

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น จังหวัดสกลนคร โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment)
 - 1.1 นิยามการประเมินภาวะสุขภาพ
 - 1.2 ความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพ
 - 1.3 ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ
 - 1.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ
 - 1.5 กรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพ
2. การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพ
3. ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ
4. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 4.1 นิยามการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 4.2 ขั้นตอนกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 4.3 การนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ในการพัฒนางาน
5. คุณภาพแบบประเมินภาวะสุขภาพ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

นิยามการประเมินภาวะสุขภาพ

นักวิชาการทางการพยาบาลได้ให้คำนิยามของการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

แอสไปแนล และ แทนเนอร์ (Aspinall & Tanner, 1981) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อกำหนดปัญหาทางสุขภาพ และพิจารณาพลังความสามารถของผู้ป่วย (patient's strengths) และกลไกการจัดการ (coping mechanisms)

ออลฟาโร ลีเฟียร์ (Alfaro-LeFevre, 1998) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ

ศิริพร ชัมภลิจิต (2539) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนที่พยาบาลประเมินพฤติกรรมของบุคคลให้ครบถ้วน ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม แล้วจึงนำมาวิเคราะห์แยกแยะว่าพฤติกรรมใดที่ปกติ พฤติกรรมใดผิดปกติ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น

ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพ จึงเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ โดยประเมินพฤติกรรมของบุคคลครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางด้านสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการ

ความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพ

เนื่องจาก การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการค้นหาข้อมูลเพื่อศึกษาปฏิกิริยาของผู้รับบริการที่ตอบสนองต่อภาวะการเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลกระทบต่อผู้รับบริการโดยตรง การประเมินภาวะสุขภาพจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาล ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลด้วยใช้

กระบวนการพยาบาล ซึ่งนักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพไว้ดังนี้ (Iyer & Camp, 1995; Alfaro-LeFevre, 1998; ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

1. พยาบาลสามารถจัดระบบเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระเบียบและครอบคลุม ใช้เป็นฐานข้อมูลที่บอกโครงสร้างและหน้าที่ของผู้รับบริการ รวมทั้งสภาพแวดล้อม เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไป ข้อมูลพื้นฐานที่รวบรวมได้ยังใช้เป็นหลักในการประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนดภายหลังให้การปฏิบัติการพยาบาล

2. พยาบาลสามารถวางแผนพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อสร้างความดีเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล ถ้าข้อมูลที่ประเมินได้มีน้ำหนัก และสอดคล้องกับสภาพการณ์ของผู้รับบริการ พยาบาลจะสามารถวางแผน และให้การพยาบาลที่ให้ความพอใจกับผู้ใช้บริการได้มาก

3. พยาบาลได้พัฒนาทักษะด้านปฏิสัมพันธ์ เพราะการประเมินภาวะสุขภาพ ต้องอาศัยการสื่อสาร การพัฒนาทักษะในการสังเกต และสัมภาษณ์อย่างมีความหมาย ต้องใช้เทคนิคการเปิดเผยตัวเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ ต้องเข้าใจพื้นฐานทางวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และศาสนาเพื่อตั้งคำถามที่มีความหมาย และไม่ก่อให้เกิดข้อขัดแย้งขณะมีปฏิสัมพันธ์

4. พยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลได้ด้วยความมั่นใจและรวดเร็ว ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุมใช้ประโยชน์ได้ดีในการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ และยังใช้ประโยชน์เพื่อการอ้างอิง หรือส่งต่อรวมถึงการตรวจสอบเพื่อการประกันคุณภาพ

5. พยาบาลสามารถใช้ข้อมูลจากการบันทึกที่มีคุณภาพเป็นฐานข้อมูลเพื่อการวิจัย

6. พยาบาลสามารถตอบคำถามหรือบอกความจริงแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเนื่องจากมีข้อมูลที่เพียงพอ มีความมั่นใจ และพร้อมจะให้ข้อเท็จจริงได้ทันทั่วๆไป เป็นการรักษาจรรยาบรรณการพยาบาลในการบอกความจริง และรักษาสิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับข้อมูลที่เหมาะสม

7. พยาบาลสามารถประสานบทบาท การรายงานข้อมูลของผู้รับบริการตามความเป็นจริงภายในทีมสุขภาพ สามารถแสดงความรับผิดชอบร่วมกัน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา ดูแลเมื่อเกิดการเจ็บไข้และในระยะฟื้นฟูสภาพ และค้นหาเกณฑ์กำหนดภาวะสุขภาพที่มีความเป็นสากล และเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น

8. พยาบาลเพิ่มความสำนึกในความรับผิดชอบในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อตัดสินใจให้การช่วยเหลือ หรือ ส่งต่อได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์จริงของผู้รับบริการภายหลังให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลจากข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมิน จึงให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะสุขภาพมากยิ่งขึ้น

9. พยาบาลสามารถปรับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของวิชาชีพในการใช้องค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยต้องสร้างเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่มีเนื้อหาสาระสอดคล้อง ครอบคลุมธรรมชาติของผู้รับบริการ และสภาพแวดล้อม ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ ตามทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย เมื่อต้องปฏิบัติการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานจากการประเมินภาวะสุขภาพเป็นสำคัญ

จะเห็นว่าความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพต่อบทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีทั้งด้านการรักษาเอกภาพของวิชาชีพ การรักษามาตรฐานความดีเลิศทางการพยาบาล การประสานงานบริการที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ การรักษาสิทธิของผู้รับบริการในการได้รับข้อมูล และได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพบนฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้อง การวางพื้นฐานการบันทึกที่มีคุณภาพเพื่อประโยชน์ในการอ้างอิง ส่งต่อ ประสานงานในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพจึงมีความสำคัญ ทั้งแก่พยาบาลผู้ประเมินเองและแก่วิชาชีพการพยาบาล

ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ

ปัจจุบันมีนักวิชาการพยาบาลบางกลุ่มได้แยกการวิเคราะห์ข้อมูล หรือการวินิจฉัยการพยาบาลออกจากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ ดังนั้นขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ จึงประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) การจัดระบบข้อมูล (data organization) และการบันทึกข้อมูล (data recording) (Murray & Atkinson, 1994; Cole, 1996; Alfaro-LeFevre, 1998; สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2544)

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องระหว่าง ข้อมูลที่ปรากฏจริง กับพื้นฐานความรู้ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ถ้าผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีความรู้พื้นฐานในปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะละเอียด หรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่รวบรวมมา พยาบาลแต่ละคนจะเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ ตามกรอบแนวคิด (conceptual framework) หรือทฤษฎีการพยาบาลแตกต่างกันไป ตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งอย่างไรก็ตาม การรวบรวมข้อมูลจะต้องครอบคลุมข้อมูลทั้งทางด้าน ชีว จิต สังคม ของผู้รับบริการ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลต้องใช้ความรู้ และทักษะที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยจะต้องใช้ความรู้ด้านต่างๆ เช่น ศาสตร์ทางการพยาบาล ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรค เกสัชวิทยา การเจริญเติบโต และพัฒนาการ วัฒนธรรม และประเพณีความเชื่อ ศาสนา เศรษฐกิจและสังคม

ชนิดของข้อมูล ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) ข้อมูลอัตนัย (subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยความรู้ความสามารถในการสัมภาษณ์ ซักประวัติ และการฟังด้วยความตั้งใจและเข้าใจของพยาบาล และต้องอาศัยบรรยากาศในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ค่านิยม และความเชื่อต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่พยาบาลไม่สามารถจะสังเกตโดยตรงหรือวัดจากพฤติกรรมได้

2) ข้อมูลปรนัย (objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง การบันทึกต่างๆ ของทีมสุขภาพและรายงานของผู้ป่วย

