



ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
ต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม



วรรณิ เจริญรักษ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
ต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม



วรรณิ เจริญรักษ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECTS OF THE NURSING COMPETENCY DEVELOPMENT PROGRAM
THAT FOCUSES OF PRIMARY NURSING CARE
ON SURGICAL NURSES'S BEHAVIORS**



WANNEE CHAROENRUK

**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

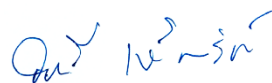
ผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วันที่ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556



วรรณิ เจริญรักษ์

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, ร.น. Ph.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ดร.ปานตา อภิรักษันภานนท์, ประ.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เพราะได้รับความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำแนะนำในเรื่องที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง และให้คำแนะนำในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่ ให้ความเมตตาและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พ.ต.อ.หญิงชุดิมา พันธุ์โกศล หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่อนุญาตให้นำโปรแกรมการพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่เน้นคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลต่อความสามารถในตนเองของพยาบาล หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 8 โรงพยาบาลตำรวจ มาดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาลตำรวจ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา น้าฝน พ.ต.อ.หญิง เตือนใจ เจริญบุตร และ พ.ต.อ.หญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี เสนีย์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจคู่มือและเครื่องมือวิจัย ให้คำปรึกษา และคำแนะนำในการปรับปรุงคู่มือและเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณพยาบาลประจำการของผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 8 และพยาบาลสายสัมพันธ์ทุกท่านในความเอื้ออาทร ให้ความร่วมมือ ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลและกำลังใจในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกอยู่เสมอ ซึ่งความดีและประโยชน์ของงานวิจัยเล่มนี้ขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

พ.ต.อ.หญิงวรรณิ เจริญรักษ์

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 070301003; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: วรณิ เจริญรักษ์
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาล เจ้าของไข้ต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECTS OF THE NURSING COMPETENCY DEVELOPMENT PROGRAM THAT FOCUSES OF PRIMARY NURSING CARE ON SURGICAL NURSES'S BEHAVIORS
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: เรือโทหญิง แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, ร.น., Ph.D.
คำสำคัญ	: โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้
จำนวน	: 109 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลประจำการจำนวน 9 คนของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว เครื่องมือในการดำเนินการทดลองคือโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลศัลยกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ เครื่องมือทั้งสองได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล Dependent pairs t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้โปรแกรมฯ ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมากและภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

ACADEMIC CODE : 070301003; NURSING ADMINISTRATION, M.N.S.
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : WANNEE CHAROENRUK

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECTS OF THE NURSING COMPETENCY DEVELOPMENT PROGRAM THAT FOCUSES OF PRIMARY NURSING CARE ON SURGICAL NURSES'S BEHAVIORS

THEMATIC PAPER ADVISOR : LTJG. KAEWWIBOON SANGPOLSIT, R.N. Ph.D.

KEY WORD : NURSING COMPETENCY DEVELOPMENT PROGRAM THAT FOCUSES ON PRIMARY NURSING CARE, SURGICAL NURSES' BEHAVIORS AS A PRIMARY NURSE.

: 109 PAGES

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare the levels of surgical nurses' behaviors as a primary nurse between before and after implementing the nursing competency development program that focuses on primary nursing care. The samples were 9 surgical nurses of surgical ward in Police Hospital. They were selected purposively according to the inclusive criteria contributed to only one group of this quasi-experiment. The research instruments included the nursing service manual being used in the nursing competency development program that focuses on primary nursing care for managing the experiment, and the questionnaire of the level of behaviors as a primary nurse of surgical nurses for collecting data. The validity of both instruments was done by experts. The reliability of the questionnaire was tested by the Cronbach's alpha coefficient and the alpha of 0.91 was found. Dependent pairs t-test was used for data analysis.

Results indicated that after implementing the nursing competency development program that focuses on primary nursing care, the level of behaviors as a primary nurse of surgical nurses was significantly higher ($p = 0.05$). Before implementing the program, the level of behaviors as a primary nurse of surgical nurses was high. After implementing the program, the level of behaviors as a primary nurse of surgical nurses was highest.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 ระบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	9
2.2 การบันทึกทางการพยาบาล.....	20
2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม.....	22
2.4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้.....	31
2.5 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	33
2.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	44
3.3 จริยธรรมในการวิจัย.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่.....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	49
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	58
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	60
5.2 อภิปรายผล.....	61
5.3 ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	64
บรรณานุกรม.....	65
ภาคผนวก.....	70
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	71
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และใบยินยอมของประชากร ตัวอย่างหรือผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาล).....	73
ค โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาล.....	76
ง โครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล....	80
จ (ตัวอย่าง) คู่มือการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ.....	86
ฉ (ตัวอย่าง)) แบบวัดการปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาล ศัลยกรรม.....	104
ช ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ของพยาบาลศัลยกรรม.....	107
ประวัติผู้วิจัย.....	109

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 จำนวนร้อยละของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาล (n=9).....	43
2 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและ หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาศุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาล เจ้าของไข้ (n= 9).....	53
3 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการพัฒนาศุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9).....	54
4 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการพัฒนาศุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9) จำแนกรายชื่อ.....	54



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบการวิจัย (Research framework).....	8
2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้.....	32
3 ความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัย ที่มีบทบาทต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล.....	33
4 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเอง และความ คาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น.....	34
5 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย (Conceptual framework)	41



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและมีความเครียดความวิตกกังวลสูง (นันทา เล็กสวัสดิ์ 2540; รัศมี เวชประสิทธิ์ 2548; สุนิย์ จันทน์มเหศิธร และนันทา เล็กสวัสดิ์; Badner, 1990; Pudner, 2000; Wells, et al., 1986) จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะนอกจากผู้ป่วยจะต้องการศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีความชำนาญในการตรวจรักษา ต้องการเครื่องมือและวิธีการผ่าตัดที่ทันสมัยและมีคุณภาพแล้ว ยังต้องการการดูแลเอาใจใส่ขณะพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยเพื่อให้สุขภาพกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดและปราศจากสิ่งแทรกซ้อนซึ่งตรงกับเป้าหมายทางการพยาบาลและเป็นนโยบายของโรงพยาบาลตำรวจ การพยาบาลศัลยกรรมจึงต้องครอบคลุม การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจรักษา การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการสุขภาพ การให้การดูแลรักษา การป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจุบัน หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลตำรวจใช้ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมผสมแบบเฉพาะหน้าที่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบอำนาจหน้าที่ให้พยาบาลวิชาชีพ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในแต่ละเวร ร่วมกับ ผู้ช่วยพยาบาล ขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่เฉพาะ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร บริหารจัดการยา และทำแผล เป็นต้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญขึ้นตรงต่อฝ่ายการพยาบาล มีจำนวนเตียง 24 เตียงสำหรับให้บริการดูแลสุขภาพข้าราชการตำรวจและครอบครัว รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่มีปัญหาสุขภาพด้านศัลยกรรมทั่วไป หัวใจ ทรวงอก ระบบปัสสาวะ ระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรมตกแต่งและศัลยกรรมเด็ก ระบบงานประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และแม่บ้าน แต่เดิมหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญใช้ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเฉพาะหน้าที่เพียงอย่างเดียว ต่อมามีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาล จึงนำระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมมาผสมกับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเฉพาะหน้าที่ โดยมุ่งหวังให้พยาบาลมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลมากขึ้น ปาริชาติ ตันสุวรรณ (2545) ระบุว่าข้อดีของระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมคือสมาชิกทีมรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของงาน บุคลากรทุกระดับมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงาน ตลอดจนช่วยเพิ่ม

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่วนข้อเสียจะเกิดขึ้นในกรณีมีความไม่คงที่ของบุคลากรในแต่ละเวร และไม่ได้รับมอบอำนาจหน้าที่จากหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างจริงจัง รวมทั้งต้องใช้เวลามากในการตรวจสอบงานของบุคลากรแต่ละคน สำหรับระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเฉพาะหน้าที่มีข้อดีในด้านประสิทธิภาพของงานและความเชี่ยวชาญในทักษะของการพยาบาลแต่ละกิจกรรม แต่มีข้อเสียคือผู้ป่วยจะได้รับบริการการพยาบาลที่แยกเป็นส่วนๆ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดีพอ ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความสนใจจากพยาบาลอย่างเต็มที่ เมื่อมีการผสมรวมระหว่างระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมกับแบบเฉพาะหน้าที่จะมีข้อได้เปรียบในเรื่องปริมาณงานทางด้านการแพทย์ แต่ข้อเสียสำคัญคือผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง

แม้จะมีการแบ่งงานเป็นทีม แต่ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยคัดลยกรรมสามัญโรงพยาบาลตำรวจ ก็ยังเน้นการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เสร็จทันเวลาที่จะรับ-ส่งเวร และมักจะเน้นการให้บริการตามการรักษาของแพทย์มากกว่าการพยาบาลเป็นรายบุคคล ในเวรเช้าพยาบาลหัวหน้าทีมจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร บริหารจัดการยา และทำแผล และหัวหน้าหอผู้ป่วยจะช่วยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยนอกเหนือไปจากการบริหารงานทั่วไป การปฏิบัติงานแบบทีมการพยาบาลยังไม่สามารถทำได้เต็มที่เพราะมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรพยาบาลในทีมที่มีจำนวนไม่มากพอและไม่หลากหลาย ซึ่งการที่ไม่สามารถทำงานเป็นทีมได้จริงและการที่หัวหน้าทีมไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นทีมได้ตามปรัชญาของการทำงานเป็นทีมทำให้การปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมไม่มีประสิทธิภาพ (วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์, 2524 และ โสภิตา ทัดพินิจ, 2532; อ้างใน สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540)

นอกจากนี้ แม้พยาบาลในหอผู้ป่วยคัดลยกรรมสามัญจะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้บริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีการประเมินปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมองค์รวมเพราะการปฏิบัติงานเน้นการทำหน้าที่เฉพาะให้สำเร็จทันเวลา และสลับกันดูแลผู้ป่วยตามการมอบหมายงานในแต่ละเวรทำให้พยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการเน้นงานเฉพาะหน้าที่และงานตามการรักษาของแพทย์ยังทำให้พยาบาลไม่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยแต่ละคนเท่าที่ควร การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติจึงไม่ครอบคลุมองค์รวม ส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่สมบูรณ์พยาบาลจึงขาดโอกาสที่จะให้การพยาบาลที่มีความเชื่อมโยงระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบกับการรับ-ส่งเวรที่เน้นความสำเร็จของงานตามการรักษาของแพทย์ ยิ่งทำให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยคัดลยกรรมไม่มีประสิทธิภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลที่พยาบาลสลับกันดูแลผู้ป่วยและไม่ครอบคลุมองค์รวมจึงไม่สามารถ

ตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยศัลยกรรมได้อย่างครบถ้วน นับเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลและนโยบายของโรงพยาบาลตำรวจ ดังนั้น ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมผสมแบบเฉพาะหน้าที่ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลตำรวจจึงไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) สามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยศัลยกรรมได้อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพราะมีการมอบหมายงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Marram et.al., 1979, p. 48-49) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้พยาบาลแต่ละคนดูแลผู้ป่วย 3-6 คนในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้ที่จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ส่วนในเวลาอื่นๆ พยาบาลผู้ช่วยซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำการ ผู้ช่วยพยาบาล อาจารย์พยาบาล หรือนักศึกษาพยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลแทน (Marram et al., 1974, p. 16) การวางแผนการพยาบาลและการปรับปรุงแผนการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเกิดจากการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสมบูรณ์และครอบคลุมองค์รวม ซึ่งวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่เขารู้จักอย่างต่อเนื่องและเกิดความคุ้นเคยผลการวิจัย ชี้ว่าผู้ป่วยในระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีความเป็นกันเอง ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์เพิ่มขึ้น และพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ส่วนพยาบาลเจ้าของไข้ก็ได้แสดงบทบาทที่เป็นอิสระใน การปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพ มีอำนาจในการตัดสินใจ รวมทั้งมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (นิลวรรณ มัศยานนท์, 2544; ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์, 2547; เขียวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2543; ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2543; สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540; สุกัญญา โกวศัลย์ดิลก, 2537; Blenkarn, D'Amico, and Virtue, 1988; Daeffler, 1975; Perala and Hentinen, 1989)

ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลระบบเจ้าของไข้ประกอบไปด้วยสิ่งที่ Watts & O'Leary (1980) เรียกว่า "5As5Cs" ได้แก่ อำนาจหน้าที่ (Authority) การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) พฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertiveness) ความเป็นอิสระเชิงวิชาชีพ (Autonomy) และการรับผิดชอบ (Accountability) ความต่อเนื่อง (Continuity) ความทุ่มเท (Commitment) ความร่วมมือ (Collaboration) การประสานงาน (Coordination) และการติดต่อสื่อสาร (Communication) พยาบาลเจ้าของไข้จะได้รับมอบอำนาจหน้าที่จากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในความดูแล โดยกล้าแสดงความคิดเห็นและยืนยันทนในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม มีการตัดสินใจตามขอบเขตวิชาชีพ และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้นั้น พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนกระทั่ง

เจ้าหน้าที่กลับบ้าน พยาบาลเจ้าของไข้จึงต้องทุ่มเท แผนการพยาบาลแรกรับจะต้องระบุกิจกรรมที่ทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งระยะยาวและระยะสั้น การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติต้องมีการประเมินผลและปรับปรุงแผนอย่างสม่ำเสมอ จึงต้องสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ภายในทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งต้องมีการประสานงานกับบุคคล หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ดังนั้น การติดต่อสื่อสารจึงเป็นหัวใจสำคัญของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสาร และในการจัดทำแผนการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะต้องอาศัยข้อมูลต่างๆ จากบันทึกทางการพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดคุณภาพของผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระบบนี้ก็คือ การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงช่วยพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมได้

ในการปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติการพยาบาลจากแบบทีมที่ผสมแบบเฉพาะหน้าที่ไปเป็นระบบ การพยาบาลเจ้าของไข่นั้น พยาบาลหรือผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลตำรวจ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถแสดงพฤติกรรมของพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม ใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับผู้ร่วมงาน มีการรับ-ส่งเวร โดยใช้แผนการพยาบาล มีการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล มีการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล รวมทั้งมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ในฐานะที่เป็นบุคลากรพยาบาลระดับผู้บริหารของแผนกการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมให้พยาบาลศัลยกรรมสามารถแสดงพฤติกรรมของพยาบาลเจ้าของไข้ได้ ซึ่ง Bandura (1997) อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะแสดงออกและรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ และผลงานวิจัยของ Manojlovich (2005) พบว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น นอกจากนี้ Bandura (1997) ยังระบุว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคลจะต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ 2) การแสดงตัวอย่าง 3) การโน้มน้าวชักจูง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกให้มีความรู้สึกที่ดีและมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ ดังนั้น โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงเน้นการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โครงการฝึกอบรมพยาบาลศัลยกรรมจะต้อง

มีการโน้มน้าวชักจูง และทำให้พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้สึกที่ดีและมีความสนใจในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ รวมทั้งมีตัวอย่างของพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้

1.2 คำถามการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้จะสูงขึ้นหรือไม่?

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- 2) เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

1.4 แนวคิดและสมมุติฐานการวิจัย

ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) สามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพราะมีการมอบหมายงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Marram et.al., 1979) โดยการติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของระบบ (Watts & O'Leary, 1980) แผนการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ Bandura (1997) อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะแสดงออก และรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ และผลงานวิจัยของ Manojlovich (2005) พบว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติงานที่ดีขึ้น นอกจากนี้ Bandura (1997) ยังระบุว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคลจะต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ 2) การแสดงตัวอย่าง 3) การโน้มน้าวชักจูง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกให้มีความรู้สึกที่ดีและมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ โปรแกรม การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการ

พยาบาลเจ้าของไข้ที่ใช้แนวคิดของ Bandura จะช่วยให้พยาบาลศัลยกรรมสามารถแสดงพฤติกรรมของพยาบาลเจ้าของไข้ได้ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้สมมุติฐานวิจัย ดังนี้

พฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้จะสูงขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยศึกษาเฉพาะพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2557

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลศัลยกรรมด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง แบบแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมจากอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ 2) การแสดงตัวอย่าง 3) การโน้มน้าวชักจูง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกที่ดี กิจกรรมในโปรแกรมจึงประกอบด้วย

1) ขั้นเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับพยาบาลศัลยกรรม โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อให้ความรู้ แสดงตัวอย่าง กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกที่ดี และโน้มน้าวชักจูงให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

2) ขั้นปฏิบัติการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้คู่มือการปฏิบัติงานภายใต้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อ ซึ่งคู่มือประกอบด้วย

2.1) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม

2.2) การใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับผู้ร่วมงาน

2.3) การรับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล

2.4) การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล

2.5) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

2.6) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

พฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การที่พยาบาลศัลยกรรมปฏิบัติการพยาบาลในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมกับผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย จัดบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล รับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล ประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล เชื่อมตรวจทางการพยาบาล และประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้

พยาบาลศัลยกรรม หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด ระบบปัสสาวะ ระบบสมองและไขสันหลัง ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมเด็ก และศัลยกรรมทั่วไป

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยศัลยกรรมได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นและมีความพึงพอใจ
- 2) ระบบการติดต่อสื่อสาร การร่วมมือ และการประสานงานระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยศัลยกรรมญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 3) พยาบาลศัลยกรรมใช้เอกสิทธิ์เชิงวิชาชีพมากขึ้น
- 4) เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลด้านอื่นๆ

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วย

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1. ขึ้นเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรม

2. ขึ้นปฏิบัติการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้คู่มือการปฏิบัติงานภายใต้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งคู่มือประกอบด้วย

2.1 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้านโดยกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม

2.2 การใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับผู้ร่วมงาน

2.3 การบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

2.4 การรับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล

2.6 การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติ การพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

2.7 การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

พฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม

ในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้

ประกอบด้วย

1. การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมกับผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

2. การจดบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

3. การรับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล

4. การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล

5. การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

6. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

ภาพที่ 1 กรอบการวิจัย (Research Framework)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้
- 2.2 การบันทึกทางพยาบาล
- 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม
- 2.4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- 2.5 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตน

2.1 ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

2.1.1 ความหมายของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) เป็นระบบการส่งมอบบริการการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพราะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Marram et al., 1979) โดยที่พยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในฐานะเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้ง ที่ขึ้นปฏิบัติงาน ส่วนในเวลาอื่นๆ ที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ช่วยหรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associated Nurses) ซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำการ ผู้ช่วยพยาบาล หรือนักเรียนพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลแทน (Manthey, 1973; Marram et al, 1974; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางไว้ จนงานประสบความสำเร็จ พยาบาลเจ้าของไข้จึงมีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ ความเป็นอิสระใน การปฏิบัติงาน (Authority) ความมีอำนาจในการตัดสินใจ (Autonomy) และมีความรับผิดชอบ (Accountability) หรือเรียกว่า “A Triple A Nurse” ซึ่งบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้จะมีเฉพาะในเวรเช้าและเวรบ่าย ส่วนในเวรดึกมักใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายผู้ป่วย (Case Management) หรือแบบทีม (Team Method) เพราะไม่สามารถเอาระบบการ

พยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ เนื่องจากผู้ป่วยนอนหลับและจำนวนพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานน้อย ซึ่งพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กัน (Marram, G. Barrett, M.W. & Bevis, E.O., 1979, p. 68-69)

2.1.2 วัตถุประสงค์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

Marram et al. (1979) ได้กล่าววัตถุประสงค์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ ดังนี้

- 1) เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลถูกกระทำโดยพยาบาลคนเดียวกันตลอดในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
- 2) เพื่อการดูแลที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive Care) หรือการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมคนทั้งคนโดยคำนึงถึงความต้องการความสุขสบายทางร่างกาย ตามความคาดหวัง การประทับครองทางด้านอารมณ์ การได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพ การได้รับความรู้ด้านการเงิน รวมถึงความต้องการการปรับตัวในการอยู่โรงพยาบาลและการใช้ชีวิตประจำวันขณะเจ็บป่วย
- 3) เพื่อการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Coordinated Care) ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเรียบร้อยมีการตกลงร่วมกันทุกวิถีทาง และไม่ใช่เพียงแต่การประสานภายในทีมการพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงการประสานงานในสหสาขาวิชาชีพสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยด้วย
- 4) เพื่อการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care) โดยผู้ป่วยจะได้รับการประยุกต์การดูแลที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลตามสถานการณ์ที่แตกต่างกัน
- 5) เพื่อให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) เพราะการพยาบาลเป็นรายบุคคลที่มีความเป็นองค์รวมเป็นการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยตามลักษณะ เฉพาะบุคคลแต่ละคน ซึ่งเป็นลักษณะที่แตกต่างจากระบบการพยาบาลที่มุ่งงาน โดยดูแลการรักษาพยาบาลจาก รายงานทางการพยาบาล การรักษา คาร์เด็กซ์ และอื่นๆ

2.1.3 ลักษณะของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

Watts & O'Leary (1980) อธิบายว่าระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีลักษณะสำคัญ 10 ประการที่เรียกว่า “5As5Cs” ดังนี้

- 1) Authority หรืออำนาจหน้าที่ พยาบาลเจ้าของไข้จะได้รับมอบอำนาจหน้าที่ (Delegation) จากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาล
- 2) Advocacy หรือการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในความดูแล

3) Assertiveness หรือพฤติกรรมกล้าแสดงออก โดยกล้าแสดงความคิดเห็นและยืนกรานในสิ่ง ที่ถูกต้องเหมาะสม

4) Autonomy หรือความเป็นอิสระเชิงวิชาชีพ มีการตัดสินใจตามขอบเขตวิชาชีพ

5) Accountability หรือการรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่

6) Continuity หรือความต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ แรกเริ่มผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน แผนการพยาบาลแรกเริ่มจะต้องระบุกิจกรรมที่ทำให้บรรลุ เป้าหมายทั้งระยะยาวและระยะสั้น การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติต้องมีการประเมินผลและ ปรับปรุงแผนอย่างสม่ำเสมอ

7) Commitment หรือความทุ่มเท พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องใช้พลังงาน พลังสมอง และพลัง ใจในการทุ่มเทความสามารถและพยายามที่จะทำให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ให้สำเร็จได้โดยไม่สนใจว่าจะยาก เพียงใด

8) Collaboration หรือความร่วมมือ การดูแลผู้ป่วยในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้จะต้องสร้าง ความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ภายในทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

9) Coordination หรือการประสานงาน พยาบาลเจ้าของไข้ต้องประสานงานกับบุคคล หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ เพื่อนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ

10) Communication หรือการติดต่อสื่อสาร โดยใช้แผนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือใน การให้การพยาบาล ซึ่งจะต้องอาศัยข้อมูลต่างๆ จากบันทึกทางการพยาบาลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง การ ใช้แผนการพยาบาลเพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องบันทึกทุกขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล

2.1.4 โครงสร้างของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

วรกรณ์ เขมโชติกูร (2541) ระบุว่าโครงสร้างของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ประกอบด้วยส่วน ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ปรัชญาของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ การมอบหมายให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วย ความเป็นวิชาชีพ และปฏิบัติการพยาบาลมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งส่วนประกอบหลักๆ ของ ปรัชญาการพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

1.1) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการตอบสนองความ จำเป็นและความต้องการตามความสามารถของสถานบริการนั้น

1.2) พยาบาลรวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ในทีมพยาบาลมีความรับผิดชอบและความสำนึกใน ภาระ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม

1.3) ใช้ระบบการแก้ปัญหา ร่วมกับการบันทึกทางการพยาบาล ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

1.4) พยาบาลทุกคนใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยจะต้องมีความเป็นอิสระ ไม่ใช่เป็นการปฏิบัติตามงานประจำ

1.5) มีการกระจายอำนาจการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย

1.6) ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรพยาบาลต่างเป็นบุคคลที่มีเกียรติและมีคุณค่าในตัวเอง

2) สายการบังคับบัญชา Marram, et al. (1979, p. 52) อธิบายว่าต้องมีการกระจายอำนาจหน้าที่ให้กับบุคลากรพยาบาลผู้ปฏิบัติอย่างเหมาะสม และแสดงไว้อย่างชัดเจนทุกระดับของบุคลากร โดยหัวหน้าพยาบาลจะมอบอำนาจหน้าที่ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมอบอำนาจหน้าที่ให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ในการรับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย มีการประสานงานและติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้รายงานโดยตรงต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหอผู้ป่วยจะรายงานต่อหัวหน้าพยาบาล

3) โครงสร้างทางเอกสาร กระบวนการพยาบาลนับว่าเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานภายใต้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนั้น รูปแบบของเอกสารจะประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มในการมอบหมายงาน และแบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติในระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.1) คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีรายละเอียดของหลักการปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อใช้ประกอบการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละเวร

3.2) แบบฟอร์มการมอบหมายงาน

(1) แผ่นป้ายพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing Board) เป็นแผ่นป้ายแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้

(2) แผ่นป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing Chart Label) เป็นบันทึกที่ติดไว้ประจำเตียงผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ

(3) ใบสรุปรงานประจำวันเป็นแบบบันทึกการมอบหมายงานประจำวัน ซึ่งบอกถึงการมอบหมายผู้ป่วยแต่ละรายให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะต้องมอบหมายประจำเวรเป็นประจำ ในแผนมอบหมายรายผู้ป่วยนี้จะระบุกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย

3.3) แบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล

(1) แบบรับผู้ป่วยใหม่ แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่ เป็นการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยในด้านสถานภาพส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และการตรวจรักษา การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

(2) แบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังที่กำหนดไว้ และเขียนแผนการพยาบาลลงในแผ่นบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

(3) คาร์เด็กซ์ (Kardex) ใช้ในการบันทึกเพื่อติดต่อสื่อสารการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

(4) แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Notes) เป็นบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลปัญหาอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่รายงานความก้าวหน้าและสภาพผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อเป็นการสื่อสารให้กับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพให้ทราบถึงสภาวะของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาพยาบาลทั้งหมด

(5) แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องเป็นการประเมิน เตรียมการและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน

(6) แบบฟอร์มการประเมินการจำหน่าย (Nursing Discharge Summary) เป็นแบบแผนที่ใช้สรุปภาวะสุขภาพ ความสามารถของผู้ป่วย การพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ การส่งต่อ การนัดมาตรวจและการให้คำแนะนำต่างๆ

4) บุคลากรทางการพยาบาล ในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีบุคลากรทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้ (Marram, et al., 1979, p. 95-99)

4.1) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (Director of Nursing) เป็นผู้ตัดสินใจให้นโยบายการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยแทนการมอบหมายงานแบบทีมผสมแบบหน้าที่ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจ เพื่อให้การนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ได้สำเร็จ

4.2) ผู้ตรวจการพยาบาล (Supervisor) ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและพยาบาลจากการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดีมีมาตรฐาน และหน่วยงานมีการพัฒนาบุคลากร ประสานนโยบายจากหัวหน้าพยาบาลมายังหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย

4.3) หัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Nurse) มีหน้าที่ควบคุมคุณภาพการพยาบาล ดำเนินงานให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ มีลักษณะผู้นำ สามารถจูงใจ ให้มีความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร

มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วย ร่วมรับส่งเวร ประชุมปรึกษารื้อกับทีมสุขภาพเพื่อทราบปัญหาของผู้ป่วย ร่วมให้คำปรึกษา แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำในการแก้ไข ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาล และได้รับการดูแลตามขอบเขตวิชาชีพ ควบคุมคุณภาพการพยาบาล และเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ทราบนโยบายเป้าหมาย และแผนงานของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

4.4) พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse) ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างองค์รวม โดยใช้ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดไปตั้งแต่รับ โหม่งจนกระทั่งจำหน่าย ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และปรับแผนการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับ ปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเป็นการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

4.5) พยาบาลผู้ช่วยหรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate Nurse) มีบทบาทสำคัญในการที่ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน และสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ตาม ความจำเป็น โดยติดต่อให้พยาบาลเจ้าของไข้รับทราบ

2.1.5 วิธีการปฏิบัติในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ส่วนประกอบที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบเจ้าของไข้คือโครงสร้างของระบบ โดยจะต้องเขียนเป็นคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถประสบผลสำเร็จได้ตลอดไป (Zander, 1980) ซึ่งประกอบไปด้วย

- 1) ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกมอบหมายให้พยาบาลคนหนึ่งเป็นผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพ และ วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย
- 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายอำนาจหน้าที่ให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ถ้าหัวหน้า หอผู้ป่วยไม่อยู่ การมอบหมายงานจะปฏิบัติโดยพยาบาลประจำการอาวุโสที่เป็นหัวหน้าเวร
- 3) เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ได้รับการมอบหมายงานจะต้องเริ่มประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยระบุข้อสังเกตที่ค้นพบด้วยวาจาและการบันทึก
- 4) การมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการ นำกระบวนการพยาบาลไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ
- 5) ระบุการนิเทศเพื่อให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือพยาบาลเจ้าของไข้อย่างพอเพียง การ มอบหมายงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงเป็นการพัฒนาวิชาชีพ
- 6) แสดงรายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้และรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้เห็นอย่าง เด่นชัด

7) พยาบาลที่ทำงานในเวรคึกหรือขึ้นปฏิบัติงานน้อยกว่า 4 เวรต่อสัปดาห์จะไม่สามารถได้รับการมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้ เนื่องจากในเวรคึกผู้ป่วยจะหลับและไม่มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

8) การมอบหมายผู้ป่วยในแต่ละวันขึ้นอยู่กับผู้ป่วยในแต่ละรายที่มีความต้องการการพยาบาลระดับต่างๆ พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบการให้การพยาบาลโดยตรงเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้และเอื้อต่อความสำเร็จในการวางแผนการพยาบาล

9) พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ร่วมงาน ได้แก่ แพทย์และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วย มีการรายงานส่งต่อเวร ตรวจสอบพร้อมทั้งแพทย์ ประชุมปรึกษาร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ประชุมร่วมวางแผนการพยาบาล และลงบันทึกในเอกสารต่างๆ ไว้เป็นหลักฐาน

10) มีการประชุมปรึกษาร่วมกันสัปดาห์ละครั้ง เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการแก้ปัญหาและการศึกษาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย หัวหน้าหอผู้ป่วยอาจจะมอบหมายให้พยาบาลคนใดคนหนึ่งรับผิดชอบในการประชุมปรึกษารายนี้

2.1.6 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

1) หัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1.1) การมอบหมายงาน

(1) ประเมินความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน

(2) มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นรายบุคคลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่ายตามความเหมาะสม

(3) มอบหมายพยาบาลคนอื่นๆ ให้เป็นพยาบาลผู้ช่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

(4) ในการมอบหมายงานนั้นผู้ป่วย 1 คน จะมีบุคลากรที่ดูแลคือพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน โดยจะต้องเขียนชื่อพยาบาลเจ้าของไข้คนนั้นไว้ที่หน้ารายงานประวัติผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้คนนั้นไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้มอบหมายให้พยาบาลคนอื่นทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแทน ดังนั้น พยาบาลคนหนึ่งๆ จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยครั้ง 1 คน (Marram et al., 1974) การมอบหมายงานให้พยาบาลนั้นจะต้องพิจารณาปัจจัยหลายๆ ประการประกอบกัน ได้แก่ ความสามารถของพยาบาล ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) อัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยเฉลี่ยในเวรเช้าเท่ากับ 1:4 เวรบ่ายและเวรคึกเท่ากับ 1 : 8 สำหรับการมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้จะใช้ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจในการมอบหมาย (Marram et al., 1974)

(5) ในการมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ จะมอบหมายในแผ่นแบบบันทึกการมอบหมายงานประจำวัน (Assignment Sheet)

(6) ตรวจสอบแผ่นป้ายพยาบาลเจ้าของไข้

(7) กรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่อยู่ การมอบหมายงานจะปฏิบัติโดยพยาบาลประจำการที่เป็นพยาบาลอาวุโสในเวรนั้นๆ

(8) มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพคนใดคนหนึ่งซึ่งขึ้นปฏิบัติงานในเวรเข้าในวันหยุดหรือเวรบาย เวิร์ดให้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรเพื่อทำหน้าที่แทนหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.2) การติดต่อประสานงาน

(1) รับส่งเวรร่วมกับบุคลากรเพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาล

(2) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาลผู้ช่วย

(3) ร่วมประชุมปรึกษารื้อกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาล

(4) ประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

(5) เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมายและแผนงานของโรงพยาบาล ในขณะเดียวกันจะสื่อให้ผู้บริหารเข้าใจถึงแนวทางในการปฏิบัติงาน คุณภาพของงาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ส่งเสริมการปฏิบัติงาน

1.3) เป็นผู้เสนอให้คำแนะนำช่วยเหลือการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย และแนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง

1.4) ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร

1.5) เป็นแบบอย่างของการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้

2) พยาบาลเจ้าของไข้ มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1) รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

2.2) แนะนำตัวกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานให้ทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย

2.3) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพร้อมทั้งสรุปปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย

2.4) วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดไป ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกแผน

การพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้มีความเข้าใจตรงกันถึงปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

2.5) ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2.6) ปรับแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2.7) ให้ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือกับแพทย์ พยาบาลคนอื่นๆ ซึ่งมีความสามารถเฉพาะทาง และพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลโดยตรง นอกจากนั้นยังร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างครอบคลุม

2.8) พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือและทำงานในฐานะผู้ร่วมงานของแพทย์และทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ส่งต่อไปยังชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการร่วมมือจึงเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (Marram et al., 1974)

2.9) ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

2.10) รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.11) นิเทศผู้ช่วยเหลือพยาบาลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

2.12) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.13) รับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ช่วยสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติเวรนั้นๆ

2.14) รายงานหรือการประชุมปรึกษากับบุคลากรเกี่ยวกับงานเฉพาะที่ตนได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยให้กับบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพได้รับทราบ

2.15) ร่วมในการประชุมปรึกษากับบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ การประชุมปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งของการติดต่อ เป็นการติดต่อทางวาจา ซึ่งการติดต่อทางวาจากับบุคลากรในทีมสุขภาพทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ลดความคับข้องใจ นอกจากนั้นยังทำให้ไม่มีการแข่งขันกัน แต่จะเป็น

การเพิ่มความสามัคคีในการทำงานร่วมกัน (Zander, 1980) สนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร ซึ่งการวางแผนการพยาบาลสามารถกระทำได้ขณะที่ประชุมปรึกษาร่วมกัน

2.1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาการเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วย/ พิจารณารายงาน 40 คน จัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองมีการใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุมมีการจัดการแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ เครื่องมือที่ใช้คือคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการทดลองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพบริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพบริการด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างไร ก็ตามความสามารถในการทำกิจกรรมเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม ก่อนและหลังการใช้ระบบเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ชั้น 3 โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 12 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ชั้น 3 จำนวนทั้งหมด 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การอบรมระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ คู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แบบวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาล แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล และแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในงานพยาบาล ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจด้านความเป็นอิสระในการทำงาน หลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนด้านลักษณะงานและความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกัน ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกัน

สุกัญญา โกศลชัยดิลก (2543) ศึกษาผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอพยาบาลผู้ป่วยหนัก ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย เปรียบเทียบกับระบบการมอบหมายงานแบบปกติ มีตัวอย่างประชากร 2 กลุ่ม (1) พยาบาลวิชาชีพ 23 คน ที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการอบรมวิธีการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเดิมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ได้รับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลเพื่อการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วย (2) ผู้ป่วยจำนวน 40 คน จับคู่ระหว่างการมอบหมายงานทั้งสอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด ได้แก่ แบบตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาล แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติงาน แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าระบบการมอบหมายงานแบบปกติ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในระบบการมอบหมายงานทั้ง 2 ระบบ ไม่แตกต่างกัน 3) ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของการใช้กระบวนการพยาบาลในระบบการมอบหมายงานทั้ง 2 ระบบ ไม่แตกต่างกัน

ศิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ศึกษาเปรียบเทียบผลการมอบหมายงานแบบทีมและแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 9 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 73 คน ผลการวิจัยพบว่า ในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนและต่อเนื่องมากกว่า มีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าในระบบการมอบหมายงานแบบทีม แต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jonsdottir, H. (1999) ศึกษาผลการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ทำการวิจัยในโรงพยาบาลใน Iceland ในพยาบาล 21 คน พบว่า การใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพยาบาล ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจได้รับความปลอดภัย การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นระบบการดูแลที่ทำให้พยาบาลมีความรับผิดชอบสูง การพยาบาลมีคุณภาพสูงทำให้เข้าใจและรู้จักคนไข้มากขึ้น

Sellink, K. J., Russell, S. & Beckmann, J. L. (1983) ศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจสูง คุณภาพการพยาบาลสูงและลดต้นทุนลง ผลการวิจัยสรุปว่าระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพยาบาล ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีความรับผิดชอบสูง การพยาบาลมีคุณภาพสูง ทำให้พยาบาลเข้าใจและรู้จักคนไข้ และใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนและต่อเนื่อง ซึ่งสามารถทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการการพยาบาลที่ได้รับ ส่วนด้านของผู้ปฏิบัติการพยาบาลก็มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความเป็นอิสระและสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้มากขึ้นภายหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

สรุปการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีข้อดีต่อผู้ปฏิบัติงานคือทำให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ทั้งด้านความรู้ในการรักษาพยาบาล ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล มีการแสดงออกถึงการเป็นวิชาชีพ ทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน ทำให้พึงพอใจในหน่วยงานมากขึ้น ประโยชน์ต่อผู้บริหารและองค์กร ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระบบกระจายอำนาจจากผู้บริหาร โดยพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยใช้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ และประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองการดูแลเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแบบองค์รวมตั้งแต่ แรกรับจนจำหน่าย ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงทำให้งานบริการมีคุณภาพสูง (Felton, 1975; Eichhorn and Frevert, 1979; Steckel. Et al, 1980; Hegedus, 1980; อ้างใน Sellink.K.J, 1983, p. 265-273 และ Jonsdottir.H., 1999) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากและประทับใจในบริการที่ได้รับ (Ciske, 1974; Daeffler, 1975; Watson, 1978; Hegedus, 1979; อ้างใน Sellink, K. J, 1983) พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นและช่วยลดต้นทุน (Marram, et al., 1979)

2.2 การบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลคือการติดต่อถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระเบียบ บันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องทำการบันทึกให้ถูกต้องตามหลักการบันทึก เพราะการบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของการพยาบาลและประสิทธิภาพการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล

2.2.1 วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

- 1) เพื่อสื่อสารให้บุคลากรผู้ร่วมทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดทุกเวร
- 2) เพื่อการประเมินและการติดตามผล ช่วยให้ผู้ร่วมทีมทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละราย ตั้งแต่ก่อนให้การพยาบาลจนกระทั่งหลังให้การพยาบาลในแต่ละเวร เพื่อการติดตามแก้ไขปัญหายอย่างต่อเนื่อง
- 3) เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพสามารถศึกษาข้อมูลและนำมาวางแผนการดูแลรักษาในขณะเดียวกันพยาบาลก็นำข้อมูลที่บันทึกทั้งหมดมาประกอบการวางแผนการพยาบาลได้
- 4) เพื่อการศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลและคุณภาพการพยาบาล

5) เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยนำมาใช้ในการตรวจสอบ การปฏิบัติการพยาบาล และคุณภาพผู้ปฏิบัติการพยาบาล

6) เพื่อใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดปัญหาที่มีการฟ้องร้องต่อศาล บันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อสถานบริการสุขภาพ

2.2.2 หลักการบันทึกทางการพยาบาล

พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 1995 อ้างใน ผ่องพรรณ ลาภเจริญ, 2544) ได้ให้หลักในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพไว้ดังนี้

1) ความถูกต้อง

1.1) ถูกต้องตรงตามความจริง บันทึกตามความเป็นจริงตามที่สังเกต เขียนตามถ้อยคำที่ผู้ใช้บริการพูดและกระทำ โดยไม่ลงความเห็นหรือตัดสินการกระทำของผู้รับบริการจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บันทึก

1.2) ถูกต้องตามจำนวนและเวลา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวัดต่างๆ จะต้องระบุจำนวนและเวลาที่ให้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.3) ถูกต้องในการเขียนคำสะกดและการใช้คำย่อ ต้องใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับของสถาบันนั้นๆ เลี่ยงการใช้คำที่แต่ละคนให้ความหมายแตกต่างกัน เช่น ปกติเพียงพอ

1.4) ถูกต้องในแง่กฎหมาย โดยตระหนักเสมอว่าทำอะไรจึงจะทำให้สิ่งที่บันทึกลงไปนั้นถาวรแก้ไขไม่ได้ และตรวจสอบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึก ซึ่งมีแนวปฏิบัติว่าให้เขียนชัดเจนด้วยปากกา กรณีเขียนผิดให้ขีดทับข้อความนั้น และเขียนคำว่า “ผิด” เหนือหรือข้างข้อความนั้นแล้วลงชื่อกำกับ หากมีที่ว่างเหลืออยู่ให้ขีดเส้นคร่อมไว้ เพื่อไม่ให้มีการเติมข้อความใดๆ

2) ความกะทัดรัดชัดเจนอ่านแล้วได้ใจความ หลีกเลี่ยงการใช้คำและรายละเอียดที่ไม่จำเป็น

3) ความสมบูรณ์ของข้อมูล จะต้องบ่งบอกข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น ระยะเวลาที่มีอาการ ความรุนแรง ปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือเลวลง เป็นต้น ส่วนความสมบูรณ์ของกระบวนการพยาบาลจะต้องมีข้อมูลจากการประเมินสภาพการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

4) ความเป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่บันทึกจะต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน ไม่ลงบันทึกก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง

5) ความเป็นระบบ ควรจัดระบบหมวดหมู่ข้อมูลประเภทเดียวกันไว้ด้วยกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลบ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและแสดงถึงประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ การที่จะทำให้การบันทึกทาง

การพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความรู้ ความสามารถ และทักษะการสังเกต และการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องเป็น การบันทึกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

2.2.3 มาตรฐานของการบันทึกทางการพยาบาล

กองการพยาบาล (2539) กำหนดมาตรฐานของแบบบันทึกทางการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาลว่ามี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) ด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง พันธกิจและปรัชญาขององค์กร ระบบการบริหารงาน ความพอเพียงและประสิทธิภาพของอุปกรณ์ เครื่องมือ

2) ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง วิธีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการใช้ กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหา (Assessment) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation) และการบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation) ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมาย การดูแลบุคคลแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยครอบคลุมบทบาทของพยาบาล คือ การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลรักษา

3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ภาวะสุขภาพ ของผู้ใช้บริการ ภาวะแทรกซ้อนระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดคุณภาพ การพยาบาลในองค์กร ดังนั้น จึงควรเน้นให้พยาบาลเห็นคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล โดย การบันทึกต้องครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลบุคคล แบบองค์รวม (Holistic Care) การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งของระบบการพยาบาล เจ้าของไข้

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม

การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมภายใต้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ การใช้ กระบวนการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยใหม่ การดูแลผู้ป่วยระหว่างพักรักษาทางศัลยกรรมใน หอผู้ป่วย จนกระทั่งการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อ

2.3.1 การใช้กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานการพยาบาลทำให้มีการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบ (Yura และ Walsh, 1983; อ้างใน ดวงตา วัฒนะเสน, 2541)

1) ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล (จรรยา น้อยอ่าง, 2543)

1.1) ต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วย การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพสูงเนื่องจาก

- (1) สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Individualize Care)
- (2) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (Continuity of Care)
- (3) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive of Care)

1.2) ต่อพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลทำงานด้วยความเป็นอิสระ มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถของตนเองบนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล ช่วยพยาบาลได้ฝึกใช้ทักษะต่างๆ ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ฝึกการประเมินการทำงาน ช่วยในการพัฒนาความคิดเชิงเหตุผลได้เป็นอย่างดี

1.3) ต่อวิชาชีพพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมาย คือผู้ป่วยมีสุขภาพดีสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละคน ทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วนตามบทบาทของวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้รับบริการและผู้ร่วมงานมีความเชื่อถือ ไว้วางใจในบทบาทของพยาบาล

2) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์และแปลความหมายสุขภาพของผู้ป่วย จะต้องรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน เพื่อให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานจึงต้องอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถรวบรวมข้อมูลจากที่อื่นๆ อีก เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต บันทึกทางการแพทย์ บันทึกทางการพยาบาล การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล รายงานการเปลี่ยนเวรคาร์เด็กซ์ เป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการและการพยาบาล และมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล

ซึ่งคาร์เป็นนิโต (Carpenito, 1987 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2547) เสนอให้แยกแยะปัญหาของผู้รับบริการออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือปัญหาที่พยาบาลต้องกระทำร่วมกับบุคคลอื่น กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาสรุปเป็นข้อความแสดงปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ก็จะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2.2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนการกำหนดปัญหาทางการพยาบาลซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วหรือปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้น หรือมีโอกาสเกิดขึ้นได้ ก่อนที่จะกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล จะต้องผ่านขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลให้เพียงพอและถูกต้อง และนำมาวิเคราะห์ให้เรียบร้อยก่อน เพราะในการวินิจฉัยอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์สนับสนุนหรือข้อบ่งชี้ประกอบอย่างพอเพียง

2.3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นแนวทางของพยาบาลที่จะต้องเขียน สังเกต หรือให้การพยาบาลอะไรบ้าง การวางแผนการพยาบาลจะเริ่มจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขก่อน ได้แก่ปัญหาที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล

2.4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การกระทำ โดยต้องมีการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์และปัญหาที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้อย่างเหมาะสม มีการบันทึกและสื่อสารส่งต่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการพยาบาล ให้ผู้ที่ร่วมรับผิดชอบและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรับทราบเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง

2.5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อให้ทราบผลการตอบสนองต่อการพยาบาลที่ได้รับ รวมถึงคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ต้องคำนึงถึงการใช้แผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติว่าจะต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือหยุดการพยาบาลใดบ้าง โดยพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ว่าได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ พิจารณาจากการปฏิบัติการพยาบาลว่าเหมาะสมเพียงใด และต้องปรับปรุงแก้ไขต่อไป เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

จะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสามารถปรับใช้ได้กับทุกสถานการณ์ เป็นวิธีแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ เป็นเครื่องมือของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการ โดยการประเมินภาวะสุขภาพอนามัย นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังนั้น ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิดจากการนำเอากระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวปฏิบัติ จะช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองต่อปัญหาและ

ความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง เพราะแต่ละขั้นตอนมีความเกี่ยวเนื่องกัน และจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในทางปฏิบัติไม่สามารถแยกจากกันได้ เนื่องจากเราจะได้รับข้อมูลผู้รับบริการใหม่ๆ อยู่เสมอ จะนำข้อมูลมาปรับแผนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย จึงต้องมีการกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว เป้าหมายระยะสั้นต้องครอบคลุมการแก้ปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขก่อน ได้แก่ ปัญหาที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต และปัญหาอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ส่วนเป้าหมายระยะยาวก็คือการวางแผนการจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพยากรณ์ว่าผู้ป่วยจะกลับสู่ภาวะสุขภาพปกติภายในกี่วัน และเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลตนเองในเรื่องใดบ้าง การวางแผนการจำหน่ายจึงต้องกระทำตั้งแต่แรกรับใหม่ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

2.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

โรคทางศัลยกรรมแบ่งตามพยาธิสภาพได้ 6 หมวด ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด, Inflammation, Neoplasm, Trauma, Metabolic defect, Degeneration และอื่นๆ เช่น Autoimmune diseases โรคเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาที่ต้องรักษาทางศัลยกรรม เพราะสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ มีการอุดตัน มีการแตกรั่วหรือทะลุ เป็นแผลหรือมีเนื้อตายหรือเลือดออก เป็นก้อน ทำให้พิการ หรืออวัยวะทำงานผิดปกติ วิธีการรักษาทางศัลยกรรมมีเป้าหมายเพื่อซ่อมแซม เพื่อเย็บปิดรูรั่ว เพื่อเอาหนองออกหรือเพื่อตัดส่วนที่ผิดปกติออก และยังรวมไปถึงการใส่อวัยวะเทียม และการปลูกถ่ายหรือเปลี่ยนเนื้อเยื่อหรืออวัยวะด้วย (ชนิต วัชรพุทก์, 2535)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด นอกจากผู้ป่วยจะต้องการแพทย์ที่มีความชำนาญ เครื่องมือและวิธีการผ่าตัดที่ทันสมัยแล้ว ผู้ป่วยยังมีความต้องการการดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่ เข้าใจถึงการผ่าตัด มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยให้การดูแลแบบองค์รวม ตลอดจนมีการให้ข้อมูลและความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

1) การดูแลด้านร่างกาย

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การเตรียมทางด้านร่างกายต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อดูว่าร่างกายสามารถทนต่อการผ่าตัดได้หรือไม่ ดูความสามารถในการส่งเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย และประเมินปริมาณและคุณภาพของเลือดด้วย หากมีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในร่างกายเพียงพอ ทำให้มีจำนวนออกซิเจน กลูโคส และสารอื่นๆ ที่จำเป็นในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลให้แผลหายเร็ว ดูว่าผู้ป่วยช็อคหรือไม่ โดยหาค่า Hematocrit และ Hemoglobin ดูจำนวนเม็ดเลือดขาว Check Vital Signs Bleeding และ Cloting Time ผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือเป็นโรคหัวใจต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วย

1.2) ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดจะต้องได้รับการเอ็กซเรย์ทรวงอกทุกราย เพื่อประเมินภาวะของปอดและหลอดลม การดมยาสลบ สภาวะที่ไม่รู้สึกตัว การพักผ่อนที่อยู่นอนเตียงนานๆ จะมีผลกระทบต่อทางเดินหายใจ

1.3) ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตมีหน้าที่สำคัญในการกำจัดหรือเก็บน้ำและสารอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย และกำจัดของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญสาร โปรตีนออกจากร่างกาย ฉะนั้นควรประเมินสภาวะการทำงานของไต โดยเจาะเลือดตรวจหา ครีตินิน ยูเรีย และนํ้าโปรตีนในโตรเจน (Non Protein Nitrogen)

1.4) ความสมบูรณ์ของร่างกายในการได้รับอาหารที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อการผ่าตัดได้ดีและช่วยให้แผลหายเร็ว โดยเฉพาะสารอาหาร โปรตีน วิตามินบี และ วิตามินซี

1.5) ภาวะสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย เป็นตัวควบคุมภาวะความสมดุลในร่างกาย ผู้ป่วยอยู่ในภาวะขาดน้ำ อาจทำให้เกิดการช็อค มีการคั่งของของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญสารอาหารในเซลล์

1.6) การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่กำลังรอรับการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวล ผู้ป่วยอาจนอนหลับพักผ่อนนานกว่าปกติ กรณีที่ผู้ป่วยแข็งแรงดี ให้ผู้ป่วยลุกเดิน และออกกำลังกายบ้าง ถ้าลุกเดินไม่ได้ อาจให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียงโดย งอแขน ขา บ้าง

1.7) คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรทราบ ในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ควรแนะนำและให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยควรทราบ และการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังควรให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ เพราะจะไประคายเคืองระบบการหายใจ ทำให้เกิดการแทรกซ้อนทางปอดได้

(1) สอนให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ (Breathing exercise) และไออย่างมีประสิทธิภาพ

(2) แนะนำให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียงให้เร็วที่สุด โดยทั่วไปถ้าไม่มีข้อห้ามใดๆ มักจะให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งบนเตียง หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงวันรุ่งขึ้นจึงให้เดินรอบเตียงทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้เกิดการคั่งของระบบไหลเวียน และการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดและยังช่วยลดปัญหา ท้องอืดถ่ายปัสสาวะลำบากได้ด้วย

(3) ให้ข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรทราบ เช่น หลังผ่าตัดพยาบาลจะมาวัดอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตบ่อยๆ และถ้าคาดว่าจะมีอุปกรณ์ บางอย่างติดตัว ผู้ป่วยออกมาหลังผ่าตัด เช่น ท่อระบายทรวงอก จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อน เพื่อจะได้ไม่หวาดกลัวและตกใจหลังพ้นจากการดมยาสลบ

2) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดทางด้านร่างกาย

การทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณจะผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

3) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดส่วนมากจะมีความกลัวและวิตกกังวล ในสิ่งที่จะต้องเผชิญในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวความพิการ กลัวตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด หรืออาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจพยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเป็นผู้รับฟังที่ดี พุดคุยตอบคำถามผู้ป่วย โดยใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์ทางการแพทย์ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าขณะอยู่ในห้องผ่าตัดและหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย่อมมีความต้องการทราบเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การวินิจฉัยโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด การรักษาพยาบาลที่ได้รับระยะเวลาของการเจ็บป่วย กิจกรรมที่จำกัดในระยะพักฟื้น โอกาสที่จะหายหรือการกลับเป็นซ้ำ ที่ควรแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

(1) โรค, การผ่าตัด ได้แก่ สาเหตุ อาการ การรักษา วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ระยะเวลาของการผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก ผลของการเจ็บป่วยและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

(2) สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น ตำแหน่ง ขนาดของบาดแผล อาการปวดแผลและการรักษาหรืออุปกรณ์ที่จะใช้หลังการผ่าตัด เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่ท่อระบาย (Drain)

4) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การมาตรวจตามนัด การรับประทานยา การดูแลแผลผ่าตัด การดำเนินชีวิตประจำวัน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

5) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)

เป็นการดูแลโดยการยอมรับและตระหนักในความต้องการทางความเชื่อและจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตวิญญาณประกอบด้วย ความต้องการมีเป้าหมายความสำเร็จในชีวิต ความหวัง การมีชีวิตอยู่ ความเชื่อ และศรัทธา ดังเช่น ลออ หุตางกูร (2534) ได้กล่าวว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อบุคคลและจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลตกอยู่ในอันตราย อ่อนแอหรือสูญเสีย ซึ่งบุคคลที่มี

พลังภายในที่ได้จากความสำเร็จต่อสิ่งที่มีอำนาจเหนือคน เช่น ศาสนาจะสามารถเผชิญความเครียดได้ ผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณดี จะมีการตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพที่ดี มีความผาสุกและมีอาการซึมเศร้า หรือโรคเล็กน้อย ทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยหรือเรื้อรัง

การดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องยอมรับความต้องการของผู้ป่วยในการส่งเสริมสนับสนุน ด้านความเชื่อทางศาสนา หรือความเชื่อในบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งการให้ ความรัก การให้อภัย ความหวัง ความสงบ และความสบายแก่ผู้ป่วยด้วย ดังนั้น เราจึงต้องซักถาม ผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังในการผ่าตัด ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตลอดจน บุคคลหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณ และให้การยอมรับในความเชื่อตลอดจนแนะนำให้ผู้ป่วยนำความเชื่อและความศรัทธามาเสริมสร้างจิต วิญญาณให้แข็งแกร่ง และเป็นพลังในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น ใ้บวช นิมนต์พระมาทำสังฆทาน

การดูแลทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยขึ้นกับว่าผลของการผ่าตัดจะเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตมากน้อย เพียงใด พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ตอบข้อข้องใจผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ กำลังใจแก่ผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตสังคม จิตวิญญาณ จะ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น

6) การเตรียมผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัดและวันที่จะผ่าตัด

6.1) อาหารและน้ำดื่ม การผ่าตัดโดยใช้วิธีทำให้หมดความรู้สึกโดยการดมยาสลบ กระเพาะ อาหารต้องว่าง เพื่อป้องกันการอาเจียนแล้วสำลักเอาเศษอาหารเข้าปอดจึงต้องงดอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง

6.2) การขยับถ่าย โดยทั่วไปถ้าเป็นการผ่าตัดใหญ่เปิดเข้าสู่ช่องท้อง โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ เกี่ยวข้องกับบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แพทย์มักสั่งให้สวนอุจจาระ เพื่อต้องการให้ลำไส้สะอาด เป็นการป้องกันมิให้อุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณทวารหนักคลายตัว ในขณะที่ดมยาสลบ ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลที่ผ่าตัดได้ และในระยะหลังผ่าตัดบริเวณ ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวน้อยหากมีอุจจาระค้างอยู่ทำให้เกิดอาการท้องอืดจะทำให้เจ็บแผลผ่าตัดบริเวณ หน้าท้อง

6.3) การเตรียมเฉพาะที่

(1) เนื่องจากผิวหนังเป็นแหล่งที่มีเชื้อจุลินทรีย์อยู่มาก การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด ควรเตรียมให้ใกล้เวลาผ่าตัดให้มากที่สุด เพื่อลดการเจริญเติบโตใหม่ของเชื้อโรค และการรบกวนของขน

โดยมากมักทำตอนเย็นก่อนการผ่าตัด การโกนขนบริเวณผ่าตัดต้องระวังอย่าให้มีดโกนบาด เนื่องจากเป็นช่องทางทำให้ติดเชื้อที่บริเวณนั้นได้ง่าย

(2) การทำผ่าตัดบริเวณทวารหนัก ถ้าใส่ใหญ่แพทย์ต้องการให้ใส่ใหญ่สะอาดปราศจากอุจจาระที่กั่งค้าง แพทย์จะให้ยาระบายอย่างแรงหรือสวนอุจจาระจนกระทั่งน้ำที่ออกมาใส

6.4) การดูแลสภาพร่างกายโดยทั่วไป ในเช้าวันผ่าตัดจะให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ไม่ให้ผู้ป่วยแต่งหน้า ทาปาก ทาเล็บ เนื่องจากบริเวณเหล่านี้เป็นที่สังเกตอาการเขียวคล้ำ ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของภาวะขาดออกซิเจน ให้ถอดของมีค่าต่างๆออกและเก็บไว้ในที่ปลอดภัย นอกจากนี้ต้องมีแถบชื่อติดที่ข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย

6.5) การให้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด พยาบาลต้องตรวจสอบคำสั่งแพทย์ ก่อนผ่าตัดดูว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับยาบางอย่าง เช่น อินซูลิน ผู้ป่วยจะต้องได้รับยานั้นหรือไม่ ตามปกติแพทย์มักให้ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยหลับได้ดี

6.6) เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็น ให้เตรียมไปที่ห้องผ่าตัดให้พร้อม เช่น สาย foley's catheter, ถุง urine, สาย Nasogastric tube

6.7) แผ่นบันทึกรายงานต่างๆ การบันทึกในรายงานก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ ต้องบันทึกให้ถูกต้องแน่นอน เพื่อจะได้ใช้เปรียบเทียบในการสังเกตหลังผ่าตัด เช่น การให้ยา การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย

7) การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

1) การดูแลรอบคอผู้ป่วย พยาบาลลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย เนื่องจากญาติอาจปรับความรู้สึกไม่ทันต่อสิ่งที่แพทย์บอกถึงอาการผู้ป่วย ว่าอยู่ในขั้นรุนแรง พยาบาลจะต้องรู้จักสังเกตและคอยปลอบโยน ตลอดจนอธิบายถึงสิ่งที่ญาติยังไม่เข้าใจ

2) การดูแลตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับมาถึงหอผู้ป่วย สิ่งแรกที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ การตรวจวัดสัญญาณชีพ คุณลักษณะของผิวหนังและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจสอบว่าแผลที่ทำผ่าตัดมีเลือดหรือสิ่งปลดปล่อยไหลซึมออกมาหรือไม่ หากผู้ป่วยมีสายยางที่ติดออกมา ซึ่งจะต้องต่อลงขวดหรือเครื่องดูด ให้ต่อให้เรียบร้อยและถูกต้องการจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายและถูกต้องเหมาะสม มีการเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยบ่อยๆ อาจทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี กรณีที่ผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกตัว สลึมสลือ ต้องยกไม้กั้นเตียงขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียง แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตัวได้ง่าย โดยผู้ป่วยจะจับไม้กั้นเตียงแล้วพลิกตัวเอง

พยาบาลต้องสังเกตอาการปวด ถ้าผู้ป่วยบ่นปวดต้องให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังให้ยาแก้ปวดต้องระวัง Complication จากการที่ได้รับยาแก้ปวด นอกจากให้ยาแก้ปวดแล้วพยาบาลอาจช่วยได้โดยจัดท่านอนที่เหมาะสม ใช้หมอนรอง หรือพันผ้าบริเวณที่ปวดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย

ลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นผลของฤทธิ์ยาสลบ หรือภาวะเครียด พยาบาลต้องทำความสะอาดปาก ฟัน ให้ผู้ป่วยนอนราบหายใจเข้า-ออกเบาๆ ระวังอย่าให้ผู้ป่วยสำลักอาเจียนเข้าไปในปอด อาการท้องอืด มักพบบ่อยหลังผ่าตัดเนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย ซึ่งเป็นผลมาจากยาสลบและกระทบกระเทือนลำไส้ ในขณะผ่าตัด จะต้องงดอาหารและน้ำทางปาก จนกว่าลำไส้จะมีการเคลื่อนไหวตามปกติ พยาบาลจะช่วยลดอาการท้องอืดได้โดย ให้ผู้ป่วยพลิกตัวบ่อยๆ ให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย หลังผ่าตัดควรถ่ายปัสสาวะได้เอง 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถ้าหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ยังไม่ถ่ายปัสสาวะซึ่งอาจเป็นผลของฤทธิ์ยาสลบ ความกลัว ความเจ็บปวด หรือไม่เคยชินกับการนอนถ่าย ถ้าคลำหน้าท้องจะเห็นว่าบริเวณกระเพาะปัสสาวะโป่งนูน แสดงว่ามีปัสสาวะกั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะต้องพยายามหาวิธีให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายเอง เช่น จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่าคล้ายกับท่านั่ง ก้นม่านให้มิดชิด ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ถ้ายังถ่ายไม่ออกให้สวนปัสสาวะ การดูแลเรื่องอาหาร โดยมากมักเริ่มอาหารได้หลังการผ่าตัดหรือหลังลำไส้มีการเคลื่อนไหว อาจเป็น 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดในระยะที่เริ่มให้อาหารทางปากจะให้อาหารเหลวตามด้วยอาหารอ่อน จนกระทั่งเป็นอาหารปกติ เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารปรับตัวในการทำงานได้ดี การขับถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน หลังผ่าตัดถ้ายังไม่ถ่ายอุจจาระแพทย์อาจให้ยาระบายอ่อนๆ หรือสวนอุจจาระ

7.1) อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการป้องกัน

(1) อาการแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย คือ หลอดลมอักเสบ ปอดแฟบ และปอดบวม ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว อาจมีเจ็บหน้าอก อาการเขียวคล้ำ ขาดออกซิเจน กระสับกระส่าย ป้องกันโดยอย่าให้ผู้ผู้ป่วยสำลักอาเจียนเข้าปอด พลิกตัวผู้ป่วยบ่อยๆ ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย หรือลุกจากเตียงให้เร็วที่สุด ให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ ไอ การหายใจลึกๆ จะช่วยทำให้เกิดการไอ และปอดขยายได้เต็มที่

(2) อาการแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือดที่พบบ่อย คือ การอักเสบของหลอดเลือดดำและมีก้อนเลือดมาเกาะที่บริเวณนั้น เรียกว่า Thrombophlebitis การป้องกันโดยการให้ผู้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว หลังผ่าตัดโดยเร็ว

(3) อาการสะอึก ทำให้ผู้ป่วยรำคาญและเจ็บแผลขณะสะอึก การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ในถุงกระดาษเป็นพักๆ เพื่อให้สูดเอาแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไป หรือแพทย์อาจสั่งให้ยาแก้ลมประสาท

(4) แผลติดเชื้อ มีอาการ แดง ร้อน รอบๆ แผลผ่าตัด ผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดการติดเชื้อได้แก่ ผู้ที่อ้วนหรือผอมเกินไป ผู้สูงอายุ ผู้ที่ใช้เวลาผ่าตัดนานเกินไป ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน

(5) **แผลแยก** พบในรายที่มีแผลติดเชื้อ การเย็บแผลปิดไม่ดี ผู้ที่ไอหรือจามรุนแรง ผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดแผลแยกได้แก่ ผู้ที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยเรื้อรังและคนอ้วนมาก

7.2) ผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการผ่าตัดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

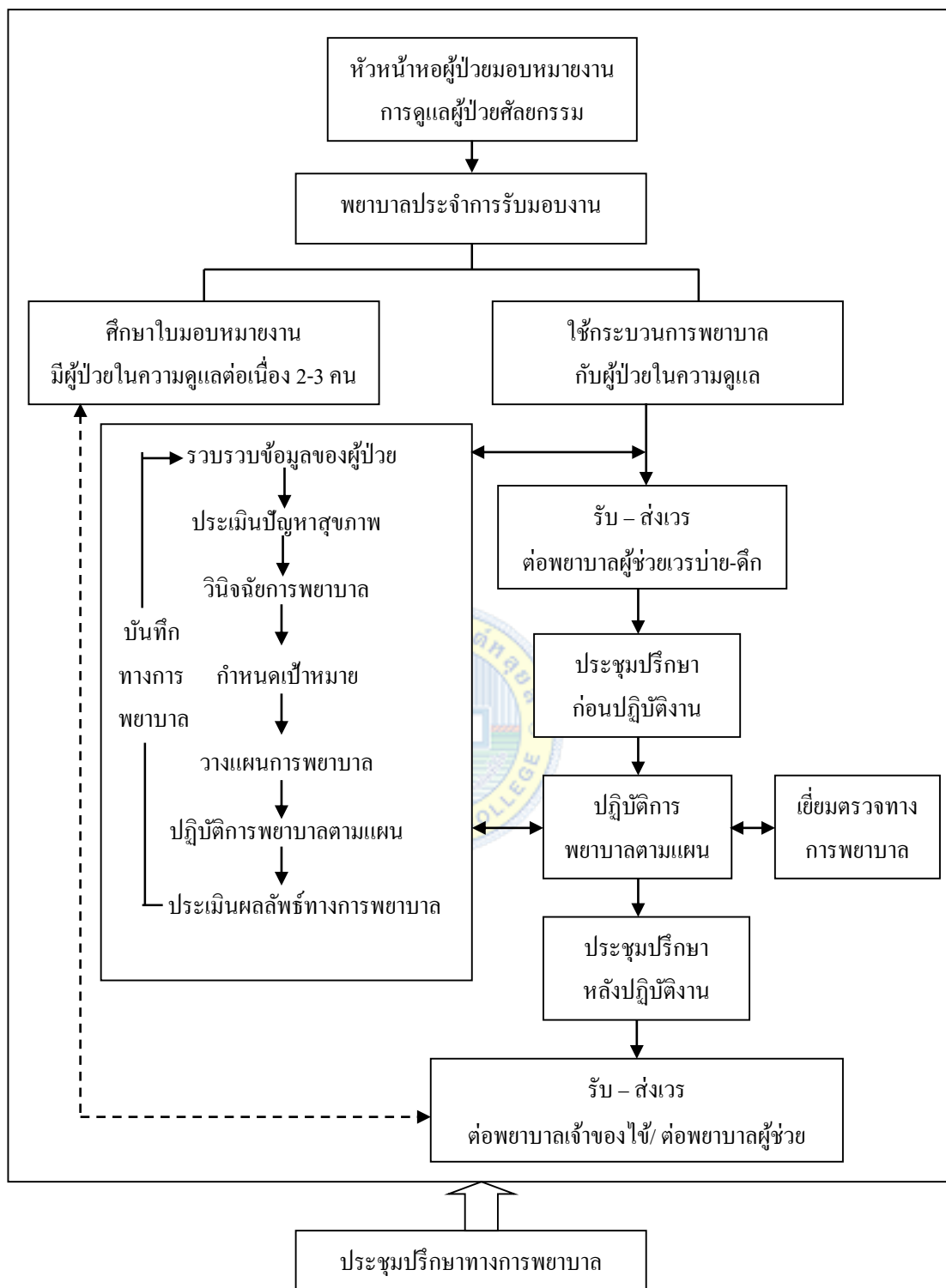
(Nursing outcome classification) (Girard, N. J., 2006, p. 264)

- (1) ความปวดรุนแรง พยาบาลต้องควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วย
- (2) ความวิตกกังวล พยาบาลต้องควบคุมและจัดการความวิตกกังวล
- (3) การขาดแคลนความรู้ในเรื่องอาหาร โรค ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ยา การดูแลรักษา การจำกัดกิจกรรม พยาบาลต้องให้ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการทราบ
- (4) ขบวนการคิดถูกรบกวน เกี่ยวกับความสามารถ การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ความคิด การตัดสินใจ ความรู้สติ
- (5) อุณหภูมิของร่างกายและสัญญาณชีพผิดปกติ
- (6) เสี่ยงต่อการล้มขณะการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เต็มที่ (Risk for Aspiration Cognitive Ability) ผลจากการผ่าตัดทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ การติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ การแลกเปลี่ยนแก๊สผิดปกติ เราต้องควบคุมความเสี่ยงเหล่านี้
- (7) เสี่ยงต่ออันตรายที่จะได้รับ สถานภาพทางประสาท (Neurologic Status) การควบคุมความเสี่ยง การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

โดยสรุป การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดจำเป็นต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและทนต่อการผ่าตัดได้ดี จะเห็นว่าอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถป้องกันได้ถ้าได้รับการเตรียมก่อนและหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี

2.4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

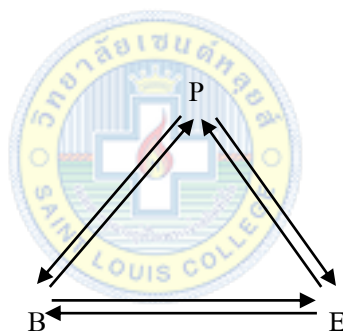
จากแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ การบันทึกทางการพยาบาล และการการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

2.5 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ Bandura (1997, p. 5-7) อธิบายว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ Bandura ได้ผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive behavior) โดยอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง ปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Internal person factor = P) ได้แก่ ความเชื่อการรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental condition = E) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยนี้มีลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นระบบที่ยึดเกี่ยวกันไว้ (Interlocking system) ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน อิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 ไม่ได้เกิดพร้อมๆ กัน ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยหนึ่งจะมีอิทธิพลต่ออีกปัจจัยหนึ่งตามความแตกต่างของสภาพแวดล้อม



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยที่มีบทบาทต่อกัน ได้แก่เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (B) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) เกี่ยวกับการรับรู้ อารมณ์ และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น และ (E) สิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย (Bandura, 1986 อ้างใน Bandura, 1997, p. 6)

ปัจจัยระหว่าง $P \longleftrightarrow B$ แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะของร่างกาย และระบบประสาทของการรับรู้ มีผลต่อพฤติกรรมและศักยภาพของบุคคล

ปัจจัยระหว่าง $B \longleftrightarrow E$ แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงด้วย แสดงว่าพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกัน

ปัจจัยระหว่าง $E \longleftrightarrow P$ แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคล และสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลง

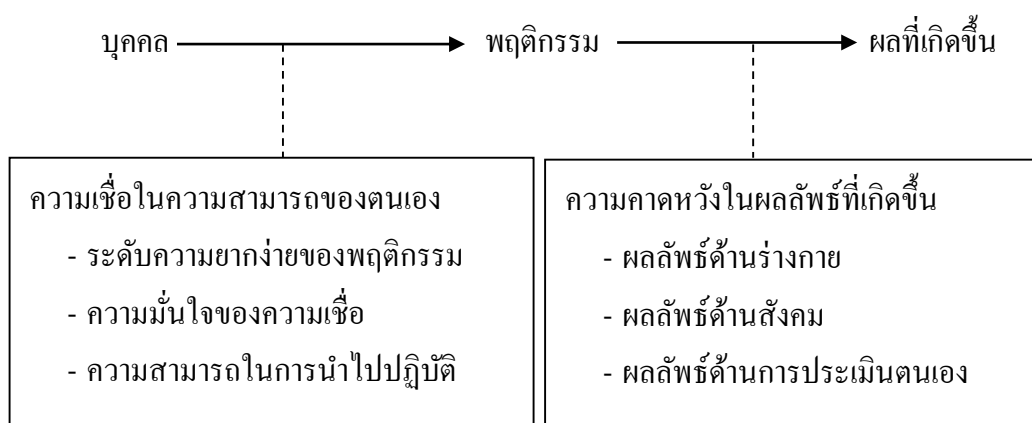
โดยอิทธิพลทางสังคม และกระตุ้นการตอบสนองโดยการผ่านตัวแบบ (Model) การสอนและการชักจูงทางสังคม บุคคลจะมีการตอบสนองที่แตกต่างกันตามสภาพทางสังคม ร่างกาย เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความสนใจ บทบาททางสังคม ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคล อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่อขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลจะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ประการ เป็นระบบเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตน และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถแสดงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวังเป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

Bandura ได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ ปัจจัยความคาดหวังในความสามารถของบุคคล พฤติกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Bandura 1997; p. 22)

สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว

2.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังนี้

1) การเลือกกระทำพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการคิด ตัดสินใจ ในการที่จะเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสถานการณ์ใด ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นสำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำงานนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้พลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถ ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป ทำให้เขาพบกับความล้มเหลวจะทำให้เขารู้สึกทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อมั่นในความสามารถของเขา

2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใดและต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเท่าใด บุคคลนั้นก็จะมี ความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักประสบความสำเร็จในงาน

3) รูปแบบความคิดและพฤติกรรมทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและพฤติกรรมทางอารมณ์ ในระหว่างการทำพฤติกรรมและการคาดการณ์การกระทำในภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะเอาใจใส่และความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ จะรู้สึกว่าการนั้นยากลำบากเกินความเป็นจริงมีผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเองที่จะได้เรียนรู้งานที่ล้มเหลว อุปสรรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้ตนเองมีความพยายามมากขึ้น

4) เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าทำนายพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะคิด รู้ลึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ว่ามีสมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่ามีความสามารถสูงจะสนใจและเลือกทำงานที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆ อย่างไม่วิตกกังวล

Bandura เสนอลักษณะของความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติดังนี้

มิติที่ 1 ระดับหรือขนาดความยากของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level or Magnitude of Job Difficulty) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรม เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าจะทำงานสำเร็จขนาดไหน เมื่อได้รับงานที่มีความยากแตกต่างกัน ดังนั้นการมอบหมายงานจะต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ

มิติที่ 2 ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้ามีความเข้มแข็งหรือมั่นใจในความสามารถของตนเอง จะมีความอดทนใช้ความพยายามมากขึ้นที่จะทำกิจกรรมทำให้กิจกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ แต่ถ้าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีความเข้มแข็งน้อยบุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อนมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมในสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน

2.6.1 วิธีการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน

ที่มาในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1977; อ้างใน ขวัญใจ รุ่งเรือง, p. 72) เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง ดังนี้

1) ความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง (Performance Accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังความสามารถของบุคคลมากที่สุด การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จหลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าจะเกิดความล้มเหลวบ้าง แต่บุคคลจะมองว่าความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น มีความพยายามไม่เพียงพอหรือใช้วิธีการทำงานไม่เหมาะสมมากกว่าการที่บุคคลจะมองว่าตนเองไม่มี ความสามารถ

2) การสังเกตตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้ที่สังเกตมากเท่าไรก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น

การที่ได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อนแล้วได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าเขาก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ

2.1) กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) บุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้ถ้าขาดความตั้งใจ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตต้องเป็นแบบที่มีลักษณะเด่นชัด ดึงดูดความสนใจ มีอิทธิพลต่ออารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่ายและพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าใน การนำมาใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบผู้สังเกตได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ รวมถึง การเห็น การได้ยิน การรับรู้กลิ่น และสัมผัส ระดับของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อน

2.2) กระบวนการจดจำ (Retention Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบไว้ในรูปสัญลักษณ์และแปลงข้อมูลเป็นมโนภาพและคำพูด เพื่อนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านี้เก็บไว้เพื่อเลียนแบบ

2.3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองแล้วนำมาเทียบกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเล่นแบบของตนจนเป็นที่พอใจ

2.4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ ย่อมขึ้นกับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลน่าพอใจก็จะแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ เพราะคาดหวังในผลลัพธ์ เช่นเดียวกับตัวแบบ ประเภทของตัวแบบ มี 2 ประเภท

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ

3) การพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant Persuasion) พูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้น ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self – doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological arousal) อาการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง เช่น เกิดความกลัว วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดีมักหลีกเลี่ยงการกระทำหรือเผชิญสถานการณ์ ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้เหมาะสมจะทำให้การรับรู้ความสามารถดีขึ้น

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิยะพร กองเงิน (2545) ศึกษาผลการให้ความรู้แก่ครอบครัวโดยใช้กระบวนการกลุ่มตัวอย่างต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่คู่บารมีในการดูแลทารกของบิดา มารดา โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลทารก และเปรียบเทียบการทำหน้าที่คู่บารมีในการดูแลทารกในระยะก่อน – หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของครอบครัวที่ได้รับความรู้ในการดูแลทารกโดยใช้กระบวนการกลุ่มกับครอบครัวที่ได้รับความรู้ตามปกติ จากพยาบาลในแผนกมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดากลุ่มละ 5 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลทารกในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ครอบครัวที่ได้รับความรู้ในการดูแลทารกโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับความรู้ในการดูแลตามปกติ และพบว่าการทำหน้าที่ของคู่บารมีในการดูแลทารกในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ครอบครัวที่ได้รับความรู้ในการดูแลทารกโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการทำหน้าที่คู่บารมีในการดูแลทารกมากกว่าก่อนได้รับความรู้ และพบว่า มีการทำหน้าที่คู่บารมีในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นมากกว่าครอบครัวที่ได้รับความรู้ตามปกติ

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ หนังสือความรู้ด้านสุขภาพ วิดีทัศน์ตัวแบบแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้านสูงที่สุดคือ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคล รองลงมาคือ ด้านการใช้ระบบบริการ และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้านต่ำที่สุด ในด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย รองลงมาคือด้านการปฏิบัติตามโภชนาการ และเมื่อเปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการทดลองสูงขึ้น แบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้าน มีคะแนนสูงขึ้นทุกด้าน แตกต่างกับก่อนการทดลองยกเว้นในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล

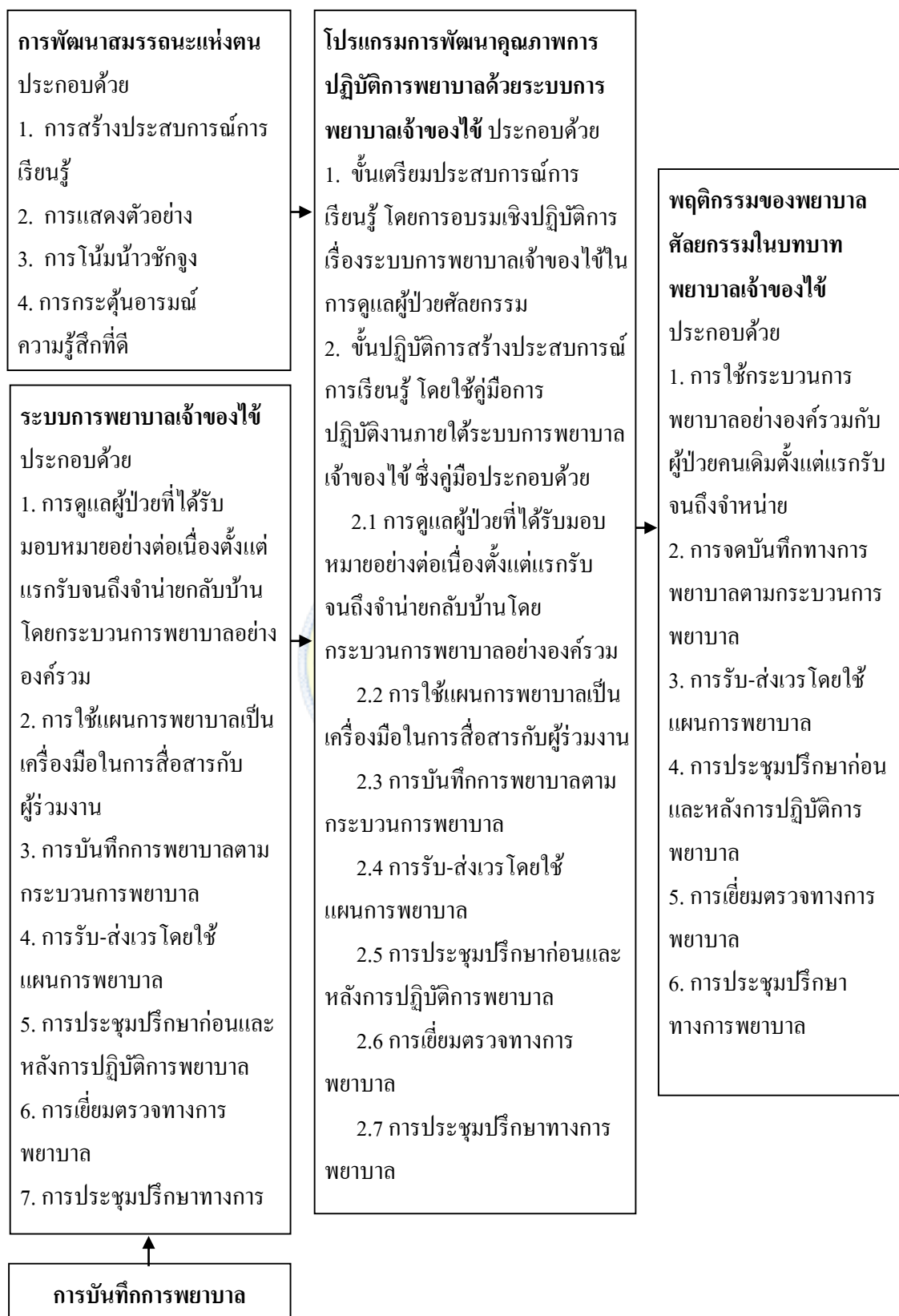
สุภารัตน์ ขวัญเงิน (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 441 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบสอบถามวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของวัยรุ่นอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และค่าเฉลี่ยวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้ ร้อยละ 25.08

สมทรง แก้วฝ่าย (2541) ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีทารกตลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนจำหน่าย 3 วัน โดยใช้แนวคิดของเบนคูรา 4 วิธีคือ การประสบความสำเร็จในการกระทำ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนการเตรียมมารดา คู่มือการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด และแบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารก ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมมารดาก่อนจำหน่ายทารกตลอดก่อนกำหนดจากโรงพยาบาลส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสม

ดุสิต สวัสดิ์ (2542) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในการใช้ยาป้องกันวันโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ชาย 68 คน หญิง 162 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการใช้ตัวแบบ จากการใช้คำพูดชักจูง และจากการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งล้วนแต่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ในการกินยาป้องกันวันโรคอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้พฤติกรรมในการกินยาป้องกันวันโรคของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีแนวโน้มที่จะกระทำแน่นอน ผลการวิจัยสรุปว่าแนวทางการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของเบนคูรา 4 วิธี ได้แก่การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์สามารถทำให้นักคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ซึ่ง 2 ปัจจัยนี้ทำให้นักคลมีพฤติกรรมภายหลังการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมดูแลบุตรและการดำเนินชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิต

ดังนั้น ในการนำระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้เป็นตัวสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองให้กับพยาบาล และกระตุ้นให้มีความหวังในผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่ง Bandura กล่าวว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองจะต้องกระทำใน 4 เรื่อง คือ การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ การแสดงตัวอย่าง การโน้มน้าวชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมกิจกรรมดังกล่าว และสามารถกระตุ้นให้พยาบาลทุกคนมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ด้วย กล่าวคือ จะต้องคำนึงถึงความยากง่ายของการบรรลุผลลัพธ์ การสร้างความมั่นใจและการเปิดโอกาสให้พยาบาลนำประสบการณ์การเรียนรู้ไปใช้





ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลศัลยกรรม

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลศัลยกรรมจำนวน 9 คน ของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

3.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ
- 2) ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลประจำการอยู่ในแผนกศัลยกรรม
- 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 3 ปี
- 4) สามารถปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล (In-charge)
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยนี้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาล (n=9)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	9	100
2. อายุ (ปี)		
25 – 30 ปี	2	22.22
31 – 40 ปี	6	66.67
มากกว่า 40 ปี	1	11.11
รวม	9	100
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	8	88.89
ปริญญาโท	1	11.11
รวม	9	100
4. ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
1 - 10 ปี	3	33.33
11 – 20 ปี	5	55.56
มากกว่า 20 ปี	1	11.11
รวม	9	100

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่าพยาบาลประจำการประกอบด้วยเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 31–40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาอายุระหว่าง 25–30 ปี และมีจำนวนน้อยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.22 และ 11.11 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.89 และมีเพียงเล็กน้อยที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 11.11 ระยะเวลาการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคือระหว่าง 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1.1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรม” ระยะเวลา 6 ชั่วโมง

1.2) โครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ระยะเวลาเริ่มการทดลองจนพยาบาลหัวหน้าทีมทุกคนได้รับมอบหมาย เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยครบ 3 คน เป็นระยะเวลา 2 เดือน 25 วัน

2) คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ

3.2.2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้

3.2.3 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย มีลำดับขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1) คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอน ดังนี้

(1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram, et al., (1974) และ Watts & O' Leary (1980) การบันทึกทางการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนการจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

(2) กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานระบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมอบหมายงาน

ขั้นตอนที่ 2 การรับมอบหน้าที่ความรับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 3 การรับส่งเวร

ขั้นตอนที่ 4 การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน (Pre-conference)

ขั้นตอนที่ 5 การบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Nursing round)

ขั้นตอนที่ 7 การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 8 การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Content conference)

รูปแบบคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลประจำการสำหรับใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้คู่มือ ดังนี้

- 1) เข้าใจขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
- 2) ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ช่วย และผู้ช่วย พยาบาลได้ครบถ้วน
- 3) รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากพยาบาลเจ้าของไข้
- 4) ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

วิธีการใช้คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ มีดังนี้

- 1) อ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือนี้ทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- 2) ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมด้วยตนเอง
- 3) ปรึกษาผู้วิจัยเมื่อต้องการความชัดเจนเพิ่มขึ้น หรือมีข้อสงสัยในเนื้อหาสาระของคู่มือ
- 4) นำคู่มือไปด้วยขณะปฏิบัติงาน
- 5) ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมการพยาบาล

2) โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

2.1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม” ระยะเวลา 6 ชั่วโมงจัดอบรม 2 ครั้ง คือ วันที่ 3 และ 5 มีนาคม 2557 ระหว่างเวลา 13.00 – 16.00 น.

2.2) การทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ระยะเวลาให้ดูแลผู้ป่วยละ 1 รายจนครบคนละ 3 ราย เริ่มวันที่ 6 มีนาคม 2557 สิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม 2557

3.2.4 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษากรอบแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 2) สร้างแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่ระดับคำถามเป็นไปในทิศทางบวกทั้งหมด ซึ่งมีความหมายของคะแนนคำตอบ ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ้างเป็นครั้งคราว
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ

3) การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ กำหนดดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง	พยาบาลแสดงบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้มากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง	พยาบาลแสดงบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้มาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง	พยาบาลแสดงบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง	พยาบาลแสดงบทบาทพยาบาลเจ้าของไข่น้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง	พยาบาลแสดงบทบาทพยาบาลเจ้าของไข่น้อยที่สุด

3.2.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทางด้านการบริหาร การศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คือ การตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมสาระ ตามที่กำหนดไว้ในคำจำกัดความ และความเหมาะสมของภาษา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ดังนี้

1.1) ผลการตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยเฉลิม พระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ซึ่งทั้ง 3 ท่านเห็นชอบที่จะนำคู่มือการปฏิบัติงานในเรื่องการมอบหมายงาน การรับมอบหน้าที่ความรับผิดชอบ การรับส่งเวร การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ให้ปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาให้มีความชัดเจน สามารถสื่อความเข้าใจได้ถูกต้อง รวมทั้งตัดและเพิ่ม ข้อความให้เหมาะสมในบางส่วน โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือมีความเข้าใจ มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

1.2) ผลการตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาล เจ้าของไข้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงสำนวนภาษา รวมทั้งตัดและเพิ่ม ข้อความเพื่อให้มีความชัดเจน สามารถสื่อความเข้าใจได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับระบบการพยาบาล เจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 20 ข้อ ใช้เกณฑ์ความคิดเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ท่าน ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดย ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 20 ข้อไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลประจำการแผนกศัลยกรรมที่ไม่ได้ใช้ระบบมอบหมายงาน แบบการพยาบาลเจ้าของไข้จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาช (Conbach's Alpha Coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม สำเร็จรูป SPSS ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.9086

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิทยานิพนธ์/ สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 ข้อ 2 หน้า 5) (ภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติเค้าโครงสารนิพนธ์จากคณะกรรมการพิจารณาเค้าโครงสารนิพนธ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เสนอต่อผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการทดลอง เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

2.1) เอกสารประกอบการขออนุมัติ มีดังนี้

- (1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย
- (2) แบบเสนอเค้าโครงสารนิพนธ์
- (3) เค้าโครงสารนิพนธ์
- (4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับร่างของผู้วิจัย

(5) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.2) ขออนุมัติดำเนินการวิจัย และขอใช้พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

2.3) ผู้วิจัยเลือกพยาบาลวิชาชีพตามที่เกณฑ์ที่กำหนด

2.4) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ และอธิบายให้พยาบาลเข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการวิจัยว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นความลับและไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของพยาบาล ไม่มีชื่อปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น พยาบาลสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวพยาบาลแต่อย่างใด ซึ่งขึ้นอยู่กับการสมัครใจของพยาบาล จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้พยาบาลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.4.1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยขออนุมัติและได้รับการอนุมัติให้ทำการทดลองครั้งนี้จากผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ โดยดำเนินการตามโครงร่างวิจัยและคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ

1) เขียนโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม

2) เขียนโครงการทดลองใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ

3) แจ้งให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ทราบนัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ บอกให้ทราบวันเวลาที่จะนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาทดลองใช้

3.4.2 ขั้นการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 เพื่อทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 3 มีนาคม 2557 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2557 เป็นเวลา 3 เดือน 28 วัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้

ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ให้กลุ่มตัวอย่าง โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล และการพยาบาลศัลยกรรมเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนตามคู่มือการปฏิบัติงาน ในวันที่ 3 และ 5 มีนาคม 2557 เวลา 13.00–16.00 น. ที่ห้องประชุมสำนักงานศัลยกรรมตึกมงคลกาญจนาภิเษก ชั้น 7 จำนวนผู้เข้าอบรม 20 คน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 9 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ให้กลุ่มตัวอย่างไปศึกษาสร้างความเข้าใจก่อนนำมาปฏิบัติ โดยก่อนการอบรมฯ ได้ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 คนทำแบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้

2) ขั้นปฏิบัติการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้

ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เพื่อทดลองใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ระหว่างวันที่ 6 มีนาคม 2557 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2557 รวม 2

เดือน 25 วัน โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานกลุ่มตัวอย่างให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ครั้งละ 1 ราย และให้ดูแลคนไข้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้จนครบจำนวน 3 ราย โดยปฏิบัติตามคู่มือ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมอบหมายงาน

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการดูแล โดยมีหลักการดังนี้

- (1) พยาบาล 1 คนจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่ายครั้งละ 1 คนจนครบ 3 คน
- (2) การมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลรับผิดชอบจะคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาล
- (3) ใช้ใบมอบหมายงานที่ระบุชื่อพยาบาลทุกคน และผู้ป่วยในความรับผิดชอบ
- (4) มอบหมายให้พยาบาลเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึกเป็น “พยาบาลผู้ช่วย” ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลแบบเจ้าของไข้ของพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นเวร

ขั้นที่ 2 การรับมอบหน้าที่ความรับผิดชอบ

“พยาบาลเจ้าของไข้” ทำความเข้าใจกับงานที่ได้รับมอบหมาย โดยปฏิบัติ ดังนี้

- (1) ศึกษาใบมอบหมายงาน
- (2) ใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย
 - (2.1) ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการศึกษาเวชระเบียน
 - (2.2) ประเมินปัญหาสุขภาพครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
 - (2.3) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน
 - (2.4) กำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลในภาพรวม โดยคาดการณ์จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับสู่ภาวะสุขภาพปกติโดยเร็วที่สุด
 - (2.5) วางแผนการพยาบาลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้
 - (2.6) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วยรับการตรวจรักษา การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการสุขภาพ การให้การดูแลรักษา การป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ
 - (2.7) ประเมินผลการพยาบาลด้วยวิธีที่เหมาะสม
 - (2.8) นำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 3 การรับ - ส่งเวอร์

ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาและการรักษาพยาบาลจะถูกสื่อสารจากพยาบาลในเวรหนึ่งไปสู่พยาบาลอีกเวรหนึ่งด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน โดยใช้เอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ตรวจสอบและอ้างอิงได้ทางกฎหมาย นอกจากนี้ยังสื่อสารเกี่ยวกับสภาพการณ์ในการปฏิบัติงานตามที่เป็นจริง

ขั้นที่ 4 การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน (Pre-conference)

การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงานเป็นการประชุมทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเปิดโอกาสให้พยาบาลได้พูดคุยซักถามทั้งในส่วนที่ไม่เข้าใจ ไม่ชัดเจน และเข้าใจดีพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ ควรมีการบันทึกข้อมูล ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะในการประชุม และการปรึกษาร่วมกัน เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงแผนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 5 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Nursing round)

การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลคือการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม พัฒนาศักยภาพ และพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน โดยมีการพูดคุยร่วมกับการสังเกตและตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัญหาและปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและประเมินผลการปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มอย่างถูกต้อง เหมาะสม และครบถ้วน

ขั้นที่ 7 การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน (Post-conference)

การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงานเป็นการประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในเวรที่ได้ปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วเพื่อให้มีโอกาสดูแลแสดงความรู้สึกร่วมกัน ต่อคน และต่อผู้ป่วย ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ และเตรียมความพร้อมในการส่งเวร โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยนำกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหามาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเพื่อการแก้ไขปัญหา ควรมีการบันทึกข้อมูล ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะในการประชุม และการปรึกษาร่วมกัน เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงแผนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 8 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference)

ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (Content conference) กระทำเดือนละ 1 ครั้ง เป็นการนำหัวข้อเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างสนใจที่จะเรียนรู้มาอภิปรายร่วมกัน โดยมี

กลุ่มตัวอย่างคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำอภิปราย ในการอภิปรายได้นำปัญหาข้อขัดข้องมาปรึกษาเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ และแสดงความภาคภูมิใจ รวมทั้งแจ้งข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกจากผู้ป่วย ผู้วิจัยสรุปประเด็นและแสดงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเห็นถึงตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ

3.4.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 คน ตอบคำถามก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ในวันที่ 3 และ 5 มีนาคม 2557 และเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ชุดเดิมแก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 คน เพื่อตอบคำถามอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการทดลองระหว่างวันที่ 6 มีนาคม 2557 - 31 พฤษภาคม 2557

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยการแจกแจงเป็นความถี่ และหาค่าร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon Signed Ranks Test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวโดยทำการวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ และเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		Z	P
	Median	Q.D.	Median	Q.D.		
พฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม ในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้	3.85	3.65	5.00	4.18	-1.955*	0.025

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล (Median= 5.00, Q.D.= 4.18) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ (Median = 3.85, Q.D.= 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	Median	ระดับ	Median	ระดับ
พฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้	3.85	มาก	5.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่าพยาบาลศัลยกรรมแสดงพฤติกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.85, Q.D.= 3.65) และภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พยาบาลศัลยกรรมแสดงพฤติกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับมากที่สุด (Median= 5.00, Q.D.= 4.18)

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9) จำแนกรายข้อ

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ท่านให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย	3.56	0.882	มาก	4.78	0.441	มากที่สุด
2. ท่านร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง	3.89	0.782	มาก	4.78	0.441	มากที่สุด
3. ท่านรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	3.89	0.782	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
4. ท่านเขียนบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล	3.67	0.500	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
5. ท่านประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมและนำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.78	0.833	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9) จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
6. ท่านรับ-ส่งเวรได้อย่างถูกต้องทุกเวร โดยใช้แผนการพยาบาล บันทึกทาง การพยาบาลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	4.11	0.782	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
7. ท่านร่วมประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติ การพยาบาล (Pre-conference) ได้อย่าง ครบคลุมทุกเวร	4.00	0.866	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
8. ท่านเยี่ยมตรวจผู้ป่วย (Nursing round) อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง	4.44	0.726	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
9. ท่านร่วมประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติ การพยาบาล (Post-conference) ได้อย่าง ครบคลุมทุกเวร	4.00	0.707	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
10. ท่านสร้างความร่วมมือในการรักษา พยาบาล ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และ ผู้ร่วมงาน	4.11	0.601	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
11. ท่านติดต่อประสานงานกับพยาบาล ผู้ช่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้ อย่างเหมาะสม	4.11	0.782	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
12. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วย ในความดูแลให้หายด้วยแผนการ พยาบาลที่ท่านเป็นผู้วางตามเป้าหมาย ที่กำหนด	4.22	0.667	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n= 9) จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
13. ท่านมีความเป็นอิสระอย่างเต็มที่ใน การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีม สหสาขาวิชาชีพสุขภาพ	4.11	0.782	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
14. ท่านพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยใน ความดูแล	4.33	0.707	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
15. ท่านกล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ผู้ป่วยในความดูแล	4.33	0.707	มาก	4.67	0.500	มากที่สุด
16. ท่านกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลได้อย่างถูกต้องครอบคลุม โดย คำนึงถึงลำดับความสำคัญเร่งด่วนของ ความจำเป็นและความต้องการของ ผู้ป่วย	4.11	0.782	มาก	4.56	0.527	มากที่สุด
17. ท่านกำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ ทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ แรกเริ่ม ครอบคลุมจำนวนวันนอน และ การจำหน่ายผู้ป่วย	3.89	0.782	มาก	4.56	0.527	มากที่สุด
18. ท่านวางแผนการพยาบาลตรงตาม ข้อวินิจฉัยที่กำหนด และครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	4.00	0.866	มาก	4.56	0.527	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (n=9) จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
19. ท่านนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้กลับเป็นปกติ	4.00	0.707	มาก	4.56	0.527	มากที่สุด
20. ท่านได้รับมอบหมายอำนาจจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยในความดูแลอย่างเต็มที่	4.22	0.667	มาก	4.56	0.527	มากที่สุด

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลศัลยกรรมแสดงพฤติกรรมตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้มากที่สุดในเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย และการร่วมประชุมปรึกษากาการพยาบาล (Nursing Conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง (Mean= 4.78, SD= 0.441) และเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลศัลยกรรมที่แตกต่างมากที่สุดคือการให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย (ก่อน Mean= 3.56, SD=0.882, หลัง Mean= 4.78, SD= 0.441) รองลงมาคือการเขียนบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (ก่อน Mean= 3.89, SD= 0.782, หลัง Mean= 4.67, SD= 0.500) และที่แตกต่างน้อยที่สุดคือการติดต่อประสานงานกับพยาบาลผู้ช่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (ก่อน Mean= 4.44, SD= 0.726, หลัง Mean= 4.67, SD= 0.500)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวโดยทำการวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ และเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจ คือ พยาบาลศัลยกรรมจำนวน 9 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 31– 40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาอายุระหว่าง 25–30 ปีและมีจำนวนน้อยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็น 22.22 และ 11.11 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.89 และมีเพียงเล็กน้อยที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 11.11 ระยะเวลาการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคือระหว่าง 1 –10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วยโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม” และโครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ระยะเวลาเริ่มการทดลองจนพยาบาลหัวหน้าทีมทุกคนได้รับมอบหมายเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยครบ 3 คน ตามคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ระบุวิธีใช้คู่มือ คุณสมบัติของผู้ใช้คู่มือ บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้านโดยกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม การใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับผู้ร่วมงาน การบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การรับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทาง

การพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมกับผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การจดบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การรับ-ส่งเวร โดยใช้แผนการพยาบาล การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของ ภาษาและข้อรายการโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารการพยาบาลและด้านศึกษาพยาบาล โดยเลือกเกณฑ์การตัดสินจากความเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่านใน ทุกรายข้อ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการแผนกศัลยกรรมที่ไม่ได้ใช้ระบบมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.9086

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลตำรวจ นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัย และได้รับหนังสือยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

การดำเนินการวิจัย

1) ขั้นเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมให้กลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ 3 และ 5 มีนาคม 2557 โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิบรรยายเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล และการพยาบาลศัลยกรรม ผู้วิจัยอบรมการใช้คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนการอบรม 30 นาที ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามระดับพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพื่อเป็นการประเมินครั้งที่ 1 (Pre-test)

2) ขั้นปฏิบัติการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างดำเนินงานตามคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างเป็นอิสระเป็นระยะเวลา 2 เดือน 25 วัน โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานกลุ่มตัวอย่างให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ครั้งละ 1 ราย และให้ดูแลคนไข้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้จนครบจำนวน 3 ราย

3) หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามฯ ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในการประเมินครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 คน ตอบ เพื่อเป็นการประเมินครั้งที่ 2 (Post-test)

4) นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามฯ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ มาหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon Signed Ranks Test

5.1 สรุปผลการวิจัย

1) ระดับพฤติกรรมของพยาบาลสัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ โดยคะแนนค่ามัธยฐานภายหลังการใช้โปรแกรมฯ (Median= 5.00, Q.D.= 4.18) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ (Median = 3.85, Q.D.= 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p < 0.05$)

2) คะแนนค่ามัธยฐานการแสดงพฤติกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลสัลยกรรมก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.85, Q.D.= 3.65) และภายหลังการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด (Median= 5.00, Q.D. = 4.18)

3) คะแนนเฉลี่ยสูงสุดของระดับพฤติกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลสัลยกรรมภายหลังการใช้โปรแกรมฯ คือการให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย และการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง (Mean= 4.78, S.D. = 0.441)

4) ความแตกต่างระหว่างระดับพฤติกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลสัลยกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ที่มากที่สุดคือการให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย (ก่อน Mean= 3.56, S.D.= 0.882, หลัง Mean= 4.78, S.D.= 0.441) รองลงมา คือ การเขียนบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (ก่อน Mean= 3.89, S.D.= 0.782, หลัง Mean= 4.67, S.D.= 0.500) และที่แตกต่างน้อยที่สุดคือการติดต่อประสานงานกับพยาบาลผู้ช่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (ก่อน Mean= 4.44, S.D.= 0.726, หลัง Mean= 4.67, S.D.= 0.500)

5.2 อภิปรายผล

1) โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีการเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีการโน้มน้าวชักจูงและการกระตุ้นความสนใจ ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ดี รวมทั้งการแสดงตัวอย่างและการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้โดยปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สามารถทำให้พยาบาลศัลยกรรมแสดงพฤติกรรมตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคลจะต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ 2) การแสดงตัวอย่าง 3) การโน้มน้าวชักจูง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกให้มีความรู้สึกที่ดีและมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Manojlovich (2005) ที่พบว่า การเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น เพราะพยาบาลศัลยกรรมได้รับการเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ได้เห็นตัวอย่างและเกิดความสนใจ รวมทั้งได้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) ที่ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม การใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับผู้ร่วมงาน การบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การรับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ย่อมทำให้พยาบาลศัลยกรรมเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และสามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ได้มากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นประกอบด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมกับผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การจดบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การรับ-ส่งเวรโดยใช้แผนการพยาบาล การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ดังนั้นระดับพฤติกรรมที่สูงขึ้นของพยาบาลศัลยกรรมในการให้บริการการพยาบาลในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care) และสมบูรณ์แบบ (Comprehensive care) เพราะเป็นการพยาบาลอย่างองค์รวม และการใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทั้งจากผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน ย่อมทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดีและส่งผลให้สุขภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่ชี้ชัดว่าผู้ป่วยในระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีความพึง

พอใจในบริการที่ได้รับ มีความเป็นกันเอง และได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่วนพยาบาลเจ้าของไข้ก็ได้แสดงบทบาทที่เป็นอิสระในการปฏิบัติงานตามขอบเขตวิชาชีพ มีอำนาจในการตัดสินใจ รวมทั้งมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (นิลาวรรณ มัศยานนท์, 2544; ประภาศรี สังข์ศรีทอง, 2547; สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540; สุกัญญา โกวศัลย์ดิลก, 2537; Blenkam, D'Amico, and Virtue, 1988)

2) โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พฤติกรรมทำให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย และการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ของพยาบาลศัลยกรรมในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มมากที่สุด (Mean= 4.78, S.D. = 0.441) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ Marram et.al. (1979) กล่าวว่าไว้ว่าการจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก็เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care) ซึ่งจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลถูกกระทำโดยพยาบาลคนเดียวกันตลอดในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะพฤติกรรมทำให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ มากที่สุด (ก่อน Mean= 3.56, S.D.= 0.882, หลัง Mean= 4.78, S.D.= 0.441) เพราะระบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระบบการส่งมอบบริการการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงสามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยที่พยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในฐานะเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน (Marram et al., 1979) การที่พยาบาลศัลยกรรมแสดงพฤติกรรมตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในการเขียนบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลซึ่งได้ปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (ก่อน Mean= 3.89, S.D.= 0.782, หลัง Mean= 4.67, S.D.= 0.500) เป็นไปตามที่ Watts and O'Leary (1980) ระบุว่าระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร โดยเฉพาะบันทึกทางการพยาบาลซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และสอดคล้องกับ วราภรณ์ เขมโชติคุณ (2541) ที่อธิบายว่าโครงสร้างทางเอกสารเป็นส่วนหนึ่งของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ รูปแบบของเอกสารจะประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มในการมอบหมายงาน และแบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งกระบวนการพยาบาลนับว่าเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานภายใต้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลจึงต้องเป็นไปตามกระบวนการพยาบาลเมื่อผู้วิจัยออกแบบคู่มือการปฏิบัติให้มีการบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล พยาบาล

สัลยกรรมก็มีการเขียนบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมากขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีการปฏิบัติมากที่สุด ก็เป็นไปตามวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ที่กำหนดว่าต้องมีการประชุมปรึกษาร่วมกันเพื่อนำเสนอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการแก้ปัญหาและการศึกษาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย (Zander, 1980) ซึ่งการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากที่ Zander (1980) ระบุว่าควรมีการประชุมปรึกษาร่วมกันสัปดาห์ละครั้ง เป็นเดือนละ 2 ครั้งหรือทุก 2 สัปดาห์ เป็นเพราะจำนวนคนไข้สามัญของแผนกการพยาบาลสัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ มีเป็นจำนวนมาก แต่จำนวนพยาบาลประจำการมีไม่เพียงพอ จึงปรับเวลาการประชุมปรึกษาร่วมกันเป็นเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งมีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยมากกว่า กลุ่มตัวอย่างจึงระบุว่าได้ปฏิบัติการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งมากที่สุด

3) กลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อประสานงานกับพยาบาลผู้ช่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด ภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Mean = 4.67, S.D.= 0.500) เป็นไปตามที่ Watts & O'Leary (1980) อธิบายไว้ว่าการติดต่อประสานงานเป็นลักษณะสำคัญของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ การติดต่อประสานงานกับพยาบาลผู้ช่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด (ก่อน Mean= 4.44, S.D.= 0.726, หลัง Mean= 4.67, S.D.= 0.500) แม้ว่า Marram et al. (1979) จะระบุว่าวัตถุประสงค์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก็เพื่อการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Coordinated Care) ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเรียบร้อย มีการตกลงร่วมกันทุกวิถีทาง และไม่ใช่เพียงแต่การประสานภายในทีมการพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงการประสานงานในสหสาขาวิชาชีพสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยด้วย อาจเป็นเพราะพยาบาลสัลยกรรมมีการติดต่อประสานงานกับพยาบาลผู้ช่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพอยู่แล้วในระบบการพยาบาลอื่น แม้ยังไม่ได้เริ่มโครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเฉลิม พระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1

5.3 ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าระบบการพยาบาลเจ้าของไข้สามารถปฏิบัติได้จริงในหอผู้ป่วยทางศัลยกรรม และกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้สูงมาก หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมต่อไป

2) จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและมีการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งมากที่สุดภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ จึงควรกำหนดให้พยาบาลประจำการมีการบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลต่อไป และควรจัดให้มีการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการบริหารการพยาบาลคือกลุ่มงานพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆ โดยจัดเตรียมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการให้มีความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น และผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจ

4) ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการศึกษาคือหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรการศึกษาเฉพาะทางการบริหารการพยาบาลควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างแท้จริง และได้ฝึกทักษะการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างจริงจัง เพื่อสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ

5) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ การทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข่นี้กับผู้ป่วยประเภทอื่น การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในความรับผิดชอบในการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้ผู้ป่วยทุกคนมีพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อมีจำนวนพยาบาลที่มีความสามารถเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้ และการพัฒนาระบบ การพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล. (2539). *คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญใจ รุ่งเรือง. (2549). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูคิ้วนมแม่ของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา น้อยอ่าง. (2543). *การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เทวพร สุภักษ์จินดา. (2538). *ผลของการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ธนิศ วัชรพุทก์. (2535). *An approach to surgery*. ใน *ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์ และธนิศ วัชรพุทก์ (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิลาวรรณ มัศยาอานนท์. (2544). *ผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.

ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์. (2547). ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปาริชาติ ดันสุวรรณ (2545). การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ, ยุติ ฤชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

ผ่องพรรณ ลาภเจริญ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญทางกฎหมายต่อการปฏิบัติวิชาชีพ ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ และคุณค่าวิชาชีพกับความสามารถทางการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพตามทฤษฎีของรอย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). 50 ปี ชีวิตและงานอาจารย์พวงรัตน์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2543). ผลการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตใจ เวชประสิทธิ์. (2528). สิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูลระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สงขลา.

ลออ หุตาตกุล. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา. มหาวิทยาลัยรังสิต.

วรรณวิไล ชุมภิรมย์. (2524). การพยาบาลประจำตัวผู้ป่วย. พยาบาลสาร. 2. 11-20.

- วรรณิ์ ตปนิยากร, งามนิตย์ รัตนานุกูล และคณะ. (2552). *การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1*. (แปลจาก Nursing Care Plans & Documentation Nursing Diagnosis and Collaborative Problem). กรุงเทพฯ: โอกรูป เฟลส.
- วรากรณ์ เชมโชติกูร. (2541). *ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
- วิพร เสนารักษ์. (2546). *การวินิจฉัยการพยาบาล*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2547). *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*. ในสุปราณี เสนาดิสัย, และวรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: จุฑทอง จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2547). *กระบวนการพยาบาล*. ในสุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: จุฑทอง จำกัด.
- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. (2542). *ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต. (2540). *ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ไกวัลย์ดิณ. (2537). *ผลของการใช้การมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการใช้กระบวนการพยาบาลความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลีมนานวยลาก, และวิพร เสนารักษ์. (2533). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีและการนำไปใช้*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุนีย์ จันทรมหเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2549). *ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่*. *พยาบาลสาร*. เมษายน – มิถุนายน. 33(2). 184-194.

โสภิตา ทิดพินิจ. การวิเคราะห์การมอบหมายงานในทีมการพยาบาล การศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Badner, N. W., Nielson, W. B., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A. W. (1990). Preoperative Anxiety: Detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anesthesiology*. 37(4). 444-447.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Blenkarn, H.; D'Amico, M., & Virtue, E. (1988). Primary Nursing and Job Satisfaction. *Nursing Management*. 19(4). 41-42

Daeffler, R. J. (1975). Patients' Perception of Care under Team and Primary Nursing. *Journal of Nursing Administration*. 5(3). 20-26.

Jonsdottir, H. (1999). Outcome of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung disease: The nurse experience. *Journal of Nursing Management*. 7. 253-242.

Manojlovich, M. (2005). *Promoting Nurses' Self-efficacy A leadership Strategy to Improve Practice*. JONA. 35(3). 271-277.

Manthey, M. Ciske, K. Robertson, P. & Harris, I. (1970). *Primary Nursing: A return to the concept of "My Nurse" and "My Patient"*. Nursing Forum. 9(1). 65-83.

Manthey, Marie. (1973). Primary Nursing is Alive and Well in the Hospital. *American Journal of Nursing*. (January). 83-87.

Marram, G., Barret. M. W., & Bevis. E.O. (1979). *Primary Nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Marram, G. D. et.al. (1974). *Primary Nursing Model for individualized care*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

Perala, M. L. & Hentinen, M. (1989). Primary Nursing: Opinions of Nursing Staff Before and During Implementation. *International Journal of Nursing Studies*. 26(3). 231-242.

Pudner, R., Editor. (2000). *Nursing the Surgical Patient*. China: Elsevier Limited.

Sellinck, K. J., Russell, S., Beckmann, J.L. (2003). Primary nursing: an evaluation of its effect on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*. 40. 545-551.

Watts, V. & O'Leary, J. (1980). *Ten Components of Primary Nursing*. Nursing Dimensions, Winter. 7(4). 90-95.

Wells, J., Howard, G., Nowlin, W., & Vargus, M. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal Consult Clinical Psychology*. 54. 831-835.

Zanda, K. S. (1980). *Primary Nursing Development and Management*. London: Aspen publication.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พ.ต.อ.หญิงเดือนใจ เจริญบุตร

การศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	หัวหน้าฝ่าย (สบ. 4) ภาควิชาหลักการพยาบาล กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร. ปราณิ เสนีย์

การศึกษา	การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (สบ. 4) ภาควิชาหลักการพยาบาล กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา น้าฝน

การศึกษา	ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

**เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ
ใบยินยอมของประชากร ตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาล)
(Inform concen form)**





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 58/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: “ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
ต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรม”

ของ: พ.ต.ท.หญิง วรณี เจริญรักษ์

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ใบยินยอมของประชากร ตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาล)
(Inform concen form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการให้บริการด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้

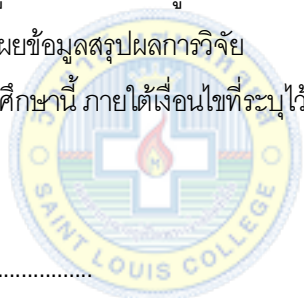
เลขที่ประชากรตัวอย่างในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย พ.ต.อ.หญิง วรณีย์ เจริญรักษ์ พยาบาล (สบ๕) กลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งได้ลงนามทำของหนังสือเล่มนี้ และได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น



.....
สถานที่ / เวลา

.....
()

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / เวลา

.....
()

ผู้วิจัย

.....
สถานที่ / เวลา

.....
()

พยาน

ภาคผนวก ค

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล



ค่าลงทะเบียน

ไม่มีค่าลงทะเบียน

กิจกรรมการฝึกอบรม

1. บรรยายและอภิปรายเกี่ยวกับระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
2. กิจกรรมการใช้คู่มือฯ การเขียนแผนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล

วิทยากร

ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการสังคม คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คุณวุฒิการศึกษา :

- Ph.D., Higher Educational Administration (Baccalaureate Nursing Program) จาก The University of Pennsylvania สหรัฐอเมริกา (2543)

- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2534)
- การศึกษามัธยมศึกษา (การศึกษาพยาบาล) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (2523)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาล ผดุงครรภ์ และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก (2517)
- ประกาศนียบัตรหลักสูตรนักบริหารระดับสูงสหสาขาวิชาชีพ จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2545)
- ประกาศนียบัตรหลักสูตรเทคนิคการพยาบาล กรมแพทยทหารเรือ (2519)

ขอบเขตสาระ

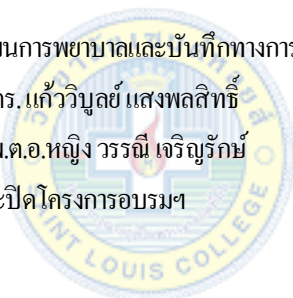
แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยนำเสนอหลักการของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ การมอบอำนาจหน้าที่ บทบาทของพยาบาล กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
2. สามารถเขียนแผนการและบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
3. ใช้คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 8 เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้

กำหนดการอบรม

- 8.00–8.15 น. ลงทะเบียน
- 8.15–8.30 น. แนะนำโครงการและวิทยากร
โดย พ.ต.อ.หญิงวรรณิ เจริญรักษ์
หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 8 โรงพยาบาลตำรวจ
- 8.30–9.00 น. ผู้เข้ารับการอบรมทำแบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติงานในระบบ
การพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลศัลยกรรม
- 9.00–12.00 น. บรรยายและอภิปรายเรื่อง “ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล”
โดย ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการสังคม คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- 12.00–13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00–15.30 น. กิจกรรม
1. การใช้คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ
ร. 9 ชั้น 8
2. การเขียนแผนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
โดย ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์
พ.ต.อ.หญิง วรรณิ เจริญรักษ์
- 15.30–16.00 น. ประเมินผลและปิดโครงการอบรมฯ



ภาคผนวก ง

โครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เน้นคุณภาพ

การบันทึกทางการพยาบาล



โครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม

ผู้รับผิดชอบโครงการ

พ.ต.ต.หญิง วรณี เจริญรักษ์

ภายใต้การดูแลของ ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางกายและมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะนอกจากผู้ป่วยจะต้องการศัลยกรรมที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความชำนาญในการตรวจรักษา ต้องการเครื่องมือและวิธีการผ่าตัดที่ทันสมัยและมีคุณภาพแล้ว ยังต้องการการดูแลเอาใจใส่ขณะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย เพื่อให้สุขภาพกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดและปราศจากสิ่งแทรกซ้อน ซึ่งตรงกับเป้าหมายทางการพยาบาลและเป็นนโยบายของโรงพยาบาลตำรวจ แต่ปัจจุบันหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ยังคงใช้ระบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบทีมผสมแบบเฉพาะหน้าที่ การทำงานจึงมุ่งไปที่การปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จและมักเน้นที่การให้การรักษาทางการแพทย์มากกว่าการพยาบาลเป็นรายบุคคล แม้จะมีข้อได้เปรียบในเรื่องปริมาณงานทางด้านการแพทย์ แต่ข้อเสียสำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน ระบบการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) เพราะมีการมอบหมายงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม โดยใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสื่อสาร ดังนั้น การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงขออนุมัติต่อฝ่ายการพยาบาลในการจัดทำโปรแกรมการพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้น โดยมีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และเพื่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้จริง จึงจัดโครงการทดลองใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

- 1) ใช้คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในการปฏิบัติงาน
- 2) แสดงบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยได้อย่างเหมาะสม
- 3) มีทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลในระบบการพยาบาล

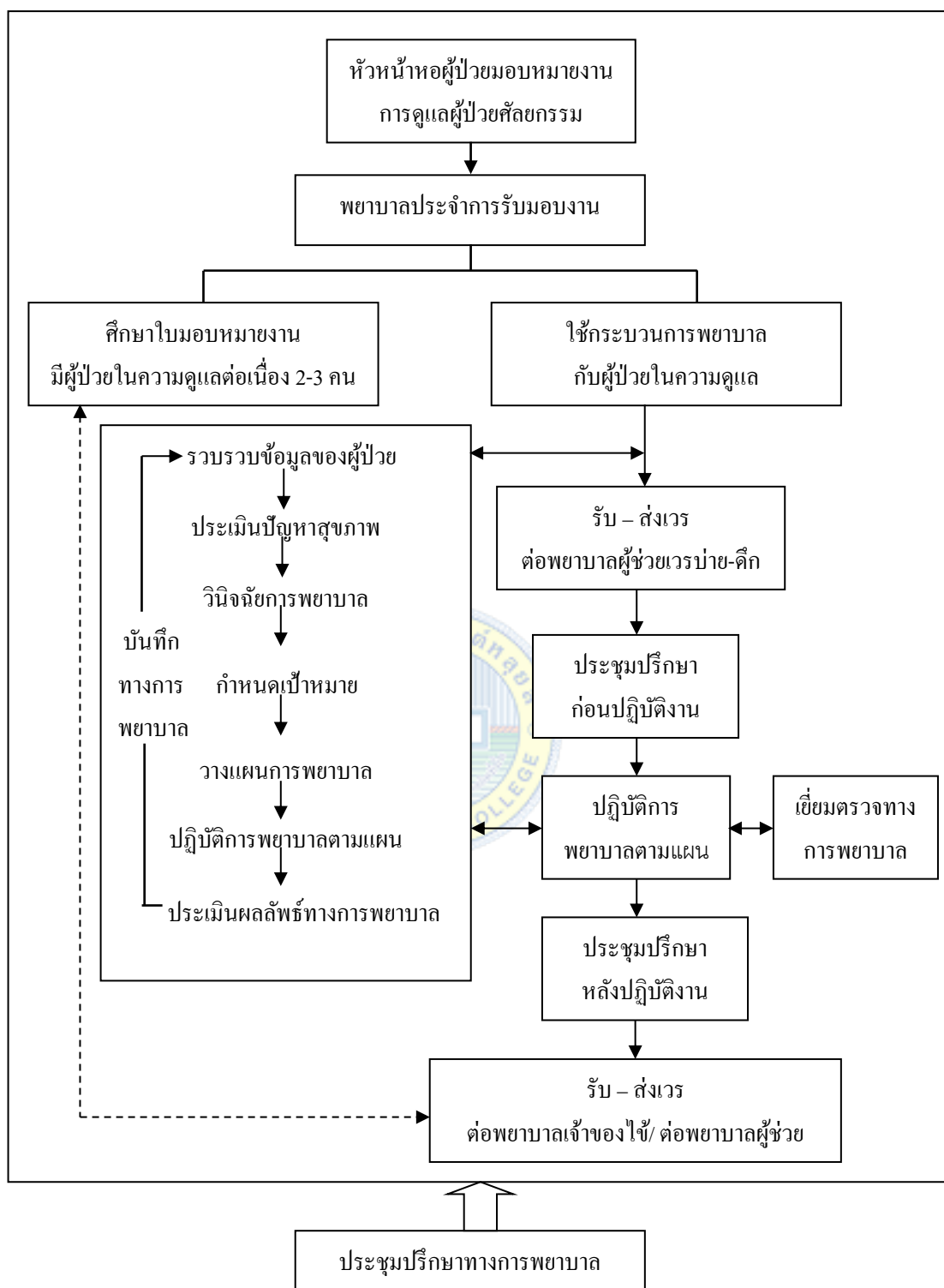
เจ้าของไข้

เป้าหมายของโครงการ

ผู้ป่วยของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ได้รับการดูแลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน 23 คน ประกอบด้วย		
	1. พยาบาลวิชาชีพ	17	คน
	2. ผู้ช่วยพยาบาล	6	คน
ระยะเวลาการดำเนินโครงการ	ระหว่างวันที่ 6 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2557		
พื้นที่ดำเนินการ	หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ		
งบประมาณ	-		





วิธีดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 โรงพยาบาลตำรวจ ใช้คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ฯ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายอำนาจหน้าที่เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยในเวรเช้าและเวรบ่าย พยาบาลเวรตึก และมอบหมายให้ผู้ป่วยพยาบาลช่วยงานพยาบาลตามความเหมาะสม
3. ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรก รับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยคนเดิมจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ทำการปรับปรุงแผนการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และให้บริการการพยาบาลต่อผู้ป่วยในความดูแลด้วยตนเองทุกครั้งที่เข้าเวรปฏิบัติงาน
4. พยาบาลผู้ช่วยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานตามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมาย โดยใช้แผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้จัดทำ และปรับปรุงแผนการพยาบาลตามความจำเป็น
5. มีการมอบหมายงาน รับมอบงาน รับ-ส่งเวร ประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน เชื่อมตรวจทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาล และประชุมปรึกษาทางการพยาบาลตามคู่มือฯ
6. ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 2 ครั้ง ในวันที่ 20 มีนาคม และ 3 พฤษภาคม 2557

ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์

คุณวุฒิการศึกษา

- Ph.D., Higher Educational Administration (Baccalaureate Nursing Program) จา The University of Pennsylvania สหรัฐอเมริกา (2543)
- ประกาศนียบัตรหลักสูตรนักบริหารระดับสูงสหศาสตรใหม่ จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2545)
- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2534)
- การศึกษามัธยมศึกษา (การศึกษาพยาบาล) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (2523)
- ประกาศนียบัตรหลักสูตรเทคนิคศัลยกรรม กรมแพทยทหารเรือ (2519)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาล ผดุงครรภ์ และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก (2517)

ขอบเขตสาระ

ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 8 การใช้แบบฟอร์มต่างๆ ในการบันทึกทางการพยาบาล แนวทางแก้ไข ปัญหา และเงื่อนไขความสำเร็จในการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมโครงการได้ประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในการปฏิบัติงานจริง
2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
3. ผู้ป่วยของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 4/1 ได้รับการดูแลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง

การประเมินโครงการ

1. สังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการ
2. ประเมินปัญหา อุปสรรค และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระหว่างการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
3. ประเมินโครงการโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนเองและพฤติกรรมการทำงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลศัลยกรรมภายหลังเสร็จสิ้นโครงการในวันที่ 31 พฤษภาคม 2557



ภาคผนวก จ

(ตัวอย่าง) คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9
ชั้น 8 โรงพยาบาลตำรวจ



คู่มือ
การปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 8
โรงพยาบาลตำรวจ



โดย

พ.ต.อ.หญิง วรณี เจริญรักษ์

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 8 โรงพยาบาลตำรวจฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเพื่อการเลื่อนไหลจากพยาบาล (สบ.4) เป็นพยาบาล (สบ.5) ที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อให้บริการทางการพยาบาลมีคุณภาพ และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจสูงสุด

พ.ต.อ.หญิงวรรณิ เจริญรักษ์



สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของคู่มือ	1
วิธีการใช้คู่มือ	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	1
ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับองค์กร	2
ปรัชญา	2
วิสัยทัศน์	2
พันธกิจ	2
โครงสร้างการบริหารงาน	3
ส่วนที่ 3 ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม	4
ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้	4
ประโยชน์และข้อดีของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้	4
การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	4
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้	11
บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้	12
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	13
ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน	17
ส่วนที่ 4 สิ่งที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	21
บรรณานุกรม	22
ภาคผนวก - แบบฟอร์มเอกสาร	

ส่วนที่ 1

บทนำ

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 8
2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม
3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนเองได้อย่างครบถ้วน
4. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ญาติ บุคลากรในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. เพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

วิธีการใช้คู่มือ

1. อ่านและทำความเข้าใจเนื้อหาของคู่มือฯ อย่างละเอียด ก่อนลงมือปฏิบัติงาน
2. ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือฯ
3. ทบทวนกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละเวร
4. ปรีกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยเมื่อมีข้อสงสัย ไม่เข้าใจ และต้องการความชัดเจนของข้อมูล ขั้นตอน หรือ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
5. ทดลองใช้คู่มือฯ อย่างน้อย 1 เดือน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม” ที่มีบทบาทดังต่อไปนี้

1. พยาบาลผู้ตรวจการ
2. หัวหน้าหอผู้ป่วย
3. พยาบาลวิชาชีพ
4. ผู้ช่วยพยาบาล

ส่วนที่ 2

รายละเอียดเกี่ยวกับองค์กร

หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 8 เป็นหอผู้ป่วยพิเศษ 16 เตียง (16 ห้อง) เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ให้บริการดูแลสุขภาพข้าราชการตำรวจและครอบครัว รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่มีปัญหาสุขภาพด้านสัลยกรรมทั่วไป สัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาทและสมอง และสัลยกรรมตกแต่ง

ปรัชญา

ยึดมั่นในคุณค่าของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยุติธรรมในบริการ เชี่ยวชาญด้านสัลยกรรม

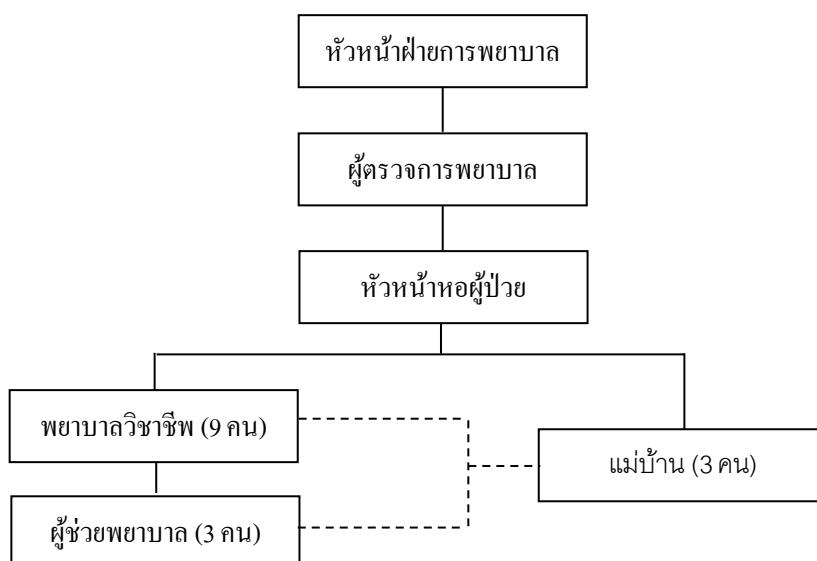
วิสัยทัศน์

หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ชั้น 8 เป็นหน่วยงานดูแลผู้ป่วยสัลยกรรมที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล

พันธกิจ

1. ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้านสัลยกรรม
2. พัฒนาสุขภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และปัญหาสุขภาพอื่นๆ
4. ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

โครงสร้างการบริหารงาน



ส่วนที่ 3

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยสัลยกรรม

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) เป็นระบบการมอบหมายงานอย่างหนึ่งที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Marram et. al., 1979, 48-49) โดยการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้พยาบาลแต่ละคนดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ในฐานะที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ส่วนในเวลาอื่นๆ พยาบาลผู้ช่วย ซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำการ ผู้ช่วยพยาบาล หรือนักศึกษาพยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลแทน (Marram et. al., 1974, 16)

ประโยชน์และข้อดีของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Reference)

1. เป็นการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง
2. พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยสูง
3. ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. เป็นการให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ
5. เป็นการพัฒนาศักยภาพให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
6. มีการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพและทีมการพยาบาลมากขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี
7. ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงาน
8. การพยาบาลมีคุณภาพสูง
9. พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน มีความภาคภูมิใจในผลสำเร็จ
10. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูง

การพยาบาลผู้ป่วยสัลยกรรม

โรคทางสัลยกรรมแบ่งตามพยาธิสภาพได้ 6 หมวด ได้แก่ 1) ความพิการแต่กำเนิด 2) Inflammation 3) Neoplasm 4) Trauma 5) Metabolic defect และ Degeneration 6) อื่นๆ เช่น Autoimmune disease โรคเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาที่ต้องรักษาทางสัลยกรรม เพราะสาเหตุดังต่อไปนี้ คือมีการอุดตัน มีการแตกรั่วหรือทะลุ เป็นแผลหรือมีเนื้อตายหรือเลือดออก เป็นก้อน ทำให้พิการ หรืออวัยวะทำงานผิดปกติ วิธีการรักษาทางสัลยกรรมมีเป้าหมายเพื่อซ่อมแซม, เพื่อเย็บปิดรูรั่ว, เพื่อเอาหนองออกหรือเพื่อตัดส่วนที่ผิดปกติออก และยังรวมไปถึงการใส่อวัยวะเทียม และการปลูกถ่ายหรือเปลี่ยนเนื้อเยื่อหรืออวัยวะด้วย

บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

1. บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

- 1.1 มอบหมายผู้ป่วย 2-3 คน ให้พยาบาลวิชาชีพตามความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาล และพิจารณาจำนวนผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- 1.2 มอบหมายพยาบาลผู้ช่วย ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน
- 1.3 ร่วมรับ – ส่งเวร เพื่อทราบและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมาใช้ในการรักษาพยาบาล
- 1.4 ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อประเมินผลทางการพยาบาล
- 1.5 ร่วมประชุมกับพยาบาลเจ้าของไข้ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์
- 1.6 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลทางการพยาบาลและทราบความต้องการของผู้ป่วย
- 1.7 แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย รวมทั้งการแนะนำเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง
- 1.8 รวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ประกอบการประเมินและแนวทางการแก้ไขปัญห
- 1.9 สำรวจความต้องการหรือความสนใจในการเรียนรู้ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติงาน
- 1.10 จัดให้บุคลากรได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ
- 1.11 จัดให้บุคลากรได้มีโอกาส ศึกษาต่อ อบรม เช่น ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท อบรมเฉพาะทาง ศัลยกรรม
- 1.12 จัดให้มีการอบรม ประชุม ร่วมกันภายในหน่วยงาน ประจำวัน ประจำเดือน
- 1.13 จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้ด้วยดีและมีคุณภาพ
- 1.14 เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่าง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้เข้าใจนโยบาย เป้าหมาย และแผนงานของโรงพยาบาลและของฝ่ายการพยาบาล สื่อสารให้ผู้บริหารเข้าใจการปฏิบัติงานปัญหา และอุปสรรค เพื่อช่วยแก้ไขปัญห

2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้

- 2.1 รับผิดชอบผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย
- 2.2 นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยวางแผนให้ครอบคลุมความต้องการทางด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
- 2.3 แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และบอกถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและญาติ
- 2.4 ให้การพยาบาล ให้คำแนะนำ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติตามที่ได้อาแผนการรักษาพยาบาลไว้ให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
- 2.5 ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ รับผิดชอบต่องาน เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ

2.7 รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ พยาบาลอาวุโส เพื่อขอคำปรึกษา

2.8 ดูแล ช่วยเหลือ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยเร็ว

2.9 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.10 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2.11 ร่วมรับผิดชอบในการเป็นพยาบาลผู้ช่วยขณะพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ช่วย

3.1 แนะนำตนเองให้ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง

3.2 ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้

3.3 ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้ หรือพยาบาลหัวหน้าตึก หากมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3.4 บันทึกแผนการพยาบาลตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

3.5 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา

3.6 มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

4. บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาล

4.1 แนะนำตนเองให้ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย

4.2 ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การนิเทศของพยาบาลเจ้าของไข้ / พยาบาลผู้ช่วย

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 1 การมอบหมายงาน

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการดูแล โดยมีหลักการดังนี้

1.1 พยาบาล 1 คนจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย 1-3 คน

1.2 การมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลรับผิดชอบจะคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวรวมทั้งความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาล

1.3 ใช้ใบมอบหมายงานที่ระบุชื่อพยาบาลทุกคน และผู้ป่วยในความรับผิดชอบ

1.4 มอบหมายให้พยาบาลเวรป่วยและเวรดึกเป็น “พยาบาลผู้ช่วย” ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลแบบเจ้าของไข้ของพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นเวร

ขั้นที่ 2 การรับมอบหน้าที่ความรับผิดชอบ

“พยาบาลเจ้าของไข้” ทำความเข้าใจกับงานที่ได้รับมอบหมาย โดยปฏิบัติดังนี้

2.1 ศึกษาใบมอบหมายงาน

2.2 ใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

- 1) ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และศึกษาเวชระเบียน
- 2) ประเมินปัญหาสุขภาพครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- 3) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน
- 4) กำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลในภาพรวม โดยคาดการณ์จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับสู่ภาวะสุขภาพปกติโดยเร็วที่สุด
- 5) วางแผนการพยาบาลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้
- 6) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วยรับการตรวจรักษา การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการสุขภาพ การให้การดูแลรักษา การป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ
- 7) ประเมินผลการพยาบาลด้วยวิธีที่เหมาะสม
- 8) นำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 3 การรับ - ส่งเวร

ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาและการรักษาพยาบาลจะถูกสื่อสารจากพยาบาลในเวรหนึ่งไปสู่พยาบาลอีกเวรหนึ่งด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน นอกจากนี้ยังสื่อสารเกี่ยวกับสภาพทรัพยากรในการปฏิบัติงานตามที่เป็นจริง

ขั้นตอนการปฏิบัติการรายงานรับ - ส่งเวรผู้ป่วย

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1. มีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ในเอกสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่ตรวจสอบและอ้างอิงได้ทางกฎหมาย
- 1.2. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์การบันทึกทุกประเภทไว้พร้อมก่อนรายงานส่งเวร
- 1.3. เตรียมเอกสาร/หลักฐาน ปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับ เพื่อรายงานส่งเวร
- 1.4. เตรียมสภาพทั่วไปของผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อการเยี่ยมชมตรวจสอบส่งเวร
- 1.5. เตรียมวิธีการรายงานที่เหมาะสม

2. ขั้นปฏิบัติ

- 2.1 รายงานการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และที่ยังไม่ได้รับ โดยพยาบาลเวรเดิม
- 2.2. เยี่ยมตรวจผู้ป่วยพร้อมกันทั้งพยาบาลเวรเดิมและพยาบาลเวรเข้า
- 2.3. รายงานกิจกรรมที่ทำต่อผู้ป่วยแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลวิชาชีพเวรเข้า และสมาชิกในทีม
- 2.4. ให้โอกาสซักถามให้เกิดความเข้าใจอย่างดียิ่งก่อนลงเวร
- 2.5. พยาบาลเวรเดิมแนะนำชื่อพยาบาลเวรเข้าที่จะดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยต่อไป ให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ
- 2.6. พยาบาลเวรเดิมกล่าวคำอำลาผู้ป่วยก่อนลงเวร

3. ขั้นหลังการรายงานรับ – ส่งเวรผู้ป่วย

3.1. พยาบาลเวรเช้าทบทวน และตรวจเอกสาร และข้อมูลสำคัญอีกครั้ง

3.2. พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยทบทวนความเข้าใจในงานที่จะปฏิบัติต่อไป โดยศึกษา

จากแผนการพยาบาล

ขั้นที่ 4 การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน (Pre-conference)

หมายถึงการประชุมทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเปิดโอกาสให้พยาบาลได้พูดคุยซักถามทั้งในส่วนที่ไม่เข้าใจ ไม่ชัดเจน และเข้าใจดีพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ ควรมีการบันทึกข้อมูล ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะในการประชุม และการปรึกษาร่วมกัน เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงแผนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 5 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Nursing round)

หมายถึงการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม พัฒนาคูคล และพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน โดยมีการพูดคุยร่วมกับการสังเกตและตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและประเมินผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรมการเยี่ยมตรวจมีดังต่อไปนี้

1. การเยี่ยมตรวจก่อนส่งเวร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความพร้อมก่อนส่งเวร

2. การเยี่ยมตรวจขณะรับเวร – ส่งเวร โดยการเยี่ยมตรวจ ประมาณ 10 นาที เพื่อเห็นสภาพจริงของผู้ป่วยและทราบปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

3. การเยี่ยมตรวจในช่วงเช้าหรือช่วงกลางเวร เพื่อชี้แจงข้อมูล และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติม และตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล

4. การเยี่ยมตรวจร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพเพื่อร่วมวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มอย่างถูกต้อง เหมาะสม และครบถ้วน

ขั้นที่ 7 การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน (Post-conference)

หมายถึงการประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในเวรที่ได้ปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วเพื่อให้มี โอกาสได้แสดงความรู้สึกต่องาน ต่อคน และต่อผู้ป่วย ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ และเตรียมความพร้อมในการส่งเวร โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยนำกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหา มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันเพื่อการแก้ไขปัญหา ควรมีการบันทึกข้อมูล ข้อสังเกต ข้อเสนอแนะในการประชุม และการปรึกษาร่วมกัน เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงแผนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 8 ประชุมปรึกษาทางพยาบาล (Nursing Conference)

หมายถึงการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (Content Conference) เป็นการนำหัวข้อเรื่องที่สมาชิกในหอผู้ป่วยสนใจที่จะเรียนรู้มาอภิปรายร่วมกัน โดยมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำอภิปราย และสมาชิกในกลุ่มทุกคนต้องเตรียมเนื้อหามาร่วมอภิปราย ซึ่งจะกระทำเดือนละ 1 ครั้ง

ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ขั้นตอน/ กิจกรรม/ พฤติกรรมดูแล	ผู้ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารประกอบ การปฏิบัติ
การมอบหมายงาน 1. ศึกษาความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์ของพยาบาลทั้งหมดที่อยู่ในหอผู้ป่วย 2. ศึกษาข้อมูลและประวัติของผู้ป่วยจากข้อมูลการ รับ – ส่ง เหว และการเยี่ยมตรวจ	- หัวหน้าหอผู้ป่วย - หัวหน้าหอผู้ป่วย	- สามารถมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลตามความรู้ความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์แบบ - สามารถมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างเหมาะสม - เพื่อการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	- เวชระเบียน - Kardex
การรับมอบหน้าที่ 1. ทำความเข้าใจกับงานที่ได้รับมอบหมาย 1.1. ศึกษาใบมอบหมายงาน 1.2 สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย 2. ใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย 2.1 ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และศึกษาเวชระเบียน	- พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย - พยาบาลเจ้าของไข้	- ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและตามมาตรฐานวิชาชีพ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง - พยาบาลทราบข้อมูลและแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง - พยาบาลทราบข้อมูล เช่น กิจกรรมประจำวัน ความเชื่อแบบแผนการดำเนินชีวิต	- เวชระเบียน - Kardex - แบบรับผู้ป่วยใหม่ - แบบประเมินผู้ป่วย - แผนการพยาบาล - บันทึกการพยาบาล

ขั้นตอน/ กิจกรรม/ พฤติกรรมการดูแล	ผู้ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารประกอบ การปฏิบัติ
2.2 ประเมินปัญหาสุขภาพ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2.3 กำหนดข้อวินิจฉัยทาง การพยาบาลและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา 2.4 กำหนดเป้าหมายที่เป็น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลใน ภาพรวม โดยคาดการณ์จำนวน วันนอนที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับ สู่ภาวะสุขภาพปกติโดยเร็วที่สุด 2.5 วางแผนการพยาบาลที่จะ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้			
2.6 ปฏิบัติการพยาบาลตาม แผนที่วางไว้โดยคำนึงถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2.7 ประเมินผลการพยาบาล ด้วยวิธีที่เหมาะสม 2.8 นำผลการประเมินไป ปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง 3. เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้อยู่เสมอ	- พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย - พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย - พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรอบ คลุมการเตรียมผู้ป่วยรับการ ตรวจรักษา การสร้างความร่วม มือระหว่างผู้ป่วย ญาติและ ผู้ให้บริการสุขภาพ การให้การ ดูแลรักษา การป้องกันความ รุนแรงของโรคและ ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู ภาวะสุขภาพ และการส่งเสริม สุขภาพ - เครื่องมือและอุปกรณ์เพียงพอ และพร้อมใช้	

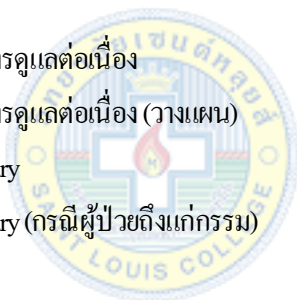
ขั้นตอน/ กิจกรรม/ พฤติกรรมดูแล	ผู้ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารประกอบ การปฏิบัติ
<u>การรับ-ส่งเวร</u> 1. การรับรายงานส่งเวร และเยี่ยม ผู้ป่วย 1.1. รับฟังรายงานจากเวรคิก - รับทราบปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วย 1.2. บันทึกข้อมูลสำคัญ - บันทึกความต้องการดูแล และช่วยเหลือ - บันทึกแผนการรักษาที่ต้อง กระทำต่อไป	- หัวหน้าหอผู้ป่วย - พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย - ผู้ช่วยพยาบาล	- รับทราบแผนการรักษา พยาบาลที่ได้จัดทำไปแล้ว และ แผนการรักษาพยาบาลที่ต้อง กระทำต่อไป	- Kardex - แผนการพยาบาล - บันทึกการพยาบาล
<u>การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน</u> - ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ก่อนปฏิบัติงาน โดยพูดคุยทำ ความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับ ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายก่อนลง มือปฏิบัติงาน เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์ รวม การให้ผู้ป่วยหรือญาติมี ส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล - ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยในแฟ้ม ประวัติ - อ่านข้อมูลทั้งหมดที่บันทึก - ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย การรักษา พยาบาล ภาวะสุขภาพ และ ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม	- หัวหน้าหอผู้ป่วย - พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย - ผู้ช่วยพยาบาล	- ผู้ให้บริการได้รับทราบปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย/ ญาติ ในความรับผิดชอบอย่าง ถูกต้องก่อนปฏิบัติงาน - ได้ข้อมูลผู้ป่วย ปัญหา และ ความต้องการของผู้ป่วย	- แผนการพยาบาล - บันทึกการพยาบาล - แฟ้มประวัติผู้ป่วย

ขั้นตอน/ กิจกรรม/ พฤติกรรมดูแล	ผู้ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารประกอบ การปฏิบัติ
การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน - อภิปรายปัญหาและผลการ ปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกัน เสนอแนวคิด ทุกคนมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา การดูแลผู้ป่วย ในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด จำเป็นต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและ ทนต่อการผ่าตัดได้ดี อาการ แทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับการ เตรียมก่อน – หลังผ่าตัดเป็น อย่างดี การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล	- หัวหน้าหอผู้ป่วย - พยาบาลเจ้าของไข้ - พยาบาลผู้ช่วย - ผู้ช่วยพยาบาล	- มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกร ต่องาน ต่อคน และต่อผู้ป่วย ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ให้มีคุณภาพ และเตรียมความ พร้อมในการส่งเวร	- แผนการพยาบาล - บันทึกการพยาบาล
- นำเสนอประเด็นที่น่าสนใจ - อภิปรายร่วมกัน	- สมาชิกที่น่าสนใจ ประเด็น - สมาชิกในหอผู้ป่วย ทุกคน	- พัฒนาคุณภาพการพยาบาล - พัฒนากุศลการ	- เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4

สิ่งที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

1. แบบบันทึกการมอบหมายงานประจำวัน
2. ตารางมอบหมายงานประจำวัน
3. รับ-ส่งเวรประจำวัน
4. แบบรับผู้ป่วยใหม่
5. แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่
6. แบบประเมินผู้ป่วยรับใหม่ (ต่อ)
7. แบบบันทึกแผนการพยาบาล
8. บันทึกทางการพยาบาล (Nurse note)
9. Kardex
10. Pink card
11. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
12. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (วางแผน)
13. Nursing discharge summary
14. Nursing discharge summary (กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม)



บรรณานุกรม

ชนิต วัชรพุทก์. (2535). An approach to surger. ใน ชาลววิทย์ ดันติพิพัฒน์ และชนิต วัชรพุทก์. (บรรณาธิการ).
ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2519). พยาบาลเจ้าของไข้ใน 50 ปี ชีวิต และงานอาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2521). แผนการพยาบาล : การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์. พระนคร: รุ่งเรือง
การพิมพ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2525). การนิเทศและการสอนการพยาบาลในคลินิก. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชา
พยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

มาลีพันธ์ สุนทรธีมากร. (2548). ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยบูรณาการส่วนประสมการตลาด
ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วิพร เสนารักษ์. (2546). การวินิจฉัยการพยาบาล. ขอนแก่น: ห.จ.ก.ขอนแก่นการพิมพ์.

สุปราณี เสนาดิสัย. (2547). การพยาบาลในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

Bandura, A. (1997). Self – efficacy the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.

Marram, G. (1979). Primary Nursing. St. Louis : The C.U. Mosby Company.

ภาคผนวก จ

(ตัวอย่าง) แบบวัดการปฏิบัติกรพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
ของพยาบาลศัลยกรรม



แบบวัดการปฏิบัติการในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลศัลยกรรม

คำชี้แจง แบบวัดส่วนนี้ต้องการให้ท่านระบุพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ท่านปฏิบัติ โปรดพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยตัวเลขที่เป็นคำตอบมีความหมาย ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ้างเป็นครั้งคราว
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ

ลำดับ		ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล				
		5	4	3	2	1
1.	ท่านรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ					
2.	ท่านกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม โดยคำนึงถึงลำดับความสำคัญเร่งด่วนของความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย					
3.	ท่านกำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ ครอบคลุมจำนวนวันนอน และการจำหน่ายผู้ป่วย					
4.	ท่านวางแผนการพยาบาลตรงตามข้อวินิจฉัยที่กำหนด และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ					
5.	ท่านนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้กลับเป็นปกติ					
6.	ท่านให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย					
7.	ท่านเขียนบันทึกทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล					

ลำดับ		ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล				
		5	4	3	2	1
8.	ท่านประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม และนำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง					
9.	ท่านรับ-ส่งเวร ได้อย่างถูกต้องทุกเวร โดยใช้แผนการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง					
10.	ท่านร่วมประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติการพยาบาล (Pre-conference) ได้อย่างครอบคลุมทุกเวร					
11.	ท่านเยี่ยมตรวจผู้ป่วย (Nursing round) อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง					
12.	ท่านร่วมประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติการพยาบาล (Post-conference) ได้อย่างครอบคลุมทุกเวร					
13.	ท่านร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง					
14.	ท่านสร้างความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน					
15.	ท่านติดต่อประสานงานกับพยาบาลผู้ช่วย ญาติ บุคลากร ในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้อย่างเหมาะสม					
16.	ท่านได้รับมอบหมายอำนาจจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลอย่างเต็มที่					
17.	ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยในความดูแลให้หายด้วยแผนการพยาบาลที่ท่านเป็นผู้วางตามเป้าหมายที่กำหนด					
18.	ท่านมีความเป็นอิสระอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ					
19.	ท่านพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในความดูแล					
20.	ท่านกล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยในความดูแล					

ภาคผนวก ข

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล
ในระบบการพยาบาลเจ้าของใช้ ของพยาบาลศัลยกรรม



ค่าความเชื่อมั่น

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ของพยาบาลศัลยกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.9315 และจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นของแบบวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เท่ากับ 0.907
- 2) ความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เท่ากับ 0.9090
- 3) ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลศัลยกรรมเท่ากับ 0.9086



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พณดํารวเอกหญิง วรรณิ เจริญรักษ์
วัน เดือน ปี เกิด	22 เมษายน 2498
สถานที่เกิด	จังหวัดสิงห์บุรี ประเทศไทย
การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลดํารว
ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน	พยาบาล (สบ.4) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลดํารว

