



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ
สเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เร่งด่วนในแผนกฉุกเฉิน



พรทิพย์ จันทรน้อย

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ
สเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เร่งด่วนในแผนกฉุกเฉิน



พรทิพย์ จันทรน้อย

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**DEVELOPMENT OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES
SWANSON'S CARING THEORY FOR ACUTE NON URGENT
PATIENTS IN AN EMERGENCY DEPARTMENT**



PORNTIP CHANNORM

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand**

Academic year 2013

Copyright Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงคว่นในแผนกฉุกเฉิน

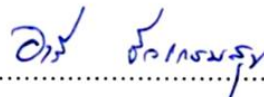
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2556



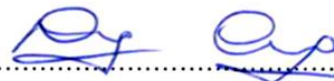
นาง พรทิพย์ จันทรน้อย

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ อนุสันติ, ค.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร. ปานดา อภิรักษ์นภานนท์, ปร.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์เรือโทหญิง ดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร



อาจารย์ ดร. สมศรี สุเมธ, ศ.ด.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆเพื่อให้งานศึกษามีสาระฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบสารนิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และเจ้าหน้าที่แผนกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัวที่ให้ความรักความห่วงใยและเป็นกำลังใจตลอดมา ขอบพระคุณ พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่อาจารย์สมจิตร กาญจนโกศล ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉิน และวิชาชีพการพยาบาลอันเป็นที่รักยิ่ง

พรทิพย์ จันทน์น้อม

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 080301005; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: พรทิพย์ จันทน์น้อม
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วนในแผนกฉุกเฉิน
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: DEVELOPMENT OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES SWANSON'S CARING THEORY FOR ACUTE NON URGENT PATIENTS IN AN EMERGENCY DEPARTMENT
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา อนุสันติ, ค.ศ.
คำสำคัญ	: การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ผู้ป่วยฉุกเฉิน
จำนวนหน้า	: 86 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วน กลุ่มศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วน และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบที่ใช้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วนในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาในครั้งนี้ มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีค่าคะแนนในการประเมินมิติด้านขอบเขตและเป้าหมายมีค่าระดับคะแนนร้อยละ 89.81 มิติด้านมีส่วนได้ส่วนเสียมีค่าคะแนนระดับร้อยละ 91.66 มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบมีค่าคะแนนระดับร้อยละ 96.52 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบมีค่าคะแนนระดับร้อยละ 80.55 มิติด้านนารูปแบบไปใช้มีค่าคะแนนระดับร้อยละ 90.25 และมิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระมีค่าคะแนนระดับร้อยละ 100 การประเมินโดยรวม 6 มิตีมีค่าคะแนนอยู่ในระดับร้อยละ 90.89

ACADEMIC : 080301005; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : PORNTIP CHANNORM

TITLE OF THEMATIC PAPER : DEVELOPMENT OF PRIMARY NURSING MODEL THAT
INTEGRATES SWANSON'S CARING THEORY FOR ACUTE NON
URGENT PATIENTS IN AN EMERGENCY DEPARTMENT

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASST. PROF. SUWANNA ANUSANTI, Ph.D.

KEY WORDS : PRIMARY NURSING MODEL, SWANSON' S CARING THEORY
ACUTE NON URGENT PATIENTS

: 86 PAGES

ABSTRACT

The purpose of this research was to develop a primary nursing model that integrates Swanson's caring theory for acute non urgent patients in an emergency department. The population of this study is registered nurses who work in an emergency department of Saint Louis Hospital. The experimental instrument and questionnaires were tested for content validity by 3 experts. All collected results were analyzed by percentage and means.

The result indicates that the qualification and approvability of primary nursing model that integrate Swanson's caring theory for acute non urgent patients in an emergency at Saint Louis hospital this study has developed has been scored at the mean level of 90.89 percent. And dimension of Scope and purpose has been score at 89.81 percent. Dimension of rigor of development has been scored at 96.52. Dimension of the stakeholder involvement at the mean level of 91.66 percent. Dimension of clarity and presentation has been scored at the level of 80.55 percent. Dimension of application has been scored at the level of 90.25 percent and dimension of editorial independence has been scored at the mean level of 100 percent.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้.....	8
2.2 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทร.....	18
2.3 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้.....	25
2.4 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน.....	33
2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	37
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
3.1 ประชากรที่ใช้ศึกษา.....	38
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
3.3 จริยธรรมการวิจัย.....	40
3.4 วิธีดำเนินการทดลอง.....	41
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	46
ส่วนที่ 2 ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปัดนไม่เรงค่วน.....	47
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	52
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	53
5.2 อภิปรายผล.....	53
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	62
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	63
ข (ตัวอย่าง) คู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	65
ค โครงการอบรมรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้.....	71
ง (ตัวอย่าง) คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้.....	75
จ แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปัดนไม่เรงค่วน.....	79
ฉ สำเนาหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	83
ประวัติผู้วิจัย.....	86

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์..	46
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายมิติ.....	47
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันมิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย รายข้อ.....	48
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันมิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและรายข้อ.....	48
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันมิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบและรายข้อ.....	49
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันมิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบและรายข้อ.....	49
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันมิติด้านนำไปใช้และรายข้อ.....	50
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันมิติด้านการตรวจสอบความอิสระและรายข้อ.....	51
9 การประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย โดยค่าร้อยละ.....	52

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบ.....	30
2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	37



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป้าหมายหลักของการจัดบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งเป็นยุคของการปฏิรูปสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีนโยบายในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือการจัดบริการสุขภาพโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมีสุขภาพทางสติปัญญาที่ดี ตลอดจนมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน (ทัศนา บุญทอง, 2543, น.1) คุณภาพการบริการสุขภาพมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ คุณภาพการปฏิบัติ (Quality practice) และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in perception) (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546, น.147) ดังนั้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแท้จริงจึงประกอบด้วยคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และคุณภาพตามความเห็น ความรู้สึกของผู้รับบริการด้วย (ศิริพร ดันติพูนวินัย, 2538, น. 58) คุณภาพการพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวังจากพยาบาล คือ ได้รับการที่มีความถูกต้องและมีความถูกต้อง การได้รับการที่ดี ได้รับการดูแลที่เอื้ออาทรเอาใจใส่ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ให้การดูแล ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลตรงกันตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง จะทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่จะได้รับส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น (เพ็ญจันทร์ แส่นประสาน และคณะ, 2549, น. 1) ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่สมบูรณ์นั้นจะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพ ต้องตระหนักให้ความสำคัญ และคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การดูแลผู้ป่วย อย่างมีคุณภาพนั้น พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการดูแลที่เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ในสิ่งต่างๆ รวมทั้งการให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดไตร่ตรอง ประกอบกับ ความรู้ ทักษะ ทศนคติ การสื่อสาร เพื่อให้การดูแลตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ และทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลอันนำไปสู่ความร่วมมือ และช่วยลดภาวะตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่เป็นพื้นฐาน การดูแลเอื้ออาทรต่อกันระหว่างมนุษย์มีความสำคัญกับสังคมปัจจุบัน การดูแลเอื้ออาทร

จึงเป็นแนวคิดที่พยาบาลทุกคนควรทำความเข้าใจเพื่อเสริมแนวคิดและแนวปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, น. 147)

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนับเป็นการบริการที่สำคัญและเป็นด่านแรกของการให้บริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยอย่างกะทันหันที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทุกสาขาโรค เป็นลักษณะงานรักษาพยาบาลที่เร่งด่วนและฉับไว ผู้มารับบริการส่วนมากจะมาหรือถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่เร่งด่วนมีการมอบหมายงานแบบหน้าที่ บทบาทของพยาบาลจะค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็วถูกต้องโดยประมวลองค์ความรู้ทางการพยาบาลทุกระบบ เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วพยาบาลมักจะมุ่งให้ความสนใจกับบาดแผล อาการแสดงที่ปรากฏ เนื่องจากมุ่งรักษาพยาบาลการบาดเจ็บหรืออาการที่พบเพื่อให้การช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดพ้นภาวะวิกฤติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2539, น. 272) การให้การพยาบาลในลักษณะนี้เป็นการทำงานให้เสร็จอย่างรวดเร็ว ทำให้ขาดความละเอียด รอบคอบและนุ่มนวล ขาดการดูแลคนแบบองค์รวม ซึ่งต้องเข้าใจทุกข์สุขของมนุษย์ ไขว่คว้าปัญหาต่างๆ ทั้งชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วยและการฟื้นฟู (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, น. 67) ดังที่ Hostutler และคณะ (Hostutler et al., 1999) กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่ยังแผนกฉุกเฉินนั้นจะอยู่ในสภาพที่ควรจะต้องได้รับความช่วยเหลือทันทีทันใด เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องความเจ็บป่วยของร่างกายเพื่อที่จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นสิ่งแรก

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าวิชาชีพพยาบาลมีการพัฒนาแนวคิดและวิธีปฏิบัติมุ่งให้มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537, น. 100) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ในการปฏิบัติจริงยังพบว่า ผู้ป่วยมักจะได้รับการดูแลที่แยกออกเป็นส่วนๆ อันเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ทั้งอิทธิพลของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ทำให้พยาบาลมุ่งในการนำแผนการรักษาของแพทย์มาปฏิบัติ ทำให้มุ่งเน้นการดูแลทางร่างกายเพื่อให้หายหรือทุเลาจากสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งในการจัดระบบการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยส่วนมากมักจะใช้การมอบหมายงานแบบเฉพาะหน้าที่หรือแบบทีม พยาบาลที่ได้รับมอบหมายจะถูกผลัดเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร โดยร่วมกันในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายๆ คน ไม่มีพยาบาลคนใดที่จะรับผิดชอบต่อเนื่อง (Manthey, 1973, p. 1-2) ซึ่งสอดคล้องกับฟาริดา อิบราฮิม (2542, น. 85) ได้กล่าวว่า การให้บริการพยาบาลด้วยระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่จะพบปัญหา คือ ลักษณะการทำงานเน้นงานให้เสร็จมากกว่าการดูแลคนทั้งคน ผู้ใช้บริการรู้สึกอ้างว้างและไม่เห็นความสำคัญของการให้การพยาบาล ส่วนการพยาบาลเป็นทีมยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบและตรงตามปรัชญาของการพยาบาลเป็นทีม

จริงๆ และยังขาดความสนใจที่จะพัฒนาในเรื่องของการมองปัญหาของผู้ป่วยทำให้การดูแลแบบองค์รวมยังไม่ประสบผลสำเร็จซึ่งการมอบหมายงานลักษณะเช่นนี้ เป็นการทำงานที่พยาบาลร่วมกันรับผิดชอบผู้ป่วย ทำให้พยาบาลไม่ได้เอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้ป่วย และอาจไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลไม่ได้เอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้ป่วย และอาจไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ขาดการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (Blair et al., 1982, p. 181-186) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งไม่มีแผนการพยาบาลที่ชัดเจน การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในรูปแบบมุ่งงานเป็นหลัก ทำให้พยาบาลไม่รู้จักรู้จักผู้ป่วย และไม่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537, น. 100)

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์มุ่งเน้นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการในการรักษาพยาบาลอย่างองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของโรงพยาบาลและตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วย และมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลปัจจุบันของแผนกฉุกเฉินเข้าสู่การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Swanson เนื่องจากทฤษฎีการดูแลของสแวนสันเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุนส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและพันธะสัญญาจัดกระทำกับบุคคลอื่น โดยตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อและค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร 5 ประการ ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วยเมื่อนำไปปฏิบัติโดยไม่แยกส่วนจากกัน จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่มีรูปธรรมชัดเจน (Swanson, 1999) การดูแลเอื้ออาทรในการให้บริการพยาบาลเป็นการแสดงออกถึงความเฉพาะที่แยกแยะพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลให้ปรากฏเห็นชัดเจนขึ้น อันเป็นเอกลักษณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นเนื้อแท้ของการปฏิบัติการพยาบาลที่มองเห็นได้ เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการบอกได้ และเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต้องให้ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกขั้นตอนในทุกๆ เรื่องที่ผสมผสานการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (พวงรัตน์ บุญญานรัตน์, 2546, น. 145)

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพลันไม่รุนแรงด่วนในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

2) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวณไม่เรงคว่นในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชนต๋หลุยส์

1.3 แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เข้ารับการดูแลในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน นับเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดซึ่งต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งคว่น ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจปัญหา สาเหตุ รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเป็นผู้รับฟังที่ดี ยอมรับในความเชื่อส่วนตัว ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ตลอดจนแสดงความพร้อมและความยินดีในการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ สนับสนุนให้มีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล และมีความมั่นใจในตัวเอง โดยการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งกิริยาท่าทางของพยาบาลที่แสดงออกว่าเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและการสัมผัสอย่างนุ่มนวล จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พยาบาลจะต้องเชื่อมโยงปัญหาทุกมิติเข้าด้วยกันที่จะทำให้มีการดูแลแบบองค์รวม สัมฤทธิ์ ต่อสดี (2544) กล่าวในบทความเรื่อง บทบาทพยาบาลในการบริการสุขภาพแบบองค์รวมว่า “การให้บริการแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ง่าย หากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความรู้จกกันเคยกัน ซึ่งตรงกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ Swanson (1991) ที่ว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ได้รับการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ได้รับการดูแล ทั้งสองฝ่ายเข้าถึงจิตใจของกันและกันในเหตุการณ์ขณะที่เป็นอยู่ มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างปัจเจกบุคคล พยาบาลมีความห่วงใยอยู่เป็นเพื่อรับรู้อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ สนับสนุนและส่งเสริมทำได้เองตามศักยภาพ และดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาที่ผู้ป่วยมีอยู่ ซึ่งกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 กิจกรรมของสแวนสันนั้นจะผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ และการพยาบาลที่สมบูรณ์ที่นำไปสู่การรับรู้ความไม่แน่นอนของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน มาดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางบวก

ได้รับความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยเมื่อมีภาวะคุกคามต่อสุขภาพโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันและนำรูปแบบนั้นมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายได้

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเฉียบพลันไม่เรื้อรังในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 2 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ หมายถึง การที่หัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวรมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าสู่แผนกฉุกเฉินจนจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินอาการ วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลคอยช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถเต็มศักยภาพ ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งสื่อสารกระบวนการพยาบาลกับทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ด้วยแผนการพยาบาลและบันทึกรายงานการพยาบาลประจำเวรเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงานจะมอบหมายงานให้พยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบด้วยการปฏิบัติ และเฝ้าตรวจทางการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน หมายถึง กระบวนการดูแลเอื้ออาทรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งเป็นภาวะสมดุล แบบองค์รวม ซึ่งกระบวนการดูแลเอื้ออาทร 5 กระบวนการ ได้แก่ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปัจเจกบุคคล การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being With) พยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ (Doing for) พยาบาลช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) พยาบาลช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถ

เต็มศักยภาพ การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธา (Maintain believe) พยายามคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา และความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่

รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน หมายถึง แบบแผนการให้บริการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่ได้จัดทำเป็นคู่มืออธิบายขั้นตอน การให้บริการพยาบาลเจ้าของไข้ในการมอบหมายงานที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จัดอยู่ในกลุ่มเจ็บพลันไม่เร่งด่วนต่อคน โดยให้การดูแลตั้งแต่แรกเข้าในแผนกฉุกเฉินจนกระทั่งออกจากแผนกฉุกเฉินโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ผู้วิจัยจัดทำขึ้นใน ลักษณะของคู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) พยาบาลเจ้าของไข้สร้างความเข้าใจและแสดงออกถึงความเข้าใจ ในทันทีที่เข้าสู่ระบบบริการ 2) การแสดงออกถึงความห่วงใยและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย 3) การสร้างความเข้าใจต่อภาวะการเจ็บป่วยและส่งเสริมความรู้

การสร้างรูปแบบ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิธีการที่แสดงถึงแนวทางการปฏิบัติที่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ 2) การปฏิบัติบทบาทพยาบาล เจ้าของไข้กับผู้ป่วยจริงคู่กับผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วนมีความเสี่ยงทางกาย ไม่ส่งผลถึงอวัยวะสำคัญต่อชีวิต โดยมีการสังเกตสม่ำเสมอ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบพฤติกรรม การดูแลเอื้ออาทรตามแนวคิดของ สเวนสัน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- 2) เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยส่งเสริมให้พยาบาล สามารถให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมอบหมายงานตามรูปแบบการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายมีความต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบยั่งยืนอันจะนำมาซึ่งคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี
- 3) เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และทำวิจัยเกี่ยวกับระบบการมอบหมายงานที่บูรณาการ แนวคิดต่างๆ มาผสมผสาน เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ที่ทรงคุณค่า

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญ เพื่อเป็นพื้นฐานเสนอหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

2.1 รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1.1 แนวคิดและความหมายของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1.2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1.3 หลักการของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1.4 แนวทางปฏิบัติและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1.5 ผลดีของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทร

2.2.1 ความหมายของการดูแลเอื้ออาทร

2.2.2 แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร

2.2.3 ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

2.3 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

2.3.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้พัฒนารูปแบบ

2.3.3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1.1 แนวคิดและความหมายของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary nursing system)

การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเอกสิทธิ์ทางการพยาบาลนี้จะเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล (Swanburg, 1990, p. 196) พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน สามารถใช้ความรู้ความเข้าใจได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี (Yoder-Wise, 1999, p. 418) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เพราะผู้ป่วยสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ พยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสารแผนการดูแลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลจะเป็นแบบองค์รวม (Holistic care) โดยพิจารณาถึงความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมมากที่สุด ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (Yoder-Wise, 1995, p. 419) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงลดจำนวนบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพลงไป เพราะรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต้องการผู้ปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพเท่านั้น พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพราะจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแนวลึก (Bernhard & Walsh, 1995, p. 48) มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น ทำให้มีการประสานการดูแลที่ดีขึ้น (Yoder-Wise, 1995, p. 419) แพทย์ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะแพทย์จะได้รับข้อมูลที่ละเอียดกว่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นอย่างดี คุณภาพการดูแลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ดีมาก เพราะพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยจึงดีและรวดเร็ว (Spitzer-Lehmann, 1994, p. 555)

Manthey, Ciske, Robertson & Harris (1970, p. 83) กล่าวว่าพยาบาลแบบเจ้าของไข้ หมายถึงการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในฐานะที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน นอกเวลาอื่นๆ นั้น ผู้ช่วยดูแลซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลประจำการ พยาบาลเทคนิค หรือนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลแทนพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีแนวคิดที่สำคัญคือ “My patient – My nurse”

Marram et al., (1974, p. 16) กล่าวว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ให้พยาบาลเจ้าของไข้เริ่มดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งกลับบ้าน หรือจำหน่ายออกไปจากระบบการดูแล โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย และมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient – Centered Care) ให้มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability for patient care) มีการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of patient care) มีการประสานงานดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) และทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากร (Staff development) โดยพยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือจำหน่ายออกจากการดูแล โดยรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 1-2 คน ไม่เกิน 6 คน ในแต่ละเวร

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536, น. 31) ให้ความหมายของพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นการมอบหมายผู้ป่วยแต่ละรายให้อยู่ในการดูแลของพยาบาลเป็นรายบุคคล ในฐานะเป็น “พยาบาลเจ้าของไข้” หรือพยาบาลมีโอกาเลือกผู้ป่วยในการดูแล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตัวเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เวลาอื่นๆ นอกเหนือจากนี้จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลคนอื่นที่ปฏิบัติงานแทน เรียกว่า พยาบาลผู้ช่วย

จากแนวคิดและความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายงานที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบผู้ป่วย ตั้งแต่รับเข้าสู่ระบบบริการจนจำหน่ายออกจากระบบบริการนั้น โดยใช้กระบวนการพยาบาลพยาบาลเจ้าของไข้เขียนแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ต่อเนื่องกันไปทุกวัน และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน รวมทั้งสื่อสารกระบวนการพยาบาลกับทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ด้วย การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และรายงานด้วยวาจา เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงาน มอบหมายงานให้พยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบด้วยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายผู้ป่วยให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยตามความรู้ความสามารถ การพยาบาลแบบเจ้าของไข้มี 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญคือ เอกสิทธิ์ในการทำงาน (Autonomy) อำนาจตามหน้าที่ (Authority) และความรับผิดชอบของการปฏิบัติงาน (Accountability)

2.1.2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

Marram et al., (1974, p. 16) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

- 1) ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการปฏิบัติตามกระบวนการซึ่งประกอบด้วย

1.1) ศึกษาและค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน นำมาจัดลำดับความสำคัญ

1.2) เขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่ผู้ป่วย โดยเขียนความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย จัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

1.3) รวบรวมข้อมูลสำคัญตั้งแต่รับใหม่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม

2) มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้แก่พยาบาลวิชาชีพตามความรู้ ความสามารถ และทักษะของแต่ละคนอย่างเหมาะสม โดยวิธีการดังนี้

2.1) มอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ตามพื้นฐานความรู้ ความสามารถของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2) ส่งเสริมการใช้วิธีการจัดตารางปฏิบัติงาน และมอบหมายหน้าที่เสริมประสิทธิภาพของพยาบาล

2.3) รับผิดชอบในแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งประสานงานและติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

2.4) พยาบาลทุกคนมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงมาตรฐานการดูแลไว้

3) การให้การดูแลที่ต่อเนื่อง เกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกัน รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีแนวทางดังนี้ มอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และพยาบาลผู้ช่วย โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลคนเดิม ค้นหา ความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรคนอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและคนในครอบครัว ไปยังบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างสมบูรณ์

4) การให้การดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ คือ มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ดังนี้

4.1) พิจารณาปัญหาและความต้องการพยาบาล จากความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

4.2) ตัดสินใจเลือกชนิดและปริมาณความต้องการพยาบาล จากความต้องการของผู้ป่วย

5) ประสานงานการดูแลผู้ป่วย โดยประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ดังนี้

5.1) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวโดยยึดถือความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

- 5.2) ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.3) ใช้ทรัพยากรในชุมชน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับบุคลากรอื่นๆ
- 6) พัฒนาบุคลากรเป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้
 - 6.1) ประเมินความรู้ ความสามารถ และทัศนคติของบุคลากร
 - 6.2) ส่งเสริมให้มีการนำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล
 - 6.3) ให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะเฉพาะบุคคล
 - 6.4) ให้โอกาสในการศึกษาและพัฒนาความรู้ โดยจัดโปรแกรมการอบรมต่างๆ และอบรมเชิงปฏิบัติการให้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2.1.3 หลักการของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Manthey, Ciske, Robertson & Harris (1970, p 83) กล่าวว่า การนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ไปใช้ จะต้องเหมาะสมกับสภาพของแต่ละแห่ง โดยหลักการที่สำคัญของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีดังนี้

- 1) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย
- 2) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาล พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะปฏิบัติตามแผนการที่พยาบาลเขียนไว้แล้ว
- 3) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยแผนการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล
- 4) หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการปฏิบัติงาน เป็นผู้นิเทศงานและสนับสนุนการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้จะมีความเป็นอิสระในตนเอง มีอำนาจหน้าที่และมีความสำนึกในภาระหน้าที่รับผิดชอบ

MacGuire (1989, p. 243-251) กล่าวว่า หลักการของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติพื้นฐาน 10 ข้อดังนี้

- 1) ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการจัดแบ่งให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านหรือย้ายไปหน่วยงานอื่น พยาบาลแนะนำตัวและทำความรู้จักกับผู้ป่วย
- 2) พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หมายถึง มีการวางแผนการดูแลไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานแต่ได้มีการประสานงานเรื่องการดูแลกับบุคลากรพยาบาลคนอื่น ให้ทราบถึงความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย
- 3) พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลรับผิดชอบในการประเมินการวางแผนการพยาบาล ประเมินผลด้านการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

- 4) วางแผนและประเมินผลการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) รับผิดชอบต่อผลการดูแลซึ่งได้จากการร่วมประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ
- 6) พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องให้การพยาบาลด้วยตัวเองที่ครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ช่วยดูแล
- 7) มีพยาบาลผู้ช่วยดูแลร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลวางไว้ ซึ่งผู้ป่วย 1 คนจะมีผู้ดูแลคือพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน และพยาบาลผู้ช่วยดูแล 2-3 คน
- 8) ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติ จัดให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้
- 9) พยาบาลเจ้าของไข้จะปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางในด้านการวางแผนและประเมินผลด้านการพยาบาล
- 10) พยาบาลเจ้าของไข้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือในทุกด้านอย่างเหมาะสม

2.1.4 แนวทางปฏิบัติและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

วิธีการปฏิบัติในรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ซึ่งจะทำให้ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบนี้ตลอดไป (Zander, 1980) ประกอบด้วย

1) การปฏิบัติของหัวหน้าหน่วยงาน มีดังต่อไปนี้

1.1) การมอบหมายงาน

- 1.1.1) การประเมินความสามารถของบุคลากรพยาบาลในแต่ละคน
- 1.1.2) มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นรายบุคคล ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากความดูแลตามความเหมาะสม
- 1.1.3) มอบหมายพยาบาลคนอื่นๆ ให้เป็นพยาบาลผู้ช่วยดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยเฉพาะเวลาที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน
- 1.1.4) การมอบหมายงาน ผู้ป่วย 1 คน มีพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน โดยจะต้องเขียนชื่อพยาบาลเจ้าของไข้คนนั้นไว้ที่หน้ารายงาน เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้คนนั้นไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน หัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้มอบหมายให้พยาบาลคนอื่นทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน ดังนั้นพยาบาลคนหนึ่งๆ จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง และทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ช่วยดูแลของผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง (Marram et al., 1974, p. 6) อัตราส่วนระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยเฉลี่ยในเวรเช้าเท่ากับ 1 : 5 เวรบ่ายเท่ากับ 1 : 8 เวรคืนเท่ากับ 1 : 10-30 ส่วนการมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้แล้วแต่ข้อตกลงร่วมกัน
- 1.1.5) การมอบหมายงานรายผู้ป่วยให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการจะต้องมอบหมายในแผ่นมอบหมายรายผู้ป่วย (Assignment sheet) ซึ่งจะระบุกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย

1.1.6) ตรวจสอบป้ายพยาบาลเจ้าของไข้

1.1.7) ในกรณีที่หัวหน้าหน่วยงานไม่อยู่ พยาบาลประจำการที่เป็นหัวหน้าเวรทำหน้าที่แทนหัวหน้าหน่วยงาน

1.2) การติดต่อประสานงาน

1.2.1) รับส่งเวรร่วมกับพยาบาล เพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วย

1.2.2) ร่วมปรึกษารื้อหรือกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพเพื่อวางแผนพยาบาล

1.2.3) ประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

1.2.4) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชาโดยการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมายและแผนงานของโรงพยาบาล

1.3) เป็นผู้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยและแนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง

1.4) ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

1.5) เป็นแบบอย่างของการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้

2) การปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

2.1) รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

2.2) แนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนแพทย์และผู้ร่วมงานให้ทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย

2.3) ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพร้อมทั้งสรุปปัญหาของผู้ป่วย

2.4) วางแผนการพยาบาล โดยการรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและตลอดไป ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกแผนการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย

2.5) ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

2.6) ปรับแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2.7) มอบหมายการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้กับพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ (พยาบาลผู้ช่วยผู้ดูแล) ในขณะที่ตนไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.8) ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือกับแพทย์ พยาบาลคนอื่นซึ่งมีความสามารถเฉพาะทาง พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ (พยาบาลผู้ช่วยดูแล) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้การพยาบาล และตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างครอบคลุม พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือและทำงานในฐานะผู้ร่วมงานของแพทย์และทีมสุขภาพ เพื่อให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ส่งต่อไปยังชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการร่วมมือจึงเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (Marram et al., 1974, p. 16)

2.9) ประเมินกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว

2.10) รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.11) นิเทศผู้ช่วยเหลือพยาบาล พยาบาลเทคนิค เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

2.12) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล

2.13) รับผิดชอบเป็นพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ (พยาบาลผู้ช่วยดูแล) สำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ

2.14) เสนอรายงาน เอกสาร หรือการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับผลงานที่ตนเองได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยให้กับบุคคลอื่นๆในทีมสุขภาพได้รับทราบ

2.15) ร่วมประชุมปรึกษากับบุคคลในทีมสุขภาพ การประชุมเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ทีมสุขภาพเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ร่วมงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ชี้แจงแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ (2) อธิบายให้ผู้ร่วมงานทราบถึงวิธีการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ (3) เพื่อชี้แจงเหตุผลในการกำหนดแผนต่างๆ ที่เตรียมไว้ให้ผู้ป่วยและผู้ร่วมงานได้รับทราบ (4) เพื่อขอความคิดเห็นจากผู้ร่วมงาน และปรึกษาปัญหาที่ตนยังไม่สามารถแก้ไขได้

การประชุมปรึกษาที่สำคัญและจำเป็นในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram et al., 1974, p. 16) มีดังต่อไปนี้

(1) การประชุมศึกษาจากคาร์เด็กซ์ (Kardex review conference) เป็นการวางแผนการพยาบาลประจำวันเพื่อสื่อสารให้บุคลากรทุกคนได้ทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

(2) การประชุมปรึกษาโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centers conference) เป็นการค้นหาปัญหาความต้องการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่นเดียวกับการประชุมศึกษาจากคาร์เด็กซ์ ซึ่งจะเน้นการบริการพยาบาลโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประชุมปรึกษาจะเริ่ม

ปฏิบัติเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ และแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