แหล่งของข้อมูล แหล่งของข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 แหล่งใหญ่ ๆ ดังนี้

- 1) แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary source) เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการโดยตรง
- 2) แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) เป็นแหล่งข้อมูลอื่นที่นอกเหนือจากผู้รับบริการ เช่น สมาชิกในครอบครัวผู้รับบริการ ญาติ หรือบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากรายงานต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องทดลอง บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 วิธี ได้แก่ การสังเกตการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การศึกษาจากรายงาน และการสอบถามทีมสุขภาพ (Hogston & Simpson, 1999)

1) การสังเกต (observation) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 มาเป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อแปลความหมายของข้อมูล วิธีการสังเกตจะทำให้ทราบถึงลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ ความสามารถในการสังเกต ขึ้นอยู่กับความรู้พื้นฐานของพยาบาลการสร้างความคุ้นเคย และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ จึงจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง สิ่งที่พยาบาลต้องสังเกตและแปลความหมายจากสิ่งที่สังเกตได้ คือ ท่าทางและทรวดทรง เจตคติที่มีความเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ น้ำเสียงและคำพูด สายตา การเดิน การทรงตัว การรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่าย การนอนหลับ ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ต่อเวลา สถานที่และบุคคล การเคลื่อนไหวของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังต้องสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ ซึ่งการสังเกตถือเป็นหัวใจของการพยาบาล ที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้รับบริการได้

2) การสัมภาษณ์ (interview) หมายถึง การสนทนาหรือการพูดคุยกันระหว่างบุคคล 2 คน อย่างมีจุดมุ่งหมาย เป็นการรู้จักบุคคล เรียนรู้เรื่องราวของบุคคลจากการสนทนา จำเป็นต้องใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารชนิดอาศัยคำพูด กิริยาท่าทาง ทักษะการฟัง การสร้าง

สัมพันธภาพ และการสังเกตร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอที่จะประเมินภาวะสุขภาพ และความ
 ต้องของผู้รับบริการ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาลที่
 เหมาะสม ในการสัมภาษณ์ พยาบาลต้องการสร้างบรรยากาศให้เหมาะสมเพื่อการสัมภาษณ์ สถานที่
 สัมภาษณ์ควรเป็นสัดส่วน ไม่เปิดเผยผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ต้องไม่รบกวนต่อสมาธิ
 ของผู้รับบริการและพยาบาล ผู้รับบริการอยู่ในท่าที่สบาย ท่าที่พยาบาลต้องไม่รีบร้อน มีเวลา
 พอเพียงสำหรับผู้รับบริการ สุภาพ ให้ความเคารพ และเห็นความสำคัญของผู้รับบริการ ยอมรับใน
 สิ่งที่ผู้รับบริการพูด ไม่ว่าจะเป็ความรู้สึกหรือพฤติกรรมอื่นๆ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึก
 อบอุ่น พยาบาลต้องเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้รับบริการ และไม่มีอคติ

3) การตรวจร่างกาย (physical examination) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย
 มุ่งเน้นที่สภาพร่างกายของผู้รับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลปรนัยที่บ่งบอกถึงสภาวะทางร่างกาย
 และจิตใจของผู้รับบริการ ข้อมูลจากการตรวจร่างกายจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ และสิ่ง
 ที่ตรวจพบในแต่ละอวัยวะนั้นๆ วิธีการตรวจร่างกายต้องอาศัยศิลปะในการตรวจซึ่งจะแตกต่างกัน
 ในผู้รับบริการแต่ละคน การตรวจร่างกายมักจะกระทำต่อเนื่องจากการสังเกต และการซักประวัติ
 การตรวจร่างกายต้องอาศัย เทคนิคการดู (inspection) การคลำ (palpation) การเคาะ (percussion)
 และการฟัง (auscultation) โดยทำการตรวจและประเมินสภาพร่างกายผู้รับบริการ ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า

4) การศึกษาจากรายงานผู้ป่วยและรายงานการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ของแพทย์
 แพ้ประวัติของผู้รับบริการ จะมีข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจ
 เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษต่างๆ รวมทั้งการบันทึกของแพทย์และพยาบาล
 เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ และการตรวจพบความผิดปกติต่างๆ

5) การสอบถามจากบุคคลในทีมสุขภาพ ผู้รับบริการนั้นได้รับการดูแลจาก
 บุคลากรฝ่ายต่างๆ ของทีมสุขภาพ ดังนั้นความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูลที่เป็น
 ประโยชน์ต่อการดูแลผู้รับบริการ จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษา ตรงกับสภาพปัญหาที่
 แท้จริงซึ่งผลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ จะเป็นฐานข้อมูล (data base) เพื่อนำมาใช้ในการ
 วินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการในขั้นตอนต่อไปกระบวนการพยาบาล

2. การจัดระบบข้อมูล (data organization) การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้นำมา
 จัดให้เป็นหมวดหมู่ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรง และครอบคลุมปัญหาความ
 ต้องการของผู้รับบริการ การจัดระบบข้อมูลขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่
 พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น กรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ กรอบ
 แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการพยาบาลของรอย ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
 ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นต้น กรอบแนวคิดและทฤษฎี

การพยาบาลเหล่านี้จะถูกนำมาใช้สร้างแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดระบบข้อมูล ซึ่งจะ
ทำให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาถูกจัดให้เป็นระบบภายใต้กรอบแนวคิดนั้น (ซัซรี่ บำรุงศรี, 2541)

3. การบันทึกข้อมูล (data recording) เป็นการนำข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมข้อมูลมา
บันทึกลงในแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแนวทางในการบันทึกข้อมูลมีหลักสำคัญ คือ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการและการรับรู้ของผู้ป่วย ควรบันทึกตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่ควรบันทึกโดย
การแปลความหมายของถ้อยคำนั้นๆ เพราะอาจผิดพลาดได้ ควรบันทึกให้กะทัดรัด ได้ใจความและ
เรียงลำดับก่อนหลัง

แบบประเมินภาวะสุขภาพ

แบบประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแบบบันทึกในการรวบรวมข้อมูล ที่ใช้เก็บรวบรวม
ข้อมูลให้เป็นระบบมีความต่อเนื่อง และมีจุดมุ่งหมาย (พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ, 2533)
โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์สอดคล้อง หรือเป็นไปตามทฤษฎีการพยาบาล
ที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น กรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ กรอบ
แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการพยาบาลรอย ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทฤษฎี
การพยาบาลของนิวแมน และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นต้น (ซัซรี่ บำรุงศรี, 2541) ซึ่งการ
สร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีการพยาบาลที่ใช้ในสถานบริการ หรือ
สถานศึกษาพยาบาล จะช่วยให้มองเห็นทิศทาง และแนวทางการรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน (ฟาริดา
อิบราฮิม, 2542) และในการเลือกกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดนั้น ขึ้นอยู่กับขอบเขตความสนใจ
ความเข้าใจในเนื้อหา สาระ ของทฤษฎีการพยาบาล ตลอดจนความต้องการขององค์กร หรือ
หน่วยงานในการเลือกใช้

แบบประเมินภาวะสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบัน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และสถานศึกษามี
ลักษณะทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้ (พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ, 2533)

1. แบบมีโครงสร้าง (structured form) คือ มีช่องไว้ให้กาเครื่องหมาย หรือ เขียน
ข้อความเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีข้อดี ทำให้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ใช้เวลาน้อยแต่ก็มี
ข้อเสีย ไม่อาจครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง

2. แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured form) คือ มีช่องว่างไว้มากมาย ภายใต้กรอบ
แนวคิดกว้างๆ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูง และใช้เวลามาก
ในระยะแรกของการใช้แบบฟอร์มชนิดนี้ จำเป็นต้องมีคู่มือประกอบแต่ ข้อดี คือ ได้ข้อมูลครบถ้วน
ใช้ได้หลายสถานการณ์และสันกะทัดรัด เพราะเนื้อที่ในแบบฟอร์มจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่
เกี่ยวข้องเท่านั้น

องค์ประกอบของแบบประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ (จ้ชรีย์ บำรุงศรี, 2541) ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา เศรษฐกิจ และภูมิฐานะ ผลการตรวจร่างกาย ด้วยวิธีการดู การเคาะ การคลำ การฟัง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำไขสันหลัง และผลการตรวจพิเศษต่างๆ การตรวจคลื่นไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งในส่วนนี้การปฏิบัติจริงในสถานบริการสุขภาพทั่วไปอาจไม่มี เนื่องจากข้อมูลจะซ้ำซ้อนในส่วนแบบฟอร์มผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งมีอยู่แล้วใน แฟ้มประวัติผู้รับบริการ และบันทึกทางการแพทย์ แต่ในส่วนสถานศึกษาทางการแพทย์อาจจำเป็นต้องมีส่วนนี้เนื่องจากจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการได้ครบถ้วน นำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ อีกทั้งเป็นการฝึกให้นักศึกษามีทักษะ ในการตรวจร่างกายผู้รับบริการมากขึ้น
2. ประวัติทางการแพทย์ แบบฟอร์มการบันทึกประวัติทางการแพทย์นั้น จะแตกต่างกันออกไปตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล ที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพ

โดยทั่วไปพยาบาลจะพยายามรวบรวมข้อมูล ให้ครอบคลุมองค์รวมของบุคคล ตามคุณลักษณะทางกายภาพ จิตสังคมและวิญญาณ ตลอดจนสภาพแวดล้อมซึ่งน่าจะมีผลต่อบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อมองเห็นแนวทางการดำรงชีวิตในอนาคต ทางด้านกายภาพมักจะใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์ในการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาภาวะการเจ็บไข้ และรวมแบบแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนความคิดเห็นต่อการเจ็บไข้ การปรับตัว และสภาพจิตสังคมอื่นๆ การใช้รูปแบบผสมผสานแนวคิดบุคคลองค์รวมกับแนวคิดทางการแพทย์ อาจให้ผลดีที่สามารถผสมผสานความเชื่อในเรื่องคนตามความเหมาะสมกับสภาพการณ์ของเมืองไทย โดยไม่ต้องอิงทฤษฎีการพยาบาลใดทฤษฎีหนึ่งโดยเฉพาะ แต่การใช้รูปแบบผสมผสานดังกล่าวอาจไม่ง่ายในการวิเคราะห์ข้อมูล และให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ เพราะต้องผันความคิดจากความรู้ในทางพยาธิสรีรภาพให้มาสู่ปัญหา ซึ่งจะสัมพันธ์กับความบกพร่องของร่างกายในรูปความต้องการพื้นฐาน ปัญหาการใช้กรอบแนวคิดใดจึงจะเหมาะสมยังเป็นเรื่องอภิปรายกันอยู่ แต่อย่างไรก็ตามทุกคนต่างก็มีความคิดเห็นที่ตรงกัน คือ พยายามหาวิธีกำหนดแนวทางรวบรวมข้อมูลให้นำไปสู่การวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ทันที เพื่อความคล่องตัวในทางปฏิบัติ ช่วยให้พยาบาลเห็นความสำคัญ และมีความคุ้นเคยกับการพยาบาลที่ต้องใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐาน และไม่ละเลยการวินิจฉัยทางการแพทย์

พยาบาล ดังนั้นจึงมีนักวิชาการ นักการศึกษา ศึกษาและกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล และความต้องการของบุคคล ทั้งในรูปแบบกรอบแนวคิด และทฤษฎีทางการพยาบาลดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลโดยยึดกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดกว้าง ซึ่งกอร์ดอน (Gordon, 1991) ได้ใช้เป็นแนวทางในการมองบุคคล ทั้งในภาวะสุขภาพและภาวะเจ็บไข้ จึงใช้ได้กับบุคคลซึ่งไม่ได้เจ็บป่วย เช่น บุคคลในครอบครัวหรือชุมชนที่พยาบาลได้ไปเยี่ยม หรือบุคคลในโรงพยาบาลที่เจ็บป่วย แบบแผนสุขภาพเป็นแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดในช่วงเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพอย่างมาก การตัดสินใจจากแบบแผนพฤติกรรมภายนอกที่เห็นชัดเจนหรือพฤติกรรมภายใน ต้องตรวจสอบด้วยเครื่องมือทุกแบบแผน ลักษณะพฤติกรรมและปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยเสี่ยงต่อหน้าที่ในแต่ละแบบแผน มีทั้งหมด 11 แบบแผน ดังนี้

1.1 แบบแผนการรับรู้และการจัดการด้านสุขภาพ เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมหรือเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.2 แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

1.3 แบบแผนการขยับถ่าย เพื่อการขยับถ่ายของเสีย เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อไคล เพื่อความสมดุลของร่างกาย

1.4 แบบแผนการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เป็นการทำการกิจกรรมในชีวิตประจำวันรวมถึงการส่งเสริมและการคุกคามต่อความแข็งแรงในโครงสร้างการทำงานของร่างกาย

1.5 แบบแผนการเรียนรู้และการรับรู้ เป็นความสามารถรับรู้ และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งทางด้านประสาทสัมผัสและอารมณ์

1.6 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

1.7 แบบแผนอัตมโนทัศน์และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป็นการมองตนเองในภาพรวม รวมถึงความภูมิใจ หรือความไม่ภาคภูมิใจในตนเอง

1.8 แบบแผนความสัมพันธ์ในบทบาท เป็นการบอกถึงพัฒนาการด้านสังคม การปฏิบัติบทบาท และการมีสัมพันธ์ภาพต่อสังคม

1.9 แบบแผนการแสดงออกทางเพศและการสืบพันธุ์ เป็นพัฒนาการตามเพศและการมีเพศสัมพันธ์

1.10 แบบแผนการปรับตัว และความคงทนต่อความเครียด เป็นการรับรู้และจัดการกับความเครียด ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บไข้

1.11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม เป็นความมั่นคงและความเข้มแข็งทางจิต การรับรู้ต่อสิ่งที่มีค่า ความเชื่อถือ และศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

จากแบบแผนทั้ง 11 ข้อ ช่วยให้เห็นขอบเขตการดำรงชีวิตของคน ที่สนองความต้องการหรือรักษาคุณภาพทางกายภาพและจิตสังคม ข้อ 1.1-1.6 เป็นความต้องการทางกายภาพ และการปรับตัวที่ถูกต้องทางกายภาพ ข้อ 1.7-1.11 เป็นแบบแผนการดำรงชีวิต เพื่อการปรับตัวและรักษาคุณภาพทางจิตสังคม

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะมองคนในรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตในแบบแผนต่างๆ พยาบาลสามารถมองปัญหาได้เบ็ดเสร็จในแต่ละแบบแผน หรืออาจมีการคาบเกี่ยวกันในระหว่างแบบแผนที่นำไปสู่ปัญหาได้เบ็ดเสร็จในแต่ละแบบแผน หรืออาจมีการคาบเกี่ยวกันในระหว่างแบบแผนที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ สามารถใช้ได้กับคนดีและคนเจ็บ เพราะมองคนตามลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้มองที่การเจ็บไข้อย่างเดียว กรอบแนวคิดในการซักประวัติ และสังเกตหรือตรวจร่างกาย จึงใช้ได้อย่างกว้างขวาง กับบุคลากรในทุกสถานที่ และทุกสถานการณ์

2. การรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของรอย

รอย มองธรรมชาติของคนในรูปแบบของการปรับตัวโดยที่การดำรงชีวิตของคนต้องอาศัยการปรับตัวที่เหมาะสม เพราะจะมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบระบบของคนให้เกิดการปรับตัวอยู่เสมอใน 4 ลักษณะ คือ การปรับตัวด้านสรีรภาพ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน ถ้าสิ่งเร้าอยู่ในระดับของการปรับตัวจะช่วยให้เกิดการตอบสนองที่สัมฤทธิ์ผล ในกรณีที่สิ่งเร้าอยู่เลยระดับของการปรับตัวจะเกิดการตอบสนองอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดความไม่สมดุลของการปรับตัว คนจะต้องการความช่วยเหลือจากบริการสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทให้การช่วยเหลือเพื่อคุณภาพการปรับตัวทั้ง 4 ลักษณะดังกล่าว ลักษณะพฤติกรรมปรับตัวที่ล้มเหลวของบุคคลซึ่งพบได้ และต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล คือ

2.1 การปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการสรีระ คือ มีการออกกำลังกายและพักผ่อน การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การได้รับน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การได้รับออกซิเจนและการไหลเวียน การควบคุมอุณหภูมิ การควบคุมด้านประสาทสัมผัส การควบคุมระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งถ้าการปรับตัวทางสรีรภาพที่ล้มเหลว คนจะแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ มีภาวะอ่อนเพลีย ขาดอาหาร อาเจียน ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ขาดน้ำ บวม มีความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ขาดออกซิเจน มีภาวะออกซิเจน มีภาวะซ็อก

มีไข้ อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ เกิดภาวะพรากความรู้สึก มีภาวะการณั้กระตุ้นความรู้สึกเกิน มีความไม่สมดุลในระบบควบคุมของต่อมไร้ท่อ

2.2 การปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ การปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ที่พร่อง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสูญเสียทางกายภาพ มีความรู้สึกผิด มีความวิตกกังวล

2.3 การปรับตัวในบทบาท

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพา

3. การรวบรวมข้อมูลจากการมองบุคคลและสิ่งแวดล้อมตามทฤษฎีของโอเร็ม

โอเร็มมองขอบเขตการดูแลตนเองของคน 3 ประการ โดยเชื่อว่าคนมีพลังความสามารถและมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดีพอ คนมีพลังความสามารถและมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดีพอ คนจะสามารถให้การดูแลตนเองตามปกติในเรื่องต่อไปนี้

3.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

3.2 การปรับตัวในบทบาท

3.3 การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดที่จะใช้ในการพยาบาล อาจเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่พยาบาลเชื่อถือ ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งโดยตรง หรือประยุกต์ขึ้นจากทฤษฎีพื้นฐานอื่นๆ เช่น ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ หรือกรอบแนวคิดทางการแพทย์ ผสมกับแบบแผนการดำรงชีวิต และการปรับตัวทางจิตสังคม สิ่งสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพคือ ต้องนำความเชื่อในกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลได้ครอบคลุม

4. แบบประเมินผู้รับบริการ ตามกรอบแนวคิดของ คาร์เพนนิโต และ จูออล (Carpenito & Jual) ซึ่ง สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และ วิพร เสนารักษ์ (2533) ได้นำมาเป็นแนวคิดในการแบบประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

- 1) วันที่เข้ารับการรักษา เวลา
- 2) วิธีการเข้ารับการรักษา
- 3) เหตุผลในการเข้ารับการรักษา
- 4) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ
- 2) แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย
- 3) แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม

- 4) แบบแผนการจับถ่ายของเสีย
- 5) แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์
- 6) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ
- 7) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน
- 8) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

และส่วนที่ 3 การตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ

เป็นลักษณะแบบเดิมข้อความสั้นๆ โดยเว้นช่องว่างให้เติมข้อความเกี่ยวข้องกับหัวข้อ
ในแต่ละเรื่อง

5. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการของกองการพยาบาล

กองการพยาบาลได้พัฒนา “แบบฟอร์มซักประวัติและประเมินสมรรถนะ
ผู้รับบริการ” มาจากแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (กองการพยาบาล, 2534) และนำมาใช้
ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับ
ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยเรียกแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลนั้นว่า “แบบบันทึก
ประวัติและประเมินสมรรถนะผู้รับบริการ” ประกอบด้วย 11 ข้อ ในการประเมิน ดังนี้

- 1) วันที่/เดือน/พ.ศ. เวลาที่รับไว้ ผู้ให้ข้อมูล
- 2) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- 3) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- 4) การเจ็บป่วยในอดีต โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ การผ่าตัด
- 5) สภาพผู้ป่วย

5.1 อารมณ์

5.2 การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

5.3 จิตใจ

5.4 ร่างกาย

- 6) สุนัขมีส่วนบุคคล

6.1 อาหาร

6.2 จับถ่ายอุจจาระ

6.3 จับถ่ายปัสสาวะ

6.4 การนอน

- 7) สมรรถภาพร่างกาย

7.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

7.2 การพัฒนาการ (เฉพาะในเด็ก)

7.3 การศึกษา

- 8) สิ่งเสพติด
- 9) การแพทย์หรือสาร
- 10) บุคลิกภาพทางสังคม
- 11) ประวัติครอบครัว

โดยผู้รับบริการใหม่ทุกรายต้องใช้แบบฟอร์มนี้ ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และผู้นำส่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้เช่นกัน ก็ให้ยกเว้นการบันทึกไว้ก่อน เมื่อซักประวัติได้เมื่อใด ให้ลงวันที่ ที่ได้ข้อมูลไว้ด้วย และในกรณีผู้รับบริการเป็นเด็กนั้น ให้ยกเว้นการซักประวัติในข้อดังต่อไปนี้ รวม 6 ข้อ ดังนี้

- 1) การปรับตัว
- 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 3) สิ่งเสพติด
- 4) การศึกษา
- 5) บุคลิกภาพทางสังคม
- 6) ความรับผิดชอบต่อครอบครัว

โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่อยู่ภายใต้การนิเทศ ของกองการพยาบาล และได้นำแบบประเมินภาวะสุขภาพดังกล่าวมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลนิคมน้ำอูนเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 10 เตียง ซึ่งให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการทั่วไป ทั้ง ด้านสูติ-นรีเวช อายุรกรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ แบบประเมินภาวะสุขภาพที่ใช้จึงต้องสามารถครอบคลุม ข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทุกประเภท ซึ่งแบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้รับบริการ ที่กองการพยาบาลสร้างขึ้น ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการยังไม่ครอบคลุมข้อมูลของผู้รับบริการทุกประเภท ดังนั้นเพื่อให้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ มีความเหมาะสม ครอบคลุมข้อมูลผู้รับบริการที่ให้บริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการ จึงสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนิคมน้ำอูนให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมในการปฏิบัติงาน

การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพ

เนื่องจากสถานบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีการเลือกใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความเชื่อและความสะดวกของแต่ละหน่วยงาน และมีการพัฒนารูปแบบของแบบประเมินให้มีความเหมาะสมกับสภาพการให้บริการ โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก ความครอบคลุมปัญหาทั้งทาง กาย จิต สังคม ซึ่งในการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพนั้นยังไม่รูปที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิธีการพัฒนาแบบประเมินทางการพยาบาลโดยทั่วไป เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ดังนี้

1. กระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (creative problem solving) เป็นกระบวนการพัฒนาโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน จากการร่วมกันค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงาน ระบุถึงความต้องการในการแก้ปัญหา ค้นหาข้อมูลที่ช่วยในการแก้ปัญหา สร้างวิธีการแก้ปัญหา ค้นหาแนวคิดในการแก้ปัญหา ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และค้นหาการยอมรับ รวมทั้งระบุกิจกรรมที่จะดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหา โดยผ่านเครื่องมือและวิธีการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย เพื่อสร้างและผสมผสานความคิดใหม่ๆ กับความคิดวิจารณ์ญาณ นำไปสู่การตัดสินใจที่ดี เป็นพื้นฐานการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และมีความยืดหยุ่นในแต่ละขั้นตอน (Lewin & Reed, 1998) ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ตามแนวคิดของ เลวิน และ รีด (Lewin & Reed) ใช้ได้ผลกับการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน มีปัญหาทางด้านความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการใช้อุปกรณ์ช่วย ในงานอาชีพะบำบัด เป็นกระบวนการที่เป็นการร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน บุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น และวิชาชีพทางการแพทย์ ที่หลายๆ กิจกรรมในกระบวนการแก้ไขปัญหาเป็นการทำงานเป็นคู่ หรือกลุ่มเล็กๆ และบางกิจกรรมจะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ร่วมงานแต่ละคน กล่าวถึงการดำเนินการกลุ่มตลอดจนวิธีการให้คะแนนในการวัดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่ง เปรรมใจ เหล็กมัน (2546) ได้นำมาใช้ในการพัฒนาแบบประเมินอาการทางระบบประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2. การใช้ผลการวิจัย (research utilization) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน ทำให้มีการประเมินและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ ซึ่ง บุพผา จันทร์จรัส (2546) ได้นำรูปแบบการใช้ผลการวิจัย มาใช้ในการพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

จากวิธีการหรือกระบวนการดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าไม่ว่าจะเลือกใช้รูปแบบใดก็ตาม จะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาคลายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันในกลวิธีในแต่ละขั้นตอนเท่านั้น และมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปัจจุบัน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541)

ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ ลักษณะหนึ่งที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ในกระบวนการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรค ในการใช้และบันทึก แบบบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ด้านโครงสร้างแบบประเมินหรือแบบบันทึก ความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา การจัดเรียงตามลำดับการใช้งาน และขนาด รูปแบบของแบบบันทึก มีผลต่อการนำไปใช้ในด้านเวลาในการบันทึก ความสะดวก ความคล่องตัวในการบันทึก และส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีของผู้ใช้ ดังการศึกษาของ จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) ที่ศึกษาผลการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล พบว่า แบบบันทึกที่มีข้อมูลสมบูรณ์ สามารถบันทึกได้อย่างคล่องตัว จะทำให้พยาบาลใช้เวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึก

2. ด้านบุคลากรพยาบาล ผู้ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทั้งสนับสนุน และเป็นอุปสรรคในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ โดยแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

2.1 ด้านความรู้ และทักษะ ของบุคลากรพยาบาล ในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีส่วนทำให้พยาบาลสามารถใช้แบบบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ กุลยา ดันดิผลาชีวะ (2524) กล่าวว่า ปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจาก พยาบาลขาดความรู้ และความสามารถในการบันทึก จึงไม่สามารถอธิบายในสิ่งที่ตนรู้สังเกตได้ ซึ่ง พยาบาลส่วนใหญ่ ขาดความรู้และทักษะในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ผิดพลาดและไม่ครบถ้วนสืบเนื่องมาจากพยาบาลไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนและขาดทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลความหมายของข้อมูล อวยพร ตัณมุขกุล และ บุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2537) ดังนั้นการเตรียมความรู้และการฝึกทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาล

จะทำให้การใช้กระบวนการพยาบาลมีความชัดเจน (Hurst, Dean, & Trickey, 1991) ซึ่งจะส่งผลให้การใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 ด้านทัศนคติของบุคลากรพยาบาล ถ้าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้กระบวนการพยาบาล จะทำให้พยาบาลมีความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญ และมีความตั้งใจที่จะใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล (สุภา สุทัศนจินดา, 2535) จะเห็นได้จากการศึกษาของ ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, ทศนีย์ โมพีชาติ, และจิตรา กำพลเชษฐ์ (2536) พบว่า พยาบาลที่มีเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลสูง สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ดีกว่า กลุ่มพยาบาลที่มีเจตคติต่อการใช้กระบวนการพยาบาลต่ำ ดังนั้นทัศนคติจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล ถ้าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลก็อาจส่งผลให้การใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ

3. การบริหารจัดการ การบริหารจัดการในองค์กร ที่มีผลต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลได้แก่

3.1 การจัดระบบงาน จากการศึกษาของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) พบว่า ปัจจัยที่ขัดขวางการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ภาระงาน ความเร่งด่วนของงาน การมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่ งานพยาบาลมากเกินไป ส่งผลให้พยาบาลบันทึกการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการจัดระบบงานให้มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการมอบหมายงาน การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม จะทำให้พยาบาลสามารถใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การนิเทศและติดตามผล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ จิตรศิริ ชันเงิน (2542) พบว่า การตรวจสอบและนิเทศเป็นระยะ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีส่วนสนับสนุนการเขียนแบบบันทึกทางการพยาบาล และจากการศึกษาของ ดวงตา วัฒนะเสน (2541) พบว่ารูปแบบของการนิเทศของผู้บริหารในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เป็นแบบดั้งเดิม โดยมีแนวคิดว่าการนิเทศนั้นจำเป็นต้องมีการตรวจตราการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้แน่ใจว่างานนั้นทำเสร็จเรียบร้อย เพราะฉะนั้นกิจกรรมที่นิเทศจึงเกี่ยวข้องกับการตำหนิหากมีข้อบกพร่องเกิดขึ้น และผู้นิเทศมักจะใช้อำนาจ ทำให้ผู้ได้รับการนิเทศมีแนวความคิดว่าการนิเทศเป็นการจับผิด พยาบาลจึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการนิเทศ เกิดความไม่พึงพอใจ รวมทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติการไม่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของผู้นิเทศอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นผลให้เกิดความขัดแย้งต่อต้าน และมีการปฏิบัติด้วยความจำใจ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525) และนอกจากนี้ผู้นิเทศอาจขาดทักษะการเป็นผู้นำและขาดประสบการณ์ในการนิเทศ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) การนิเทศจึงขาดคุณภาพ ดังนั้นการจัดให้มีการ

นิเทศและการติดตามผลการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้บริหารควรพิจารณาถึงลักษณะการนิเทศ ซึ่งควรจะมีลักษณะแบบการแนะนำหรือให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง และควรกระทำอย่างต่อเนื่อง

3.3 ระบบสนับสนุนขององค์กร จากการศึกษาของ กมลพร น้อยคงคา และ สมลักษณ์ สุวรรณมาลี (2545) พบว่า องค์กรต้องมีความพร้อม และให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นในลักษณะของการกำหนดนโยบาย การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลที่ชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาล และมีการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น

3.4 สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ คู่มือ หนังสือ และวารสารทางวิชาการ เป็นส่วนที่สำคัญในการช่วยให้พยาบาลสามารถใช้ และบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการให้พยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งการขาดแคลน คู่มือ หนังสือ และวารสารทางวิชาการ อาจส่งผลให้พยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง (Strader, Moore-Greenlaw, & Decker, 1994)

จะเห็นได้ว่าปัญหาในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลอาจเกิดได้ทั้ง ด้านตัวแบบบันทึกทางการพยาบาล บุคลากรพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล และด้านการบริหารจัดการในองค์กร

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

มีนักวิชาการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ ได้กล่าวถึง Quality improvement และ Continuous quality improvement (CQI) ในความหมายที่คล้ายคลึงกัน โดยในภาษาไทยอาจใช้คำว่า การพัฒนาคุณภาพ หรือ การปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้นจากเดิม และมีความต่อเนื่อง ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า Continuous quality improvement (CQI) ซึ่งหมายถึง การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ความหมายการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542)

สภารับรองคุณภาพสถานพยาบาลแคนาดา (Canadian Council for Health Services Accreditation: CCHSA) (1995) ได้ให้คำจำกัดความของ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ว่าเป็นปรัชญาและระบบการบริหารซึ่งผู้กำหนด นโยบาย ผู้บริหารผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติ และเครื่องมือของกระบวนการกลุ่ม เพื่อลดความสูญเปล่า ความซ้ำซ้อน และความซับซ้อนที่ไม่จำเป็น โดยมีเป้าหมายคือการตอบสนองหรือทำให้เกินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพผู้ส่งมอบสินค้าและชุมชน

ชาติรี บานชื่น (2541) กล่าวว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือความพยายามในการพัฒนางานให้ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน ทั้งการบริหารบริการ และวิชาการ โดยมีการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือตัวชี้วัดทั้งภายในและภายนอก

อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล (2541) ได้กล่าวถึงความหมายของ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) ว่าเป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพ ระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกันปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งอาจมอง เป็นการเน้นการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดประโยชน์ในระดับหน่วยงาน หรือระดับบุคลากร ในขณะที่ TQM นั้นต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กร

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึงกระบวนการปรับปรุง/พัฒนาคุณภาพระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิมโดยอาศัย กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ที่เป็นระบบมีความต่อเนื่อง

ขั้นตอนของกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกโดย ดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด เดมิ่ง (W. Edwards Deming) นักฟิสิกส์ชาวอเมริกา ซึ่ง เดมิ่งได้รับเชิญจากสหภาพนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรญี่ปุ่น (Union of Japanese scientists and engineers: JUSE) มาบรรยายเรื่อง

คุณภาพ ในปี ค.ศ. 1950 เดมิ่งได้นำเสนอแนวคิด การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจร PDCA (plan-do-check-act) ซึ่งต่อมาได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย รวมทั้งการให้บริการด้านสุขภาพ ตามสถาบันสุขภาพต่างๆ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เริ่มจากโครงการนำร่องสาธิต และขยายตัวออกไปจนกระทั่งองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพในอเมริกา และแคนาดาต้องหันกลับมาทบทวนแนวคิดและการรับรองคุณภาพของตน (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2541)

สำนักประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์กรอนามัยโลกและสถาบันวิจัยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุน โครงการวิจัย และพัฒนาการนำ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่องร่วมกับแนวคิด การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐโดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนา พฤติกรรมบริการและการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในบางโรงพยาบาล

ในปลายปี พ.ศ. 2538 ผลการนำการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) /การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพมากขึ้น มีเป้าหมายว่าจะให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิดดังกล่าว ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งกองโรงพยาบาลภูมิภาค เป็นผู้ให้การสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ และวิทยากร ยังคงขยายไปอย่างต่อเนื่อง

วงจร PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ (คณีย์ เทียนพุด, 2534; Cohen & Cesta, 2001; Swansburg, 1996; Tomey, 2004)

1. วางแผน (P: Plan) ขั้นตอนการค้นหาโอกาสในการพัฒนา การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ระดับของปัญหา วิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา โดยใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ได้แก่

1.1 การระดมสมอง (brainstorming) เป็นเทคนิคการค้นหาความคิดเห็นเท่ากัน เทียมกัน ประสิทธิภาพและความคิดของสมาชิกแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การนำมาใช้ประโยชน์ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แต่ขั้นแรกสุดจะต้องให้ทุกคนมีโอกาสแสดงออก

1.2 แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) เป็นการจัดกลุ่มความคิดที่ได้จากการระดมสมอง ซึ่งได้มาจำนวนมาก นำความคิดที่ใกล้เคียงกันหรืออยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกันโดยที่ไม่กำหนดกรอบไว้ล่วงหน้า เครื่องมือนี้จะช่วยให้ทีมสร้างระบบคิดของตนเอง เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ไม่ชัดเจนหรือซับซ้อน หรือมีลักษณะนามธรรมสูง นอกเหนือจากการได้กลุ่มความคิดแล้ว

ยังเป็นโอกาสให้สมาชิกของกลุ่มพิจารณาทบทวนความสัมพันธ์ของความคิดต่างๆ ซึ่งทำให้เข้าใจขอบเขตของปัญหาชัดเจนขึ้น

1.3 แผนภูมิความสัมพันธ์ของความคิด (relation diagram) เป็นการวิเคราะห์ความเป็นเหตุผลซึ่งกันและกันของความคิดต่างๆ ซึ่งปัญหาที่ยากมักจะมีสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างซับซ้อนแผนภูมินี้จะช่วยแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังกล่าว และทำให้ค้นหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าหรือต้นตอของปัญหาได้และมุ่งความพยายามในการปรับปรุงไปที่ตรงนั้น

1.4 แผนภูมิการไหลของงาน (flow chart) เป็นเครื่องมือที่ใช้อยู่แล้วในการวิเคราะห์ระบบงานเพื่อเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นการแสดงกระบวนการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนและจุดที่มีเงื่อนไข การตัดสินใจในลักษณะต่างๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจกระบวนการทำงานทั้งหมดได้ดีขึ้นรวมทั้ง กระบวนการที่อยู่ในความรับผิดชอบของสมาชิกคนอื่น

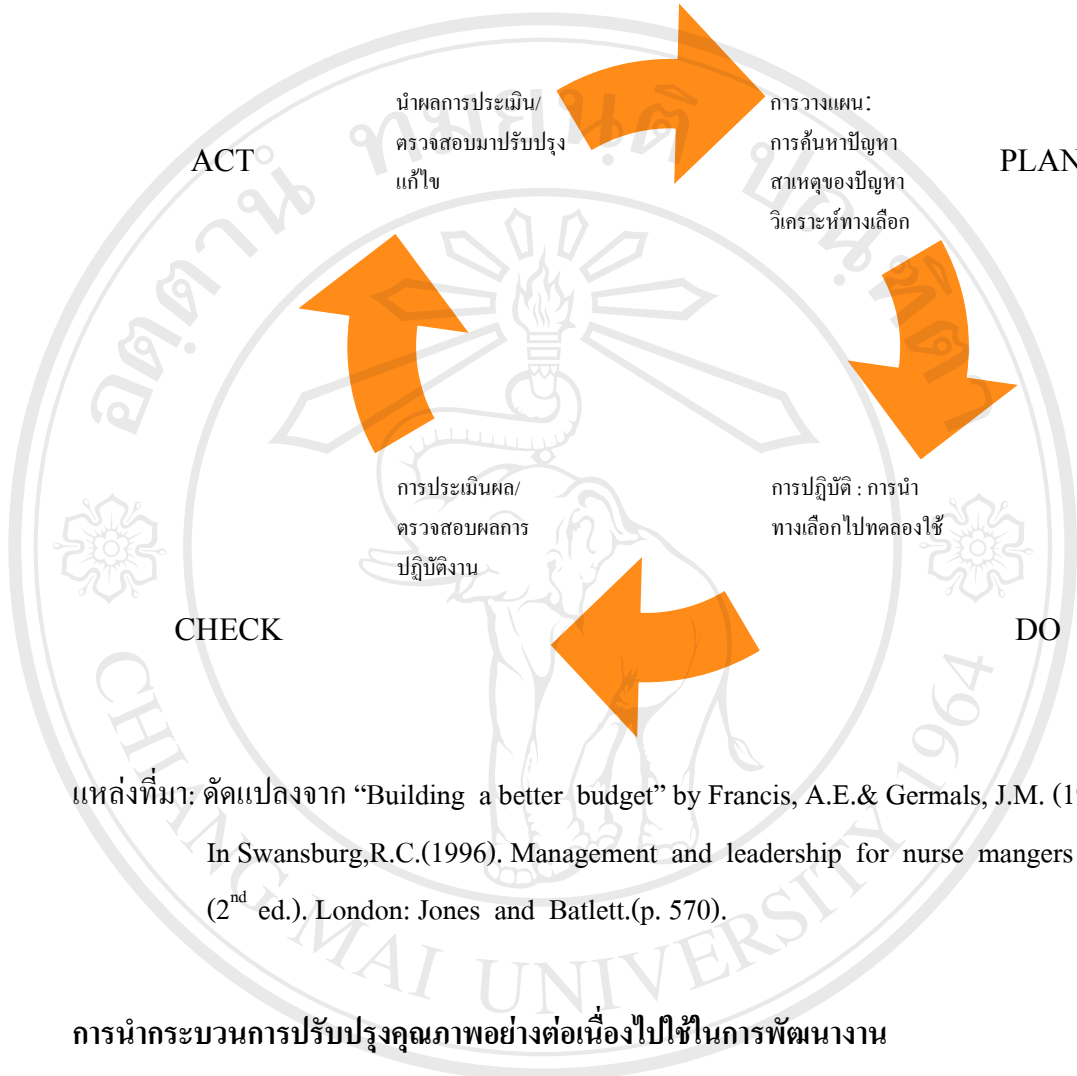
1.5 แผนภูมิควบคุม (control chart) เป็นเครื่องมือแสดงระดับคุณภาพหรือระดับการปฏิบัติงานของระบบซึ่งแสดงให้เห็นความผันผวน (variation) ของระบบใช้แยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดจากสาเหตุพิเศษ และความผันผวนปกติของระบบ ซึ่งควรจะมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน ใช้เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการปรับปรุง

2. ปฏิบัติ (D: Do) เป็นการนำทางเลือกไปทดลองปฏิบัติ หรือแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติ โดยกำหนดงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากร การดำเนินการต่างๆ รวมทั้งการประเมินผล

3. ตรวจสอบ (C: Check) ตรวจสอบผลการทดลองทางเลือก การประเมินผลการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ผล

4. การปฏิบัติการ (A: Act) นำผลการทดลอง หรือการปฏิบัติงานมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การกำหนด เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานต่อไปและค้นหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป

วงจรของเดมिंग (The Deming cycle)



ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของ เดมिंग (Deming) ตามขั้นตอน PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานกว้างขวาง อาทิ เช่น

การศึกษาของ โรเจอร์ (Roger, 1992) เกี่ยวกับการนำเครื่องมือการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (total quality manangement: TQM) มาใช้กับแผนการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการนำขั้นตอนของ PDCA มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ระบบการรับจดหมายที่มีมากมายในแผนกการเงินของ Baptist Medical Center ในโคลัมเบีย และ South Carolina โดยใช้เทคนิคการทำ check list และการทำ pareto chart เข้ามาช่วยในการค้นหาสาเหตุของปัญหา และใช้เทคนิคการระดมสมอง (brainstorm) ในการค้นหาแนวทางในการแก้ไข

ในประเทศไทย มีการนำวงจร PDCA มาใช้ในการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพของกลุ่มควบคุมคุณภาพ เช่น

การศึกษาของ สมภพ พานทอง (2538) ซึ่งนำกลุ่มควบคุมคุณภาพมาใช้ในธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ในฝ่ายกิจการสาขาภาคใต้และภาคตะวันตก 5 สาขา พบว่าพนักงานที่ปฏิบัติกลุ่มควบคุมคุณภาพ มีระดับการรับรู้สภาพการปฏิบัติงานในลักษณะของ การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นในทางบวกหลังทำกลุ่มควบคุม

การศึกษาของ ศรีธยา นิमितกุล (2543) เรื่องผลของกลุ่มควบคุมคุณภาพต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้ง ที่ได้นำวงจร PDCA มาใช้ในการดำเนินการของกลุ่มควบคุมคุณภาพ ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย ภายหลังจากดำเนินการควบคุมคุณภาพ 1 เดือน และ 2 เดือน เพิ่มขึ้น และนอกจากนี้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำผู้ป่วยทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) เป็น กระบวนการปรับปรุง/พัฒนาคุณภาพระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิมโดยอาศัย กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ที่เป็นระบบมีความต่อเนื่อง โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ทุกคนมีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคลากรในองค์กรพัฒนาพฤติกรรม ทักษะคิด ค่านิยมใหม่ๆ และพัฒนาศักยภาพของบุคคลอีกด้วย การให้ทุกคนมีส่วนร่วมในงาน จะช่วยให้บุคคลมุ่งเน้นที่ทำงานบรรลุผลดี (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2542) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดของเดมिंग มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการ พัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนิคมน้ำออน ในครั้งนี้

คุณภาพแบบประเมินภาวะสุขภาพ

แบบประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดระบบข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล และเนื่องจากบันทึกทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย การวิจัย หลักฐานการเบิกค่า

รักษาพยาบาล หลักฐานการประเมินคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (ภัสพร ขำวิธา, 2544) การเขียนบันทึกทางการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพยาบาลวิชาชีพทุกคน เนื่องจากเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการจริงและเพื่อให้การบันทึกของแบบประเมินภาวะสุขภาพมีประสิทธิภาพ ในการประเมินคุณภาพแบบประเมินภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มักจะทำในภาพรวมทุกชั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังจะเห็นจากการศึกษาวิจัยการศึกษาของ อารี ชิวเกษมสุข (2534) เรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นความต้องการ กับรูปแบบที่มุ่งเน้นปัญหา ซึ่งเป็นการประเมินประสิทธิผลของแบบบันทึกทั้ง 2 แบบ จากคุณภาพของการบันทึกโดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้ คือ ความครอบคลุมตามกระบวนการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ความถูกต้องของเนื้อหาการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก และความง่ายในการบันทึก

การศึกษาของ ประรณนา มั่งมุล (2539) เรื่อง การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นความต้องการ กับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งประเมินประสิทธิผลของแบบบันทึกจากคุณภาพการบันทึกเช่นกัน โดยใช้เกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก คือ การครอบคลุมตามกระบวนการของการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก ความคล่องตัวในการบันทึก และความถูกต้องทางกฎหมาย

การศึกษาของ จริดาภรณ์ ธนบัตร (2542) เรื่อง ผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล โดยศึกษาประสิทธิภาพการบันทึก 4 ด้าน ดังนี้ ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก การบริหารความเสี่ยง ความถูกต้องตามกฎหมาย และความคล่องตัวในการบันทึกของแบบบันทึก

การศึกษาของ วัชรวิภรณ์ รัตสาร (2543) เรื่อง ประสิทธิภาพของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสุรินทร์ซึ่งประเมินประสิทธิผลจากคุณภาพการบันทึกและความสะดวกในการใช้แบบบันทึก โดยคุณภาพการบันทึกประกอบด้วย ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และความต่อเนื่อง

เกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้รับบริการของ กองการพยาบาล (2539) ซึ่งได้กำหนดไว้ครอบคลุม 4 ประเด็นด้วยกันดังนี้

1. ความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการมีความถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก และถูกต้องเป็นจริง และเชื่อถือได้ตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ให้บริการเกี่ยวกับ

- 1.1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 1.2 สภาพร่างกายและสภาพจิตใจผู้ใช้บริการแรกรับ
- 1.3 แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน สภาพเศรษฐกิจ สังคม และประวัติในอดีต

ผู้ป่วย

2. ความครบถ้วน (complete) หมายถึง การบันทึกข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วนทุกช่องครอบคลุมประเด็นต่างๆ ตามสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการตลอดทั้งอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและในอดีต

3. ความชัดเจน (clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลด้วยอักษร ตัวเลข ชัดเจนอ่านง่าย ใช้ตัวย่อสากล

4. ใ้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกข้อมูล มีความกะทัดรัด สั้น ตรงประเด็น

อ่านใจความ

พอตเตอร์ และ เพอร์รี่ (Potter & Perry, 1985 อ้างใน วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2537) ที่ได้ให้หลักการในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพควรปฏิบัติ 5 ประการ ดังนี้

1. ความถูกต้อง (accuracy)

1.1 ถูกต้องตรงความเป็นจริง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปรมัย (objective data) ถ้าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) จะต้องอ้างถึงที่มาของข้อมูลนั้นๆ และไม่จำเป็นต้องใส่ความคิดเห็นของผู้บันทึกลงไปให้ระบุข้อมูลจริงของผู้รับบริการลงไปด้วย

1.2 ถูกต้องตรงจำนวนและเวลา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดต่างๆจะต้องระบุจำนวนเวลาที่ให้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.3 ถูกต้องในการเขียนการสะกดคำ และการใช้คำย่อต้องใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับของสถาบันนั้นๆ

2. ถูกต้องในแง่กฎหมาย ต้องคำนึงถึงหลักการข้อนี้ว่า ทำอย่างไรจึงทำให้สิ่งที่บันทึกลงไปนั้นถาวร แก้ไขไม่ได้ และตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้บันทึก ดังนั้นจึงมีแนวปฏิบัติดังนี้ เขียนให้ชัดเจนด้วยปากกา หากมีข้อผิดพลาดให้ขีดคร่อม และลงชื่อกำกับชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้บันทึกหลังจากบันทึกเสร็จแล้วทุกครั้ง กรณีที่มีที่ว่างเหลืออยู่ให้ขีดคร่อมไว้ เพื่อไม่ให้มีการเติมข้อความใดๆ

3. ความกระชับ ชัดเจน (conciseness) เพื่อประหยัดเวลาทั้งผู้เขียนและผู้อ่านบันทึกควรเขียนให้กะทัดรัด ชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้คำและรายละเอียดที่ไม่จำเป็น

4. ความสมบูรณ์ (thoroughness)

ความสมบูรณ์ของข้อมูล ข้อมูลที่บันทึกจะต้องมีความสมบูรณ์ ก็จะต้องบอกถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย เช่น เมื่อต้องการบันทึกข้อมูลที่เป็นอาการของผู้รับบริการ ก็ต้องบอกถึง ลักษณะอาการ เวลาที่เริ่ม ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาที่มีอาการ ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือ ลดลง และอาการร่วมอื่นๆ หรือเมื่อต้องการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ก็ต้องระบุถึงเวลาที่ทำ กิจกรรมนั้น อุปกรณ์ที่ใช้ปฏิกิริยาของผู้ป่วยและสิ่งที่ยาบาลสังเกตพบ

5. ความสมบูรณ์ของกระบวนการพยาบาล จะต้องมามีข้อมูลจากการประเมินสภาพการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับ และการประเมินผล

6. ความเป็นปัจจุบัน (currentness) ข้อมูลที่บันทึกจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันทัน เหตุการณ์ การบันทึกโดยเร็วที่สุด ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และการช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ จะต้องลงบันทึกทันที

7. ความเป็นระบบ (organization) ควรจัดระบบหมวดหมู่ข้อมูลประเภทเดียวกันไว้ ด้วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยให้อ่านเข้าใจง่าย

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าการประเมินคุณภาพ หรือวัดประสิทธิภาพ ของแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้วิจัยและนักวิชาการจะประเมินอยู่ 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. คุณภาพด้านการบันทึกของแบบบันทึกต่างๆ ได้แก่ ความถูกต้อง ตามมาตรฐาน ของแบบบันทึก รวมถึงความถูกต้องทางด้านกฎหมาย ความครอบคลุมเนื้อหาของแบบบันทึก ความชัดเจนในการเขียนบันทึก ความครบถ้วนสมบูรณ์ ความเป็นปัจจุบันของเนื้อหาในการบันทึก ของแบบบันทึกนั้นๆซึ่งจะวัดที่ตัวแบบบันทึกที่ผ่านการใช้งานแล้ว

2. คุณภาพด้านการใช้ ได้แก่ ความคล่องตัวในการใช้ และ ความสะดวกในการใช้แบบ บันทึกซึ่งจะวัดจากผู้ที่ใช้แบบบันทึกนั้นๆ

และเนื่องจากแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ เป็นแบบบันทึกที่มีลักษณะรายการ ให้เลือกตอบ ในการบันทึกจึงเป็นข้อความไม่มากนัก แต่จะมุ่งเน้นด้านคุณภาพด้านการใช้ เช่น ความสะดวกในการใช้ และเนื้อหาต้องครอบคลุมสภาพปัญหาผู้รับบริการทั้งทางร่างกาย จิต สังคม และเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพด้านการใช้ซึ่ง วัชชรีภรณ์ รัตสาร (2543) ประเมินประสิทธิผลของแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล สุรินทร์ มาเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โดยใช้แบบ ประเมินคุณภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงหัวข้อจากประเด็นที่ วัชชรีภรณ์ รัตสาร ใช้ในการสัมภาษณ์มา เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการในงานวิจัย ครั้งนี้ โดยสร้างเป็นแบบสอบถามบุคลากรพยาบาลในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1. ด้านโครงสร้างของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ประกอบด้วย
 - 1.1 เนื้อหาโครงสร้างของแบบประเมินภาวะสุขภาพมีความครบถ้วนในการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
 - 1.2 เนื้อหาของแบบประเมินภาวะสุขภาพมีความครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการ
 - 1.3 มีการจัดเรียงเนื้อหาในแบบประเมินภาวะสุขภาพตามการประเมินก่อนหลัง
 - 1.4 วิธีการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินภาวะสุขภาพเหมาะสม
 - 1.5 ขนาดของแบบประเมินมีความเหมาะสมในด้านขนาดของกระดาษที่ใช้ ขนาดของตัวอักษรที่ใช้ จำนวนข้อในการประเมิน และขนาดพื้นที่ว่างในการบันทึกข้อมูล
2. ด้านความง่ายในการบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้รับบริการ
 - 2.1 รูปแบบของแบบประเมินภาวะสุขภาพ ง่ายต่อการบันทึก
 - 2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจัดเรียงเนื้อหาทำให้ง่ายต่อการบันทึก
 - 2.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพมีส่วนสนับสนุนให้สามารถตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ง่ายขึ้น
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ
 - 3.1 คู่มือการบันทึกช่วยให้ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพได้สะดวกขึ้น
 - 3.2 คู่มือการบันทึกสามารถใช้เป็นแนวทางในการบันทึกได้ถูกต้อง
 - 3.3 เนื้อหาในคู่มือมีความครบถ้วนชัดเจนทำให้เข้าใจในการประเมินภาวะสุขภาพได้ดี
4. ด้านเวลาในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ ประเมิน 2 ด้าน
 - 4.1 ช่วงเวลาในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ
 - 4.2 เวลาในการใช้บันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดของเดมมิง (Deming) หรือวงจร PDCA (plan-do-check-act) ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาและวางแผนหาแนวทางแก้ไข (plan) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (do) โดยการสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ และนำไปทดลองใช้ การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) โดยประเมินคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ โดยวัดจากแบบประเมินคุณภาพของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการ และการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข (act) เป็นการพัฒนา ปรับปรุงแบบประเมินภาวะสุขภาพที่กองการพยาบาลสร้างขึ้นในปี 2534 ให้มีความเหมาะสมครอบคลุม ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการในโรงพยาบาลนิกมน้ำออน โดยพัฒนาปรับปรุงจนกว่าจะได้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved