที่มีศักยภาพและเหมาะสมกับองค์กรของตนเอง ทีมต้องมีความเข้าใจในแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA ตลอดจนการปรับความเข้าใจในแนวคิดดังกล่าวให้เป็นหนึ่งเดียวกันก่อนถ่ายทอดแนวคิดลงสู่การปฏิบัติ

3. การส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ประเด็นสำคัญ คือการจัดตั้งสำนักงาน HA ซึ่งบางโรงพยาบาลสำนักงาน HA มักจะรับทุกหน้าที่มารับผิดชอบไว้ทั้งหมด ทำให้การพัฒนาคุณภาพอยู่เพียงแค่อำนาจเท่านั้นไม่ใช่การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

4. การติดตามความก้าวหน้า การก้าวลงมามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดของผู้บริหารและผู้นำจะทำให้องค์กรสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างรวดเร็ว

ในส่วนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีประวัติศาสตร์อันยาวนานในการพัฒนาคุณภาพของการให้การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลโดยการพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์ และการอาศัยกลยุทธ์และวิธีการต่างๆ เช่น QCC และ TQM นำมาใช้ ในการยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาในระดับหนึ่งแล้ว แต่ด้วยความมุ่งหวังสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจึงได้นำหลักการและแนวทางของการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาใช้เพื่อพัฒนาการทำงานของโรงพยาบาลในด้านการบริการและการบริหารจัดการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 การรับรองคุณภาพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับเป็นเพียงจุดเริ่มต้นบนเส้นทางพัฒนาคุณภาพ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าได้เป็นโรงพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ แต่เป็นเครื่องยืนยันและประกันว่าองค์กรแห่งนี้จะไม่หยุดอยู่กับที่แต่จะก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องด้วยวัฒนธรรมคุณภาพ ซึ่งมีใช้ เป็นเพียงเครื่องมือในการพัฒนาองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศแต่เป็นการปรับวัฒนธรรมขององค์กร ไปสู่องค์กรการเรียนรู้ มีระบบและกระบวนการในการประเมินตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยั้ง จะเป็นที่ที่ความเป็นเลิศทางวิชาการ และความเป็นเลิศของการให้การดูแลสุขภาพมาประสานกันอย่างลงตัว ด้วยวิสัยทัศน์ที่ว่า

“มีมาตรฐาน บริการประทับใจ รับผิดชอบต่อประชา บริหารงานดีเด่น เน้นคุณภาพชีวิต”

4.3 การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2551) ได้กล่าวไว้ว่า ความเสี่ยง คือโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ชื่อเสียง ความสูญเสียต่อร่างกาย ได้แก่บาดเจ็บ และเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ความเสี่ยงอาจหมายถึงรวมถึง ภาวะที่เกิดกับจิตวิญญาณและอารมณ์ด้วย ทั้งนี้การเกิดภาวะความเสี่ยง สามารถเกิดได้จากสภาวะ

แวดล้อม ภูมิศาสตร์ การจัดการ การให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสมไม่สอดคล้องกับปัญหา โอกาสเกิด กรณีที่ทำให้บริการผิดพลาด เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจึงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) คือ

- กระบวนการระบุหาความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร ประเมินผลกระทบของความเสี่ยง พัฒนาแนวทางการจัดการกับความเสี่ยงและนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยมีการบูรณาการและเน้นความสอดคล้องระหว่างกลยุทธ์ บุคลากร กระบวนการและเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มคุณค่าสูงสุดให้กับองค์กร
- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบุหาและควบคุมความเสี่ยง ซึ่งมีผลกระทบต่อการบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์ขององค์กร

พาวเวลล์ (Pawell, 2000, อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2551, น. 27-28) ได้กล่าวว่า ความเสี่ยงได้เปลี่ยนแนวคิดจากยุคเก่าที่หมายถึง ศาสตร์และศิลปะในการจัดการเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง มาเป็นการเน้นความสำคัญในการชี้บ่งสิ่งที่อาจเกิดความเสี่ยงและการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดความสูญเสียแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดขึ้น

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง บทบาทหลักขององค์กร ทีมงาน หน่วยงาน บุคลากร ทุกคนต้องปฏิบัติในการประสานโปรแกรมความเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยงทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต กำหนดเป้าหมาย จุดเน้นสร้างความตระหนัก รายงานอุบัติการณ์ต่างๆ แก่ไข ป้องกัน ประเมินวิเคราะห์ และปรับปรุงความเสี่ยงต่างๆ ทั้งความเสี่ยงทั่วไป ความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะกลุ่มโรค โดยผสมผสานแนวทางปฏิบัติที่หลากหลายตามบริบทของตน

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่าความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และจะส่งผลกระทบในทางลบ หรือไม่เป็นไปตามคาดหวัง มีโอกาสที่จะประสพกับความสูญเสีย ความล้มเหลว หรือลดโอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จต่อการบรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่าการบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลทั่วทั้งองค์กรได้มีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ และคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม หรือกระบวนการต่างๆ หรือลดโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหาย หรือความล้มเหลว หรือลดโอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จต่อการบรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร

การบริหารความเสี่ยง ระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงยังเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกระดับ แนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงไว้ในตอนที่ 2 ของมาตรฐานในส่วน ของระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลต้องมีการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพที่มี ประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546)

ประเภทความเสี่ยงในโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543, น. 3) ได้กล่าวถึงความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาลว่ามี 7 ประเภท ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
 2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาด การสนับสนุนจากชุมชน
 3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและ การดำเนินการ ไม่ว่าจะรายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง
 4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย / ญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล
 5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานที่มีฝีมือที่ ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน
 6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา
 7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล
- สอดคล้องกับที่ วิธนา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550, น. 27-28) ได้ จำแนกความเสี่ยงในโรงพยาบาลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเสี่ยงต่อผู้ให้บริการ เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดกับด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน สังคม และด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเชื่อ รู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัย

2. ความเสี่ยงต่อองค์กร เกี่ยวกับการเสียชื่อเสียงในชุมชนที่ใช้บริการ รายได้ที่พึงได้รับ การสูญเสียทรัพย์สินจากการขาดการบำรุงรักษา และการเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ ตลอดจนการทำลายสภาพแวดล้อมของส่วนรวม

วัตถุประสงค์ในการบริหารความเสี่ยง

- เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้
- เพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนัก และเข้าใจถึงความเสี่ยงด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับองค์กร และหาวิธีจัดการที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้
- สร้างกรอบและแนวทางในการดำเนินงานให้แก่บุคลากรในองค์กรเพื่อให้สามารถบริหารจัดการความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นกับองค์กรได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
- เพื่อให้มีระบบในการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงและเฝ้าระวังความเสี่ยงใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา
- เพิ่มมูลค่าให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กร

การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting)

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้นการกำหนดและทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ขององค์กรจึงเป็นขั้นตอนแรกที่ต้องกระทำเพื่อกำหนดหลักการและทิศทางในกระบวนการบริหารความเสี่ยง

การระบุเหตุการณ์ (Event Identification)

- มีเหตุการณ์หรืออุปสรรคใดที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์กรได้ตั้งไว้
- พิจารณาทั้งปัจจัยภายในและภายนอก และให้ครอบคลุมในทุกประเภทของความเสี่ยงเพื่อให้ผู้บริหารได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการนำไปบริหารจัดการได้
- ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ได้ถูกระบุในขั้นตอนนี้จะไม่ถูกนำไปบริหารจัดการซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่องค์กรในภายหลังได้

แนวทางในการระบุเหตุการณ์

การประเมินด้วยตนเอง (Risk Self Assessment) เป็นแนวทางจากด้านล่างสู่ด้านบน (Bottom up Approach) คือการให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้ทบทวนว่ากิจกรรมที่ตนเองทำอยู่ทุกวันมีความเสี่ยงอะไรบ้าง แล้วเสนอต่อผู้บังคับบัญชา ซึ่งแนวทางนี้อาจทำโดยใช้แบบสอบถามหรือการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพิ่มระบุความเสี่ยงในแต่ละด้าน

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

- ประเมินว่าแต่ละปัจจัยเสี่ยงนั้นมีโอกาสที่จะเกิดมากน้อยเพียงใด และหากเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อองค์กรรุนแรงเพียงใด และนำมาจัดลำดับว่าปัจจัยเสี่ยงใดมีความสำคัญมากน้อยกว่ากันเพื่อจะได้กำหนดมาตรการตอบโต้กับปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม

- ประเมินผลกระทบ (Impact)

- ประเมินโอกาสที่จะเกิด (Likelihood)

- คำนวณระดับความเสี่ยง (Risk Exposure) เพื่อจัดลำดับ

- การจัดลำดับความเสี่ยง

- คำนวณระดับความเสี่ยง (Risk Exposure) เท้ากับผลคูณของคะแนนระหว่างโอกาสที่จะเกิดกับความเสียหายเพื่อจัดลำดับความสำคัญ และใช้ในการตัดสินใจว่าความเสี่ยงใดควรเร่งจัดการก่อน

- จัดทำแผนภูมิความเสี่ยงเพื่อให้ผู้บริหารและคนในองค์กรได้เห็นภาพรวมว่าความเสี่ยงมีการกระจายตัวอย่างไร

การตอบสนองความเสี่ยง (Risk Response)

- พิจารณาหาแนวทางเพื่อจะจัดการกับความเสี่ยงเพื่อให้ระดับความเสี่ยงลดลงจนอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ (Risk Tolerance)

- การเลือกแนวทางที่จะจัดการกับความเสี่ยงนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของการเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนที่จะเกิดขึ้นจากแนวทางนั้นๆ กับผลประโยชน์ที่องค์กรจะได้รับว่ามีความคุ้มค่าต่อองค์กรหรือไม่

วิธีตอบสนองต่อความเสี่ยง

การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Avoid)

- ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง โดยการหยุด ยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือโครงการที่จะนำไปสู่เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง เช่น การเปลี่ยนแปลงแผนการสร้างรถไฟฟ้าเป็นรถ BRT ในเส้นทางที่ไม่คุ้มทุน การยกเลิกโครงการที่สร้างผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมให้ชุมชน

- ข้อเสีย คือ อาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแผนงานขององค์กรมากจนเกินไปจนไม่สามารถมุ่งไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้

การแบ่งปันความเสี่ยง (Share)

- ยกภาระในการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยงให้ผู้อื่น

- มิได้เป็นการลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น แต่เป็นการรับประกันว่าเมื่อเกิดความเสี่ยงแล้วองค์กรจะได้รับการชดใช้จากผู้อื่น

1) การทำประกัน (Insurance) คือ การจ่ายเงินเพื่อป้องกันตนเองและสินทรัพย์จากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น การทำประกันภัย ประกันชีวิต ประกันอัตราแลกเปลี่ยน

2) การทำสัญญา (Contracts) คือ การทำข้อตกลงต่างๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การทำสัญญาซื้อขายล่วงหน้า การจัดจ้างหน่วยงานอื่นให้ดำเนินการแทน

3) การรับประกัน (Warranties) ผู้ขายให้สัญญากับผู้ซื้อว่าสินค้าจะสามารถใช้งานได้ตามคุณสมบัติที่ระบุไว้ภายในระยะเวลาที่กำหนด หากไม่เป็นไปตามสัญญาผู้ขายพร้อมที่จะรับผิดชอบตามที่ตกลงกัน จึงเป็นลักษณะของการแบ่งปันความเสี่ยงจากผู้ซื้อไปยังผู้ขาย

การลดความเสี่ยง (Reduce)

- พยายามลดความเสี่ยงโดยการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงขั้นตอนบางส่วนของกิจกรรมหรือโครงการที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง

- ลดความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงจะเกิดขึ้น เช่น การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้เพียงพอ การกำหนดผู้จัดจ้างและผู้รับมอบงานให้แยกจากกัน

- ลดระดับความรุนแรงของผลกระทบเมื่อเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงเกิดขึ้น เช่น การติดตั้งเครื่องดับเพลิง การ Back Up ข้อมูลเป็นระยะๆ การมี Server สำรอง

การยอมรับความเสี่ยง (Accept)

หากทำการวิเคราะห์แล้วเห็นว่าไม่มีวิธีการจัดการความเสี่ยงใดเลยที่เหมาะสม เนื่องจากต้นทุนการจัดการความเสี่ยงสูงกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ อาจต้องยอมรับความเสี่ยงแต่ควรมีมาตรการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อรองรับผลที่จะเกิดขึ้น

การพิจารณาเลือกแผนจัดการความเสี่ยง

- ศึกษาความเป็นไปได้และค่าใช้จ่ายของแต่ละทางเลือก

- วิเคราะห์ถึงผลได้ผลเสียของแต่ละทางเลือก

ผลได้ คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อนำมาตรการนั้นมาใช้ลดความเสี่ยง อาจเกิดขึ้นในทันที หรือในระยะยาว

ผลเสีย ได้แก่ ต้นทุน เวลา หรือความสะดวกที่เสียไป รวมไปถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

กิจกรรมควบคุม (Control Activities)

- ภายใต้นโยบายต่างๆ ที่เลือกนั้นจะประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดขึ้น เพื่อที่จะตอบสนองต่อความเสี่ยง

- กิจกรรมควบคุมในที่นี้ประกอบด้วยความคิดริเริ่มใหม่ๆ และกิจกรรมที่ช่วยลดความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงจะเกิดขึ้นหรือลดความเสียหายเมื่อเหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้น การกำหนดกิจกรรมควบคุมจึงมีความครอบคลุมมากกว่าการควบคุมภายใน

- กำหนดตัวผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ระยะเวลาในการปฏิบัติ การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ของกิจกรรมซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายสำหรับกิจกรรม และระดับความเสี่ยงที่คงเหลือจากการปฏิบัติกิจกรรม

การติดตามผล (Monitoring)

- ทราบถึงข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นหลังจากใช้แผนจัดการความเสี่ยง

- สามารถปรับปรุงแก้ไขแผนจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือกรณีที่แผนเดิมไม่มีประสิทธิภาพ

- มีการรายงานผลต่อผู้บริหารที่ได้รับมอบหมาย

- แผนจัดการความเสี่ยงถูกนำไปใช้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การบริหารจัดการความเสี่ยงถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการคุณภาพ การยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย หมายถึงการป้องกันและลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น เช่น การสำรวจความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การกำหนดมาตรการแก้ไขป้องกันในอดีตที่ผ่านมากิจกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงมักเป็นไปในลักษณะของการตั้งรับ คือ รอให้เกิดเหตุการณ์แล้วจึงเข้าทำการสอบสวนหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ซึ่งวิธีดังกล่าวแม้จะได้ผลในระดับหนึ่งแต่การสอบสวนหาสาเหตุ โดยมุ่งเน้นที่เหตุการณ์ดังกล่าวก็อาจมีความไม่สบายใจซึ่งกันและกันหรือเกรงว่าอาจจอคติซ่อนอยู่ อาจมีความผิดส่งผลมาถึงผู้รายงาน รวมถึงการการใช้คำถามอาจก่อให้เกิดความหวาดกลัวและการต่อต้านทำให้ไม่สามารถแก้ไขเชิงระบบได้อย่างแท้จริง

กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. เติงรับ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว ทำ Root Cause Analysis

2. เติงรุก ยังไม่มีเหตุการณ์ แต่มีโอกาสเกิดทำ Failure Mode & Effect Analysis

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เป็น Sentinel Event

Sentinel Even Alert หมายถึง เหตุการณ์ที่ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ คือ เหตุการณ์รุนแรงไม่เพียงประสงค์ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือบาดเจ็บที่ไม่ใช่เป็นการดำเนินของโรคตามปกติ หรือมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลอย่างรุนแรง

Sentinel Event มีความสำคัญยิ่งต่อระบบคุณภาพของโรงพยาบาล เมื่อเกิด Sentinel Event ขึ้นต้องมีมาตรการในการรายงานข้อมูลมาที่ผู้จัดการความเสี่ยงหรือผู้บริหารทันที เพื่อดำเนินการตามมาตรการของระบบบริหารความเสี่ยงต่อไป

สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารความเสี่ยง คือ สัมฤทธิ์ผลของการแสดงออกอย่างเป็นรูปธรรมที่ได้จากความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างมีทิศทาง โดยมีผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาการจัดการ และการนำองค์การทางยุทธศาสตร์ตลอดจนสร้างบรรยากาศขององค์กรให้เกิดการประสานความร่วมมือและความสามัคคีในการทำงานเพื่อบรรลุจุดหมายร่วมกันเพื่อคุณภาพ นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพยังส่งผลให้การบริหารทรัพยากรของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น มีการปรับปรุงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรในทุกด้าน บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี และเป็นผู้ฝึกฝนในการพัฒนา สิ่งแวดล้อมได้รับการปรับปรุงให้มีความเป็นธรรมชาติร่มรื่นและปลอดภัย มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและเวชระเบียนที่เชื่อมโยงการทำงานของฝ่ายต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการตลอดจนเอื้ออำนวยต่อการใช้ข้อมูลเพื่อการจัดการมากยิ่งขึ้น มีกลไกในการยกระดับการดูแลมาตรฐาน และจริยธรรมทางวิชาชีพตลอดจนสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมขององค์กร มีพัฒนาการของการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้มารับบริการของโรงพยาบาลอย่างสูงมีบูรณาการ และเป็นองค์รวมทั้งกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างแท้จริง มีกระบวนการประกันคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพของการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิผลทางสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมีระบบและกลไกทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ในการค้นหาและแก้ไขความเสี่ยงหรือความผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการ เรียนรู้จากโอกาสพัฒนา และนำผลนั้นมาป้องกันปัญหาให้มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยที่สุด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุดาจันทร์ วัชรกิตติ (2535) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ จำนวน 207 คน

พบว่า เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ชนิดความสัมพันธ์เป็นเครือข่ายและเพื่อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด เฉลี่ย 5 คน และมีการติดต่อกันเฉลี่ย 22 ครั้ง/เดือน โดยการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า ด้านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน จากการหาความสัมพันธ์พบว่า เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวก โดยเครือข่ายทางสังคมด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทิศทางบวก โดยเครือข่ายทางสังคมรายด้านมีเพียงจำนวนบุคคลในเครือข่าย และชนิดความสัมพันธ์เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทิศทางบวก โดยการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยครั้งนี้ได้มีข้อเสนอให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น และศึกษาปัจจัยอื่นที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น

เกตแก้ว จินดาโรจน์ (2536) ศึกษาเรื่อง การศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว ต่อการเป็นมารดา ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมขณะอยู่ในโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ กับการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยของโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น จำนวน 119 คน

พบว่า แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ สามี มารดาของตนเอง ญาติพี่น้อง เพื่อน หญิงหลังคลอด และทีมสุขภาพ ซึ่งแหล่งที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด คือ สามี รองลงมาคือ ทีมสุขภาพ มารดาของตนเอง ญาติพี่น้อง หญิงหลังคลอด และเพื่อน ตามลำดับ เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้รับจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ สามี ทีมสุขภาพ ญาติพี่น้อง มารดาของตนเอง เพื่อน และหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาคุชชะ, และ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2537) ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า 1. การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง 2. การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต 3. ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต 4. จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง 5. การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตร่วมกันได้ แต่จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

วิไลรัตน์ ชันนนถิ (2549) ศึกษาเรื่องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่านผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ต้องเผชิญสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ มากมายที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 112 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการบริการอยู่ในระดับมาก การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสารและด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มบุคคลทั่วไป/ ผู้สูงอายุ / เด็กวัยรุ่น รวมถึงผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นๆ แต่ยังไม่พบการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะขณะมาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำทหายจากข้อจำกัดหลายๆ อย่าง เช่น แนวคิดของผู้บริหาร นโยบายของโรงพยาบาล การเปิดรับข้อมูลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ผู้ศึกษาเห็นว่ามีควมน่าสนใจร่วมกับได้พบกับสภาพปัญหาดังกล่าวมาตลอด จึงมุ่งที่จะศึกษาในประเด็นนี้และหากสามารถนำไปใช้ได้ก็น่าจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติอีกเป็นจำนวนมาก

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