(3) การประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัว (Family conference) เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับต่อความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการได้ การติดต่อสื่อสารกับแหล่งชุมชนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(4) การประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์ (Physical conference) แพทย์และพยาบาลจะต้องมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันเนื่องจากพยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จึงให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน การประชุมปรึกษานั้นจะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ผลที่เกิดจากการวินิจฉัยโรค การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ รวมทั้งการอภิปรายร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงควรนำการประชุมโดยพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่าจะเป็นหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลเจ้าของไข้ควรเป็นบุคคลที่รับผิดชอบการประชุมดังกล่าว ดังนั้น กิจกรรมที่ควรทำให้เกิดในการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย คือ (1) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้นำประชุม (2) พยาบาลเจ้าของไข้ยอมรับความคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วย ดังแนวคิดหลักที่ว่า “My nurse – My patient” ตลอดการประชุม (3) พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องพัฒนาแผนการพยาบาลให้เสร็จก่อนการประชุมปรึกษา โดยมีการเขียนปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางการประเมินผล เพื่อที่จะสามารถนำปัญหาที่ตนยังแก้ไขไม่ได้มาปรึกษาในที่ประชุม (4) พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะต้องเป็น Resource person โดยสามารถตอบทุกข้อซักถามจากการประชุมได้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในเรื่องร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย ก็จะต้องมีข้อมูลของผู้ป่วยให้เพียงพอ (5) พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะต้องแสดงออกถึงการใช้สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ในการประสานการดูแลผู้ป่วย

2.16) แสวงหาความรู้ แหล่งศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาการบริการพยาบาลของตน พยาบาลเจ้าของไข้จะเริ่มดูแลตั้งแต่รับใหม่ และตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ เป็นการรับผิดชอบต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และมีความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ มีการวิเคราะห์และกำหนดข้อตกลงระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน คือ การบรรลุเป้าหมายการพยาบาล (Marram et al., 1974, p. 16)

3) แนวทางการติดต่อสื่อสาร

3.1) พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารกับพยาบาลผู้ช่วยดูแลโดยตรง ในการวางแผนการพยาบาล

3.2) พยาบาลเจ้าของไข้กับครอบครัวผู้ป่วย ครอบครัวมีความสำคัญมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค และพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วย

3.3) พยาบาลเจ้าของไข้กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เพื่อประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างราบรื่น

3.4) พยาบาลเจ้าของไข้กับหน่วยงานในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้การประสานงานอย่างต่อเนื่องในการวางแผนจำหน่าย

4) การปฏิบัติของพยาบาลผู้ช่วยดูแล มีขั้นตอนต่อไปนี้

4.1) แนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานให้ทราบถึง ความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย

4.2) ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

4.3) มีการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้ หรือพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

4.4) บันทึกแผนการพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

4.5) ร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

4.6) มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

จากวิธีการปฏิบัติในรูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ จะเห็นว่าพยาบาลคนหนึ่งจะรับผิดชอบจากหัวหน้าหน่วยงานให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยรับผิดชอบตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือโดยประเมิน วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่ได้ยื่นปฏิบัติงานพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ (พยาบาลผู้ช่วยดูแล) จะเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ นอกจากนั้น พยาบาลเจ้าของไข้ ต้องประเมินกิจกรรมการพยาบาล บันทึกและรายงาน รวมทั้งติดต่อประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพเพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากร ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด ในการปฏิบัติงานนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จะมีอิสระในตนเอง มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้

2.1.5 ผลดีของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522, น. 101) ได้สรุปผลดีของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้จากการศึกษาของ Marram และคณะ ไว้ดังนี้

- 1) เป็นรูปแบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ให้ความสำคัญกับการวางแผนการพยาบาล มีการนำแผนการพยาบาลมาปฏิบัติและประเมินแผนการพยาบาลอยู่เสมอ
- 2) พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยสูง สามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคและอาการต่างๆ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 3) เป็นรูปแบบการดูแลที่ทำให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง พยาบาลเจ้าของไข้จึงต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยของตนเป็นอย่างดี มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างมีเหตุผล และเกิดความต่อเนื่อง
- 4) เป็นรูปแบบการดูแลที่ทำให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากพยาบาลคนเดิมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ
- 5) เป็นรูปแบบการดูแลที่ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดตามผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการรายงานให้พยาบาลที่ทำงานร่วมกัน และผู้เกี่ยวข้องได้ทราบถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กระตุ้นพยาบาลให้เกิดการพัฒนาตนเอง
- 6) เป็นการพัฒนานุเคราะห์ พยาบาลเจ้าของไข้จะมีโอกาสในการพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีความกระตือรือร้นที่จะหาความรู้มาปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย

ข้อเสียของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือพยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง จึงอาจทำให้เกิดความเครียดได้มาก สิ่งเดียวที่จะช่วยได้ คือ อนุญาตให้พยาบาลเจ้าของไข้ละเว้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองบ้าง แล้วให้พยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลแทน

ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541, น. 38) ได้สรุปข้อดี ของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ไว้ดังนี้

- 1) ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล
- 2) พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ที่มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการที่ดี
- 3) ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ เพราะพยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสารแผนการดูแลกับผู้ป่วย ให้มีการส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นแบบองค์รวม
- 4) ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง เพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
- 5) พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะต้องดูแลผู้ป่วยในเนวลิค

6) มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น ทำให้มีการประสานการดูแลดีขึ้น

7) แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะแพทย์ได้รับข้อมูลที่ละเอียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากพยาบาลเจ้าของไข้

8) คุณภาพการดูแลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ดีมาก เพราะพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดของเขตปัญหา และแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงดีและรวดเร็ว

ข้อเสียของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Swansburg, 1990, p. 196)

- 1) พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยมักประสบปัญหา ในการให้การดูแลผู้ป่วย
- 2) พยาบาลบางกลุ่มไม่มีความพร้อมที่จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง
- 3) ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

สรุป แม้ว่าจะมีข้อดีมากกว่าข้อเสียอย่างชัดเจน แต่รูปแบบนี้ก็ไม่ได้ถูกนำมาใช้ โดยเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากไม่ได้มีการส่งเสริมให้มีการศึกษาให้เข้าใจถึงรูปแบบการมอบหมายงานอย่างแท้จริง และกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ยาก การที่จะผลักดันให้ประสบความสำเร็จ ต้องการทั้งความเข้าใจจากผู้บริหาร และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติการ ในปัจจุบันได้มีองค์กรพยาบาลหลายแห่งที่กำลังผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้น

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทร

2.2.1 ความหมายการดูแลเอื้ออาทร

การดูแลเอื้ออาทร (Caring) เป็นคำที่นักศึกษาทั่วไปและนักศึกษาทางการพยาบาลได้ให้ความหมายไว้มากมายเช่น ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) “การดูแลเอื้ออาทร” หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การเอื้อเฟื้อ และการมีน้ำใจ ในพจนานุกรม ฉบับอ็อกฟอร์ด (Crowther, 1995) “การดูแลเอื้ออาทร” หมายถึง ความสนใจ หรือความรู้สึกห่วงใย ส่วน อารี ชิวเกษมสุข (2541) ให้ความหมายของ “การดูแลเอื้ออาทร” ไว้ว่าเป็นการกระทำใดๆ ที่ช่วยเหลือ ประคับประคอง และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่า พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538, น. 43) กล่าวว่า การดูแลเป็นแก่นของวิชาชีพพยาบาล เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ ระบุได้ และเป็นที่ผู้รับบริการบอกได้ว่าเป็นอย่างไร พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539, น. 26) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนสุภาพร ดาวดี (2548, น. 26) กล่าวว่า การดูแล เป็น

ศาสตร์ที่เป็นแก่นแท้ของวิชาชีพการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ที่จะขาดเสียมิได้ มนุษย์ต้องการที่จะให้การดูแลและได้รับการดูแลในทำนองเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสมดุลของชีวิต และสมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปความหมาย “การดูแลเอื้ออาทร” ไว้ว่าเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ในลักษณะที่เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้รับบริการในกิจกรรมต่างๆ เป็นการใช้เครื่องมือ และใช้เทคนิคต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำที่แฝงไปด้วยความรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์ และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย / ผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคล และเป็นการป้องกันโดยระแวดระวัง เพื่อให้มีการกระทำที่ถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ซึ่งการดูแลต้องประกอบด้วยความเอาใจใส่และความเอื้ออาทรอยู่ด้วยเสมอ ความหมายของการดูแลมีผู้กำหนดหลากหลายออกไป เพื่อสื่อความหมายของ “การดูแล” ทางการพยาบาล ผู้วิจัยจะให้คำว่า “การดูแลเอื้ออาทร”

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลเอื้ออาทร เป็นศาสตร์ของพยาบาล จะพบได้ในกิจกรรมต่างๆ ในวิชาชีพการพยาบาล ประกอบด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความจริงใจ ความสนใจ ความเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือให้เจริญเติบโต ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า

2.2.2 แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร

แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรมีนักวิชาการพยาบาลหลายท่าน ได้กล่าวว่าการดูแลเอื้ออาทรเป็นหัวใจ และแกนกลางของการพยาบาล ซึ่งได้นำเสนอไว้มีอยู่มากมาย เช่น

แนวคิดการดูแลในยุคของ Florence Nightingale (1859) ได้อธิบายกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลไว้ในรูปแบบของความสะอาด อากาศบริสุทธิ์ ได้รับอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ และการออกกำลังกายที่ดี ซึ่งหมายถึงการจัดการให้คนได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่ดี

Watson (1859) กล่าวว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบบริการมนุษย์ต่อมนุษย์ เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ ให้นุคนมีภาวะทางดุลยภาพของกาย จิต และวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้ใช้บริการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538, น. 55) กล่าวว่า กระบวนการดูแล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ เช่นเดียวกับกระบวนการพยาบาล คือ

- 1) ผู้ใช้บริการรับรู้ความต้องการ หรือความปรารถนาของตนเอง
- 2) พยาบาลควรทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดแผนดูแลร่วมกัน
- 3) การตอบสนองความต้องการการผู้รับบริการบอกได้ชัดเจนว่าตนได้รับการดูแลแล้ว
- 4) การรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ใช้บริการ เป็นการประเมินการดูแล

จากการศึกษาของ Morse และคณะในปีค.ศ. 1991 (อ้างใน สุภาพร ดาวดี, 2548, น. 2) ได้จำแนกการดูแลอย่างเอื้ออาทรในมุมมองของพยาบาลไว้ 5 ประเภท ดังนี้

- 1) การดูแลเป็นลักษณะเฉพาะของมนุษย์ (Human trait) ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ซึ่งสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ตามธรรมชาติ
- 2) การดูแลเป็นคุณธรรม และศีลธรรม (Moral imperative) หากผู้ใดปฏิบัติการดูแลถือได้ว่าเป็นผู้มีคุณธรรม ได้ปฏิบัติสิ่งที่มีคุณค่า และดีงาม
- 3) การดูแลเป็นอารมณ์ และความรู้สึก (Affect) ที่มีต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และต่อหน้าที่การปฏิบัติการพยาบาล
- 4) การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) ซึ่งเกิดขึ้น ณ เวลาใดเวลาหนึ่งระหว่างบุคคล 2 คนซึ่งในที่นี้ หมายถึงผู้ให้ และผู้รับการดูแล
- 5) การดูแลเป็นการบำบัด (Therapeutic intervention) ซึ่งรับรู้ได้โดยการสัมผัสทางกาย และสัมผัสในจิตใจที่เกิดจากการดูแลเอาใจใส่ที่ได้รับ

สรุป แนวคิดการดูแล คือ พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน แสดงความรู้สึกร่วม ความสนใจเอาใจใส่แสดงออกถึงความห่วงใยต่อสภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอื่น และเป็นการปฏิบัติต่อคนทั้งคน หรือการแสดงออกถึงองค์รวมของพยาบาล (Holistic Nursing)

2.2.3 ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

Swanson (1991) ได้นำแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรมนุษย์ของวัตสัน ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีระดับกลางไปพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Iphenomenology) เริ่มต้นปี ค.ศ. 1982 Swanson (1986, 1991, in press) ได้ศึกษาถึง การรับการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลของกลุ่มมารดาหลังแท้งบุตรจำนวน 20 คน พบว่าข้อมูลของการดูแลเอื้ออาทรที่มารดาหลังแท้งบุตรได้รับ สามารถจำแนกได้เป็น กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรที่ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ และศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining believe) หลังจากนั้น สแวนสัน (Swanson, 1991, in press) ได้ศึกษาถึงการดูแลเอื้ออาทรในมุมมองของผู้ให้บริการโดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกเกิด จำนวน 19 คน ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน นักจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (Biomedical ethicist) 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) 1 คน มารดาเด็ก 5 คน บิดาเด็ก 2 คน แพทย์เจ้าของไข้ 4 คน และพยาบาลเจ้าของไข้ 5 คน โดยตั้งคำถามผู้ให้การดูแลว่า การให้การดูแลเอื้ออาทรในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกคลอดที่ผู้ให้การดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยนั้น

มีลักษณะอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลของการให้การดูแลเอื้ออาทรที่ได้ สามารถจำแนกเป็น กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรได้ 5 ด้านเหมือนเดิม ซึ่งถือว่าการสนับสนุนผลการศึกษาเมื่อปี ค.ศ. 1982 ต่อมา Swanson (1998 cited in Swanson, 1990, 1991, in press) ได้ศึกษาการรับรู้ได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากผู้ให้บริการในมุมมองของมารดาอายุน้อย จำนวน 8 คน ซึ่งได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากผู้ให้การดูแลในโครงการการดูแลสุขภาพจิตของบาร์นาวด (Mental Health Intervention with Barnard's Clinical Nursing Model Project) ที่จัดขึ้นในชุมชนเป็นเวลา 18 เดือน ซึ่งมารดาอายุน้อยได้รายงาน การรับรู้ที่ได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากผู้ให้การดูแลของตน ประกอบไปด้วยกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านเหมือนเดิม จึงเป็นการสนับสนุนการศึกษาที่ 1 และที่ 2

จากการศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มมารดาหลังแท้งบุตร 2) กลุ่มผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนัก เด็กแรกคลอด และ 3) กลุ่มมารดาอายุน้อย สเวนสัน (Swanson, 1991, p. 165; in press) ได้

ความสามารถของการดูแลเอื้ออาทร ว่า “เป็นวิถีทางที่เกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแลปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบ และพันธะสัญญาจัดกระทำให้แก่บุคคลอื่นโดยตระหนักถึง คุณค่า ความเชื่อ และค่านิยม ของบุคคลนั้น” ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ และศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining believe)

1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง หมายถึง การที่พยายามสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจในเหตุการณ์ขณะที่เป็นอยู่ โดยไม่นำผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครอบคลุม และยอมรับว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนไม่เหมือนกัน คนทุกคนมีความคิดความเชื่อเป็นของตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุ แนวทางการแก้ไขปัญหเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยที่การให้การดูแลนั้นทั้งพยาบาล และผู้ป่วยต่างก็มีความเป็นตัวของตัวเอง

2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ หมายถึง การที่พยายามสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ พยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ โดยการให้เวลา และ/หรือมีการใช้เวลาร่วมอยู่กับผู้ป่วยอย่าง คุ่มค่าถึงแม้ระยะเวลานั้นจะสั้นก็ตาม โดยผู้ป่วยรับรู้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อน และตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้ อารมณ์ และแบ่งปันความรู้สึกกับผู้ป่วยไม่ว่าจะสุข หรือทุกข์ก็ตาม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใดถึงแม้บางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่า พยาบาลยังคงห่วงใย และคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ หมายถึง การที่พยาบาลช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยที่การกระทำของพยาบาลจะต้องประกอบด้วยทักษะอย่างเต็มกำลังความสามารถ ในขณะที่พยาบาลมีการเคารพคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเสมอ

4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ หมายถึง การที่พยาบาลมีการให้ข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยเสนอทางเลือกโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบครอบผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมให้ได้ใช้ความสามารถเต็มศักยภาพ โดยพยาบาลยอมให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจน เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและเป็นไปในทางสร้างสรรค์เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาและความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่ โดยการให้มุมมองทางบวก ส่งเสริมให้มองโลกในแง่ดีตามสภาพที่เป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีความสุขที่ได้เชื่อถือและศรัทธาในและสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างมีความหมายหรือทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ถึงแม้ในบางครั้งความเชื่อของพยาบาลอาจแตกต่างจากผู้ป่วยก็ตาม พยาบาลก็ต้องเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ Swanson (1991) ได้สังเคราะห์งานวิจัย (Meta-analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเอื้ออาทร เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีระดับกลางในการที่ได้มาซึ่งกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้งห้าด้าน โดยงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้นครอบคลุมในกลุ่มของผู้ที่ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้การดูแล ได้แก่ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพอื่น หลังการสังเคราะห์และจัดหมวดหมู่แล้ว สรุปได้ว่าความหมายของการดูแลเอื้ออาทรในงานวิจัยต่างๆ ที่ได้ศึกษาไม่ได้ออกนอกกรอบในกิจกรรมเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้าน ที่สเวนสันได้สรุปไว้แต่อย่างใด นอกจากนี้ สเวนสันได้สรุปถึงกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านของตนว่าสอดคล้องกับปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 10 ประการของวัตสันดังต่อไปนี้ Swanson (1991)

กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรของสเวนสัน 2 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง และ 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ มีความสอดคล้องกับปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 3 ประการ ของวัตสัน ได้แก่ 1) ระบบค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ 2) การไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น และ 3) การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

กิจกรรมการดูแลเอาใจของสแกนสัน ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับปัจจัยการดูแลเอาใจ 3 ประการของวัตสัน ได้แก่ 1) การมีสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน 2) การสนับสนุนปกป้อง ปกป้อง และหรือการแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านจิตใจ กายภาพ สังคม และจิตวิญญาณ และ 3) การให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล

กิจกรรมการดูแลเอาใจของสแกนสัน ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ มีความสอดคล้องกับปัจจัยการดูแลเอาใจ 4 ประการของวัตสัน ได้แก่ 1) การแสดงออกถึงความรู้สึทางบวกและทางลบ 2) กระบวนการดูแลเพื่อแก้ปัญหา 3) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน และ 4) การมีสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ

กิจกรรมการดูแลเอาใจของสแกนสัน ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อมีความสอดคล้องกับปัจจัยการดูแลเอาใจ 2 ประการของวัตสัน ได้แก่ 1) ความศรัทธาและความหวัง และ 2) การมีพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่เป็นต้น (Swanson, 1991)

จากการนำเสนอความสอดคล้องของกิจกรรมการดูแลเอาใจทั้ง 5 ด้าน ของสแกนสันกับปัจจัยการดูแลเอาใจ 10 ประการ ของวัตสัน ดังกล่าวเป็นความเชื่อมั่นว่า สามารถนำแนวคิดของสแกนสันไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายได้ (Swanson, 1991) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดของวัตสันไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Cronnin & Harrison, 1988) กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัด (Parsons, kee & Gray, 1993) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Marchx, 1995) กลุ่มผู้สูงอายุ (Strickland, 1996)

2.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรศิริ ใจสม (2536) ศึกษาเรื่อง ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา-มารดาจำนวน 60 คน ของผู้ป่วยเด็ก 39 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความเครียดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของคาร์เตอร์ และไมล์ส และแบบประเมินกลวิธีเผชิญความเครียด ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินกลวิธีเผชิญความเครียดของมารดาขณะบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง ศาสกุล คงพันธ์ แปลมาจากแบบประเมินการเผชิญภาวะวิกฤตของครอบครัวของแมคคับบินฮอลสันและลาร์เซน ผลจากการศึกษาพบว่า กลวิธีเผชิญความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ในการใช้สูงสุด คือ ด้านการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจะจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น และกลวิธีเผชิญความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ต่ำที่สุด คือ ด้านการพึ่งพาแหล่งประโยชน์ทางเพื่อนบ้าน

กิตติกร นิลมานัด (2538) ศึกษาในเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 43 คน โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลของมิเชล และแบบสอบถามวิธีการเผชิญกับความเครียดของจาโลวีก ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.25, p < 0.05$) ด้านการจัดการอารมณ์ ($r = 0.37, p < 0.01$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = 0.37, p < 0.01$) ด้านการจัดการกับอารมณ์ ($r = 0.25, p < 0.05$) และด้านการบรรเทาปัญหา ($r = 0.30, p < 0.05$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วย และพยากรณ์ของโรคได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญกับความเครียดด้านการบรรเทาปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.28, p < 0.05$)

ประหยัด ประภาพรหม (2539) ศึกษาเรื่องการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 370 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยซึ่งผู้วิจัยได้แปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (The parent's perception of uncertainty scale: PPUS) ของมิเชล (Mishel, 1983) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec coping scales) โดยผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งลดอารมณ์ปานกลาง การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งลดอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย และความรุนแรงของโรค และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนิน และพยากรณ์โรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งลดอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนด้านการขาดความชัดเจนในความหมาย และความเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งลดอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยบางประการสามารถพยากรณ์การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ โดยพบว่า 1) ประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการ ระดับการศึกษา สามารถร่วมพยากรณ์การรับรู้ความไม่

แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ 2) ประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษา สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้ และ 3) ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และสถานภาพสมรส สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ได้

2.3 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีที่ได้ศึกษามาของผู้สร้าง เพื่อถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ โดยใช้สื่อที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย และกระชับถูกต้อง สามารถตรวจสอบเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์จริงได้ เพื่อช่วยให้ตนเอง และผู้อื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น และจะมีความเหมาะสมกับช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อเวลาเปลี่ยนไปรูปแบบที่สร้างขึ้นอาจไม่มีความเหมาะสม (ถูกฉีก ขูชื่น, 2541) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนา (Development) หมายถึง การกระทำให้การปฏิบัติหรือการทำให้ดีขึ้น กระบวนการของความก้าวหน้า การกระทำที่เกิดประโยชน์ (Merriam-Webster online, 2007-2008) และ วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2549) กล่าวว่า การพัฒนา (Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่มีการกระทำให้เกิดขึ้นหรือมีการวางแผนกำหนดทิศทางไว้ล่วงหน้า โดยการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ส่วนความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) ให้ความหมายของการพัฒนาว่า หมายถึงทำให้เจริญ หรืออาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวจากสภาพที่ไม่น่าพอใจไปสู่สภาพที่น่าพอใจ การพัฒนาเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงเสมอไม่อยู่นิ่ง สรุปได้ว่า การพัฒนา หมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ในทางที่ดีขึ้น

1) ความหมายและองค์ประกอบของรูปแบบ

1.1) ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไคอะแกรม หรือแผนภาพเพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจน (ทิสนา เขมมณี, 2545)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) กล่าวว่า รูปแบบ (Model) หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือแนว ซึ่งเป็นที่ยอมรับและเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าสิ่งนั้นเป็นเช่นนั้น เช่น รูปแบบบ้าน รูปแบบรถ

บุญชม ศรีสะอาด (2533) ให้ความหมาย รูปแบบ ว่าเป็น โครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่างๆ

เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) กล่าวว่า รูปแบบหรือแบบจำลองหมายถึง วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดจนจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพเหมือน ภาพวาด แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่องหรือสมการทางคณิตศาสตร์ เพื่อให้สามารถเข้าใจได้ง่ายและนำเสนอเรื่องราวประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ สามารถนำไปใช้ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ เป็นการจำลองในลักษณะเลียนแบบ เป็นต้นแบบที่ใช้เป็นตัวอย่าง เป็นแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัญลักษณ์หรือหลักการของระบบเป็นแบบแผนหรือแผนผังของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยความสัมพันธ์เชิงระบบ นักวิชาการได้ให้ความหมายของรูปแบบทั้งในลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน

สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้าง วิธีการ หรือแบบจำลองแผนที่แสดงถึงแนวทางการปฏิบัติที่แสดงถึงสิ่งใดๆ ที่มีส่วนประกอบของหลักการ โครงสร้างที่มีความเกี่ยวข้องในองค์ประกอบที่สำคัญเชิงความสัมพันธ์หรือเหตุผลซึ่งกันและกัน เป็นไปในลักษณะที่พึงประสงค์

1.2) องค์ประกอบของรูปแบบ

กีฟส์ (Keeves, 1997; อ้างใน ทิศนา แจมณี 2545, น. 218) กล่าวว่า รูปแบบโดยทั่วไปจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1.2.1) รูปแบบจะต้องนำไปสู่การทำนาย (Prediction) ผลที่ตามมา ซึ่งสามารถพิสูจน์ทดสอบได้ กล่าวคือ สามารถนำไปสร้างเครื่องมือเพื่อพิสูจน์ทดสอบได้

1.2.2) โครงสร้างของรูปแบบจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) ซึ่งสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์/เรื่องนั้นได้

1.2.3) รูปแบบต้องสามารถช่วยสร้างจินตนาการ (Imagination) ความคิดรวบยอด (Concept) และความสัมพันธ์ (Interrelations) รวมทั้งช่วยขยายขอบเขตของการสืบเสาะความรู้

1.2.4) รูปแบบควรจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural relationships) มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเชื่อมโยง (Associative relationships)

รูปแบบจะมีองค์ประกอบใดบ้างขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Bardo and Hartman, 1982; อ้างใน วิมลพร ไสยวรรณ, 2545) เช่น การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบปฐมนิเทศเชิงระบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพบรรจุใหม่ของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชลบุรี ของ จันทร์พร ยอดยิ่ง และคณะ (2545) พบว่า รูปแบบการปฐมนิเทศเชิงระบบพยาบาลที่เลี้ยงมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการอบรมพยาบาลที่เลี้ยง ขั้นตอน

การอบรมพยาบาลบรรจุใหม่และขั้นตอนการใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง ศิริมา โกมารทัต (2549) ได้กำหนดรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงต่อความสามารถของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่โดยรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ประกอบด้วยวิธีการ 3 ประการ ได้แก่ 1) การคัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยง 2) การจัดอบรมภาคบรรยายให้กับพยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับการคัดเลือกเป็นเวลา 2 วัน มีเนื้อหาการอบรมเกี่ยวกับพยาบาลพี่เลี้ยง ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติบทบาทพี่เลี้ยง การฝึกปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงจากสถานการณ์จำลอง 3) การปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยโดยการปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลจบใหม่ สุพรรณิ พูนเพิ่มสุขสมบัติ (2550) ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลกลาง พบว่า รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลกลาง ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของกระบวนการพี่เลี้ยง ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านโครงสร้าง 2) ด้านพยาบาลพี่เลี้ยง 3) ด้านพยาบาลจบใหม่ และ 4) ด้านกระบวนการการเป็นพี่เลี้ยง เป็นต้น

สรุปได้ว่า รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นแผนจำลองแสดงองค์ประกอบของแนวทางการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างตามสถานการณ์ และวัตถุประสงค์การสร้างรูปแบบขององค์กร

1.3) หลักการสร้างหรือการพัฒนา รูปแบบ

การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง แนวคิดการพัฒนา รูปแบบของ ทิศนา เขมมณี (2545) และทฤษฎีระบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1) แนวคิดของทิศนา เขมมณี (2545) กล่าวว่า การสร้างหรือการพัฒนา รูปแบบต้องผ่านกระบวนการจัดอย่างเป็นระบบ ดังนี้

- (1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการพัฒนา รูปแบบให้ชัดเจน
 - (2) ศึกษาหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดองค์ประกอบ และเห็นแนวทางการจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบได้อย่างรอบคอบจะช่วยให้รูปแบบนั้นมีความมั่นคง
 - (3) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ค้นพบรูปแบบ
 - (4) องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้รูปแบบนั้นมีประสิทธิภาพเมื่อนำไปใช้จริง
- ปัญหาและอุปสรรคต่างๆเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาในการจัดองค์ประกอบต่างๆ และจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งหลาย การนำข้อมูลจากความจริงมาใช้ในการสร้างรูปแบบจะช่วยขจัดหรือป้องกันปัญหา อันจะทำให้รูปแบบนั้นๆ ขาดประสิทธิภาพ

(5) การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบเป็นการพิจารณาว่าอะไรบ้างที่จะช่วยให้เป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายบรรลุผลสำเร็จ

(6) การจัดกลุ่มองค์ประกอบ เป็นการนำองค์ประกอบที่กำหนดมาจัดหมวดหมู่เพื่อความสะดวกในการคิดและการดำเนินการในขั้นต่อไป

(7) การจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ย่างยาก ผู้สร้างรูปแบบต้องพิจารณาว่าองค์ประกอบใดเป็นเหตุและเป็นผลขึ้นต่อกันในลักษณะใด สิ่งใดควรมาก่อนหลัง สิ่งใดสามารถดำเนินการคู่ขนานกันไปได้ เป็นขั้นที่ใช้เวลาพิจารณามาก

(8) การจัดผังรูปแบบ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ โดยแสดงให้เห็นถึงผังจำลองขององค์ประกอบต่างๆ

(9) การทดลองใช้รูปแบบ เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นการประเมินผล เป็นการศึกษาผลที่เกิดจากการทดลองใช้รูปแบบใดๆแล้วได้ผลตามเป้าหมายหรือใกล้เคียงกับเป้าหมายมากน้อยเพียงใด

(10) การปรับปรุงรูปแบบและการนำผลทดลองไปใช้ประโยชน์เพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

2.3.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

ทฤษฎีและแนวที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ จากการทบทวนวรรณกรรม มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 1 ทฤษฎี และแนวคิดสำคัญ 1 แนวคิด ดังนี้

1) ทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีระบบในที่นี้จะกล่าวถึงสาระของทฤษฎี และหลักการและข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีระบบ รายละเอียดมีดังนี้

1.1) ทฤษฎีระบบตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) ที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการเป็นการประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Out put) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจว่า ถ้าจะให้บริการที่มีคุณภาพหรือผลลัพธ์ที่ต้องการควรประเมิน 3 องค์ประกอบนี้ กล่าวคือ การประเมินโครงสร้าง หมายถึง การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการการให้บริการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงานขององค์กร (Organizational structure) ทรัพยากรบุคคล (Human resources) และทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material resources) การประเมินกระบวนการ หมายถึง การประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการเอง และกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางสุขภาพ การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ มีความสัมพันธ์กันในแง่ที่ว่า ถ้าโครงสร้างขององค์กรดี

ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานหรือการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ และถ้ากระบวนการดำเนินงานหรือการบริการสุขภาพดี จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการและผลลัพธ์ต้องพิจารณาให้แน่ชัดว่า ผลลัพธ์นั้นๆ เกิดจากกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดผลที่ต้องการประเมิน ถ้าไม่ใช่ก็ไม่สามารถนำมาประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลนั้นๆ ได้ ตัวอย่างของเกณฑ์การประเมินแต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

1.1.1) เกณฑ์การประเมินโครงสร้าง (Structure criteria) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านองค์กร ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านบริการที่จัดให้ มีรายละเอียดดังนี้

(1) ด้านองค์กร ได้แก่ โรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ ในส่วนของโรงพยาบาล ประเมินจาก เป้าหมาย พันธกิจ ปรัชญา ของโรงพยาบาล จำนวนเตียง แหล่งทุน ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน การบริหารงาน ภาวะผู้นำ การสื่อสาร สัมพันธภาพของบุคลากร ขวัญ กำลังใจ ความพึงพอใจในงาน และการโอนย้ายงาน เป็นต้น ในหน่วยงานย่อยต่างๆ โดยเฉพาะในองค์กรพยาบาล ประเมินจากปรัชญา วัตถุประสงค์ของการพยาบาล การพัฒนามูลฐาน รูปแบบการนิเทศงาน จำนวนผู้ป่วยและจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล

(2) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอาคารหรือตึกผู้ป่วย การบำรุงรักษา ความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งบรรยากาศภายในโรงพยาบาล

(3) ด้านบริการที่จัดให้ เช่น มีความเสมอภาค การเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ ความสอดคล้องของบริการกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

1.1.2) เกณฑ์การประเมินกระบวนการ (Process criteria) ประกอบด้วย การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยกระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน วิธีการจัดระบบงาน คุณสมบัติของความเป็นวิชาชีพคุณสมบัติส่วนบุคคลของบุคลากรและทักษะการปฏิบัติงาน

1.1.3) เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ (Outcome criteria) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ ความสามารถของร่างกาย ความพึงพอใจของผู้ป่วย การใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ ความคุ้มค่า และผลลัพธ์ในทางลบ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ามารับการรักษซ้ำ การใช้ยาผิดพลาด และการบริการที่ไม่ประสานกัน เป็นต้น

2) หลักการและข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีระบบ มีดังนี้คือ

2.1) ระบบ หมายถึง กลุ่มของสิ่งของหรือบุคคล หรือหน่วยย่อยต่างๆ หลายหน่วยที่เข้ามาคู่กัน และทำหน้าที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

2.2) ในการศึกษาระบบใดๆต้องกำหนดให้ได้ก่อนว่าจุดใดเป็นจุดที่ต้องการศึกษา ซึ่งในทฤษฎีระบบนี้จะเรียกจุดที่ต้องการศึกษาว่าเป็น “ระบบ” หรือ “ระบบเป้าหมาย” (Target or Focal system)

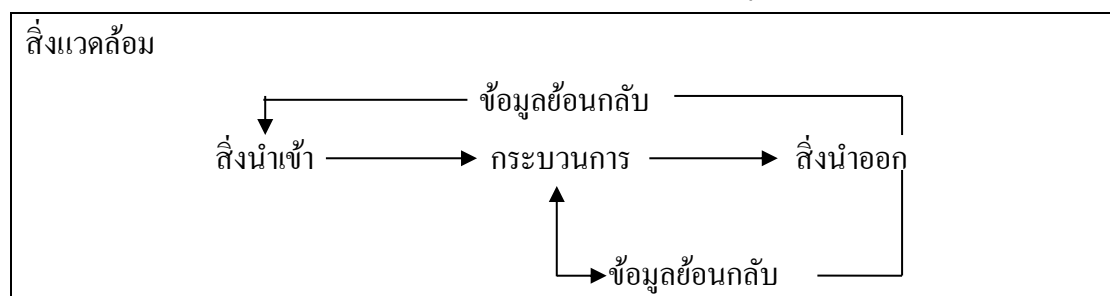
2.3) หน่วยย่อยๆ หรือระบบย่อยที่เข้ามาประกอบกันเป็นระบบจะทำงานหรือทำหน้าที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในลักษณะที่เสริม

2.4) ในกรณีระบบย่อยบางระบบ ซึ่งอยู่ภายในระบบใหญ่หรือหรือระบบเป้าหมาย อาจจะทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่ทำหน้าที่ด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ระบบย่อยอื่นๆ จะเข้ามาทำหน้าที่ช่วยเหลือ หรือทำหน้าที่แทนเพื่อให้ระบบเป้าหมายนั้นอยู่ในภาวะปกติทำหน้าที่สอดคล้องกันดั้งเดิม หรือดีขึ้น

2.5) ระบบที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีความสามารถที่จะคงไว้ของการรวมตัวกันของระบบย่อยต่างๆแม้ว่าจะถูกรบกวนจากปัจจัยต่าง และมีขอบเขตของระบบเป็นตัวเองสิ่งที่อยู่ภายในกับภายนอกระบบให้ออกจากกัน

2.6) การทำงานของระบบจะใช้วิธีการแลกเปลี่ยนข้อมูล พลังงาน และสิ่งต่างๆ ระหว่างทั้งภายในและภายนอกระบบ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาเพื่อคงความสมดุลของระบบไว้

องค์ประกอบของระบบ ไม่ว่าระบบใดๆ ในปัจจุบัน ประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 7 ประการได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ (Goal) 2) สิ่งนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process หรือ Through put) 4) สิ่งนำออก (Out put) 5) การส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) 6) การควบคุม (Control) 7) สิ่งแวดล้อม (Environment) การทำงานที่สัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 7 จะมีวัตถุประสงค์ของระบบเป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ ตัวอย่างแสดงความสัมพันธ์ของ 7 องค์ประกอบต่างๆ ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 1 : ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบ

ที่มา: ปรับปรุงจาก Friedman, 1986, น. 83; อ้างใน รุจา ภูโพนุลย์, 2541, น. 33

ทฤษฎีระบบมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในหลายสาขา ในสาขาวิชาชีพการพยาบาลมีการนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การวัดคุณภาพการให้บริการทางด้านสุขภาพ โคนาบีเดียน (Donabedian) ได้เสนอแนวคิดที่ใช้ทฤษฎีระบบ (System theory) ในการประเมิน

คุณภาพการบริการเพื่อวัดคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายปัจจัย การทำความเข้าใจเรื่องคุณภาพการให้บริการจึงต้องมองถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ (Donabedian, 1989; อังโน มริสา ไกรฤกษ์, 2544)

สรุปได้ว่า การประเมินคุณภาพการดูแลนั้นสามารถประเมินโดยอาศัยพื้นฐานของทฤษฎีระบบ โดยนำองค์ประกอบหลักคือปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มาพิจารณาเพื่อให้การประเมินผลลัพธ์ของการบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการดำเนินการประเมินอย่างมีมาตรฐานและต่อเนื่อง ต้องคำนึงถึงความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ตลอดจนเครื่องมือวัดต่างๆของผู้ให้บริการและองค์กรทั้งจากการรับรู้และความเป็นจริง จึงมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดำเนินการอยู่นั้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ นำไปสู่ความเป็นเลิศ และความเป็นสากลได้

3) แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ เห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีระบบและแนวคิดหลักการสร้างหรือการพัฒนารูปแบบของ ทิสนา แคมมณี (2545) มีความคล้ายคลึงกัน คือ การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบ และมีหลักการที่สมเหตุสมผล การวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยที่สำคัญกับรูปแบบจะช่วยให้วางแผนการทำงานได้เข้าใจมากขึ้น เพื่อให้รูปแบบที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นเกิดประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้สร้างหรือผู้พัฒนารูปแบบต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของรูปแบบว่าสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบจึงต้องนำเทคนิคต่างๆมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ

2.3.3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ พัฒนาจากแนวทางการประเมินสำหรับการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II : AGREE II) (The AGREE Next Steps Consortium, 2009) มีจุดมุ่งหมายในพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยเหลือผู้ปฏิบัติและช่วยตัดสินใจการดูแลภาวะสุขภาพอย่างเพียงพอ สำหรับการดูแลทางคลินิกเฉพาะทาง และบอกถึงบทบาทที่สำคัญในการสร้างนโยบายด้านสาธารณสุขครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เช่นการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง การวินิจฉัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงสิ่งที่ดีและเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีคุณภาพ โดยมีวิธีระเบียบวิธีการวิจัยที่เป็นระบบ มีกลยุทธ์ในกระบวนการการพัฒนาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะประสพผลสำเร็จในการนำลงสู่การปฏิบัติ เครื่องมือ The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) (The AGREE Next Steps Consortium, 2009) ใช้ในการพัฒนาเพื่อแก้ไขประเด็นที่มีความแปรปรวนในคุณภาพของ

แนวทางปฏิบัติ และเป็นเครื่องมือในการประเมินความเข้มแข็งของระเบียบวิธีวิจัย และความชัดเจนในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ นำมาเป็นแนวคิดในการประเมินความเหมาะสมของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน ไม่เร่งด่วน

1) การประเมินความเหมาะสมของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้

1.1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) โดยประเมินจากวัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีความชัดเจน ประเด็นการสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบครอบคลุมในเรื่องรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ และมีการระบุกลุ่มเป้าหมาย ที่นำไปใช้อย่างชัดเจนและมีการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

1.2) มิติด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement) โดยประเมินผู้ร่วมพัฒนารูปแบบเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการอธิบายลักษณะกลุ่มประชากรเป้าหมายไว้ชัดเจน มีผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยในกระบวนการดำเนินการวิจัย

1.3) มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigor of development) ประเมินจากขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การทบทวนวรรณกรรมหลักฐานทางวิชาการ ดำเนินงานวิจัยที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินมีความน่าเชื่อถือครอบคลุมและเพียงพอที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation) ประเมินจากแนวทางการดำเนินการมีความเฉพาะเจาะจงชัดเจนและครอบคลุม มีการระบุขั้นตอนปฏิบัติชัดเจน สะดวกต่อการนำไปใช้

1.5) มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability) โดยประเมินจากรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน มีเกณฑ์การประเมินการนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้

1.6) มิติด้านอิสระในการให้ข้อมูล (Editorial independence) ประเมินจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน มีอิสระในการให้ข้อมูลการวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการบันทึกข้อเสนอแนะและ การยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้งของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

2) วิธีใช้เครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II (AGREE II) (The AGREE Next Steps Consortium 2009) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตามแนวทางปฏิบัติของ AGREE II เป็นการประเมินภาพรวมถึงการให้คะแนนตามคุณภาพของแนวทางปฏิบัติ

และการนำไปใช้ ในแต่ละรายการประเมินมีค่าคะแนน 1 ถึง 7 ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ถึง ค่าคะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด โดยให้คะแนนจากการพิจารณาทั้ง 6 มิติ และนำมาคำนวณค่าคะแนน

ในการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินในแต่ละมิติ ใช้จำนวนผู้ที่ประเมินรูปแบบ 2 - 4 คน จากนั้นนำคะแนนความคิดเห็นมาคำนวณ โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{คะแนนผล} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

$$\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} = 4 (\text{คะแนน}) \times \text{จำนวนข้อในแต่ละมิติ} \times \text{จำนวนผู้ประเมิน}$$

$$\text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times \text{จำนวนข้อในแต่ละมิติ} \times \text{จำนวนผู้ประเมิน}$$

ความเหมาะสมของรูปแบบ พิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้โดยในแต่ละมิติคะแนนคำนวณได้มากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 บ่งชี้ได้ว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมในระดับต่ำไม่ควรนำไปใช้ (The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II :AGREE II)

เห็นได้ว่า การพัฒนารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรง หรือไม่รุนแรง หรือการนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ต้องมีความรู้ ความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการการพัฒนา และองค์ประกอบของรูปแบบเพื่อให้ได้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่นำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม

การพัฒนาการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ครั้งนี้ ผู้วิจัย ประยุกต์แนวคิด การพัฒนารูปแบบของ ทิศนา แจมณี (2545) และทฤษฎีระบบ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาจากการศึกษาสภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประมวลกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และประเมินความเหมาะสมตามแนวทางการประเมินสำหรับการวิจัยและประเมินผล (AGREE II) เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง ในบริบทของแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

การบริการการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ความสามารถและสมรรถนะในการช่วยเหลือให้การพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้อง เป็นระบบทันต่อ

ภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยใช้เทคนิคบริการที่เหมาะสม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยงาน ที่ให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทุกประเภท ลักษณะของผู้ป่วยที่มาใช้บริการจะมีทุกเพศทุกวัย ทุกระดับการศึกษา และทุกสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ในช่วงระยะเวลาอันสั้นที่ผู้ป่วยและญาติมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องแสดงออก ถึงการยอมรับนับถือผู้ป่วยและญาติในฐานะของบุคคล ยอมรับในความกังวลของผู้ป่วยและญาติ เอาใจใส่หรือแสดงถึงความเข้าใจในการรับรู้ของผู้ป่วย รับฟังและตอบสนองต่อคำถามและความรู้สึก ของผู้ป่วย พยาบาลแผนกฉุกเฉิน จึงควรเป็นผู้ที่มีทักษะในการสื่อสารเป็นอย่างดี สามารถที่จะ ถ่ายทอดข่าวสารที่มีความยุ่งยากซับซ้อนให้เป็นที่เข้าใจได้อย่างถูกต้อง และขณะเดียวกันก็สามารถ เข้าใจ และตอบสนองต่อข่าวสารที่ได้รับมาอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วย (สุดาพรรณ ธัญจิรา และ วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2540, น. 18)

ลักษณะการปฏิบัติงานการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล เป็นกระบวนการกระทำ หรือการ ช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงกิจกรรมภายใต้ ความต้องการพื้นฐาน โดยพยาบาลจะรับผิดชอบของตัดสินใจในการจัดกิจกรรมที่มีคุณภาพ ให้สอดคล้อง กับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้ขอรับบริการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลักษณะงานและเป้าหมายการให้บริการของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะงานหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นงานรักษาพยาบาลที่เร่งด่วน ถ้าผู้รับบริการเหล่านั้นได้รับการช่วยเหลือไม่ทัน หรือไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้ผู้รับบริการเหล่านั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการได้ง่าย ระยะเวลาในการเสียชีวิตหรือเกิดความพิการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา ถ้าปัญหารุนแรงมาก อาจจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่กี่นาที ผู้มารับบริการของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยที่ ได้รับอุบัติเหตุเป็นรายบุคคล อุบัติเหตุสถานการณ์หมู่ เป็นผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทุกสาขา ของโรค เช่น หัวใจหยุดเต้น หายใจลำบาก ช็อค เสียเลือด ภาวะไตวายอย่างเฉียบพลัน ได้รับบาดเจ็บ ต่างๆ เกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง เกิดการคลออย่างรีบด่วนก่อนถึงห้องคลอด เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงาน แรกที่ต้องเผชิญ ดังนั้น พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องมีการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ ทุกรูปแบบ ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ด้านการบริหารจัดการ และให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งการประสานอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้เกิดความคล่องตัว และทำให้ผลของการรักษา พยาบาล ผู้บาดเจ็บดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพยาบาลจะต้องประมวลองค์ความรู้ทาง การพยาบาลทุกระบบ เพื่อนำมาประกอบวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ตลอดจนดำเนินการให้การช่วยเหลือ

ประทับใจ บทบาทของพยาบาลแผนกฉุกเฉินมีหลายบทบาทหน้าที่ด้วยกันดังต่อไปนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย เป็นบทบาทที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง พยาบาลต้องมีความสามารถในการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ และค้นหาปัญหาฉุกเฉินที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เพื่อนำมาวิเคราะห์และวินิจฉัยประกอบการตัดสินใจดำเนินการให้การช่วยเหลือ รวมทั้งการติดตามแพทย์เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยตามอาการ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดลำดับการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนหลัง ในกรณีที่มีผู้ป่วยมารักษาเป็นจำนวนมาก

2) บทบาทในการเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ การให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การห้ามเลือด ทำแผล การช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ฯลฯ การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการวินิจฉัยและสังเกตเกี่ยวกับภาวะที่อาจจะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย การให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นที่ตัวบุคคลซึ่งมีคุณภาพของร่างกาย-จิตใจ-วิญญาณ-สังคม และสิ่งแวดล้อม แทนที่จะเน้นเฉพาะอาการนำมาสู่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บที่มาโรงพยาบาลแต่ละรายไม่ว่าจะบาดเจ็บมากหรือน้อยย่อมเกิดความรู้สึกเกิดขึ้นจากการที่ชีวิตถูกคุกคามชั่วขณะ ซึ่ง ณ จุดนี้ถ้าพยาบาลสามารถปรับให้ผู้ป่วยเจ็บหรือเจ็บป่วยเหล่านั้นได้รับรู้เรียนรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของเขา ก็จะมีส่วนช่วยให้คืนสู่ความสมดุลได้ แต่ถ้าความเครียดที่เกิดขึ้นยืดเยื้อหรือเรื้อรังก็อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไป พยาบาลจะต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย

3) บทบาทในฐานะเป็นผู้ประสานงาน ได้แก่ การร่วมในการรักษาพยาบาล และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการให้การรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในงานการรักษาพยาบาล อำนาจความสะดวกให้กับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการให้การรักษาพยาบาล การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินในการให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จำเป็นจะต้องมีการนำเนกประเภทของผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายก่อนหลัง อันจะส่งผลให้การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินมีคุณภาพและประสิทธิภาพ พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องมีความสามารถที่จะประเมินอาการและจัดลำดับการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ตั้งแต่วันที่แรกที่ผู้ป่วยเข้ามาในหน่วยงาน

การจำแนกประเภทผู้ป่วย The American Hospital Association ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกฉุกเฉิน ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) ภาวะฉุกเฉิน (Emergent) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที การรื้อจะทำให้เกิดอันตราย ต่อชีวิตหรือความพิการ ภาวะเหล่านี้ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น การอุดตันของทางเดินหายใจ ช็อค ภาวะเลือดออกมาก บาดเจ็บรุนแรงหลายแห่ง

2) ภาวะรีบด่วน (Urgent) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างในระยะเวลาไม่กี่ ชั่วโมง เช่น อาการปวดรุนแรงของอวัยวะต่าง ๆ ท้องร่วงรุนแรง กระตุกชัก การบาดเจ็บ

3) ภาวะไม่รีบด่วน (Non-urgent) เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ฉุกเฉิน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการของแผนกฉุกเฉิน เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ปวดหลัง ตกขาว ริดสีดวง

การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามที่กองการพยาบาล ได้จัดแบ่งเพื่อกำหนดปริมาณงานไว้ดังนี้

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) เป็นผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ มีภาวะคุกคามชีวิตต้องรับการรักษาพยาบาลทันที

2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) เป็นผู้ป่วยในภาวะวิกฤติแต่ไม่มีภาวะคุกคามชีวิตต้องรับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที

3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) แบ่งเป็น 2 ประเภท

3.1) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เร่งด่วน (Acute illness-Non Urgent) มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงทางกายไม่ส่งผลต่ออวัยวะสำคัญต่อชีวิต โดยมีการสังเกตสม่ำเสมอ

3.2) กลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เร่งด่วน (Non Acute-Non Urgent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ต้องการเพียงคำแนะนำ หรือการช่วยเหลือ ประคับประคอง และการนัด ให้มาตรวจในหน่วยผู้ป่วยนอกทั่วไปหรือคลินิกเฉพาะทางได้ภายหลัง

2.5 กรอบแนวความคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวความคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงด้วยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ด้วยการวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงด้วยในแผนกฉุกเฉิน แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สแวนสันสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงด้วย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

1) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแล ของสแวนสันสำหรับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงด้วยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่ได้จากการศึกษาและทบทวนแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram et al., (1974) และทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ซึ่งเน้นปัจจัยการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ 4) การสนับสนุนให้ผู้ที่มีความสามารถ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ มาจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉิน ซึ่งสาระของคู่มือประกอบด้วยความหมาย แนวคิด ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงด้วยในแผนกฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับ (หัวหน้าเวร พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ช่วย) และสิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรังในแผนกฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ที่สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรังในแผนกฉุกเฉิน ได้นำแบบประเมินของปิยะอร รุ่งธนเกียรติ (2555) มาใช้โดยข้อคำถามเป็นการประเมินเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบใน 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ และมิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ รวม 18 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนี้

คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้นๆ

คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้นๆ

คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยว่ามีจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้นๆ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีมีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้นๆ

ทั้งนี้เกณฑ์การแปลผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ โดยคำนวณค่าคะแนนผลประเมินในแต่ละมิติ ใช้จำนวนผู้ที่ประเมินรูปแบบ พิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้โดยในแต่ละมิติคะแนนคำนวณได้มากกว่าร้อยละ 70 ถือว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 บ่งชี้ได้ว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมในระดับต่ำไม่ควรนำไปใช้

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรังในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงและความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความเป็นปรนัยของเนื้อหา โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบอีกครั้ง แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำกลับมาให้

อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนนำไปใช้ ส่วนแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันไม่เรื้อรังในแผนกฉุกเฉินนั้น ได้นำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ ที่ ปิยอร รุ่งธนเกียรติ (2556) ได้สร้างขึ้น และได้ตรวจสอบความเหมาะสมตามเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับสาระมิติที่วัด ความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและได้นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัตินำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

3.3 จริยธรรมการวิจัย

ขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5 ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัยระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุมัติดำเนินการโครงการ

3) เตรียมเอกสารขออนุมัติ ดังนี้

3.1) โครงร่างวิจัย

3.2) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ซึ่งได้รับในการดำเนินการทำวิจัยแล้วไปขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ตามระเบียบของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ก่อนที่จะดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

5) ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยประชากรที่ศึกษาทุกคนจะได้รับแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันไม่เรื้อรัง ผู้วิจัยแนะนำตัวกับประชากรที่ศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ประชากรที่ศึกษาทราบ อธิบายให้ประชากรที่

ศึกษาเข้าใจว่าการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของประชากรที่ศึกษา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยและนำเสนอเฉพาะผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ประชากรที่ศึกษาสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาใดๆ เมื่อผู้วิจัยแจ้งพิกัดสิทธิ์แล้วประชากรที่ศึกษายินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงจะให้ประชากรที่ศึกษาเซ็นลงนามในแบบพิกัดสิทธิ์ประชากรที่ศึกษาและดำเนินการวิจัยต่อไป (รายละเอียดภาคผนวก ข)

3.4 วิธีดำเนินการทดลอง

3.4.1. ขั้นตอนเตรียมดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) การวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงคว้นในแผนกฉุกเฉินที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากข้อมูลการปฏิบัติงานของพยาบาลในแผนกฉุกเฉินและจากข้อมูลของผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงคว้นที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินและญาติผู้ป่วย

2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงคว้นในแผนกฉุกเฉิน ดำเนินการโดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram et al., (1974) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงคว้น และทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน มาบูรณาการและประยุกต์เป็นรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงคว้นในแผนกฉุกเฉิน โดยประกอบด้วยพยาบาลแบบเจ้าของไข้ การใช้กระบวนการพยาบาล การสื่อสารกับทีมการพยาบาล การประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพ ...มาใช้ในการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมากำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดแต่ไม่รุนแรงคว้นในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ซึ่งใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ และเน้นกระบวนการดูแลตามทฤษฎีการดูแลของสเวนสันทั้ง 5 กระบวนการ มีการระบุผู้ปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ต้องการ และสร้างคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดแต่ไม่รุนแรงคว้นในแผนกฉุกเฉิน

4) การเตรียมพยาบาลในแผนกฉุกเฉินในการให้การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันแต่ไม่เรื้อรัง ในบทบาทของพยาบาล เจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยโดย

4.1) ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในเรื่องการเปลี่ยนแปลง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเดิมมาเป็นรูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน พร้อมทั้งให้แสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในหนังสือแสดง ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.2) จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันไม่เรื้อรัง” ให้กับพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 6 คน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นวิทยากรบรรยายในหัวข้อแนวคิด ความหมาย และวิธีการนำ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมาใช้ในแผนกฉุกเฉิน ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2556 เพื่อให้พยาบาลที่ศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตาม รูปแบบที่สร้างขึ้น ส่วนพยาบาลที่ศึกษาอีก 6 คน ที่ไม่สามารถเข้าอบรมได้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และ อธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่ มีอาการเฉียบพลันไม่เรื้อรังด้วยตนเอง เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายการปฏิบัติตาม รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ให้พยาบาลที่ศึกษาทราบและ เข้าใจถึงขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลที่ศึกษาเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีความเข้าใจต่อเนื่อง ทางการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมากขึ้น และสามารถนำ รูปแบบการพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

4.3) ให้พยาบาลที่ศึกษาแต่ละคนเริ่มทดลองใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันไม่เรื้อรังคนละ 1 ราย ในวันที่ 1 สิงหาคม 2556 โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติได้

3.4.2 ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองกับพยาบาลที่ศึกษาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ในขณะที่ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแผนกได้ติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ การบันทึกทาง การพยาบาล และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตามคู่มืออย่างใกล้ชิด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) หัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวรมอบหมายงานให้พยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ ตามความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนให้ปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยใช้คู่มือรูปแบบ การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการ

เจ็บพลันไม่แรงค่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตั้งแต่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉิน หัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวรทำหน้าที่ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานตามกิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องปฏิบัติ คือ การประชุมปรึกษาก่อน-หลังการปฏิบัติงานการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

2) พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอาการเจ็บพลันไม่แรงค่วนโดยการมอบหมายงานของหัวหน้าแผนก/หัวหน้าเวรตั้งแต่แรกเข้าแผนกฉุกเฉินจนจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉินด้วยการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด

3.4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) มอบคู่มือการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันให้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน
- 4) ปรึกษาและประชุมกับพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินทุกคนเพื่อขอความร่วมมือในเรื่องการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเดิม มาเป็นรูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมาใช้ในแผนกฉุกเฉิน
- 5) จัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน ในเรื่องรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ในหัวข้อแนวคิด ความหมาย และวิธีการนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมาใช้ในแผนกฉุกเฉิน
- 6) เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยแจกแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินตอบด้วยตนเอง
- 7) นำข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ
- 2) คะแนนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research& Development) เพื่อพัฒนาการสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพ่นไม่เรื้อรัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพ่นไม่เรื้อรัง



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้ผลดังปรากฏในตารางที่ 1 ข้างล่างนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	16.67
หญิง	10	83.33
รวม	12	100.0
อายุ		
25-30 ปี	9	66.67
31-40 ปี	3	33.33
รวม	12	100.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	11	91.67
ปริญญาโท	1	8.33
รวม	12	100.0
ประสบการณ์		
≤ 5 ปี	5	41.67
6-10 ปี	4	33.33
11-20 ปี	3	25.00
รวม	12	100.0

จากตารางที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 83.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 25-30 ปี ร้อยละ 33.33 อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 91.67 และมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีร้อยละ 41.67

ส่วนที่ 2 ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงค่วน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายมิติ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	n = 12		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย	3.6	0.5	มากที่สุด
2. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	3.7	0.4	มากที่สุด
3. มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	3.8	0.3	มากที่สุด
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	3.4	0.6	มาก
5. มิติด้านนำรูปแบบไปใช้	3.6	0.4	มากที่สุด
6. มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ	4.0	0.0	มากที่สุด
รวม	3.6	0.3	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้อยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณารายมิติพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันอยู่ในระดับมากที่สุด 5 มิติและระดับมาก 1 มิติได้แก่ มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันนิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย รายข้อ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี		n = 12		
การดูแลของสแกนสันนิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การระบุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน		4.0	0.00	มากที่สุด
2. มีการกำหนดกลุ่มพยาบาลเจ้าของใช้ที่จะใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้้อย่างชัดเจน		3.9	0.29	มากที่สุด
3. มีการระบุผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน		3.0	0.58	มาก
รวม		3.6	0.29	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันนิติด้านขอบเขตและเป้าหมายรายข้อพบว่ามีระดับมากที่สุด 2 ข้อและระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ มีการระบุผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน ($\bar{X} = 3$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันนิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและรายข้อ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี		n = 12		
การดูแลของสแกนสันนิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มีการกำหนดรายชื่อพยาบาลที่เป็นพยาบาลเจ้าของใช้ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร		3	0.52	มากที่สุด
2. มีการกำหนดคุณสมบัติพยาบาลเจ้าของใช้้อย่างชัดเจน		4	0.45	มากที่สุด
3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของใช้		4	0.00	มาก
รวม		4	0.32	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันนิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายข้อพบว่ามีระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{X} = 4$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันมิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบและรายชื่อ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสแกนสันมิติด้านความเข้มแข็ง ในการพัฒนารูปแบบ	n = 12		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มีการพัฒนารูปแบบ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้	4	0.29	มากที่สุด
2. มีการพัฒนารูปแบบด้วยกรอบแนวคิดที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เหมาะสมกับประเด็นที่พบจริง	4	0.45	มากที่สุด
3. มีการพัฒนารูปแบบเพื่อการแก้ไขประเด็นปัญหาที่พบจริง	4	0.29	มากที่สุด
4. มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ	4	0.00	มากที่สุด
รวม	4	0.25	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันมิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{X} = 4$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันมิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบและรายชื่อ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสแกนสันมิติด้านความชัดเจน และการนำเสนอรูปแบบ	n = 12		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและง่ายต่อการ นำไปปฏิบัติ	4.0	0.00	มากที่สุด
2. มีการกำหนดทางเลือกของวิธีการใช้รูปแบบในแต่ละ สถานการณ์	3.0	0.39	มาก
รวม	3.5	0.19	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมิติด้านความชัดเจนรายด้านและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.5$)
เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ มีการกำหนดทางเลือกของวิธีการใช้รูปแบบใน
แต่ละสถานการณ์อย่างชัดเจน ($\bar{X} = 3$)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี
การดูแลของสเวนสันมิติด้านนำไปใช้และรายข้อ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมิติด้านนำไปใช้	n = 12		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.มีการกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้รูปแบบ เช่นคำแนะนำ	4	0.00	มากที่สุด
2.มีการกำหนดกระบวนการปฏิบัติในรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง	4	0.29	มากที่สุด
3.มีการกำหนดอุปสรรคในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริง	3	0.00	มาก
4.มีการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล	4	0.53	มากที่สุด
รวม	3.75	0.20	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมิติด้านนำรูปแบบไปใช้รายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อและ
ระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ มีการกำหนดอุปสรรคในการใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 3$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันมิติด้านการตรวจสอบความอิสระและรายชื่อ

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี	n = 12		
การดูแลของสแกนสันมิติด้านการตรวจสอบความอิสระ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.มีการกำหนดว่าผู้ร่วมปฏิบัติเป็นเจ้าของใช้แสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบได้อิสระ	4	0.00	มากที่สุด
2.มีการกำหนดว่าผู้ปฏิบัติพยาบาลเจ้าของใช้สามารถเสนอแนะนำทางการพัฒนาที่แตกต่างจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีได้	4	0.00	มากที่สุด
รวม	4	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันมิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งรายด้านและรายชื่อ ($\bar{X}=4$)

ตารางที่ 9 การประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย โดยคำร้อยละ

การประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย	ร้อยละ
1.มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย	89.81
2.มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	91.66
3.มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	96.52
4.มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	80.55
5.มิติด้านนำรูปแบบไปใช้	90.25
6.มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ	100.00
รวม	90.89

จากตารางที่ 9 การประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย ค่าคะแนนการประเมินรวม 6 มิติ คิดเป็นร้อยละ 90.89

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาการสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรัง

ประชากรที่ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 12 คน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองวิจัยช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2556 เป็นเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินการทำการทดลอง เป็นรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรังในแผนกฉุกเฉิน ได้นำแบบประเมินของปิยะอร รุ่งชนเกียรติ (2555) มาใช้

การดำเนินการทดลอง หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทดลองที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยมีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพด้วยการอบรมพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉินในเรื่องรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน ภายหลังการอบรมผู้วิจัยชี้แจงแนะนำและทำความเข้าใจการใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรังให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้มอบหมายงานแก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพศึกษาข้อมูล ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ ประชุมปรึกษาเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบในคู่มือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรัง หลังจากกลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติจริง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงคว่น ประเมินคุณภาพรูปแบบโดยค่าร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อแสดงความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันเกณฑ์ประเมินคุณภาพรูปแบบพิจารณาจากคะแนนการประเมินรวม 6 มิติ มากกว่าร้อยละ 70 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงคว่นที่ได้พัฒนาขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายมิติ เมื่อประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้พิจารณาจากคะแนนการประเมินรวม 6 มิติ อยู่ในระดับ ร้อยละ 90.89

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 จากการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงคว่น พบว่าความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้และคุณภาพของรูปแบบพิจารณาจากคะแนนการประเมินรวม 6 มิติ อยู่ในระดับร้อยละ 90.89

อภิปรายได้ว่ารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงคว่นสามารถนำไปใช้ได้ รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ก่อให้เกิดประโยชน์โดยรวมต่อวิชาชีพและผู้รับบริการ เนื่องจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากพยาบาลคนเดิมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายทำให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ

พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ติดตามผลของการรักษา ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี และกระตุ้นพยาบาลให้เกิดการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล (ปรากฏทิพย์ อุจะรัตน์, 2541, น. 28) เมื่อนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มาผนวกกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยไม่แยกส่วนจากกัน จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่มีรูปธรรมชัดเจน (Swanson, 1999) เนื่องจากทฤษฎีการดูแลของสเวนสันเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง

สนับสนุนส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและพันธะสัญญาจัดกระทำ ให้แก่บุคคลอื่นโดยตระหนักถึง คุณค่า ความเชื่อและค่านิยมของบุคคลนั้น การดูแลเอื้ออาทรในการให้บริการพยาบาลเป็นการแสดงออกถึงความเฉพาะที่แยกแยะพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ให้ปรากฏเห็นชัดเจนขึ้น อันเป็นเอกลักษณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นเนื้อแท้ของการปฏิบัติวิชาชีพ การพยาบาลที่มองเห็นได้ เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการบอกได้ และเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งต้องให้ความสำคัญไปกับการ ปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกขั้นตอนในทุกๆ เรื่องที่ผสมผสานการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (พวงรัตน์ บุญญาณัฐรักษ์, 2546, น. 145)

หากนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสำหรับ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรังมาใช้ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์จะทำให้เพิ่ม คุณค่าการพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยและเข้าใจปัญหาผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลได้อย่าง ชัดเจนนำไปสู่ความพอใจ ความผาสุก และผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น

5.2.2 เมื่อพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสแวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่เรื้อรัง ในมิติด้านความเข้มแข็งใน การพัฒนารูปแบบคะแนนการประเมินอยู่ในระดับร้อยละ 96.22

อภิปรายได้ว่า การประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการและกิจกรรมให้การดูแล ผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพเกิดขึ้นจากระบบการให้บริการสุขภาพที่ดีก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่ดีแก่ผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) ที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการเป็นการประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Out put) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจว่า ถ้าจะ ให้บริการที่มีคุณภาพหรือผลลัพธ์ที่ต้องการควรประเมิน 3 องค์ประกอบนี้ มีความสัมพันธ์กันในแง่ ที่ว่าถ้าโครงสร้างดี ถ้าโครงสร้างดี ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานหรือบริการสุขภาพมี ประสิทธิภาพ และถ้ากระบวนการดำเนินงานหรือการบริการสุขภาพดี จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้าน สุขภาพที่ดีแก่ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ

5.2.3 ส่วนมิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคะแนนการประเมินอยู่ในระดับร้อยละ 91.66

อภิปรายได้ว่า การสร้างหรือพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบและหลักการที่สมเหตุสมผลจะช่วย ให้วางระบบการทำงานได้เข้าใจมากขึ้นและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาทำให้รูปแบบที่สร้าง หรือพัฒนาขึ้นเกิดประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้จริงซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักการสร้างหรือ การพัฒนารูปแบบของ ทศนา เขมมณี (2545) กล่าวว่า การสร้างหรือพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบจะ ช่วยให้วางแผนการทำงานได้เข้าใจมากขึ้น เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดประโยชน์สามารถนำไปใช้ ได้จริงผู้สร้างหรือพัฒนารูปแบบต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของรูปแบบว่าสอดคล้องกับความต้องการ

ของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบจะต้องนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านบริหารการพยาบาล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรัง พบว่ารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีความเหมาะสมมากที่สุดในทุกมิติ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลควรมีนโยบายและส่งเสริมให้นำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของโรงพยาบาลเช่น ห่วงใยผู้เจ็บป่วย พัฒนาคูณภาพบริการในการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม

5.3.2 ด้านการวิจัย

ควรศึกษาวิจัยการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรังและวัดการรับรู้ความไม่แน่นอนของผู้ป่วย

1) การวิจัยพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรัง ถึงแม้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดและคุณภาพรูปแบบได้ค่าร้อยละ 90.89 ก็ตาม แต่ยังมีประเด็นมิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอต้องนำมาพิจารณาในการกำหนดทางเลือกของวิธีการประยุกต์รูปแบบให้ชัดเจนขึ้น

5.3.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากผู้ให้บริการ

5.3.4 ด้านการศึกษา

ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้นำคู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการดูแลของสแกนสันไปใช้ในการประกอบการอบรมและฝึกปฏิบัติให้พยาบาลมีความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่ จะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนางานพยาบาลและส่งเสริมให้พยาบาลรุ่นใหม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลโดยมีพฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่ต่อไปอย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานันติ. (2538). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์พร ยอดยิ่ง และคณะ. (2545). การพัฒนารูปแบบปฐมนิเทศเชิงระบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพบรรจุใหม่ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี ชลบุรี, 1(1), 21-29.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2539). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุกถวิล ชูชื่น. (2541). การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการบริหารงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปในเขต 2. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนา บุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- ทิสนา แยมมณี. (2545). รูปแบบการเรียนการสอน : ทางเลือกที่หลากหลาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2533). รูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ = *A model of thesis supervising*. มหาสารคาม: โครงการสถาบันวิจัยและพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.
- ประหยัด ประภาพรหม. (2539). การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์. (2541). การบริหารทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บุญศิริ.
- ปิยะธอร์ รุ่งชนเกียรติ. (2555). การพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (2539). การดูแล : แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14(1), 26-34.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2522). การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล. กรุงเทพฯ: ไทยเกษม.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). 50ปี ชีวิตและผลงานอาจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูปรินท์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). การประกันคุณภาพการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: วังใหม่บลูปรินท์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 1), กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีณิต.
- พรศิริ ใจสม (2536). ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2542). ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- มาริสสา ไกรฤกษ์. (2544). แนวคิดการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ : ตอนที่ 1. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 24(1), 24-30.
- เยาวดี รามชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2542). การประเมินโครงการ : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชั่นส์
- รจนา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545). *การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2549). *การประยุกต์และการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: โฟร์เพช.
- ศิริพร ตันติพูนวินัย. (2538). *กลยุทธ์การสร้างคุณภาพการบริการ ในเอกสารประกอบการประชุม
วิชาการ เรื่อง กลยุทธ์บริการการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความพึงพอใจในยุคการแข่งขัน.
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ศิริมา โกมารทัต. (2549). *ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของ
พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สัมฤทธิ์ ต่อสติ. (2544). *บทบาทพยาบาลในบริการสุขภาพแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล, 50(4),
236-242.*
- สุดาพรรณ รัชจิรา, และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์. (2540). *การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุใหญ่.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.*

- สุพรรณิ พูนเพิ่มสุขสมบัติ. (2550). การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่
โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมจริราช.
- สุภาพร คาวดี. (2548). การใช้ทฤษฎี การดูแลอย่างเอื้ออาทรในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ
การพยาบาล. *วารสารคุณภาพการพยาบาล*, 1(1), 26-46.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2541). การนำศาสตร์การดูแลไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์*, 16(4), 15-21.
- Bernhard, L. A., & Walsh, M. (1995). *Leadership*. St. Louis: Mosby.
- Blair, F., Sparger, L., Walts, L., & Thompson, J. (1982). Primary nursing in the emergency
department : Nurse and patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 8(4), 181-186.
PMID: 7050491.
- Cronin, S. N., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients
after myocardial infarction. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 17(4), 374-80.
- Crowther, J. (1995). Oxford advanced learner' dictionary. (5th ed.). Bangkok Oxford University Press.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approach to its measurement*. Ann Arbor,
Michigan: Health Administration.
- Hostutler, J. L., Taft, S. H., & Snyder, C. (1999). Patient needs in the emergency department: Nurses'
and patients' perceptions. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 43-50. doi: 10.1097/
00005110-199901000-00007.
- MacGuire, J. (1989). An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute
medical unit for the elderly-I. Principle and practice. *International Journal of Nursing
Studies*, 26(3), 243-251. doi: 10.1016/0020-7489(89)90005-9.
- Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P., & Harris, I. (1970). Primary Nursing. *Nursing Forum*, 9(1),
65-83. doi: 10.1111/j.1744-6198.1970.tb00442.x.

- Manthey, M. (1973). Primary nursing is alive and well in the hospital. *The American journal of nursing*, 73(1), 83-87.
- Marram, G. D., Schlegel, M. W., & Bevis, E. O. (1974). *Primary Nursing : A Model for Individualized Care*. St. Louis: The C.V. Most.
- Mishel, M. H. (1983). Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32(6), 324–330. <https://doi.org/10.1097/00006199-198311000-00002>.
- Parsons, E. C., Kee, C. C., & Gray, P. (1993). Perioperative nurse caring behaviors: Perceptions of surgical patients. *Association of Operating Room Nurses Journal*. 57(5). 1106-1107; 1110-1114. doi: 10.1016/s0001-2092(07)67316-5.
- Spitzer-Lehmann, R. (1994). *Nursing Management: Desk Reference: Concepts, Skills and Strategies*. Philadelphia: WB Saunders.
- Strickland, D. (1996). Applying Watson's Theory for Caring among elders. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(7), 6-11. doi: 10.3928/0098-9134-19960701-07.
- Swansburg, R. C. (1990). *Management and Leadership for Nurse Managers*. Saint Louis: Mosby.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 37-46.
- Swanson, K. M. (1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *Advance in Nursing Science*, 13(1), 60-73. doi: 10.1097/00012272-199009000-00008.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K. M. (1999). What is Know about Caring in Nursing Science : A literary meta- analysis. In Hinshaw, A. S., Feedtham, S. L., & Shaver, J. F. L. (Eds.), *Handbook of Clinical Nursing Research*, p. 31-60, California: Thousand Oaks. <https://doi.org/10.4135/9781412991452.n3>

The AGREE Next Steps Consortium. (2009). *Appraisal of guidelines for research & evaluation II: AGREE II Instrument*. Hamilton, Ontario: Canada.

Watson, J. (1985). *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown.

Yoder-Wise, P. S. (1995). *Leading and Managing in Nursing*. St. Louis: Mosby.

Yoder-Wise, P. S. (1999). *Leading and Managing in Nursing*. (2nd ed.). St. Louis; London: Mosby.

Zander, K. S. (1980). Managing toward on operational definition. In Zander, K.S. (Ed.), *Primary nursing development and management*, London: Aspen.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์

การศึกษา

ครุศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา),
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การศึกษาศุภบัณฑิต (การอุดมศึกษา)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

2. ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (อายุรศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ครุศาสตรศุภบัณฑิต (การศึกษานอกระบบ)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำ
กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

(ตัวอย่าง) คู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



คู่มือ

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วิธีการแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

องค์ประกอบและคุณสมบัติของคณะกรรมการ

1. มีทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. มีประธาน รองประธาน กรรมการ กรรมการและเลขานุการ และกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
3. กรรมการจำเป็นต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกฎหมาย นักสถิติ อย่างน้อย 1 คน
4. กรรมการอย่างน้อย 1 คน เป็นบุคลากรภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
5. กรรมการต้องผ่านการอบรมด้านหลักจริยธรรมการวิจัย หรือเคยเข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัย

ขั้นตอนการแต่งตั้ง

1. ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอชื่อกรรมการจริยธรรมการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด ต่อคณะกรรมการบริหาร วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. คณะกรรมการบริหาร วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาให้ความเห็นชอบ
3. อธิการบดี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีคำสั่งแต่งตั้ง

วาระการดำรงตำแหน่ง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีวาระการดำรงตำแหน่ง 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วสามารถรับแต่งตั้งเป็นกรรมการได้อีกวาระไม่เกิน 2 วาระ

การประชุมของคณะกรรมการ

1. องค์ประชุมของคณะกรรมการ ต้องประกอบด้วย กรรมการไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง
2. ในการพิจารณาโครงการวิจัย หากกรรมการผู้ใดมีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือผลประโยชน์ร่วมกับโครงการวิจัยนั้น กรรมการผู้นั้นต้องเปิดเผยในที่ประชุม และต้องไม่เข้าร่วม หรือลงมติในโครงการวิจัยนั้น

ประเภทของการพิจารณาอนุมัติโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แบ่งประเภทของการพิจารณาอนุมัติงานวิจัยในมนุษย์ เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การพิจารณาแบบยกเว้น (Exemption Categories)

โครงการวิจัยที่ขอรับการพิจารณาแบบยกเว้น เป็นงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ เห็นว่าเป็นการวิจัยที่คำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และมีความเสี่ยงต่ำ (minimal risk) ที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1.1 งานวิจัยที่ทำในสถานศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนการสอนตามปกติ เช่น การประเมินวิธีสอน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบทดสอบทางการศึกษา

1.2 งานวิจัยที่เป็นการสำรวจ สัมภาษณ์ หรือสังเกตพฤติกรรมในที่สาธารณะ ยกเว้น

(ก) ข้อมูลที่ได้มานั้นจะสามารถนำไปใช้ชี้ตัวผู้ให้ข้อมูลได้ในภายหลัง

(ข) การเปิดเผยคำตอบของผู้ให้ข้อมูลอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อพันธุกรรมทางอาญา หรือแพ่ง

(ค) การสังเกต หรือข้อมูลที่ได้มาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่บุคคลไม่ต้องการให้เปิดเผย

(ง) การวิจัยที่เป็นการสัมภาษณ์หรือสำรวจในผู้เยาว์

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสาร บันทึก ขึ้นตัวอย่างที่มีอยู่แล้ว จากแหล่งสาธารณะ หรือข้อมูลได้รับการบันทึกในลักษณะที่ผู้วิจัย ไม่สามารถระบุตัวอาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้

1.4 งานวิจัยหรือโครงการสถิติใด ๆ ที่ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐบาล ซึ่งได้ออกแบบ มาเพื่อศึกษา ประเมิน หรือตรวจสอบ

1.5 การชิมรสและการประเมินคุณภาพอาหาร และการศึกษาการยอมรับของผู้บริโภค

2. การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)

การพิจารณาแบบเร่งรัด คือ การพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่ทราบผล ภายใน 1 เดือน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จะตัดสินว่างานวิจัยนั้นสามารถขอรับการพิจารณาแบบ เร่งรัดได้ หากงานวิจัยนั้นมีความเสี่ยงต่ออาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่เกินความเสี่ยงต่ำ และการ วิจัยนั้นอยู่ในประเภทต่อไปนี้

2.1 การทดลองทางคลินิกของยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตามเงื่อนไขข้อ (ก) หรือ (ข)

(ก) การวิจัยเกี่ยวกับยาที่ไม่ต้องการยื่นขอขึ้นทะเบียนยาใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัย (investigational new drugs)

(หมายเหตุ : การวิจัยเกี่ยวกับยาที่วางตลาดแล้วที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างมี นัยสำคัญหรือลดการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยานั้น ๆ ไม่มีสิทธิ์ยื่นขอพิจารณาแบบเร่งรัด)

(ข) การวิจัยเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (i) ไม่ต้องการยื่นขอยกเว้นอุปกรณ์ หรือ (ii) อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองให้นำไปจำหน่ายและใช้ตามฉลาก

2.2 การเก็บตัวอย่างเลือดโดยการเจาะจากปลายนิ้ว ส้นเท้า ใบหู หรือจากเส้นเลือดดำที่ แขน ดังนี้

(ก) จากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นผู้ใหญ่สุขภาพดี ไม่ตั้งครรภ์ ที่มี น้ำหนักอย่างต่ำ 45 กิโลกรัม โดยปริมาณเลือดที่เก็บต้องไม่เกิน 450 มิลลิลิตรในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และความถี่ในการเก็บต้องไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ

(ข) จากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นผู้ใหญ่ ทั้งนี้คำนึงถึง อายุ น้ำหนักตัว ภาวะสุขภาพ วิธีเก็บตัวอย่างเลือด และความถี่ของการเก็บ โดยปริมาณเลือดที่เก็บไม่เกิน 50 มิลลิลิตร หรือคิดเป็นสัดส่วน 3 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และความถี่ในการเก็บ ต้องไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2.3 การเก็บชิ้นตัวอย่างชีวภาพ (biological specimens) สำหรับการวิจัยโดยใช้วิธีที่ไม่รุกราน (noninvasive means) ตัวอย่างเช่น

- (ก) การตัดเส้นผมและเล็บโดยไม่ทำให้เสียโฉม
- (ข) ฟันแท้ หากมีการตรวจบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการถอนฟัน
- (ค) สิ่งขับถ่ายหรือสารคัดหลั่งภายนอกในร่างกาย รวมถึงเหงื่อ
- (ง) น้ำลายที่เก็บแบบธรรมชาติในรูปแบบที่ไม่มีการกระตุ้นการหลั่ง หรือมีการกระตุ้นโดยเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือขี้ผึ้ง หรือใช้กรดอะซิติกเจือจางป้ายลิ้น
- (จ) คราบฟันและหินปูน โดยที่วิธีเก็บไม่เข้าลึกกว่าการขูดหินปูนเพื่อสุขภาพและเป็นวิธีที่ยอมรับทั่วไป
- (ฉ) เซลล์ผิวหนังหรือเยื่อบุ โดยการป้ายหรือขูดเยื่อบุช่องปาก หรือการบ้วนปาก
- (ช) เสมหะที่เก็บโดยพ่นฝอยละอองน้ำเกลือ (nebulization)

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีที่ไม่รุกราน (ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสลบหรือยานอนหลับ) ที่ใช้ประจำในเวชปฏิบัติ ทั้งนี้ไม่รวมเอกซเรย์และไม่โครเวฟ หากมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์จะไม่มีสิทธิใช้กระบวนการพิจารณาแบบเร่งรัด ทั้งนี้รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองแล้ว แต่ต้องการศึกษาเพื่อใช้ในแง่ใหม่) ตัวอย่างเช่น

- (ก) อุปกรณ์ตรวจร่างกายที่ใช้ทาผิวหนังหรือห่างผิวและไม่ปล่อยพลังงานในระดับสำคัญเข้าสู่ร่างกาย
- (ข) ประเมินความไวของการรับความรู้สึก
- (ค) Magnetic resonance imaging
- (ง) Electrocardiography, electroencephalography, thermography, การตรวจหาสารกัมมันตรังสีในธรรมชาติ, electroretinography, อัลตราซาวด์, diagnostic infrared imaging, Doppler blood flow และ echocardiography

(จ) การออกกำลังระดับปานกลาง การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย การทดสอบความยืดหยุ่นที่เหมาะสมกับ อายุ น้ำหนัก และสุขภาพของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

2.5 การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัสดุ (ข้อมูล เอกสาร รายงาน หรือตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ) ซึ่งเก็บรวบรวมไว้แล้ว หรือกำลังจะเก็บเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ใช่การวิจัยเท่านั้น เช่น เพื่อทำการวินิจฉัยหรือรักษา

2.6 การเก็บข้อมูลจากเสียง วิดีทัศน์ ดิจิตอล และภาพ ที่บันทึกเพื่อการวิจัย

2.7 การวิจัยพฤติกรรมบุคคลหรือพฤติกรรมกลุ่ม รวมถึง แต่ไม่จำกัดอยู่เพียง การศึกษา การรับรู้ (perception) สติปัญญา (cognition) แรงจูงใจ (motivation) ลักษณะบุคคล (identity) ภาษา (language) การสื่อสาร (communication) ความเชื่อหรือพิธีกรรมทางวัฒนธรรม (cultural beliefs or practices) และพฤติกรรมสังคม (social behavior) หรือการวิจัยเชิงสำรวจ สัมภาษณ์ ชักประวัติ สัมภาษณ์กลุ่มย่อย (focus group) การประเมินโครงการ การประเมินบุคคล (human actors evaluation) หรือ การประกันคุณภาพ

3. การพิจารณารับรองแบบเต็มรูปแบบ (Full Review)

โครงการวิจัยแบบเต็มรูปแบบเป็นงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ เห็นว่ามีความเสี่ยงสูง (high risk) เป็นงานวิจัยประเภทต่อไปนี้

3.1 การทดลองทางคลินิกของยาใหม่ (new drug) อาจเป็นยาที่ผ่านการรับรองและไม่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

3.2 การชิมรสอาหารหรือผลิตภัณฑ์เพื่อการบริโภคที่ไม่ได้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

3.3 ผลิตภัณฑ์เพื่อการอุปโภคที่ไม่ผ่านการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม

3.4 เครื่องสำอาง ทั้งประเภทควบคุมพิเศษ ควบคุม และทั่วไป

3.5 อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือเทคนิคทางการแพทย์ที่ใช้ในการทดสอบรักษา ที่มีการรุกราน (invasive) ต่อร่างกาย และมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย/อาสาสมัคร

3.6 การใช้สารพันธุกรรม สารกัมมันตรังสี ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อสภาพแวดล้อม

3.7 การรักษาทางการแพทย์ที่มีการรุกรานต่อร่างกาย

ภาคผนวก ค

โครงการอบรม

เรื่อง รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน
ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปถันไม่เร่งด่วน



โครงการอบรม เรื่องรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการบาดเจ็บผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมีการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะทำการรักษาในแผนกฉุกเฉินว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงไรเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตหรือไม่ ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะเป็นเช่นไร ผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกกังวล กังวลใจ และกลัว ส่งผลให้ความสามารถในการวางแผนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับทีมทางการแพทย์และพยาบาลนั้นเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควรนอกจากนี้ไม่สามารถอธิบายทุกรายละเอียดให้กับญาติได้ทราบ นั่นคือข้อมูล ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติ

แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เล็งเห็นความสำคัญของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงได้จัดการอบรมขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างความเข้าใจบทบาทของพยาบาลวิชาชีพตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในผู้ป่วยฉุกเฉิน

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการบรรยายการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในผู้ป่วยฉุกเฉิน

ระยะเวลาดำเนินงาน วันที่ 29 สิงหาคม 2556 เวลา 15.00 – 17.00 น.

สถานที่ ห้องประชุม 2 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วิทยากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ อนุสันติ

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์จำนวน 5 คน

งบประมาณ คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปถุ่นไม่เร่งด่วน จำนวน 5 เล่ม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันไปใช้ในผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการส่งเสริมการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในหน่วยงานอื่นๆ

สาระสำคัญของการอบรม

1. ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน
2. รูปแบบบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้



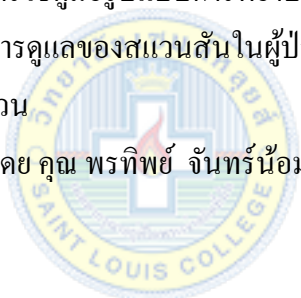
..... ผู้รับผิดชอบโครงการ
(นาง พรทิพย์ จันทรน้อม)
หัวหน้าแผนกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตารางอบรมพยาบาล

เรื่อง รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน
ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเฉียบพลันไม่รุนแรงด่วน
ณ ห้องประชุม 2 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
วันที่ 29 สิงหาคม 2556 เวลา 15.00 -17.00 น.

.....

- | | |
|------------------|--|
| 15.00 – 15.10 น. | ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม |
| 15.10 – 17.00 น. | แนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน
โดย ผศ.ดร. สุวรรณ อนุสันติ |
| 17.00 – 18.00 น. | สรุปโครงการการอบรมและซักถามปัญหาทั่วไป
สัมมนาการไขควมี่รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเฉียบพลัน
ไม่รุนแรงด่วน
โดย คุณ พรทิพย์ จันทรน้อย พยาบาลวิชาชีพ |



ภาคผนวก ง

(ตัวอย่างบางตอน)

คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงด่วน



คู่มือ
รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถุ่นไม่เร่งด่วนแผนกฉุกเฉิน

สำหรับ
พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล



จัดทำโดย
นางพรทิพย์ จันทรน้อย

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ อนุสันติ

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล พ.ศ. 2556
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คู่มือ การปฏิบัติงานตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ กับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

คู่มือ การปฏิบัติงานตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน หมายถึง เอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงด้วย โดยใช้การมอบหมายงานตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดแต่ไม่รุนแรงด้วย ครั้งละ 2-3 ราย และพยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการดูแลทั้ง 5 กระบวนการของสเวนสันตั้งแต่รับเข้าสู่แผนกฉุกเฉินจนจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉิน โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะประกอบด้วย แนวคิด ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ พร้อมทั้งแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมขั้นตอนของกระบวนการการพยาบาล

รายละเอียดของคู่มือสำหรับพยาบาลในรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรงด้วย
2. เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของหัวหน้าแผนก พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ช่วยดูแล ได้ครบถ้วน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว โดยการสื่อถึงความเมตตาเอาใจใส่ ห่วงใย การให้คุณค่าเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและญาติ
4. เพื่อเป็นการส่งเสริมการกระจายอำนาจไปยังพยาบาลวิชาชีพทุกระดับให้ทำงานด้วยความภาคภูมิใจในความเป็นอิสระของวิชาชีพ

วิธีการใช้คู่มือ

1. ผู้ปฏิบัติอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือนี้ ทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานในรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วน ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าแผนกฉุกเฉินและหัวหน้าเวร บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้

2. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติปรึกษาผู้วิจัยเมื่อต้องการความชัดเจนเพิ่มเติม หรือมีข้อสงสัยในเนื้อหาสาระของคู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วน

3. พยาบาลวิชาชีพฝึกทดลองปฏิบัติการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน

4. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานโดยใช้คู่มือปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย 1-2 รายก่อน และสามารถปรึกษาผู้วิจัยได้ในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติการพยาบาลในทุกกิจกรรมการพยาบาล

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วน

ส่วนประกอบของคู่มือ

1. รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการดูแลของสแกนสันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บพลันไม่เร่งด่วน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลในระยะคลอดที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน และแนวคิดการจัดการเวลาในสตรีครั้งแรก

3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปถันไม่เรงด่วน



**แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน**

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้
สำหรับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง จำนวน 18 ข้อ

2. โปรดอ่านคำจำกัดความในการวิจัยและคำแนะนำก่อนตอบแบบสอบถาม

3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อคำถามตามความเป็นจริงเพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับ
เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

4. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้นและจะเก็บไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ☐ ตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

4. ประสบการณ์การทำงานวิชาชีพ.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรัง จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามระดับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

- | | | |
|---|---------|---|
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ๆ |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยว่ามีจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ๆ |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อ |

นี้

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	4	3	2	1
มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย 1. มีการระบุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน 2..... 3.....				
มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. มีการกำหนดรายชื่อพยาบาลที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร 5..... 6.....				
มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ 7. มีการพัฒนารูปแบบ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้ 8..... 9..... 10.....				
มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 11. มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้				

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	4	3	2	1
12.....				
มิตินำรูปแบบไปใช้				
13.มีการกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้รูปแบบ เช่น คำแนะนำ				
14.....				
15.....				
16.....				
มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ				
17.มีการกำหนดว่าผู้ร่วมปฏิบัติเป็นพยาบาลเจ้าของไข้แสดงความ คิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบได้อย่างอิสระ				
18.....				



ภาคผนวก จ

ตำแหน่งสื่อเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



เรียน อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

จาก ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
สำเนาถึง

ที่ บพ.2บพ. 016156

วันที่ 29 กรกฎาคม 2556



เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. คำโครงการนิพนธ์
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางพรทิพย์ จันทร์น้อม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแนลสันต่อการรับรู้ความไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพลันไม่เรื้อรังด้วยแผนกฉุกเฉิน" โดยมี ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการวิจัยเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน: ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์



เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

จาก ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล ที่ บพ.2บพ.015/56

สำเนาถึง วันที่ 29 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. คำโครงการนิพนธ์
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางพรทิพย์ จันทร์น้อม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ความไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บพลันไม่เรื้อรังด่วนแผนฉุกเฉิน” โดยมี ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการวิจัยนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน: ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพรทิพย์ จันทร์น้อม
วัน เดือน ปี เกิด	15 พฤษภาคม 2502
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงานปัจจุบัน	2533 – ปัจจุบัน



พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์