

ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต  
และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2557  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PRIMARY NURSING MODEL ON QUALITY OF CARE AS PERCEIVED  
BY RELATIVES AND NURSES' SATISFACTIONS, MEDICAL INTENSIVE CARE UNITS

Lieutenant Commander Soraya Youngjaroen



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
โดย	นาวาตรีหญิงศรญา ยังเจริญ
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ศรญา ยังเจริญ : ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (EFFECTS OF PRIMARY NURSING MODEL ON QUALITY OF CARE AS PERCEIVED BY RELATIVES AND NURSES' SATISFACTIONS, MEDICAL INTENSIVE CARE UNITS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์, หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม 1) ญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการจับคู่ เพศ อายุ กลุ่มโรค APACHE II score ของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนด 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 20 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมซึ่งสร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงตามแนวคิดของ Attree (1993) และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงตามแนวคิดของ Erikson (1987) & Kritsotakis, et. al. (2010) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ทดสอบค่า CVI ได้เท่ากับ .90 และ .88 ตามลำดับ และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพการดูแลตามรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยรวมทุกด้านจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยรวมทุกด้าน หลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

# # 5477189536 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: QUALITY OF CARE / PRIMARY NURSING / MEDICAL INTENSIVE CARE

SORAYA YOUNGJAROEN: EFFECTS OF PRIMARY NURSING MODEL ON QUALITY OF CARE AS PERCEIVED BY RELATIVES AND NURSES' SATISFACTIONS, MEDICAL INTENSIVE CARE UNITS. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D., pp.

The purposes of this experimental research were to compare the quality of care as perceived by relatives with non-using primary nursing and using primary nursing for medical intensive patients and compare nurse's satisfactions with non-using primary nursing and using primary nursing for medical intensive patients. The research samples were the 40 relatives of medical intensive patients. They were divided into 2 groups, 20 relatives of medical intensive patients for experimental groups and 20 relatives of medical intensive patients for control groups. These 2 patients groups were matched with sex, age, diagnosis and APACHE II score, and 20 intensive nurses selected by purposive sampling. The research instruments were consisted of program of primary nursing for medical intensive care units and primary nursing handbook which, was created and developed by the researcher. The data were obtained by questionnaire of quality of care as perceived by relatives according to Attree (1993) and questionnaire of nurses' satisfactions according to Eriksen (1987) & Kritsotakis, et al. (2010) was appropriately applied with the context. All instruments were confirmed by the five experts and test for content validity index was .90 and .88. Reliability of the questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient and value was .89 and .88. The data were analyzed using mean, standard deviation and t-test. The result of this study revealed that

1. Quality of care as perceived by relatives medical intensive care units, whom using the primary nursing, was significantly higher than the intensive patients, who did not used primary nursing at the level .05

2. Nurses' satisfactions medical intensive care units, whom using the primary nursing, was significantly higher than the intensive patients, who did not used primary nursing at the level .05

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature .....

Academic Year: 2014

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้รับ คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการ เรียนรู้ตลอดการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน คือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี, ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัฒราดุลย์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธิรังษี, นางสุธาดา กัณหา และ นางสุพัตรา อุนนิสากร ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ รongผู้อำนวยการฝ่ายการ พยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หัวหน้า หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ญาติผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และศัลยกรรม ทุกคนที่ได้อนุเคราะห์ และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยนี้จนสิ้นสุดกระบวนการวิจัยด้วยดี เสมอมา

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
สมมุติฐานการวิจัย .....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. บริบทการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์... 15	
2. แนวคิดผู้ป่วยวิกฤตและญาติผู้ป่วยวิกฤต .....	20
3. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	52
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล.....	59
5. แนวคิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ .....	68
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	78
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	79

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	79
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	80
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) .....	82
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	82
การจับคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง .....	82
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ป่วยวิกฤต .....	84
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ .....	87
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	88
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ .....	89
การดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	99
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	105
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	105
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	106
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	109
สรุปผลการวิจัย .....	114
การอภิปรายผลการวิจัย .....	115
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	122
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	122
.....	123
รายการอ้างอิง .....	123
ภาคผนวก .....	132
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	133
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเชิญวิทยากร และผู้ทรงคุณวุฒิ .....	136



ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	142
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	154
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	170
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล .....	174
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	189



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน RN : NA และสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลวิชาชีพ.....	18
ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนน APACHE II score : อัตราการเสียชีวิต.....	81
ตารางที่ 3 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะเพศ อายุ กลุ่มโรค และระดับความรุนแรงของโรค .....	83
ตารางที่ 4 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษาของญาติ เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพทางการเงิน อาชีพ กลุ่มโรค การนับถือศาสนา และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา .....	84
ตารางที่ 5 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม จำแนกตามอายุ สถานภาพ สถานที่ปฏิบัติงาน อายุการทำงาน จำนวนครั้งการอบรมพยาบาล ระดับการศึกษาเจ้าของไข้ (n=20).....	87
ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมความรู้ เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ....	101
ตารางที่ 7 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงจำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (n=20).....	102
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20).....	107
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20).....	108
ตารางที่ 10 ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนคุณภาพการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการพยาบาลเจ้าของไข้ มีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov – Smirnov Test.....	175
ตารางที่ 11 ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov – Smirnov Test.....	177

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการ  
 พยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านความต่อเนื่อง ตามรายข้อ  
 (n=20)..... 179

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการ  
 พยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกด้านการได้รับข้อมูล ตามรายข้อ  
 (n=20)..... 180

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ ระหว่างการ  
 พยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกด้านพฤติกรรม การดูแลของบุคลากร  
 ทางกรพยาบาล ตามรายข้อ (n=20)..... 182

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาล  
 ปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านการปฏิบัติงาน ตามรายข้อ (n=20)..... 184

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาล  
 ปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา ตามรายข้อ  
 (n=20)..... 186

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาล  
 ปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านการสื่อสารในสหสาขาวิชาชีพรายข้อ  
 (n=20)..... 188

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาวะการณ์ปัจจุบันของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและการพยาบาลให้มีคุณภาพ ภายใต้ ยุคของการปฏิรูปสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งภาวะกาย จิต สังคม และจิต วิญญาณ ตลอดจนการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2555-2559 (สภาการพยาบาล, 2554) ให้มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนระบบและกลไกการควบคุมคุณภาพ การบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค และให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และความต้องการของพยาบาลตามการปฏิรูประบบราชการไทย รวมทั้ง สภาพสังคม เศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าอย่างมากทางเทคโนโลยีการสื่อสารและการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพเป็นไปอย่าง ไร้พรหมแดนและรวดเร็ว จากสภาวะการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดข้อสงสัย และมีการ ตรวจสอบคุณภาพการดูแลที่ได้รับรวมทั้งเกิดความคาดหวังในคุณภาพการดูแลมากขึ้น ทำให้พยาบาล ดูแลผู้ป่วยและญาติภายใต้ความกดดันและความคาดหวัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตซึ่งอยู่ระหว่าง ความเป็นความตาย ความต้องการการดูแลและความคาดหวังในคุณภาพการดูแลจึงสูงตามไปด้วย นอกจากนี้รูปแบบการดูแลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล ไม่สนับสนุนให้พยาบาลสามารถให้การดูแลอย่าง มีคุณภาพได้ อาจส่งผลต่อความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพให้ลดลง และยังเป็น อุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้สูงขึ้นตามไปด้วย

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว การเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดรวมทั้งการพึ่งพาเครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูง พยาบาลที่ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีร่วมกับศาสตร์ทาง การพยาบาล เพื่อให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้วยความเป็นมนุษย์ นอกจากการดูแล ที่ตอบสนองการทำงานของอวัยวะต่างๆด้านร่างกาย (วิจิตร ฤกษ์, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยที่ผ่านพ้น ภาวะวิกฤตซึ่งส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ การใส่สาย สวนหลอดเลือดดำ เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ทัศนคติการรักษายังทำให้ ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่กับเทคโนโลยีเป็นเวลานานๆและทำให้มีข้อบกพร่องในการทำหน้าที่ ของอวัยวะต่างๆตามมา นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังมีผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องพบกับ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทั้งจากอุณหภูมิ แสงสว่างที่มากตลอดเวลา การขาดความเป็นส่วนตัว เสียงดังของเครื่องมืออุปกรณ์แพทย์ต่างๆหรือผู้ป่วยหนักข้างเตียง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการควบคุม

ภายในจิตใจ ถูกพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลที่รัก ทำให้รู้สึกสับสน เบื่อหน่าย เกิดความเครียด กลัว โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น สูญเสียพลังอำนาจ เกิดภาวะกดดันด้านจิตวิญญาณตามมา ด้านของสังคมการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้สูญเสียรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ ค่าครองชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลงหรือไม่มีเลย รวมถึงด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ในขณะที่เดียวกันก็มีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย และเริ่มค้นหาความจริง และหาข้อมูล โดยเชื่อว่าพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์ที่ตนนับถือเป็นผู้ให้ความหวังแก่เขา ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณอย่างมาก บางรายสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ทำบุญต่อชีวิต ถวายสังฆทาน ตามความเชื่อของชาวพุทธ ความหวังของผู้ป่วยและญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะช่วยให้มีกำลังใจ แข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตาย เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ จึงมีข้อจำกัดในการสื่อสารความต้องการให้ผู้อื่นทราบ ด้วยวิธีปกติ บางครั้งต้องการการตัดสินใจจากญาติ ทำให้ญาติเกิดความยุ่งยาก และลำบากใจอย่างยิ่ง ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะนี้ไปด้วยดี เป็นเหตุให้ผู้ป่วยวิกฤตต้องพึ่งพาผู้อื่น (วิจิตรา กุสุมภ์, 2548 และจอนพะจง เพ็งจาด, 2546) ญาติผู้ป่วยวิกฤตจึงมีบทบาทความรับผิดชอบสำคัญ และเป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วย (Aguard & Harder, 2007; Pang & Suen, 2009) สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกัน สนับสนุน และมีความผูกพันกันระหว่างเครือญาติพี่น้อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ญาติจะมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดในการส่งผ่านความรัก ความหวังใยระหว่างกัน ญาติจึงเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่น ดังนั้นญาติจึงเป็นแหล่งพึ่งพาของผู้ป่วยและได้รับผลกระทบตามไปด้วยไป (วงรัตน์ ไสสุข, 2544)

ในบริบทของผู้ป่วยวิกฤต ญาติมักรับรู้เกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดชีวิตกับการสูญเสียชีวิต จึงคาดการณ์สิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้า นอกจากนั้นการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การรับรู้ผลการรักษา และการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard & Avavi, 2008) ทำให้ญาติอาจไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับการจำกัดเวลาเยี่ยม รูปแบบของการดูแลที่ปิดกั้นความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Eggenberger & Nelms, 2007) รวมทั้งไม่มีพยาบาลคนใดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยรวม และมักมีพยาบาลคนใหม่มาดูแลผู้ป่วยสับเปลี่ยนไปทุกเวร บางครั้งญาติไม่รู้จะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลคนใด ทำให้ญาติไม่สามารถสื่อสารและสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้ (Yang, 2008; Wall, 2009) และในขณะที่ญาติก็ไม่สามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา มีเพียงช่วงเวลาเขาเยี่ยมผู้ป่วยได้ในระยะเวลาสั้นๆ เมื่อญาติไม่ได้เข้าไปอยู่ด้วยและเฝ้ารอดูอาการอยู่ด้านนอก ญาติรู้สึกว่าคุณจำกัดให้ไม่รู้ไม่เห็นว่าเป็นแพทย์พยาบาลทำอะไรกับผู้ป่วยบ้าง อยากรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตอนไหน กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา และการดำเนินของโรค (Davidson, 2009) ในบางครั้ง

อยากทราบข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งเป็นข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมก็ดูเหมือนว่า พยาบาลมีงานมาก พยาบาลมีสีหน้าเคร่งเครียด ไม่ยิ้มแย้ม ไม่ทักทาย ประกอบกับอาการของผู้ป่วยที่ยังไม่ดีขึ้น ทำให้ญาติไม่กล้าสอบถาม รู้สึกเกรงใจ เกรงว่าจะสร้างความรำคาญแก่พยาบาล ทำให้การรับรู้ข้อมูลของญาติมีความไม่เข้าใจความหมายได้ เมื่อญาติได้ฟังข้อมูลจากพยาบาลว่าผู้ป่วยมีอาการโดยรวมดีขึ้นหรือแย่ลง พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าญาติเข้าใจดีแล้ว แต่โดยแท้จริงแล้วญาติบางรายไม่รู้ว่ามีดีหรือแย่เป็นแบบไหน อยากสำรวจความเข้าใจของตนเองซ้ำก็ไม่กล้า เกรงว่าพยาบาลไม่มีเวลาตอบเพราะเห็นว่ายุ่งตลอดเวลา ญาติบางคนเข้าใจและรับรู้ไม่เหมือนกัน “บางคนรับฟังเข้าใจ บางคนรับฟังแล้วยังไม่เข้าใจ พยาบาลต้องให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องไม่ใช่ให้ครั้งเดียวเสร็จ” (ปฐมวดี สิงห์ตง, 2554) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลต้องคำนึงถึงความพร้อมของญาติ วิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และที่สำคัญต้องให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกครั้งทุกวันที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับญาติ ญาติบางรายเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเห็นจอมอนิเตอร์ข้างเตียงผู้ป่วย เมื่อไม่กล้าสอบถามอาการจากพยาบาลก็นำสิ่งที่เห็นไปตีความตามความเข้าใจของตนเองว่า “เครื่องบนจอที่แดงวาวๆ แดงเขียวๆบางทีก็แดงตลอด เหมือนรถส่งคนไข้ ก็ไม่รู้เป็นเหมือนกันหรือเปล่า เรามานั่งคิดเอาเองว่า ไฟแดงท่าจะอันตรายเต็มที่ ไฟเขียวท่าจะดีกว่า อยากให้เขามาอธิบายให้ฟังจะได้รู้ไว้ ตัวเลขเขียวขึ้นเดี๋ยวลง เดี่ยวแรงเดี๋ยวค่อย เป็นยังไง อาการ ดีขึ้นสักหน่อยไหม” (ปฐมวดี สิงห์ตง, 2554) แสดงถึงความไม่เข้าใจ ความคับข้องใจของญาติ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอในเวลาที่เหมาะสม รวมถึงมีการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกถึงพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกต่อผู้ป่วยและญาติด้วยความห่วงใย เอื้ออาทร ยิ้มแย้มแจ่มใส สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล จะช่วยทำให้ญาติกล้าบอกเล่าความรู้สึก ปัญหาและความช่วยเหลือตรงกับความต้องการ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลไม่ว่าการเจ็บป่วยนั้นอยู่ในระยะวิกฤต ระยะเปลี่ยนผ่าน จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม (Hoye & Severinsson, 2010)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลโดยทั่วไปของผู้วิจัย พบว่ารูปแบบการดูแลมีหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีทั้งแบบเป็นทีม และแบบเฉพาะราย ซึ่งลักษณะการดูแลจะมีความคล้ายคลึงกันคือเป็นแบบเฉพาะราย (Case method) จากการสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยทั่วไป พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าเวรพยาบาลจะเป็นผู้มอบหมายงานพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1-2 คน สับเปลี่ยนหน้าที่ไปทุกเวร การมอบหมายงานขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ความต้องการการดูแลและภาระงานการดูแลของผู้ป่วย หากผู้ป่วยรายใดมีปัญหาต้องการการดูแลมากกว่าปกติ จะมอบหมายให้รับผิดชอบผู้ป่วยเพียง 1 ราย อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยปกติเป็น 1:2 ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆอย่างต่อเนื่อง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีเวลา

จำกัด เนื่องจากมีคำสั่งการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่มากมาย พยาบาลต้องทำงานให้แล้วเสร็จภายในเวลา โอกาสที่พยาบาลจะพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อรับฟังปัญหาต่างๆของผู้ป่วย การค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติจึงมีเวลาอย่างจำกัดไปด้วย ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพขาดความต่อเนื่อง พยาบาลขาดข้อมูลจำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลต่างๆที่สำคัญจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวิกฤตไม่ครบถ้วน หรือไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมด นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพที่ไม่ต่อเนื่องยังส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่มีโอกาสรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร เป็นลักษณะการมอบหมายงานที่ไม่เอื้อให้พยาบาลสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ และมีอิสระในการตัดสินใจเท่าที่ควร ในบางครั้งการประสานงานการดูแลทำได้ไม่ต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลส่งเวรต่อให้พยาบาลคนต่อไปไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้รับการส่งเวรต่อ ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตรวจการรักษาเพิ่มเติมหรือได้รับการตรวจรักษาล่าช้า ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติเกิดคุณภาพไม่ดีเท่าที่ควร และพยาบาลพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลน้อยกว่าที่ควร สอดคล้องกับปฐมวดี สิงห์ตง (2554) ทำการศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองของญาติผู้ป่วย

จากปัญหาของผู้ป่วยและญาติข้างต้น ทำให้เห็นว่าพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความเข้าใจปัญหาและความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมความซับซ้อน และเป็นองค์รวมด้วยความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร สนิทไมตรีที่เข้มแข็งเป็นมิตร ทั้งนี้พยาบาลต้องอาศัยความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีเวลาเพียงพอในการสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความไว้วางใจจากญาติ มีเวลาศึกษาประวัติความเจ็บป่วยเพื่อใช้วางแผนการดูแล วางแผนการจำหน่าย รวมถึงเป็นสื่อกลางการสื่อสาร การประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมแพทย์พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการสื่อสารบ่งบอกถึงการแสดงความเอาใจใส่ ความต้องการความช่วยเหลือที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลที่ดี มีความผาสุกทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ และพยาบาลยังรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยในเชิงลึกมากที่สุด กล่าวคือการดูแลผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพการดูแลสูงสุดนั้น ต้องอาศัยการมอบหมายงานที่เปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลมีเวลามากพอในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้น จนญาติเกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ และพยาบาลเป็นสื่อกลางการสื่อสาร ประสานงานการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลได้ใช้ความรู้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ส่งผลให้พยาบาลภาคภูมิใจเกิดความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างมีคุณภาพ และพยาบาลเกิดความพึงพอใจในวิชาชีพ (ปรางทิพย์ อุจระรัตน์, 2541)

จากการทบทวนรูปแบบการดูแลมีอยู่หลายรูปแบบซึ่งมีข้อดี และข้อเสียแตกต่างกันไป (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี, 2551) ดังนี้คือ รูปแบบการดูแลเป็นรายบุคคลหรือเฉพาะราย

(case method) รูปแบบตามหน้าที่ (functional method) รูปแบบพยาบาลเป็นทีม (Team) ที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และตามการวินิจฉัยของพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล การมอบหมายงานรูปแบบดังกล่าว เป็นการมอบหมายตามลักษณะของงานที่มุ่งให้งานแล้วเสร็จ โดยพยาบาลถูกสับเปลี่ยนหน้าที่ไปในแต่ละเวร ไม่มีพยาบาลคนใดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยรวม (ปรองทิพย์ อัจจะรัตน์, 2541) ส่วนรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) (Marram, 1979) เป็นรูปแบบที่เอื้อต่อพยาบาลให้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะเอื้อให้พยาบาลการวางแผนการดูแลได้ต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลมีความต่อเนื่อง (Continuity care) ครอบคลุมความซับซ้อนของโรค (Comprehensive care) และเน้นการดูแลแบบองค์รวม “holistic care” คือการดูแลแบบคนทั้งคน มีการประสานงานการดูแล (Coordination care) และเน้นการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบเป็นศูนย์กลาง (Patient-family centered care) พยาบาลจะสามารถตรวจสอบพื้นฐานความเข้าใจในข้อมูลเดิมของผู้ป่วยและญาติ และให้ข้อมูลใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง เกิดสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาล แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแลของพยาบาลที่เอาใจใส่ เกิดเป็นความไว้วางใจ ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ นอกจากนี้รูปแบบดังกล่าวทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจการมอบหมายงานที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยและญาติมากขึ้น เป็นการสนับสนุนให้พยาบาลเป็นสื่อกลางการสื่อสารประสานความร่วมมือกัน ดังนั้นรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงเป็นรูปแบบที่พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมองค์รวม เน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง มีการประสานงานการดูแลที่เรียกว่าเป็นการสื่อสารแบบสามเหลี่ยม ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram et al., 1979) เอื้อให้พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยและญาติ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบคนทั้งคน ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แผนการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เกิดสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพจนเกิดความคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้พยาบาลเป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแลสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ตรงตามความต้องการมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลคนเดิมที่รับรู้ปัญหาความต้องการอย่างลึกซึ้งมาโดยตลอด ญาติกล้าสอบถามข้อสงสัย ปัญหาความคับข้องใจต่างๆ รวมถึงความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในเชิงบวก ได้แก่ ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความ



เป็นมิตร ความไว้วางใจมีมากขึ้น ทั้งนี้จากสัมพันธภาพที่ดี การดูแลมีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รับรู้ได้ถึงความปลอดภัย ได้รับการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ประสานงานการดูแลที่ดี และได้รับพฤติกรรมดูแลจากบุคลากรที่ดี ทำให้ได้รับคุณภาพการดูแลสูงสุด สอดคล้องกับ Jonsdottir (1999) and Nissen, Boumans & Landeweerd (1997) และทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจด้านการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจมากขึ้น เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรียา ดียิ่ง (2554) และศศิธร แสงศร (2545) นอกจากนี้พบว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ยังช่วยให้พยาบาลได้ใช้เวลากับผู้ป่วยได้มากกว่าการดูแลแบบอื่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเขาใจผู้ป่วยดี ได้รับความสนใจที่จะช่วยเหลือ และรับรู้ได้ว่าพยาบาลพอใจเต็มที่ที่จะให้การดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Marram et al. (1974) ส่วนด้านความพึงพอใจพยาบาล รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับดูแลแบบอื่น และสามารถลดการละทิ้งหน้าที่ของพยาบาล เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Jones (1975)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกประเมินคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดของ Attree (1993) โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ 3 ด้านได้แก่ ด้านความต่อเนื่อง ด้านการได้รับข้อมูล และด้านพฤติกรรมดูแลของบุคลากรพยาบาล และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยการประยุกต์แบบประเมินความพึงพอใจตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ในด้านเทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et. al. (2010) ด้านการประสานงาน และการใช้เวลากับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยปรับให้มีความเหมาะสม กับบริบทของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้านได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน ซึ่งทั้งคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพนั้นจะสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย พึงพอใจ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยวิกฤตมีปัญหาคาดความต้องการดูแลที่ซับซ้อนรุนแรง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ต้องการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่องจนเข้าใจเป็นอย่างดี รวมถึงจำเป็นต้องมีการประสานงานการดูแลและการสื่อสารแบบสามเหลี่ยมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสื่อสารความต้องการได้ตรงกัน การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ ให้สามารถวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาและสนใจที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าจากการพยาบาลปกติ
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงอย่างฉุกฉินหรือเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องเน้นการรักษา การประคับประคองทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตผู้ป่วย การส่งเสริมให้การฟื้นหายเร็วขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้เกิดคุณภาพการดูแลนั้นจึงต้องอาศัยรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องความต้องการ และปัญหาสุขภาพที่แท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยรู้จักพยาบาลที่ให้การดูแลตนเองตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกล้าบอกปัญหาความต้องการของตนเอง กับพยาบาลเจ้าของไข้มากขึ้น (Pelaria & Heitinen, 1989) จากแนวคิดของ Marram (1979) รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข่นี้ มีวัตถุประสงค์หลักของการดูแลคือ การวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity care) ตลอด 24 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการให้การดูแลที่ครอบคลุมความซับซ้อนของโรค (Comprehensive care) เน้นเป็นการดูแลแบบองค์รวม “holistic care” คือการดูแลแบบคนทั้งคน เน้นการประสานการดูแล (Coordination care) ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับสหสาขาวิชาชีพ เน้นการดูแลแบบเป็นรายบุคคล (Individualized care) โดยให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและญาติเป็นรายๆ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป มองผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง (Patient-family centered care) จากการศึกษาของ Thomas & Bond (1991);

Nissen, Boumans & Landeweerd (1996) & Pontin (1999) รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สนับสนุนให้เกิดคุณภาพการดูแล จากการศึกษาของ Jones (1975) พบว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องสามารถลดจำนวนวันนอน เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และลดการละลายหน้าที่ได้ Nissen et al. (1997) รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และเพิ่มคุณภาพการดูแล จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องความต้องการการดูแลจากรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข่นั้น จะสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Attree (1993) 3 ด้าน ได้แก่ ความต่อเนื่องในการดูแล การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมดูแลของบุคลากรทางการพยาบาล

นอกจากนี้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างยังทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงขึ้น จากการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของ เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) พบว่าการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในวิชาชีพสูงกว่าการมอบหมายงานตามหน้าที่ และการศึกษาของธิดารัตน์ เพชรชัย (2552) พบว่าการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพทำให้ระดับความพึงพอใจสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยสนใจรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อทำให้ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น โดยการประยุกต์แบบประเมินความพึงพอใจตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ในด้านเทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et al. (2010) ด้านการประสานงาน และการใช้เวลากับผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยปรับเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวรวมถึงผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องเกิดการรับรู้คุณภาพการดูแลในเชิงบวก และให้การร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆกันกับการพยาบาล ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย คือ

1. คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าจากการพยาบาลปกติ
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ ญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยวิกฤต (Model of primary nursing for critical patients) หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังจากได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ดูแลรับผิดชอบโดยรวมผู้ป่วย 1-2 รายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก โดยใช้แนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram (1979) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของ Chulay & Burn (2010) ที่ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและญาติ โดยการกล่าวสวัสดี แนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทักทายพูดคุย ชักถามประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงต่างๆ ตรวจร่างกาย และประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ APACHE II score เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม รวมถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดี ทางสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส อ่อนโยน นุ่มนวล

ระยะที่ 2 การพยาบาลตามหลัก 4 C ตามแนวคิดของ Marram (1979) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของ Chulay & Burn (2010) 7 ระบบสำคัญของร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) ระบบการหายใจ 3) ระบบประสาท 4) ระบบโลหิตวิทยาและภูมิคุ้มกัน 5) ระบบทางเดินอาหาร 6) ระบบการทำงานของไต และ 7) ภาวะลิ่มเลือดของอวัยวะหลายระบบ ดังนี้

2.1 การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity care) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก โดยพยาบาลเจ้าของไข้คนเดิมจะรับผิดชอบโดยรวมในการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่ในวันแรกๆที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งการจำหน่ายออก และในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้

2.2 การดูแลครอบคลุมความซับซ้อนของโรค (Comprehensive care) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบคนทั้งคน (holistic care) พยาบาลเจ้าของไข้จะทำการซักประวัติ ประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแล และติดตามประเมินผล รวมทั้งปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และถูกต้อง

2.3 การประสานงานการดูแล (Coordination care) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้เป็นตัวกลางการสื่อสารความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดต่อสื่อสารด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานกับญาติ แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด เช่น แผนกกายภาพบำบัด หน่วยรังสีวิทยา แผนกยา หอผู้ป่วยอื่นๆ และหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นต้น เพื่อรักษา ส่งต่อการดูแล พึงกษสิทธิ์ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ด้วยวาจา และการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 การดูแลผู้ป่วยและญาติแบบเป็นศูนย์กลาง (Patient- family centered care) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญลำดับแรก ในการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การตัดสินใจการรักษา การปกปิดความลับ พึงกษสิทธิ์ของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 จำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความเจ็บป่วย ถึงความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย และเตรียมผู้ป่วยและญาติ ให้มีความพร้อมเมื่อต้องย้ายผู้ออกจากหอผู้ป่วย เพื่อส่งต่อการดูแลไปหอผู้ป่วยอื่น กลับบ้าน หรือจำหน่ายเสียชีวิต โดยการให้ความรู้ สอน แนะนำเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การรับประทาน

ยา อาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษร ตั้งแต่ในวันแรกๆก่อนการจำหน่าย

**การพยาบาลปกติ (Nursing care)** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการมอบหมายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เป็นพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1-2 รายต่อการขึ้นปฏิบัติงาน 1 เวน โดยสับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยทุกเวน ตามความรู้ ความสามารถของพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ ติดต่อประสานงานการดูแลกับญาติ แพทย์ สหสาขาวิชาชีพ และทีมพยาบาลให้แล้วเสร็จภายในเวน และส่งต่อการดูแลให้พยาบาลเวนต่อไปเมื่อหมดความรับผิดชอบในเวนนั้นๆ

**ผู้ป่วยวิกฤต (critical ill patient)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่า เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนรุนแรงอย่างเฉียบพลัน คุกคามต่อชีวิต หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต

**ญาติผู้ป่วยวิกฤต (Relatives of critical ill patient)** หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นคนในวงศ์วานที่ยังนับรูกันได้ทางเชื้อสายฝ่ายพ่อหรือแม่ ทั้งในสายเลือดในฐานะบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลง ป้า น้า อา ญาติพี่น้อง ลูกหลาน หรือเป็นบุคคลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องในสายเลือด แต่เป็นบุคคลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยบุคคลเหล่านี้เฝ้าติดตามอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมาโดยตลอด ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกันหรือไม่ก็ได้

**พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing)** หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะชั้น 1 โดยได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และเป็นผู้มีประสบการณ์ในการในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่แรกรับเข้าในหอผู้ป่วยวิกฤตจนผู้ป่วยจำหน่าย

**คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ (Quality of care as perceived by relatives)** หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตถึงลักษณะของการให้การดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ให้ความสนใจด้วยใจหรืออย่างเต็มใจ เป็นมิตรจริงใจ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ และสามารถตอบสนองความต้องการให้เกิดความพอใจได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม วัดโดยการสร้างแบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามองค์ประกอบคุณภาพการดูแลของ Attree (1993) ทั้งหมด 3 ด้านซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึงการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตถึงลักษณะของการให้การบริการทางสุขภาพด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ให้ความสนใจด้วยใจหรืออย่างเต็มใจ เป็นมิตรจริงใจ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยรวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ในการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการดูแล และประเมินผลการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจจนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หากพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลผู้ร่วมดูแล จะสามารถให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น ราบรื่น และกระทำให้มีการสื่อสารและการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องในทีมสุขภาพ

2. ด้านการได้รับข้อมูล หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตถึงลักษณะของการให้การบริการทางสุขภาพด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ให้ความสนใจด้วยใจหรืออย่างเต็มใจ เป็นมิตรจริงใจ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยการให้รายละเอียด ข่าวสาร ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้แก่ การวินิจฉัยโรค แนวทางการดูแลรักษา แนวโน้มการรักษา ผลลัพธ์การรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง อาการสำคัญ การเตรียมจำหน่าย การนัดหมาย จากการให้คำปรึกษา สอน สาธิตจากพยาบาล โดยเป็นข้อมูลที่ได้รับจากทางวาจา ลายลักษณ์อักษร รูปภาพและแผ่นพับ เป็นต้น

3. ด้านพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล หมายถึงการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตถึงลักษณะของการให้การบริการทางสุขภาพด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ให้ความสนใจด้วยใจหรืออย่างเต็มใจ เป็นมิตรจริงใจ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่แสดงออกมาจากท่าทางและวาจา เช่น การทักทาย พูดคุย ยิ้มแย้ม สายตาที่เป็นมิตร และการสัมผัส รวมถึงการดูแลรักษาผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยและญาติพึงได้รับ การรักษาความลับ และเคารพสิทธิของผู้ป่วย

**ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (Nurses' satisfactions)** หมายถึง ความรู้สึกยินดีของพยาบาลวิชาชีพจากประสบการณ์โดยรวมในการใช้รูปแบบการดูแล วัดความพึงพอใจของพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ในด้านเทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et al. (2010) ด้านการประสานงาน และการใช้เวลากับผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน

1. ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดีของพยาบาลวิชาชีพจากประสบการณ์โดยรวมต่อการใช้รูปแบบการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่ได้รับมอบหมาย โดยการใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และกระบวนการพยาบาลเพื่อการประเมิน

การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการบันทึกการพยาบาล การเยี่ยมตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล การสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและญาติกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย

2. ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา หมายถึง ความรู้สึกยินดีของพยาบาลวิชาชีพจากประสบการณ์โดยรวมต่อการใช้รูปแบบการดูแล ในการใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อปฏิบัติงานการดูแลเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การติดตามประเมินผล การเตรียมจำหน่าย การสอน/แนะนำ/สาธิตการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างครอบคลุมองค์รวม รวมถึงการประสานงานการดูแล ได้สำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพในเวลาที่เหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติสูงสุด

3. ความพึงพอใจด้านการประสานงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดีของพยาบาลวิชาชีพจากประสบการณ์โดยรวมต่อการใช้รูปแบบการดูแลในการถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสาร เอกสาร ข้อเท็จจริง และเหตุการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ แบบบุคคลต่อบุคคลด้วยวาจา และไม่ใช้วาจา ท่าทาง และในรูปตัวเลข ภาพ อักษร สัญญลักษณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย แผนการพยาบาล แผนการจำหน่ายต่อญาติ ทีมแพทย์ ทีมพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และสามารถนำไปประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางการจัดรูปแบบการดูแลในหอผู้ป่วยอื่นๆ
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ และพยาบาลพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลได้อย่างต่อเนื่องต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการวิจัย ครั้งนี้สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ และนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

1.1 การมอบหมายงานของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั่วไป

1.2 การมอบหมายงานของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้า

สิริกิติ์

2. แนวคิดผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต

2.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤต

2.2 ปัญหาผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2.3 ความหมายของญาติ

2.4 ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

2.5 บทบาทพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต

2.6 การดูแลผู้ป่วยวิกฤต

2.7 เครื่องมือประเมินการรับรู้ญาติผู้ป่วยวิกฤต

3. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

4. แนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแล

4.1 แนวคิดคุณภาพการดูแล

4.2 ความหมายคุณภาพการดูแล

4.3 องค์ประกอบคุณภาพการดูแล

4.4 การประเมินคุณภาพการดูแล

5. แนวคิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

5.1 ความหมายความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

5.2 แนวคิดความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการดูแล

5.3 เครื่องมือประเมินความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการดูแล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. บริบทการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กระทรวงกลาโหมตั้งอยู่บนพื้นที่ 400 ไร่ ติดกับสนามบินนานาชาติอู่ตะเภา ตั้งอยู่ ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีขนาด 500 เตียง มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยโดยกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “เราจะเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและชื่อเสียงระดับประเทศ” มีพันธกิจว่า “ดูแลสุขภาพได้ มาตรฐานบริการประทับใจ ก้าวไกลวิชาการ สนับสนุนงานกองทัพเรือ เพื่อคุณภาพชีวิตของทุกคน” และกำหนดเข็มมุ่งให้ “ผู้ป่วยปลอดภัย” ให้เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในด้านคุณภาพ และความปลอดภัย และพัฒนาโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ในสาขาที่จำเป็นและมีศักยภาพ โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ส่งเสริมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มโรค มีความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วย Trauma และ HBO (Hyperbaric oxygen therapy) มีแผนพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วย ACS เกิดความปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อมากในกระแสเลือด และการคลอด มีค่านิยมว่า “SRK-TOP” คือ Service mind (มีจิตสำนึกในการให้บริการ มีพฤติกรรมทำให้บริการที่ดี) Responsibility (มีความรับผิดชอบในงาน และการรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม) Knowledge and sharing (การแสวงหาความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้) Team work (มีการทำงานเป็นทีม ร่วมมือร่วมใจ) Originality (มีการริเริ่ม สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ในการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนา) และ Patient focus (การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง) ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ในส่วนของฝ่ายการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยใน มีทั้งหมด 13 หอผู้ป่วย ลักษณะการมอบหมายงานของหอผู้ป่วยสามัญทุกหอผู้ป่วย มีการมอบหมายการดูแลแบบตามหน้าที่ที่ผสมผสานกับแบบทีมในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ในส่วนของหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม เป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานหอผู้ป่วยวิกฤต มีจำนวนเตียง 10 เตียง จำนวนพยาบาล 22 คน การจัดอัตรากำลังเป็น 1:2 แบบ Staff Mix โดยใช้การพยาบาลแบบเฉพาะราย (case method) มีนโยบายรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอายุรกรรมอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง โดยผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ เช่นผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งต้องการการรักษาด้วยออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ต้องควบคุมภาวะหลอดลมเกร็งอย่างรุนแรง ผู้ป่วยในกลุ่มหายใจลำบากในผู้ใหญ่ ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง หรือไตวายเฉียบพลันที่ต้องการรักษาด้วยวิธีการจัดการของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีอวัยวะหลายระบบล้มเหลวที่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์พิเศษ หรือหัตถการพิเศษบางอย่าง เพื่อประกอบกรวินิจฉัยของแพทย์ เช่นผู้ป่วยที่ต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อประเมินระดับการขาดน้ำ

ในหลอดเลือดและร่างกาย ผู้ป่วยมีปัญหาระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่นผู้ป่วยที่มีอาการชักตลอดเวลา ที่ต้องควบคุมการชักด้วยยา และให้การช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย เช่น ผู้ป่วยกิลเลนบาเลห์ และผู้ป่วยไมแอสทีเนียกราวิส ที่ต้องให้การรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่นผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารอย่างรุนแรง เกิดอาการช็อคต้องรักษาด้วยการใส่ Sengstaken blakemore tube ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบต่อมไร้ท่อ เช่นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะกรด จากการคั่งของสารคีโตน หรือผู้ป่วยในระยะวิกฤตจากต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากภัยธรรมชาติ หรือจากอุบัติเหตุทางอายุรกรรม เช่นจมน้ำ ผูกคอตาย ถูกฟ้าผ่า ไฟฟ้าช็อค ถูกงูพิษกัด รับประทานยาเกินขนาด รับประทานสารพิษหรือยาฆ่าแมลงเพื่อฆ่าตัวตาย และได้รับสารเคมีต่างๆ

จากสถิติหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในปี 2556 (ตุลาคม 2555-2556) พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 395 คน อัตราการครองเตียงร้อยละ 82.05 สถิติผู้ป่วย 5 อันดับโรคคือ STEMI, Septic shock, Sepsis, CHF และ Pneumonia ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 21.75 เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ร้อยละ 20.19 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ ใส่ท่อคาเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 62.96 ใส่ท่อสวนคาสายสวนปัสสาวะร้อยละ 70.04 ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางร้อยละ 22.20 รวมทั้งยังเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะขนาดสูงจำนวนหลายชนิด เพื่อให้เหมาะสมกับเชื้อโรคและความรุนแรงของโรค ส่งผลต่ออัตราการติดเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญอันดับหนึ่งในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จากสถิติและข้อมูลดังกล่าว สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลให้เอื้ออำนวยต่อพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมความซับซ้อนของโรค ครอบคลุมทุกมิติโดยรวม ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดคุณภาพการดูแลสูงสุด

เกณฑ์การรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม คือผู้ป่วยชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันโดยมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control มีอาการการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบหรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการรักษาและเฝ้าติดตามอาการเช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด และมีการทำหัตถการเสี่ยงต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ

เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม คือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดีขึ้น และไม่มีภาวะจำเป็นที่ต้องการการรักษา และมีการเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ และสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญได้ รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาแก้ไขให้เป็นปกติได้โดยไม่ต้องมีการรักษาหรือการเฝ้าติดตามเป็นพิเศษ

### 1.1 การมอบหมายงานของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั่วไป

ในบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ในกลุ่มโรงพยาบาลตติยภูมิในสังกัดของรัฐ และโรงพยาบาลในสังกัดของมหาวิทยาลัย ที่ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามจากพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคทางอายุรกรรมเป็นส่วนใหญ่ มีจำนวนเตียงประมาณ 8-10 เตียง ลักษณะสภาพห้องพักรักษาผู้ป่วยเป็นทั้งแบบพิเศษเดี่ยว และเป็นเตียงแยก การบริหารจัดการเตียง จัดให้มีเตียงสำหรับเตรียมรับผู้ป่วยทางอายุรกรรมเป็นสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยวิกฤตทางด้านอื่น เช่น ทางสูติ ตา หู จมูก ปากและฟัน

การจัดอัตรากำลัง สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย เวรเช้า 1: 1-1.5 เวรบ่าย 1 : 1.5-2 และ เวรดึก 1: 1.5-2 โดยมีพยาบาลชั้นปฏิบัติงาน เวรเช้า 7-9 คน เวรบ่าย 5-7 คน เวรดึก 5-7 คน การมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการมอบหมายงานแบบเฉพาะราย และแบบทีมผสมผสานกันโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรพยาบาล

ลักษณะการมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรมอบหมายงานให้พยาบาลเวรนั้นๆเป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วย การมอบหมายงานเป็นทั้งแบบเป็นทีม และแบบการพยาบาลเฉพาะราย พยาบาลที่ปฏิบัติงานจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจำนวน 1-2 คนต่อเวร พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์เพื่อวางแผนการดูแล พยาบาลจะรายงานอาการที่ได้รับการส่งเวรแพทย์ทราบ ปฏิบัติการพยาบาลตามคำสั่งการรักษาเป็นส่วนใหญ่ มีการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 15 นาที ในช่วงวิกฤตจนคงที่จะติดตามทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ผู้ป่วยได้รับยาผิด และได้รับยาอันตรายที่ให้ทางเครื่องให้ยาและน้ำเกลือทางหลอดเลือดอย่างถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับสารน้ำ และส่วนประกอบของเลือดปริมาณมากๆจากภาวะช็อค รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาและเลือด การให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลและประเมินอาการผู้ป่วย การช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการพิเศษต่างๆ การติดตามผู้ป่วยในการส่งตรวจพิเศษต่างๆ และการประสานงาน การดูแลสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยรายหนึ่งๆจะได้รับการดูแล และกิจกรรมการพยาบาลจำนวนมากจากพยาบาล แต่จะไม่มีพยาบาลคนใดรับผิดชอบผู้ป่วยโดยรวมทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลจะสับเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วยทุกเวร ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลคนใหม่ทุกเวร ส่วนพยาบาลหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมนั้นๆ ทำหน้าที่ในการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆในกรณีที่พยาบาลเฉพาะรายนั้น ไม่สามารถประสานงานได้สำเร็จ โดยพยาบาลหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมพยาบาล จะมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเพียง 1 คน และมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายเฉพาะการประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป เป็นผู้บริหารจัดการเตียงกรณีต้องการเตียงเร่งด่วน และจัดการปัญหาโดยทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง หัวหน้าเวรจะ

ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการดีที่สุด เพื่อแจ้งแพทย์เวรทราบและแพทย์เป็นผู้พิจารณาย้ายออกไปเพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักและรุนแรงกว่า เป็นผู้มอบหมายงานให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ

สรุปได้ว่า การมอบหมายงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในปัจจุบันส่วนใหญ่ เป็นแบบทีมและแบบเฉพาะราย ซึ่งมีลักษณะการดูแลที่พยาบาลหมุนเวียนเปลี่ยนหน้าที่มาดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีพยาบาลเป็นเจ้าภาพในการวางแผนการดูแลโดยรวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย การสร้างสัมพันธภาพขาดความต่อเนื่อง จะสร้างความคุ้นเคยจนผู้ป่วยและญาติไว้วางใจนั้นทำได้ยากลำบากขึ้น กิจกรรมการพยาบาลและคำสั่งการรักษาที่มากมาย ต้องทำให้แล้วเสร็จทันเวลา ทำให้พยาบาลต้องเร่งรีบในการทำงาน มีเวลาให้กับผู้ป่วยอย่างจำกัด การประสานงานการดูแล การตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยทำได้น้อยกว่าเท่าที่ควร

## 1.2 การมอบหมายงานพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคทางอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์เป็นส่วนใหญ่ มีจำนวนเตียงรับได้ 10 เตียง ลักษณะสภาพห้องพักผู้ป่วยเป็นห้องพิเศษเดี่ยว 4 ห้อง และเป็นเตียงแยก 6 เตียง การบริหารเตียง จัดให้มีเตียงสำหรับเตรียมรับผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม 8 เตียง และสำหรับรับผู้ป่วยวิกฤตทางสูติ ตา หู จมูก 2 เตียง

การจัดอัตรากำลัง สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย เหวเช้า 1:1.5 เหวบ่าย 1:2 และเวรดึก 1:2 โดยมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน เหวเช้า 7 คน เหวบ่าย 5 คน เหวดึก 5 คน การมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วย เป็นการมอบหมายงานแบบเฉพาะรายโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรพยาบาล

### ตารางที่ 1 การจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน RN : NA และสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลวิชาชีพ

เวร	จำนวน RN : NA	สัดส่วน พยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย
เช้า	7 : 4	1 : 1.5
บ่าย	5 : 2	1 : 2
ดึก	5 : 2	1 : 2

ลักษณะการมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรมอบหมายงานให้พยาบาลเวรนั้นๆเป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วย การมอบหมายงานเป็นแบบการพยาบาลเฉพาะราย พยาบาลที่ปฏิบัติงานจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 1-2 คน

ต่อแวน พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแล พยาบาลจะรายงานอาการที่ได้รับการส่งเวรแพทย์ทราบ ปฏิบัติการพยาบาลตามคำสั่งการรักษาเป็นส่วนใหญ่ มีการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 15 นาที ในช่วงวิกฤต จนกระทั่งติดตามทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การตรวจสอบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การให้ผู้ป่วยได้รับยาฉีดยาและได้รับยาอันตรายที่ให้ทางเครื่องให้ยาและน้ำเกลือทางหลอดเลือดอย่างถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับสารน้ำ และส่วนประกอบของเลือดปริมาณมากๆ จากภาวะช็อค รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาและเลือด การให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลและประเมินอาการผู้ป่วย การช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการพิเศษต่างๆ การติดตามผู้ป่วยในการส่งตรวจพิเศษต่างๆ และการประสานงานการดูแลสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยรายหนึ่งๆ จะได้รับการดูแลจำนวนมากจากพยาบาล แต่จะไม่มีพยาบาลคนใดรับผิดชอบผู้ป่วยโดยรวมทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลจะสับเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วยทุกแวน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลคนใหม่ทุกแวน ส่วนพยาบาลหัวหน้าแวนทำหน้าที่ในการจัดการการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในกรณีที่พยาบาลเฉพาะรายนั้นไม่สามารถประสานงานได้สำเร็จ โดยพยาบาลหัวหน้าแวนจะมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเพียง 1 คน และมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายเฉพาะ การประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปเป็นผู้บริหารจัดการเตียงกรณีต้องการเตียงเร่งด่วน หัวหน้าแวนจะทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการดีที่สุด เพื่อแจ้งแพทย์เวรทราบ และแพทย์เป็นผู้พิจารณาย้ายออกไป เพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักและรุนแรงกว่า เป็นผู้มอบหมายงานให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานในแวนนั้นๆ ลักษณะการมอบหมายงานที่พยาบาลถูกหมุนเวียนกันไปในแต่ละแวน ทำให้พยาบาลมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างต่อเนื่อง การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในบางครั้งไม่ครอบคลุมครบถ้วนทุกปัญหา การให้คำปรึกษา การสื่อสารและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้องกระทำอย่างเร่งรีบให้ทันเวลา เนื่องจากต้องให้การดูแลอย่างอื่นซึ่งมีกิจกรรมมากมาย ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยวิกฤตและญาติ ยังไม่กล้าบอกกล่าวปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ส่งผลให้อาจขาดข้อมูลจำเป็นที่เกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสการดูแลรักษา การดูแลขาดความต่อเนื่องและส่งผลต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมมิติคุณภาพ

พยาบาล เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถพ้นหายจากการเจ็บป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงควรนำแนวคิดการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ร่วมกับการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพ โดยสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีความทันสมัย ซึ่งพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาในการรวบรวมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยนั้นใหม่ ซึ่งเป็นการสูญเสียเวลาและต้องใช้เวลามาก การใช้รูปแบบพยาบาล

เจ้าของไข้ทำให้สัมพันธภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้จักคุ้นเคย พยาบาลมีเวลาในการวางแผนการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีเวลาส่วนใหญ่นกับการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย พยาบาลสามารถประเมินผลการพยาบาลได้ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจมากขึ้น และคุณภาพการดูแลสูงขึ้นตามมาด้วย

## 2. แนวคิดผู้ป่วยวิกฤตและญาติผู้ป่วยวิกฤต

### 2.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยวิกฤต เป็นบุคคลที่เผชิญกับความเจ็บป่วยรุนแรง คุกคามต่อชีวิตจนมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีคุณลักษณะตามความเห็นนักวิชาการดังนี้

Skillman (1975) ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของอวัยวะที่สำคัญตลอดเวลา ใช้เครื่องบันทึก และสังเกต ติดตามการทำงานของอวัยวะที่จำเป็นต่อการมีชีวิต อาจต้องได้รับการรักษาด้วยยาและสารน้ำที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอดเวลาการเจ็บป่วย

นันทา มาระเนตร์ (2543) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยวิกฤตว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายซึ่งคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อให้มีชีวิตอยู่รอด

วิจิตรา กุสุมภ์ (2548) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางเทคโนโลยีขั้นสูง และมีผู้ดูแลที่มีความสามารถเฉพาะทาง

สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง (2553) ได้ให้ความหมาย ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกต ประเมินอาการและการให้ความช่วยเหลือ และการรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

จากความหมายของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้กล่าวมา อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยวิกฤตเป็นบุคคลที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายหรือมีปัญหาที่ซับซ้อนซึ่งคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของอวัยวะที่สำคัญตลอดเวลา ใช้เครื่องบันทึก และสังเกต ติดตามการทำงานของอวัยวะที่จำเป็นต่อการมีชีวิต อาจต้องได้รับการรักษา

ด้วยยาและสารน้ำที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องตลอดเวลาการเจ็บป่วย การให้ความช่วยเหลือ และการรักษาพยาบาลต้องครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

## 2.2 ปัญหาผู้ป่วยภาวะวิกฤต

Chulay & Burn (2010) อธิบายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน ต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์อย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต AACN จึงได้จัดทำคู่มือองค์ประกอบมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ความรู้ในคู่มือนี้ประกอบด้วยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลายระบบ ที่ใหม่ขึ้น และได้มาตรฐาน โดยคู่มือนี้ ประกอบด้วย 4 บท บทแรกเป็นเนื้อหาที่ประกอบด้วย แนวคิดสำหรับการประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและญาติ การแปลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเฝ้าระวังการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด การจัดการระบบทางเดินหายใจ ยา การจัดการความปวด เพื่อให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ความสามารถก่อนไปสู่บทที่ 2 และ 3 ในบทที่ 2 ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ และการจัดการอาการด้วยยา และการผ่าตัดรักษาในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ ระบบเลือด และภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบทางเดินอาหาร ไต และต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีปัญหาที่ซับซ้อนเป็นต้น ในบทที่ 3 ประกอบด้วยความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระดับอาการที่รุนแรงขึ้น การให้การดูแลพิเศษขึ้นมากกว่า การให้การดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตแบบปกติทั่วไป และในบทที่ 4 ข้อมูลความรู้ที่ใช้อ้างอิง เกี่ยวกับค่าทางพยาธิที่ปกติ ตารางการใช้ยาต่างๆ ACLS แนวทางการดูแลต่างๆเป็นต้น ซึ่งผู้เขียนเขียนคู่มือนี้ขึ้น เพื่อเป็นความรู้แก่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและญาติ ให้เกิดความปลอดภัย ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมความซับซ้อน เป็นไปตามแนวทางการดูแลที่ถูกต้องได้มาตรฐาน

ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตนี้ มาเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งปรากฏในคู่มือพยาบาลเจ้าของใช้สำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยนำเสนอปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยเลือกมา 7 ระบบสำคัญดังนี้ ได้แก่ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มอาการที่พบบ่อยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) ระบบการหายใจ กลุ่มอาการที่พบบ่อย คือภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 3) ระบบประสาทและสมอง กลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ ภาวะความดันในกระโหลกศีรษะ 4) ระบบเลือดและภูมิคุ้มกัน กลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 5) ระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร 6) ระบบการทำงานของไต กลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ ภาวะไตวายเฉียบพลัน และ 7) ระบบความล้มเหลวของร่างกายหลายระบบ กลุ่มอาการที่พบบ่อยคือภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีรายละเอียดดังนี้



### 2.2.1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes: ACS หรือ coronary artery disease: CAD หรือ acute myocardial infraction: MI)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes: ACS หรือ coronary artery disease: CAD หรือ acute myocardial infraction: MI) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CAD) ที่มีรอยโรค (plaque) ที่ผนังหลอดเลือดโคโรนารี การปริแตกทำให้มีลิ้มเลือด และพลัดหลุดเข้าไปอุดตันทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (วิจิตร กุสุมภ์, 2556) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการที่มีอาการแน่นหน้าอกชนิด stable angina ซึ่งเกิดจากการตีบของหลอดเลือดเรื้อรัง และกลุ่มอาการที่มีอาการขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อเฉียบพลันชนิด ST-segment elevation กับกลุ่มอาการ unstable angina และ non ST-elevation myocardial infraction (UA/NSTEMI) อาการและอาการแสดงดังนี้

Unstable angina มีอาการแน่นหน้าอกที่มาจากการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อคือ 1) มีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก หรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย โดยมีอาการนานกว่า 10 นาที 2) มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อนใน 4-6 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 3) อาการเป็นมาเรื่อยๆ และรุนแรงและถี่ขึ้น

Non-ST elevation myocardial infraction (NSTEMI) ผู้ป่วยมีอาการของ Unstable angina ร่วมกับมีหลักฐานการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ จากค่า CK-MB, Trop-T สูงกว่า 0.03 ng/L โดยมีอาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ อาการแน่นหน้าอก ซึ่งแน่นอยู่บริเวณตรงกลางอก (sub sternum) หรือบางครั้งพบบริเวณลิ้นปี่ (epigastrium) ปวดร้าวที่คอ แขน ข้างซ้าย และหัวไหล่ซ้าย หรือมีอาการที่เรียกว่า angina equivalents คือ อาจไม่มีอาการแน่นหน้าอกชัดเจน แต่มีอาการเหนื่อยง่าย หรือปวดลิ้นปี่ หากมีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้าง ผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออกมาก ซีด ตัวเย็น หัวใจเต้นเร็ว และฟังเสียงหัวใจได้ S3 หรือ S4 gallop หรือตรวจพบความดันโลหิตต่ำมาก อาการและอาการแสดงความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นข้างต้น มีกลไกการเกิดและลักษณะทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง พยาบาลต้องเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจึงสามารถประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพได้

ปัญหาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อย มีดังนี้

- 1) ปริมาณ CO ไม่เพียงพอ อาจเกิดภาวะหัวใจวายได้
- 2) ความผิดปกติจากระบบไหลเวียนเลือด ความดันโลหิตตกต่ำ
- 3) เจ็บแน่นหน้าอก
- 4) เหนื่อยหอบหายใจลำบาก
- 5) ใจสั่น

6) ภาวะแทรกซ้อนจากการเต้นของหัวใจผิดปกติ ภาวะช็อคจากหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือด และหัวใจห้องซ้ายล่างทะลุซึ่งผู้ป่วยอาจเสียชีวิตทันที

7) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

8) ความกลัว ความวิตกกังวล

### 2.2.2 ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure)

เป็นภาวะการหายใจล้มเหลว หรือระบบการหายใจผิดปกติ ที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างอากาศ และเม็ดเลือดแดงได้เพียงพอ เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพเกี่ยวกับการทำงานของปอดมีความล้มเหลว ซึ่งมีสาเหตุจาก: Brain, Spinal cord, Neuromuscular system, Thorax and pleura-upper airway, cardiovascular system, Lower airway and alveoli

ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่มีการหายใจล้มเหลวมีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 2 อย่างตาม General criteria for respiratory failure 4 criteria (พวงทอง ศิริพานิช, 2554) คือ 1) ผู้ป่วยหายใจลำบาก 2) ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ  $P_{aO_2} < 50 \text{ mmHg}$  ในขณะหายใจ Room Air 3) ค่า  $P_{aCO_2}$  สูงขึ้น  $> 50 \text{ mmHg}$  (ในผู้ป่วยที่มี  $P_{aO_2}$  ปกติ) 4) ค่า pH ในเลือดแดงมีภาวะเป็นกรด (respiratory acidosis)

ปัญหาของผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่พบบ่อย มีดังนี้

1) ความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซระดับปอด (abnormal pulmonary gas exchange) ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และ/หรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

2) การขนส่งก๊าซที่ปอดไม่ดีพอ (abnormal gas transport mechanism) จากภาวะซีดที่มีฮีโมโกลบินซึ่งเป็นตัวพาออกซิเจน มีไม่เพียงพอ พบภาวะผิวหนังซีดเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว (cyanosis)

3) ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (arrhythmia) เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง ระยะแรก และความดันโลหิตต่ำระยะท้าย และอาจเกิดหัวใจหยุดเต้น

4) ความไม่สุขสบายจากการปวดศีรษะ เหงื่อออก นอนไม่หลับ หงุดหงิด จากภาวะการพร่องออกซิเจนทำให้สมองทำหน้าที่ลดลง

5) ผู้ป่วยมีอาการหมดสติ สับสน ง่วงซึม เพื่อจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

### 2.2.3. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial

Pressure: IICP)

ผู้วิจัยประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับโรค ของ Chulay & Burn (2010) ร่วมกับของ อรุณี เสงยศมาก และวิจิตรา กุสมภ์, 2556) ได้ว่าภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) เป็นภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงกว่า  $15 \text{ mmHg}$  มีสาเหตุจากความผิดปกติดังต่อไปนี้คือ

1) เนื้อสมอง เช่น มีสิ่งกีดขวางในเนื้อสมอง ได้แก่ ก้อนเลือด ฝี เนื้ออก เส้นเลือดโป่งพอง หรือเกิดจากสมองบวมจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) ทำให้มีเลือดออก เช่น เลือดออกนอกชั้นเยื่อหุ้มสมอง dura (epidural hemorrhage) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง dura เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองอะแร็กนอยด์ ตลอดจนเลือดออกในเนื้อสมอง

2) การเพิ่มของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมากขึ้น เช่น เลือดดำไหลกลับไม่สะดวกของเส้นเลือดแดงในสมองขยายตัว เนื่องจากคาร์บอนไดออกไซด์ค้าง ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอหรือได้รับยาขยายหลอดเลือดสมอง ยาสลบบางชนิด

3) การเพิ่มของน้ำไขสันหลัง จากการผลิตมากขึ้นจากความผิดปกติอย่างมากในการดูดซึม หรือมีการอุดตันของน้ำไขสันหลัง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ปริมาณที่ไหลไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) ลดลง และความดันกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้น

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน หรืออาเจียนพุ่ง ประสาทตาบวม และ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure) ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ cerebral cortex ส่งผลต่อพฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง Irritable & Agitated ความจำ และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง การพูดเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกลดลง ระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองเปลี่ยนแปลง อ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ ปวดศีรษะ เมื่อเปลี่ยนท่า อาเจียนพุ่ง เกิด Cushing's response or Triad (MAPสูง, pulse pressureสูง, Bradycardia, Hyperthermia)

ปัญหาของผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่พบบ่อย (สิริรัตน์ เปรมประวัตติ, 2554) มีดังนี้คือ 1) สมองขาดออกซิเจนจาก cerebral perfusion ลดลง จนเกิดเป็น Cerebral Ischemia และภาวะสมองบวม 2) ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากมีเสมหะอุดกั้น 3) อันตรายนจากภาวะไข้สูงจากการทำหน้าที่ของสมอง ในการควบคุมอุณหภูมิสูญเสียหน้าที่ 4) ความไม่สมดุลของสารน้ำ และ electrolyte และภาวะ SIADH 5) การติดเชื้อต่างๆ เช่น การติดเชื้อบริเวณที่ใส่ catheter ภายหลังการผ่าตัดสมอง 6) การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการเผาผลาญสูงจากการมีไข้ การสำลักอาหาร 7) อันตรายนระหว่างการรักษา และสมองขาดออกซิเจนขณะชัก ทำให้สมองถูกทำลายมากขึ้น และทำให้ฟื้นฟูสมรรถภาพช้าลง

#### 2.2.4. ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Disseminated intravascular coagulation; DIC or Consumption Coagulopathy)

ผู้วิจัยประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับโรค ของ Chulay & Burn (2010) ร่วมกับของ Carlson. K (2009) ได้ดังนี้

เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคหลายโรค ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด การเกิดลิ่มเลือดดังกล่าว ร่างกายต้องใช้

เกร็ดเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดคือ Factor I, II, V และ VII ไปจำนวนมากอย่างรวดเร็ว จนทำให้เกิดความผิดปกติของกลไกการห้ามเลือด ซึ่งร่างกายจะชดเชยโดยการกระตุ้นระบบละลายลิ่มเลือด (secondary fibrinolysis) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้น ทำให้ร่างกายมีเลือดออกอย่างรุนแรง เนื่องจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือดถูกใช้ไป

ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติมาจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่

- 1) การติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา rickettsia การเกิดDIC ในการติดเชื้อมักเกิดร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia)
- 2) การได้รับอันตรายอย่างรุนแรงหรือการผ่าตัดในอวัยวะที่มี factor III อยู่มากได้แก่ปอด ต่อมลูกหมาก ตับอ่อน หรือการผ่าตัดใหญ่ที่มีการทำลายระบบไหลเวียนเลือด เช่น Dissecting aortic aneurysm หรือ Hemangioma ที่เป็นสาเหตุให้ endothelial ถูกทำลาย ทำให้ Factor III เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้มีการใช้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และเกร็ดเลือดมากขึ้น
- 3) ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เนื่องจากรกจะมี tissue thromboplastin หรือ Factor III ในปริมาณมาก เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน tissue thromboplastin หรือ Factor III จะเข้าสู่กระแสเลือด พบบ่อยในภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์
- 4) มะเร็ง เซลล์มะเร็งจะปล่อย tissue thromboplastin ออกมา ทำให้เกิดลิ่มเลือดรอบๆเซลล์
- 5) การรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสง เนื่องจากเซลล์จะถูกทำลายอย่างรวดเร็ว และมีการหลังปัจจัยเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดมาก
- 6) ปฏิกริยาแอนติเจนแอนติบอดี เช่นการให้เลือดผิดหมู่ทำให้เกิด intravascular hemolysis ฉับพลัน มีการปล่อย procoagulant จากเม็ดเลือดแดงร่วมกับปฏิกริยาแอนติเจนแอนติบอดีเกิด DIC
- 7) พิษงูแมวเซา (Russell viper) จะกระตุ้น Factor X ให้กลายเป็น factor Xa โดยตรงและกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดให้เกิดไฟบริน ทำให้เกิด DIC และยังกระตุ้น factor IX และV ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก และเกิดอาการรุนแรงขึ้น
- 8) ภาวะอื่นๆ ได้แก่ Heat Stroke ขาดออกซิเจนร่วมกับภาวะกรดร่างกาย และภาวะช็อก

ปัญหาของผู้ป่วยภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ที่พบบ่อยมีดังนี้ (สิริรัตน์ เปรมประวัตติ, 2554) 1) ภาวะเลือดออกผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ในช่องคลอด ปัสสาวะมีเลือดปน อาการไอเป็นเลือด อาจพบจ้ำเลือดที่ผิวหนัง มีเลือดออกที่เยื่อหูหรือมีจ้ำเขียว (Ecchymosis) ที่เกิดขึ้นเองหลังการเจาะเลือด หรือการฉีดยา 2) ภาวะลิ่มเหลวของการทำงานอวัยวะต่างๆ จากการมีลิ่มเลือดอุดทางเดินเลือดสู่อวัยวะต่างๆทำให้ขาดเลือด และอวัยวะสูญเสียหน้าที่ไป 3) การมีระดับ

ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การรับรู้ลดลง มึนงง สับสน ปฏิกริยาตอบสนองลดลง รู่ม่านตาตอบสนองช้าลง จำเลือดตามตัว มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง เลือดออกบริเวณที่เจาะเลือด หรือบริเวณที่ใส่สายคาต่างๆ หรือเนื้อเยื่อเกิด gangrene ได้ 4) มีปัสสาวะลดลง ปัสสาวะมีเลือดปน 5) ภาวะพร่องออกซิเจนจากมี pulmonary embolism 6) หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ และความดันซีพจรแคบ

### 2.2.5 ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารเฉียบพลัน (GI bleeding)

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน (ภัสพร ขำวิชา, 2556) มักเกิดจาก Stress ulcer คือ peptic ulcer และ erosive gastritis ที่เกิดในผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง stress ulcer จึงเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของ upper gastrointestinal bleeding (UGIB) ปัจจัยที่ทำให้เกิด stress ulcer ที่สำคัญที่สุด 2 ประการคือ Mechanical ventilation > 48 ชั่วโมง และ coagulopathy, thrombocytopenia

ผู้ป่วย stress ulcer มักอยู่ใน ICU อาการสำคัญที่พบ คือ มี hematocrit ลดลง มีเลือดออกทาง NG-tube หรือถ่าย Melena ในรายที่รุนแรงอาจมี hemodynamic ไม่ stable โดยทั่วไปแบ่งตำแหน่งเลือดออกทางเดินอาหารเป็น 2 ส่วน

ในทางเดินอาหารส่วนบน ผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้ 1) อาเจียนเป็นเลือดหรือสีม่วงกาแฟ 2) เลือดออกโดยไม่มีการแข็งตัวหรือไม่เป็นลิ่มเลือด 3) ปวดท้องบริเวณยอดอก 4) ถ่ายอุจจาระดำแบบดินน้ำมัน

ในส่วนทางเดินอาหารส่วนล่าง ผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้ 1) ถ่ายอุจจาระหรือถ่ายอุจจาระสีดำหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด 2) ไม่มีอาการปวดท้อง

ปัญหาของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน ที่พบบ่อยมีดังนี้

- 1) ตกเลือด และสารน้ำในกระเพาะอาหารจำนวนมาก
- 2) ภาวะช็อค
- 3) อาเจียน ถ่ายเป็นเลือดจำนวนมาก
- 4) เสียสมดุลของสารน้ำและ electrolyte ในร่างกาย
- 5) ปวดท้อง
- 6) ภาวะแทรกซ้อนในระบบการหายใจ

### 2.2.6 ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure)

ไต มีหน้าที่ขับน้ำขับของเสีย ปรับสมดุลของน้ำ กรด-ด่าง สารอิเล็กโทรไลต์ให้อยู่ในภาวะปกติ และทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งกระตุ้นไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง และวิตามินดี ภาวะวิกฤตที่พบบ่อยจากการทำงานของไต คือ ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure หรือ ARF) เป็นกลุ่มอาการที่มีผลต่อการทำงานของไตลดลงเฉียบพลัน โดยอัตราการกรองของไตลดลง ทำให้มีการคั่งของของเสีย คือ blood urea nitrogen (BUN) และ

creatinine เรียกว่า ภาวะ azotemia ซึ่ง creatinine เป็นตัวบ่งชี้ไตเสียหน้าที่เล็กน้อยเพียงใด ผลของไตเสียหน้าที่ทำให้การขับโซเดียม โพแทสเซียม กรด และน้ำลดลง ดังนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดังต่อไปนี้ 1) มีน้ำคั่ง มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 2) เลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ไนโตรเจนคั่งค้าง ทำให้เกิดภาวะยูรีเมีย 3) ความดันในหลอดเลือด jugular สูงขึ้น 4) มีววมแขนขา และปอดมีเสียง crepitation ถ้าอาการเป็นมากขึ้นจะมีอาการหอบเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด 5) ภาวะโพแทสเซียมสูง หากสูง  $> 6$  mEq/L จะมีการเปลี่ยนแปลงของ EKG เช่น Peak T wave, PR prolong widening ของ QRS complex หรืออาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ 6) กล้ามเนื้ออ่อนแรง 7) การหายใจล้มเหลว

แนวทางการรักษาเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการ เช่นการให้สารน้ำหรือเลือดทดแทน การรักษาผลข้างเคียง เช่น การปรับสมดุลน้ำ โพแทสเซียมสูง ภาวะเลือดเป็นกรด โภชนาการ ภาวะช็อค การบำบัดแทนด้วยไตเทียมหรือการทำไตแอสซิส ส่วนการรักษาไตวายเฉียบพลันจาก postural acute renal failure ต้องสืบค้นหาเหตุ และการอุดตันของทางเดินปัสสาวะต่อไป

ปัญหาของผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน (ธันดา ตระการวิช และวิจิตรา กุสุมภ์, 2556) ที่พบบ่อยมีดังนี้

- 1) ความไม่สมดุลของ electrolyte
- 2) ภาวะทุพโภชนาการ
- 3) ความผิดปกติระบบหัวใจ และหลอดเลือด คือ ภาวะน้ำเกิน ปอดบวม น้ำหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และความดันโลหิตสูง
- 4) ความผิดปกติระบบเลือด คือ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ metabolic acidosis
- 5) ความผิดปกติระบบหายใจ คือ ปอดอักเสบ และปอดบวมน้ำ
- 6) ความผิดปกติของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม สติปัญญาลดลง หมดสติ
- 7) ผิวหนังช้ำ เหลือง ผิวแห้ง คัน
- 8) ภาวะจิตสังคม คือ จิตประสาทแปรปรวน สูญเสียการรับรู้ สติปัญญา
- 9) กระดูกบาง หักง่าย

### 2.2.7 ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (septic shock)

ภาวะช็อค หมายถึง การที่มีความผิดปกติของสรีรวิทยา ทำให้เกิดความไม่สมดุลของปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดกับขนาดของหลอดเลือด มีผลทำให้การไหลเวียนล้มเหลว เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆลดลง มีผลให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจนเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เกิด

การทำลายเซลล์และนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ซ็อกแบ่งได้ 3 ชนิด คือ 1) ภาวะซ็อกจากปริมาตรเลือดไหลเวียนในร่างกายลดลง (Hypovolemic shock) 2) ภาวะซ็อกจากหัวใจมีประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง (cardiogenic shock) 3) ภาวะซ็อกจากการเปลี่ยนแปลงในขนาดหรือแรงต้านทานของหลอดเลือด (vasogenic or distributive shock) มี 3 แบบ คือ ภาวะซ็อกจากระบบประสาท (neurogenic shock) ภาวะซ็อกจากการติดเชื้อ (sepsis shock) และภาวะซ็อกจากการแพ้ (anaphylactic shock) (ชนิษฐา ทรรทุรานนท์, 2554)

ซ็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe sepsis) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย เช่น เชื้อแบคทีเรียทั้งแกรมบวก และแกรมลบ เชื้อแกรมบวกที่ทำให้เกิดซ็อก คือ staphylococcus aureus เชื้อรา เชื้อไวรัส และโพรโทซัว บริเวณที่ติดเชื้อ และทำให้เกิดซ็อกได้บ่อย คือ การติดเชื้อที่ปอด ช่องท้อง และระบบทางเดินปัสสาวะ โรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพโภชนาการ ได้รับการผ่าตัดมีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เข้าในร่างกาย ผู้ป่วยมีแผลไฟไหม้ และ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้ยากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด

อาการและอาการแสดงทางคลินิกของ septic shock มีดังนี้ คือ 1) ความดันโลหิตต่ำ 2) ซีฟเจอร์เบา มี capillary filling ช้า 3) มีไข้ หนาวสั่น 4) ท้องอืดมาก หรือขยายพองโต เนื่องจากการมีเลือดเข้าสู่เลือดฝอยมากๆ 5) pleural effusion 6) หายใจเร็ว หายใจลึ้มเหลว 7) ไตวาย และ อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว

ปัญหาของผู้ป่วยภาวะซ็อกจากการติดเชื้อ (วิจิตรา กุสมภ์, 2556) ที่พบบ่อยมีดังนี้

- 1) เนื้อเยื่อของร่างกายมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ
- 2) การไหลเวียนโลหิตลดลง ปัสสาวะออกน้อยลง เกิดภาวะไตวายได้
- 3) ภาวะแทรกซ้อนจากหายใจลึ้มเหลวเฉียบพลัน จากการพร่องออกซิเจน

รุนแรง

4) ภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน จากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง

5) ภาวะ DIC

6) ภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ

## 2.2.8 ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

นอกจากปัญหาความต้องการการดูแลที่พบส่วนใหญ่ 7 ระบบแล้วนั้น แต่จากความซับซ้อนของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณดังนี้

1) ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักมีปัญหาการเปลี่ยนแปลง และการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายหลายระบบ หรือในผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว แต่ยังไม่สามารถจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ เนื่องจากต้องพึ่งพาเทคโนโลยีบางอย่าง เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ เครื่องฟอกไต ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic critically ill) ผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่กับเทคโนโลยีเป็นเวลานาน และมีข้อบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย เช่น มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การติดเชือบางชนิดทางเดินหายใจ ทำให้การทำงานของระบบหายใจล้มเหลว การที่ผู้ป่วยถูกใส่ท่อช่วยหายใจ และสายยางต่างๆยังเป็นสิ่งกระตุ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองทางด้านร่างกาย คือ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ความดันโลหิตสูง-ต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารมีอาหารปวดยมากขึ้น มีไข้ กระจกกระสาย ขับถ่ายปัสสาวะเพิ่มขึ้นหรือลดลง นอกจากนี้อาจเกิดภาวะ ICU Delirium จากการบาดเจ็บ ภาวะช็อค และความปวดที่ได้รับยาและการจัดการกับปัญหาความปวดที่ไม่เพียงพอ การออกฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ของยาชนิดต่างๆต่อจิตประสาทต่างๆ

2) ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในไอซียู ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยมา จากสิ่งแวดล้อม เช่น เตียงนอนที่นุ่มหรือแข็งเกินไป อุณหภูมิภายในห้องเย็นหรือร้อนเกินไป แสงสว่างมากตลอดเวลา เสียงดัง ขาดความเป็นส่วนตัว การมองเห็น เสียงการทำงาน เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆหรือผู้ป่วยหนักข้างเตียง ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ การนอนหลับถูกรบกวน ทั้งจากการวัด การตรวจ วัด ของบุคลากรสุขภาพ แสงสว่างที่มากตลอดเวลาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้กลางวันหรือกลางคืน สิ่งเหล่านี้กระตุ้นความรู้สึกผู้ป่วยมากขึ้นไปจนอาจเกิดภาวะพรากความรู้สึกได้ จนกระทั่งรุนแรงขึ้น เป็นเกิดภาวะ ICU Delirium จากสิ่งแวดล้อมได้ ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย (end of life care) ซึ่งเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ต้องการการตัดสินใจจากญาติ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ญาติเกิดความยุ่งยาก และลำบากอย่างยิ่งในการที่จะทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะนี้ไปด้วยดี ความไม่แน่นอนของผลการรักษาการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และความกลัวจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการควบคุมภายในจิตใจ ถูกปลัดพรากจากญาติ และบุคคลที่รัก ทำให้รู้สึกสับสน เบื่อหน่าย (boredom) เกิดความเครียดกลัว โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง (hopeless) รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นสูญเสียพลังอำนาจ เกิดภาวะกดดันด้านจิตวิญญาณ (spiritual distress) ตามมา



3) ปัญหาและความต้องการด้านสังคม ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งจากระยะวิกฤตสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ระยะเรื้อรัง หรือผ่านพ้นระยะวิกฤต ในทุกระยะผู้ป่วยมักมีอาการหนักหน่วง ท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว กลัวเป็นภาระของบุคคลอื่น และการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้สูญเสียรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ ค่าครองชีพ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีญาติคอยดูแล หรือผู้ป่วยที่มีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลงหรือไม่มีเลย ทำให้มีความต้องการทางสังคมสูงขึ้น หรืออาจมีปัญหาตนเองในเครือญาติ เช่น มรดก หนี้สิน ทรัพย์สิน

4) ปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความกลัว วิดกกังวล จากสาเหตุความเจ็บปวด ความไม่เข้าใจการใช้งานเครื่องมือแพทย์ กลัววิธีการรักษา ลำบากใจที่จะตัดสินใจในการทำ การผ่าตัดหรือหัตถการเสี่ยงต่างๆ หากตัดสินใจการรักษาไปแล้วจะรอคอยอย่างไรใจดีใจจ้อ และกลัวว่าผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมหรือเกิดความพิการ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยและญาติก็มีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย เริ่มค้นหาความจริงและหาข้อมูล อยู่ใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ และเชื่อว่าพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือเป็นผู้ให้ความหวังแก่เขา ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติอย่างมาก ผู้ป่วยและญาติบางรายสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ทำบุญต่อชีวิต ทำบุญถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ ความหวังของผู้ป่วยและญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจแข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตาย โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งร่างกาย จิตใจถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง

สรุปได้ว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนและยุ่งยาก จากความเจ็บป่วยที่รุนแรง ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลที่ให้การดูแลจึงต้องค้นหาปัญหาและความต้องการ ติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตลอดเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลมีเวลาที่มีมากเพียงพอในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล่าวบอกเล่าปัญหา รวมทั้งติดต่อเป็น คนกลางในการสื่อสาร ประสานงานการดูแลกับญาติ และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆโดยตลอด จึงสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วย และญาติได้อย่างถูกต้อง ครบองค์รวมเกิดคุณภาพการดูแลอย่างแท้จริง

### 2.3 ความหมายญาติ

ในบริบทของสังคมไทยที่ครอบครัวซึ่งเป็นสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง ครอบครัวจะมีความผูกพันอย่างแนบแน่น และมีความใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกันในหมู่เครือญาติ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) นอกจากความผูกพันกันด้วยความรักใคร่แล้ว ยังมีความซื่อสัตย์ ห่วงใยดูแลซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมาย ญาติ หมายถึง คนในวงศ์วานที่ยังนับรู้กันได้ทางเชื้อสายฝ่ายพ่อหรือแม่ และให้ความหมาย ครอบครัวในลักษณะเดียวกันว่า หมายถึง กลุ่มคนในวงศ์วานที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกันเป็นญาติกัน เป็นสกุล เครือญาติ วงศ์วาน และสายเลือดเดียวกัน

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (วันเพ็ญ ปันราช, 2532) ให้คำนิยามของครอบครัวในเชิงสาขาสหวิทยาการดังนี้ ในทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน แม้ว่าอาศัยอยู่ต่างที่กัน ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน มีความปรารถนาดีซึ่งกันและกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน และในทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวมีกฎหมายยอมรับว่า ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตร และบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่ของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมายไว้ด้วย

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงอธิบายความหมายของญาติ ตามนิยามเดียวกันกับครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายครอบครัวไว้หลายคนดังนี้

1) Burgess (Cited in Friedman, 1986: 6) ให้ความหมายครอบครัวไว้ว่า

1.1) ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่อยู่ร่วมกันด้วยความผูกพัน และมีความเกี่ยวพันกันโดยการสมรส สายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย

1.2) สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

1.3) สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาท สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบตามสถานภาพของตน

1.4) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคม มาอยู่ในรูปแบบลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว

2) รุจา ภูไพบูลย์ (2541) กล่าวว่า ครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะ คือ

2.1) ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป

2.2) สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย

2.3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ

2.4) สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

3) นิภาพร ภารัตนวงศ์ (2547) ให้ความหมายครอบครัว คือสถาบันที่เป็นรากฐานของความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันของบุคคลในสังคม อันประกอบด้วยความรัก ความผูกพัน เอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันที่กำเนิดความสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ ให้เจริญเติบโต มีพัฒนาการ และรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันตามสถานของแต่ละบุคคล

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ญาติ จึงหมายถึง กลุ่มคนในวงศ์วานที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน ยังนับรู้กันได้ทางเชื้อสายฝ่ายพ่อหรือแม่ เป็นสกุล เครือญาติ วงศ์วาน อาจสายเลือดเดียวกันหรือไม่สืบสายเลือดเดียวกันก็ได้ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน มีความรัก ความผูกพัน เอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความปรารถนาดีซึ่งกันและกัน

## 2.4 ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เครือญาติพี่น้องซึ่งเป็นแหล่งพึ่งพา เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการแก้ปัญหา การปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกที่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกแม้เพียงคนเดียวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและผลกระทบต่อญาติสรุปได้ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลต่อแบบแผนการทำกิจวัตรประจำวันของญาติ ทำให้ละเลยต่อการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองขาดความสนใจตนเอง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ (Carter & Clark, 2005) ญาติต้องการได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนที่มีคุณภาพ ความเหนื่อยล้า รับประทานอาหารได้น้อยลงก่อให้เกิดการเจ็บป่วย (Van Hom & Tesh, 2000)

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ญาติจะรู้สึกช็อค ปฏิเสธ โกรธ หมดหวัง รู้สึกผิด และกลัวที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Daley, 1984; Neabel, Fothergill, Bourbonnais & Dunning, 2000 ) การเผชิญภาวะวิกฤตซ้ำๆจากความเจ็บป่วยวิกฤตที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติจะมีความสุขเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเกิดความเครียดเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถสนับสนุน ให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติไม่เพียงพออาจทำให้เกิดอาการหงุดหงิด วิตกกังวล รู้สึกสูญเสียอำนาจ ตอบสนองและเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการฟื้นฟูของโรค หรือไม่ได้รับความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนญาติที่ไม่สามารถยอมรับได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จะเกิดวิกฤตทางอารมณ์ เกิดความขัดแย้ง มีการแสดงที่ไม่เหมาะสมระหว่างญาติกับทีมสุขภาพ (Hudak et al.,1998) เนื่องจากมีข้อจำกัดในการสื่อสาร

การรับรู้ หรือการตีความหมายข้อมูลที่ได้รับ ความรู้สึกที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล กลัว สับสน ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิต กลัวผู้ป่วยตาย กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ ความเจ็บปวด จากการเจ็บป่วยและการรักษา ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ความพิการที่อาจเกิดขึ้นและการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้รับรู้ถึงพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลและคุณภาพการดูแลที่ลดลง

3) ด้านสังคม ญาติจะได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว และสังคม (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) การเพิ่มภาระหน้าที่ การบริหารจัดการภายในครอบครัว (Eggenberger & Nelms, 2007) การสูญเสียความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมในสังคมลดน้อยลง (Hoye & Severinsson, 2010) การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ ข้อจำกัดในการเยี่ยมและการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ญาติไม่สามารถแสดงบทบาทตามปกติได้ รู้สึกไม่ได้รับการเหลียวแลจากพยาบาล ขาดพลังอำนาจที่ต้องให้ทีมสุขภาพซึ่งเป็นคนแปลกหน้าดูแลบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงเวลาวิกฤตของชีวิต

4) ด้านเศรษฐกิจ ความต้องการต้องเผื่อค่าอาหารและร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ญาติต้องเปลี่ยนอาชีพ ละทิ้งอาชีพเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หรือในวัยเรียนต้องหยุดเรียน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย ญาติมีภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัสดุที่โรงพยาบาลไม่สามารถสนับสนุนได้ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ครีมทาผิว เป็นต้น หรือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ไม่ครอบคลุมกับสิทธิของผู้ป่วย ทำให้ญาติขาดความมั่นคงทางการเงิน (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550) และ หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่หารายได้หลักของครอบครัว ทำให้ญาติเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ความรุนแรงขึ้น (Hudak et al., 1998) นอกจากนี้ญาติยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางวันละหลายรอบ เพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยตามกำหนดเวลา

## 2.5 บทบาทพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ชัดเจน จะเป็นการสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ร่วมงานทุกระดับภายในหน่วยงาน ซึ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผู้ป่วยวิกฤตและญาติ มีผู้กล่าวไว้ ดังนี้

1) พรทิพย์ โกศลวัฒน์ (2541) ได้สรุปถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ดังนี้

1.1) พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ และสามารถประเมินภาวะการเจ็บป่วย และภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละคน ครอบครัว ใช้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการตรวจร่างกายวิเคราะห์ สรุปอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2) พยาบาลมีวิจรรย์ญาณในการตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง คุญแจของความสำเร็จในการวิเคราะห์นั้น เน้นความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติ และรู้ถึงสภาพที่แท้จริงของปัญหา จึงต้องมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการตัดสินใจ

1.3) พยาบาลต้องวางแผนให้การพยาบาลช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้

1.4) พยาบาลให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ ให้คำแนะนำแก่ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้

1.5) พยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถติดต่อประสานงานร่วมมือกับผู้ร่วมงานทั้งวิชาชีพเดียวกันและวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ

1.6) พยาบาลเป็นผู้มีจริยธรรม คุณธรรม โดยยึดหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีความสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบ

1.7) พยาบาลมีความคิดสร้างสรรค์ สามารถพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ

1.8) พยาบาลต้องมีทักษะในการแปลความต้องการของผู้ป่วยได้ กรณีผู้ป่วยใส่คาท่อช่วยหายใจโดยใช้ภาษาท่าทาง สัญลักษณ์ และสื่อต่างๆ รวมทั้งแสดงกิริยาที่เห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยด้วย

2) บุชบา สังข์ทอง (2550) กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

2.1) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูล นำปัญหาที่พบมาวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

2.2) พยาบาลรับส่งเวรรายงานอาการระหว่างผลัดเปลี่ยนเวร เกี่ยวกับอาการ การดูแล และข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งมีการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนการทำงาน การปรับปรุง การแก้ปัญหาและการประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.3) พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ ในการประเมินภาวะความเจ็บป่วย และความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมีความเชี่ยวชาญในการรวบรวมข้อมูล การตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปอาการและพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล

2.4) พยาบาลมีวิจรรย์ญาณในการตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย ติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติ มีความเชื่อมั่น ความเที่ยงตรงในการตัดสินใจ

2.5) พยาบาลให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนให้คำแนะนำ กับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถติดต่อประสานงานร่วมมือกับทีมสุขภาพอื่นได้อย่างดี

2.6) พยาบาลเป็นผู้มีจริยธรรม โดยยึดหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีความสำนึกในหน้าที่ มีทักษะในการแปลความต้องการของผู้ป่วยมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พัฒนาตนเองและงานให้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ

3) วิจิตรา กุสมภ์ (2551) ได้กล่าวถึงขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

3.1) เผื่อระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยและประสานงานกับทีมงานสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานให้มีทักษะ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2) รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเข้าทำการรักษาอย่างกระชั้นชิด ญาติหรือครอบครัวจึงเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม พิกัดหรือทุพพลภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้

3.3) ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิต พัฒนาการของบุคคล เนื่องจากสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือจำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) การต่อท่อระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย เสียงรบกวนจากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ แสงสว่างตลอดกลางวันและกลางคืน ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นความรู้สึกผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมดูแล และจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเป็นการดูแลทั้งระดับประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมด้วย

4) AACN (1997 อ้างถึงใน Urden, Stacy, & Lough, 2002) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีดังนี้

4.1) พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้การพยาบาล ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง

4.2) เป็นผู้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม คือให้การดูแลไม่เฉพาะอาการ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น ต้องดูแลเอาใจใส่สิ่งต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการ

ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลให้การรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพที่สุด

4.3) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการนำความรู้มาบูรณาการเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพมากที่สุด โดยพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตควรมีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้

4.3.1) ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพ ไม่ให้อาการเจ็บป่วยเกิดอาการรุนแรงขึ้นโดยใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะความเชี่ยวชาญที่ตนเองมีอยู่และนำผลการวิจัย ที่น่าเชื่อถือมาประกอบการปฏิบัติ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

4.3.2) ควรทำการประเมินความหนักเบา หรือความจำเป็นก่อนและหลัง ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง และตัดสินใจการพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วนทันที

4.3.3) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความตื่นตัวและคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และให้การตัดสินใจในการให้การพยาบาลโดยทันที

4.3.4) แจ้งข้อมูลที่เป็นและเหมาะสมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับทราบเป็นระยะๆ

4.3.5) เป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วยวิกฤตและญาติได้มีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นไปตามที่คาดหวัง ปัญหาที่เกี่ยวกับการร่วมกันดูแลให้ผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

4.3.6) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการวางแผน ให้การพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยวิกฤต ในการที่ผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการรักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายมากขึ้น และยังคงได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4.3.7) ต้องคอยสังเกตและดูแลปรับปรุงให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม มีคุณภาพ และประสิทธิภาพอยู่เสมอ ดูแลสิ่งของ เครื่องใช้ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีสภาพที่ดี และพร้อมใช้ได้เสมอ ดูแลสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยรวมทั้งพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอยู่เสมอ

4.3.8) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีการฝึกฝนเรียนรู้ให้ตนเองมีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญมากขึ้น และมีการนำนวัตกรรมความรู้ใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น

5) Sol., Klein., & Moseley (2005) ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลของผู้ป่วย  
วิกฤต ดังนี้

5.1) สนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยหรือทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลกับ  
ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้อย่างอิสระ

5.2) ให้ความสนใจและใส่ใจต่อการซักถาม ข้อสงสัยจากผู้ป่วย

5.3) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสม

5.4) ยอมรับในคุณค่าของความเป็นบุคคล ความเชื่อ และสิทธิผู้ป่วย

5.5) ให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยอิสระ

5.6) เสนอทางเลือกที่สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ป่วย

5.7) สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย

5.8) ให้ความสนใจ สนองความต้องการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้

5.9) เฝ้าระวังดูแลให้เกิดซึ่งคุณภาพในการดูแล

5.10) ติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยและทีมการรักษา

กล่าวได้ว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จะต้องดูแล  
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เกิดความปลอดภัย ไม่เกิด  
ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงช่วยเหลือระดับประคองทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยให้  
เผชิญกับภาวะวิกฤตชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเคารพสิทธิผู้ป่วยและยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วย ให้  
ข้อมูลผู้ป่วยตามบทบาทเพื่อการตัดสินใจและเป็นตัวแทนในการประสานงานกับทีมการรักษาเพื่อให้  
ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสมที่สุด

## 2.6 การดูแลผู้ป่วยวิกฤต

### 2.6.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

Hartshorn & Sole (1997) ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การ  
ดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการคุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการรักษา (cure) การดูแลประคับประคอง  
(care) ทั้งร่างกายและจิตใจร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตผู้ป่วย

American association of critical care nurse (1993) ได้ให้ความหมายว่าการ  
ดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายที่คุกคามชีวิต โดยการประเมิน  
ปัญหาผู้ป่วยพร้อมวางแผนการรักษาพยาบาลในการแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม  
เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ทางสมาคมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตแห่งประเทศไทย  
สหรัฐอเมริกา (American association of critical care nurse) (อ้างในสุจิตรา อำนวยลาภ และ



ชวนพิศ ทานอง, 2553) ได้ให้แนวคิด และขอบเขตของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไว้ โดยมีองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 3 องค์ประกอบ คือ

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Critical ill patient) หมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามชีวิต ต้องการการดูแลและได้รับการเอาใจใส่ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยในความหมายของคำว่า Critical ill patient นี้ หมายรวมถึง ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย

2) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Critical care nurse) หมายถึงพยาบาลระดับวิชาชีพที่ได้รับโรคศิลปะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ คุณสมบัติของพยาบาลประกอบด้วย

2.1) เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่

2.2) เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสรีระพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.3) เป็นผู้ที่ตระหนักและให้ความสำคัญความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และเข้าใจความต้องการการตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะวิกฤต

2.4) เป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้

นอกจากนี้พยาบาลควรศึกษาความรู้อย่างสม่ำเสมอ และฝึกฝนทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือ การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว ประการสำคัญพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้กระบวนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐาน เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

3) สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บริเวณ พื้นที่ หรืออาณาเขต จะต้องได้รับการออกแบบที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และมีความปลอดภัยโดยสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งออกเป็น 2 ด้าน

3.1) สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ (Physical environment) หอผู้ป่วยวิกฤต ถูกออกแบบโดยมีโครงสร้างให้ที่ปฏิบัติของพยาบาลอยู่ตรงกลาง มีเตียงผู้ป่วยอยู่รอบล้อมอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งจะให้ช่วยเหลือ นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยยังมีเครื่องมือที่มีความซับซ้อน ยุ่งยาก ต้องมีการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมอยู่เสมอตลอดเวลา ได้แก่ เครื่องติดตามอาการการทำงานของหัวใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องกระตุ้นหัวใจ และยาฉุกเฉินต่างๆ เป็นต้น

3.2) สิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ (Psychological environment) เป็นเหตุการณ์ต่างๆภายในหอผู้ป่วยวิกฤตจากสภาพทางกายภาพนับว่า เป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งที่ก่อความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ แม้จะมีความระมัดระวัง และการบอกข้อมูลก็ตาม แต่ผู้ป่วยและญาติยังมีความตื่นกลัวกับสภาพแวดล้อม เครื่องมือ และความเจ็บปวดจากการรักษา แสงสว่างจากดวงไฟ เสียงจาก

เครื่องมือ และการพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เห็นภาพการช่วยเหลือหรือการทำหัตถการของแพทย์และพยาบาล เพื่อตรวจรักษาหรือเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นต้น

สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่พบในหอผู้ป่วยวิกฤตมีดังนี้ สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เสียงและระดับของแสงสว่าง การนอนหลับไม่เพียงพอ ได้รับสิ่งกระตุ้นประสาทมากหรือน้อยเกินไป ไม่สามารถพบเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดได้ ขาดความเป็นส่วนตัว ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค กลัวการวินิจฉัยโรคและกลัวต่อการเสียชีวิต สิ่งแวดล้อมทั้ง 3 องค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยกับพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กัน และมีสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ล้อมรอบทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

จากความหมายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยวิกฤตหมายถึง การดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการคุกคามของชีวิตโดยการเน้นการรักษาประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ตามการตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้

**2.6.2 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต** (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2548 อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2548) เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาใช้บริการจนกระทั่งออกในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทั้งหมด 11 มาตรฐาน ดังนี้

1) มาตรฐานที่ 1 ประเมินปัญหา ความต้องการและเฝ้าประเมินภาวะสุขภาพพยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาและความต้องการ รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของการดูแลในระยะวิกฤตและต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติคือ

1.1) ประเมินปัญหาความต้องการและเฝ้าระวังอาการดังนี้

1.1.1) อาการทั่วไป เช่น การรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ สภาพผิวหนัง บวม ชีด

1.1.2) สัญญาณชีพ การแลกเปลี่ยนก๊าซ ระบบไหลเวียน สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง (ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือมีปัญหาในระบบประสาทและสมอง)

1.1.3) อาการผิดปกติที่อาจคุกคามถึงชีวิต หรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้กับอวัยวะสำคัญ ซึ่งเกิดขึ้นจากการใช้ยาอันตรายต่าง ๆ และการใช้เครื่องมือพิเศษ

1.1.4) ความสอดคล้องในการทำงานของเครื่องมือพิเศษกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะใช้เครื่องมือพิเศษ

1.1.5) อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อขณะอยู่โรงพยาบาล  
ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย

1.1.6) อาการรบกวนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาการปวด ความ  
ไม่สุขสบาย

1.2) ประเมินอาการทั่วไป สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท ตรวจ  
ร่างกายโดยเน้นอวัยวะที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการ หรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทุก 15-30  
นาที จนพ้นระยะวิกฤตตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค กลุ่มอาการ และแนวทางการดูแล  
ผู้ป่วยหนัก เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการประเมินความก้าวหน้าของปัญหาและความต้องการ

1.2.1) เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่สอดคล้องปัญหา และ  
ความต้องการ รวมทั้งความสอดคล้องการทำงานเครื่องมือพิเศษ และอาการรบกวนอย่างต่อเนื่อง

1.2.2) บันทึกข้อมูลการประเมินปัญหาและความต้องการของ  
ผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน

1.2.3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา  
และความต้องการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งในระยะวิกฤตและ  
ต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตามแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2) มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลที่  
ประเมินได้ เพื่อตัดสินใจระบุปัญหาความต้องการการพยาบาลหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล  
อย่างถูกต้อง มีแนวทางปฏิบัติ คือ

2.1) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เร่งด่วน  
และไม่เร่งด่วนอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลดังนี้

2.1.1) ข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการ การ  
เฝ้าระวัง และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

2.1.2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมปัญหาและความ  
ต้องการด้านร่างกาย จิตวิญญาณ การเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแบบแผนการ  
ดำรงชีวิตประจำวันกรณีดังนี้

2.2.1) มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคต ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข  
หรือป้องกัน

2.2.2) กำลังเกิดปัญหาหรือเกิดขึ้นแล้ว

2.3) ปรับหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่า  
ปัญหานั้น เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

2.4) จำแนกความรุนแรงและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อการจัดการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2.5) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ

2.6) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งในระยะวิกฤตและต่อเนื่อง

3) มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งในระยะวิกฤตและต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติ คือ

3.1) กำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมและสอดคล้อง กับลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะวิกฤตอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมที่เกี่ยวกับปัญหาดังนี้

3.1.1) ปัญหาวิกฤตที่กำลังคุกคามชีวิต การทำงานของอวัยวะที่สำคัญ

3.1.2) การลดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงจนคุกคามชีวิตผู้ป่วยเป็นลำดับต่อมา

3.2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วย

3.3) ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.4) สื่อสารแผนการพยาบาลให้ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจทั่วถึง

3.5) บันทึกแผนการพยาบาลครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้องครบถ้วน

3.6) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งในภาวะวิกฤตและต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

4) มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งระยะวิกฤตและต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติ คือ

4.1) ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการในระยะวิกฤตและต่อเนื่องตามแผน ในประเด็นดังนี้

4.1.1) จัดการปัญหาภาวะวิกฤตฉุกเฉินตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ แนวทางการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.1.2) ฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ

4.1.3) จัดการการใช้เครื่องมือพิเศษที่จำเป็นในการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ตามแผนการรักษาของแพทย์

4.1.4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยา สารน้ำ เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด อาหารและน้ำ การแก้ไขและรักษาความสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรด-ด่าง

4.1.5) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเพียงพอของระบบการหายใจ การทำงานของหัวใจ การไหลเวียนโลหิต และการรักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ ภาวะกรด-ด่าง และการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย

4.1.6) ฝ้าระวังการทำงานของเครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้สามารถทำงานเพื่อช่วยในการประคับประคองอวัยวะสำคัญของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

4.1.7) จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ในด้านอาหาร น้ำ การขับถ่าย การออกกกำลังกายอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

4.2) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ดังนี้

4.2.1) ดูแลความสะอาดร่างกายและสุขอนามัยทั่วไป

4.2.2) ช่วยเหลือและควบคุมให้มีการขับถ่าย อย่างเหมาะสม

4.2.3) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีปัญหา ได้แก่ การบรรเทาความปวด ความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อจากการถูกจำกัดกิจกรรม ความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ

4.2.4) จัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดปัจจัยรบกวน หรือสิ่งเร้าที่อาจเป็นสาเหตุของความไม่สบาย หรือรบกวนประสาทสัมผัสหรือการรับรู้ ของผู้ป่วย เช่น การควบคุมแสง เสียง อุณหภูมิให้เหมาะสม หรือการจัดบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย

4.2.5) ปรีกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณีมีอาการไม่สบาย หรืออาการรบกวนไม่ทุเลาลง

4.3) ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วนในเวลาที่กำหนด

4.4) จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ

4.4.1) ตรวจสอบและพิจารณาคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบ และปฏิบัติตามพยาบาลตามแนวทางการรักษานั้นให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามขอบเขตของวิชาชีพ

4.4.2) ติดตามรวบรวมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยอื่น เพื่อประโยชน์ในการปรับแผนการพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน

4.4.3) สื่อสารข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้วยวาจา และเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร และผลการปฏิบัติตามพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วน เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาพยาบาลแก่ทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.5) จัดการเพื่อให้การปฏิบัติตามพยาบาลเป็นไปตามแผน โดย

4.5.1) ควบคุมสถานการณ์ และการดูแลในภาวะวิกฤตให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

4.5.2) ร่วมรับส่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและนำประชุมปรึกษาหารือก่อนและหลังปฏิบัติงานทุกช่วงเวลาปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาการพยาบาล แนวทางการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล

4.5.3) ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับการมอบหมายงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินผลการพยาบาล และปรับปรุงแผนการพยาบาล

4.5.4) ประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล

4.5.5) ควบคุม กำกับ จัดหา และตรวจสอบ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความปลอดภัย และความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เวชภัณฑ์ในรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน เครื่องมือที่จำเป็นอื่น ๆ ทุกช่วงเวลาปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการทำงานและการบำรุงรักษาเครื่องมือพิเศษคุณภาพของเครื่องมือปราศจากเชื้อตามแนวทางที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อกำหนด

4.5.6) จัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เยี่ยม เพื่อผ่อนคลายหรือระบายความรู้สึก หรือความเครียดต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.5.7) ประสานงานเพื่อการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง ไปยังหอผู้ป่วยตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกำหนด

#### 4.6) จัดการการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ดังนี้

4.6.1) ทบทวนความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยและการเตรียมตัวเมื่อผู้ป่วยถึงวาระสุดท้าย

4.6.2) ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยากรณ์ของโรค และการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ

4.6.3) ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และดูแลความสุขสบาย

4.6.4) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนเผชิญกับความตายถ้าจำเป็นส่งปรึกษา พยาบาลผู้ให้การศึกษา

4.6.5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก และอยู่ใกล้ชิด

4.6.6) ปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างครบถ้วน

4.6.7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฟังธรรม ฟังบทสวด ฟังคำสอนตามความเชื่อต่างๆตามศาสนาที่นับถือ

4.6.8) อำนวยความสะดวก หากผู้ป่วยและญาติต้องการประกอบพิธีทางศาสนา หรืออนุญาตให้บุคคลในญาติเฝ้าดูแลในวาระสุดท้าย

4.6.9) ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิต

4.6.10) อำนวยความสะดวกแก่ญาติ ในการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง

4.7) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

4.8) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในระยะวิกฤตได้ทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านความสุขสบาย และการตอบสนองความต้องการจิตสังคม และจิตวิญญาณ 3) ผู้ป่วยวาระสุดท้ายและญาติ ได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายและจิตวิญญาณ และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับความตายได้

5) มาตรฐานที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเป็นระยะๆ มีแนวทางปฏิบัติ คือ

5.1) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล จากปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลทันทีและต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค กลุ่มอาการ และข้อมูลจากการประเมินในแต่ละระยะ

5.2) วิเคราะห์ผลสำเร็จหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ ของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ก้าวหน้าขณะรับการรักษาพยาบาล และปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติการพยาบาล

5.3) ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบหมายแก่สมาชิกทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ตลอดช่วงเวลาปฏิบัติงาน

5.4) ประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องและก่อนจำหน่ายทุกราย

5.5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลร่วมประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

5.6) บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

5.7 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

6) มาตรฐานที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติ คือ

6.1) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับและต่อเนื่อง ในการวินิจฉัยคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายไปยังหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

6.2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การปรับตัวของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งการค้นหาผู้ดูแลหรือบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

6.3) กำหนดแผน และระบุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวัน ช่วงเวลาการปฏิบัติงาน ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

6.4) เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลสามารถวางแผนและจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ดังนี้

6.4.1) จัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

6.4.2) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปรับตัวและจัดแบบแผนการดำเนินชีวิตระหว่างเจ็บป่วย

6.4.3) เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแล หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยได้เยี่ยม หรือร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

6.4.4) ส่งปรึกษาพยาบาลผู้ให้การปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด



6.4.5) ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในการวางแผนจำหน่าย

6.4.6) ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย หน่วยงานในชุมชน ครอบครัวโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า เพื่อส่งต่อการดูแล

6.5) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง

6.6) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือผู้ป่วยและญาติ ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่รุนแรง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต

7) มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติคือ

7.1) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกและต่อเนื่องในการวินิจฉัยความต้องการ สร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

7.2) กำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมผู้ป่วย โดยผสมผสานแผนนี้เข้ากับแผนการพยาบาล และแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

7.3) จัดโปรแกรมการดูแลการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย โดยไม่ขัดต่อภาวะความเจ็บป่วย การสร้างเสริมการเผชิญความเครียด การสร้างเสริมพัฒนาการตามวัย โดยไม่ขัดต่อภาวะความเจ็บป่วย

7.4) จัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน โดยเฉพาะตอนกลางคืน เช่น ลดเสียงรบกวนที่ไม่จำเป็น ปิดไฟบางดวง เป็นต้น

7.5) ประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกครั้ง ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในขั้นตอนต่อไป โดยผสมผสานเข้ากับการประเมิน การเยี่ยมตรวจ ที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค

7.6) ปรับเปลี่ยนแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจให้เป็นปัจจุบัน

7.7) ประเมิน สรุป และบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

7.8) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

8) มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นมีแนวทางปฏิบัติคือ

8.1) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกและต่อเนื่องในการวินิจฉัยความต้องการการคุ้มครองภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ

8.2) กำหนดแผนการคุ้มครองภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยผสมผสานเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

8.3) จัดการการดูแลและกำกับให้สมาชิกอื่นในทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ครอบคลุมในประเด็นสำคัญ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันผู้ป่วยจากอันตราย ที่เกิดจากการใช้เครื่องมือพิเศษ หรืออุปกรณ์การแพทย์ การทำ Invasive Procedure และยาที่อาจมีผลข้างเคียงต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น O<sub>2</sub> Toxicity , BPD (Broncho – pulmonary Dysplasia) การป้องกันความชอกช้ำของร่างกายหรืออวัยวะที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การรักษาพยาบาล การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง การป้องกันการตายอย่างไม่คาดคิด (Unexpected Death) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเกิด Aspirated Pneumonia การป้องกันความพิการหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ เช่น Foot Drop กล้ามเนื้อลีบ และการป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกยึด

8.4) จัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความระมัดระวัง ไม่ทำให้เกิดเสียงดังที่รบกวนผู้ป่วย การปรับแสงสว่างในหออภิบาลผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้เวลาที่ถูกต้อง บอกรวัน เวลา สถานที่ บุคคล บอกผู้ป่วยทุกครั้งปฏิบัติการพยาบาล สัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล อยู่เป็นเพื่อนและรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล

8.5) ติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุ และดูแลภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง

8.6) ประเมิน สรุปและบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ

8.7) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่สามารถป้องกันได้ ขณะรับการรักษาในผู้ป่วยหนัก

9) มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ และเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย และครอบครัวให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะวิกฤต มีแนวทางปฏิบัติ คือ

9.1) ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

9.2) จัดระบบการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้อง ครบถ้วน อย่างต่อเนื่อง ที่เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค หรือความเจ็บป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และแผนการรักษาพยาบาล การเตรียมตัวเมื่อย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ความสำคัญ และเหตุผลของการผูกยึดผู้ป่วย และการบริจาคอวัยวะด้วยเหตุผลทางการแพทย์

9.3) จัดโปรแกรมการปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับประเด็นสิทธิที่พึงมีและพึงได้รับจากโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติ เช่น เวลาเยี่ยมเวลารับประทานอาหาร และเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยจะได้รับระหว่างรักษาในโรงพยาบาล และสิทธิผู้ป่วย

9.4) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกรับการรักษาก่อนลงนามยินยอมทุกครั้ง

9.5) กรณีผู้ป่วยขอกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษายาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำ หรือเอกสารการดูแลตนเองและซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบผู้ป่วยตามกฎหมายและลงลายมือชื่อกำกับ เพื่อแสดงการยอมรับและเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน

9.6) กรณีการแจ้งข่าวร้าย ดำเนินการดังนี้

9.6.1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติ และพิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม หรือประสานงานกับแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูล

9.6.2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกหรือซักถามภายหลังการรับทราบข้อมูลและช่วยเหลือเพื่อประคับประคองอารมณ์

9.6.3) กรณีจำเป็นต้องรับการปรึกษา ประสานงานกับพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเพื่อดูแลต่อเนื่อง

9.7) ประเมินผลการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

9.8) บันทึกการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

9.9) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยที่วิกฤตได้ รวมทั้งรับทราบสิทธิที่ตนพึงได้

10) มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ มีแนวทางปฏิบัติ คือ

10.1) จัดการการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ดังนี้

10.1.1) การให้ข้อมูล บอกกล่าวข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะการผูกมัด และแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล

10.1.2) การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย เกี่ยวกับความลับของข้อมูลเวชระเบียน ทั้งสิทธิการใช้และเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน การเผยแพร่ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา วิจัย และเปิดเผยร่างกายจากการบริการรักษาพยาบาล

10.2) จัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อวัฒนธรรมของผู้ป่วยและญาติ

10.3) จัดการการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยบนพื้นฐานการเคารพในสิทธิและยึดในจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติ ศาสนา โดยบอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบ แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว บอกหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น จัดสถานที่ หรือบริเวณให้การพยาบาล เป็นสัดส่วนและมิดชิด

10.4) ปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำ หรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการปฏิเสธการรักษาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือผู้ป่วยวาระสุดท้าย

10.5) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การยินยอมรักษาพยาบาล ภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน)

10.6) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่าง และกำกับให้สมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

10.7) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา

11) มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางปฏิบัติ คือ

11.1) บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายครอบคลุม เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยแรกรับและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาและความต้องการการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหา และความต้องการด้านร่างกายและจิตวิญญาณ แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการทางผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล และความสามารถของผู้ป่วย ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเอง

11.2) ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลในแต่ละเวร

11.3) ทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการ บันทึกการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน และตรวจสอบทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

11.4) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

11.5) ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง

11.6) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ 1) บันทึกทางการพยาบาลสามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) บันทึกทางการพยาบาลสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาล และใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้

ลักษณะการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง และขยายขอบเขตการดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามปัญหา การตอบสนองของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณต่อภาวะการเจ็บป่วย โดยไม่ยึดเพียง แต่หลักการพยาบาลตามการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่ต้องพิจารณาถึงแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้นในด้านของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนของโรค การเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มขึ้น การนอนนานขึ้น ผลกระทบด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติที่เพิ่มขึ้น การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูงขึ้น การใช้เทคโนโลยีอย่าง

ไม่คุ้มค่า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ตลอดจนต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## 2.7 เครื่องมือประเมินการรับรู้ญาติผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยมีรายละเอียดดังนี้

CQI 'R-ICU' เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติในหอผู้ป่วยวิกฤต (CQI 'R-ICU') (Van Mol, et. al., 2014) เครื่องมือ CQI 'R-ICU' สร้างและพัฒนามาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพลูกค้า (Consumer Quality index; CQI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน โดยปรับปรุงจากเครื่องมือชื่อ CAHPS และ QUOTE และแนวคิดของ "Theoretical model for patient focused communication" ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เป็นโครงสร้างคำถาม เพื่อให้รู้และเข้าใจอารมณ์ของญาติและผู้ให้การดูแล รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ให้กับญาติ กลไกการป้องกันทางจิตของญาติ เนื้อหาของการสื่อสารที่จำเป็นสำหรับญาติ เช่น ข้อมูลการรักษา เวลาการเยี่ยม การเคารพสิทธิ และความคาดหวัง เครื่องมือ CQI 'R-ICU' เป็นเครื่องมือใหม่ที่ได้ผ่านการทดสอบทางจิตวิทยาแล้ว โดยความร่วมมือของ HAN University , มหาวิทยาลัยเปิดในเนเธอร์แลนด์ และ 3 โรงพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์

CCFNI เป็นเครื่องมือวัดความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต (The critical Care Family needs Inventory ชื่อย่อ CCFNI, 1991) เป็นแบบสอบถามที่ใช้เป็นระดับการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่สำคัญ และ 4 หมายถึง สำคัญที่สุด มี 5 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ได้แก่ ข้อมูล ความสะดวกสบาย การให้การสนับสนุน ความน่าเชื่อถือ และความใกล้ชิด ปัจจุบันเครื่องมือนี้มีใช้เป็นภาษาดัตช์ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบค่าความเชื่อมั่น และความตรงภายใน และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .62-.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

ปัจจุบันเครื่องมือที่วัดการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูลจึงเห็นได้ว่า การสื่อสารให้ญาติผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษานั้น แพทย์ พยาบาลต้องให้ข้อมูลให้ญาติรู้และเข้าใจอย่างชัดเจน รวมถึงต้องเข้าใจและตอบสนองทางอารมณ์แก่ญาติอย่างเหมาะสมตลอดจนสร้างความน่าเชื่อถือ ให้ญาติเกิดความไว้วางใจมากที่สุด

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

#### 3.1 ความหมายการมอบหมายงาน

การมอบหมายงานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำกิจกรรมขององค์การการมอบหมายงานเป็นการมอบอำนาจหน้าที่ไปด้วยเป็นการบริหารด้วยวิธีการกระจายอำนาจ การมอบหมายงานที่ดี จะมีส่วนช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

Tappen (1995) กล่าวว่า การมอบหมายงานเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของผู้บริหารการพยาบาลการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพต้องพิจารณาหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ความสามารถของบุคลากรและความยุติธรรมในการมอบหมายงาน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ นั้นประกอบด้วย ประสิทธิภาพ ความต่อเนื่อง บุคลากรได้รับตำแหน่งสูงขึ้น และมีโอกาสเรียนรู้มากขึ้น และปัจจัยที่บอกความล้มเหลวของการมอบหมายงาน คือ ผู้รับบริการเกิดความเสียดังต่อภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับอันตรายจากการดูแล รวมถึงการที่บุคลากรเสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ธงชัย สันติวงษ์ (2543) กล่าวว่า การมอบหมายงานเป็นการมอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานนั้นๆ วิธีการมอบหมายงานมีหลายวิธีและใช้จำนวนบุคลากรแตกต่างกัน การเลือกวิธีมอบหมายงานจึงควรเหมาะสมกับลักษณะองค์การและบุคลากรที่มีอยู่ เพื่อให้บุคลากรได้ใช้ความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติงาน

สรุปการมอบหมายงาน หมายถึง การกระจายงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรโดยหัวหน้างาน ตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความยุติธรรม ความต่อเนื่อง ความมีประสิทธิภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้รับบริการเป็นหลัก เพื่อให้บุคลากรได้ใช้ความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติงาน

#### 3.2 รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล

รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล เป็นวิธีการ หรือขั้นตอนในการกระจายงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร ตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความยุติธรรม ความต่อเนื่อง ความมีประสิทธิภาพ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ในดูแลผู้ป่วย และยังเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงระยะพัฒนาการทางการพยาบาล

การมอบหมายงานมีหลายรูปแบบและมีพัฒนาการตามกาลเวลา การนำรูปแบบไปใช้จึงมีทั้งแบบการผสมผสานและใช้รูปแบบเดียว โดยทั่วไปการจัดรูปแบบการดูแลมี 5 แบบดังนี้ (Marquis and Huston, 2006)

แบบที่ 1 การดูแลโดยรวม (Total patient care) เป็นวิธีการดูแลที่เก่าแก่ที่สุดพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งหมดเพื่อให้บรรลุความต้องการทั้งหลายของผู้ป่วยที่ วิธีนี้อาจเรียกชื่อว่า การดูแลเป็นรายกรณี หรือแบบเฉพาะราย (Case method) เพราะมีการมอบหมายเป็นรายกรณี คล้ายกับ

การทำหน้าที่พิเศษเฉพาะในช่วงเวลาเดียว วิธีการมอบหมายดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีนิยมอย่างแพร่หลายทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ลักษณะการดูแลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ (Holistic) จากพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ โดยพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลจะปรับการพยาบาลตามความจำเป็นและความเหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่แตกต่างกันใน 3 ช่วงเวลาของแต่ละวัน จะเกิดคุณภาพการดูแลในวิธีการพยาบาลแบบนี้ได้ พยาบาลต้องมีทักษะส่วนบุคคลสูง

แบบที่ 2 การพยาบาลตามหน้าที่ (Functional nursing) เป็นลักษณะการดูแลที่พยาบาลจะได้รับการมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่เพียง 1-2 อย่างตามขอบเขตความรู้ ความสามารถเช่น พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 รับผิดชอบดูแลให้ยาทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยรายใหม่ พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 รับผิดชอบการรักษา และยารับประทาน หัวหน้าเวรจะทำหน้าที่ประสานการดูแล มอบหมายงานให้บุคลากร นิเทศงานบุคลากร รับผิดชอบงานที่มอบหมายของบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลตามหน้าที่เป็นวิธีการที่ประหยัด แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญด้านคุณภาพการดูแลอย่างสมบูรณ์ ส่วนข้อดีคือ งานสำเร็จรวดเร็ว มีความสับสนด้านความรับผิดชอบน้อย หลายหน่วยงานนิยมใช้ เช่น ห้องผ่าตัด อย่างไรก็ตามการพยาบาลตามหน้าที่นำไปสู่การพยาบาลที่แยกส่วน อาจละเลยความต้องการของผู้ป่วย บุคลากรอาจรู้สึกไม่ท้าทาย ขาดการกระตุ้นบทบาท และมีความพึงพอใจในงานต่ำ

แบบที่ 3 การพยาบาลเป็นทีม (Team nursing) เริ่มพัฒนาในปีค.ศ.1950 เป็นการลดปัญหาของการพยาบาลที่แยกส่วน การพยาบาลแบบทีมนี้ บุคลากรจะร่วมกันดูแลผู้ป่วยภายใต้การชี้นำของพยาบาลวิชาชีพในฐานะหัวหน้าทีม พยาบาลหัวหน้าทีมรับผิดชอบในการรับรู้สภาพ และความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลการปฏิบัติของหัวหน้าทีมมีหลากหลายความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือสมาชิกทีม ในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย การสอน การประสานงานเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้ป่วยด้วยการสื่อสารภายในทีม ทำให้มีการดูแลอย่างบูรณาการแก่ผู้ป่วย การสื่อสารที่ใช้เป็นแบบไม่เป็นทางการระหว่างหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมรายบุคคล และการสื่อสารอย่างเป็นทางการโดยการประชุมวางแผนในทีมอย่างสม่ำเสมอ โดยสมาชิกทีมไม่ควรเกิน 5 คน ซึ่งการพยาบาล ตามหน้าที่จะส่งเสริมให้กลุ่มได้รับอำนาจหน้าที่มากที่สุด เมื่อได้รับมอบหมายให้ทำงานเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมได้ช่วยเหลือกันตามความเชี่ยวชาญหรือทักษะของแต่ละคน ดังนั้นหัวหน้าทีมต้องรู้ถึงความสามารถของสมาชิกทุกคนในขณะที่ยังมอบหมายงานการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ตระหนักคุณค่าของสมาชิกแต่ละคน และมอบอำนาจให้แก่สมาชิก ส่วนข้อเสียของการพยาบาลเป็นทีมอยู่ที่การดำเนินการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพบว่าเวลาที่ไม่มีเพียงพอ ทำให้ทีมมีปัญหาด้านการวางแผน และการสื่อสาร ทำให้ความรับผิดชอบไม่ชัดเจน การพยาบาลแยกส่วนไม่เป็นองค์รวม

แบบที่ 4 การจัดการเป็นรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการดูแลแบบล่าสุด เพื่อเป็นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ชมรมชาวอเมริกันด้านการจัดการรายกรณี



(Case Management Society American: CMSA) นิยามว่าเป็นกระบวนการให้ความร่วมมือในการ ประเมิน วางแผน การดำเนินการ การประสานงาน กำกับ ประเมินผล โดยผ่านการสื่อสารและ ทรัพยากร ที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมคุณภาพและผลลัพธ์ด้านการลงทุนที่มีประสิทธิผล โดยมีจุดเน้นของการ จัดการรายกรณีอยู่ที่ผู้ป่วยรายบุคคล แต่ละรายไม่เหมือนกันโดยเป็นการจัดบริการที่คุ้มค่าที่สุด การ รักษาพยาบาลและสถานที่ที่ดูแลที่เหมาะสมในแต่ละราย ส่วนใหญ่จะจัดทำในหอผู้ป่วยในเพื่อ ตรวจสอบจำนวนวันนอน (Length of stay: LOS) กับผลกำไรต่อการนอนในโรงพยาบาล และนำไป วัดกับประสิทธิภาพ ซึ่งต่อการจัดการรายกรณีการนำไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น

แบบที่ 5 การพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) ได้เริ่มพัฒนาในช่วงปี ค.ศ. 1970 โดย นำแนวคิดการดูแลแบบโดยรวมมาประยุกต์ การพยาบาลเจ้าของไข้จำเป็นต้องให้มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบ 24 ชั่วโมงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 1 คนหรือมากกว่า ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับอยู่ใน โรงพยาบาล หรือเริ่มได้รับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษา ในช่วง เวลาการทำงานพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การพยาบาลโดยรวมแก่ผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ได้ทำงาน การดูแลจะกระทำโดยพยาบาลผู้ช่วยดูแลที่ปฏิบัติการดูแลตามการวางแผนการดูแลของ พยาบาลเจ้าของไข้ ความรับผิดชอบโดยรวมของพยาบาลเจ้าของไข้ คือการสร้าง ความกระจ่างในการ สื่อสารระหว่างผู้ป่วย แพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล และทีมสมาชิกอื่นๆ แต่วิธีนี้มี ความยากในการ ดำเนินการเนื่องจากต้องการความรับผิดชอบและมีความอิสระภาพสูง แต่หากพยาบาลสามารถพัฒนา ทักษะจะรู้สึกได้ถึงความสำเร็จ ส่วนข้อเสียของการพยาบาลคล้ายแบบทีมคือ หากมีการดำเนินการที่ ไม่เหมาะสม การเตรียมตัวไม่เพียงพอ หรือพยาบาลไม่มีความสามารถในการประสานงานในทีมสห สาขาวิชาชีพได้ เนื่องจากไม่สามารถบอกความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ทั้งนี้จากการขาด ประสบการณ์และทักษะขาดที่จำเป็นในการแสดงบทบาทนี้

### 3.3 ความหมายรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Manthey (1970) ให้ความหมายการดูแลรูปแบบแบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการให้ การพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือการมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาล รับผิดชอบเป็น พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ ติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยใหม่ และ วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงต่อวัน

Marram et al. (1979) ให้ความหมายการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ว่า เป็นวิธีการ ให้การพยาบาลที่มีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้การ พยาบาลตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา มีการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และเป็นผู้ติดต่อสื่อสารโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกทีมสุขภาพอื่นๆ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536) ให้ความหมายรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็น การมอบหมายงานผู้ป่วยแต่ละรายให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลรายบุคคลในฐานะเป็น“พยาบาลเจ้าของไข้” หรือพยาบาลที่มีโอกาสเลือกผู้ป่วยในการดูแล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านและให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน หากไม่ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลคนอื่นจะปฏิบัติงานแทน

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขดี (2551) รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต้องมีพยาบาลที่ต้องคอยรับผิดชอบ 24 ชั่วโมงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 1 คนหรือมากกว่า ตั้งแต่ผู้ป่วยรับป่วยในโรงพยาบาลกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษา พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลโดยรวมแก่ผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ทำงาน การดูแลและกระทำโดยพยาบาลที่ปฏิบัติตามแผนการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ ความรับผิดชอบโดยรวมของพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการสร้างความกระจ่างในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และสมาชิกทีมอื่นๆ

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึงการที่พยาบาลได้รับมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การดูแลโดยรวมทั้งหมด และมีหน้าที่ติดต่อสื่อสารโดยตรงกับสหสาขาวิชาชีพ และทีมพยาบาลในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงาน โดยการดูแลทั้งหมดจะกระทำโดยพยาบาลที่ปฏิบัติตามแผนการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้

### 3.4 วัตถุประสงค์รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

วัตถุประสงค์ของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ Marram et al. (1974) ได้กล่าวไว้ดังนี้

3.4.1 ให้มีการพยาบาลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล คือ การวางแผน การนำแผนนั้นไปปฏิบัติ และการประเมินผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาและค้นหาปัญหาความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการการดูแล การเขียนแผนการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ โดยเขียนความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วย จัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล และรวบรวมข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน

3.4.2 ให้มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability for patient care) เป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้กับบุคลากรทางการพยาบาลตามความรู้ ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้คือ การมอบหมายพยาบาลให้รับผิดชอบดูแล

ผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งประสานงาน และการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพทุกคนตลอดจนญาติผู้ป่วย พยาบาลทุกคนมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

3.4.3 การให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of patient care) เป็นความต่อเนื่องของการดูแล จากการที่มีพยาบาลคนเดียวรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้ ซึ่งมีแนวทางดังนี้ คือ มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล โดยผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของพยาบาลคนเดิม ค้นหาความต้องการการดูแลของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรอื่นๆอย่างมีประสิทธิภาพ และสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย และญาติไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

3.4.4 การให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมสมบูรณ์แบบ (Comprehensive patient care) คือมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมมีดังนี้ คือ พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย ตัดสินใจเลือกชนิดและปริมาณความต้องการการดูแล

3.4.5 ประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) คือ การให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดความต้องการการดูแล และแผนการพยาบาลเป็นหลัก การใช้ประโยชน์จากบุคลากรและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และประสานงานวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

3.4.6 การพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ และให้การปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้เหมาะสมดังนี้ คือ การประเมินความรู้ ความสามารถ และทัศนคติบุคลากร การส่งเสริมให้มีการนำวิชาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล การให้คำปรึกษา ประเมินผล และพัฒนาตามลักษณะเฉพาะบุคคลและการให้โอกาสในการศึกษาและพัฒนาความรู้ โดยจัดโปรแกรมการอบรมต่างๆ และการอบรมเชิงปฏิบัติการให้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### 3.5 แนวคิด และหลักการรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่ ปี ค.ศ 1970 โดย Manthey ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี โดย Manthey มีแนวคิดสำคัญ คือ “My nurse - my patient” และ Marram et al. (1979) ได้เสนอแนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ คือ

3.5.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานพยาบาล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน มอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนให้กับพยาบาลเฉพาะคน ตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่เกิน 2 คน

ซึ่งจำนวนการรับผิดชอบขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่ออัตราส่วนพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะมีภาระหน้าที่รับผิดชอบในความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานของตนเอง ซึ่ง Marram et al. (1974) ได้เรียกลักษณะการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า “A Triple A Nurse” นั่นคือ ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ความมีอำนาจหน้าที่ในการดูแล (Authority) และความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability)

3.5.2 พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ในการรวบรวมข้อมูล และการวางแผนการพยาบาลทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมงตลอดไปจนผู้ป่วยจำหน่าย การบันทึกแผนการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วย ข้อมูลประวัติของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การให้คำแนะนำ รวมทั้งรายละเอียดในการเตรียมแผนการจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่างๆ

3.5.3 พยาบาลเจ้าของไข้ประสานความร่วมมือกัน (Collaboration) การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ บุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม โดยวางแผนและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานโดยปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่ไม่ได้ ขึ้นปฏิบัติงานจะมอบหมายให้ผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการดูแลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยน แผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะฉุกเฉิน แต่ต้องสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ

3.5.4 การติดต่อสื่อสาร (Communication) จากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีลักษณะการสื่อสารโดยตรง โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal communication) หรือการใช้แผนการพยาบาล (Nursing care plans) และการใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Patient centered conference) พยาบาลเจ้าของไข้ประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

### 3.6 ประโยชน์ของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน คือ พยาบาล ตลอดจนหน่วยงานที่นำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ ปรารทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) ได้สรุปข้อดีของระบบพยาบาลเจ้าของไข้จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลจากการจัดการมอบหมายงานวิธีต่างๆดังนี้

3.6.1 ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

3.6.2 พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ และความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการที่ดี

3.6.3 ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ เพราะผู้รับบริการสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ จะสื่อสารแผนการดูแลกับผู้รับบริการให้มีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นแบบองค์รวม ให้มีความเหมาะสมมากที่สุดร่วมกับผู้รับบริการ

3.6.4 ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลต่อเนื่องตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

3.6.5 พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะต้องการการดูแลผู้ป่วยในเชิงลึก

3.6.6 มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้น ทำให้มีการประสานการดูแลดีขึ้น

3.6.7 ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะแพทย์ได้รับข้อมูลที่ละเอียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการจากพยาบาลเจ้าของไข้

3.6.8 ทำให้คุณภาพการดูแลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ดีขึ้น เพราะพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตปัญหา และแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้

### 3.7 แนวทางการปฏิบัติรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

วิธีการปฏิบัติในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีองค์ประกอบที่จำเป็น คือ โครงสร้างของการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Zander, 1980) ประกอบด้วย

3.7.1 ผู้รับบริการจะได้รับพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลเป็นเจ้าของไข้ในการดูแลตนเองและครอบครัว ประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย

3.7.2 หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลมอบหมายงานให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ในกรณีหัวหน้าหน่วยงานไม่อยู่ การมอบหมายงานจะปฏิบัติโดยพยาบาลประจำการอาวุโสที่เป็นหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าเวรเช้า

3.7.3 พยาบาลเจ้าของไข้เมื่อได้รับการมอบหมายงาน ต้องเริ่มประเมินผู้รับบริการทันที โดยพยาบาลเจ้าของไข้สามารถบอกข้อสังเกตสังเกตที่ค้นพบและบันทึก

3.7.4 การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นกับตารางการปฏิบัติงานตามความสามารถ ทักษะ ความรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพ

3.7.5 การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้จะสามารถพัฒนาวิชาชีพได้ เมื่อมีการนิเทศ และการให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือพยาบาลเจ้าของไข้เพียงพอ

3.7.6 มีเอกสารที่แสดงรายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ และรายชื่อผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมายงานอย่างชัดเจน คือแผ่นป้ายเจ้าของไข้ และรายชื่อพยาบาลที่รับผิดชอบในแต่ละเวร เพื่อให้แพทย์หรือบุคลากรตลอดจนผู้รับบริการ และครอบครัวทราบ

3.7.7 พยาบาลที่ถูกกำหนดให้ขึ้นเวรตึก หรือขึ้นปฏิบัติงานน้อยกว่า 4 สัปดาห์จะไม่สามารถมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้

3.7.8 การมอบหมายผู้รับบริการในแต่ละวัน จะขึ้นอยู่กับผู้รับบริการในแต่ละรายที่มีความต้องการพยาบาลในระดับใด พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบในการให้การพยาบาลโดยตรงเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ และเอื้ออำนวยต่อความสำเร็จในการวางแผนการพยาบาล

3.7.9 พยาบาลเจ้าของไข้ต้องติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้รับบริการ มีการรายงานส่งเวรต่อ ตรวจสอบเยี่ยมพร้อมแพทย์ ประชุมปรึกษาร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ประชุมการวางแผนการพยาบาลและลงบันทึกในเอกสารให้ถูกต้องเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน

3.7.10 มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันสัปดาห์ละครั้ง เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับการดูแลทั้งด้านการแก้ปัญหา และการศึกษาในการให้การวางแผนการพยาบาล

ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จึงเป็นการมอบหมายงานพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลเจ้าของไข้ที่มีความสามารถ มีทักษะ มีความรู้ ที่จะรับผิดชอบในการให้การพยาบาลตรงตามต้องการการดูแลของผู้รับบริการ เป็นผู้ใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีการติดต่อประสานงานกับเพื่อนร่วมงาน สหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการให้การให้การดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องตลอดที่ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลจนกระทั่งจำหน่าย

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล

##### 4.1 แนวคิดคุณภาพ (Quality)

คำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพ” เกิดขึ้นครั้งแรกในวงการอุตสาหกรรม ที่มีการแข่งขันทางการตลาด การร้องเรียนจากผู้บริโภคเกี่ยวกับสินค้าและผลิตภัณฑ์ โรงงานที่ผลิตสินค้าต่างๆ จึงให้ความสำคัญกับคุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์ ซึ่งมีเป้าหมายในการทำให้คุณภาพของสินค้า และผลิตภัณฑ์นั้นตรงตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้บริโภค และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางการตลาด ต่อมามีการให้ความหมายเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพกว้างขึ้น โดยนำกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสินค้าเพื่อลดข้อผิดพลาดต่างๆที่เกิดจากการสูญเสียในกระบวนการผลิต การเพิ่ม

ประสิทธิภาพการทำงาน และการประสานงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ต้นทุนของสินค้าลดลงแต่เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้บริโภคมากขึ้น (Juran, 1992)

คุณภาพจึงมีความสำคัญในการอยู่รอดในการดำเนินงานของธุรกิจ และองค์กร คำว่า “คุณภาพ” (Quality) มีความหมายเป็นนามธรรม และมีหลากหลายมุมมอง เปลี่ยนแปลงตามแต่ละยุคสมัย ทั้งนี้เพราะคุณภาพขึ้นอยู่กับมุมมองและการรับรู้ของแต่ละบุคคล และยังขึ้นอยู่กับสิ่งที่ประเมินความมีคุณภาพด้วย

จากการรวบรวมความหมายของคุณภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกัันดังนี้  
ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2530 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพ (Quality) เป็นความดี หรือลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

ล่อ หุตางกูร (2529) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่น สิ่งใดสิ่งหนึ่งจะมีหรือไม่ก็ตาม ที่อยู่ในระดับที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ได้สรุปนิยามคุณภาพให้ครอบคลุมเพื่อเป็นหลักสำหรับการทำความเข้าใจ และเป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะการประเมินคุณภาพและสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพ ว่าสำหรับการดูแลทางการแพทย์ คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการ เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Brain (1982) กล่าวว่า คุณภาพ คือ ความพึงพอใจของลูกค้า จากการที่องค์กรจัดหาสิ่งที่ต้องการให้ในเวลาที่เป็น ด้วยความถูกต้องและใช้เวลาน้อยที่สุด

Crosby (1984) ได้ให้นิยามคำว่า “คุณภาพ” ว่าเป็นการทำตามมาตรฐาน ตัวชี้วัดผลงาน คือต้นทุนมาตรฐาน มาตรฐานของผลงาน คือการมีข้อเสียเป็นศูนย์

Deming (1993) กล่าวว่า คุณภาพ คือ สิ่งที่สุดคล้องกับความต้องการที่ลูกค้าต้องการ โดยให้องค์กรมีเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพเป็นหลักการ

Juran (1992 อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ให้ความหมาย “คุณภาพ” ว่าเป็นความเหมาะสม หรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน (fitness to use)

Kotler (2003) ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพ” ว่า คือคุณลักษณะเด่น และสำคัญที่แสดงให้เห็นประจักษ์ของผลผลิต สินค้า หรือบริการ เป็นพันธะบนความสามารถที่ตอบสนองความพอใจหรือความต้องการด้านคุณภาพ คือ ความดีเลิศของผลผลิต รวมทั้งความดึงดูดใจ ปราศจากข้อบกพร่อง มีความเที่ยง และความเชื่อถือไว้ใจได้

จากการทบทวนความหมาย คำว่า คุณภาพ จะเห็นได้ว่า คุณภาพนั้น เป็นคำที่ถูกนำมาใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่าสิ่งต่างๆเหล่านั้น เป็นสิ่งที่ดี มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของบุคคล

อื่นๆ คุณภาพจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็น ลักษณะความดี ความเหมาะสม ความมีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้

ในปัจจุบันแนวคิดคุณภาพได้รับการยอมรับ และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายรวมถึงในระบบบริการสุขภาพที่ได้นำมาปรับใช้ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงการทำหน้าที่อย่างมีคุณภาพ และประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงานในองค์กรหรือหน่วยงานเพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ใช้บริการ ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ในระยะเวลาที่เหมาะสม และเกิดความพึงพอใจได้ในที่สุด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะโดยรวมของสินค้าหรือบริการที่ได้รับตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยองค์กรหรือหน่วยงานเป็นผู้จัดทำให้ผู้รับบริการในเวลาที่ต้องการด้วยความถูกต้อง ความรวดเร็ว ความตั้งใจ ปราศจากข้อบกพร่อง มีความเที่ยง ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และสามารถตอบสนองความต้องการให้เกิดความพึงพอใจได้

#### 4.2 ความหมายคุณภาพการดูแล

คุณภาพในมุมมองทางด้านสุขภาพนั้นใช้คำว่า คุณภาพการดูแล (Quality of care) ในการให้ความหมายคำว่า คุณภาพนั้น คุณภาพประกอบไปด้วยองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายด้าน การอธิบายหรือให้ความหมายคำว่า คุณภาพจึงไม่สามารถที่จะอธิบายหรือตัดสินใจได้โดยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง (Attree, 1993)

คุณภาพการดูแลตามความหมายของ Wareham (1994) คุณภาพการดูแลว่าหมายถึง ความเป็นไปได้ในการเพิ่มระดับ หรือผลลัพธ์ของการให้การดูแลสุขภาพ แก่บุคคลหรือชุมชน โดยใช้ความรู้ที่เป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วไป

สรุปได้ว่า คุณภาพการดูแล หมายถึงลักษณะของการให้บริการทางสุขภาพด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ให้ความสนใจด้วยใจหรืออย่างเต็มใจ อย่างมีความเหมาะสม และสามารถตอบสนองความต้องการให้เกิดความพอใจได้ ในระยะเวลาที่เหมาะสม

#### 4.2 องค์ประกอบคุณภาพการดูแล

องค์ประกอบคุณภาพการดูแลเกี่ยวกับระบบสุขภาพ จากการทบทวนแนวคิดคุณภาพพบว่า องค์ประกอบคุณภาพประกอบด้วย ดังนี้

4.2.1 องค์ประกอบคุณภาพการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ของ Maram (1979) มี 4 ด้านดังนี้

1) ด้านการดูแลต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีพยาบาลคนเดิมรับผิดชอบโดยรวม ตลอดที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ



2) ด้านการมอบหมายงานที่สอดคล้องความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถของพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนจำหน่ายผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

3) ด้านของเวลา พยาบาลมีเวลาในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น หรือให้เวลาสำหรับผู้ป่วยมากขึ้น

4) ด้านการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริงที่เชื่อมโยงกันระหว่างแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ช่วยดูแล ทั้งจากวาจาโดยตรงซึ่งมีลักษณะการสื่อสารโดยตรง โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal communication) หรือการใช้แผนการพยาบาล (Nursing care plans) จากแบบบันทึก และจากการใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Patient centered conference) พยาบาลเจ้าของไข้ประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

#### 4.2.2 องค์ประกอบคุณภาพของ Attree (1993)

Attree (1993) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพการดูแลไว้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยโครงสร้าง เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับองค์กร ได้แก่ ด้านบริบทของโรงพยาบาล เช่น วิสัยทัศน์ เข็มมุ่ง ปรัชญา ขนาดเตียง ความเป็นเลิศ ความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล ด้านบริบทของหอผู้ป่วย เช่น ปรัชญาหรือแนวคิดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สมรรถนะของบุคลากร จำนวนวันนอน จำนวนบุคลากร จำนวนเตียง ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น โครงสร้างอาคาร การซ่อมบำรุงอาคาร ความสะอาดสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์แพทย์ บรรยากาศ ลักษณะอากาศ และด้านการให้บริการ เช่น การเข้าถึงบริการ การให้บริการอย่างเท่าเทียม การให้บริการตามความต้องการการดูแล การบริการที่ได้รับการยอมรับในสังคม การบริการที่สมบูรณแบบ การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงานที่ดี การบริการที่มีประสิทธิภาพ การบริการที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่า

#### 2) ปัจจัยกระบวนการ แบ่งเป็น

2.1) ด้านกระบวนการการให้การดูแล เช่น การประเมิน การวางแผนการให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ การสอน การบันทึกการพยาบาล และการประเมินผล

2.2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิริยาท่าทางและพฤติกรรมดูแลของผู้ให้การดูแลการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ การจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแล

2.3) ด้านวิธีการในการทำงาน เช่น ความรับผิดชอบความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคล การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล

2.4) ด้านมุมมองวิชาชีพพยาบาลตามปรัชญาการพยาบาลทัศนคติ ความเชื่อ และคุณค่าในการทำหน้าที่ดูแลรักษา เวลาที่ให้การดูแล การฟัง การพูด การสอน

2.5) ด้านการปฏิบัติตามวิชาชีพ ในการใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถ ทักษะ การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

2.6) ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล เช่น การให้คุณภาพการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความซื่อสัตย์ความเป็นมนุษย์ ความเมตตา การเคารพสิทธิของแต่ละบุคคล ความภาคภูมิใจ และบุคลิกลักษณะของพยาบาล

### 3) ปัจจัยผลลัพธ์ แบ่งเป็น

3.1) ระดับของภาวะสุขภาพ ได้แก่ การตาย การเกิดโรค ทูพพลภาพ ความไม่สุขสบาย และความไม่พึงพอใจ เช่น การคงภาวะสุขภาพที่ดี อัตราความพิการ อัตราตาย การตายอย่างสงบ การแก้ไขปัญหา การฟื้นฟูสภาพ การบรรลุเป้าหมาย อัตราการมีชีวิต การควบคุมอาการและความเจ็บป่วย

3.2) ความสามารถในการทำงาน ได้แก่ ความสามารถในการทำงานทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แรงจูงใจในการทำงานเช่น ทักษะ ระดับความเครียดต่ำ

3.3) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้แก่ การเข้าถึงการดูแล เช่น จำนวนเตียงว่าง การร้องเรียน การชมเชย การประสานงาน การสื่อสาร การควบคุมเวลา

3.4) การใช้ทรัพยากร/ความคุ้มค่า/ประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับความเสียหาย ได้รับประโยชน์ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการแก้ไข การใช้ทรัพยากรที่ซ้ำซ้อน ค่าตอบแทนภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ ผลกระทบต่อผู้ป่วย และคุณภาพชีวิต

3.5) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อุบัติการณ์และเหตุการณ์ เช่น พลัดตก หกล้ม ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเกิดแผลกดทับ โรคที่เกิดจากการรักษา การกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง เช่นฆ่าตัวตาย การชันสูตรศพ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

3.6) กระบวนการที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความผิดพลาดจากการให้ยา การไม่ประสานงานในการให้บริการ ไม่มีการจัดการความเจ็บปวด

4.2.3 องค์ประกอบคุณภาพ The Quality-caring model ของ Duffy & Hoskins (2003)(อ้างใน Duffy, 2009) ได้ประยุกต์จากปัจจัยที่เกี่ยวกับชีววิทยาทางการแพทย์ ชีวจิตสังคม วัฒนธรรมทางจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยดังนี้

1) โครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วม 3 ส่วน

1.1) ผู้ให้การดูแล (provider) ได้แก่ ปรากฏการณ์ในหอผู้ป่วย การอธิบายหรือสำนวนที่ใช้ในการอธิบาย ประสบการณ์ชีวิต ทักษะคิดและพฤติกรรม

1.2) ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family) ได้แก่ ปรากฏการณ์ในสนาม การอธิบายหรือสำนวนที่ใช้ในการอธิบาย ประสบการณ์ชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โรคประจำตัว

1.3) ระบบ (System) ได้แก่ ปรากฏการณ์ การอธิบายหรือสำนวนที่ใช้ในการอธิบาย การผสมผสานอัตรากำลัง/ภาระงาน วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร

2) กระบวนการ (Process) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1) แบบความสัมพันธ์เป็นศูนย์กลาง แบ่งเป็นสัมพันธ์ภาพแบบอิสระซึ่งเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและญาติกับพยาบาล และสัมพันธ์ภาพแบบผู้ร่วมงานระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพและพยาบาล (สหสาขาวิชาชีพ)

2.2) แบบความสัมพันธ์มีอาชีพ โดยเน้นการให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและญาติมากที่สุด โดยพยาบาลจะดูแลปัจจัยที่เอื้อต่อความร่วมมือ และการประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพ

3) ผลลัพธ์ (Outcome) ปลายทางของผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านคือ

3.1) ด้านผู้ให้การดูแล (Provider) ได้แก่ ความพึงพอใจในการให้การดูแล ความก้าวหน้าส่วนตัว

3.2) ด้านผู้ป่วย (Patient) ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความปลอดภัย ได้รับการดูแลเฉพาะโรค ความพึงพอใจ ความรู้

3.3) ด้านระบบ (System) ได้แก่ ประโยชน์ ทรัพยากร ใช้จ่ายสิ้นเปลือง การกลับมารักษาซ้ำ ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน

จากการศึกษาแนวคิดคุณภาพการดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Attree (1993) เพื่อศึกษาความแตกต่างคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มควบคุมและรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกองค์ประกอบคุณภาพการดูแลเพียง 3 ด้านซึ่งมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. ความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึงการดูแลที่เกิดจากการใช้รูปแบบพยาบาล เจ้าของใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องโดยมีการวางแผนการดูแล การปฏิบัติ การดูแล การประเมินผลการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องในทีมสุขภาพ จากพยาบาลที่รับผิดชอบตลอดการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. การได้รับข้อมูล หมายถึงคุณภาพการดูแลที่เกิดจากการที่ญาติได้รับข่าวสาร ข้อเท็จจริง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้แก่ การวินิจฉัยโรค แนวทางการดูแลรักษา แนวโน้มการรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง อาการเร่งด่วน/ไม่เร่งด่วนที่ต้องรีบแจ้งพยาบาล

3. พฤติกรรมการดูแลของบุคลากร หมายถึงการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง และทางวาจาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย ความเอาใจใส่ การดูแลด้วยความ เป็นมนุษย์ ความเมตตา การเคารพสิทธิของแต่ละบุคคล การดูแลด้วยความภาคภูมิใจ

#### 4.4 การประเมินคุณภาพการดูแล

คุณภาพการดูแล ในมุมมองทางด้านสุขภาพนั้น ในแต่ละสาขาวิชาชีพจะมีการกำหนด มาตรฐาน เพื่อนำมาประเมินคุณภาพในสาขาวิชาชีพนั้นๆ โดยคุณภาพการดูแลนั้นจะต้องสอดคล้อง กับความต้องการของผู้รับการดูแล หรือผู้รับบริการ หรือผู้ให้การดูแล/ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถ ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

JCAHO (1989 อ้างถึงใน พงษ์ทิพย์ ชัยพิบาลสุทธิ, 2551) มาจากคำว่า Joint - commission on Accreditation of health care organization กล่าวว่า เครื่องชี้วัดทางคุณภาพ ด้านการดูแลสุขภาพนั้น เป็นการวัดเชิงปริมาณที่สามารถเป็นแนวทางในการติดตาม และประเมินผล คุณภาพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมที่สนับสนุนการบริการ ต่อมาปี ค.ศ 1993 ได้ปรับ ความหมายเป็นความถูกต้องและกระบวนการเชิงปริมาณที่เที่ยงตรง หรือการวัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการ ดำเนินงานในทิศทางเดียวหรือมากกว่า 1 ทิศทาง ได้แก่ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสม โดยมี ค่าสถิติเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพการณ์ หรือทิศทางในระยะเวลาหนึ่ง ในการดำเนินการขององค์กรที่เป็น ผลลัพธ์เฉพาะ

Egdahl & Gertman (1976 อ้างถึงใน พงษ์ทิพย์ ชัยพิบาลสุทธิ, 2551) ได้แบ่งเครื่องชี้วัด ดังนี้

1. Structure indicator อธิบายถึงลักษณะของผู้ให้บริการ เช่น สถานที่ความสะอาดกสบาย เครื่องมือ จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดเชิงปริมาณ ไม่ได้บ่งบอกถึงคุณภาพ บริการโดยตรง เช่นจำนวนเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วย สัดส่วนของผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง infusion pump ต่อผู้ที่ได้รับน้ำเกลือทั้งหมด

2. Process indicator เป็นเครื่องวัดกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ Clinical practice guideline (CPG) มาตรฐานการพยาบาล การประกันคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองอย่างรุนแรง ต้องได้รับการวัดอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมงต่อจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด

3. Outcome indicator เป็นเครื่องวัดผลที่เกิดหรือไม่เกิดขึ้นจากการกระทำ หรือไม่กระทำ กิจกรรมบริการต่อผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มีไส้ติ่งปกติในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด ตัวชี้วัดชนิดนี้มีประโยชน์ในการประเมินคุณภาพบริการ โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย และจิตใจ เช่น ความรู้ หรือการแนะนำที่ผู้ป่วยเข้าใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการหายของโรค

#### 4.4.1 การประเมินผลลัพธ์การดูแล

การประเมินผลลัพธ์การดูแล ได้มีการพัฒนาด้านผลลัพธ์การดูแลเพื่อการใช้ผลลัพธ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลตั้งแต่สมัยฟลอเรนซ์ ในดิ้งเกลที่ยังไม่สามารถแยกการพยาบาลออกจากระบบสุขภาพอื่นๆ ต่อมาในปี ค.ศ. 1960 ไอเดิลฮอด ได้เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยในการประเมินประสิทธิผลของระบบการให้การพยาบาล จากนั้นปี ค.ศ. 2000 มีการพัฒนาดัชนีวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยมีการจัดกลุ่มผลลัพธ์ไว้เป็นลำดับดังนี้

1) การจัดกลุ่มผลลัพธ์โดยโฮเวอร์และชิมเมอร์ ที่ได้สรุปดัชนีวัดผลลัพธ์ทั่วไปที่พยาบาลใช้กันมากในระหว่างปี ค.ศ. 1970 ไว้ 5 ประการได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาโรค ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนั้นมีการพัฒนาดัชนีวัดศักยภาพการฟื้นฟูสุขภาพใน Home care หลายประการ เช่น การใช้อาตามคำแนะนำ ความทุกข์ใจ สภาวะผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน สภาวะการทำงานของร่างกาย ฐานะของผู้ดูแล การฟื้นฟูสุขภาพ ความรู้ปัญหาสุขภาพหลักๆ และการวินิจฉัยโรค

2) การจัดกลุ่มผลลัพธ์โดย Lang & Clinton (1984) ได้ศึกษาทบทวนการวิจัยและพบว่าผลลัพธ์ที่ใช้วัดคุณภาพการพยาบาลโดยทั่วไปมีอยู่ 6 ประการ คือ 1) สภาวะสุขภาพทางกาย 2) สภาวะสุขภาพทางจิตใจ 3) การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานของร่างกาย 4) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ 5) การใช้วิชาชีพสุขภาพ 6) การรับรู้คุณภาพการดูแล

3) การจัดกลุ่มผลลัพธ์โดย Marek (1989) ได้แบ่งผลลัพธ์คุณภาพการดูแล ออกเป็น 15 กลุ่ม คือ สภาวะทางกายภาพ สภาวะด้านจิตสังคม สภาวะด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรมผู้รับบริการ ความรู้ของผู้รับบริการ การควบคุมอาการรบกวน การดำรงสภาพภายในบ้าน ความผาสุก การบรรลุเป้าหมาย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความปลอดภัย ความถี่ของการให้บริการ/

รับบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแล การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การแก้ปัญหาที่ได้จากการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งได้มีผู้สนใจการวัดผลลัพธ์เพิ่มขึ้นมากจากมีการจัดทำเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่ได้ผ่านการหาความตรงและความเที่ยง พร้อมทั้งจัดพิมพ์เผยแพร่ให้สามารถเลือกเครื่องมือไปใช้ตามความเหมาะสมทางการแพทย์หลายแห่ง เช่น หนังสือ Measurement of nursing outcomes ฉบับที่ 2 พิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 2003 และหนังสือ Nursing outcomes classification (NOC) ปี ค.ศ. 2000 ประกอบด้วยแบบวัดผลลัพธ์ 250 เรื่อง และหนังสือ Outcome assessment in advanced practice nursing ปี ค.ศ. 2001 เป็นแหล่งข้อมูลเครื่องมือวัดผลลัพธ์พร้อมทั้งรายชื่อผลลัพธ์ที่ควรวัดสำหรับทั้งพยาบาล พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลสูติศาสตร์ และพยาบาลวิสัญญี

#### 4.4.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพการดูแล

เครื่องมือประเมินคุณภาพของ McDaniel (2003) เป็นเครื่องมือที่วัด 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วัดพฤติกรรมการดูแล และวัดการรับรู้การดูแลของผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาวิธีที่ถูกต้องสำหรับองค์ประกอบกระบวนการดูแล โดยมีแนวคิดจาก ANA (1965) (American Nurses' Association, 1965) โดยมี 2 แบบสอบถาม ส่วนแรกเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกทางวาจา และอวัจนวาจาของพยาบาล โดยให้นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการว่า เป็นการพฤติกรรมการดูแลต่อการตอบสนองปัญหา และตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ในส่วนที่ 2 เป็นการวัดการรับรู้การดูแลของผู้รับบริการ เป็นการวัดการตอบสนองของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล โดยแต่ละข้อคำถามอธิบายถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เครื่องมือนี้มีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใน ส่วนที่ 1 ของเครื่องมือเป็นการใช้การหาค่าความเที่ยงของแบบสังเกตโดยใช้แบบสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สังเกต 2 คนที่ผ่านการอบรมการประเมิน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ได้ = .92 และใน ส่วนที่ 2 ของเครื่องมือนี้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยมีการหาค่าความตรง CVI = .80 และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่คำนวณค่าแอลฟา = .81 และข้อคำถามมีค่าเฉลี่ย Correlation Item = .41 ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจแบบวัดใน ส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นแบบวัดการรับรู้การดูแลของผู้รับบริการต่อพยาบาล ทั้งหมด 10 ข้อคำถามเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือวัดการรับรู้คุณภาพการดูแล

เครื่องมือวัดคุณภาพความต่อเนื่องของการดูแลของ Hadjistavropoulos (2008) ได้ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับ การพัฒนาเครื่องวัดการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยความต่อเนื่องการดูแล (Patient continuity of care questionnaire: PCCQ) ในการติดตามความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และเครื่องมือได้รับตรวจสอบคุณสมบัติด้านจิตวิทยา ผู้สร้างเครื่องมือได้พัฒนาเครื่องมือวัดการรับรู้ความต่อเนื่องการดูแลมาจากเครื่องมือวัด

ความต่อเนื่องการดูแลในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Heart continuity of care questionnaire) ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .80-.93 ในส่วนเครื่องมือ PCCQ นี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยอโรคีโรคหัวใจ ครอบครัวผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนนานทั้งหมด 204 คนที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยอโรคีโรคหัวใจและหอผู้ป่วยอายุรกรรม ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ซึ่งได้รับการตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 193 ฉบับ คิดเป็น 95% เครื่องมือ PCCQ วิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลที่ต่อเนื่องได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการรับรู้สัมพันธภาพต่อผู้ให้การดูแล ด้านการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ด้านความพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย ด้านการจัดการเอกสารในการให้ข้อมูล ด้านการติดตามอาการ การนัดหมายและด้านการเชื่อมโยงระหว่างศูนย์ของผู้ให้การดูแล โดยแต่ละข้อมีการวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 41 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบผ่านการตรวจสอบความเที่ยงภายในโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม  $>.40$  และการหาค่าความเที่ยงขององค์ประกอบได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .88, .82, .85, .76, .71 และ.68

สรุปการประเมินคุณภาพการดูแลจำเป็นต้องมีการกำหนด และดำเนินการประเมินอย่างมีมาตรฐานและอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องคำนึงถึงความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างเครื่องชี้วัดต่างๆของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ตลอดจนเครื่องชี้วัดต่างๆของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และองค์กร ทั้งจากการรับรู้และความเป็นจริง การประเมินคุณภาพการดูแลของรูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำการวัดผลลัพธ์จากการจัดกลุ่มผลลัพธ์ของ Lang & Clinton (1984) โดยเลือกการวัดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยวิกฤตโดยผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้คุณภาพการดูแลต่อเนื่องจากแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Attree (1993) ในการคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความต่อเนื่องการดูแล การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมดูแลของบุคลากร

## 5. แนวคิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

**5.1 ความหมายความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ** มีผู้ให้ความหมายที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในคุณภาพการดูแล ได้แก่

Taglicozzo (1965 อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ โอนทยานนท์, 2543) ให้ความหมายว่าความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลว่า เป็นความความคาดหวังที่เกิดจากบุคคลภาพ และทัศนคติที่มีการพยาบาลจากพฤติกรรมในการแสดงออก เช่น ความกรุณา ความร่าเริง ลักษณะการดูแลที่ให้

การรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย ความมีประสิทธิภาพ การตอบสนองที่สามารถทำได้อย่างรวดเร็วการรู้จักผู้ป่วย ความสนใจในผู้ป่วย

Eriksen (1987) กล่าวว่า ความพึงพอใจว่าเป็นการประเมินการบริการของผู้ให้บริการ และบริการที่เปรียบเทียบมาตรฐานของตนเองกับสิ่งที่ได้รับนั้นว่า ตอบสนองความต้องการของตนเองหรือไม่

Brown (1992) กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการซึ่งเป็นประสบการณ์ร่วมที่ผู้รับบริการได้รับเมื่อเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ

Webster (1996 อ้างถึงในจิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล หมายถึงความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการจนก่อให้เกิดความรู้สึกสมใจ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบพยาบาล หมายถึง ระดับของความคิด หรือความรู้สึกยินดี ชื่นชอบต่อการให้บริการที่แสดงออก ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยรวมของผู้ใช้รูปแบบการพยาบาล และให้ความรู้สึกบรรลุความต้องการจนเกิดเป็นความรู้สึกสมใจ พอใจ

## 5.2 แนวคิดความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการดูแล

Aday & Anderson (1971 อ้างถึงในจิรภัค เจริญสุวรรณ, 2543) ได้ชี้ประเภทที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ใน 6 ชั้นพื้นฐานดังนี้ คือ เกิดความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้ใช้ ต่อการประสานงานต่ออัยาศัย ต่อความสนใจ ต่อข้อมูลที่ได้รับ ต่อคุณภาพการบริการ และต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

Ware et al. (1978) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการใช้บริการพยาบาลว่า เป็นแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องของ ศิลปะของการดูแล และเทคนิคคุณภาพของการดูแล แบ่งเป็นด้านได้แก่

1) ด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล หมายถึง การแสดงออกถึงความเอาใจใส่ผู้รับบริการในการปฏิบัติการดูแล ด้วยความอ่อนโยน เข้าใจความรู้สึกของผู้ใช้บริการ พุดคุยด้วยคำพูดที่ชัดเจนเข้าใจง่าย รับฟังปัญหาที่ผู้ให้บริการบอก

2) ด้านเทคนิคการดูแลของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อทักษะการใช้ความรู้ความสามารถของพยาบาล การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์

3) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ การควบคุมบรรยากาศ อุณหภูมิ แสง และเสียงเหมาะสม

4) ด้านความพร้อมในการให้บริการ หมายถึงความรู้สึกที่ดีถึงความพร้อมในการให้บริการของพยาบาล การประเมินสภาพร่างกาย ความพร้อมที่จะให้บริการทันทีซึ่งจะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ



5) ด้านความต่อเนื่องในการให้บริการ หมายถึงความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลที่มีการประสานงานที่ดี และมีความต่อเนื่องตลอดเวลา

6) ด้านประสิทธิผลของการดูแล หมายถึงความรู้สึกที่ดีต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลการให้คำปรึกษา โดยมุ่งเน้นที่ความรู้สึกเกี่ยวกับความสบาย

Smith (2001) สรุปว่าองค์ประกอบความพึงพอใจผู้ใช้บริการที่ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ใช้บริการมารดาหลังคลอด มีดังนี้ คือ

1) การสนับสนุน และให้การดูแลช่วยเหลือของพยาบาล (Professional support) ได้แก่ การอำนวยความสะดวกสบาย การให้การดูแลด้วยความเป็นมิตร การแนะนำข้อมูล

2) ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อผลลัพธ์ (Expectations) ได้แก่ การมีสุขภาพดีตรงตามความคาดหวัง ได้รับการดูแลในระยะเวลาที่เหมาะสม

3) การประเมินอาการจากที่บ้าน (Home assessment) ได้แก่ การได้รับการดูแลด้วยความกระตือรือร้น

4) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การได้ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว บุคคลที่รัก

5) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Support form family) ได้แก่ การมีส่วนร่วมการดูแลของครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด สนับสนุนให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

6) การจัดการความเจ็บปวดในขณะระอคลอด (Pain in labor) ได้แก่ การได้รับการดูแลอาการ ดูแลความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

7) ความเจ็บปวดหลังคลอด (Pain after delivery) ได้แก่ การได้รับการแนะนำการดูแลความปวด

8) การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล (Continuity) ได้แก่ การได้รับการดูแลอย่างดีตั้งแต่แรกรับมารักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล

9) การได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำต่างๆในทุกๆระยะ (Control) ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เป็นต้น

10) การจัดสภาพแวดล้อม (Environment) ได้แก่ การได้รับการดูแลสิ่งแวดล้อมสะอาด น่ายู่ มีบรรยากาศที่ดี

#### 5.4 เครื่องมือประเมินความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการดูแล

Eriksen (1987) ได้พัฒนาเครื่องมือ Measuring patient satisfaction with nursing ที่ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลจากผู้รับบริการ เป็นการประเมินผลการพยาบาลจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ศิลปะการดูแล เทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล ความพร้อมในการบริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล

Larson & Feretich (1993) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแล (The caring assessment instrument: Care-Q) ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ในโรงพยาบาล 4 แห่ง ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแล 6 ด้าน โดยใช้ชื่อของเครื่องมือในการประเมินชื่อว่า The care satisfaction questionnaire (CARE/SAT) ซึ่งสามารถรวบรวมและสรุปพฤติกรรมดูแลที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3 ด้าน ประกอบด้วย การช่วยเหลือเกื้อหนุน (Assistance) การพยาบาลที่ควรละเว้น (Benign neglect) และการให้ความช่วยเหลือในฐานะบุคคล (Enabling)

Smith (2001) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการมารดาหลังคลอด โดยศึกษาจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดเป็นรายบุคคลจำนวน 1,683 คน ในประเทศอังกฤษ โดยใช้เครื่องมือว่า The women's view of birth labor satisfaction questionnaire (WOMBLSQ) พบว่าการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนและให้การดูแลช่วยเหลือของพยาบาล 2) ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อผลการคลอด 3) การประเมินอาการจากบ้าน 4) การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาทารกและการเลี้ยงบุตร 5) การมีส่วนร่วมของสามี 6) การจัดการความเจ็บปวดในขณะคลอด 7) ความเจ็บปวดหลังคลอด 8) การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 9) การได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำต่างๆในทุกระยะ 10) การจัดสภาพแวดล้อม

Kritsotakis, et al. (2010) ได้ทำการศึกษาแบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้ชื่อเครื่องมือ "Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care" ที่ย่อว่า "CASC" ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการแปลภาษา ผ่านการทดสอบทางจิตวิทยา และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าแอลฟาครอนบาค = .97 จำนวน 46 ข้อคำถาม 6 หมวด แบ่งเป็นแพทย์ 4 ด้าน และพยาบาล 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะทางเทคนิคการดูแลของแพทย์ ทักษะการดูแลส่วนตัวของแพทย์ การให้ข้อมูลของแพทย์ การเข้าถึงการดูแลของแพทย์ และด้านพยาบาล ได้แก่ ทักษะทางเทคนิคการดูแลของพยาบาล (การตรวจร่างกาย การเข้าใจความเจ็บป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การดูแลความสะดวกสบาย การดูแล การดูแลด้วยความเป็นมนุษย์ การติดตาม การประสานงานการดูแลของพยาบาล) และ ทักษะการดูแลส่วนบุคคล (การตัดสินใจ แหล่งสนับสนุนข้อมูลการดูแล) และทักษะ

การประสานงานและการสื่อสาร (การตรวจสอบข้อมูล การให้ข้อมูลการดูแล การให้ข้อมูลการรักษา การฟัง ความน่าสนใจส่วนบุคคล การสนับสนุน เวลาที่ให้กับผู้ป่วย)

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยการประยุกต์แบบประเมินตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ในด้านเทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et al. (2010) ด้านการประสานงาน และประสิทธิภาพการใช้เวลากับผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) ศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Slavitt, et al (1978) เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลตำรวจ ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและระบบปัสสาวะ พบว่ามีความพึงพอใจในงานด้านอิสระในการทำงานของพยาบาล หลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิธร แสงศร (2545) ได้ศึกษาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนัก กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาบูรณาการเพื่อให้การนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ผู้รับบริการได้รับจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ ผู้รับบริการให้ความไว้วางใจมากขึ้น ประโยชน์ที่ทางพยาบาลได้รับ คือ ความพึงพอใจในงาน ด้านการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และประโยชน์ที่เกิดต่อหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และโรงพยาบาลคือ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรมีความพร้อมมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้

จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ศึกษาผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจงานของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความพึงพอใจในงานสูงกว่า ก่อนใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการในกลุ่มที่ได้รับดูแลโดยระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการด้วยระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ในด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพทางเทคนิค ด้านความพร้อมในการบริการ ด้านการจัดสภาพแวดล้อม ด้านการดูแลต่อเนื่อง และด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ

เพ็ญญา ตองติธรรมย์ (2549) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจำนวน 13 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 14 คน ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ด้านความพร้อมในการให้บริการด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้านผลลัพธ์ทางการดูแลนั้นรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีคะแนนสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ทุกด้าน และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเคมีบำบัดด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้าน หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธิดารัตน์ เพชรชัย (2552) ศึกษาผลของพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียมพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียมต่อการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพโดยรวมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก เพื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ด้านความสำเร็จ และด้านอำนาจการทำงานอยู่ในระดับพึงพอใจมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐภา ศิริรัตน์พิริยะ (2552) ศึกษาผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลน่าน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการใช้ความรู้ ด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงาน และด้านการตัดสินใจทางคลินิก หลังการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้แตกต่างจากก่อนใช้การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนหลังการใช้การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (2553) ศึกษาผลการใช้ระบบการมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล รายด้านการให้บริการต่อสังคม การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การมีอิสระในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน และการเป็นผู้มีความรู้ มีคะแนนหลังการใช้ระบบการมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลทุกรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ด้านการสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ

ของพยาบาล ด้านการได้รับข้อมูลและการแนะนำต่างๆในทุกกระยะด้านการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และการเลี้ยงดูบุตร ด้านการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัว ด้านการจัดการความเจ็บปวดในขณะรอคลอดและหลังคลอด ด้านการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทุกรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Marram, et al. (1974) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบรายบุคคล แบบตามหน้าที่ แบบทีม และแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในโรงพยาบาล 2 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในฐานะความเป็นคน ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเขาเข้าใจผู้ป่วยดี ได้รับความสนใจที่จะช่วยเหลือ พอใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาลพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาลทันที มีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สนใจที่จะสอบถามความต้องการผู้ป่วยอยู่เสมอ พยาบาลให้เวลากับผู้ป่วยได้มากกว่าการดูแลแบบอื่น ส่วนด้านความพึงพอใจพบว่า การพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีคะแนนความพึงพอใจในการพยาบาลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับดูแลแบบอื่น และหลังการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแล

สุปรียา ดิยัง (2554) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน และหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หลังการให้การดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการให้การดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Nissen, Boumans & Landeweerd (1996) ศึกษาการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้และคุณภาพการดูแล ในโรงพยาบาลขนาด 850 เตียงประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเมินคุณภาพโดยการใช้ Lacko's scale ทั้งหมด 3 ด้าน 45 ข้อคำถาม ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้พยาบาลเจ้าของไข้คุณภาพการดูแลด้านการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย ด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล และด้านพฤติกรรมดูแลนั้น สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Archibong (1999) ได้ประเมินการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการพยาบาล กรณีศึกษาในประเทศไนจีเรีย โดยใช้ Quality of patient care scale ชื่อย่อ QUALPACS ทั้งหมด 6 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมส่วนบุคคล ด้านจิตสังคม ด้าน

ร่างกายทั่วไป ด้านทั่วไป ด้านการติดต่อทางสังคม และด้านการใช้วิชาชีพนั้น เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jonsdottir (1999) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังในโรงพยาบาล 2 แห่งประเทศไอซ์แลนด์ โดยการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 20 คน ที่มีประสบการณ์ในการได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง สามารถวิเคราะห์เป็นคุณภาพการดูแล ด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง ความพึงพอใจและความปลอดภัยของผู้ป่วย การเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลที่ยั่งยืนของระบบ ภาระงาน ความกระตือรือร้น และความรับผิดชอบของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้นำไปสู่คุณภาพการดูแลที่สูงขึ้น และพยาบาล มีประสบการณ์ในการรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น

Goode & Rowe (2001) ได้ศึกษาประสบการณ์ของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ประเทศไอซ์แลนด์เหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 60 คนโดยการใช้แบบสอบถาม และสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการให้หน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายๆ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ในการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนด พบว่าคุณภาพจากการดูแลที่เด่นชัดที่สุดในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

### 6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤต

Quinn (1996) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ และพยาบาล พบว่า ญาติให้ความสำคัญกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยมากที่สุด โดยญาติอธิบายเพิ่มเติมในคำถามปลายเปิดว่า ญาติรู้สึกว้าวุ่นใจคนเดียวดายที่ต้องนั่งร้องไห้ อยู่ด้านนอกห้อง บางรายต้องเดินทางมาไกลแต่ต้องมาให้ยืนคอย นั่งคอยอยู่นอกประตู ด้วยจิตใจที่วุ่นวายและบางรายต้องการอยู่ใกล้ผู้ป่วย อยู่ข้างเตียงโดยไม่ต้องไปไหนไกลๆ และพบว่ามีความพึงพอใจในน้อยที่สุดในเรื่องของการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุกวัน

Bjttebier et al. (2001) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติให้ความสำคัญกับผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก ในเรื่องของ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย การรักษา การวินิจฉัยโรค การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย การได้รับการรับรองว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา การได้รับข้อมูลให้ชัดเจนจนกว่าญาติจะเข้าใจ และต้องการให้โทรบอก เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

Eggenberger & nelms (2007) ศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากับภาวะวิกฤต 11 คน พบ 4 ประเด็นหลักของการรับรู้ความต้องการคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ 1) ความต้องการการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การได้ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจในการรักษา 2) ความต้องการที่จะร่วมเผชิญความเจ็บป่วยกับผู้ป่วย การได้ใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วย 3) ความสนองตอบทางอารมณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความคับข้องใจ ความหว่าเหว้ หมดกำลังใจ ความโกรธ ความเศร้า ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความอ่อนเพลีย และความยุ่งยากในการจัดการกับชีวิต และ4)ความต้องการข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อเวลาที่ผู้ป่วยใกล้จากไป

Chan & Twinn (2007) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด และการปรับตัวของญาติชาวจีนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 10 คน พบว่าปัจจัยความเครียดมาจากความไม่แน่นอนของผู้ป่วย ความยากลำบากในการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว ความยากลำบากในการตัดสินใจ ภาวะทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวได้แก่ การได้รับข้อมูล การได้รับการช่วยเหลือ การปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว การมีความหวังและยอมรับกับภาวะความเจ็บป่วย

ปฐมวดี สิงห์ตง (2554) ศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าครอบครัวสะท้อนประสบการณ์เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล รู้สึกสับสน หมดหวัง และกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยทุข์ทรมานหรือเสียชีวิต โดยมีข้อความสะท้อนอารมณ์วิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับข้อมูล เช่น “ก็อยากรู้คะ แต่ว่ามองดูการทำงานเหมือนวุ่นวาย ก็เลยไม่อยากถามเขาแบบว่าคนไข้เราไม่ดีขึ้น เราก็กังวลทั้งกังวล อยากรู้ว่าดีขึ้นตอนไหน หรือผิดปกตอะไร” “เราไม่ได้เข้าไปอยู่ด้วย เพราะคำพูดของหมอเราก็ไม่เข้าใจ ไม่เข้าใจตรงนั้น จะถามเยอะหมอก็บอกว่าคนไข้เยอะ อยากโทรมาถามว่าเป็นยังไง เชื่อใจได้ขนาดไหน” “เราอยู่แบบนี้ อยู่ก็ไม่ได้เข้าไป ก็ไม่ได้ไปเห็นไปรับรู้ ทำอะไรเราก็ไม่รู้” 2) ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งครอบครัวดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ต้องประคับประคองจิตใจกันและกัน รวมถึงวางแผนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ด้านเศรษฐกิจ ญาติต้องหาทรัพย์สินมาใช้จ่ายขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วย โดยมีตัวอย่างข้อความสะท้อน เช่น “เหมามาทุกวัน วันละ 300 300 อย่างว่าเงินทองก็ไม่มี ชายข้าวได้งานหนึ่งก็ขายได้รักษาเขาอยู่ พวกอยู่กรุงเทพฯเฝ้าพ่อ 2 -3-4 ตอนนี่ก็มอบให้ยาย” 4) ด้านร่างกาย การเข้ารับการรักษของผู้ป่วยทำให้ญาติรับประทานอาหาร นอนหลับได้น้อยลง บางรายเกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องกลับรักษาตัวที่บ้าน แม้ว่ายังกังวลกับอาการผู้ป่วยอยู่โดยมีข้อความสะท้อน เช่น “มาทุกวัน ยากลำบากปานไหนก็จะมา”

“ไม่ยากห่างเลย อยากเข้าไปดู อยากเห็น หัวใจเต้นครั้งสุดท้าย อยากไปพูดด้วยก่อนจะหมดลมหายใจ อดหลับอดนอนอย่างไรก็ช่าง” ซึ่งญาติให้ความสำคัญกับประสบการณ์ด้านจิตใจมากที่สุด

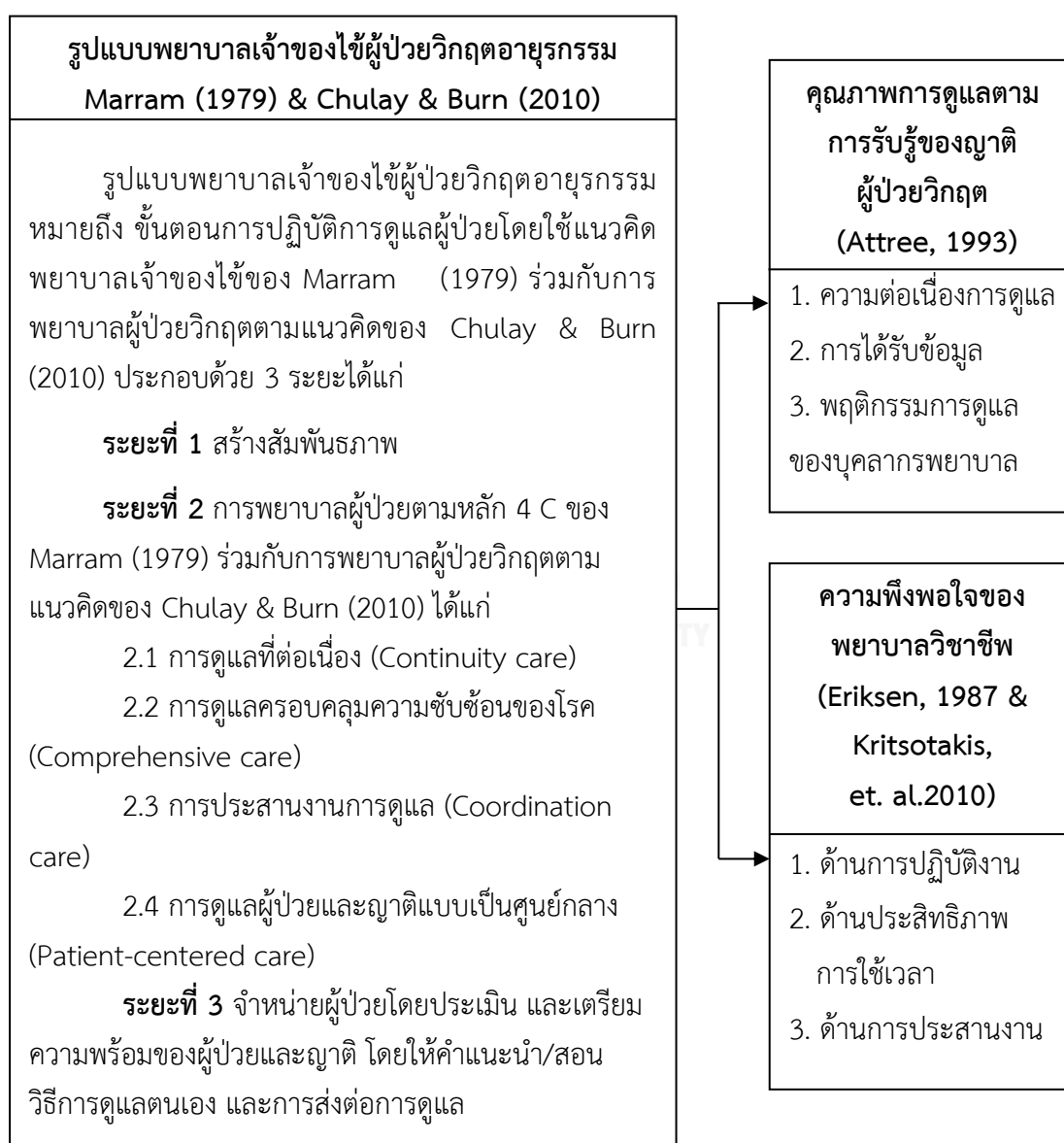
จากการวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่าคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติที่ผู้วิจัยได้รวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยที่ได้นำเสนอข้างต้น พบว่า คุณภาพการดูแลที่ญาติต้องการ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นความต้องการคุณภาพในด้านการตอบสนองข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อมูลสภาพทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา ผลลัพธ์การรักษาในทุกวันต่อเนื่อง รวมถึงการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็ง ตอบสนองความคาดหวังของญาติให้สามารถดำเนินชีวิต ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังแสดงในหน้า 72





## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยวิกฤตมีปัญหาความต้องการดูแลที่ซับซ้อนรุนแรง และต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ต้องการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่องจนเข้าใจเป็นอย่างดี รวมถึงจำเป็นต้องมีสื่อสารและประสานงานการดูแล จึงจำเป็นต้องมีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) เป็นแบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกันและวัดหลังการทดลอง (The posttest only design with non-equivalent group) (Burn & Grove, 1997 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

	E	X	O <sub>1</sub>	
	C	.	O <sub>2</sub>	
E	แทน	กลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		
C	แทน	กลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้การพยาบาลปกติ		
O <sub>1</sub>	แทน	คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		
O <sub>2</sub>	แทน	คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้การพยาบาลปกติ		
X	แทน	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้		

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
2. กลุ่มพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

1.1 มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี

1.2 ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทใกล้ชิด และรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาได้รู้เรื่องเข้าใจ

1.4 ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท

1.5 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

2. กลุ่มพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และผ่านการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีความยินดี ที่จะปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวทั้งหมดจำนวน 20 คนมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี

2.2 ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

2.3 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการการกำหนดขนาดกลุ่มที่เหมาะสมของการวิจัยกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit & Hungler, 1999) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และความเป็นไปได้ของงานวิจัยครั้งนี้

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มญาติของผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติของผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลปกติ มีการมอบหมายงานแบบเฉพาะราย โดยคัดเลือกตรวจสอบตามคุณสมบัติของผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 คน

1.2 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบพยาบาล  
เจ้าของไข้ คัดเลือกจากการตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 คน

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Match pairs โดยจับคู่  
กลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ ตามคุณลักษณะของ  
ญาติผู้ป่วยได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ การศึกษา และคุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ กลุ่มโรค และ  
ระดับความรุนแรงของโรค (APACHE II score) คุณลักษณะของญาติผู้ป่วย คือ

- 1) เพศ แบ่งเป็น เพศชาย และหญิง
  - 2) ความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ 1) มารดา/บิดา/บุตร 2) สามี/ภรรยา 3) พี่/  
น้อง 4) หลาน/ ลุง/ ป้า/ น้า/ อา 5) บุคคลอื่นที่ให้การดูแล
  - 3) การศึกษาแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6  
2) มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือปวช. 3) ปวส. หรืออนุปริญญา 4) ปริญญาตรี 5) สูงกว่าปริญญาตรี
- คุณลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต คือ
- 1) อายุ
  - 2) กลุ่มโรค แบ่งเป็น 9 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) Respiratory 2) ACS 3) Pneumonia  
4) Septic shock 5) UGIB, Massive bleeding 6) CHF 7) DKA 8) Epilepsy 9) Ischemic stroke
  - 3) ระดับความรุนแรงของโรค โดยประเมินจากเครื่องมือ APACHE II score  
(ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนน APACHE II score : อัตราการเสียชีวิต

Score	Death rate (%)
0-4	4
5-9	8
10-14	15
15-19	25
20-24	40
25-29	55
30-34	75
>34	85

(Knaus et al, 1985)

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพ โดยทำการ  
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่  
กำหนดไว้ จำนวน 20 คน

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ญาติของกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ที่มีภาวะแทรกซ้อนฉับพลันจนกระทั่งเสียชีวิตตั้งแต่แรกรับเข้ารักษา ที่หอผู้ป่วยวิกฤต จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ และ เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือ ขาดการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้นานติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญ  $\alpha = .05$  พบว่า ควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ตามหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลอง (Polit & Beck, 2004)

### การจัดคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การเลือกญาติผู้ป่วยวิกฤตที่นำเข้ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มแรก จัดให้เป็นกลุ่มควบคุม เป็นญาติของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยได้รับการพยาบาลตามปกติ และอีก 20 คน จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง เป็นญาติของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยได้รับการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดำเนินการจัดคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ (Match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการทดลอง

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษา กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายกันมากที่สุด โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน และเข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มโรคและระดับความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน ซึ่งกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตทั้งสิ้น 40 คน โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 16 กรกฎาคม 2557-31 สิงหาคม 2557 เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมได้จำนวน 20 คน และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองได้ 20 คน นำมาจับคู่เพื่อความใกล้เคียงกันทั้งสิ้น 20 คู่ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะเพศ อายุ กลุ่มโรค และระดับความรุนแรงของโรค

ลำดับ	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ข้อมูลญาติ			ข้อมูลผู้ป่วย			ข้อมูลญาติ			ข้อมูลผู้ป่วย		
	ความ สัมพันธ์	การ ศึกษา	เพศ	อายุ	โรค	APACHE II score	ความ สัมพันธ์	การ ศึกษา	เพศ	อายุ	โรค	APACHE II score
1	บุตร	ม.6	หญิง	96	stroke	19	บุตร	ม.6	หญิง	42	Septic shock	20
2	พี่	ม.6	หญิง	45	Resp. fail	22	บุตร	ป.ตรี	ชาย	70	Resp. fail	24
3	บุตร	>ป.ตรี	ชาย	76	ACS	24	พี่	ป.ตรี	หญิง	51	DKA	26
4	ภรรยา	ม.6	หญิง	32	Septic shock	25	บุตร	ม.6	ชาย	56	Septic shock	26
5	สามี	ป.6	ชาย	42	Resp. fail	19	สามี	ป.ตรี	ชาย	84	Resp. fail	16
6	บุตร	ปวส.	หญิง	83	Septic shock	26	ภรรยา	ม.6	หญิง	32	Septic shock	29
7	สามี	ม.6	ชาย	54	ACS	18	บุตร	ม.6	หญิง	63	ACS	18
8	บุตร	>ป.ตรี	หญิง	42	Resp. fail	30	สามี	ม.6	ชาย	36	Massive BL	36
9	บุตร	ม.6	หญิง	64	Pneumonia	17	บุตร	ม.6	ชาย	45	ACS	14
10	บุตร	ป.ตรี	ชาย	89	Septic shock	26	พี่	ม.6	ชาย	22	Septic shock	24
11	ภรรยา	ปวส.	ชาย	73	CHF	16	บุตร	ป.ตรี	หญิง	86	CHF	17
12	สามี	ม.6	ชาย	55	Septic shock	24	หลาน	ม.6	ชาย	52	Septic shock	25
13	บุตร	ปวส.	ชาย	62	ACS	16	บุตร	ปวส.	หญิง	51	ACS	16
14	บุตร	ปวส.	ชาย	60	Septic shock	29	บุตร	>ป.ตรี	หญิง	84	Pneumonia	32
15	บุตร	ป.ตรี	หญิง	88	Pneumonia	26	พี่	ม.6	หญิง	42	Epilepsy	23
16	บุตร	ป.6	ชาย	50	Septic shock	22	บุตร	ป.ตรี	หญิง	85	Massive BL	19
17	สามี	ม.6	ชาย	34	Septic shock	17	บุตร	ป.6	ชาย	59	CHF	13
18	สามี	ปวส.	ชาย	42	Resp. fail	24	บุตร	ม.6	หญิง	64	DKA	23
19	หลาน	ม.6	ชาย	87	Epilepsy	22	บุตร	ม.6	ชาย	36	CHF	23
20	สามี	ม.6	ชาย	59	Septic shock	24	พี่	ป.ตรี	หญิง	51	ACS	24

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน รายละเอียดกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ปรากฏในตารางที่ 4 ดังนี้

**ตารางที่ 4** ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษาของญาติ เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพทางการเงิน อาชีพ กลุ่มโรค การนับถือศาสนา และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ข้อมูลญาติผู้ป่วย</b>				
<b>ความสัมพันธ์ (Relation)</b>				
บิดา มารดา บุตร	10	50	12	60
สามี ภรรยา	8	40	2	10
พี่ น้อง	1	5	5	25
หลาน ลุง ป้า น้า อา	1	5	5	5
บุคคลอื่น เช่น ผู้ดูแล	0	0	0	0
<b>การศึกษา (Educate)</b>				
ต่ำกว่า หรือเทียบเท่าป.6	4	20	2	10
มัธยมศึกษา/ ปวช.	6	30	11	55
ปวส./ อนุปริญญา	6	30	0	0
ปริญญาตรี	2	10	6	30
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10	1	5
<b>ข้อมูลผู้ป่วย</b>				
<b>เพศ (Gender)</b>				
ชาย	13	65	9	45
หญิง	7	35	11	55
<b>อายุ (age)</b>				
32-40 ปี	2	10	4	20
41-60 ปี	9	45	9	45
60 ปีขึ้นไป	9	45	7	35

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิทธิการรักษา (Access)</b>				
ชำระเงินเอง	0	0	0	0
เบิกได้	11	55	9	45
หลักประกันสุขภาพ	5	25	6	30
ประกันสังคม	3	15	5	25
สงเคราะห์ / คนพิการ	1	5	0	0
<b>สถานภาพทางการเงินของ ครอบครัว (Economic)</b>				
ไม่พอใช้ เป็นหนี้	3	15	0	0
มีพอใช้ ไม่เหลือเก็บ	11	55	13	65
มีพอใช้ เหลือเก็บ	6	30	7	35
<b>อาชีพ (Occupation)</b>				
ข้าราชการ	8	40	7	35
พนักงานบริษัท	2	10	3	15
รับจ้าง	3	15	4	20
นักบวช เช่น พระภิกษุ	1	5	2	10
เกษตรกรเช่นทำสวน ไร่ ทำนา	1	5	0	0
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	2	10
รับเหมาก่อสร้าง ค้าขาย				
ไม่ประกอบอาชีพ	3	15	2	10
<b>กลุ่มโรค</b>				
Respiratory	4	20	2	10
ACS	3	15	4	20
Pneumonia	2	10	1	5
Septic shock	8	40	5	25



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Massive bleeding	0	0	2	10
CHF	1	5	3	15
DKA	0	0	2	10
Epilepsy	1	5	1	5
Ischemic stroke	1	5	0	0
<b>การนับถือศาสนา</b>				
<b>(Religion)</b>				
พุทธ	20	100	19	95
คริสต์	0	0	0	0
อิสลาม	0	0	1	5
<b>การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา</b>				
บ่อย	8	40	7	35
นานๆครั้ง	11	55	12	60
ไม่เคย	1	5	1	5

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 คน จำแนกตามอายุ สถานภาพ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ปรากฏในตารางที่ 5 ดังนี้

**ตารางที่ 5** ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม จำแนกตามอายุ สถานภาพ สถานที่ปฏิบัติงาน อายุการทำงาน จำนวนครั้งการอบรมพยาบาล ระดับการศึกษาเจ้าของไข้ (n=20)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (age)</b>		
23 – 30 ปี	3	15
31 – 35 ปี	8	40
36 – 40 ปี	6	30
41 – 45 ปี	2	10
46 – 50 ปี	1	5
<b>สถานภาพ (status)</b>		
โสด	6	30
คู่	13	65
หม้าย/หย่าร้าง	1	5
<b>อายุการทำงาน</b>		
0 – 2 ปี	3	15
3 – 5 ปี	1	5
6 – 10 ปี	3	15
11 ปีขึ้นไป	13	65
<b>จำนวนครั้งการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้</b>		
1 ครั้ง	15	75
2 ครั้ง	4	20

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
3 ครั้ง	1	5
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	6	30
ปริญญาตรี + เฉพาะทาง	14	70
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดคือ

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 1.1 โครงการอบรม เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
- 1.2 คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
- 1.3 แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้
- 1.4 แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

## 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต
- 2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

## ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

### 1. ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต จากแนวคิดสู่การปฏิบัติโดยการจัดอบรมพยาบาล เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยผู้วิจัย และกลุ่มงานพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเข้าร่วมอบรมทั้งหมด 20 คน ระยะเวลา 1 วัน คือวันที่ 15 มีนาคม 2557 และผู้วิจัยอบรมซ้ำอีกครั้งในวันประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม วันที่ 8 กรกฎาคม 2557 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานการพยาบาลเจ้าของไข้และการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล โดยโครงการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram et al. (1979) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ Chulay & Burn (2010)

1.1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

1.1.3 กำหนดเนื้อหาโครงการ เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และวิทยากรผู้ให้การอบรม โดยเนื้อหาประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้วิจัยเรียนเชิญวิทยากร ผศ.ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์พยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นผู้เชี่ยวชาญรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต เทคนิคในการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แนวคิด ปัญหา อุปสรรค และประโยชน์ของการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นวิทยากรในการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลผู้เข้ารับการอบรม

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram et al. (1979) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ Chulay & Burn (2010) 7 ระบบสำคัญของร่างกาย โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายถึงรูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และขั้นตอนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ เทคนิคการให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ การวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อครบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ตลอดจนเทคนิค การเป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแล และการสื่อสารแบบสามเหลี่ยมที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาและอุปสรรค ร่วมกับการใช้คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ประกอบการอบรม มีการประชุมกลุ่มระดมสมอง เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลพยาบาลเจ้าของไข้ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

1.2 คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤต เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ใช้ศึกษาเพิ่มเติมภายหลังจากการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้และใช้เป็นแนวทางการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างคู่มือ ดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย เครื่องมือประเมินความปวด

1.2.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และสามารถนำไปใช้อย่างเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเนื้อหาคู่มือประกอบด้วย ความหมาย แนวคิด รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤต โดยขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2.3 ผู้วิจัยนำความรู้ที่ได้มาสร้างคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยออกแบบรายละเอียดของเนื้อหาให้มีความน่าสนใจ ความกระชับและชัดเจน ซึ่งเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วยคำชี้แจงการใช้คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้ ขั้นตอนการให้การดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอาการสำคัญของร่างกาย 7 ระบบที่มีรูปภาพประกอบคำบรรยาย เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย APACHE II score ตัวอย่างการใช้ APACHE II score เครื่องมือประเมินความปวด เครื่องมือประเมินระดับความรู้สึกตัว เครื่องมือประเมินหลังการให้ยานอนหลับ ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และตัวอย่าง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ตัวอย่างขั้นตอนและรายละเอียดของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มี 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้

1) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานกับพยาบาลวิชาชีพ ให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต คนละไม่เกิน 1-2 ราย ต่อการปฏิบัติงาน ในหนึ่งเวร โดยพิจารณาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตามความรู้ความสามารถ ทักษะความชำนาญ ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1.1) พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญน้อยกว่า 5 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนน้อยโดยมีคะแนน APACHE II 0-24 แปลผลคะแนนเป็นอัตราการเสียชีวิต 4-40 %

1.2) พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญ 5-10 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาความซับซ้อนปานกลาง โดยมีคะแนน APACHE II 25-34 แปลผลคะแนนเป็นอัตราการเสียชีวิต 55-75 %

1.3) พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญ > 10 ปี หรือเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาความซับซ้อนมาก มีคะแนน APACHE II > 34 อัตราการเสียชีวิต 85 %

2) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยเฉพาะเวรที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1) พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ แนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและญาติว่า เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย ติดป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ที่หัวเตียงหรือปลายเตียงเตียง และหน้า chart ผู้ป่วย รวมถึงแนะนำตัวต่อแพทย์ ทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยรายนั้นๆ

2) พยาบาลเจ้าของไข้ซักประวัติผู้ป่วย โดยสอบถามอาการการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย (APACHE II score) ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ระดับความปวด และอื่นๆและบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาล

3) พยาบาลเจ้าของไข้แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ขณะผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต แนะนำอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ติดกับตัวผู้ป่วย เสียงที่ได้ยินจากเครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ เสียงเตือนต่างๆ รวมถึงระเบียบการเข้าเยี่ยม หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับญาติผู้ป่วย

4) พยาบาลเจ้าของไข้สัมผัส/จับมือผู้ป่วยให้กำลังใจให้ความเชื่อมั่น และไว้วางใจพยาบาล

## ระยะที่ 2 ระยะให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

- 1) พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายต่างๆ ศึกษาประวัติการรักษาของผู้ป่วย และประเมินปัญหา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย วิกฤตตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
- 2) พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมประเมินอาการผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์ และทีมแพทย์ที่ให้การรักษา อ่านบันทึกความก้าวหน้าการรักษาของแพทย์มาประกอบการวางแผนการพยาบาล
- 3) พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
- 4) พยาบาลเจ้าของไข้ บอกผู้ป่วยก่อนทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ สัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล อยู่เป็นเพื่อนและรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล มีความกระตือรือร้นในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
- 5) พยาบาลเจ้าของไข้ให้ข้อมูลต่างๆ เช่นอาการ และความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแจ้งข่าวร้าย กับผู้ป่วยและญาติ
- 6) พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน การพยาบาลและติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุ และดูแลภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง
- 7) พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล หอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วย เป็นผู้นัดหมายแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อร่วมกันปรึกษาหาแนวทางการรักษา
- 8) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นตัวกลางการสื่อสารที่ดี โดยใช้การสื่อสาร โดยการพูด การเขียน บันทึก การแสดงออกทางท่าทาง สีหน้า กับผู้ป่วยและญาติ แพทย์ ทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ เพื่อให้การดูแลตลอดจนการวางแผนการจำหน่าย และเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย ใช้แบบแผนการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลโดยการทำการตกลงร่วมกันในการวางแผนการรักษาและการพยาบาล (Routine to discuss) แบบประชุมกลุ่มใหญ่ (Larger group) ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเชี่ยวชาญพิเศษ พยาบาลผู้ร่วมดูแล และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆซึ่งเป็นลักษณะของการสื่อสารโดยตรง

9) พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมประชุมปรึกษากับหัวหน้าหอผู้ป่วย และทีมพยาบาลเพื่อประเมินรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ระยะที่ 3 ระยะการจำหน่าย

1) พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความเจ็บป่วย ถึงความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย

2) พยาบาลเจ้าของไข้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการตนเองดูแลภายหลังการจำหน่าย

3) พยาบาลเจ้าของไข้สอน/สาธิตวิธีการดูแลตนเอง การรับประทานยา การออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หรือกลับบ้าน

4) พยาบาลเจ้าของไข้สรุปอาการการเจ็บป่วย และประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และบันทึกลงในแบบบันทึกการพยาบาล

5) พยาบาลเจ้าของไข้สรุปค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารการใช้สิทธิรักษาต่างๆของผู้ป่วย และญาติ

1.2.4 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำคู่มือที่ปรับปรุงแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ภาษา ความน่าสนใจของคู่มือ และผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นอาจารย์หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 1 คน และพยาบาลเชี่ยวชาญผู้ป่วยวิกฤต 1 คน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 1994: 419) จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีรายการปรับแก้ไขให้ภาษามีความชัดเจนเหมาะสมอ่านเข้าใจง่าย ปรับเนื้อหาด้านข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่จัดทำไว้ทุก 7 ระบบของร่างกายออกไปเหลือไว้เพียงตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปรับรูปเล่มคู่มือให้มีความน่าสนใจยิ่งขึ้น

1.3 แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ตามขั้นตอน และวิธีการที่ได้รับการอบรม โดยใช้ประเมินผลก่อนและหลังเข้าอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้



1.3.1 ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) ใช้ประเมินก่อน และหลังการอบรมรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด

1.3.2 ผู้วิจัยนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) มาสร้างเป็นแบบประเมินความรู้เรื่อง พยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นข้อคำถาม ลักษณะของแบบวัด ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีคะแนนความรู้เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ผ่านตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

1.3.3 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปรับปรุงแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 1994: 419) โดยผู้วิจัยปรับภาษาให้ชัดเจนเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3.4 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 15 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-21 โดยยึดระดับที่ยอมรับได้ ที่ค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยเริ่มพัฒนาขึ้น ในการทดลองใช้ครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้พยาบาลเจ้าของไข้ เท่ากับ .76 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Jacobson et al., 1988; Burn & Grove, 2001; Selby-Harrington et al., 1994 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555)

1.4 แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังนี้

1.4.1 สรุปรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจากคู่มือที่ได้สร้างขึ้น

1.4.2 นำข้อสรุปมาสร้างแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งการกำหนดข้อคำถามจะสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลจากกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมดว่า มีการปฏิบัติพยาบาลด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่ ลักษณะเป็นแบบ check list โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ถ้าปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติ ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางให้ทำเครื่องหมาย ✗ ในช่องไม่ปฏิบัติ คำตอบที่ได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบปฏิบัติได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์มีการปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลเจ้าของไข้ครบทุกข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่านเกณฑ์มีการแก้ไขโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมแก้ไขปัญหา เพื่อหาทางปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นผู้แก้ไขโดยลงมือปฏิบัติในข้อนั้นทันที

1.4.3 มีการทำแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตตลอดการวิจัยทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ก่อนการประชุม เมื่อพบประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติทำการปรับปรุงปัญหาตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้

1.4.4 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 1994: 419) โดยผู้วิจัยปรับภาษาให้ชัดเจนเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.4.5 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 15 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยวิธีของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-21 โดยยึดระดับที่ยอมรับได้ ที่ค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยเริ่มพัฒนาขึ้น ในการทดลองใช้ครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Jacobson et al., 1988; Burn & Grove, 2001; Selby-Harrington et al., 1994 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555)

## 2. ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Attree (1993) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล และการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

2.1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Attree (1993) นำมาสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้านทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ด้านความต่อเนื่องจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 1- 7) ด้านการได้รับข้อมูล จำนวน 8 ข้อ(ข้อที่ 8- 15)และด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร จำนวน 11 ข้อ (ข้อที่16-26) มีข้อในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 25 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 1 ข้อคือ ข้อที่ 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน โทนนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวบรวมกัน แล้วนำไปหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

- ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงมีความพึงพอใจน้อยสุด
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงมีความพึงพอใจน้อย
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงมีความพึงพอใจปานกลาง
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงมีความพึงพอใจมาก
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด

2.1.3 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษาและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบรายละเอียด ความสมบูรณ์ของเนื้อหา สำนวนภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 1994: 419) ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = .90 ผู้วิจัยปรับภาษาให้ชัดเจนเหมาะสม จากนั้น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.1.4 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามคุณภาพ การดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่จัดให้มีการพยาบาลแบบรายบุคคล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองจำนวน 15 คน วันที่ 16-17 กรกฎาคม 2557 และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม มีค่าแอลฟาครอนบาค = .88 เมื่อจำแนกตามรายด้าน ด้านความต่อเนื่อง มีค่าแอลฟาครอนบาค = .89 ด้านการได้รับข้อมูล มีค่าแอลฟาครอนบาค = .81 และ ด้านพฤติกรรมการดูแลของบุคลากร มีค่าแอลฟาครอนบาค = .75 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามชุดนี้มีความน่าเชื่อถือ

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยสร้างจากการประยุกต์ใช้แบบประเมินความพึงพอใจตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ในด้านเทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et al. (2010) ด้านการประสานงาน และการใช้เวลากับผู้ป่วย โดยปรับให้เหมาะสมกับการวิจัยนี้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

2.2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดความพึงพอใจของพยาบาล ตามแนวคิดของ Eriksen (1987) และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et al. (2010) มาสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้านทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน 10 ข้อ (ข้อที่ 1-10) ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 11-18) และด้านการประสานงาน จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 19-23) มีข้อคำถามในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 1 ข้อคือ ข้อที่ 17 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของท่านมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของท่านน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความพึงพอใจของท่านน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน โดนนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวบรวมกัน แล้วนำไปหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

- ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงมีความพึงพอใจน้อยที่สุด
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงมีความพึงพอใจน้อย
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงมีความพึงพอใจปานกลาง
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงมีความพึงพอใจมาก
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด

2.2.3 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ภาษาและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบรายละเอียด ความสมบูรณ์ของเนื้อหา สำนวนภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 1994: 419) ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา  $CVI = .88$  ผู้วิจัยปรับภาษาให้ชัดเจนเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2.4 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่จัดให้มีการพยาบาลแบบรายบุคคล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 15 คน วันที่ 16-17 กรกฎาคม 2557 และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม มีค่าแอลฟาครอนบาค = .89 เมื่อจำแนกตามรายด้าน ด้านการปฏิบัติงาน มีค่าแอลฟาครอนบาค = .73 ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา มีค่าแอลฟาครอนบาค = .71 และด้านการประสานงาน มีค่าแอลฟาครอนบาค = .93 ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพชุดนี้มีความน่าเชื่อถือ

## การดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอนคือ

### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูล เตรียมโครงการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

1.2 ผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยของหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ

1.4 เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ขอใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

1.5 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ร่วมวิจัยครั้งนี้ทราบ

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 20 คน ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามจากการพยาบาลปกติ และแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ

1.6.1 แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต และกำหนดวันนัดหมายที่แน่นอน

1.6.2 เตรียมการอบรม เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญที่มาเป็นวิทยากรเรื่อง รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และทำหนังสือขออนุมัติผู้เชี่ยวชาญจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณบดีต้นสังกัดผู้เชี่ยวชาญเพื่ออนุมัติผู้เชี่ยวชาญเป็นวิทยากร

1.6.3 เขียนโครงการการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้เรียบร้อยเพียงพอ ต่อจำนวนผู้เข้าอบรม โดยผู้วิจัยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ณ ห้องประชุม 1 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ใช้เวลา 1 วัน

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอนการทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

### กลุ่มควบคุม

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต หรือหัวหน้าเวรพยาบาลเป็นผู้มอบหมายงานการพยาบาลปกติ
2. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ให้การพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหัวหน้าเวรพยาบาล โดยรับผิดชอบผู้ป่วย 1-2 รายต่อเวร
3. พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

### กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้โดยประเมินความรู้ เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลาการอบรม 1 วัน ตั้งแต่เวลา 0800-1600 น วันที่ 15 มีนาคม 2557 และทบทวนการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอีกครั้ง ในวันนัดประชุมตึก วันที่ 8 กรกฎาคม 2557 เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอย่างเหมาะสม รูปแบบการอบรมเป็นแบบบรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการระดมความคิดเพื่อหาแนวทางการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมกันปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ณ ห้องประชุม 1 อาคารอำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ระยะที่ 3 ภายหลังจากอบรม ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจากวิทยากร และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพยาบาลเจ้าของไข้แก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมมอบคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สำหรับศึกษาเพิ่มเติม และให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบสอบถามความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ไว้ว่า หลังการอบรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนที่ได้ที่กำหนด ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทำแบบทดสอบความรู้ก่อน และหลังการอบรม (Pre-Post test) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้ก่อน และหลังการอบรมดังปรากฏในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมความรู้ เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	
		ก่อนการอบรม	หลังการอบรม
การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้	20	17.90	18.36
	(100%)	89.54%	91.81%

ระยะที่ 4 เริ่มทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อน 1 สัปดาห์ (สัปดาห์แรก) หลังจากนั้น การทดลองโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้จากการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มาดำเนินการทดลองในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 16 กรกฎาคม-31 สิงหาคม 2557 โดยมีขั้นตอนดำเนินการทดลองดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ด้วยการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 1-2 ราย ทั้งนี้ประเมินจากความรุนแรงของโรคตาม APACHE II score พิจารณาตามความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่รับใหม่ต้นกระทั้งจำหน่าย ให้การดูแลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ติดตามประเมินผลและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพด้วยการสื่อสารแบบสามเหลี่ยมที่มีประสิทธิภาพ และทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล



ตามที่ได้รับมอบหมายในกรณีพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้กำกับการทดลอง โดยเข้าร่วมปฏิบัติงานทุกวัน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเฝ้าสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยในช่วงเวลาราชการ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต) เป็นผู้สังเกต นอกเวลาราชการผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าทีมพยาบาล) เป็นผู้สังเกตใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตเป็นการสังเกตตามสถานการณ์ ทำการสังเกตการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า พยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ที่ปฏิบัติตามรายชื่อของแบบสังเกตไม่ครบทุกข้อ ของรายการแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงกับพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลคนนั้นๆทราบ และแนะนำการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้

#### ตารางที่ 7 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงจำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (n=20)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้	20 (100%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)
2	พยาบาลเจ้าของไข้มีการแนะนำตนเองต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นผู้ให้การดูแลตลอดที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	10 (50%)	10 (50%)	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)	0 (0%)
3	พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติตั้งแต่แรกรับ	20 (100%)	0 (0%)	20 (90%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)
4	พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินปัญหาผู้ป่วยภาวะวิกฤตตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง	17 (85%)	3 (15%)	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)	0 (0%)

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
5	พยาบาลเจ้าของไข้วาง แผนการพยาบาลอย่าง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต วิญญาณตั้งแต่แรกรับจน จำหน่าย	10 (50%)	10 (50%)	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)	0 (0%)
6	พยาบาลเจ้าของไข้และ พยาบาลผู้ร่วมดูแลไข้ เครื่องมือประเมินผู้ป่วย ภาวะวิกฤตในการประเมิน อาการผู้ป่วย	10 (50%)	10 (50%)	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)	0 (0%)
7	พยาบาลเจ้าของไข้วาง แผนการพยาบาลอย่าง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต วิญญาณตั้งแต่แรกรับ	14 (70%)	6 (30%)	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)	0 (0%)
8	พยาบาลเจ้าของไข้และ พยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การ พยาบาลตามแผนที่วางไว้ อย่างครอบคลุม	12 (60%)	8 (40%)	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)	0 (0%)
9	พยาบาลเจ้าของไข้ให้การ พยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุก ครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน	20 (100%)	0 (0%)	20 (90%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)
10	พยาบาลเจ้าของไข้ปรับ แผนการพยาบาล เมื่อผู้ป่วย มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอด 24 ชั่วโมง	17 (85%)	3 (15%)	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)	0 (0%)
11	พยาบาลเจ้าของไข้ประสาน แพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมในการวางแผนการ รักษาต่อ	20 (100%)	0 (0%)	20 (90%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
12	พยาบาลเจ้าของไข้ตาม Round ผู้ป่วยพร้อมกับ แพทย์และสหสาขาวิชาชีพ	20 (100%)	0 (0%)	20 (90%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)
13	พยาบาลเจ้าของไข้ ประเมินผลการพยาบาล ครอบครัวและคนรอบข้าง	15 (75%)	5 (25%)	17 (85%)	3 (15%)	20 (100%)	0 (0%)
14	พยาบาลเจ้าของไข้ และ พยาบาลผู้ร่วมดูแลบันทึก กระบวนการพยาบาลไว้ใน Nurse note	16 (80%)	4 (20%)	17 (85%)	3 (15%)	20 (100%)	0 (0%)
15	พยาบาลเจ้าของไข้สอน ญาติ แนะนำการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อน การจำหน่าย	15 (75%)	5 (25%)	17 (85%)	3 (15%)	20 (100%)	0 (0%)

### 3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มญาติผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยจากการพยาบาลตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลคุณภาพตามการรับรู้หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในวันที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างการพยาบาลปกติและรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการให้การพยาบาลปกติ และพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพ และนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติทดสอบที (t-test statistic)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ RLM 021/57 (ในภาคผนวก ค) จึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะถือเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จะไม่เปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยและสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา แม้ว่าการศึกษาจะยังไม่เสร็จสิ้น โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยก็ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย ในกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างทำการทดลอง แต่ไม่ได้เข้าร่วมการทดลองนั้น จะได้รับการดูแลด้วยการพยาบาลปกติทุกราย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาล เจ้าของไข้โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test statistic โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test statistic โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตาม การรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เป็น การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) มีแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการ พยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับการพยาบาลปกติและ หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวนกลุ่มละ 20 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพหลังให้การพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 20 คน สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** การเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

**ส่วนที่ 2** การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างการพยาบาล ปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลตามปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20)

คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
	ด้านการให้ข้อมูล	4.23	.568	4.69			
ด้านความต่อเนื่อง	4.18	.495	4.65	.399	19	3.363	.001
ด้านพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล	4.27	.490	4.59	.382	19	2.287	.014
โดยรวม	4.23	.476	4.64	.366	19	2.989	.002

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) คะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยทุกด้าน คือด้านการให้ข้อมูล ด้านความต่อเนื่อง และด้านพฤติกรรมการดูแลจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20)

ความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพ	การพยาบาล ปกติ		รูปแบบพยาบาล เจ้าของไข้		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
	ด้านการประสานงาน	4.19	.656	4.55			
ด้านการปฏิบัติงาน	3.98	.596	4.49	.450	19	3.682	.001
ด้านประสิทธิภาพ	3.30	.790	4.10	.603	19	4.638	.000
การใช้เวลา							
โดยรวม	3.79	.614	4.35	.440	19	4.143	.000

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยทุกด้าน คือ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงานต่างก็สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการจับคู่ตามคุณลักษณะของญาติคือ ความสัมพันธ์ของญาติ การศึกษาคุณลักษณะของญาติ คือ เพศ อายุ กลุ่มโรค ระดับความรุนแรงของโรค 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 20 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ตามคุณสมบัติที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ชุดคือ

**ชุดที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย 1) โครงการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดอบรมพยาบาล เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยและกลุ่มงานพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเข้าร่วมอบรมทั้งหมด 20 คน ระยะเวลา 1 วัน คือวันที่ 15 มีนาคม 2557 และผู้วิจัยอบรมซ้ำอีกครั้งในวันประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม วันที่ 8 กรกฎาคม 2557 2) คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากแนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram et al. (1979) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ Chulay & Burn (2010) 7 ระบบสำคัญของร่างกาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ใช้ศึกษาเพิ่มเติม ภายหลังจากอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ และใช้เป็นแนวทางการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI = .80 3) แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้ประเมินผลก่อนและหลังเข้าอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ สร้างจากแนวคิดของ Marram et al. (1979) ลักษณะของแบบวัด ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิด



ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 และ 4) แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ลักษณะเป็นแบบ check list โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อที่ตอบปฏิบัติได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์มีการปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลเจ้าของไข้ครบทุกข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI = .90 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-21 ได้ค่าความเที่ยง = .76 และ .80 ตามลำดับ

**ชุดที่ 2** เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Attree (1993) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้านทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ด้านความต่อเนื่องจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 1-7) ด้านการได้รับข้อมูล จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 8-15) และด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร จำนวน 11 ข้อ (ข้อที่ 16-26) มีข้อในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 25 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 1 ข้อคือ ข้อที่ 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI = .90 และตรวจสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .88 ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตชุดนี้มีความน่าเชื่อถือ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพซึ่งผู้วิจัยสร้างจากโดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจตามแนวคิดของ Eriksen (1987) ในด้านการปฏิบัติงาน และตามแนวคิดของ Kritsotakis, et al. (2010) ด้านการประสานงาน และประสิทธิภาพการใช้เวลา โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้านทั้งหมดจำนวน 23 ข้อ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน 10 ข้อ (ข้อที่ 1-10) ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 11-18) และด้านการประสานงาน จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 19-23) มีข้อคำถามในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 1 ข้อคือ ข้อที่ 18 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่า CVI = .88 และตรวจสอบความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .89 ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ชุดนี้มีความน่าเชื่อถือ

## ดำเนินการวิจัยโดย

### 1. ชั้นเตรียมการทดลอง มีชั้นเตรียมการทดลองมีขั้นตอนดังนี้

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วย การเตรียม 1) โครงการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ 3) แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ 4) แบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาล เจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ 5) แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และ 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

1.2 เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ

1.3 เตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดยปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต และประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ขอใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

1.4 เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสนใจเป็นผู้ช่วยการวิจัย

### 2. ชั้นดำเนินการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการในชั้นดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประเมินความรู้ เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อน และหลังเข้ารับการอบรม โดยทำแบบทดสอบความรู้

2.2 จัดการอบรมให้ความรู้ เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน ตั้งแต่เวลา 0800-1600 น วันที่ 15 มีนาคม 2557 ณ ห้องประชุม 1 อาคารอำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และทำการอบรมซ้ำในวันประชุมตึกประจำเดือนในวันที่ 8 กรกฎาคม 2557 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ณ ห้อง Conference หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

2.3 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการอบรม พยาบาลเริ่มนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้จากการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกัน และทดลองใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ 1 สัปดาห์ และเริ่มใช้ในการทดลอง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557 โดยมีขั้นตอนรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานพยาบาล ให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต คนละไม่เกิน 1-2 ราย โดยพิจารณาตามความรู้ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญ ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ร่วมกับใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรค (APACHE II score) และมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยเฉพาะเวรที่พยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ แนะนำตัวว่า เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย ติดตามผู้ป่วยพยาบาลเจ้าของไข้ที่หัวเตียงหรือปลายเตียงและหน้า chart ผู้ป่วย รวมถึงแนะนำตัวต่อแพทย์ ทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยรายนั้นๆ ชักประวัติผู้ป่วย โดยสอบถามอาการการเจ็บป่วยจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อรวบรวมข้อมูล แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และญาติ ขณะผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต สัมผัส/จับมือผู้ป่วยให้กำลังใจให้ความเชื่อมั่น และไว้วางใจพยาบาล

ระยะที่ 2 การพยาบาลตามหลัก 4 C ตามแนวคิดของ Marram (1979) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของ Chulay & Burn (2010) ใน 7 ระบบสำคัญของร่างกาย ได้แก่ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) ระบบการหายใจ 3) ระบบประสาท 4) ระบบโลหิตวิทยาและภูมิคุ้มกัน 5) ระบบทางเดินอาหาร 6) ระบบการทำงานของไต และ 7) ภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ดังนี้

1) การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity care) พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก โดยพยาบาลเจ้าของไข้คนเดิมจะรับผิดชอบโดยรวมในการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งการจำหน่ายออก และในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้

2) การดูแลครอบคลุมความซับซ้อนของโรค (Comprehensive care) พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบคนทั้งคน (holistic care) พยาบาลเจ้าของไข้จะทำการซักประวัติ ประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแล และติดตามประเมินผล รวมทั้งปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และถูกต้อง

3) การประสานงานการดูแล (Coordination care) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นตัวกลางการสื่อสารความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดต่อสื่อสารด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานกับญาติ แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด เช่น แผนกกายภาพบำบัด หน่วยรังสีวิทยา แผนกยา หอผู้ป่วยอื่น และหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นต้น เพื่อรักษา ส่งต่อการดูแล พึงทักษสิทธิ์ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ด้วยวาจา และการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 การดูแลผู้ป่วยและญาติแบบเป็นศูนย์กลาง (Patient-family centered care) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญลำดับแรก ในการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การตัดสินใจการรักษา การปกปิดความลับ พึงทักษสิทธิ์ของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 จำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ประเมิน ประเมินอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความเจ็บป่วย ถึงความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่ายและเตรียมผู้ป่วยและญาติ ให้มีความพร้อมเมื่อต้องย้ายผู้ออกจากหอผู้ป่วย เพื่อส่งต่อการดูแลไปหอผู้ป่วยอื่น กลับบ้าน หรือจำหน่ายเสียชีวิต โดยการให้ความรู้ สอน แนะนำเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่วันแรกๆ ก่อนการจำหน่ายด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษร ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้กำกับการทดลองโดยเข้าร่วมปฏิบัติงานทุกวัน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเฝ้าสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยในช่วงเวลาราชการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต) เป็นผู้สังเกต ส่วนนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต ทำการสังเกตการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มญาติผู้ป่วย เก็บข้อมูลคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยจากการพยาบาลปกติ และทำการเก็บข้อมูลคุณภาพตามการรับรู้หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในวันที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างการพยาบาลปกติและรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการให้การพยาบาลปกติ และพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ คະแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test statistic โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแจกแจงความถี่ และร้อยละ คະแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยสถิติทดสอบ Pair t-test statistic โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าการพยาบาลปกติ จากการเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยโดยรวม จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน (ด้านความต่อเนื่อง ด้านการให้ข้อมูล และด้านพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาล) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทุกด้าน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน (ด้านการปฏิบัติงาน ด้านสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทุกด้าน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้ คือ

#### สมมติฐานการวิจัย คือ

1. คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ( $\bar{X} = 4.61$ ) สูงกว่าการพยาบาลปกติ ( $\bar{X} = 4.23$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.70 คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.65 และ 4.53 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) เป็นรูปแบบการดูแล ให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและโดยพยาบาลเป็นสื่อกลางในการสื่อสาร การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมแพทย์และพยาบาล มีผลทำให้คุณภาพการดูแลตามแนวคิดของ Attree ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้น การให้การดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย จากพยาบาลคนเดิมที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยรวมในการวางแผนการดูแล การประสานงานการดูแล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอ ในการสร้างสัมพันธภาพ โดยที่พยาบาลไม่ต้องใช้เวลามากในการศึกษาประวัติในการดูแลรักษาของผู้ป่วยใหม่ทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติเกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแล เนื่องจากพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลแบบองค์รวม และแสดงถึงความเป็นวิชาชีพ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สมบูรณ์ และเกิดความพึงพอใจคุณภาพ

การดูแลที่สูงขึ้น เกิดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบบเป็นปัจเจกบุคคล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลต่างๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล และรับรู้ถึงพฤติกรรม การดูแลของพยาบาลที่ดี มีการสื่อสาร การประสานงานที่ดีมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้พยาบาล พึงพอใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jonsdottir (1999); Archibong (1999) & Bernharm & Walsh (1995) มีผลทำให้คุณภาพการดูแลตามแนวคิดของ Attree (1993) ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วย ซ้ำซ้อน มีปัญหาการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายหลายระบบ ต้องประสานงานการดูแลกับญาติ แพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพหลายสาขา และจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ต่างๆเพื่อติดตาม อาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดเวลา การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จึงเป็นซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบดังกล่าว เป็นการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออก จากพยาบาลคนเดิมที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยรวม ในการวางแผนการดูแล การประสานงานการดูแล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอในการสร้างสัมพันธภาพจนผู้ป่วย และญาติเกิดความคุ้นเคยเกิดความไว้วางใจ เนื่องจากไม่ต้องใช้เวลามากในการศึกษาประวัติการดูแลรักษาของผู้ป่วยใหม่ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด Chulay & Burn (2010) 7 ระบบสำคัญของร่างกาย ตามแผนการพยาบาล ที่วางไว้ ด้วยความเอื้ออาทร ห่วงใย โดยใช้กระบวนการพยาบาลประเมินปัญหา และความต้องการ วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงให้คำแนะนำ สอน ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลเจ้าของไข้ให้ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมความซับซ้อนของโรค ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้เข้าใจปัญหา ความซับซ้อนของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม สามารถวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลมีเวลาเพียงพอในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และมีเวลาในการ สร้างสัมพันธภาพมากขึ้น การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ได้รับความรู้ ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากการ ประสานงานการดูแล และสื่อสารทำความเข้าใจกับสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแล เนื่องจากพยาบาลตอบสนองความต้องการการดูแลแบบองค์รวม เกิดคุณภาพการดูแล ทำให้ผู้ป่วย และญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นบุคคล การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การ ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลต่างๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล และพฤติกรรม

การดูแลของพยาบาลในการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความซื่อสัตย์ ด้วยความเป็นมนุษย์ ความเมตตา การเคารพสิทธิของผู้ป่วย บุคลิกลักษณะที่ดีของพยาบาล การประสานงานที่ดี และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่สำคัญเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ด้านการดูแลต่อเนื่อง ด้านความพึงพอใจ และความปลอดภัยของผู้ป่วยให้สูงขึ้น และส่งผลให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Attree (1993); Archibong (1999) & Jonsdottir (1999)

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือการได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.70$ ) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยและญาติที่ทำการศึกษากลายเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค และแนวโน้มการดำเนินของโรคมียืดเยื้อรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ข้อมูลการรักษา และหาแนวทางการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ หรือในภาวะเร่งด่วนที่ญาติไม่ได้เข้าเยี่ยมหรือเฝ้าได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแยลงจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่างๆ ญาติก็จะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอความคิดเห็นและยินยอมจากญาติร่วมกับแพทย์และพยาบาล การให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่นอกจากมีปัญหาซับซ้อนด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณด้วย เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับความกลัว ความกลัวตาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสียหรือพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก และอื่นๆ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อมั่นในพยาบาลวิชาชีพ และกล้าบอกปัญหาและความต้องการกับพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะทราบถึงข้อมูลจำเป็นที่ต้องให้กับผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างถูกต้องครบถ้วน เป็นไปในทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ลดความสับสนของข้อมูลที่พยาบาลแต่ละเวรบอกเล่าไม่เหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่เกิดความสับสน เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการได้รับข้อมูล และการแนะนำต่างๆ ในทุกระยะด้านการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านสูงขึ้น สอดคล้องการศึกษาของ ยิ่งขวัญ อนุรักษ์ (2553)

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต รายด้านที่มีคะแนนรองลงมา คือความต่อเนื่อง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.65$ ) อธิบายได้ว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่วินิจฉัยจนกระทั่งจำหน่ายอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณตามแนวคิด Marram et al. (1979) ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด Chulay & Burn (2010) 7 ระบบสำคัญของร่างกาย ผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาซับซ้อน จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าติดตามการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องการการดูแล



ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงมีการดำเนินการทดลอง 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** ระยะสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ญาติ แนะนำตัวว่า เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับตลอดไปจนจำหน่าย สัมผัส/จับมือผู้ป่วยให้กำลังใจ ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย ชักประวัติ และประเมินปัญหาซับซ้อนของผู้ป่วย ค้นหาความต้องการ และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยบอกกล่าวความต้องการ ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร มีความเมตตา ให้การดูแลที่นุ่มนวลเหมือนญาติ และกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยและญาติเกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจพยาบาลคลายความวิตกกังวลลง และสามารถจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม **ระยะที่ 2** ระยะให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามหลัก 4 C คือ พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity care) ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก โดยพยาบาลเจ้าของไข้คนเดิมจะรับผิดชอบโดยรวมในการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งการจำหน่ายออก และในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมความซับซ้อนของโรค (Comprehensive care) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบคนทั้งคน (holistic care) ในการชักประวัติ ประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแล และติดตามประเมินผล รวมทั้งปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และถูกต้อง รวมถึงพยาบาลเจ้าของไข้ทำการประสานงานการดูแล (Coordination care) โดยเป็นตัวกลางการสื่อสารความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ และเป็นผู้ติดต่อสื่อสารด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงานกับญาติ แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อรักษา ส่งต่อการดูแล พึงกษสิทธิ์ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ด้วยวาจา และการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยและญาติแบบเป็นศูนย์กลาง (Patient-family centered care) โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญลำดับแรก ในการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การตัดสินใจการรักษา การปกปิดความลับ พึงกษสิทธิ์ของผู้ป่วย ตามคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต **ระยะที่ 3** ระยะการจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินถึงความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย และสอน/สาธิตวิธีการดูแลตนเอง จากรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่รับผิดชอบคนเดิมต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเกิดคุณภาพมากขึ้น พึงพอใจในการดูแลต่อเนื่อง และด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์มีระดับสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545); เพ็ญญา ตองติธรรม (2549) และ Goode & Rowe (2001)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ ผู้ป่วยวิกฤตด้านที่มีคะแนนที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบด้านอื่นๆ คือด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรพยาบาล ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.53$ ) อธิบายได้ว่า ตามบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตปัจจุบัน ที่ยังคงจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยมของญาติอยู่นั้น ทำให้ญาติไม่เห็นเหตุการณ์การปฏิบัติการพยาบาล การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกขั้นตอน เมื่อญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยจะพบเห็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเสร็จสิ้นกระบวนการดูแลรักษา จึงเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรพยาบาลไม่มีคะแนนสูงที่สุด แต่จากรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพจนญาติรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร มีความเมตตา เอาใจใส่ผู้ป่วยเสมือนญาติ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด และสูงกว่าการพยาบาลปกติรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวม ( $\bar{X} = 4.35$ ) สูงกว่าการพยาบาลปกติ ( $\bar{X} = 3.79$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้านประสานงานอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.55 ความพึงพอใจของพยาบาลด้านการปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพการใช้เวลาอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.40 และ 4.10 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) มีผลทำให้ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 7 ระบบสำคัญของร่างกาย โดยใช้กระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้ ความสามารถ และศักยภาพที่มีอยู่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในความรับผิดชอบให้ดีที่สุด พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบด้วยความรู้ ความสามารถเต็มที่อย่างครอบคลุมองค์รวม ซึ่งบ่งบอกความเป็นวิชาชีพ (ปรากฏทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) ที่ได้สรุปข้อดีของระบบพยาบาลเจ้าของไข้จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลจากการจัดการมอบหมายงานวิธีต่างๆพบว่า ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ ความสามารถได้อย่างเต็มที่ที่มีอิสระในการตัดสินใจ พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยในเชิงลึก

อย่างละเอียด พยาบาลจะรู้สึกภาคภูมิใจ เกิดความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการประสานงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.55$ ) อธิบายได้ว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานงานการดูแล ระหว่างผู้ป่วย ญาติ หัวหน้าพยาบาล ทีมพยาบาล และสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยตนเองทุกครั้งที่สื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสื่อสารบอกถึงการแสดงความเอาใจใส่ ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้การดูแลตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ที่รู้จัก และรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยเชิงลึกมากที่สุด เมื่อแพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมอาการพร้อมแพทย์ และบอกปัญหาความต้องการ อาการที่เปลี่ยนแปลงไป การรักษาที่ได้รับก่อนหน้า และปัจจุบันให้แพทย์ทราบด้วยตนเอง เมื่อแพทย์ให้คำสั่งการรักษา หรือเปลี่ยนแปลงการรักษา พยาบาลจะทราบเหตุผลและแนวโน้มการรักษา นำไปปรับแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงสามารถปฏิบัติการพยาบาล บันทึกการพยาบาล และสามารถส่งเวรต่อพยาบาลผู้ร่วมดูแลได้ถูกต้องครอบคลุม พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ คุณภาพการดูแลด้านการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของเพ็ญญา ตองติธรรมย์ (2549); Nissen, Boumans & Landeweerd (1996)

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.49$ ) อธิบายได้ว่า ในการปฏิบัติงานที่พยาบาลได้รับการมอบหมายงานพยาบาลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายงานพยาบาลให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1- 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีสมมุติส่วนตัวเพื่อบันทึกการจัดคิวพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพิจารณาร่วมกับประสบการณ์ความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกับระดับความรุนแรงของโรค (APACHE II score) การมอบหมายงานด้วยวิธีดังกล่าว ทำให้พยาบาลรู้สึกมีความมั่นใจ ภูมิใจที่ได้รับ ความไว้วางใจในศักยภาพตนเอง มีความเป็นอิสระในการวางแผนการดูแล พยาบาลเจ้าของไข้รู้ถึงความบกพร่องของตนเอง และปรับปรุงแก้ไข ค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการส่งเสริมการพัฒนาด้านวิชาชีพของพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดของ Marram et al. (1974) ได้เรียกลักษณะว่า “A Triple A Nurse” นั่นคือ ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ความมีอำนาจ

หน้าที่ในการดูแล (Authority) และความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability) หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการมอบหมายงานหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประสิทธิภาพการใช้เวลา อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.10$ ) อธิบายได้ว่าการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พยาบาลได้รับการมอบหมายงานให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1- 2 คน ตั้งแต่แรกเข้าไปตลอดจนจำหน่าย ทำให้พยาบาลไม่ต้องเสียเวลานาน ในการศึกษาประวัติการดูแลรักษาของผู้ป่วยเป็นเวลานานทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน การสร้างสัมพันธ์ภาพมีความต่อเนื่องไม่ต้องเริ่มสัมพันธ์ภาพใหม่ทุกครั้ง ทำให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างคุ้มค่าครอบคลุมถูกต้อง ไม่เร่งรีบเพื่อให้งานแล้วเสร็จทันเวลาเพียงอย่างเดียว การประเมินปัญหาที่มีความต่อเนื่อง เนื่องจากบางปัญหาไม่สิ้นสุดภายในเวร เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลเจ้าของไข้สามารถดำเนินการจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการวางแผนการจำหน่ายในวันแรกๆ พยาบาลสอน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติได้รับการตอบสนองซึ่งเป็นการดูแลแบบบุคคลด้วยความเป็นมนุษย์ที่ครบองค์รวม พยาบาลใช้เวลาในการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray & Smedley (1998)

จากผลการวิจัยข้างต้น การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่เอื้อต่อพยาบาลให้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ ผู้ป่วยและญาติจะมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาล แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจะสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี เกิดความใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดังนั้นรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงเป็นการมอบหมายงานที่พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมองค์รวม เน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง เพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานการดูแลผู้ป่วย และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้สูงขึ้น และเกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพให้สูงขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การผลการศึกษาพบว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติในด้านการดูแลต่อเนื่อง การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการดูแลของบุคลากร และเพิ่มความพึงพอใจในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพในด้านการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการใช้เวลา และการประสานงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลควรศึกษารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้เกิดความเข้าใจก่อนนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ โดยศึกษาคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้ประกอบ
2. การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ ต้องเป็นไปตามความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ และความรุนแรงของโรคผู้ป่วย
3. ควรจัดให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแล ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายโดยตลอด
4. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการจัดการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้
5. ผู้บริหารควรกำหนดให้ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต
6. ผู้บริหารควรนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปเผยแพร่ หรือทดลองใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอื่น เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตกุมาร
2. ควรมีการศึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ โดยวัดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลในด้านการกลับรักษาซ้ำ และผลการหายของโรค

## รายการอ้างอิง

- ชนิษฐา ทรรทุรานนท์. 2554. Nursing care in shock patient. ใน คณะกรรมการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. (กองบรรณาธิการ). **Critical care nursing**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.อี.พี. จำกัด.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ. 2545. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอด และ หลังคลอดต่อความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการโรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนพะจง เพ็งจาด. 2546. การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาล** 52 (1): 11-15
- ณัฐธิดา ศิริรัตน์. 2552. ผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2543. องค์การและการจัดการ ทันสมัยยุคโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนา.
- ชนันดา ตระการวณิช. 2556. ภาวะไตวายเฉียบพลัน. ใน วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ธิดารัตน์ เพชรชัย. 2552. ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพร ภารัตนวงศ์. 2547. การเผชิญความเครียดกับปัจจัยทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทา มาระเนตร์. 2543. **เวชบำบัดวิกฤต Current concepts in critical care 2000**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฮั่วน้ำ พรินติ้ง.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2553. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์

ไออินเตอร์ มีเดีย.

- บุญใจ ศรีสถิตยน์นรากร. 2555. **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐมวดี สิงห์ตง. 2554. **การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐมวดี สิงห์ตง. 2554. **การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองของญาติผู้ป่วย.** วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 3 (3): 17-32.
- ปรางทิพย์ อุจระรัตน์. 2541. **การบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ประคอง กรรณสูตร. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ โกศลวิวัฒน์. 2541. **บทบาทของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต.** วารสารพยาบาลศาสตร์ 16 (2): 2-5.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2536. **การประกันคุณภาพการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูพริ้นต์.
- พวงทอง ศิริพานิช. 2554. **Nursing care in acute respiratory failure.** ใน คณะกรรมการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (กองบรรณาธิการ). **Critical care nursing.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.เอส.พี. จำกัด.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. 2551. **คุณภาพการบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: วี.พี. (1991).
- เพ็ญภา ตองศิริรัมย์. 2549. **ผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งและความพึงพอใจในงานพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสพร ขำวิชา. 2556. **ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร.** ใน วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. 2543. **ผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจ และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. 2553. **ผลการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลและความ**

- พึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ล่อ หุตางกูร. 2529. **การประกันคุณภาพในการพยาบาล.** ในมาตรฐานการพยาบาลทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2525.** พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: อักษรจงนิทัศน์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- วงรัตน์ ไสสุข. 2544. **ความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิจิตรา กุสุมภ์. 2548. **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ). 2556. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วันเพ็ญ ปันราช. 2532. **มโนคติเกี่ยวกับครอบครัว ในวรรณคดีศรีอยุธยา และสุจารี อมรกิจบำรุง (ผู้รวบรวม). การพยาบาลฟื้นฟู: การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่ม 1.** ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ขอนแก่น.
- ศศิธร แสงศร. 2545. **ระบบการพยาบาลเจ้าของใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. 2548. **ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ.** นนทบุรี : สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- สภาการพยาบาล. 2554. **แผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ. 2555 – 2559.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑาทอง จำกัด.
- สภาการพยาบาล. 2548. **ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ.** นนทบุรี : สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- สิริรัตน์ เปรมประวัตติ. 2554. **Nursing care in encephalitis, meningitis & seizure disorder patient.** ในคณะกรรมการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (กองบรรณาธิการ). **Critical care nursing.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.



- สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ และ ชวนพิศ ทำนอง. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 6. **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต: Critical care nursing.** สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุปรียา ดิยง. 2554. **ผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรัฐม ศรีรัตนบัลล์. 2543. **คุณภาพของระบบสุขภาพ.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพสาธารณสุข.
- อรุณี เฮงยศมาก. 2556. ใน วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

### ภาษาอังกฤษ

- Aday, L. A. & Anderson, R. 1971. **Development of inducers of access to medical care.** Michigan ann arbor: Health administration press.
- Agard, A. S., and Harder, I. 2007. Relative' experiences in intensive care-finding a place in a world of uncertainty. **Intensive Critical Care Nurses** 23 (3): 170-177.
- Archibong, U. E. 1999. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. **Journal of advanced nursing** 29 (3): 680-689.
- Attree, M. 1993. An analysis of concept "Quality" as it relates to contemporary nursing care. **International journal of nursing studies** 30 (4): 355-369.
- Bernhard, L. A. & Walsh, M. 1995. **Leadership: The key to the professionalization of nursing.** Saint Louise: Mosby.
- Blanchard, D., & Alavi, C. 2008. Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the need family. **Nursing in Critical care** 13 (5): 225-231.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., & Frans, E. 2001. Need of relatives of critical care patient: perceptions of relatives, physicians and nurses **Intensive Care Medicine** 27: 160-165

- Brown, A. 2010. Acute coronary syndrome in indigenous Australians: Opportunities for improving outcomes across the continuum of care. **Heart, lung and circulation** (19): 325-336.
- Burns, N., & Grove, S. K. 2005. **The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization**. 5<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier.
- Carlson, K. K. 2009. (Editor). **AACN Advanced critical care nursing**. : St Louis: Mosby.
- Carter, P. A., & Clark, A. P. 2005. Assessing and treating sleep problem in family caregivers of intensive care unit patients. **Critical care Nurse** 25 (1): 16.
- Chan, K., & Twinn, S. 2007. An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: An exploratory study. **Journal of Clinical Nursing** 16 (1): 185-193
- Chulay, M. & Burn, S. M. 2010. **AACN Essentials of critical care nursing**. 2<sup>nd</sup> edition. Virginia: McGraw-Hill.
- Crosby, P. 1984. **Quality without tears**. New York: McGraw – Hill.
- Davidson, J. E. 2009. Family – centered care: Meeting the needs of patients’ families and helping families adapt to critical illness. **Critical Care Nurse** 29 (3): 28-35.
- Deming, W. E. 1993. **The new economics**. Cambridge: MIT center for advanced engineering study. *พาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- Deley, L. 1984. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. **Heart and lung** 13 (3): 231-237.
- Duffy, J. R. 2009. **Quality caring nursing: applying theory to clinical practice, education, and leadership**. New York: Springer publishing company.
- Egdahl, R. H., & Gertman, P. M. 1976. Quality assurance in health care. Germantown, Md: Aspen Systems Corp. อังโน พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดี. 2551. **คุณภาพการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: วี พรินท์ (1991).
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. 2007. Being family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. **Journal of Clinical Nursing** 16 (9): 1618-1628.
- Eriksen, L. R. 1987. Patient satisfaction: An indicator of nursing quality. **Nursing management** 18 (7): 31-37.

- Eriksen, L. R. 1988. Measurement patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. In **measurement of nursing outcome**. pp524-537.
- Goode, D. & Rowe, K. 2001. Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. **Intensive care unit** 17 (5): 294-303.
- Gray, R., Smedley, N., Thomas, B. 1997. The administration of PRN medication by mental health nurses. **Journal of psychiatric and mental health nursing** 4 (1): 55-56.
- Hadjistavropoulos, H. et al. 2008. Patients of hospital discharge: Reliability and Validity of a patient continuity of care questionnaire. **International Journal for Quality in Health care** 20 (5): 314-323.
- Hartshorn, J. & Sole, M. L. (1997). **Introduction to critical care nursing**. 2<sup>nd</sup> edition. W B Saunders Co.
- Hoye, S., & Severinsson, E. 2010. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. **Intensive and Critical Care Nursing** 26 (1): 24-32.
- Hudak, C. M, Gallo, B. M. & Morton, P. G. 1998. **Critical care nursing: A Holistic Approach**. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Ignatavicius, D. D. & Hausman, K. A. 1995. **Clinical pathways for Collaborative practice**. USA: W. B Saunders company.
- Jacobson, J. N., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. 1988. Evaluation instrument for ure in clinical nursing research. In M. Frank-Stromborg, (ed.). Instrument for clinical nursing research. Connecticut: Appleton & Lange. อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2555. **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการ วัดเชิงจิตวิทยา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Jones, K. 1975. Study document effects of primary nursing on renal patients. **Hospitals** 49 (12): 85-89.
- Jonsdottir, H. 1999. Outcome of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung disease: the nurses' experience. **Journal of Nursing management** 7 (4): 235-42.
- Juran, J. M. 1992. **Juran on quality by design**: The new step for planning quality into good and service. New York: Macmillan.

- Kloter, P. 2003. **Marketing management**. 11<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Knaus, W. A. et al. 1985. APACHE II: A severity of disease classification system. **Critical care medicine** (13): 29
- Kritsotakis, G., Koutis, A. D., Kotsori, A., Alexopoulos, C. G., & Philalithis, A. E. 2010. Measuring patient satisfaction in oncology unit: interview-based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of satisfaction with Care' in Greece. **European Journal of cancer Care** 19: 45-52.
- Larson, P. J., & Feretich, S. L. 1993. Patient's satisfaction with nurse' caring during hospitalization. **Western Journal of nursing research** 15: 690-707.
- Lang, N. M. & Clinton, J. F. 1984. Assessment of quality of nursing care. **Annual review of nursing research** 2: 135-165.
- Marram, G. D., Barrett, M. W., & Bevis, E. O. 1974. **Primary Nursing: A model for individualized care**. St. Louis: Mosby.
- Marram, G. D., Barrett, M. W., & Bevis, E. O. 1979. **Primary Nursing: A model for individualized care**. St. Louis: Mosby.
- Marek, K. D. 1989. Outcome measurement in nursing. **Journal of nursing Quality Assurance** 4 (1): 1-9.
- Manthey, M. et al. (1970). Primary nursing: a return to the concept of my nurse and my patient. **Nursing forum** (9): 65-83.
- Manthey, M., Criske, K., Robertson, P. and Harris, I. 1973. Primary nursing: A return to the concept of "my nurse" and "my patient". **Nursing Forum** (9): 65-83.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. 2006. **Leadership roles and management functions in nursing: Theory and applications**. 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- McDaniel, M. A. 2003. Measuring the caring process in nursing: The caring behavior checklist and the client perception of caring scale. In O. L. Strickland & C. Dilorio (Eds.). **Measurement of nursing outcome**. 2<sup>nd</sup> edition. New York: sprinker publishing.
- Mol, M. M. C., Bakker, E. C., Nijkamp, M. D., Kompanje, E. J. O., Bakker, J. & Verharen, L. 2014. Relatives' perspectives on the quality of care in an intensive care

Unit; The theoretical concept of a new tool. **Patient Education and Counseling** 95: 406-413.

- Neabel, B., Fothergrill - Bourbonnais, F., & Dunning, J. 2000. Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. **Heart and lung** 29 (2): 196-209.
- Nissen, J. M., Boumans, N. P., & Landeweerd, J. A. 1997. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. **International journal of nursing studies** 34 (2): 93-102
- Pang, P. S. K., and Suen, L. K. P. 2009. Stressors in the intensive care unit: Comparing the perceptions of Chinese patients and their family. **Stress and Health: Journal of the international society for the Investigation of stress** 25(2): 151-159.
- Peralia, M. L. & Hentinen, M. 1989. Primary nursing: Opinions of nursing staff before and during implementation. **Internal Journal of nursing studies** (26): 231-242.
- Polit, D. F & Hongler, B. P. 1995. **Nursing research: Principle and method**. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Pontin, D. 1999. Primary Nursing: a model of care or a philosophy of nursing. **Journal of advanced nursing** 29 (3): 584-591.
- Quinn, S., Redmond, K. & Begley, C. 1996. The need of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses Part1. **Intensive and critical care nursing** 12 (4): 168-172.
- Quinn, S., Redmond, K. & Begley, C. 1996. The need of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses Part2. **Intensive and critical care nursing** 12 (3): 239-245.
- Selby-Harrington, M. L. et al. 1994. Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journals. **Journal of professional Nursing** 10 (1): 47-56.
- Skillman, J. J. 1975. Intensive care. 1<sup>st</sup> edition. Boston: Little, Brown.
- Smith, L F P. 2001. Development of a multidimensional labor satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. **Quality in health**

care 10: 17-22.

- Spector, P. E. 1997. **Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequence.** London: SAGE
- Sole, M. L., Klein, D. G., and Moseley, M. J. 2005. **Introduction to critical nursing.** Philadelphia: Elsevier's Health Sciences rights Department.
- Tappen, R. M. 1995. **Nursing leadership and management concept and practice.** 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: F. A. Davis.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. 2002. **Talent's critical care nursing: Diagnosis and management.** St. Louis: Mosby.
- Van Horn, E., & Tesh, A. 2000. The effect of critical care hospitalization on family member: stress and responses. **Dimensions Critical Care Nursing** 19 (4): 40-49.
- Wall, R. J. 2009. The one thing certain in the ICU is uncertainly. **Critical Care Alert** 17(2): 9-12.
- Wareham, N. J. 1994. The textbook of total quality in health care. **Quality Health Care** 3 (4): 231.
- Yang, S. 2008. A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. **Australian Journal advanced Nursing** 25 (4): 79-86.
- Zander, K. S. 1980. Managing toward on operational definition. In K. S. Zander (Ed). **Primary nursing development and management.** London: An Aspen Publication.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี	<p data-bbox="963 495 1062 533"><b>ตำแหน่ง</b></p> <p data-bbox="868 555 1326 757">กรรมการสภาการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล</p>
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์	<p data-bbox="963 792 1310 831"><b>ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์</b></p> <p data-bbox="868 864 1394 1122">การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาริบัติ การพยาบาลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล เขียนหนังสือทางวิชาการ</p> <p data-bbox="963 1196 1062 1234"><b>ตำแหน่ง</b></p> <p data-bbox="868 1256 1394 1576">อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และ อาจารย์ประจำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง วิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ สมาคมโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทย</p>
	<p data-bbox="963 1610 1310 1648"><b>ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์</b></p> <p data-bbox="868 1693 1358 1904">การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล เขียนหนังสือ และบทความทางวิชาการ</p>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธิรังษี

**ตำแหน่ง**

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และ  
อาจารย์ประจำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
วิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) วิทยาลัยพยาบาล  
สภากาชาดไทย

**ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล

นาง สุพัตรา อุนนิสาร

**ตำแหน่ง**

พยาบาลชำนาญการพิเศษ (APN Critical care)  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

**ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

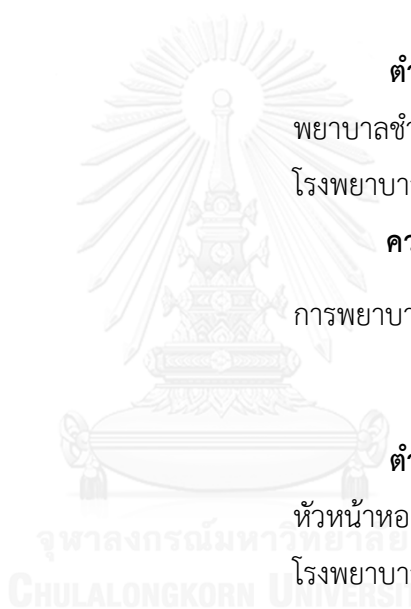
นาง สุธาดา กัณหา

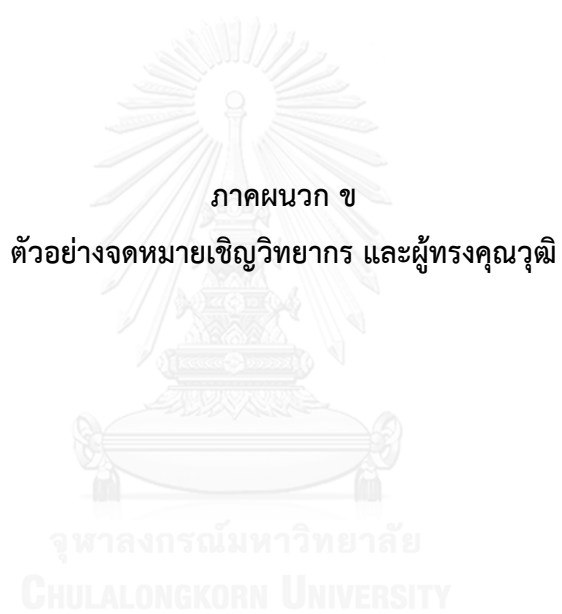
**ตำแหน่ง**

หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต







ที่ ศธ 0512.11/0260

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

12 มีนาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นวิทยากร

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศรีญา ยังเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นวิทยากรในการจัดโครงการอบรม เรื่อง “การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์” โดยอภิปราย เรื่อง “ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้, Evidence base practice และบันทึกทางการพยาบาล” ในวันที่ 15 มีนาคม 2557 เวลา 09.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุม 1 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นวิทยากรอภิปราย ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาข้อนี้ลิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

นาวาตรีหญิง ศรีญา ยังเจริญ โทร. 081-295-6506

ที่ ศธ 0512.11/0257

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

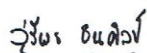
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ โทร. 081-295-6506

ที่ ศร 0512.11/0257

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

/0 มีนาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

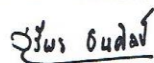
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศรีญา ยิ่งเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธิรังษี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธิรังษี  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159  
นาวาตรีหญิง ศรีญา ยิ่งเจริญ โทร. 081-295-6506

ที่ ศร 0512.11/0๑๘๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสุธาดา กัณหา หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางสุธาดา กัณหา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ โทร. 081-295-6506 •

ที่ ศธ 0512.11/0257

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

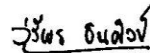
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศรญา ยิ่งเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสุพัตรา อุปนิสาร พยาบาลชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล และนางสุพัตรา อุปนิสาร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

นาวาตรีหญิง ศรญา ยิ่งเจริญ โทร. 081-295-6506



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
และใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม)

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
<b>ชื่อผู้วิจัย</b>	นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>ที่อยู่ติดต่อ</b>	4/35 หมู่ 8 ต.สัตหีบ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 0812956506 Email: sorayayoung2519@gmail.com
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>	หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต.พญาทูลพร อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 038-245735 ต่อ 69712, 69717

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจ ว่างานนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังเป็นประโยชน์ในการนำผลการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีการวัดคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติภายหลังการทดลอง และก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการพยาบาลตามปกติ และรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ

### 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 18-59 ปี โดยได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทใกล้ชิด และรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด มีความสามารถในการ

มองเห็น การได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูด และฟังภาษาได้รู้เรื่องเข้าใจ ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท และมีความยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยรายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้โดยแบ่งกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็น 2 กลุ่ม

4.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะเลือกญาติผู้ป่วยวิกฤตตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีจับคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกัน คือ เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โดยผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มนี้จะได้รับคำแนะนำ และการดูแลจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์หรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยจะให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตตอบแบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ

4.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะเลือกญาติผู้ป่วยวิกฤตตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย จะได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเจ้าของไข้เป็นประสานงานการดูแล และติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย แพทย์ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่น และพยาบาลเจ้าของไข้จะปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน หากพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ทั้งนี้พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางการดูแล และให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์หรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจะให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ

## 5. การใช้เวชระเบียน

การวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยวิกฤตจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นข้อมูลส่วนรวม จะไม่มีการอ้างถึงตัวบุคคล โรงพยาบาล และรายงานการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องมีเหตุผล ซึ่งท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อได้ที่ นาวาตรีหญิง ศรณียังเจริญ ที่ทำงาน หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต.พหลุตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 038-245735 ต่อ 69712, 69717 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถติดต่อกับฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร. ได้ที่แผนกวิจัย กวก. พร. โทร 0-24752705 หรือเลขานุการคณะกรรมการการวิจัย / ผอ.กวก. พร. โทร 0-24752509



### เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

**ชื่อผู้วิจัย** นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ที่อยู่ติดต่อ** 4/35 หมู่ 8 ต.สัตหีบ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 0812956506  
Email: sorayayoung2519@gmail.com

**สถานที่ปฏิบัติงาน** หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต.พญาทูลพร อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 038-245735 ต่อ 69712, 69717

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจ ว่างานนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังเป็นประโยชน์ในการนำผลการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีการวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลตามปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มีความรู้ความสามารถเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และยินดีที่จะปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว โดยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ทั้งหมดจำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมก่อนและหลังการอบรมโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้

**ขั้นตอนการทดลอง** ผู้วิจัยจัดการอบรม แบบบรรยายให้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อทำความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หัวข้อการอบรมเรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เมื่อสิ้นสุดการอบรม ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทำการพัฒนาคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน หลังจากนั้นดำเนินการให้การพยาบาลเจ้าของไข้ โดยเริ่มมอบหมายผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้มอบหมายให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ โดยประเมินตามแบบสังเกตการปฏิบัติพยาบาลเจ้าของไข้

**ขั้นประเมินผล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังกลุ่มทดลองนำคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย บรรยายโดยวิทยากรผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตตลอดการวิจัย

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ แนะนำ ผู้วิจัยจะคัดผู้มีส่วนร่วมที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ออกจากการวิจัย และส่งข้อมูลที่สำคัญของผู้เข้าร่วมวิจัยไปยังบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือ แนะนำที่เหมาะสมต่อไป

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องมีเหตุผล และไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับจากการปฏิบัติงานประจำของท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อได้ที่ นาวาตรีหญิง ศรญา ยิ่งเจริญ ที่ทำงาน หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต.พญาไทหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 038-245735 ต่อ 69712, 69717 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถติดต่อกับฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร. ได้ที่แผนกวิจัย กวก. พร. โทร 0-24752705 หรือเลขานุการคณะกรรมการการวิจัย / ผอ.กวก. พร. โทร 0-24752509



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และ  
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ

ที่อยู่ติดต่อ 4/35 หมู่ 8 ต.สัตหีบ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์ 0812956506

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่  
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน  
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้า  
ยินยอม ตอบแบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังเข้าการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ  
ของพยาบาลวิชาชีพ และเข้ารับการฝึกอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลของแบบสอบถามที่  
เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอน  
ตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม  
เท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ  
ติดต่อกับฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร. ได้ที่แผนกวิจัย กวก. พร. โทร  
0-24752705 หรือเลขานุการคณะกรรมการการวิจัย / ผอ.กวก. พร. โทร 0-24752509

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม  
การวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ )

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ญาติผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม)**

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และ  
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย      นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ

ที่อยู่ติดต่อ 4/35 หมู่ 8 ต.สัตหีบ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทรศัพท์      0812956506

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามตามกระบวนการวิจัย **เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลของแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย**

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร. ได้ที่แผนกวิจัย กวก. พร. โทร 0-24752705 หรือเลขานุการคณะกรรมการการวิจัย / ผอ.กวก. พร. โทร 0-24752509

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นาวาตรีหญิง ศรญา ยังเจริญ )

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

แบบเอกสารที่ RF 11

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**  
**โดย**  
**กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ**  
**RLM 021/57**

ชื่อโครงการ	ผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	น.ต.หญิง ศรญา ยั่งเจริญ
รหัสโครงการ	RP 026/57
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
เอกสารที่รับรอง	<input checked="" type="checkbox"/> โครงการวิจัย <input type="checkbox"/> โครงการวิจัยที่ขออนุมัติแก้ไขเพิ่มเติม <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย <input checked="" type="checkbox"/> เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
รับรองโดย	คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ
วันที่รับรอง	16 กรกฎาคม 2557
วันหมดอายุ	15 กรกฎาคม 2558

พลเรือตรี.....



23 ก.ค. 2557

รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระ  
 เลขาธิปไตย.....  
 วันที่..... 3.0 พ.ค. 2557  
 เวลา..... 10.00

ที่ ศธ 0512.11/ 0550

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
 กรุงเทพฯ 10330

22 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

แผนกแผน กองผู้อำนวยการ รพ.  
 เลขรับ.....  
 วันที่..... 30 พ.ค. 2557  
 เวลา..... 10.00

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศรีญา ยังเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบทดสอบความรู้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นาวาตรีหญิง ศรีญา ยังเจริญ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิตา นริชานนท์  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แผนกแผน

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม  
 ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159  
 ขอนิสิต นาวาตรีหญิง ศรีญา ยังเจริญ โทร. 081-295-6506

1/2557 ๑๗/๕๕ ๑๗/๕๕ ๑๗/๕๕ ๑๗/๕๕ ๑๗/๕๕

เสนอ

๑. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้ น.ต.หญิง ศรญา ยิ่งเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ" ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน ๒๐ คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน ๓๕ คน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบทดสอบความรู้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้

๒. คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร. พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ น.ต.หญิง ศรญา ยิ่งเจริญ เข้าร่วมโครงการวิจัยและดำเนินการตามที่เสนอ ในข้อ ๑

จึงเสนอมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้ น.ต.หญิง ศรญา ยิ่งเจริญ ดำเนินการ

น.ท.

น.ต.หญิง ศรญา ยิ่งเจริญ

ร.พ. ๖๖ ก.ค.๕๗

- อนุมัติ
  - น.ต.หญิง ศรญา ยิ่งเจริญ  
ดำเนินการ
  - หน่วยเกี่ยวข้อง  
ให้การสนับสนุนเมื่อได้รับการประสาน
- รับคำสั่ง ผอ.รพ.๖

น.อ.

รอง ผอ.รพ.๖

๖๖ ก.ค.๕๗

๒๒ ก.ค. ๒๕๕๗

สำเนาส่ง

- กลุ่มงานการพยาบาลอายุรเวชกรรมฯ
- กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมฯ
- ต้น - แผนกแผนฯ

สำเนาตัว ICU. S ทน

น.ท.หญิง

น.ต.หญิง ศรญา ยิ่งเจริญ

หน.กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม

๒๒ ก.ค. ๒๕๕๗



## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุดคือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โครงการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

1.2 คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

### 3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โครงการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

### ตัวอย่างโครงการฝึกอบรม

#### โครงการอบรมเรื่อง

“การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์”

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๗

ห้องประชุม ๑ อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

๑. ชื่อโครงการ โครงการอบรมเรื่อง “การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์”

๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร.

#### ๓. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนคุกคามต่อชีวิต จึงต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากแพทย์ และพยาบาลที่มีทักษะ ความรู้ ความสามารถที่จะแก้ไข หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และเชี่ยวชาญ เพื่อแก้ไขการเจ็บป่วยให้เป็นปกติ หรือมีความพิการน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังต้องให้การดูแล เพื่อฟื้นฟูสภาพให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ดังนั้นแพทย์และพยาบาลจึงมีความสามารถในการประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา รวมทั้งให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือการรักษา และอาจถึงแก่การเสียชีวิตได้ในที่สุด (สุจิตรา ลีมอำนาจลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, ๒๕๕๓)

ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้เกิดคุณภาพการดูแลนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดการบริการที่ได้มาตรฐานไร้ข้อผิดพลาด ส่งผลลัพธ์ที่ดี เป็นที่พึงพอใจ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์,

ผู้วิจัยจึงเสนอโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

#### ๔. วัตถุประสงค์

- ๔.๑ เพื่อให้ผู้อบรมมีความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
- ๔.๒ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้มาจัดรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ได้
- ๔.๓ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง

#### ๕. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน ๑๕ คน และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในจำนวน ๓๕ คน

#### ๖. วิธีการจัดอบรม

- บรรยาย
- ฝึกปฏิบัติการ
- นำเสนอกรณีศึกษา

#### ๗. วิทยากร

- ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี

#### ๘. ระยะเวลาในการอบรม

ใช้ระยะเวลา ๑ วัน วันเสาร์ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๘๓๐ - ๑๖๐๐

#### ๙. สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุม ๑ อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์



## ๑๐. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐.๑ ผู้เข้าร่วมการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดระบบการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

๑๐.๒ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต

๑๐.๓ คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปรับปรุงเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต

## ๑๑. การประเมินโครงการ

๑๑.๑ การซักถาม

๑๑.๒ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

๑๑.๓ แบบสอบถามความคิดเห็นโครงการอบรม



กำหนดการอบรม

เรื่อง “การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์”

วันเสาร์ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๘๓๐ – ๑๖๐๐

ณ ห้องประชุม ๑ รพ.๑

๐๘๓๐ – ๐๘๔๕	ลงทะเบียน
๐๘๔๕ – ๐๙๐๐	เปิดการอบรม โดย น.อ.หญิง สรวงสมร มาลากุล ณ อยุธยา ผช.ผอ.รพ.๑ (ฝ่ายการพยาบาล)
๐๙๐๐ – ๑๐๓๐	บรรยายเรื่อง ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดย ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี
๑๐๓๐ – ๑๒๐๐	บรรยายเรื่อง การใช้ Evidence base practice ในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดย ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี
๑๒๐๐ – ๑๓๐๐	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓๐๐ – ๑๔๐๐	อบรมเชิงปฏิบัติการ : ฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ในผู้ป่วยวิกฤต โดย ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี
๑๔๐๐ – ๑๖๐๐	อบรมเชิงปฏิบัติการ : การมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ เทคนิคการให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และการใช้คู่มือ พยาบาลเจ้าของไข้ โดย นาวาตรีหญิง ศรีญา ยังเจริญ (ผู้วิจัย)

งบประมาณการอบรมเรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม  
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์”

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าอาหารว่าง เช้า 18 บาท x 50 คน	900.-บาท
- ค่าอาหารว่าง บ่าย 18 บาท x 50 คน	900.-บาท
- ค่าอาหารกลางวัน 60 บาท x 50 คน	3,000.-บาท
- ค่าตอบแทนวิทยากรนอกหน่วย 6 ชม. X 600 บาท	3,600.-บาท
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับวิทยากรไป-กลับ (กรุงเทพฯ – สัตหีบ) จำนวน ๔๐๐ กม. x ๔ บาท/กม.	1,600.-บาท
<b>รวม</b>	<b>10,000.-บาท</b>



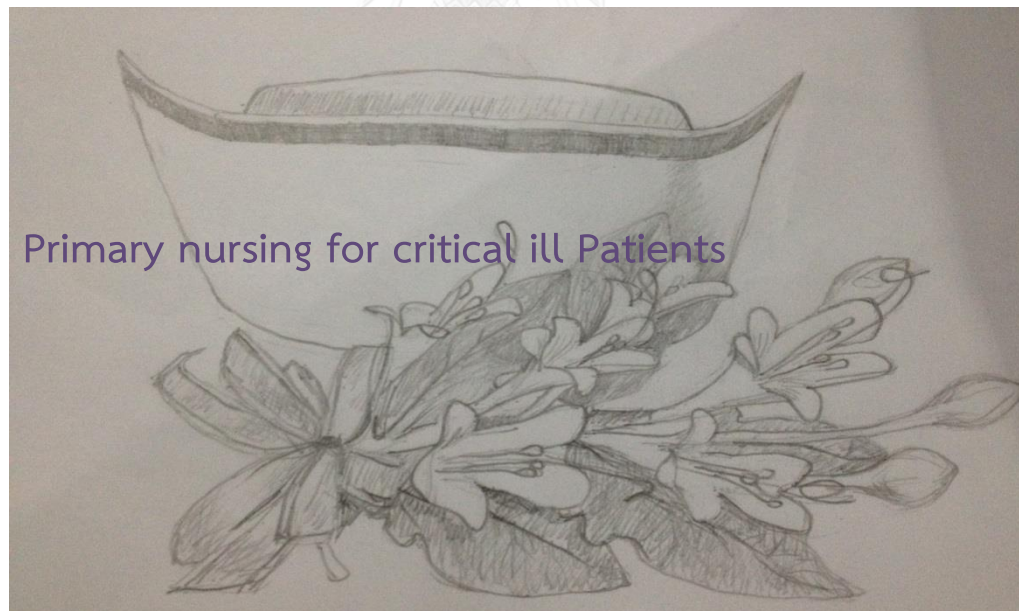
## 1.2 คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ตัวอย่างคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต



คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์



โดย น.ต.หญิงศรญา ยังเจริญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษา

## คำชี้แจงการใช้คู่มือ

คู่มือปฏิบัติงานการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤตนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยผู้วิจัยได้บูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต และได้รวบรวมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อใช้ในการประเมินระดับความรุนแรง และความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ คู่มือฉบับนี้มีขอบเขตดังนี้

1. แนวคิด/ความหมาย/คำศัพท์เฉพาะรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. หน้าที่รับผิดชอบของผู้ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
3. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
4. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามแนวคิดของ Chulay & Burn (2010) ที่พบบ่อย
5. ระบบการติดตามการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
6. เอกสารอ้างอิง
7. เครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมอย่างมีคุณภาพ
3. พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล
4. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

### กลุ่มเป้าหมาย

หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต

### วิธีการใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต เข้ารับการอบรมโครงการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ และศึกษาการใช้คู่มือการปฏิบัติ
2. หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาเนื้อหาสาระของคู่มือปฏิบัตินี้ โดยการอ่านและทำความเข้าใจตามขั้นตอนอย่างละเอียดก่อนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จากคู่มือปฏิบัติงานฉบับนี้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

### 2.1 แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้

#### ตัวอย่างแบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้

แบบทดสอบความรู้พยาบาลวิชาชีพ เรื่องรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Pre-test     Post-test

ชื่อ-สกุล.....

#### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน  ในช่องคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
  - โสด
  - คู่
  - หม้าย/หย่า
3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน
  - หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม     ระบุ.....
4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี
5. ท่านเคยเข้ารับการอบรมวิชาการทางการพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา...../ครั้ง
 

หัวข้อการอบรม (โปรดระบุ)

  - .....
  - .....
6. ท่านเคยอบรม primary nursing (ระบบพยาบาลเจ้าของไข้)
  - เคย    หัวข้อการอบรม (โปรดระบุ)
  - .....
  - .....
  - ไม่เคย
7. ระดับการศึกษา
  - ปริญญาตรี
  - ปริญญาตรี + เฉพาะทาง.....
  - ปริญญาตรี+ ปริญญาโท
  - ปริญญาตรี+ เฉพาะทาง.....+ ปริญญาโท

### ข้อมูลด้านเนื้อหา

**คำชี้แจง** แบบประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ เรื่องการมอบหมายงานรูปแบบพยาบาล  
 เจ้าของไข้ จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่า  
 ข้อความดังกล่าวถูกต้องหรือมีข้อความดังกล่าวผิด

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ส่งเสริมให้พยาบาลมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และมีความรับผิดชอบตามหน้าที่			
2. พยาบาลเจ้าของไข่วางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย			
3. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลแบบแยกส่วน			
4. รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพมากกว่าการดูแลรูปแบบอื่น			
5. การมอบหมายงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรพยาบาล			
6. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยได้ 1-2 คน			
7. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลสับเปลี่ยนทุกเวร			
8. พยาบาลเจ้าของไข้สามารถเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้กับผู้ป่วยอื่นได้			
9. ....			
10. ....			
11. ....			

ขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับความร่วมมือในการวิจัย

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต  
อายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ตัวอย่างแบบบันทึกการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ในเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม  
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ผู้ที่ได้รับการประเมิน.....วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจง บันทึกสิ่งที่ท่านสังเกตเห็นจากการเฝ้าสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแล  
ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติ  
หรือไม่ปฏิบัติ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ทั้งหมด 14 ข้อดังต่อไปนี้

กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติ		สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	
1. พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลรับมอบหมายงาน จากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหัวหน้าเวรนั้นๆ			
2. พยาบาลเจ้าของไข้แนะนำตนเองต่อผู้ป่วยและญาติ			
3. พยาบาลเจ้าของไข้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ			
4. พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วย ภาวะวิกฤตด้านร่างกาย และจิตสังคมได้ครบถ้วนถูกต้อง ทันท่วง เหตุการณ์			
5. พยาบาลเจ้าของไข้เขียนบันทึกแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างถูกต้อง และครบถ้วนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย			
6. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้เครื่องมือ APACHE II score ประเมิน ผู้ป่วยภาวะวิกฤต			
7.....			
8.....			
9.....			



### 3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

#### 3.1 แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต

##### ตัวอย่างแบบสอบถามคุณภาพการดูแล

##### แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต(การพยาบาลเจ้าของไข้)

##### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความเป็นจริง

##### 1. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย

- บิดา/มารดา/บุตร                       พี่/น้อง  
 สามี/ภรรยา                       อื่นๆระบุ.....

##### 2. สำเร็จการศึกษา

- ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า                       อนุปริญญา/ปวช./ปวส.  
 มัธยมศึกษา                      ปริญญาตรี                       สูงกว่าปริญญาตรี

แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความเป็นจริง

##### 1. เพศ                      ชาย                      หญิง

##### 2. อายุของผู้ป่วย ..... ปี

##### 3. สิทธิการรักษา

- ชำระเงินสด                       เบิกได้  
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า                       ประกันสังคม  
 อื่นๆระบุ.....

##### 4. สถานะทางการเงินของครอบครัว

- ไม่พอใช้ เป็นหนี้                       มีพอใช้ ไม่เหลือเก็บ  
 มีพอใช้ เหลือเก็บ

##### 5. อาชีพ ระบุ.....

##### 6. ผู้ป่วยเป็นโรค.....

##### 7. ศาสนา.....

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

- บ่อย                       ไม่เลย  
 นานๆครั้ง

### แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต

**คำชี้แจง** พิจารณาว่าข้อความใดในแต่ละข้อที่ตรงกับตัวท่าน หรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ ทั้งหมด 26 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงความคิดเห็นของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงความคิดเห็นของท่านน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับคุณภาพการดูแล					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ด้านความต่อเนื่องในการดูแล</b>						
1. พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน						
2. พยาบาลเจ้าของไข้แนะนำตัวกับท่านว่า เป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย						
3. พยาบาลเจ้าของไข้รายงานอาการผิดปกติของผู้ป่วยให้ท่านและผู้ป่วยทราบ						
4. พยาบาลเจ้าของไข้ติดตามอาการของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แม้มีพยาบาลสับเปลี่ยนมาดูแลทุก 8 ชั่วโมง						
5. พยาบาลผู้ช่วยดูแลที่สับเปลี่ยนมาดูแลทุก 8 ชั่วโมง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี						
6. พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับกระทั่งจำหน่ายออกจากไอซียู						
7. ท่านคุ้นเคยกับพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย						
<b>การได้รับข้อมูล</b>						
8. พยาบาลเจ้าของไข้บอกปัญหาการเจ็บป่วยครั้งนี้ให้ผู้ป่วยและท่านทราบ						
9.....						

## 3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

## ตัวอย่างแบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (การพยาบาลปกติ และรูปแบบพยาบาล  
เจ้าของไข้)

## ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน  ช่องคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้  
ตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

- โสด  
 คู่  
 หม้าย/หย่า

3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน

หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม  ระบุ.....

4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี

5. ท่านเคยเข้ารับการอบรมวิชาการทางการพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา...../ครั้ง

หัวข้อการอบรม (โปรดระบุ)

.....  
 .....

6. ท่านเคยอบรม primary nursing (ระบบพยาบาลเจ้าของไข้)

เคย หัวข้อการอบรม (โปรดระบุ)  
 .....

ไม่เคย

7. ระดับการศึกษา  ปริญญาตรี

ปริญญาตรี + เฉพาะทาง.....

ปริญญาตรี+ ปริญญาโท

ปริญญาตรี+ เฉพาะทาง.....+ ปริญญาโท

### แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

**คำชี้แจง** พิจารณาว่าข้อความใดในแต่ละข้อที่ตรงกับตัวท่าน หรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ ทั้งหมด 26 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
<b>ด้านการปฏิบัติงาน</b>						
1. ท่านพอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก						
2. ท่านพอใจที่ใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย						
3. ท่านพอใจที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับความสามารถ						
4. ท่านพอใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดิม						
5. ท่านพอใจที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าไม่ได้ขึ้นเวรก็ตาม						
6. ท่านพอใจที่ติดตามอาการการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง						
<b>ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา</b>						
7. ท่านมีเวลาเพียงพอในการประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง						
8. ท่านมีเวลาเพียงพอในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และถูกต้อง						
9. ....						
10. ....						
11. ....						



### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

##### 1.1 การคำนวณค่าความเที่ยงของการสังเกต

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

##### 1.2 การคำนวณความยากง่าย และอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนวณจากสูตร

$$P = \frac{H+L}{2N}$$

เมื่อ	$P$	คือ	ความยากง่ายของข้อสอบ
	$H$	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง
	$L$	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	$N$	คือ	จำนวนคนทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

##### 1.3 การคำนวณหาอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนวณจากสูตร

$$r = \frac{H-L}{N}$$

เมื่อ	$r$	คือ	อำนาจจำแนกของข้อสอบ
	$H$	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง
	$L$	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	$N$	คือ	จำนวนคนทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

##### 1.4 การหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร Kuder-Richardson ( $KR-21$ ) คำนวณจากสูตร

$$r = \frac{k}{k-1} \left[ \frac{1 - \bar{X} (k - \bar{X})}{k s^2} \right]$$

$r$	คือ	สัมประสิทธิ์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
$k$	คือ	จำนวนข้อของเครื่องมือวิจัย
$\bar{x}$	คือ	ค่าเฉลี่ยของผู้ตอบคำถามทั้งหมด

1.5 การคำนวณค่าแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของ  
แบบสอบถามคุณภาพการดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

$$\alpha = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left[ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_1^2} \right]$$

$\alpha$	คือ	ความเที่ยงของแบบสอบถาม
$N$	คือ	จำนวนข้อคำถาม
$\sum s_i^2$	คือ	ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
$s_1^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

## 2. สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

$\bar{x}$	คือ	ค่าเฉลี่ย
$\sum x$	คือ	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดในกลุ่ม
$N$	คือ	จำนวนคนในกลุ่ม

### 2.2 ร้อยละ (Percentage) ใช้สูตรดังนี้

$$P = \frac{f \times 100}{N}$$

$P$	คือ	ร้อยละ
$f$	คือ	ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
$N$	คือ	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตรดังนี้

$$S.D = \sqrt{\frac{(n\sum x^2) - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

$S.D$  คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$X$  คือ คะแนนแต่ละตัว

$N$  คือ จำนวนจำนวนคะแนนในกลุ่ม

$\Sigma$  คือ ผลรวม

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

3.1 สูตร t-test

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1+n_2-2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ  $\bar{X}_1, \bar{X}_2$  คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1, 2

$s_1^2, s_2^2$  คือ ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1, 2

$n_1, n_2$  คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1, 2

$df$  คือ ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)





ตารางที่ 10 ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนคุณภาพการดูแลของญาติผู้ป่วย  
 วิฤตระหว่างการพยาบาลปกติ และการพยาบาลเจ้าของไข้ มีการแจกแจงแบบ  
 ปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov – Smirnov Test

กลุ่มควบคุม

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sum_pre_total
N		20
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	4.2385
	Std. Deviation	.47658
Most Extreme Differences	Absolute	.185
	Positive	.116
	Negative	-.185
Kolmogorov-Smirnov Z		.830
Asymp. Sig. (2-tailed)		.497

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

กลุ่มทดลอง

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sum_post_total
N		20
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	4.6404
	Std. Deviation	.36685
Most Extreme Differences	Absolute	.226
	Positive	.163
	Negative	-.226
Kolmogorov-Smirnov Z		1.010
Asymp. Sig. (2-tailed)		.260

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### สมมติฐานการทดสอบ

$H_0$ : คะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีการแจกแจงปกติ

$H_1$ : คะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้มีการแจกแจงปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	K-S Test	p-value
กลุ่มควบคุม	.830	.497
กลุ่มทดลอง	1.060	.260

$P < .05$

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีค่า p-value มากกว่าค่าที่กำหนดในการทดสอบคือมากกว่า .05 แสดงว่า คะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีการแจกแจงแบบปกติ



ตารางที่ 11 ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล  
วิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการ  
แจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov – Smirnov  
Test

การพยาบาลปกติ

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sum_nur_total
N		20
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.7913
	Std. Deviation	.61416
Most Extreme	Absolute	.103
Differences	Positive	.090
	Negative	-.103
Kolmogorov-Smirnov Z		.459
Asymp. Sig. (2-tailed)		.984

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sum_pri_total
N		20
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	4.3565
	Std. Deviation	.44060
Most Extreme Differences	Absolute	.107
	Positive	.072
	Negative	-.107
Kolmogorov-Smirnov Z		.477
Asymp. Sig. (2-tailed)		.977

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## สมมติฐานการทดสอบ

$H_0$ : คะแนนความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพมีการแจกแจงปกติ

$H_1$ : คะแนนความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพไม่ได้มีการแจกแจงปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	K-S Test	p-value
ก่อนการทดลอง	.459	.984
หลังการทดลอง	.477	.977

$P < .05$

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีค่า p-value มากกว่าค่าที่กำหนดในการทดสอบคือมากกว่า .05 แสดงว่า คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพมีการแจกแจงแบบปกติ

ตารางที่ 12      เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านความต่อเนื่องตามรายชื่อ (n=20)

คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		df
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	
<b>ด้านความต่อเนื่อง</b>					
พยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากไอซียู	4.30	.923	4.85	.489	19
พยาบาลคนใหม่ให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีทุกวัน	4.50	.688	4.80	.410	19
พยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง	4.35	.745	4.70	.470	19
พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน	4.40	.681	4.70	.470	19
พยาบาลแนะนำตัวกับท่านว่า เป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย	4.00	1.026	4.65	.489	19
พยาบาลรายงานอาการผิดปกติของผู้ป่วยให้ท่าน และผู้ป่วยทราบทุกครั้ง	4.25	.851	4.65	.489	19
ท่านคุ้นเคยกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย	3.50	.946	4.20	.834	19
โดยรวม	4.18	.495	4.65	.399	19

จากตารางที่ 12 ความต่อเนื่องคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความต่อเนื่องการดูแลโดยรวมกลุ่มที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต่อเนื่องคุณภาพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.65$ ) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.18$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์รายชื่อ พบว่า ข้อที่คะแนนความต่อเนื่องคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด คือ พยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ( $\bar{X} = 4.85$ ) รองลงมาคือ พยาบาลคนใหม่ให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ( $\bar{X} = 4.80$ ) และน้อยที่สุด คือท่านคุ้นเคยกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X} = 4.20$ )

ตารางที่ 13   เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกด้านการได้รับข้อมูลตามรายชื่อ (n=20)

คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วย วิกฤต	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาล เจ้าของไข้		df
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	
<b>ด้านการได้รับข้อมูล</b>					
พยาบาลแนะนำให้ท่านพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด	4.25	.910	4.85	.366	19
พยาบาลบอกเล่าอาการผู้ป่วยให้ท่านทราบเป็นระยะ ต่อเนื่อง	4.55	.510	4.70	.470	19
พยาบาลแนะนำถึงผลดี/ผลเสีย เมื่อผู้ป่วยได้รับการ ดูแล เช่น การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การให้ยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การเจาะเลือด เป็นต้น	4.35	.671	4.70	.470	19
พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมในการนัด หมาย เพื่อติดตามอาการ	4.05	.759	4.70	.470	19
พยาบาลช่วยติดต่อประสานงาน เมื่อท่านต้องการ พบแพทย์	4.20	.834	4.70	.470	19
พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยหารือ แนวนว ทางการรักษาผู้ป่วย	4.05	.945	4.65	.587	19
พยาบาลสามารถบอกอาการของผู้ป่วย โดยไม่ต้อง สอบถามอาการเพิ่มเติมจากพยาบาลคนอื่น	4.35	.813	4.65	.489	19
พยาบาลสอน แนะนำ ท่านและผู้ป่วยในการปฏิบัติ ตนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งย้ายออกจากไอซียู	4.05	1.099	4.60	.503	19
โดยรวม	4.23	.568	4.69	.402	19

จากตารางที่ 13 การให้ข้อมูลคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ข้อมูลการดูแลโดยรวมกลุ่มใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ข้อมูลคุณภาพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.69$ ) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.23$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่คะแนนการให้ข้อมูลคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด คือ พยาบาลแนะนำให้ท่านพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 4.85$ ) รองลงมาคือ พยาบาลบอกเล่าอาการผู้ป่วยให้ท่านทราบเป็นระยะต่อเนื่องพยาบาลแนะนำถึงผลดี/ผลเสีย เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแล เช่น การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การให้ยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การเจาะเลือด เป็นต้น พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมในการนัดหมาย เพื่อติดตามอาการ และพยาบาลช่วยติดต่อประสานงาน เมื่อท่านต้องการพบแพทย์ ( $\bar{X} = 4.70$ ) และน้อยที่สุด คือ พยาบาลสอน/แนะนำท่านและผู้ป่วยในการปฏิบัติตนตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ( $\bar{X} = 4.60$ )



ตารางที่ 14      เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติ ระหว่างการ  
 พยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จำแนกด้านพฤติกรรม การ  
 ดูแลของบุคลากรทางการพยาบาล ตามรายชื่อ (n=20)

คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาล เจ้าของไข้		df
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	
<b>ด้านพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาล</b>					
พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและเป็นมิตร	4.65	.587	4.90	.308	19
พยาบาลดูแลผู้ป่วยจนท่านเกิดความไว้วางใจ	4.60	.681	4.90	3.08	19
พยาบาลทักทาย ยิ้มแจ่มใสด้วยความเป็นมิตรกับผู้ป่วยและท่าน	4.65	.587	4.80	.410	19
พยาบาลกระตือรือร้นในการดูแลช่วยเหลือท่านและผู้ป่วย	4.50	.607	4.80	.410	19
พยาบาลดูแลปกป้องประโยชน์ของผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด	4.65	.587	4.80	.410	19
พยาบาลเข้ามาพูดคุย สัมผัส ปลอบโยนท่านและผู้ป่วย ด้วยความจริงใจ	4.50	.761	4.70	.470	19
พยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล	4.15	.875	4.70	.470	19
พยาบาลเอาใจใส่ท่านและผู้ป่วยเสมือนญาติ	4.55	.605	4.60	.940	19
พยาบาลแนะนำสิทธิการรักษา และแหล่งประโยชน์สำคัญสำหรับผู้ป่วย	4.00	1.076	4.60	.598	19
พยาบาลให้การสนับสนุน เมื่อท่านต้องการทำกิจกรรมตามความเชื่อที่ไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่นการตักบาตรทำบุญ การบูชาเครื่องรางของขลัง การสวดมนต์พรมน้ำมันต์	3.60	1.095	4.45	.887	19
พยาบาลยุ่งตลอดเวลา จนผู้ป่วยและท่านไม่กล้าขอความช่วยเหลือ หรือสอบถามข้อซักข้อใจ	3.20	1.361	3.30	1.71	19
โดยรวม	4.27	.490	4.59	.382	19

จากตารางที่ 14 พฤติกรรมการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรโดยรวมกลุ่มที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลคุณภาพกลุ่มที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.59$ ) สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.27$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต มากที่สุด คือ พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล และเป็นมิตร และพยาบาลดูแลผู้ป่วยจนท่านเกิดความไว้วางใจ ( $\bar{X} = 4.90$ ) รองลงมาคือ พยาบาลทักทาย ยิ้มแจ่มใสด้วยความเป็นมิตรกับผู้ป่วยและท่าน พยาบาลกระตือรือร้นในการดูแลช่วยเหลือท่านและผู้ป่วย พยาบาลดูแลปกป้องประโยชน์ของผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ( $\bar{X} = 4.80$ ) และน้อยที่สุด คือ พยาบาลยุ่งตลอดเวลา จนผู้ป่วยและท่านไม่กล้าขอความช่วยเหลือ หรือสอบถามข้อซักข้อใจ ( $\bar{X} = 3.30$ )



ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านการปฏิบัติงานตามรายชื่อ (n=20)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		df
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	
<b>ด้านการปฏิบัติงาน</b>					
ท่านพอใจที่ใช้แผนการพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.20	.696	4.70	.470	19
ท่านพอใจที่ใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	4.20	.969	4.65	.489	19
ท่านพอใจที่เขียนบันทึกทางการพยาบาล เพื่อใช้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.20	.696	4.65	.587	19
ท่านพอใจที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถอย่างเหมาะสม	4.15	.671	4.60	.503	19
ท่านพอใจที่ได้ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลเพื่อรายงานและติดตามแนวทางการรักษา	4.20	.696	4.60	.503	19
ท่านพอใจวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกันกับการรักษาของแพทย์	4.15	.875	4.55	.510	19
ท่านพอใจที่ติดตามอาการการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.75	.910	4.45	.605	19
ท่านพอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก	3.75	.851	4.40	.503	19
ท่านพอใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดิม	3.65	.671	4.30	.733	19
ท่านพอใจที่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้ว่าไม่ได้ขึ้นเวรก็ตาม	3.60	.754	4.00	1.170	19
โดยรวม	3.98	.596	4.49	.450	19

จากตารางที่ 15 การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานหลังการใช้พยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจการปฏิบัติงานหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.49$ ) สูงกว่าการพยาบาลปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจด้านการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ท่านพอใจที่ใช้แผนการพยาบาลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 4.70$ ) รองลงมาคือ ท่านพอใจที่ใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X} = 4.65$ ) และน้อยที่สุด คือท่านพอใจที่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้ว่าไม่ได้ขึ้นเวรก็ตาม ( $\bar{X} = 4.00$ )



ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา ตามรายชื่อ (n=20)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		df
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	
<b>ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา</b>					
ท่านมีเวลาเพียงพอ ในการประสาน-งานกับแพทย์ สหสาขาวิชาชีพหรือหน่วยงานอื่นๆ	3.55	.826	4.25	.639	19
ท่านมีเวลาเพียงพอในการพูดคุย เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	3.30	1.129	4.25	.716	19
ท่านมีเวลาเพียงพอให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม	3.35	.616	4.20	.875	19
ท่านมีเวลาเพียงพอในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และถูกต้อง	3.15	.671	4.20	.834	19
ท่านมีเวลาเพียงพอในการสอนแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติขณะอยู่ในไอซียู	3.35	1.089	4.15	.671	19
ท่านมีเวลาเพียงพอในการติดตามประเมินผล การพยาบาลในทุกปัญหา	3.35	.875	4.00	.858	19
ท่านมีเวลาเพียงพอในการประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.20	1.056	3.90	.788	19
แม้มีงานล้นมือท่านก็มีเวลาเพียงพอในการวางแผนการพยาบาล	3.15	.852	3.90	.988	19
โดยรวม	3.30	.790	4.10	.603	19

จากตารางที่ 16 ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลาของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการ  
ใช้เวลาการดูแลโดยรวมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้สูงกว่าก่อนการพยาบาลปกติ อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจประสิทธิภาพการใช้เวลาโดยรวม  
หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.10$ ) สูงกว่าการพยาบาลปกติ ซึ่งมี  
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.30$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มี  
ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพการใช้เวลามากที่สุด คือ ท่านมีเวลาเพียงพอ ในการประสานงานกับ  
แพทย์ สหสาขาวิชาชีพหรือผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ และท่านมีเวลาเพียงพอในการพูดคุยเพื่อสร้าง  
สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ( $\bar{X} = 4.25$ ) รองลงมาคือ ท่านมีเวลาเพียงพอให้การดูแลผู้ป่วย  
อย่างเป็นองค์รวม และท่านมีเวลาเพียงพอในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ( $\bar{X} = 4.20$ )  
และน้อยที่สุด คือท่านมีเวลาเพียงพอในการประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และแม้มีงานล้นมือ  
ท่านก็มีเวลาเพียงพอในการวางแผนการพยาบาล ( $\bar{X} = 3.90$ )



ตารางที่ 17   เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกด้านการสื่อสารในสหสาขาวิชาชีพรายข้อ (n=20)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้		df
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>ด้านการประสานงาน</b>					
ท่านพอใจที่ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยด้วยตนเอง	4.10	.852	4.65	.489	19
ท่านพอใจที่รายงานอาการต่างๆของผู้ป่วยโดยตรงกับแพทย์	4.35	.745	4.50	.607	19
ท่านพอใจที่เป็นผู้ติดต่อพูดคุยกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งต่อการดูแล	4.20	.768	4.50	.513	19
ท่านพอใจที่ได้ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรถึงความเหมาะสมของแผนการพยาบาล	4.15	.671	4.40	.754	19
ท่านพอใจที่ส่งเวรแก่หัวหน้าเวรนั้นๆ เพื่อส่งต่อการดูแลแทน	4.15	.745	4.40	.503	19
โดยรวม	4.19	.656	4.49	.417	19

จากตารางที่ 17 การประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.49$ ) สูงกว่าการพยาบาลปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.19$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด คือ ท่านท่านพอใจที่ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 4.65$ ) รองลงมาคือ ท่านพอใจที่รายงานอาการต่างๆของผู้ป่วยโดยตรงกับแพทย์และท่านพอใจที่เป็นผู้ติดต่อพูดคุยกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งต่อการดูแล ( $\bar{X} = 4.50$ ) และคะแนนน้อยที่สุด คือท่านพอใจที่ส่งเวรแก่หัวหน้าเวรนั้นๆ เพื่อส่งต่อการดูแลแทน ( $\bar{X} = 4.15$ )

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางวาทรีหญิงศรญา ยังเจริญ เกิดวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ รุ่นที่ 25 ในปี พ.ศ. 2542 และสำเร็จหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต และผู้สูงอายุ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2551 เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งพยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

