

ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล :
กรณีศึกษาในศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



นางสาวส่องแสง ธรรมศักดิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2542

ISBN 974-334-663-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

I 19314368

THE EFFECT OF PRIMARY NURSING MANAGEMENT ON NURSING SERVICE
QUALITY : A CASE STUDY IN SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL
REHABILITATION CENTRE



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

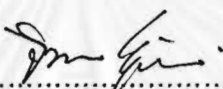
Chulalongkorn University

Academic Year 1999

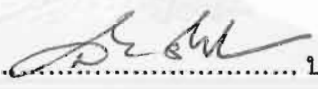
ISBN 974-334-663-5

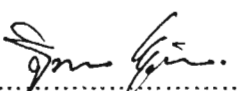
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล :
กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
โดย นางสาวส่องแสง ธรรมศักดิ์
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สมคิด รัชศาสตร์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุข)

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ : ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล : กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (THE EFFECT OF PRIMARY NURSING MANAGEMENT ON NURSING SERVICE QUALITY : A CASE STUDY IN SIRINDHORN NATIONAL MEDICAL REHABILITATION CENTRE) อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 116 หน้า. ISBN 974-334-663-5

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาล ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ และเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ ระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย / ผู้พิการจำนวน 40 คนจัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองมีการใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุมมีการจัดการแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการสังเคราะห์เนื้อหาจากแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และการสัมภาษณ์แนวคิดผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง คือ แบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการหาความเที่ยงภายในแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ คือ

1. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความสามารถในการทำกิจกรรมเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการ ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาควิชา..... คณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชา..... การบริหารการพยาบาล.....
ปีการศึกษา...2542.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4177594436 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEW WORD : QUALITY OF NURSING, PRIMARY NURSING MANAGEMENT, PATIENT

SATISFACTION, FUNCTIONAL ABILITY

SONGSANG DHARMAKAKTI : THE EFFECT OF PRIMARY NURSING MANAGEMENT

ON NURSING SERVICE QUALITY : A CASE STUDY IN SIRINDHORN NATIONAL

MEDICAL REHABILITATION CENTRE . THESIS ADVISOR : ASSO. PROF. JINTANA

YUNIBHAND, Ph . D . 116 pp . ISBN 974-334-663-5

The purposes of this quasi – experimental research were to compare the quality of nursing service regarding patient satisfaction before and after using primary nursing management, to compare such variable in the group using primary nursing management and the group using functional management, and to compare the quality of nursing service regarding the functional ability of patients between those two groups. Research subjects consisted of 40 clients in the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre which were assigned into one experimental group and one control group. The experimental group implemented the primary nursing management while the control group using the functional management. A research instrument used in the experiment, was the primary nursing management manual which was developed by the researcher utilizing the content derived from the theoretical framework and from the transcription of the indepth interview of experts. Research data were gathered by two research tools which were a questionnaire of patient satisfaction and a Functional Independence Measure. Both tools were developed by the researcher and tested for content validity and internal reliability. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation and t – test.

Major results of the study were as followed :-

1. The quality of nursing service regarding patient satisfaction after the experiment was significantly higher than before the experiment, at the .05 level.
2. After the experiment, the quality of nursing service regarding the satisfaction of patients in the experimental group was significantly higher than that of the patients in the control group, at the .05 level.
3. After the experiment, there was no significant difference between the quality of nursing service regarding the functional ability of patients in the experimental group and in the control group. However, functional ability in the aspect of the activity of daily living of patients in the experimental group was significantly higher than that of patients in the control group, at the .05 level.

ภาควิชา..... คณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชา..... การบริหารการพยาบาล
ปีการศึกษา..... 2542

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

กิตติกรรมประกาศ



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่และเสียสละ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สมคิด รักษาสัตย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ช่วยกรุณาให้การปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย/ผู้พิการที่ร่วมในการทดลอง ผู้บริหารทางการแพทย์บาลและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชานุกูล คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คุณรุ่งทิwa เกิดแสง ที่ช่วยในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งทีมงาน และผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบคุณมูลนิธิศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ทำยนี้ ขอขอบคุณ พี่ เพื่อน น้อง และครอบครัว ที่เป็นกำลังใจและเอื้ออาทรในทุกเรื่องตลอดการศึกษา

ส่องแสง ธรรมศักดิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	๔
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๑
กิตติกรรมประกาศ.....	๑
สารบัญ.....	๓
สารบัญตาราง.....	๑
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการในศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟู.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการ.....	16
คุณภาพบริการพยาบาล.....	33
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	41
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	83

สารบัญ(ต่อ)

อภิปรายผล.....	83
ข้อเสนอนแนะ.....	90
รายการอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	100
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	103
ภาคผนวก ข. คู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของใช้.....	104
ภาคผนวก ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	105
แบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล.....	106
แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม.....	107
โครงการอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของใช้.....	108
ภาคผนวก ง. สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ประวัติผู้วิจัย.....	116

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ ประเภทของความพิการ ระยะเวลาของโรคหรือความพิการ ระยะเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาลนี้และโรงพยาบาลอื่น	59
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้าน และรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	61
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	62
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิคเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	63
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	64
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในการบริการเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	65
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	66
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์เป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	67
9	เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม.....	68
10	เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	69
11	เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	70
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแลเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิคเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	73
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในการบริการเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	74
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแลเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	75
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์เป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76
18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ให้บริการรายด้านและรวมทุกด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	77
19	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ให้บริการรายด้านและรวมทุกด้านก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	79
20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	80



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพบริการพยาบาล เป็นเป้าหมายในการปฏิบัติงาน ที่สำคัญที่สุดของผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารองค์กร รวมทั้งเป็นความต้องการของสังคม ของรัฐและของผู้ใช้บริการซึ่งสามารถวัดคุณภาพบริการพยาบาลได้ทั้งด้านผู้ปฏิบัติงานและด้านผู้ใช้บริการ (Omachonu,1990) แต่เป้าหมายสำคัญของงานบริการทุกประเภทคือผู้ใช้บริการที่สามารถรับรู้ ตัดสินใจ และบ่งชี้ถึงคุณภาพบริการที่ได้รับจากหน่วยงานต่างๆได้

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยงานเฉพาะทางที่ให้บริการ ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ใช้บริการ 2 ประเภท คือ คนพิการที่มีความพิการตามพระราชบัญญัติคนพิการ พ.ศ.2534 และผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และการบาดเจ็บอื่นๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มว่าจะพิการ ซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถทำให้สมรรถภาพร่างกายฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูที่มีการเปิดบริการทั้งงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน โดยงานผู้ป่วยในมีจำนวน 60 เตียง แบ่งเป็นหอผู้ป่วยหญิง 30 เตียง หอผู้ป่วยชาย 30 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพประจำงานผู้ป่วยใน 12 คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย 2 คน) มีการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ใช้บริการเป็นแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ (functional method) ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ จะได้รับการดูแลจากทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์และบุคลากรฝึกทักษะคนพิการ ผู้ให้บริการ 1 คน จะมีบุคลากรจากทุกวิชาชีพเป็นเจ้าของไข้ประจำ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน ยกเว้นวิชาชีพพยาบาล ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบในลักษณะที่ให้ความสำคัญกับบทบาทที่ไม่เป็นอิสระ มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงาน (task-oriented) ซึ่ง ฟาริดา อิบราฮิม(2525) กล่าวว่าเป็นการทำงานที่รีบเร่งให้เสร็จตามเวลามากกว่าการพิจารณาผลของการปฏิบัติในเชิงคุณภาพ เป็นลักษณะการทำงานที่เน้นงานมากกว่าการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ

ปณิธานขององค์กรที่ว่า "บริการเยี่ยม เปี่ยมคุณธรรม ชี้นำการเปลี่ยนแปลง ชัดแจ้งวิชาการ ประสานสู่สัมฤทธิ์ผล" ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและถือเป็น

ดัชนีบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาล แต่จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการของผู้วิจัย ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2543 โดยสัมภาษณ์ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 6 ท่าน ผู้ให้บริการ 29 ท่าน ได้ข้อมูลซึ่งเมื่อนำมาประกอบกับการพิจารณาดัชนีบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้น พบว่าหน่วยงานต้องการการพัฒนาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ให้บริการ ข้อมูลดังกล่าว เช่น พยาบาลทำเฉพาะงานประจำ มีเวลาดูแลผู้ให้บริการน้อย ผู้ใช้บริการรู้สึกไม่มีคุณค่าและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง บางครั้งผู้ให้บริการรู้สึกสับสนในข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลหลายคน เป็นต้น

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (ม.ป.ป.) กล่าวว่า คุณภาพบริการการพยาบาลในหอผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องเริ่มต้นจากผู้บริหาร ที่จะวางแนวทางการจัดการดูแลผู้ให้บริการ ให้พยาบาลประจำการเป็นผู้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงตัวแปรที่ควบคุมคุณภาพบริการ ที่ประกอบด้วย คน สถานที่ อุปกรณ์ และระบบบริการ สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) กล่าวถึงการจัดการว่าเป็นการบริหาร ซึ่งเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ ในการนำทรัพยากรมาบริหาร เพื่อให้บริการที่ดีแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ตามนโยบายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผลผลิตของการจัดการทางการพยาบาล คือ ประสิทธิภาพ ของการพยาบาลในหน่วยงานนั้น ๆ ที่ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ เกิดความพึงพอใจในบริการและมีคามสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ให้บริการ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ การดำเนินการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2538 และอยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการ ดังนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ที่ตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และการเร่งรัดในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการทำงานที่พยาบาลมีการจัดการที่มีคุณภาพ และคนที่ต้องทำคือผู้บริหาร เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งดูแลผู้ให้บริการด้วยระบบเจ้าของไข้

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ Manthey (1970) และ Marram (1974) กล่าวว่าเป็นการบริหารงานที่มีการมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Individualize care) มีการพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive care) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of patient care) ตลอด 24 ชั่วโมง โดยรับผิดชอบตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้นี้จะทำให้ผู้ให้บริการเกิด ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่มีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

ความพึงพอใจและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลตัวหนึ่ง และบอกถึงสภาพปัญหาในปัจจุบันว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และไม่สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยการปรับเปลี่ยนระบบบริการพยาบาล ด้วยการพิจารณาเปลี่ยนจากระบบงานที่มุ่งปริมาณ เป็นมุ่งคุณภาพ (Fisher, 1996) โดยวิธีการจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย จัดให้มีการดูแลผู้ให้บริการเป็นรายบุคคล มีความรับผิดชอบเฉพาะด้วยการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่มีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ระบบนี้มีบางหน่วยงานนำมาใช้แล้วให้ผลดีเชิงคุณภาพที่โรงพยาบาลราชานุกูล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง และที่โรงพยาบาลรามธิบดีในบางหน่วยงาน

ดังนั้น ถ้านำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาพัฒนาใช้ในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ คาดว่า จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเริ่มที่ผู้ให้บริการ มีการแสวงหาความรู้ และข้อมูลเพิ่มเติม เกิดความเป็นเจ้าของ ตระหนักในความรับผิดชอบ (Manthey, 1970) ให้การพยาบาลตามแนวทางวิชาชีพอย่างสมบูรณ์แล้วผลลัพธ์เกิดที่ผู้ให้บริการ จนผู้บริกาารู้สึกพึงพอใจต่อการพยาบาล และตัวผู้ให้บริการมีการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ปัญหาสถานการณ์ด้านการบริการพยาบาลของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ที่ผู้ให้บริการต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานต้องการพัฒนาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความต้องการการดูแลที่ส่งเสริมเรื่องการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ให้บริการ ซึ่งสถานการณ์และความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น มีแนวทางในการแก้ไขได้หลายแนวทาง แต่แนวทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือ การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาด้านคุณภาพการบริการในหอผู้ป่วย ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ทั้งก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

3.เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดระบบการดูแลผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย/ผู้พิการ เป็นหน้าที่หนึ่งของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ต้องบริหารงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จในเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยคำนึงถึงความต้องการขององค์กร และผู้ใช้บริการ ด้วยการออกแบบที่ตระหนักถึงวัฒนธรรมการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ใช้บริการรายบุคคล (Fisher,1996) โดยอาศัยแนวคิดทางการบริหารจัดการซึ่งมีหลายแนวคิด แนวคิดหนึ่ง Boone et al.,(1992) กล่าวว่า แนวคิดหนึ่งที่ดีมีประสิทธิภาพ คือ " P O L C " การวางแผน (planning) การจัดองค์กร (organizing) การชักนำ (leading) และการควบคุมกำกับ (controlling) ในการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ Marram et al (1974) กล่าวว่ามิวัตุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient - centered care) ให้มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (accountability for patient care) มีการดูแลต่อเนื่อง (continuity of patient care) ให้การดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ (comprehensive patient care) มีการประสานงานดูแลผู้ป่วย (coordination of patient care) และทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากร (staff development) ดังนั้นขั้นตอนการจัดระบบพยาบาล เจ้าของไข้ ควรจะประกอบด้วย การทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดอัตรากำลัง การมอบหมายงานและการควบคุมกำกับ

การทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งใจให้บุคคลปฏิบัติงาน (Booneและคณะ, 1992) และงานจะมีประสิทธิภาพได้นั้นต้องทำให้เกิดความเข้าใจ และกำหนดแนวคิดในการทำงานให้กระจ่าง (Harrington Emerson อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2539) จะทำให้เกิดการอยากทำงาน มีทิศทางการทำงานตรงกัน ทำด้วยความสบายใจ เกิดการประสานกันระหว่างจุดประสงค์ของคนทำงานกับจุดประสงค์ขององค์กร จะได้ผลงานที่ดีที่สุดนั่นคือพยาบาลเกิดความพึงพอใจ ให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการวางแผนร่วมกัน เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจในการบริการ

การจัดอัตรากำลัง ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลวิชาชีพจะมีผู้ป่วย/ผู้พิการในความรับผิดชอบ 4 - 5 คน ในระหว่างเวลาที่เจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน หัวหน้าจะต้อง

วางแผนเรื่องอัตรากำลัง (กองการพยาบาล , 2539) จัดให้มีผู้ร่วมดูแล ซึ่งจะทำหน้าที่แทนเจ้าของไข้ เมื่อมีอัตรากำลัง ในการดูแลเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วย/ผู้พิการได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ และมีความต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ จะเกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นลำดับ เกิดการรับรู้ และมีความรู้สึกดีต่อบริการที่ได้รับส่งผลถึงความพึงพอใจ ที่แสดงถึงคุณภาพบริการพยาบาล

การมอบหมายงานเป็นวิธีการหนึ่งของการบริหารงาน สร้างความรับผิดชอบให้กับบุคลากรและตามแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบผู้ป่วย/ผู้พิการตลอด 24 ชั่วโมง มีสิทธิในเรื่องการตัดสินใจในการดูแล รวมทั้งการวางแผนการพยาบาล (Manthey , 1970) จากลักษณะการปฏิบัติงาน จะทำให้พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดรู้ข้อมูล สามารถวางแผนการพยาบาล ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย/ผู้พิการ เกิดความสะดวกในการติดต่อสื่อสารและทำให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล

การควบคุมกำกับ คือ การมุ่งให้เกิดความแน่ใจว่าผลงานที่ทำได้จริงนั้น ได้ผลตรงตามที่กำหนดไว้ (ธงชัย สันติวงษ์ , 2540) ซึ่งไม่ใช่การจับผิด แต่เป็นการประคอง ปรับแต่ง และใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ (สัมพันธ์ ภูไพบูลย์ , 2540) ในทางการพยาบาล ดวงวดี สังข์บอล (2535) กล่าวว่า เป็นการประเมินผลว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยดูจากกิจกรรมการพยาบาลและที่ได้มีการบันทึกไว้ การควบคุมกำกับงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะช่วยให้ผู้บริหาร วางแผนพัฒนาการบริการพยาบาล ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และให้ความสะดวกแก่ทีมงาน นอกจากนี้เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร มุ่งให้ผู้ให้บริการได้รับบริการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ และปรับปรุงคุณภาพบริการซึ่งวัดได้ที่พยาบาลและผู้ให้บริการ โดยเฉพาะความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการดูแลที่สนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการ

จากแนวเหตุผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

3. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ใช้บริการ ในกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เกี่ยวกับผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาล เจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล ทำการทดลองในหอผู้ป่วยหญิงของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ประชากรคือ ผู้ป่วย/ผู้พิการที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหญิง และหอผู้ป่วยชาย ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การจัดการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย มี 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1.1 การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

3.1.2 การจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพบริการพยาบาล ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และด้านความสามารถในการทำกิจกรรม

3.2.1 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมความพึงพอใจ 6 เรื่อง คือ เรื่องศิลปะของการดูแลของพยาบาล คุณภาพทางเทคนิค (ความสามารถและความชำนาญ) ในการดูแลของพยาบาล การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาล ความพร้อมในการบริการของพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแลของพยาบาล และประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล

3.2.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมความสามารถ 6 เรื่อง คือ กิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนที่ การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การจัดการ หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาล ในเรื่อง การวางแผน การเริ่มงาน และการควบคุมกำกับ โดยนำนโยบายของโรงพยาบาลมาเป็นตัวกำหนดแผนการทำงาน จัดให้ทีมงานมีส่วนร่วมในการวางแผน เกิดความเข้าใจและยอมรับในขั้นตอนดำเนินงาน ทำการจัดระบบงานร่วมกับทีมงานทุกคน หัวหน้าหอผู้ป่วยจะจัดงาน คน ให้เป็นระบบ มีการมอบหมายชัดเจนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีการติดตามควบคุมกำกับจนกระทั่งให้ผลลัพธ์อย่างที่ต้องการ

2. การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing management) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงาน เกี่ยวกับระบบบริการพยาบาล มีการมอบหมายให้มีการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล โดยพยาบาลคนเดียวเป็นผู้ติดตามดูแล และมอบหมายให้มี ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง (ผู้ร่วมดูแล) ในงานวิจัยนี้ครอบคลุม กิจกรรม 4 ด้าน คือ

2.1 การทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความกระจ่าง อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ให้กับบุคลากรในทีมทุกระดับรับทราบ ก่อนการเริ่มปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการประชุม / อบรม เปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น

2.2 การจัดอัตรากำลัง หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วย จัดเตรียมบุคลากรทุกระดับเพื่อขึ้นปฏิบัติงานเวรผลัดในการให้บริการผู้ป่วย/ผู้พิการอย่างเพียงพอและล่องหน้าโดยมีการจัดทำไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์ม แล้วแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบอย่างน้อย 7 วันและกำหนดบุคลากรเวรผลัดในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมดูแล

2.3 การมอบหมายงาน หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วย จัดระบบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมดูแลแต่ละคนแต่ละเวรผลัด โดยแสดงไว้ในแบบฟอร์มการมอบหมายงานรายสัปดาห์ มอบหมายงานประจำวัน

2.4 การควบคุมกำกับ หมายถึง การติดตามงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ ตามหัวข้อและระยะเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำสนับสนุน การตัดสินใจของพยาบาลเจ้าของไข้ ในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงาน

3. การจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ (Functional method management)

หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ป้วยปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาล มีการมอบหมายให้มีการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการ ทุก 8 ชั่วโมง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการ ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เฉพาะในเวลาที่ยื่นปฏิบัติงานเวร

4. **คุณภาพบริการพยาบาล** หมายถึง ผลของการรับรู้เปรียบเทียบกับความคาดหวังในการพยาบาลของผู้ป่วย/ผู้พิการ ซึ่งการวิจัยนี้มีความหมาย 2 อย่าง คือ

4.1 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง การตัดสินใจของผู้ใช้บริการ เป็นผลรวมของความรู้สึกและความคิดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในงานวิจัยนี้วัดได้จาก แบบวัดที่ครอบคลุมในเรื่องศิลปะของการดูแลของพยาบาล คุณภาพทางเทคนิค (ความสามารถ และความชำนาญ) ในการดูแลของพยาบาล การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแลของพยาบาล ความพร้อมในการบริการของพยาบาล และประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล

4.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ หมายถึง ศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้พิการในเรื่องต่างๆที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกเมื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ ในงานวิจัยนี้วัดได้จาก Functional Independence Measure(FIMS) ที่ครอบคลุม 6 เรื่อง คือ เรื่องกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนที่ การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและการจัดการระบบบริการพยาบาล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เป็นแนวทางในการวิจัยทางการบริหารการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ด้านการจัดระบบงาน และด้านการพัฒนาการควบคุมคุณภาพงาน

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คุณภาพบริการพยาบาลในเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความสามารถในการทำกิจกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเป็นแนวทางในการสร้างระบบบริการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วย และใช้ในการทดลองโดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการในศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
 - 1.1 ภารกิจของศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟู
 - 1.2 ผู้ป่วย/ผู้พิการที่รับการรักษาในศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟู
 - 1.3 บทบาทของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
 - 1.4 บทบาทของทีมการพยาบาล

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ
 - 2.1 การจัดการ
 - 2.2 การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.2.1 การทำความเข้าใจในระบบเจ้าของไข้
 - 2.2.2 การจัดอัตรากำลัง
 - 2.2.3 การมอบหมายงาน
 - 2.2.4 การควบคุมกำกับ
 - 2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ

3. คุณภาพบริการพยาบาล
 - 3.1 แนวคิดของคุณภาพบริการพยาบาล
 - 3.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล
 - 3.3 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ

1. การดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการเพื่อวิชาการ จึงมีการรับ ผู้ป่วย / ผู้พิการ ไว้ในหอผู้ป่วย และให้การดูแลเฉพาะ ผู้ป่วย / ผู้พิการทางกายเป็นหลัก ถ้ามีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จะได้รับการรักษามาจาก ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลอื่น ๆ ด้วยระบบปรึกษา ดังนั้นโครงสร้างองค์กร จึงต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูรวมอยู่ด้วย ฉะนั้นภารกิจหลักจึงเน้นที่วิชาการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และผู้พิการที่เข้ามาในระบบจะได้รับสิทธิตาม พระราชบัญญัติการฟื้นฟู คนพิการ พ.ศ. 2534 ทำให้ผู้พิการพร้อมที่จะมารับโปรแกรมการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะมีบทบาทร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องให้การดูแลเฉพาะทาง เป็นผู้สนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพ และ เป็นผู้ประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินงานของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะต้องสอดคล้องกันในเรื่องต่อไปนี้

1.1 ภารกิจของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นโรงพยาบาลในระดับกอง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2531 ต่อมาเริ่มทำการก่อสร้างอาคารในปี พ.ศ. 2533 สถานที่ตั้งอยู่ข้างกระทรวงสาธารณสุขแห่งใหม่ ในจังหวัดนนทบุรี มีอาคารผู้ป่วยใน 2 หลัง เป็นอาคาร 2 ชั้น นอกนั้นเป็นอาคารอำนวยการ อาคารกายภาพบำบัด อาคารกิจกรรมบำบัด อาคารกายอุปกรณ์ อาคารวิชาการ และอาคารสนับสนุนบริการทางแพทย์อื่นๆ รวมทั้งสิ้น 13 หลัง

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ คือ

- 1) เป็นศูนย์กลางในการศึกษาวิจัย ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับสถาบันและชุมชน
- 2) ผลิตและส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุข และอาสาสมัครด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
- 3) เป็นศูนย์ข้อมูลทางวิชาการและทำการเผยแพร่ข้อมูล ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
- 4) วางแผน ประเมินผลและประสานงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับชาติ

5) รับ-ส่งต่อผู้ป่วยและผู้พิการที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับยาก ชับซ้อน เพื่อการพัฒนาวิชาการและการฝึกอบรม

6) ประดิษฐ์ คิดค้น ผลิต และจำหน่ายวัสดุอุปกรณ์ของกายอุปกรณ์และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

7) พัฒนาการ ผลิตและฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้พิการ

พันธกิจ (Mission) ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

- 1) เป็นองค์กรนำด้านเวชกรรมฟื้นฟู โดยการพัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยีจนเป็นที่ยอมรับในระดับชาติ
- 2) ผลิตงานคุณภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน
- 3) มุ่งใช้กระบวนการเวชกรรมฟื้นฟูโดยคำนึงถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาค
- 4) มีระบบบริหารจัดการบนพื้นฐานของความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในองค์กร

วิสัยทัศน์ (Vision) ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

1. องค์กรนำทางด้านเวชกรรมฟื้นฟู
2. มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดี
3. มีการประสานความร่วมมือ
4. ยึดถือคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาค

การเปิดบริการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย/ผู้พิการ ได้เริ่มเปิดงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเมื่อปี พ.ศ.2536 ต่อมาเปิดงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน เริ่มจาก 30 เตียง ในปี พ.ศ.2538 ปัจจุบันมีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งสิ้น 60 เตียง โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยชาย 30 เตียง และหอผู้ป่วยหญิง 30 เตียง

การแบ่งส่วนบริหารภายใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ แบ่งการบริหารงานภายในเป็น 1 ฝ่าย และ 3 กลุ่มงาน คือ ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มงานวิชาการ กลุ่มงานรักษาและฟื้นฟู และกลุ่มงาน การพยาบาลสำหรับอัตรากำลังทั้งหมด 141 คน ประกอบด้วย แพทย์

(แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู) 9 คน พยาบาล 30 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักกิจกรรมบำบัด 4 คน ช่างกายอุปกรณ์ 6 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ 87 คน

1.2 ผู้ป่วย/ผู้พิการที่ได้รับการรักษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เปิดให้บริการทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และภายหลังการได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว สำหรับคนพิการประเภทอื่น จะได้รับการรักษาฟื้นฟู ตามโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีความสามารถเฉพาะทาง ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว เช่น คนพิการทางจิตใจและพฤติกรรม จะมีหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบดูแล เป็นต้น

คนพิการหรือผู้พิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ. 2534 แบ่งเป็น 5 ประเภท (ประกาศกฎกระทรวง ฉบับ 2 พ.ศ. 2537) คือ

- 1) คนพิการทางการมองเห็น
- 2) คนพิการทางการได้ยิน หรือ การสื่อความหมาย
- 3) คนพิการทางกาย หรือ การเคลื่อนไหว
- 4) คนพิการทางจิตใจ และพฤติกรรม
- 5) คนพิการทางสติปัญญา หรือ การเรียนรู้

คนพิการหรือผู้พิการที่ได้รับการดูแลในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ คือ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (ประกาศกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2537) ได้แก่

1. คนที่มีความผิดปกติ หรือ ความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ
2. คนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ ลำตัวอันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรือ อากาศปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

จากรายงานประจำปีงบประมาณ 2540 สถิติผู้พิการที่รับไว้รักษาฟื้นฟูฯ จำแนกตามโรค 10 ลำดับแรก จากสูงสุด-ต่ำสุดมีดังนี้ คือ อัมพาตครึ่งซีกมี 29.69% ขาขาดเหนือเข่า 24.48% ขาขาดใต้เข่า 14.06% สมอพิการ 5.37% อัมพาตครึ่งท่อน 5.21% อัมพาตทั้งตัว

4.69% ข้อเข่าเสื่อม 4.17% ขาขาดระดับเข่า 3.65% ปวดหลัง 3.12% สมองได้รับความกระทบกระเทือน และกระดูกสันหลังเสื่อมและเคลื่อนมีเป็นจำนวนเท่ากันคือ 2.60%

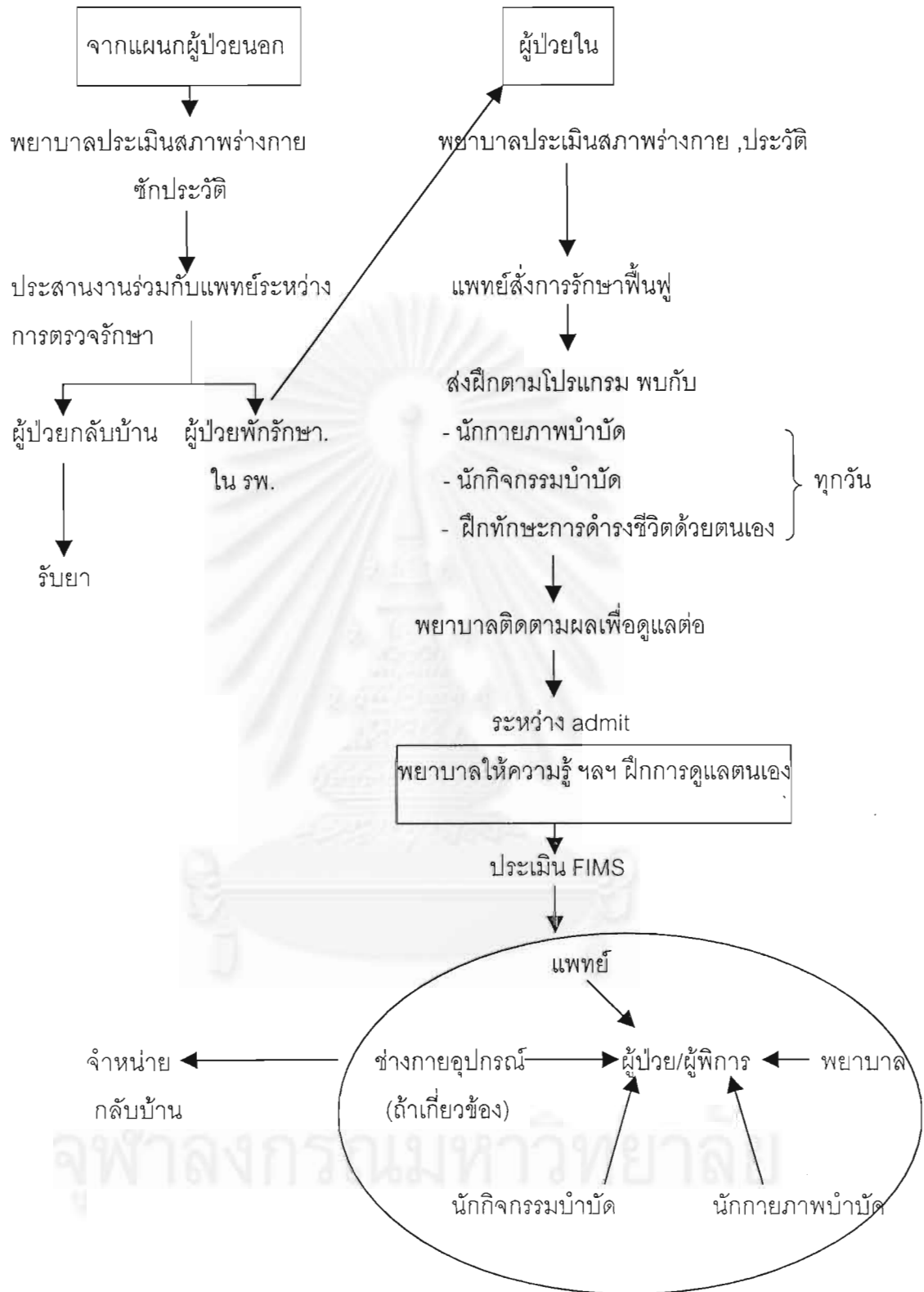
ในการปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วย/ผู้พิการทางกายที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์บางราย มีความพิการซ้ำซ้อน เช่น อัมพาตครึ่งซีก และมีอาการสายตาดูเลือนลางร่วมด้วย

1.3 บทบาทของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

บุคลากรของทีมงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูมาจากบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physiatrist) พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation Nurse) นักกายภาพบำบัด (Physical therapist) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) นักอรรถบำบัด (Speech therapist) นักจิตบำบัด (Psychologist) นักกายอุปกรณ์ (Orthotist and prosthetist) นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) และนักอาชีพบำบัด หรือครูฝึกอาชีพ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2539)

ทีมการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการในศูนย์ลิรินครเพื่อการฟื้นฟูฯ ประกอบด้วยบุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพเช่นกัน ยกเว้น นักอรรถบำบัด นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีพบำบัด กรณีมีผู้ป่วย/ผู้พิการ จำเป็นต้องรับการฟื้นฟูด้านต่างๆเหล่านี้ จะใช้ระบบปรึกษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว โดยบุคลากรแต่ละวิชาชีพ ในศูนย์ลิรินครเพื่อการฟื้นฟู จะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ ตามแผนผังดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



1.4 บทบาทของทีมการพยาบาล

บทบาทของทีมการพยาบาล ซึ่งต้องประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นผู้นำทีม และรับผิดชอบในการให้การพยาบาลที่ซับซ้อน จะต้องตระหนักถึงความสำคัญในการแสดงบทบาทของตน ในศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟู ฯ

เมื่อมีการรับผู้ป่วย/ผู้พิการไว้ในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบในการรับผู้ป่วยใหม่ ชักประวัติและลงข้อมูล ส่วนเรื่องการประเมินสภาพร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การแนะนำสถานที่ ข้อปฏิบัตินั้น อาจมอบหมายให้พยาบาลเทคนิคหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วยเป็นกรณีไป ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย/ผู้พิการ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทดังต่อไปนี้คือ เป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละเวรผลัด ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ประสานงานกับทีมเวชศาสตร์ ในกรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบ (incharge) มีภาระกิจอื่น ๆ จัดยาและแจกยา ให้สารน้ำทางเส้นเลือด สอนปัสสาวะ ให้คำปรึกษาและสอนญาติหรือพี่เลี้ยงที่ดูแลคนพิการ สำหรับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลนั้น มิได้ปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการบันทึกเฉพาะในแบบฟอร์ม และกรณีที่มีการเยี่ยมบ้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรเช้าจะได้เข้าร่วมทีมเป็นครั้งคราว

ผู้พิการที่ต้องการรับบริการทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จะมี 2 ประเภท คือ รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ผู้พิการที่รับไว้ในหอผู้ป่วยชายหรือหญิง จะได้รับการดูแลจากทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในระบบเจ้าของไข้จากแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ สำหรับในส่วนของงานบริการพยาบาลจะได้รับการดูแลทั่วไปไม่ใช้อยู่ในระบบเจ้าของไข้

การประเมินระดับความสามารถของผู้พิการจะมีขึ้นภายหลังการรับไว้รักษา (admit) โดยแพทย์ที่ดูแลผู้พิการ กิจกรรมต่าง ๆ ในการฝึกเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะถูกกำหนดโดยแพทย์ ผู้ดูแลผู้พิการเป็นอันดับแรก จากนั้นทุก 1-2 เดือนแพทย์เจ้าของไข้จะมีการประเมินความสามารถของผู้พิการร่วมกันกับ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู เฉพาะบางราย

กิจกรรมในแต่ละวันที่ผู้พิการได้รับบริการ จะได้รับบริการทั้งจากงานกายภาพบำบัด และงานอาชีวกรรมบำบัดหรืองานกายอุปกรณ์ตามตารางที่จัดไว้ สำหรับผู้พิการที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น จะได้เข้าร่วมในการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอย่างอิสระตามความสมัครใจ เช่น การประดิษฐ์สิ่งของการทำอาหาร การฝึกเข้าสังคม เช่น การออกไปเลือกซื้อสิ่งของจำเป็นตามร้านค้า เป็นต้น

ผู้พิการแต่ละคนจะต้องมีญาติมาดูแลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับทราบวิธีการฝึกทั้งด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ที่ได้รับในขณะที่ฝึกอยู่ในศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ กรณีผู้พิการที่อยู่เป็นระยะเวลานาน เช่น มากกว่า 1 เดือน จะได้รับคำแนะนำให้ไปเยี่ยมบ้านในวันหยุดเพื่อการเรียนรู้ในการปรับตัว และเป็นการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้ชีวิตในชุมชน แล้วนำมาปรึกษากับทีมสุขภาพ เพื่อหาวิธีในการปรับใช้ เช่น การติดอุปกรณ์เพื่อการใช้ในห้องน้ำ หรือการดัดแปลงเก้าอี้พิเศษสำหรับผู้พิการ เป็นต้น สำหรับผู้พิการที่มีบ้านอยู่ในเขตใกล้เคียงกับหน่วยงานจะได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมงานที่ดูแล

สรุปได้ว่าในระยะที่ผู้พิการเริ่มเข้าโปรแกรมการรักษาฟื้นฟู ผู้พิการจะได้รับการฝึกให้ทำกิจวัตรประจำวันจากนักกิจกรรมบำบัด และฝึกความคงทนของกล้ามเนื้อจากนักกายภาพบำบัด ฉะนั้นในการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลฟื้นฟูเป็นผู้ปฏิบัติจะต้องสอดคล้อง หรือใช้วิธีการเดียวกันกับที่นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด จึงจะทำให้ผู้พิการทำได้และปฏิบัติตามได้เร็วขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าใช้คนละวิธี ผลที่ออกมาคือผู้พิการจะสับสน ไม่ทราบว่าปฏิบัติตามวิธีไหนดี จะเห็นว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง ทั้งนี้ต้องมีระบบบริการที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ

การจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่สนองต่อความต้องการในการใช้บริการฟื้นฟู และสนองต่อพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ที่มีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วย/ผู้พิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างต่อเนื่องและครบวงจร ทั้งนี้การจัดการในการออกแบบระบบบริการต้องมุ่งให้ผู้ป่วย/ผู้พิการ เป็นศูนย์กลางของการดูแล

2.1 การจัดการ

การจัดการเป็นบทบาทของผู้บริหาร ที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดทางการบริหารจัดการ ซึ่งมีอยู่หลายแนวคิด มาใช้ในหอผู้ป่วยเพื่อให้การดำเนินงาน บรรลุวัตถุประสงค์ โดยที่การจัดการนั้นจะต้องสอดคล้องกับนโยบาย และอยู่ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งรวมหมายถึงบุคลากรด้วย ผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ได้กล่าวถึงเรื่องการจัดการไว้ดังนี้

Vestal (1987) กล่าวว่า การจัดการเป็นกุญแจที่จะไขไปสู่ความสำเร็จของงานพยาบาลวิชาชีพได้ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางคลินิก การบริหารจัดการ การจัดการที่ดีต้องทำจากงานง่ายไปสู่งานที่ซับซ้อน กิจกรรมของการจัดการ อยู่ที่ความสำคัญของงาน สถานการณ์ รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การกระจายงาน มนุษยสัมพันธ์ และการจัดการบริหารบุคคล เวลา และทรัพยากรอื่น ๆ

ส่วน Bleich (อ้างถึงใน Yoder Wise , 1995) ได้กล่าวว่าจัดการเป็นเรื่องเกี่ยวกับ การกระทำกิจกรรมที่สำคัญ ตามแผนขององค์กร มีการจูงใจ และการควบคุมกำกับบุคลากร และทรัพยากร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์

Loveridge & Cumming (1996) มีแนวคิดของการจัดการว่า การจัดการกระทำโดยผู้นำที่มีความสามารถที่จะใช้อิทธิพลต่อผู้ร่วมงาน ในการทำให้ผลงานสำเร็จ ตามเป้าหมาย และตามนโยบายขององค์กร และผู้นำนั้นจะต้องมี ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีทักษะในการสื่อสาร และกระตือรือร้นในการทำงาน

ในเรื่องของกระบวนการจัดการ สมคิด บางโม (2541) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการจัดการไว้ดังนี้

1) กระบวนการจัดการของกูลิคและเออร์วิก

Luther Gulick and Lyndall Urwick ได้นำหลักการจัดการของฟาโยล มาปรับปรุงประยุกต์กับการบริหารราชการ โดยกล่าวถึง POSDCoRB ซึ่งหมายถึงกระบวนการบริหาร 7 ประการดังนี้

Planning หมายถึงการจัดวางโครงการและแผนปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าว่าจะต้องทำอะไรบ้างและทำอย่างไร เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

Organizing หมายถึงการจัดหน่วยงาน กำหนดโครงสร้างของหน่วยงาน การจัดสายงานตำแหน่งต่างๆกำหนดอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจน

Staffing หมายถึงการจัดตัวบุคคล เป็นการบริหารงานด้านบุคลากร อันได้แก่ การจัดอัตรากำลัง การสรรหา การพัฒนาบุคลากร การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี การประเมินผลการทำงาน และการให้พันทักงาน

Directing หมายถึงการอำนวยการ นับตั้งแต่การตัดสินใจ การวินิจฉัยสั่งการ การควบคุมบังคับบัญชา และควบคุมการปฏิบัติงาน

Coordinating หมายถึงการประสานงาน ประสานกิจการด้านต่าง ๆ ของหน่วยงาน ให้เกิดความร่วมมือเพื่อดำเนินไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

Reporting หมายถึงการรายงานผลการปฏิบัติของหน่วยงานให้แก่ผู้บริหารและสมาชิกของหน่วยงานได้ทราบความเคลื่อนไหวของการดำเนินงานว่าก้าวหน้าไปเพียงใด

Budgeting หมายถึงการงบประมาณ การจัดทำงบประมาณ บัญชีการใช้จ่ายเงิน การควบคุมและตรวจสอบด้านการเงิน

2) กระบวนการจัดการของคุนตซ์

แฮร์โวลด์ คุนตซ์ กำหนดขั้นตอนการจัดการไว้ 5 ขั้นตอน (POSDC) ดังนี้

Planning	- การวางแผน
Organizing	- การจัดองค์การ
Staffing	- การจัดคนเข้าทำงาน
Directing	- การอำนวยการ
Controlling	- การควบคุมการทำงาน

3) กระบวนการจัดการของเฮอร์เนสต์ เดล

เฮอร์เนสต์ เดล ได้จำแนกหน้าที่ของผู้จัดการไว้ 7 ขั้นตอน คือ POSDCIR โดยเห็นพ้องกับคุนตซ์ 5 ขั้นตอนแรก และได้เพิ่มเข้าไปอีก 2 ขั้นตอนดังนี้

Planning	- การวางแผน
Organizing	- การจัดองค์การ
Staffing	- การจัดคนเข้าทำงาน
Directing	- การอำนวยการ
Controlling	- การควบคุมการทำงาน
Innovation	- การสร้างสรรค์สิ่งใหม่
Representation	- การเป็นตัวแทนขององค์การ

4) กระบวนการจัดการตามแนวความคิดปัจจุบัน

หลังจากที่ได้มีผู้เสนอกระบวนการจัดการหลายแนวความคิด นักวิชาการทางการบริหารส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ได้ศึกษาและวิเคราะห์แนวความคิดทั้งหมด และสรุปว่ากระบวนการจัดการควรมีเพียง 4 ขั้นตอน คือ PODC ดังนี้

Planning	- การวางแผนงาน
Organizing	- การจัดองค์การ (รวมทั้งการจัดคนเข้าทำงานด้วย)
Directing	- การอำนวยการหรือ การชี้นำ
Controlling	- การควบคุมติดตามผลการทำงาน

สำหรับBoone and Kurtz (1992) กล่าวถึงกระบวนการจัดการที่ประกอบด้วย POLC ซึ่งหมายถึง กระบวนการบริหาร 4 ประการ ดังนี้

Planning หมายถึง กระบวนการที่ผู้จัดการตั้งจุดมุ่งหมายและพัฒนาการปฏิบัติไปสู่ จุดมุ่งหมายนั้น

Organizing หมายถึง กระบวนการในการจัดสรรบุคลากร และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

Leading หมายถึง บทบาทในการกระตุ้นเพื่อให้งานดำเนินไปจนบรรลุจุดมุ่งหมาย

Controlling หมายถึง การวิเคราะห์ติดตาม และประเมินผลงาน เพื่อให้งานนั้นดำเนินไปตามแผนที่กำหนดไว้

จากแนวคิดและความหมายของการจัดการ สรุปได้ว่า การจัดการเป็นบทบาทของหัวหน้าหรือผู้ปวย ในการดำเนินการออกแบบระบบบริการพยาบาล ซึ่งในกระบวนการจัดการมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ การวางแผน การจัดการ การพัฒนาบุคลากร การอำนวยความสะดวก และการติดตามงาน ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ได้เลือกใช้แนวคิดที่ประกอบด้วย Planning Organizing Leading และ Controlling เป็นแนวทางในการจัดการออกแบบระบบบริการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการออกแบบระบบบริการพยาบาลแบบหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างจากแบบอื่น ๆ คือรับผิดชอบ ผู้ป่วย/ผู้พิการ ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย / ผู้พิการ ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ขณะที่เจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าหรือผู้ปวยจะจัดการให้ผู้ร่วมดูแล ดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ ตามแผนการพยาบาลที่เจ้าของไข้วางไว้ ที่สำคัญคือ ผู้ป่วย/ผู้พิการ เกิดความรู้สึกพึงพอใจที่มีคนดูแลประจำ การจัดการดูแลในระบบเจ้าของไข้จะประสบผลสำเร็จได้ หัวหน้าหรือผู้ปวยจะต้องเตรียมบุคลากร ให้มีการยอมรับ มีความเข้าใจ เชื่อมั่นในระบบเจ้าของไข้ก่อนลงมือทำงาน และขณะทำงานต้องมีการจัดอัตรากำลัง มอบหมายงาน นิเทศ และ ควบคุมกำกับตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

2.2.1 การทำความเข้าใจในระบบเจ้าของไข้

การทำความเข้าใจในระบบเจ้าของไข้ เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เมื่อผู้ปฏิบัติเข้าใจชัดเจนในนโยบาย ทิศทางและการปฏิบัติ จะทำงานด้วยความมั่นใจ ประกอบกับทีมพยาบาลมีหลายคน ถ้าเข้าใจในระบบ การทำงานจะมีทิศทางเดียวกันและราบรื่นดังเช่น มีผู้เห็นความสำคัญของการทำความเข้าใจ ดังนี้

คีริววรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539) กล่าวว่าผู้บริหารเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในกระบวนการบริหาร 5 ประการคือ การวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคคลเข้าทำงาน การชักนำ และการควบคุมทรัพยากร ในศาสตร์และศิลป์ของการจัดการจะต้องใช้เทคนิค หรือความนิยมใน การชักนำ (fads in leading) ซึ่งหมายถึง การมีอิทธิพลต่อบุคคลเพื่อให้เขาทำประโยชน์ให้กับองค์การและเป้าหมายของกลุ่มเป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นหลัก ในการบริหารความคิดระหว่างบุคคล ซึ่งต้องอาศัยผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพด้วย คือมีความสามารถจูงใจบุคคลให้ปฏิบัติตามความต้องการซึ่งต้องอาศัยหลักการจูงใจ

Wehrich and Koonts (อ้างถึงใน คีริววรรณ,2539) กล่าวว่า การติดต่อ สื่อสารได้ประยุกต์เข้าไปในการจัดการทุกขั้นตอน และการติดต่อสื่อสารก็ยังคงมีความสำคัญต่อหน้าที่ในการชักนำ ด้วยซึ่งการติดต่อสื่อสาร (communication) หมายถึง การเคลื่อนย้ายข้อมูล ข่าวสารจากผู้ส่ง (sender) ไปยังผู้รับ (receiver) ด้วยข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเข้าใจ

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) กล่าวว่า การสื่อสารในการบริหาร การพยาบาลมีความสำคัญ จะทำให้กระบวนการบริหารดำเนินไปสู่จุดมุ่งหมาย การสื่อสารจะนำไปสู่ความร่วมมือ และการประสานงานเพื่อความก้าวหน้าของหน่วยงาน และ สิ่งที่ต้องการที่สุดใน การสื่อสาร คือ "ความหมายที่ตรงกัน"

จุดมุ่งหมายของการสื่อสารในการบริหาร การพยาบาล ประกอบด้วย

1) เพื่อให้ข่าวสารข้อเท็จจริงและความเข้าใจอันดี ระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในทีมสุขภาพ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ประสานงานในการที่จะช่วยในการบริการผู้ป่วยให้เป็นไปด้วยดีมีประสิทธิภาพ

2) เพื่อสร้างเจตคติที่ดี สำหรับกระตุ้นให้ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยญาติผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความร่วมมือร่วมใจ และพอใจที่จะปฏิบัติงานและปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้ การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ

3) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงาน เพื่อประโยชน์ในการจัดดำเนินต่อไป รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการ หรือผู้ป่วยอันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

สรุปได้ว่า การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำเป็นต้องเริ่มด้วยการทำความเข้าใจ ในระบบเจ้าของไข้ให้แก่บุคลากรในทีมให้เกิดความกระจ่างชัด เพื่อสร้างทัศนคติที่ดี กระตุ้นให้ร่วมมือกันทำปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกันจะป้องกันปัญหางานล้นคน หรือคนล้นงาน ส่งเสริมความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีจุดมุ่งหมายที่ผู้ใช้บริการเป็นการเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการปฏิบัติงาน

2.2.2 การจัดอัตรากำลัง

การจัดอัตรากำลัง เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาล เนื่องจากความจำเป็นที่จะต้องมีการรับผิดชอบดูแล ผู้ป่วย/ผู้พิการ ตลอด 24 ชั่วโมงการจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย จะช่วยทำให้จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลแต่ละคน มีความหนัก - เบา ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลสะท้อนถึง การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ โดยเฉพาะในระบบเจ้าของไข้ จะต้องวางสัดส่วน ของอัตรากำลัง ที่จะดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ ให้เหมาะสม

กองการพยาบาล (2539) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการจัดอัตรากำลังต้องคำนึงถึง

- 1) คุณภาพและคุณสมบัติที่ต้องการตามความยากง่ายของงาน
- 2) สถิติของผู้มารับบริการแต่ละประเภท และชนิดของโรค
- 3) ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย
- 4) นโยบายการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล
- 5) ลักษณะปัญหาและแนวโน้มเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอัตรากำลัง

ภายในหอผู้ป่วยใน ขนาด 30 เตียง ควรมีพยาบาลวิชาชีพ 6 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 9 คน และควรวางรูปแบบในการจัดเวลาในการปฏิบัติงาน

สอดคล้องกับแนวคิดของ บุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร (2533) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล หมายถึง การจัดบุคลากรพยาบาลระดับต่าง ๆ เข้าปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับตำแหน่ง ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ และปริมาณงานของหน่วยงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพสูงและเป็นผลดีต่อการรักษาพยาบาลมากที่สุด

รูปแบบการจัดตารางปฏิบัติงานแก่บุคลากรพยาบาล หรือรูปแบบการจัดตารางเวรแก่บุคลากรพยาบาล หมายถึง รูปแบบการจัดบุคลากรพยาบาลเข้าปฏิบัติพยาบาลแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนึ่ง ๆ ตามช่วงเวลาต่าง ๆ และจัดจำนวนวันหยุดที่บุคลากรพยาบาลพึงได้รับ

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตารางปฏิบัติงานเพื่อให้เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย สร้างประสบการณ์แก่บุคลากร เพื่อเกิดความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยมีผู้ดูแลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

องค์ประกอบสำคัญที่นำมาพิจารณาในการจัดตารางปฏิบัติงาน คือจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงาน ต้องเป็นไปตามมาตรฐานของกฎหมายของสหสัมพันธ์แรงงาน หรือกฎหมายแรงงานแห่งชาติความเสมอภาค และยุติธรรมกับผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีความเหมาะสมกับประเภทจำนวนผู้ป่วย อัตรากำลังบุคลากรพยาบาล และแจ้งให้ทราบล่วงหน้าประมาณผู้ประมาณสองสัปดาห์ และควรคำนึงถึงความรู้ประสบการณ์และทักษะของบุคลากร

Drucher (1994) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังที่จะสนับสนุนการทำงานของพยาบาล ต้องคำนึงถึงคุณภาพบริการพยาบาลพยาบาลควรจะทำาน 35 ชั่วโมงต่อ 1 สัปดาห์ ถ้าไม่เพียงพออาจจัดเวรเสริมขึ้นมา ครั้งหนึ่งของอัตรากำลังปกติ และคำนึงถึงประเภท และความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ระดับของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน สำหรับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ควรจัดให้พยาบาล 1 คนดูแลผู้ป่วย 4-6 คน

สรุปได้ว่า การจัดอัตรากำลัง คือ การจัดสรรบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอในการดูแลผู้ใช้บริการและเกิดบริการที่มีคุณภาพ หอผู้ป่วยต้องวางแผนเรื่องอัตรากำลังให้เพียงพอและสมดุลย์กันในเรื่องจำนวนความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ พร้อมทั้งจัดให้ผู้ร่วมดูแลปฏิบัติงานในขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นทำงานในเวรนั้น ๆ การจัดอัตรากำลังและการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้เหมาะสมในที่นี้พยาบาลจะมีการขึ้นปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนคือ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก โดยตารางปฏิบัติงานจะแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน และในขณะขึ้นเวรจะปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ 4 - 5 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2.3 การมอบหมายงาน

การมอบหมายงาน มีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับระบบบริการพยาบาลที่แต่ละหอผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เป็นเครื่องมือซึ่งถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในขอบเขตการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการและจำนวนผู้ป่วย/ผู้พิการ ในความดูแล และผลลัพธ์ของการดูแล ดังรายละเอียดดังนี้

การมอบหมายงาน ธงชัย สันติวงษ์ (2516) กล่าวว่าเป็นการที่ผู้บังคับบัญชา กำหนดความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ (assignment of responsibility and authority) แก่ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา

การมอบหมายงานการพยาบาล ในแนวคิดของ Marram et al.(1974) คือการจัดแบ่งอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบทางการพยาบาลแก่ผู้ร่วมงาน ตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมุ่งประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และในขณะเดียวกันจะสร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย การมอบหมายงานการพยาบาลมีหลายรูปแบบ และมีลักษณะการขาดลอค

Bernhard & Walsh (1995) กล่าวว่า การมอบหมายงานการพยาบาล เป็นหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ต้องให้ความสนใจในส่วนประกอบทั้งหมดขององค์กร เพื่อพัฒนาระบบการมอบหมายงานที่เหมาะสม

การมอบหมายงานการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1) การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (Case assignment) เป็นรูปแบบที่ปฏิบัติมาตั้งแต่สมัยแรก ๆ พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบหนึ่งต่อหนึ่งในแต่ละเวร

2) การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional assignment) เป็นรูปแบบการทำงานที่มุ่งความสำเร็จของงาน ไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่เน้นคุณภาพ พยาบาลหนึ่งคนจะรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่มีการรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

3) การมอบหมายงานแบบทีม (Team nursing assignment) เป็นรูปแบบที่มอบหมายให้พยาบาลคนหนึ่งเป็นผู้ควบคุมทีมดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำทีมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการจ่ายงานให้ผู้ร่วมงานไปปฏิบัติ

4) การมอบหมายงานแบบการจัดการตามกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการมอบหมายงานที่ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภทเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง ข้อดีของการจัดการแบบนี้คือ ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เป็นธรรมชาติ และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ข้อเสียคืออาจมีการทำงานซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง แต่การดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความครอบคลุมและเป็นไปในรูปการจัดการซึ่งต้องดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีลักษณะการรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่แบ่งตามตามนโยบายของหน่วยงาน

5) การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing assignment) เป็นรูปแบบการมอบหมายงานให้พยาบาลมีความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม เป็นการดูแลรายบุคคล จะทำให้เกิดความเป็นอิสระของวิชาชีพแก่พยาบาล สร้างความเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบเกิดขึ้นกับพยาบาล

การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1970 โดย มารีรี่แมนเธย์ โดยมีแนวคิดสำคัญคือ "my patient - my nurse" (Manthey et al. 1970)

การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ในฐานะที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเอง ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาอื่น ๆ นั้น ผู้ร่วมดูแลซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำการ ผู้ช่วยพยาบาลหรือนักเรียนพยาบาล เป็นผู้ให้การดูแลแทน (Manthey 1973, Marram et al. ,1974 และ พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, ม.ป.ป.)

จำนวนผู้ป่วยในความรับผิดชอบของพยาบาลแต่ละคน ไม่ควรเกินจำนวน 3-6 คน ตามความเหมาะสมในแต่ละประเภทผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะเริ่มรับผู้ป่วยเข้าไว้ใน การดูแลตั้งแต่รับใหม่ เป็นผู้รวบรวมข้อมูล ประเมินความต้องการของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง และใช้แผนการพยาบาลในการมอบหมายงานที่จะต้องปฏิบัติแก่ผู้ร่วมดูแลเพื่อ ดูแลผู้ป่วย

หลักการของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ Manthey (1973) กล่าวว่า การนำไปใช้จะต้องให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละแห่ง โดยมีหลักการที่สำคัญของการ มอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้ คือ

- 1) พยาบาลคนหนึ่ง ตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย
- 2) พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้วางแผนการพยาบาล ผู้ร่วมดูแลจะปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้แล้ว
- 3) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยแผนการพยาบาล และรายงานทางการพยาบาล
- 4) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ ผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้นิเทศงานและสนับสนุนการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้

วัตถุประสงค์ของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ Marram et al. (1974) ได้กล่าวไว้ดังนี้

- 1) ให้มีการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient - centered care) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลคือ การวางแผน การนำแผนนั้นไปปฏิบัติ และ การประเมินผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 ศึกษาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาและความต้องการ
 - 1.2 เขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ โดยเขียนความ ต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย จัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.3 รวบรวมข้อมูลสำคัญตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ จากผู้ป่วยและ ครอบครัว

2) มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability for patient care) เป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ตามความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 เลือกผู้ป่วยในความรับผิดชอบของพยาบาล ตามพื้นฐานความสามารถของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 ส่งเสริมการใช้วิธีการจัดตารางปฏิบัติงาน และมอบหมายหน้าที่เสริมประสิทธิภาพของพยาบาล

2.3 รับผิดชอบในแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดรวมทั้งประสานงาน และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

2.4 พยาบาลทุกคนมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน ในการดำเนินการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องเพื่อคงมาตรฐานการดูแลไว้

3) การให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of patient care) เป็นความต่อเนื่องของการดูแลเกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกัน รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่าง ๆ ให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้ซึ่งมีแนวทางดังนี้

3.1 มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกับผู้ร่วมดูแล โดยผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลคนเดิม

3.2 ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ไปยังบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

4.) การให้การดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patient care) คือมุ่งที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีแนวทางดังนี้

4.1 พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2 ตัดสินเลือกชนิดและปริมาณความต้องการการพยาบาล โดยการประเมินจากความต้องการของผู้ป่วย

4.3 ดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ

5.) การประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) โดยมีแนวทางดังนี้

5.1 ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและแผนการพยาบาลเป็นหลัก

5.2 ใช้ประโยชน์จากบุคลากร และทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 ใช้ทรัพยากรจากชุมชน วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกับบุคลากรอื่น ๆ

6.) การพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นพัฒนาศักยภาพให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ด้านความรู้และการปฏิบัติงานในระบบเจ้าของไข้ที่เหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้

6.1 ประเมินความรู้ ความสามารถและทัศนคติบุคลากร

6.2 ส่งเสริมให้มีการนำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล

6.3 ให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะเฉพาะบุคคล

6.4 ให้โอกาสในการศึกษาและพัฒนาความรู้โดยจัดโปรแกรมการอบรมต่างๆและ การอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6.5 กระตุ้นบุคลากรให้มีส่วนร่วมในการประเมินโปรแกรมการศึกษา เพื่อผลประโยชน์ของหน่วยงาน และบุคลากรในหน่วยงาน

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยได้เลือกใช้ระบบการมอบหมาย แบบเจ้าของไข้ โดยมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย/ผู้พิการ 4 - 5 คน โดยดูแลตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายและออกไปเยี่ยมบ้าน กรณีที่มีแผนการเยี่ยมบ้านก่อนกลับบ้าน

2.2.4 การควบคุมงาน

การควบคุมกำกับงาน เป็นหน้าที่ของหัวหน้าหรือผู้ปวย ที่ต้องใช้ศิลปะในการติดตาม เพื่อให้ได้ข้อมูล ในการแก้ไขปรับปรุงงาน ต้องมีการวางแผน การติดตามกับพยาบาลทุกคนอย่างสม่ำเสมอ ช่วยส่งเสริม กระตุ้นให้พยาบาลประจำการมีการตัดสินใจด้วยตนเองในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ โดยที่มีผู้กล่าวถึงการควบคุมงานไว้ดังนี้

สมชาย นริฎกิตติ (อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์,2539) กล่าวว่า หน้าที่การควบคุมเป็นการวัด การแก้ไข การทำงาน เพื่อให้แน่ใจว่าวัตถุประสงค์และแผนขององค์การมีการใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

สิ่งสำคัญในการควบคุม คือ

- 1) แนวความคิดในการควบคุม
- 2) กระบวนการควบคุม
- 3) ลักษณะของระบบการควบคุม
- 4) ปัญหาที่เกิดขึ้นในการควบคุม
- 5) บทเรียนที่เกิดขึ้น
- 6) ความหลากหลายของโมเดลการควบคุมและเทคนิคต่าง ๆ
- 7) หลักสำหรับการควบคุมที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

การควบคุมจะช่วยองค์การให้ปรับปรุงคุณภาพ ทั้งกิจกรรมการทำงานและการส่งมอบผลิตภัณฑ์ไปยังลูกค้า สามารถสนองตอบต่อความคาดหวังของลูกค้าอย่างมีคุณภาพ (quality) ซึ่งเป็นหน้าที่ขององค์การที่จะต้องพัฒนา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะการควบคุมที่มีประสิทธิผลประกอบด้วย

1) เชื่อมโยงกับการวางแผน เนื่องจากหน้าที่การควบคุมเป็นตัวเชื่อมอย่างใกล้ชิดกับการวางแผน ระบบการควบคุมจึงเป็นการป้อนกลับ เกี่ยวกับความก้าวหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยอาศัยการวัดการทำงาน

2) ความถูกต้อง การควบคุมที่มีประสิทธิผล ขึ้นกับการรวบรวมแยกแยะเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เที่ยงตรง ถ้าข้อมูลไม่ถูกต้องผู้บริหารจะสรุปผิดพลาดและมีการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม

3) ทันท่วงที เรื่องข้อมูลการควบคุมควรจัดหาให้ทันผู้บริหาร ทันท่วงทีเพื่อให้โต้ตอบกับปัญหาได้ในขณะที่มีเวลาพอในการตัดสินใจ ถ้าปราศจากการควบคุมข้อมูลที่ทันเวลา สถานการณ์ปัญหาจะเปลี่ยนเป็นปัญหาร้ายแรง

4) มีความสำคัญ เพื่อให้ข้อมูลที่เหมาะสม ในการควบคุมกระบวนการแปรสภาพ จะต้องมีการระบุขอบเขตเฉพาะอย่าง ซึ่งสามารถติดตามได้โดยทั่วไป ผู้บริหารสามารถปรับปรุงการทำงานโดยการเปลี่ยนแปลง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการแปรสภาพ

สมพงษ์ เกษมสิน (2526) กล่าวว่า การควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน คือ การใช้ศิลปะการบริการเพื่อตรวจดูว่า การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามวิธีการหรือไม่ และผลของการปฏิบัติงานได้มาตรฐานเพียงใด

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) กล่าวถึงการควบคุมทางการพยาบาลว่า ต้องใช้ข้อมูลที่ได้จากสถิติ และรายงานของการให้บริการพยาบาลที่ทำได้ล่วงหน้า หรือ คาดคะเนไว้ก่อน การตรวจสอบจากรายงานและการบันทึกต่าง ๆ และจากการสังเกตเป็นเครื่องมือในการควบคุมงานโดยมีมาตรฐานการพยาบาล และจุดมุ่งหมายเป็นเครื่องเปรียบเทียบ การควบคุมงานควรคำนึงถึงดังต่อไปนี้

- 1) ความจำเป็นก่อนหลัง
- 2) เป้าหมายของงาน
- 3) การสร้างความเข้าใจอันดี ต่อการปฏิบัติงาน
- 4) สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการทำงาน
- 5) กฎระเบียบ ข้อบังคับของหน่วยงาน รวมทั้งประเพณีและวัฒนธรรม
- 6) ระยะเวลาในการควบคุมควรมีช่วงระยะเวลาสม่ำเสมอ
- 7) ไม่ควบคุมให้มากหรือน้อยเกินไป

จากการศึกษาข้างต้น สรุปว่า การควบคุมงาน ในการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะต้องมีการวางแผน กำหนดจุดมุ่งหมายเลือกรูปแบบการควบคุม กำกับ ตามกิจกรรมที่มอบหมาย

ให้พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติ ระบุขอบเขตและบอกถึงขั้นตอนในการนิเทศ ให้ทีมงานรับทราบว่าจะกำกับงานเรื่องอะไรบ้าง จำนวนเท่าไร เช่น มีการติดตามงาน การเข้าร่วมทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (FIMS) อย่างน้อย 2 ครั้ง ติดตามการบันทึกทางการพยาบาล 1-2 ครั้ง การสร้างสัมพันธภาพของพยาบาลเจ้าของไข้ต่อผู้ใช้บริการ 2 ครั้ง และการให้คำปรึกษาในขณะปฏิบัติงาน

2.3 การจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ

การจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ เป็นการจัดบริการพยาบาลเฉพาะทางที่ให้กับคนพิการ ตามพระราชบัญญัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2536 เป็นกระบวนการในการดูแลให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามความหมายต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 ความหมายของคนพิการ

คนพิการหรือผู้พิการ ในประเทศไทยมีการจัดแบ่งประเภทตามความหมายของความพิการตามองค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกให้นิยาม ความพิการดังต่อไปนี้ (Wood & Badley, 1988)

1) ความผิดปกติและความบกพร่อง (impairment) คือการสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำงานของร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นไข้ อัมพาตครึ่งซีก ปัญญาอ่อน จิตซึมเศร้า ฯลฯ คำนี้เป็นการพิจารณาความพิการที่อวัยวะหรือระบบการทำงานของส่วนต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นมนุษย์

2) การขาดสมรรถภาพหรือไร้สมรรถภาพ (disability) คือ การจำกัดหรือการขาดสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใด ๆ เยี่ยงคนปกติ เช่น สนทนากับคนอื่นไม่ได้ แต่งตัวไม่ได้ เดินไม่ได้ ฯลฯ คำนี้เป็นการพิจารณาความพิการที่ความสามารถของบุคคลโดยรวม ทั้งนี้เป็นผลตามมาจากความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ

3) ความเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาส (handicap) คือ ความเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาสของบุคคล ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตได้ทัดเทียมคนปกติ เช่น คนตาบอดเรียนหนังสือด้วยวิธีที่เด็กปกติเรียนไม่ได้ เดินทางลำบาก ดำเนินชีวิตได้ลำบากกว่าคนอื่น คำนี้เป็นการพิจารณาความพิการที่ความบกพร่อง และ/หรือการขาดสมรรถภาพที่กระทบต่อบุคคลในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของ "คนพิการ" ไว้ว่า คือคนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุข และประเภทของคนพิการตามกฎหมาย หรือคนพิการตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้แก่ (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2537)

- 1) คนพิการทางการมองเห็น
- 2) คนพิการทางการได้ยิน หรือการสื่อความหมาย
- 3) คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว
- 4) คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม
- 5) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

2.3.2 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้พิการมีพัฒนาการและมีความแข็งแรงดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทักษะทางสังคม (WHO, 1994) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการทั้งหมดของการกลับสู่สภาพเดิมของผู้พิการไปสู่ภาวะที่เขาสามารถดำเนินชีวิตปกติให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (สุนทรี ภาณุทัต, 2529) และ Yesner (1982) กล่าวไว้ว่าเป็นกระบวนการของการรักษาที่ได้วางแผนไว้ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความพิการทางร่างกาย ให้ใช้ความสามารถส่วนที่เหลือให้ได้มากที่สุด เกิดความพึงพอใจ เห็นตัวเองมีคุณค่า ทำประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัว และสังคม (Yesner,1982)

Mary Switzer(อ้างถึงใน จัษฐยา จิตประไพ,2532) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความไม่มีประโยชน์ ความหมดหวังกับความหวัง ความหมดอาลัยหรือความทุกข์กับความสุข ส่วนวัชราร จิวไพบูลย์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหมายถึง ขบวนการที่สลับซับซ้อนผสมผสานวิชาการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงการฟื้นคืนกลับมาของความสามารถที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพทั้งที่บ้านและในชุมชนของผู้พิการนั้น (ศรีจิตต์ หังสสุต,2540)

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไว้ว่า หมายถึงการเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยวิถีทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม

และการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนปกติ (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2537)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง กระบวนการของการช่วยเหลือผู้พิการให้มีความสามารถในการปรับคืนสภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ หรือใกล้เคียงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

สำหรับการศึกษาระบบบริหารทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และปัญหาอุปสรรค สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วัชรวิภา รุ่งไพบูลย์ และ วราพร รุจาคม (2540) ได้ศึกษาระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่าสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของโรงพยาบาลแต่ละระดับจนถึงสถานีนอนามัย ยังขาดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม (holistic approach) งานที่ทำอยู่เน้นเฉพาะความพิการทางการเคลื่อนไหว โดยที่การส่งต่อ การประสานกับหน่วยงานอื่น เพื่อการฟื้นฟูด้านอาชีพ สังคม และการศึกษา ยังอยู่ในลักษณะเน้นการทำงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ไม่ได้มองผู้พิการในฐานะที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา การประสานงานระหว่างกลุ่มงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดวิธีการทำงานที่ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาขาต่างๆ และในด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังไม่มีกำหนดบทบาทหน้าที่และเกณฑ์มาตรฐานของงานในสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลแต่ละระดับที่ชัดเจน โดยเฉพาะการขยายโอกาสแก่ผู้พิการที่อยู่ห่างไกล และในด้านทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ยังนับว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ การศึกษาของ พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, สมใจ ประมาณผล และสุชาติ ทวีสิทธิ์ (2537) ศึกษาการประเมินผลโครงการฟื้นฟูเด็กพิการอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าความคิดเกี่ยวกับความพิการ ประชาชนที่ได้รับการสัมภาษณ์ ร้อยละ 50.2 มีความเชื่อว่าผู้พิการนั้น ถ้าได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือได้รับการรักษา อาการพิการนั้นจะหายหรือดีขึ้นได้

จากการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า การจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการในภาวะเรื้อรังนี้ จัดให้มีการจัดระบบบริการพยาบาล แก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่อยู่ในประเภทคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว โดยจัดให้มีการดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เน้นแนวคิดแบบองค์รวมและการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วย/ผู้พิการ พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่ที่มงานและผู้ประสานงานที่ดีแก่ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

3. คุณภาพบริการพยาบาล

คุณภาพบริการพยาบาล เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการกระทำที่สามารถวัดได้จากการเปรียบเทียบกับ เกณฑ์มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ โดยด้านผู้ใช้บริการอาจใช้แนวคิด ทฤษฎีความพึงพอใจและเครื่องมือวัดความพึงพอใจ ที่ใช้วัดเฉพาะคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากนี้การพยาบาลในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น คุณภาพบริการพยาบาลสามารถวัดได้จากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ ซึ่งมีแบบประเมินหลายแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายและการตัดสินใจของผู้ดูแล

3.1 แนวคิดของคุณภาพบริการพยาบาล

คุณภาพมีความสำคัญต่อ เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ คำว่า คุณภาพนั้นเป็นคำที่ซับซ้อน คุณภาพของการบริการสุขภาพ เป็นคุณภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งเช่นเดียวกัน ที่ประเทศชาติจะต้องคำนึงถึง เพราะถ้าประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คุณภาพ(Quality) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2530 ให้ความหมายว่าเป็นความดีหรือลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

Gillies(อ้างถึงใน มณีรัตน์ โภทขรรัก,2537)กล่าวว่า คุณภาพเป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติที่ดีเลิศ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ซึ่งสามารถวัดได้

Omachonu (1990)มีแนวคิดว่าคุณภาพประกอบด้วยผลของการกระทำที่เกิดจากการปฏิบัติจริง ตามมาตรฐานงานที่ได้กำหนดไว้และคุณภาพที่วัดได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการ

คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีเด่นประจำสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะมีชีวิตหรือไม่ก็ตามที่อยู่ในระดับที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน (ลออ หตางกูร , 2529) และอนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2541) กล่าวถึงคุณภาพว่าเป็นภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้หรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยลูกค้า อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัย

" ไม่มีปัญหา " (Zero defect) คือการไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำในสิ่งที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม

" ลูกค้าพอใจ " (Response to customers need & expectation) ความพอใจของลูกค้าจะเกิดได้ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น (need) ของตนได้รับการตอบสนอง นั่นคือปัญหาสุขภาพที่นำผู้ป่วยมาหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ในสภาพล้อมที่นำพึงพอใจ

" ได้มาตรฐาน " (Professional standard) เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้น จากความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของสังคม

" สวนคุณภาพชีวิต " (quality of life) เป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นคุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำที่ดีเลิศ ซึ่งวัดได้จาก เกณฑ์หรือมาตรฐานซึ่งแต่ละวิชาชีพได้กำหนดขึ้น

การพยาบาล ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ.2530) หมายถึง การดูแล คนไข้หรือปรนนิบัติคนไข้ การเอื้อเฟื้อ เลี้ยงดู

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2540 ให้ความหมาย การพยาบาลว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดย อาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาล ในความคิดของแต่ละคนจะแตกต่างกันไปดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (ม.ป.ป.) กล่าวว่าคุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะ ความดีเลิศของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการบริหารการพยาบาล กระบวนการของการ ให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์หลายประการ คือ

- 1) บริการพยาบาลจะดีได้ต้องมีการจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม และ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
- 2) ลักษณะของบริการต้องเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของบริการทั้งผู้ให้ ผู้รับบริการ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และ
- 3) บริการพยาบาลที่จัดต้องมีความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีระเบียบแบบแผน

Kenneth Bopp D. (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (Expressive Quality) ในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจาก แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม ผิวน้ำนม หู-คอ-จมูก และเด็ก พบว่า ตัวประกอบที่สำคัญของ คุณภาพบริการเชิงการแสดงออกด้านการดูแลที่ผู้รับบริการ คือ ความสุภาพ ความมีอัธยาศัยไมตรี มีความเมตตา กรุณา การยอมรับ ความร่วมมือ

อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (อ้างถึงใน พนิดา คำยุ,2538) ที่ศึกษาความคิดเห็นของ ผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์วิชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลและ เจ้าหน้าที่พยาบาลให้การต้อนรับดี มีท่าที่เป็นกันเอง น่าไว้วางใจและยิ้มแย้มแจ่มใสมีอัธยาศัย ไมตรีดี เปิดโอกาสและช่วยปลอบโยนให้คลายจากความทุกข์ต่าง ๆ

สรุปได้ว่า คุณภาพบริการพยาบาล เป็นเป้าหมายขององค์กรพยาบาลและเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นความสอดคล้องของการบริหารงาน กับความต้องการของผู้ใช้บริการ ในการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในงานวิจัยนี้มีตัวชี้วัดที่บอกถึง คุณภาพบริการพยาบาล 2 ตัว คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสามารถในการทำกิจกรรม ที่จะเกิดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวของพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการวางระบบบริการ สนับสนุนเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และจัดทำแผนในการนิเทศงานเพื่อประเมินคุณภาพ

3.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster 's,1985) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจหมายถึง "ปฏิกิริยาหรือระดับของความพึงพอใจในการได้รับความสำเร็จ การตอบสนอง ความต้องการ การทำให้พอใจ ความยินดีที่ได้รับความสำเร็จ การได้รับค่าตอบแทน การได้รับการผ่อนผัน ได้รับโอกาสในการปรับปรุงแก้ไขการกระทำผิด

เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวว่า "ความพึงพอใจเป็นภาวะของความพึงพอใจ หรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มีผลเกิดขึ้น เนื่องจาก การประเมินประสบการณ์ของคน ๆ หนึ่ง

Wolman (1973) กล่าวว่า "ความพึงพอใจหมายถึงความรู้สึก (feeling) มีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goal) ความต้องการ (wants) หรือแรงจูงใจ

Risser (1975) กล่าวว่า "ความพึงพอใจเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยต่อการดูแล การให้การพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

จากความหมายของความพึงพอใจข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกของบุคคล ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับ หรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง ในที่นี้ คือ การรับรู้ของผู้ป่วย/ผู้พิการเมื่อเทียบกับความคาดหวังในเรื่องการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

ทฤษฎีความพึงพอใจ

ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการ (Service Satisfaction) ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้อธิบายแนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจไว้ดังนี้

Ernest & Ilgen (1980) กล่าวว่า "ความพึงพอใจเป็น แรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการพื้นฐาน (Basic needs) มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์และแรงจูงใจ (Intensive) และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ"

Maslow (1970) ได้กล่าว ถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด เป็นธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่ง ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้าแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไป นั่นคือ เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้น ก็จะมีแรงขับ การกระทำก็จะถูกปลุกเร้าแล้วจะเกิดความพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวถึงความสอดคล้องระหว่างการพิจารณาที่คำนี้ถึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล กับความต้องการของมนุษย์ โดยทั่วไป ดังนี้คือ

- 1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs)
- 2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs)
- 3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพ เพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Interpersonal relationship needs)
- 4) ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ (Psychological and spiritual needs)

เครื่องมือวัดความพึงพอใจ

เครื่องมือวัดความพึงพอใจมีหลายชนิด การนำมาใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวัด ในที่นี้ศึกษาเฉพาะเครื่องมือที่นำมาวัดคุณภาพบริการพยาบาลโดย

Servellen (1988) กล่าวว่า Individualized Care Index (ICI) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการการพยาบาล โดย วัดที่พยาบาลเป็นการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลมีทั้งหมด 45 ข้อคำถาม ผลที่ออกมาจะบอกถึงการดูแลของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Eriksen (1988) กล่าวว่า Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care : A Magnitude Estimation Approach. เป็นเครื่องมือที่ใช้วัด คุณภาพบริการพยาบาลวัดที่ผู้ให้บริการ เป็นการประเมินผลการพยาบาลจากการรับรู้ ของผู้ให้บริการทั้งหมด 6 ด้าน มีข้อคำถาม 35 ข้อ

สรุปได้ว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นอีกมิติหนึ่ง ของการวัดคุณภาพบริการ พยาบาลและเป็นการรับรู้ ที่เป็นผลมาจาก การประเมินระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของ Eriksen ซึ่งใช้วัดการรับรู้เปรียบเทียบกับความคาดหวังที่ได้รับต่อการพยาบาล ซึ่งมีการตั้งค่าความคาดหวังในแต่ละการพยาบาลที่ได้รับอยู่ที่ 100 คะแนน เป็นเกณฑ์

3.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม

ความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นความหมายเดียวกัน ความสามารถในการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลที่เกิดมาจาก การปฏิบัติดูแลของพยาบาล จึงมีผู้ให้ความหมายไว้หลายอย่าง คือ การดูแลตนเอง มีความหมายมากมาย โดยทั่วไปอาจรวมถึง การรับผิดชอบในตนเอง การพึ่งตัวเอง การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ (Hill & Smith, 1983)

Kinlein (1977) กล่าวว่า เป็น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีลดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการพยาบาลที่ให้อำนาจแก่การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

Orem (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพการดูแลตนเอง จึงเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีเป้าหมายมีรูปแบบและขั้นตอน เป็นการกระทำที่บุคคลจงใจ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demands) และถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลดังนี้คือ 1) สนับสนุนการดำรงชีวิต 2) การคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลให้อยู่ในภาวะปกติ 3) สนับสนุนระดับพัฒนาการตามศักยภาพของบุคคล 4) ป้องกันการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค 5) ส่งเสริมการปรับหรือควบคุมผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค 6) สนับสนุนการดูแลรักษาหรือควบคุมพยาธิสภาพของโรค และ 7) ส่งเสริมสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคลซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะพิจารณาและ ส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง

Swanson-Kauffman (1988) กำหนดเกณฑ์ในการดูแล 5 องค์ประกอบ คือ

- 1) การแสดงถึงการรู้จัก (knowing) มีความหมายที่เป็น ความปรารถนาของผู้รับการดูแล ที่ต้องการให้เข้าใจในความรู้สึกของเขาในประสบการณ์นั้น ๆ
- 2) การอยู่ด้วย (being with) ซึ่งเป็นอีกขั้นหนึ่งของการเข้าใจ การรู้จัก คือ เป็นความต้องการที่จะมีความรู้สึกร่วมด้วย ซึ่ง Leininger ให้ความหมายในสิ่งที่ คล้าย being with คือ เมตตากรุณา (compassion) ความเห็นใจ (empathy) การแสดงตัว ให้เห็น (presence) ความรัก (love) ความอ่อนโยน (tenderness) และความสบาย (comfort) ซึ่งเป็น สัมพันธภาพระหว่างมนุษย์ที่ใกล้กับความเข้าใจโดยการคิดอย่างมีสติ เป็นบทบาททาง คลินิกและสังคม หรืออาจเรียกการอยู่ด้วยว่าเป็นการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ (emotional involvement)
- 3) การช่วยเหลือ สนับสนุน (enabling) เป็นการดูแลที่ ช่วยเหลือ สนับสนุน ตามความปรารถนาของผู้รับการดูแล Watson (1988) กล่าวว่า การดูแล สิ่งแวดล้อมเป็นการพัฒนาศักยภาพที่เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดในเวลา ให้ทันตามความต้องการ
- 4) ปฏิบัติให้ผู้รับการดูแล (doing for) เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ ผู้รับบริการดูแลได้ปฏิบัติเพื่อตนเอง เมื่อผู้รับการดูแลมีความรู้ อารมณ์ และร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะ ปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองซึ่ง Leininger ให้ความหมายที่ตรงกับ doing for คือ แนวคิดในคำว่า สบาย (comfort) ปฏิบัติที่มีสุขภาพดี (health maintenance acts) พฤติกรรมช่วยเหลือ (health behaviors) พฤติกรรมป้องกัน พฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพและการช่วยเหลือ
- 5) ความเชื่อ (maintaining belief) ความรู้สึกที่มีพื้นฐานจาก ความหวังความไว้วางใจ ซึ่ง Gout (1986) กำหนดถึงคุณลักษณะของผู้ให้การดูแลควรมี ลักษณะ ดังนี้

- 5.1) มีความรู้เกี่ยวกับผู้รับการดูแล
- 5.2) เลือกลงและปฏิบัติกิจกรรมบนพื้นฐาน ความรู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก
- 5.3) ภาวะการเปลี่ยนทางบวกนั้นตัดสินใจโดยการพิจารณาของผู้รับการดูแล

Smith (1987) ได้วิจารณ์แนวคิดของการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีลักษณะไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโอเรียมได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นผลของการทำที่บุคคลมีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยตรง เพื่อควบคุมการกระทำหน้าที่และสวัสดิภาพของตน ในขณะที่ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติหรือกระทำการดูแลตนเอง

ในความหมายของการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองนี้ใกล้เคียงกันมาก ทำให้เกิดความสับสนในการวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งโอเรียมได้ให้หลักในการตัดสินใจ ความพร้อมในการดูแลตนเองว่าเกิดจากบุคคลซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ปัญหาอยู่ที่ว่าการที่บุคคลซึ่งมีความสามารถแต่อาจใช้ความสามารถนั้นได้ไม่เต็มที่ ย่อมทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้ จึงมีผู้พยายามวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Exercise of Self-care Agency or Operation of self-care Agency): ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ คือระยะเวลาเป็นอัมพาตครึ่งซีกมานาน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงขึ้น

เสาวภา วิชิตวาทย์ (2534) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาสูญเสียแขนขา ต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 41 และยังพบว่าระยะเวลาสูญเสียแขนขา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึงผู้ที่สูญเสียแขนขามานานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง

ชุติมา มุสิกะสังข์ (2535) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาพิการน้อยกว่า 6 เดือน มีร้อยละ 50.8 และ พบว่าระยะเวลาพิการของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างแตกต่างกัน มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือไม่ว่าจะเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่างมานานเท่าใด ก็ไม่มีผลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

อารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์ และ เสก อักษรานุเคราะห์ (2539) กล่าวว่า การประเมินผู้ป่วย/ผู้พิการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหลายวิธีแต่นำมาใช้ในเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (functional ability) ซึ่งเกณฑ์การประเมินมีหลายเกณฑ์ แล้วแต่ผู้ปฏิบัติจะเลือกใช้ ดังนี้คือ

1. PULSES (มีรายละเอียดของ ADL ไม่ครบทุกกิจกรรม)
2. Katz Index of Independence in ADL
3. Barthel Index (การให้คะแนนหยาบ ไม่นิยมใช้ในขณะให้โปรแกรมการรักษาอยู่)
4. Kenny Self-care Evaluation (ยังไม่แพร่หลาย)
5. Klein Bell ADL Scale (ยังไม่แพร่หลาย)
6. FIMS (ใช้กันแพร่หลาย บอกผลลัพธ์ของการรักษาไว้)

จากข้อความข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้พิการเป็นบุคคลที่มีความจำกัดในระดับความสามารถ ที่เกี่ยวข้องกับ พยาธิสภาพ ดังนั้น ความสามารถในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะการดูแลตนเองของผู้พิการจึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องเป็นการดูแลอย่างมีเป้าหมาย ตั้งใจที่จะกระทำ มีการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม และตัดสินใจด้วยตนเอง เมื่อผู้พิการมีความเข้าใจ ตั้งใจ จะสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง และไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในทางลดลง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทสำคัญมากในการมีส่วนร่วมให้ผู้พิการมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีบทบาทของผู้ดูแลที่จะต้องสร้างสัมพันธภาพ ความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในตัวของผู้ป่วย/ผู้พิการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้พิการ ในงานวิจัยนี้เลือกใช้ แบบประเมิน FIMS เนื่องจากแบบประเมินนี้ มีการนำมาใช้ในหน่วยงานตั้งแต่เปิดบริการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในทีมเจ้าหน้าที่

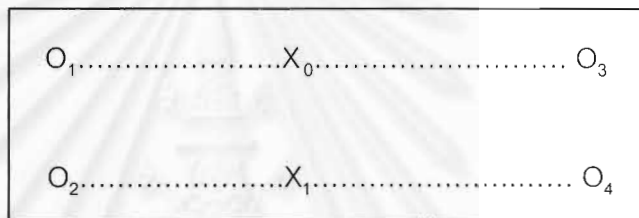
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เป็นการทดลองนำการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่จัดระบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ และมอบหมายให้พยาบาลประจำการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยรับผิดชอบตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อศึกษาผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล ในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest – Posttest Design) มีรูปแบบดังนี้



O₁ = วัดผลก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม

O₂ = วัดผลก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง

X₀ = ไม่มีการทดลอง

X₂ = ให้การทดลองโดยใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

O₃ = วัดผลหลังการทดลองกลุ่มควบคุม

O₄ = วัดผลหลังการทดลองกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ให้บริการหรือผู้ป่วย / ผู้พิการทางกายทุกประเภทที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ได้แก่ ผู้พิการอัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตครึ่งซีก แขน – ขาขาด หรือแขนหรือขาขาด และผู้พิการทางกายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางการมองเห็น และผู้ป่วยประเภทระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ใน 2 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยชายจำนวน 30 คน และหอผู้ป่วยหญิงจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีการคัดเลือก ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยและ/หรือผู้พิการ ที่พักรักษาฟื้นฟู อยู่ในศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติทั้งหมด ทั้งในหอผู้ป่วยชาย และหอผู้ป่วยหญิง ที่มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 40 คน ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดความพิการ และมีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วย/ผู้พิการมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีความพิการทางกายทุกประเภท (ไม่รวมผู้พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้)
2. มีความพิการซ้ำซ้อน กับความพิการทางกายเช่น พิการทางการมองเห็น
3. มีอาการของโรคในระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาการบาดเจ็บอื่น ๆ

การจัดกลุ่มตัวอย่างกระทำโดย

1. สุ่มหอผู้ป่วยด้วยการจับสลากหอผู้ป่วยที่มีอยู่ทั้งหมด 2 หอผู้ป่วย ได้หอผู้ป่วยหญิงเป็น กลุ่มทดลอง และหอผู้ป่วยชายที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งทั้ง 2 หอผู้ป่วยมีเตียงสำหรับผู้ป่วย/ผู้พิการ เท่ากันคือ 24 เตียงในหอผู้ป่วยหญิงซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง เป็นหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่งรักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและให้พยาบาลวิชาชีพที่รักษาการนั้น ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานประจำเวรเช้า

2. จัดให้ผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วย/ผู้พิการ จำนวน 23 คน และได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วย/ผู้พิการ จำนวน 24 คน แต่กลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริงจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เนื่องจากในกลุ่มทดลองจำหน่ายกลับบ้านก่อนสิ้นสุดการทดลอง 2 คน มีอาการแทรกซ้อนทางจิต 1 คน (ไม่สามารถเปรียบเทียบการรับรู้กับความคาดหวังได้) ในกลุ่มควบคุมจำหน่ายกลับบ้านก่อนสิ้นสุดการทดลอง 2 คน มีอาการแทรกซ้อนด้านการรับรู้ 1 คน สมองได้รับความกระทบกระเทือน 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 1 ชุด คือคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้
2. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง มี 1 ชุด คือ แบบวัดความรู้เรื่อง ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง มี 2 ชุด คือ
 - 3.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล
 - 3.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

วิธีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้
 - 1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบเจ้าของไข้ ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนการจัดระบบบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้
 - 1.2 ทำการสัมภาษณ์แนวคิด เพื่อศึกษาเนื้อหาในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากประสบการณ์ นำระบบไปใช้จริงในระบบบริการพยาบาลของไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้
 - 1.2.1 กำหนดผู้ให้สัมภาษณ์ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และ/หรือ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 6 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ
 - 1) วุฒิการศึกษาปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก หรือมีประสบการณ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 15 ปี
 - 2) เป็นผู้ที่เขียนบทความ ตำรา หรือวิจัยเกี่ยวกับพยาบาลเจ้าของไข้ หรือเป็นผู้ที่เคยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการบริหารงานการพยาบาล

วุฒิตามเกณฑ์ข้างต้นจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการทางการศึกษาจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการบริหารและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบริหาร 2 ท่าน จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 3 ท่าน จากโรงพยาบาลราชานุกูล

1.2.2 การกำหนดคำถามหลักในการสัมภาษณ์ คำถามหลักเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

1) การจัดการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบเจ้าของไข้ให้มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมควรมีลักษณะใดบ้าง

2) พยาบาลเจ้าของไข้ควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร และการดำเนินงานกิจกรรมเป็นอย่างไร

3) หัวใจสำคัญของระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้คืออะไร

1.2.3 วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองอย่างไม่เป็นทางการ โดยการติดต่อล่วงหน้าก่อนการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับการตอบรับผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งกล่าวทบทวนถึงข้อมูลสำคัญ เพื่อตรวจสอบว่ามีความเข้าใจตรงกัน และขอความยินยอมในการบันทึกเทป

1.2.4 เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จะใช้เวลาที่ผู้ให้สัมภาษณ์กำหนด เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 45 – 90 นาที โดยสัมภาษณ์ตั้งแต่ 29 พฤศจิกายน 2542 ถึง 15 ธันวาคม 2542

จากนั้นผู้วิจัยทำการถอดความจากเทป และสรุปเนื้อหาสำคัญ โดยวิธีจัดทำความถี่ของข้อความสำคัญ ที่ ผู้ทรงคุณวุฒิกล่าวถึงเหมือนกัน และนำมาจัดลำดับตามคะแนนจากมากไปหาน้อย

1.3 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ โดยใช้ประกอบกับ เนื้อหาที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวแล้วข้างต้น

สรุปโครงสร้างของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จะต้องประกอบด้วย แนวคิด การพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ วัตถุประสงค์ คุณสมบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมดูแล บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และผู้ร่วมดูแล เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยในการบริหารและการปฏิบัติงาน และความเข้าใจในทิศทางเดียวกันของทีมงาน

1.4 เขียนรายละเอียดของคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ และเนื้อหาโดยสรุป (รายละเอียดในภาคผนวก ค.) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การจัดการระบบบริการการพยาบาล การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ การบริหารโดยใช้แนวคิดในเรื่อง การวางแผน การจัดองค์การ การชักนำ และ การควบคุมกำกับ

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้พิการ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2) เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 คุณสมบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมดูแล

ประกอบด้วยคุณสมบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ คุณสมบัติของผู้ร่วมดูแล และการจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ ผู้ที่จะรับมอบหมายงานเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ในโครงการอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังรายละเอียดในภาคผนวก

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การจัดการในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ได้นำแนวคิดการบริหาร เรื่องการวางแผน การจัดองค์การ การชักนำ และการควบคุมกำกับ มาใช้ โดยจัดเป็นกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ การทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดอัตรากำลัง การมอบหมายงาน และการควบคุมกำกับ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ และบทบาทของผู้ร่วมดูแล โดยในแต่ละบทบาทมีหน้าที่ที่แตกต่างกันไป

องค์ประกอบที่ 5 เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วย แบบแผนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมต่อการใช้ระบบบริการการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ได้แก่ ตัวอย่างโครงสร้างองค์กรพยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ตัวอย่างแผนการพยาบาล ตัวอย่างตารางการปฏิบัติงาน ตัวอย่างแผนมอบหมายงานรายสัปดาห์ ตัวอย่างแผนมอบหมายงานประจำวัน ตัวอย่างแผนการควบคุมกำกับแบบวัดความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โครงการอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1.5 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ทำการตรวจสอบในเรื่องต่อไปนี้

1.5.1 องค์ประกอบของคู่มือ มีความเหมาะสมและครอบคลุม หรือไม่

1.5.2 รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ มีความครอบคลุมในเรื่อง และเนื้อหา ที่หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพจะให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในระยะเวลา 7 สัปดาห์หรือไม่

1.5.3 จำนวนภาษาสามารถสื่อความเข้าใจ เป็นภาษาที่เหมาะสมกับเนื้อหา และถูกต้องตามวิธีเขียน ตามหลักวิชาการหรือไม่

1.6 ผลการตรวจสอบเป็นดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน เห็นชอบ ที่จะนำคู่มือไปใช้โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาต่าง ๆ ดังนี้

1.6.1 องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ให้เพิ่มข้อความที่แสดงความสำคัญของ การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย/ผู้พิการ

1.6.2 องค์ประกอบที่ 3 คุณสมบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมดูแลเพิ่มเติมความรู้ความสามารถในการใช้ กระบวนการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาล เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง และให้มีการจัดอบรมเพื่อทบทวนความรู้ก่อนการทดลองและเพิ่มคุณสมบัติของผู้ร่วมดูแล ที่เป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีการฝึกงานในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯจริงในขณะนั้น ในเรื่องการจัดอัตรากำลัง กำหนดให้แจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน

1.6.3 องค์ประกอบที่ 5 เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ให้ปรับในเรื่องรูปแบบโครงสร้างองค์กร ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน การบริการพยาบาลและใช้คำว่าพยาบาลเจ้าของไข้ทั้งหมด และเพิ่มรายละเอียดในโครงการอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.7 ผู้วิจัยได้แก้ไข และปรับปรุงตามคำแนะนำ ภายใต้การดูแลแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากการปรับปรุงถือว่าได้คู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ที่มีคุณภาพ แล้วนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

มีขั้นตอนการสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษา ทบทวนตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 นำความรู้ที่สรุปได้ จากการศึกษาค้นคว้า และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาสร้างแบบวัดความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นข้อคำถามจำนวน

25 ข้อ ลักษณะของแบบวัด ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งการกำหนดคำถามในแต่ละเรื่อง ต้องสัมพันธ์กับการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด ทำโดยนำแบบวัดความรู้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก.) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา สำนวนภาษา ความสัมพันธ์กับคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้ และความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นตรงกัน 4 ใน 6 ท่านของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์มีจำนวน 25 ข้อ

2.4 นำแบบวัดความรู้ที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาปรับปรุงทั้งสำนวน ภาษา และความสอดคล้องของเนื้อหาภายใต้การดูแลแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ตัดข้อที่มีความหมายคล้ายกันออก 1 ข้อ คงเหลือแบบวัดจำนวน 24 ข้อ

2.5 หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้ โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชานุกุล มามากกว่า 2 ปี จำนวน 30 คน จากนั้นได้นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความยากง่าย ได้เลือกข้อที่มีความยากง่าย ตั้งแต่ 0.2 ถึง 0.8 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และมีอำนาจจำแนกมากกว่า 0.2 ได้ข้อสอบที่ใช้ได้จำนวน 24 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง มี 2 ชุด คือ

3.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

3.1.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะแนวคิดและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในเรื่องการพยาบาล (Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care : A Magnitude Estimation Approach) ของอิริคสัน (Eriksen,1988)ซึ่งแบ่งการพยาบาลออกเป็น 6 ด้านได้แก่ ศิลปะของการดูแล คุณภาพทางเทคนิค การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมในการบริการ ความต่อเนื่องในการดูแล และ ประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ในการดูแล

3.1.2 ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ผู้พิการ ทั้งเพศหญิง และชาย จำนวน 20 คน ได้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งข้อเสนอแนะในบริการพยาบาลที่ผู้ป่วย/ผู้พิการคาดหวัง ต้องการได้รับ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาจัดกลุ่ม ตามกรอบเดิมของแบบสอบถามของอิริคสัน แล้วปรับภาษาให้เป็นภาษาเขียนที่เข้าใจง่าย ข้อใดที่แตกต่างจัดให้เป็นข้อเพิ่มเติม สรุปได้ข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ และนำข้อคำถามไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

แห่งชาติจำนวน 5 คน ตรวจสอบด้านภาษา และความหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ตรวจสอบด้านภาษา และความหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ป่วย / ผู้พิการจากนั้นนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำปรับปรุง และแก้ไขเครื่องมือ

คำถามในด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ใช้ทั้ง 6 ด้าน รวมทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้ ศิลปะของการดูแลของพยาบาลมี 9 ข้อ คุณภาพทางเทคนิค (ความสามารถ และความชำนาญ) ในการดูแลของพยาบาล มี 8 ข้อ การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาล มี 6 ข้อ ความพร้อมในการบริการของพยาบาล มี 4 ข้อ ความต่อเนื่องในการดูแลของพยาบาล มี 3 ข้อ และประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาลมี 7 ข้อ

เกณฑ์การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ใช้การให้คะแนนที่เปิดกว้างไม่มีตัวเลขเริ่มต้น หรือสิ้นสุด กล่าวคือในการวัด ให้ผู้ป่วย/ผู้พิการตั้งค่าความคาดหวังของการบริการพยาบาลทุกข้อที่ตนเองไว้ที่ 100 คะแนนเป็นเกณฑ์ ค่าคะแนนที่มากกว่า 100 จึงแสดงถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล และค่าคะแนนที่ต่ำกว่า 100 แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจมีค่าเป็นลบก็ได้

3.1.3 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก. การตรวจสอบในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับรายละเอียดของเนื้อหา ที่เพิ่มเติมว่าจัดเข้ากลุ่มได้สอดคล้องกับรายด้านหรือไม่ พิจารณาในเรื่องภาษาที่เหมาะสมกับเนื้อหา และวิธีเขียนที่ถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่

พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 7 ท่าน เห็นด้วยกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ที่กำหนดไว้ 6 ด้าน ควรปรับเรื่องภาษาบางส่วนในส่วเนื้อหา จำนวนภาษาสื่อความเข้าใจดี มีบางส่วนที่ต้องปรับปรุง เช่นสรรพนามที่ใช้เรียกควรเหมือนกัน ควรยกตัวอย่างในบางคำถาม เพื่อความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไข และปรับปรุง ตามคำแนะนำ สรุปข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะใช้รวบรวมข้อมูลมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 37 ข้อ

3.1.4 นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขและไปทดลองใช้กับผู้ป่วย/ผู้พิการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 30 คน

3.1.5 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach 's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล เท่ากับ .97

3.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

ขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

3.2.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาพบว่า แบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วย/ผู้พิการจะเป็นแบบประเมินเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะเกณฑ์การประเมิน Functional Independence Measure (FIMS) ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ และโรงพยาบาลที่มีหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้อยู่ สามารถใช้บอกความรุนแรงของความพิการ และบอกผลของการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีลักษณะเป็นแนวคิด 2 มิติ ประกอบด้วย ข้อรายการที่ประเมินด้านการใช้กล้ามเนื้อ 13 ข้อ และด้านการคิด - สติปัญญา 5 ข้อ รวม 18 ข้อที่ครอบคลุมความสามารถในการทำกิจกรรม ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อ และการใช้สติปัญญา

เครื่องมือนี้ออกแบบสำหรับให้ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม .และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ FIMS สร้างขึ้นโดย American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (Delisa ,1993) ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่นำมาใช้ในการทดลองประกอบด้วย 6 ด้าน คือ กิจวัตรประจำวันมี 6 ข้อ การควบคุมการขับถ่าย มี 2 ข้อ การเคลื่อนที่มี 3 ข้อ การเดินทางมี 2 ข้อ การติดต่อสื่อสาร มี 2 ข้อ และสัมพันธภาพทางสังคม มี 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน Functional Independence Measure (FIMS) มีการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ คือ 1 ถึง 7 คะแนน ดังตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรม	ระดับกิจกรรม	คะแนน
Feeding	ใช้ช้อน ส้อม มีด ที่ปกติไม่มีการปรับปรุงทำได้ครบทุกขั้นตอน.....	7
	ปรับรูปร่างเครื่องมือที่ใช้ มีการใช้ Utensils และใช้เวลามากกว่าปกติ	6
	ต้องมีคนคอยบอกให้ทำ ช่วยใส่กายอุปกรณ์ หรือ Utensils ให้ไม่มีการตะตองตัวคนไข้ หรือช่วยในการขบวนการกิน.....	5
	มีการบดอาหารให้ละเอียดก่อนเคี้ยว ช่วยจับช้อน ส้อม มีด ช่วยตักอาหารเข้าปากน้อยกว่า 25%.....	4
	ช่วยจับช้อน ส้อม มีด ช่วยตักอาหารเข้าปาก 50 – 75%.....	3
	ให้อาหารทาง IV, NG, gastrostomy ช่วยจับช้อน ส้อม มีด.....	2
	ช่วยทุกขั้นตอน กินอาหารทางปากไม่ได้เลย ต้องให้อาหารทาง IV, NG, gastrostomy เท่านั้น.....	1
Dressing upper body	ใส่และถอดเสื้อผ้า รวมทั้งเอาเสื้อผ้าออกจากที่เก็บเข้าตู้เสื้อผ้า ใส่เสื้อชั้นใน เสื้อสวมหัว เสื้อเปิดด้านหน้ารัดซิป ติดกระดุม ตะขอ ใส่และถอดกายอุปกรณ์ กายอุปกรณ์เสริมได้เอง.....	7
	ใช้การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เป็นแบบพิเศษ (special dressing equipment) เช่น velcro.....	6
	ช่วยใส่กายอุปกรณ์เสริม ใส่/ถอดกายอุปกรณ์ที่มีการดัดแปลงเป็นพิเศษ.....	5
	มีผู้ช่วยน้อยกว่า 25%.....	4
	มีผู้ช่วย 25 – 50%.....	3
	มีผู้ช่วย 50 – 75%.....	2
	มีผู้ช่วย 75 – 100%.....	1

3.2.2 ตรวจสอบหาค่าดัชนีของความสอดคล้องของแบบประเมิน FIMS โดยนำไปใช้กับผู้ป่วย/ผู้พิการ 10 คน เป็นหญิง 5 คน ชาย 5 คน มีวิธีการตรวจสอบดังนี้

- 1) ผู้วิจัยทำความเข้าใจความตกลง และอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลแบบประเมินแก่ผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่งานผู้ป่วยนอก

2) เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมิน โดยใช้วิธีการสังเกตร่วมกับผู้วิจัย คือ ให้ผู้ช่วยวิจัย ร่วมสังเกตความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ 1 คน ในเวลาเดียวกันกับผู้วิจัย สังเกตผู้ป่วย/ผู้พิการวันละ 2-3 คน ระยะเวลาในการสังเกตรวม 3 วัน

3) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีของความสอดคล้องของการใช้แบบประเมิน โดยใช้วิธีการคำนวณของวิลเลียม เอ สกอตต์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2529) ผลการวิเคราะห์มีความเชื่อถือได้ตามลำดับการประเมินครั้งที่ 1 - 10 เท่ากับ .97 , .93 , 1 , 1 , .95 , 1 , .94 , .96 , 1 และ .87

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดดังที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย สำหรับแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมการวัดครั้งที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้วัดโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2543 และเสร็จสิ้นภายในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2543 รวมระยะเวลา 10 วัน

2. เตรียมสถานที่สำหรับทำการทดลอง ขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เพื่อขอทำการทดลองในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โดยแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ

3. เตรียมพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 แจ้งให้พยาบาลวิชาชีพที่จะปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยหญิงในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ และเดือนมีนาคม 2543 ทราบถึงขั้นตอนการเตรียมการและการทดลอง และนัดประชุมอบรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันพุธที่ 26 มกราคม 2543 ครั้งที่ 2 ในวันเสาร์ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2543 และวันอาทิตย์ที่ 6 กุมภาพันธ์ 2543 โดยใช้เวลาดังตั้ง 09.00 น. - 16.00 น.

3.2 เตรียมการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ตามลำดับดังนี้

3.2.1 เขียนโครงการอบรม เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค.

3.2.2 จัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วย/ผู้พิการ กลุ่มที่ได้รับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง กลุ่มโรคเลือดสมอง กลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูก กลุ่มอาการปวด โดยเชิญแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ มาเป็นวิทยากรจำนวน 5 คน ในวันพุธที่ 26 มกราคม 2543 ตั้งแต่เวลา 9.00 ถึง 16.00 น.

3.2.3 จัดให้มีการอบรมในเรื่องกระบวนการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาลโดยเชิญ วิทยากร ที่มีความรู้และประสบการณ์ มาเป็นวิทยากรในการเขียนแผนการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการ ในวันเสาร์ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2543 ตั้งแต่เวลา 9.00 น. ถึง 18.30 น.

3.2.4 จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้โดย เชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาเป็นวิทยากรบรรยายในเรื่อง การพยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในวันอาทิตย์ที่ 6 กุมภาพันธ์ 2543 ตั้งแต่เวลา 9.00 - 12.00 น. ในระหว่างการบรรยาย มีการซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหาแนวทางในการสร้างความเชื่อ และปรัชญาในการพยาบาล ผู้ป่วย / ผู้พิการร่วมกัน

3.2.5 ภายหลังจากอบรม ผู้วิจัยได้สร้างความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้กับพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน ในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้พร้อมทั้งร่วมกันค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามระบบบริการพยาบาล ที่ทำการทดลองปรับเปลี่ยนใหม่จากระบบปกติ เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนในการแก้ไข สรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน มีความเชื่อและให้ความร่วมมือในการทดลองในระยะเวลา 7 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ ได้ร่วมกันจัดทำแผนการพยาบาล ต่อจากวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2543

3.2.6 ก่อนและหลังการอบรม ผู้วิจัยทำการวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่จะ เป็นพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เมื่อทำการวิเคราะห์คะแนนที่ได้พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้หลังการอบรมตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป ซึ่งเกณฑ์ที่ผู้วิจัยตั้งไว้คือ ร้อยละ 60 ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน จึงมีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดภายหลังจากอบรม จากนั้นเฉลยคำตอบในแบบวัดความรู้รวมทั้งจัดหาเอกสารทางวิชาการเพิ่มเติมให้กับพยาบาลเจ้าของไข้

ขั้นตอนที่ 2 ระยะทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย มอบหมายให้พยาบาลประจำการที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ พยาบาลเจ้าของไข้ ดำเนินการตามรูปแบบการบริการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ผู้วิจัย สร่างขึ้น โดยมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการคนละไม่เกิน 5 คน

2. หัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ปฏิบัติงานโดยมีการจัดการระบบบริการการพยาบาลภายใน หอผู้ป่วยหญิงด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ นิเทศงานตามแผนการควบคุมกำกับในการติดตาม การปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ทุกคน คนละ 2 ครั้ง ในเรื่องการเขียนแผนการพยาบาล บันทึกรักษาการคนไข้ การร่วมทีมประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ 1 – 2 ครั้ง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้พิการคนละ 2 ครั้ง นอกจากนี้จะร่วมฟังการรับ - ส่งเวร ด้วยตนเองของพยาบาลเจ้าของไข้ มีการประชุมประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยระบบพยาบาล เจ้าของไข้ทุก 2 สัปดาห์ครั้งแรกเริ่ม ภายหลังจากทดลอง 1 สัปดาห์ นอกนั้นใช้รูปแบบ แบบไม่ เป็นทางการ กับรายบุคคล

ในระหว่างการทดลองมีการดำเนินการเพิ่มเติมในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ให้ระบบการจัดยาเป็นมื้อ (unit dose) มาจากงานเวชกรรมห้องยาในสัปดาห์ที่ 1 พยาบาลเจ้าของไข้มีความสับสนในขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่นการตรวจสอบเม็ดยาที่ทำให้รู้สึก ว่าทำงานได้ล่าช้า เพราะต้องมาตรวจสอบซ้ำซ้อน สัปดาห์ต่อมาเริ่มมีความคล่องตัวในการทำงาน เรื่องการให้ยาช่วยลดระยะเวลาดังกล่าวเหลือ 10 นาที จากเดิมใช้เวลาจัดยาเฉลี่ย 25 – 30 นาที ผู้วิจัยได้เข้าตรวจสอบปัญหาอุปสรรคเรื่องนี้เป็นระยะ อุปสรรคที่พบภายหลังเดือนกุมภาพันธ์คือ เภสัชกรไม่สามารถจัด ยาเป็นมื้อได้เนื่องจากติดภาระกิจทางราชการ และมีบุคลากรเพียงคนเดียว ที่เป็นผู้ช่วยเภสัชกรซึ่งไม่สามารถสนับสนุนงานวิจัยนี้ได้ ผู้วิจัยแก้ไขโดยทำหน้าที่จัดยาเป็นมื้อแทน เนื่องจากผลการประเมินจากพยาบาลเจ้าของไข้ทั้ง 5 คน พบว่าระบบการจ่ายยาแบบนี้ทำให้ พยาบาลเจ้าของไข้มีเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วย/ผู้พิการมากขึ้นและลดเวลาในการทำงานประจำลง

2. จัดให้มีการ Conference case ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ที่ขึ้นพร้อมกันในเวรเช้า ก่อนที่จะออกไปเยี่ยมติดตามผู้ป่วย / ผู้พิการ ประมาร 9.00 น. ณ ตึกกิจกรรมบำบัด ตึกกายภาพ บำบัด และตึกกายอุปกรณ์ เพื่อร่วมกันประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย / ผู้พิการนอกจากเพื่อให้ การพยาบาลแล้วยังช่วยแก้ปัญหาความไม่คล่องตัวในการเขียนแผนการพยาบาล และพยาบาล

เจ้าของไข้สามารถนำข้อมูลกลับไปเขียนเพิ่มเติมได้ครอบคลุมขึ้น ภายหลังจากงานและทำให้ที่พยาบาลเจ้าของไข้ ตระหนักถึงความจำเป็น

จุดเน้นที่สำคัญในระหว่างดำเนินการทดลองมีดังนี้

1. เรื่องการประสานงาน มีความสำคัญมากที่จะทำให้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ราบรื่น การประสานงานจำเป็นต้องมีในครั้งแรก แต่ต้องติดตามให้มีกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ในงานวิจัยนี้ใช้เวลา 3 สัปดาห์งานจึงเข้าที่เนื่องจาก กลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง มีระบบงานที่แตกต่างกัน งานเอกสารบางอย่างที่ต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ๆ ในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู จะต้องถูกปรับเปลี่ยนในช่วงทดลอง รวมถึงทีมเวชศาสตร์ที่ต้องเข้ามาสัมผัสอาจเกิดความสับสน ในการวางตัวและการปฏิบัติงานบางอย่าง เช่นมีเฉพาะพยาบาลเจ้าของไข้จากหอผู้ป่วยหญิงเท่านั้นที่เดินไปเยี่ยมผู้ป่วย / ผู้พิการ และพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ ที่ตีกายภาพบำบัด หรือการเขียนคำสั่งแพทย์ ในระบบจัดยาเป็นมือ ต้องมีสำเนา ซึ่งงานเวชกรรมห้องยาต้องการเพิ่มขึ้น การเชิญแพทย์และทีมเวชศาสตร์อื่น ๆ มาประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นต้น การบริหารจัดการดังกล่าวผู้วิจัยใช้วิธีประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ ด้วยตนเองในครั้งแรก ต่อมาจะพิจารณาเป็นเรื่อง ๆ บางเรื่องหัวหน้าหอผู้ป่วยประสานด้วยตนเอง บางเรื่องเปิดโอกาสให้พยาบาลเจ้าของไข้มีสิทธิตัดสินใจ และลงมือกระทำเอง เช่น การประสานงานกับทีมเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย / ผู้พิการรายที่ตนเองรับผิดชอบ สำหรับการแก้ไขปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับหน่วยงานอื่น ผู้วิจัยใช้วิธีเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ติดไว้ให้ทราบถึงข้อปฏิบัติ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. เรื่องการจัดระบบงาน ในการดำเนินงานของพยาบาลประจำการในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต้องคำนึงถึง และให้สอดคล้องกับ การมอบหมายงานของผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู เช่นการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การเป็นผู้ประสานงานการพัฒนาคุณภาพ ในเวลาดังกล่าวหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องจัดให้มีผู้ร่วมดูแล อยู่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแทน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้พิการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

นอกจากนั้นในระหว่างการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ข้อคิดสำคัญในการใช้คู่มือดังนี้คือ เรื่องการปฏิบัติงานตามแผนมอบหมายงานประจำวันในระยะแรก พยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน ยังไม่มีความคล่องตัวในการดูแลมอบหมายงาน ผู้วิจัยแก้ไขโดยอธิบายให้แต่ละคนเข้าใจประมาณ 1 – 2 ครั้ง/คน ร่วมทั้งผู้ร่วมดูแลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินงานตามปกติ กล่าวคือ มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการแบบหน้าที่ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการมอบหมายงานให้พยาบาลประจำการ ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการทั้งหมดในระหว่างที่ขึ้นปฏิบัติงานเวร มีพยาบาล

เทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นทีมงานไม่มีการดูแลผู้ป่วย / ผู้พิการเป็นรายบุคคล ไม่มีการจัดทำแผนการพยาบาลผู้ป่วย / ผู้พิการ มีการจัดอัตรากำลังเป็นแบบหมุนเวียนมีการควบคุมกำกับงานอย่างไม่มีแบบแผน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

การรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลการทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังสิ้นสุดการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การทดลองได้สิ้นสุดในวันที่ 30 มีนาคม 2543

สรุปใช้เวลาดำเนินการทดลองตั้งแต่ขั้นเตรียมการทดลอง จนถึงขั้นประเมินผลการทดลองรวม 2 เดือน 13 วัน คือตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2543 ถึง วันที่ 30 มีนาคม 2543

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาคำนวณหาสถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลในเรื่องอายุ การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของโรคหรือความพิการ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลนี้ และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลอื่น ๆ นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ นำมาคำนวณหาค่ามัธยเลขคณิต (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t - test โดยเปรียบเทียบทั้งรวมทุกด้าน
3. คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ นำมาคำนวณหาค่ามัธยเลขคณิต (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t - test โดยเปรียบเทียบทั้งรวมทุกด้าน และในแต่ละด้าน
4. คะแนนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำมา คำนวณหาค่าคะแนนรวมแต่ละครั้งแล้วนำมา เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้วยสถิติทดสอบ t - test

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

(3 สัปดาห์)

1. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
3. เตรียมสถานที่
4. เตรียมพยาบาลระบบเจ้าของไข้

ขั้นการทดลอง

(5 สัปดาห์)

pretest กลุ่มทดลอง

pretest กลุ่มควบคุม

การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

1. มีการทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. การจัดอัตรากำลัง มีพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล 2 คนต่อผู้พิการ 4-5 คน
3. มีการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เช่น ทำการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชม.
4. มีการควบคุมกำกับตามคู่มือ ฯ เช่น การนิเทศให้คำปรึกษา เป็นต้น

การจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

1. ไม่มีการทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. การจัดอัตรากำลัง มีพยาบาลครบทุกเวรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย 24 คน ตามการแบ่งหน้าที่
3. มีการมอบหมายงานแบบหน้าที่วางแผนการพยาบาลใน 8 ชม. ดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ เฉพาะในเวร ให้การพยาบาลผู้พิการทั่วไป และแบ่งหน้าที่กันทำ
4. มีการควบคุมงานอย่างไม่มีแบบแผน

ขั้นประเมินผล

(2 สัปดาห์)

post test

post test

- แบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการ
พยาบาล : กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ผู้วิจัยนำ
เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำ
กิจกรรมของผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ
ประเภทของความพิการ ระยะเวลาของโรคหรือความพิการ ระยะเวลาที่รับไว้รักษาใน
โรงพยาบาล จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาลนี้และโรงพยาบาลอื่น

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
< 20	0	0.0	1	5.0	1	2.5
21 – 30	6	30.0	3	15.0	9	22.5
31 – 40	1	5.0	2	10.0	3	7.5
41 – 50	2	10.0	6	30.0	8	20.0
51 - 60	3	15.0	6	30.0	9	22.5
> 60	8	40.0	2	10.0	10	25.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ ประเภทของความพิการ ระยะเวลาของโรคหรือความพิการ ระยะเวลาที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาล จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาลนี้และโรงพยาบาลอื่น (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา						
ประถมศึกษา	4	20.0	0	0.0	4	10.5
มัธยมศึกษา	10	50.0	4	20.0	14	35.0
ปวช., ปวส., อนุปริญญา	1	5.0	9	45.0	10	25.0
ปริญญาตรี	2	10.0	3	15.0	5	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	15.0	4	20.0	7	17.5
อาชีพ						
รับราชการ/พนักงานวิสาหกิจ	0	0.0	6	30.0	6	15.0
รับจ้าง	6	30.0	7	17.5	13	32.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	25.0	4	20.0	9	22.5
นักศึกษา	0	0.0	1	5.0	1	2.5
อื่น ๆ / ไม่ระบุ	9	45.0	2	10.0	11	27.5
ประเภทความพิการ						
ระบบประสาท	15	75.0	18	90.0	33	82.5
ระบบกล้ามเนื้อ	5	25.0	0	0.0	5	12.5
บาดเจ็บและอื่น ๆ	0	0.0	2	10.0	2	5.0
ระยะเวลาของโรคหรือความพิการ (เดือน)						
< 1	11	55.0	14	70.0	25	62.5
1 – 3	6	30.0	6	30.0	12	30.0
4 – 6	1	5.0	0	0.0	1	2.5
> 6	2	10.0	0	0.0	2	5.0
ระยะเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (เดือน)						
1 – 3	13	65.0	11	55.0	24	60.0
4 – 6	4	20.0	4	20.0	8	20.0
7 – 12	2	10.0	4	20.0	6	15.0
> 12	1	5.0	1	5.0	2	5.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ ประเภทของความพิการ ระยะเวลาของโรคหรือความพิการ ระยะเวลาที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาล จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาลนี้และโรงพยาบาลอื่น (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนี้						
1	15	75.0	18	90.0	33	82.5
2	2	10.0	1	5.0	3	7.5
3	2	10.0	1	5.0	3	7.5
4	1	5.0	0	0.0	1	2.5
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอื่น						
ไม่เคย	2	10.0	0	0.0	2	5.0
1	6	30.0	9	45.0	15	37.5
2	4	20.0	5	25.0	9	22.5
3	6	30.0	3	15.0	9	22.5
4	2	10.0	3	15.0	5	12.5

กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วย/ผู้พิการเพศหญิง จำนวน 20 คน มีผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนมากที่สุด ครั้งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพอื่น ๆ /ไม่ระบุอาชีพ ส่วนใหญ่มีความพิการทางระบบประสาท ระยะเวลาของโรคหรือความพิการน้อยกว่า 1 เดือน ระยะเวลาที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล 1 – 3 เดือน ครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนี้เป็นครั้งแรก เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่น จำนวน 1 และ 3 ครั้งเท่ากันและมากที่สุด

กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วย/ผู้พิการเพศชาย จำนวน 20 คน มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปีและ 51 – 60 ปี จำนวนเท่ากันและมากที่สุด เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับปวช., ปวส., อนุปริญญา มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความพิการทางระบบประสาท ระยะเวลาของโรคหรือความพิการน้อยกว่า 1 เดือน ระยะเวลาที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล 1 – 3 เดือน ครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนี้เป็นครั้งแรก เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่น จำนวน 1 ครั้งมากที่สุด

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและ
รายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะของการดูแล	240	2050	1268.50	414.35	145	2450	971.00	457.63	2.35 ⁺
คุณภาพทางเทคนิค	630	1550	1105.00	321.82	340	2200	819.45	400.95	3.54 ⁺
การจัดสภาพแวดล้อม	520	1020	667.50	131.18	40	1430	560.50	267.41	1.93 ⁺
ความพร้อมในการบริการ	310	1100	588.50	171.78	31	1400	418.80	268.19	2.54 ⁺
ความต่อเนื่องในการดูแล	290	700	437.00	106.57	22	550	292.10	110.79	4.25 ⁺
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	620	3400	1151.00	578.94	240	2100	733.00	410.52	2.57 ⁺
รวม	2620	9380	5217.50	1464.35	1027	2620	3794.85	1846.82	2.68 ⁺

* p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล
ของกลุ่มทดลองรวมทุกด้านและรายด้านทุกด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ
ทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะของการดูแล									
ความอ่อนโยนของพยาบาล	20	200	133.50	47.05	40	300	116.00	57.78	1.05
ความเข้าใจในความรู้สึก	20	200	148.50	50.60	0	200	94.60	46.05	3.44*
ความอดทนของพยาบาล	20	200	138.00	50.01	3	250	100.65	46.40	2.85*
ความสนใจ เอาใจใส่	50	300	158.50	58.24	10	300	103.50	57.52	3.94*
การใช้คำพูด/คำศัพท์	20	200	131.50	47.38	5	300	108.75	58.22	1.46
ความเมตตา	60	300	143.50	57.88	11	300	113.05	57.50	1.56
การรับฟังสิ่งที่ผู้ใช้บริการพูด	0	300	150.00	78.27	6	300	108.30	58.16	2.06*
ความมีมิตรไมตรี	50	400	146.00	79.43	8	300	114.65	58.76	1.42
การจัดให้ผู้ใช้บริการมีความเป็นส่วนตัว	0	200	119.00	48.98	10	300	111.50	58.60	.59
รวม	240	2050	1268.50	414.35	145	2450	971.00	457.63	2.35*

* p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแล เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ในข้อ ความเข้าใจในความรู้สึก ความอดทนของพยาบาล ความสนใจ/เอาใจใส่ และการรับฟังสิ่งที่ผู้ใช้บริการพูด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในข้ออื่นไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิคเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
คุณภาพทางเทคนิค									
ทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	80	200	133.50	36.89	10	200	105.50	46.39	2.14*
ความรู้ของพยาบาลในการดูแล	100	300	148.50	61.92	7	250	107.85	51.56	2.40*
การอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา และขั้นตอนการปฏิบัติตน	80	200	141.50	39.37	5	250	104.75	52.25	4.13*
การสอนให้เข้าใจว่าต้องปฏิบัติอย่างไรในการดูแลตนเอง	100	500	176.50	98.42	0	300	104.50	65.73	2.83*
การช่วยเหลือในเรื่องการอาบน้ำ	50	300	127.50	56.84	0	300	87.00	60.10	3.28*
การช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร	95	300	132.25	60.92	40	500	121.90	107.60	.70
การช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย	80	200	120.75	39.68	0	300	88.70	62.39	2.33*
การจัดลำดับกิจกรรมในการดูแล	90	200	124.50	36.20	5	300	99.25	60.53	2.01*
รวม	630	1550	1105.00	321.82	340	2200	819.45	400.95	3.54*

*p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิค เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ในข้อ ทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ความรู้ของพยาบาลในการดูแล การอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติตน การสอนให้เข้าใจว่าต้องปฏิบัติอย่างไรในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือเรื่องการอาบน้ำ การช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย และการจัดลำดับกิจกรรมในการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในข้ออื่นไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านการจัด
สภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
(n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ									
จัดเก็บอุปกรณ์และของใช้ที่จำเป็นไว้ในที่ที่เอื้อมถึงได้	90	160	114.50	22.82	0	300	90.85	58.88	1.65
ช่วยทำเตียงให้ตั้ง	100	20	126.00	35.60	80	300	98.90	55.32	2.73*
ช่วยปรับโต๊ะ/โต๊ะคร่อมเตียง	80	200	112.50	62.10	0	300	96.95	62.32	1.64
ปรับแสงในห้องเท่าที่พอใจ	80	200	104.50	24.60	4	300	101.20	56.10	.24
ปรับอุณหภูมิ/พัดลมให้เหมาะสม	90	200	109.00	25.11	10	200	98.00	46.97	.93
ควบคุมเสียงในห้องให้เหมาะสม	30	300	101.00	52.10	2	120	74.60	32.28	2.29*
รวม	520	1020	667.50	131.18	40	1430	560.50	267.41	1.93*

* p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ในข้อ การช่วยทำเตียงให้ตั้งและการควบคุมเสียงในห้องให้เหมาะสม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในข้ออื่นไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในการบริการเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ความพร้อมในการบริการ									
การได้พบพยาบาลเมื่อต้องการ	90	500	177.00	101.99	6	350	105.30	63.36	3.05*
ตรวจสอบ/ประเมินสภาพของผู้ใช้บริการสม่ำเสมอ	80	300	157.50	52.90	12	350	104.60	71.20	3.24*
พยาบาลจัดหาในสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการหรือจำเป็นได้	90	300	131.50	50.29	8	350	113.40	70.44	.83
พยาบาลไม่ลืมทำในสิ่งที่สัญญาหรือรับปากไว้	40	200	122.50	38.64	0	350	95.50	75.23	1.46
รวม	310	1100	588.50	171.78	31	1400	418.80	268.19	2.54*

* p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในการบริการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ในข้อ การได้พบพยาบาลเมื่อต้องการ และการตรวจสอบ/ประเมินสภาพของผู้ใช้บริการสม่ำเสมอ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในข้ออื่นไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ความต่อเนื่องในการดูแล									
พยาบาลติดตามในการจัดหา/จัด ทำสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการ	100	200	139.00	33.07	70	120	90.35	23.38	6.53*
พยาบาลรู้ความต้องการของผู้ใช้ บริการโดยไม่ต้องบอก	80	200	125.50	35.17	10	350	104.00	69.08	1.51
พยาบาลคนเดิมให้การดูแลผู้ใช้ บริการในแต่ละวัน	90	500	172.50	93.86	5	200	97.75	42.07	3.04*
รวม	290	700	437.00	106.57	22	550	292.10	110.79	4.25*

* p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแล เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ในข้อ พยาบาลติดตามในการจัดหา/จัดทำสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการ และพยาบาลคนเดิมให้การดูแลผู้ใช้บริการในแต่ละวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในข้ออื่นไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านประสิทธิผล/ ผลลัพธ์เป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์									
รู้สึกสบาย/บรรเทาความเจ็บปวด/ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	80	300	147.00	54.30	4	300	106.20	63.02	2.31*
รู้สึกสงบ/ผ่อนคลาย	60	800	168.00	157.57	6	350	105.30	69.54	1.59
รู้สึกมั่นคง	90	700	196.50	140.20	0	350	107.00	73.92	2.64*
รู้สึกได้รับการเตรียมพร้อมที่จะ เผชิญกับสิ่งต่าง ๆ	80	500	158.00	87.58	0	300	99.00	66.40	2.13*
รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรขณะ อยู่โรงพยาบาล	100	600	179.50	110.00	0	400	114.25	80.41	2.30*
รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับ ไปอยู่บ้าน	90	300	145.50	52.56	0	200	88.75	36.63	4.44*
รู้สึกสะอาดและสดชื่น	100	500	156.50	90.45	50	300	112.50	57.48	1.72
รวม	620	3400	1151.00	578.94	240	2100	733.00	410.52	2.57*

* p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ในข้อ รู้สึกสบาย/บรรเทาความเจ็บปวด/ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รู้สึกมั่นคง รู้สึกได้รับการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ รู้สึกว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรขณะอยู่โรงพยาบาล และรู้สึกว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปบ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในข้ออื่นไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 20)

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	หลังทดลอง				ก่อนทดลอง				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะของการดูแล	300	1220	836.25	237.96	580	1980	992.00	303.89	-2.85*
คุณภาพทางเทคนิค	230	1100	709.50	196.90	550	1520	821.00	267.08	-2.06*
การจัดสภาพแวดล้อม	90	640	511.00	138.76	250	1260	599.75	197.42	-1.77*
ความพร้อมในการบริการ	40	730	382.60	121.51	200	700	415.25	112.97	-1.28
ความต่อเนื่องในการดูแล	30	450	277.75	84.26	150	400	298.75	56.33	-0.89
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	70	1210	678.25	227.22	380	1350	779.75	218.73	-2.28*
รวม	760	4780	3395.35	886.08	2400	7100	3906.50	984.56	-2.50*

* p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลของกลุ่มควบคุม รวมทุกด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลอง

ส่วนค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล ของกลุ่มควบคุม รายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้านศิลปะของการดูแล คุณภาพทางเทคนิค การจัดสภาพแวดล้อมและประสิทธิผล/ผลลัพธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะของการดูแล	145	2450	971.00	457.63	580	1980	992.00	303.89	-17
คุณภาพทางเทคนิค	340	2200	819.45	400.95	550	1520	821.00	267.08	-01
การจัดสภาพแวดล้อม	40	1430	560.50	267.41	250	1260	599.75	197.42	-53
ความพร้อมในการบริการ	31	1400	418.80	268.19	200	700	415.25	112.97	.06
ความต่อเนื่องในการดูแล	22	550	292.10	110.79	150	400	298.75	56.33	-24
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	240	2100	733.00	410.52	380	1350	779.75	218.73	-45
รวม	1027	2620	3794.85	1846.82	2400	7100	3906.50	984.56	-24

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล รวมทุกด้านและรายด้าน เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม(n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะของการดูแล	240	2050	1268.50	414.35	300	1220	836.25	237.96	4.05*
คุณภาพทางเทคนิค	630	1550	1105.00	321.83	230	1100	709.50	196.90	4.68*
การจัดสภาพแวดล้อม	520	1020	667.50	131.18	90	640	511.00	138.76	3.66*
ความพร้อมในการบริการ	310	1100	588.50	171.78	40	730	382.60	121.51	4.37*
ความต่อเนื่องในการดูแล	290	700	437.00	106.57	30	450	277.75	84.26	5.24*
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	620	3400	1151.00	578.94	70	1210	678.25	227.22	3.40*
รวม	2620	9380	5217.50	1464.35	760	4780	3395.35	886.08	4.76*

* p < .05

จกตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล รวมทุกด้านและรายด้าน เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแลเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะของการดูแล									
ความอ่อนโยนของพยาบาล	20	200	133.50	47.05	10	150	92.50	31.60	3.24*
ความเข้าใจในความรู้สึก	20	200	148.50	50.60	20	120	85.50	26.50	4.93*
ความอดทนของพยาบาล	20	200	138.00	50.01	20	150	102.25	23.65	2.89*
ความสนใจ เอาใจใส่	50	300	158.50	58.24	20	150	94.00	30.50	4.39*
การใช้คำพูด/คำศัพท์	20	200	131.50	47.38	20	160	89.75	27.26	3.42*
ความเมตตา	60	300	143.50	57.88	40	200	95.75	39.11	3.06*
การรับฟังสิ่งที่ผู้ใช้บริการพูด	0	300	150.00	78.27	10	150	93.25	35.40	2.95*
ความมีมิตรไมตรี	50	400	146.00	79.43	20	180	97.50	40.47	2.43*
การจัดให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมส่วนตัว	0	200	119.00	48.98	20	150	85.75	28.44	2.63*
รวม	240	2050	1268.50	414.35	300	1220	836.25	237.96	4.05*

* p < .05

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแล เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองในทุกข้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิคเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
คุณภาพทางเทคนิค									
ทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติ กิจกรรมพยาบาล	80	200	133.50	36.89	10	200	88.50	40.17	3.69*
ความรู้ของพยาบาลในการดูแล	100	300	148.50	61.92	10	200	95.50	32.96	3.38*
การอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวิธี การรักษา และขั้นตอนการ ปฏิบัติตน	80	200	141.50	39.37	10	200	92.50	40.51	3.88*
การสอนให้เข้าใจว่าต้องปฏิบัติ อย่างไรในการดูแลตนเอง	100	500	176.50	98.42	10	200	99.75	40.80	3.22*
การช่วยเหลือในเรื่องการอาบน้ำ	50	300	127.50	56.84	10	130	83.25	31.13	3.05*
การช่วยเหลือในเรื่องการ รับประทานอาหาร	95	300	132.25	60.92	10	110	79.50	29.11	3.49*
การช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย	80	200	120.75	39.68	10	110	80.00	31.29	3.61*
การจัดลำดับกิจกรรมในการดูแล	90	200	124.50	36.20	10	120	90.50	24.38	3.48*
รวม	630	1550	1105.00	321.83	230	1100	709.50	196.90	4.68*

* p < .05

จากตารางที่ 13 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิค เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ในทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ									
จัดเก็บอุปกรณ์และของใช้ที่จำเป็นไว้ในที่ที่เอื้อมถึงได้	90	160	114.50	22.82	10	150	84.50	29.29	3.61*
ช่วยทำเตียงให้ตั้ง	10	20	126.00	35.60	10	150	91.00	36.94	3.05*
ช่วยปรับโต๊ะ/โต๊ะคร่อมเตียง	80	200	112.50	62.10	10	110	80.75	27.83	3.34*
ปรับแสงในห้องเท่าที่พอใจ	80	200	104.50	24.60	20	110	83.00	22.73	2.87*
ปรับอุณหภูมิ/พัดลมให้เหมาะสม	90	200	109.00	25.11	20	120	87.25	23.37	2.84*
ควบคุมเสียงในห้องให้เหมาะสม	30	300	101.00	52.10	20	110	84.50	23.05	1.29
รวม	520	1020	667.50	131.18	90	640	511.00	138.76	3.66*

*p < .05

จากตารางที่ 14 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ในข้อ จัดเก็บอุปกรณ์และของใช้ที่จำเป็น ช่วยทำเตียงให้ตั้ง ช่วยปรับโต๊ะ/โต๊ะคร่อมเตียง ปรับแสงในห้องเท่าที่พอใจ และปรับอุณหภูมิ/พัดลมให้เหมาะสม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการควบคุมเสียงในห้องให้เหมาะสม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในการบริการเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ความพร้อมในการบริการ									
การได้พบพยาบาลเมื่อต้องการ	90	500	177.00	101.99	10	160	97.05	29.29	3.37*
ตรวจสอบ/ประเมินสภาพของใช้ บริการสม่ำเสมอ	80	300	157.50	52.90	10	200	94.75	39.39	4.25*
พยาบาลจัดหาในสิ่งที่ผู้ใช้บริการ ต้องการหรือจำเป็นได้	90	300	131.50	50.29	10	110	89.25	23.58	3.40*
พยาบาลไม่ลืมทำในสิ่งที่สัญญา หรือรับปากไว้	40	200	122.50	38.64	10	300	101.55	52.15	1.44
รวม	310	1100	588.50	171.78	40	730	382.60	121.51	4.37*

* p < .05

จากตารางที่ 15 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในการบริการ เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ในข้อ การได้พบพยาบาลเมื่อต้องการ การตรวจสอบ/ประเมินสภาพของผู้ใช้บริการสม่ำเสมอ พยาบาลจัดหาในสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการหรือจำเป็นได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพยาบาลไม่ลืมทำในสิ่งที่สัญญาหรือรับปากไว้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแลเป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ความต่อเนื่องในการดูแล									
พยาบาลติดตามในการจัดหา/จัดทำ สิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการ	100	200	139.00	33.07	10	120	91.50	22.77	5.29*
พยาบาลรู้ความต้องการของผู้ใช้ บริการโดยไม่ต้องบอก	80	200	125.50	35.17	10	150	87.75	31.56	3.57**
พยาบาลคนเดิมให้การดูแลผู้ใช้ บริการในแต่ละวัน	90	500	172.50	93.86	10	200	98.50	43.44	3.20*
รวม	290	700	437.00	106.57	30	450	277.75	84.26	5.24*

* p < .05

จากตารางที่ 16 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแล เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ในทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านประสิทธิผล/
ผลลัพธ์เป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพยาบาล	คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ								t
	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์									
รู้สึกสบาย/บรรเทาความเจ็บปวด/ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	80	300	147.00	54.30	10	200	95.75	42.90	3.31*
รู้สึกสงบ/ผ่อนคลาย	60	800	168.00	157.57	10	150	93.00	33.42	2.08*
รู้สึกมั่นคง	90	700	196.50	140.20	10	180	102.75	34.39	2.90*
รู้สึกได้รับการเตรียมพร้อมที่จะ เผชิญกับสิ่งต่าง ๆ	80	500	158.00	87.58	10	120	87.75	24.52	3.45*
รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรขณะ อยู่โรงพยาบาล	100	600	179.50	110.00	10	200	98.50	35.43	3.13*
รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับ ไปอยู่บ้าน	90	300	145.50	52.56	10	300	101.25	60.82	2.46*
รู้สึกสะอาดและสดชื่น	100	500	156.50	90.45	10	190	99.25	33.81	2.65*
รวม	620	3400	1151.00	578.94	70	1210	678.25	227.22	3.40*

* p < .05

จากตารางที่ 17 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ในทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการรายด้านและ
รวมทุกด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิจกรรม	ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ					
	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		t	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
กิจวัตรประจำวัน	33.70	9.62	26.20	9.12	8.483*	
การควบคุมการขับถ่าย	10.20	4.74	9.90	4.65	2.042*	
การเคลื่อนที่	14.80	6.32	11.55	6.89	4.025*	
การเดินทาง	6.40	2.37	5.59	2.58	2.651*	
การติดต่อสื่อสาร	13.40	1.19	13.40	1.18	-	
สัมพันธภาพทางสังคม	20.10	2.73	20.10	2.73	-	
รวม	98.60	22.37	87.10	22.67	7.477*	
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
กิจวัตรประจำวัน	34.70	10.61	30.05	10.39	4.65	2.23
การควบคุมการขับถ่าย	10.60	4.38	10.30	4.30	0.30	1.12
การเคลื่อนที่	16.20	6.14	13.60	6.19	2.60	2.62
การเดินทาง	6.70	2.99	5.90	2.77	0.80	1.15
การติดต่อสื่อสาร	13.85	0.48	13.85	0.48	0.00	0.00
สัมพันธภาพทางสังคม	20.20	2.91	20.10	2.94	0.10	0.31
รวม	102.25	27.51	93.80	55.68	8.45	5.01

* $p < .05$

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้
บริการรายด้านและรวมทุกด้านของก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมหลังการทดลอง
มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนการทดลองในด้านกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การ
เคลื่อนที่ การเดินทาง และรวมทุกด้าน ส่วนการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนและ
หลังการทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ส่วนค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมรายด้านและรวมทุกด้านของ
ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนการ
ทดลองในด้านกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนที่ การเดินทาง สัมพันธภาพทางสังคม และรวมทุกด้าน
ส่วนการควบคุมการขับถ่ายและการติดต่อสื่อสารก่อนและหลังการทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการรายด้านและรวมทุกด้านก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิจกรรม	ความสามารถในการทำกิจกรรม					
	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		การเปลี่ยนแปลง ความสามารถ	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
กิจวัตรประจำวัน	33.70	9.62	26.20	9.12	7.5	3.95
การควบคุมการขับถ่าย	10.20	4.74	9.90	4.65	0.30	0.66
การเคลื่อนไหวที่	14.80	6.32	11.55	6.89	3.25	3.61
การเดินทาง	6.40	2.37	5.59	2.58	0.45	0.75
การติดต่อสื่อสาร	13.40	1.19	13.40	1.18	0.00	0.00
สัมพันธภาพทางสังคม	20.10	2.73	20.10	2.73	0.00	0.00
รวม	98.60	22.37	87.10	22.67	11.50	6.87
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
กิจวัตรประจำวัน	34.70	10.61	30.05	10.39	4.65	2.23
การควบคุมการขับถ่าย	10.60	4.38	10.30	4.30	0.30	1.12
การเคลื่อนไหวที่	16.20	6.14	13.60	6.19	2.60	2.62
การเดินทาง	6.70	2.99	5.90	2.77	0.80	1.15
การติดต่อสื่อสาร	13.85	0.48	13.85	0.48	0.00	0.00
สัมพันธภาพทางสังคม	20.20	2.91	20.10	2.94	0.10	0.31
รวม	102.25	27.51	93.80	55.68	8.45	5.01

จากตารางที่ 19 พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนการทดลอง ในด้านกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหวที่และการเดินทาง ส่วนการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ส่วนค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนการทดลอง ในด้านกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหวที่ การเดินทาง และสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนการติดต่อสื่อสาร ก่อนและหลังการทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ
หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิจกรรม	การเปลี่ยนแปลงความสามารถ				
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
กิจวัตรประจำวัน	7.50	3.95	4.65	2.23	2.81*
การควบคุมการขับถ่าย	0.30	0.66	0.30	1.12	0.00
การเคลื่อนที่	3.25	3.61	2.60	2.62	0.65
การเดินทาง	0.45	0.75	0.80	1.15	-1.13
การติดต่อสื่อสาร	0.00	0.00	0.00	0.00	-
สัมพันธภาพทางสังคม	0.00	0.00	0.10	0.30	-1.15
โดยรวม	11.50	6.87	8.45	5.01	1.60

* $p < .05$

จากตารางที่ 20 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกิจวัตรประจำวัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research)
แบบแผน การทดลองเป็นแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาล ในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1.เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทั้งก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
- 2.เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่
- 3.เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่
3. คุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการในกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วย/ผู้พิการทางกายทุกประเภท ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ได้แก่ ผู้พิการอัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตครึ่งซีก แขน – ขาขาด หรือและผู้พิการทางกายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางการมองเห็น และผู้ป่วยประเภทระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ใน 2 หอผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยชายจำนวน 30 คน และหอผู้ป่วยหญิงจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่พักรักษาฟื้นฟูอยู่ในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติทั้งหมด ทั้งในหอผู้ป่วยชาย และหอผู้ป่วยหญิง ที่มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 40 คน ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดความพิการ และมีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วย/ผู้พิการมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีความพิการทางกายทุกประเภท (ไม่รวมผู้พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้)
2. มีความพิการซ้ำซ้อน กับความพิการทางกายเช่น พิการทางการมองเห็น
3. มีอาการของโรคในระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และอาการบาดเจ็บอื่น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 1 ชุด คือคู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้
2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง มี 1 ชุด คือ แบบวัดความรู้เรื่อง ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง มี 2 ชุด คือ
 - 3.1 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล
 - 3.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาล ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า

1.1 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลหลังการทดลองและก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้านและทุกด้านรวม โดยหลังการทดลองมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง

1.2 กลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจต่อการพยาบาล หลังการทดลองและก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการทดลองมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงกว่าหลังการทดลอง ในการพยาบาลด้านศิลปะของการดูแล คุณภาพทางเทคนิค การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ของการพยาบาลและโดยรวม ส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อความพร้อมในการบริการ และความต่อเนื่องในการดูแลหลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

1.3 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้านและรวมทุกด้าน

2. เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Function Independence Measure (FIMS) พบว่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกิจวัตรประจำวัน โดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมและกิจวัตรอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้บริการรวมทุกด้าน และรายด้านทุกด้าน คือ ด้านศิลปะของการดูแล คุณภาพทางเทคนิค การจัดสภาพแวดล้อม ความพร้อมในการบริการ ความต่อเนื่องในการดูแลและประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ในกลุ่มทดลอง หลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่า ก่อนการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการจัดการดูแลแบบ

พยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่า ก่อนการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้แสดงให้เห็นว่าการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลในด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทุกด้านโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนที่ต่ำกว่าเป็นสูงกว่าค่าความคาดหวังต่อการพยาบาล

เมื่อมีระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลคนเดียวกัน แม้ไม่ได้มีการดูแลตลอด 24 ชม. แต่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงานครั้งต่อไป จึงเกิดความเป็นเจ้าของที่ต้องดูแลรับผิดชอบ เกิดการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานและมีความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ เข้าใจในเรื่องของความต้องการของผู้ใช้บริการ ในเวลาเดียวกันกับผู้ใช้บริการมีการรับรู้และเข้าใจในเนื้อหาและวิธีของการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น เพราะว่าพยาบาลให้การดูแลที่ใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ดี ผู้ใช้บริการรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น ไร้กังวล กล้าซักถาม จึงรับรู้และรู้สึกถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่องและตรงตามความต้องการมากขึ้น

ฉะนั้นลักษณะการดูแลผู้ใช้บริการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการได้กระทำไป จึงส่งผลให้ผู้ใช้บริการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่เกินความคาดหวัง จึงเกิดความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ คือ

ด้านศิลปะของการดูแล เนื่องจากมีการจัดเตรียมพยาบาลเจ้าของไข้ในด้านทัศนคติ ความเชื่อต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้เกิดปรัชญาในการดูแลร่วมกัน การพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการจึงเป็นลักษณะพฤติกรรมที่เป็นศิลปะ มีคุณธรรม จริยธรรมซึ่ง สิวลี ศิริไล (2539) ได้กล่าวว่าคุณธรรมจริยธรรมของพยาบาลนั้น จะต้องมีความเมตตากรุณาความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความอ่อนโยน ความเข้าใจ สนใจ เอาใจใส่ กล่าววาจาไพเราะ อย่างมิตรไมตรี และ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (ม.ป.ป.) ให้ความเห็นว่าคุณสมบัติของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะต้องเป็นผู้ที่มีความอดทน อดกลั้น จึงจะทำให้การพยาบาลนั้นมีคุณภาพ

ด้านคุณภาพทางเทคนิค เนื่องจากมีการเตรียมด้านความรู้เชิงวิชาการในการดูแลผู้ใช้บริการประเภทต่าง ๆ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วย จัดเตรียม หนังสือ ตำรา ที่เกี่ยวข้องไว้ให้ใช้ รวมทั้งใช้การ ประชุมปรึกษา และทำให้เกิดกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการดูแล จึงทำให้พยาบาลมีการพัฒนาด้านความรู้ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเกิดการถ่ายทอดสู่ผู้ใช้บริการในความรับผิดชอบ ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ คุณภาพทางเทคนิค

Smith (1999) กล่าวว่าให้การพยาบาลด้วยคุณภาพทางเทคนิค ถือว่าเป็นประสิทธิภาพของการพยาบาลที่นำมาใช้อย่างมีระบบ ระเบียบและมีทิศทางชัดเจน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องมีความสามารถในการลดความเครียด ความวิตกกังวล ดูแลถึงผลกระทบ เช่น สอนให้รู้การดำเนินของโรค (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

ด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เนื่องจากจัดให้มีการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ จึงเกิดความรับผิดชอบในการดูแล เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการเกิดสัมพันธภาพที่ดี ทำให้พยาบาลเรียนรู้ในธรรมชาติของผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการกล้าที่จะเปิดเผยความต้องการ และขอความช่วยเหลือมากขึ้นและบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ที่จะต้องให้การดูแลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน (Manthey, 1970) ทำให้ผู้ป่วย / ผู้พิการมีความเป็นส่วนตัว และได้รับการตอบสนองในเรื่องความจำเป็นพื้นฐาน รวมทั้งเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมซึ่งผู้ป่วย / ผู้พิการ มีความจำกัดในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง

ด้านความพร้อมในการบริการ เนื่องจากมีการทำความเข้าใจในระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ก่อนที่พยาบาลเจ้าของไข้จะเริ่มปฏิบัติงาน จึงมีการเปลี่ยนแปลงในตัวพยาบาลในด้านความรู้ ประกอบกับการมีวิทยากรมาบรรยายในชั้นเตรียมการ และมี หัวหน้าหอผู้ป่วยคอยช่วยเหลือแนะนำ ขณะปฏิบัติงานทำให้พยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลดีขึ้น เทคนิคต่าง ๆ เช่น การมีสัมพันธภาพ กับ ผู้ใช้บริการดีขึ้น ความพร้อม และ ความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้ผู้ป่วย / ผู้พิการเกิดความพึงพอใจ การที่พยาบาลคนเดิมให้การพยาบาลจะสามารถให้การดูแล และการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ และให้เข้าใจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรอบด้าน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2519) ข้อมูลต่าง ๆ จะนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ความพร้อมในการบริการ พยาบาลเจ้าของไข้จะดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการไม่เกิน 6 คน (Marram et al, 1974) จึงเป็นส่วนสนับสนุนให้เกิดความพร้อมในการบริการความพร้อมในการให้บริการ Seaman (1999) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ว่าการทำให้ผู้ป่วย / ผู้พิการยอมรับและพึงพอใจในบริการนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อมทั้งความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เวลา ตลอดจนอุปกรณ์ สิ่งเอื้ออำนวยอย่างยุติธรรมเสมอภาค เหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแล ตรวจสอบ ประเมินสภาพ สม่ำเสมอ เอื้ออำนวย อุปกรณ์ จัดหาบริการให้เหมาะสมกับบุคคลแต่ละคน และที่สำคัญที่สุดคือผู้ดูแลต้องเอาใจใส่อย่างจริงใจ รักษาสัญญา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ

ด้านความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ใช้บริการ 4 - 5 คน ต่อพยาบาล 1 คน ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่ง

จำหน่าย ทำให้พยาบาลมีความรู้ในข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเรื่อง ๆ เกิดกระบวนการพยาบาลคนเดิมให้การดูแลตลอดการรักษาฟื้นฟู บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Marram et al,1974) ให้การวางแผนการพยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วย / ผู้พิการตลอด 24 ชั่วโมง และให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (Manthey,1970) และการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องนี้จะเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วย / ผู้พิการ (Roberts 1980, cited in Ann Seaman, 1999)

ด้านประสิทธิผล / ผลลัพธ์ เนื่องจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จัดให้มีการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลเกิดการพัฒนาทักษะด้านองค์ความรู้ของวิชาชีพ ใช้ศาสตร์และศิลป์ในการพยาบาล ทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมให้การพยาบาลในทุกจุดปัญหาของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการจะได้รับการเตรียมตัว มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

สรุปว่าไม่ว่าจะพิจารณาขั้นตอนใด ของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะพบว่าเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ทุกขั้นตอน

2.ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รวมทุกด้าน และรายด้านทุกด้าน เปรียบเทียบกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม หลักการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เนื่องจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้ นั้นมีการจัดให้มีการทำความเข้าใจ ในระบบการทำงาน ก่อนการปฏิบัติงานจึงเกิดทัศนคติที่ดี ต่อการดูแลผู้ให้บริการ ความเชื่อในปรัชญาการพยาบาลและการตระหนักในตน ลาฟฟิท (Raffeit, 1992 cited in Duxbury, 1994) เชื่อว่าความเชื่อ หรือ ทัศนคติ ค่านิยม และปรัชญาการพยาบาลมีอิทธิพลต่อชนิดของระบบบริการพยาบาล มีการมอบหมายงานให้รับผิดชอบ ผู้ใช้บริการไม่เกิน 5 คน มีการใช้กระบวนการพยาบาลมีอิสระในการตัดสินใจในการทำงาน เกิดการดูแลผู้ให้บริการแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลอย่างต่อเนื่องนี้จะเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วย / ผู้พิการ (Roberts 1980, cited in Ann Seaman, 1999)มีการนิเทศงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน และระบบเจ้าของไข้ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย / ผู้พิการ และครอบครัว

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นหัวใจของการดูแล เพราะในระยะเวลาของสัมพันธภาพนั้น การดูแลของพยาบาลจะสามารถแสดงออกทั้งรูปของพฤติกรรมและความรู้สึกที่มีต่อผู้รับบริการ (ศิริอร สินธุ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) และวัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการดูแล (caring relationship) ของพยาบาลจะมีผลต่อสุขภาพ และการหายของโรค และการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลผู้ป่วย / ผู้พิการ และครอบครัว จะพัฒนามากขึ้น (Kemp and Richardson, 1994 อ้างถึงใน Anne Seaman, 1999) นั่นคือ เมื่อมีการจัดการให้มีการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ แบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย/ผู้พิการกับพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้มีการเรียนรู้/รับรู้ถึงข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย/ผู้พิการจึงทำให้เข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย / ผู้พิการจนกระทั่งรับรู้ได้

ถ้าเปรียบเทียบกับระบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ ที่มีการปฏิบัติงานดูแล ผู้ใช้บริการทุกคน ในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงานเวร ไม่มีการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานทำงานตามความเชื่อของตนเอง ที่มีความแตกต่างกัน การตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ ต้องขึ้นอยู่กับหัวหน้าทีม หรือ หัวหน้าหอผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ลักษณะการทำงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ให้บริการพึงพอใจมากกว่า

ฉะนั้นเมื่อจุดมุ่งหมายอยู่ที่คุณภาพบริการพยาบาลจะต้องมีการปรับระบบบริการ การปรับเปลี่ยนระบบบริการพยาบาลเป็นระบบเจ้าของไข้จะส่งผลต่อการเกิดคุณภาพบริการพยาบาลซึ่ง Fisher (1996) กล่าวว่า ในการปรับเปลี่ยนระบบบริการพยาบาลที่จะทำให้เกิดคุณภาพงานมากขึ้นนั้น จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดจากผลผลิตที่ต้องการปริมาณให้เป็นคุณภาพ จากความต้องการของผู้ให้บริการมาเป็นจากผู้รับบริการ ดังนั้นผู้บริหารจะต้องวางแผนเตรียมการในการปรับเปลี่ยนระบบโดยศึกษาถึง ปัญหา วัฒนธรรม และเป้าหมาย จากนั้นก่อนเริ่มปฏิบัติงานใหม่ต้องสร้างทัศนคติ ความเชื่อมั่น ศรัทธา ในตัวผู้ปฏิบัติงาน ต่อระบบที่จะปฏิบัติใหม่ว่าจะก่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล ได้อย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้ ให้ความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้ปฏิบัติงาน ต้องวางแผนในการคงไว้ ซึ่งระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยวิธีการควบคุมกำกับงานอย่างมีแบบแผน

จุดเน้นที่สำคัญ คือ ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ กับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน เพราะเป็นผู้ที่ลงมือกระทำหรือให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการ ให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

3. ค่าเฉลี่ยของ ค่าการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าในเรื่องกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกิจกรรมอื่นไม่มีความแตกต่างกัน

อธิบายได้ว่า ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถ ในการทำกิจกรรม ด้านกิจวัตรประจำวันดีขึ้น เนื่องจากลักษณะของการพยาบาลที่มีความรับผิดชอบผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคล พยาบาลมีความรับผิดชอบตลอด 24 ชม. ถ้าเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีผู้ร่วมดูแล จึงเกิดการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Manthey,1970) ทำให้พยาบาลรู้ข้อมูลของผู้ใช้บริการ ตั้งแต่ปัญหา ความพิการ เป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และโปรแกรม/ขั้นตอนการฝึก ซึ่งผู้ใช้บริการแต่ละคน จะมีความแตกต่างกัน ในข้อจำกัด การปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบ การตามเยี่ยมขณะฝึก การประสานกับ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู และการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม จะทำให้พยาบาลรู้ ความก้าวหน้าของศักยภาพของผู้ใช้บริการ การดูแลที่ต่อเนื่องที่สอดคล้อง จะสนับสนุนให้มีการพัฒนาการของการฝึกอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการฝึกด้านกิจวัตรประจำวันจะเป็นโปรแกรม พื้นฐานของผู้ใช้บริการทุกคน และ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้เข้าไปดูแลช่วยเหลือ ได้บ่อยครั้งกว่ากิจกรรมอื่น และเป็นโปรแกรมการฟื้นฟู อันดับแรกที่ต้องฝึก เพื่อการดูแลตนเอง Smith (1999) ได้กล่าวถึงว่าการที่จะดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ ให้สามารถดูแลตนเองได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือ ฝึกหัดให้ผู้ช่วยตนเองไม่ได้ให้สามารถช่วยตนเองได้ (Physical independence) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองได้แก่ การรับประทาน การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ แต่งตัวทอนบน แต่งตัวทอล่างการทำความสะดวกหลังขับถ่าย ซึ่งถ้าผู้ป่วย / ผู้พิการ สามารถช่วยตนเองได้แล้วโดยการช่วยเหลือฝึกหัดและดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย / ผู้พิการ จะมีความพึงพอใจมาก อีกประการหนึ่ง คือเรื่องกิจวัตรประจำวันนี้เป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาล ฉะนั้นถ้าจัดให้มีการจัดการดูแลแบบเจ้าของไข้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองแล้วจึงทำให้เห็น การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมชัดเจน

สำหรับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการด้านอื่น ๆ จะเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยอื่นๆดังนี้

ด้านการควบคุมการขับถ่าย ที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการทดลองอาจ เนื่องจาก ผู้ป่วย / ผู้พิการที่มีปัญหาเรื่องระบบขับถ่าย นอกจากจะได้รับโปรแกรมการฝึก ขับถ่าย โดยมีพยาบาล เป็นผู้ดูแลแล้ว ยังขึ้นกับ พยาธิสภาพแนวทางการรักษาของแพทย์นั้

และวิธีปฏิบัติเดิม เช่น การให้ยาเพื่อให้เกิดการบีบรัด หรือ เพื่อให้เกิดการคลายของกล้ามเนื้อ กระเพาะปัสสาวะ และในการจัดการดูแลแบบเจ้าของไข้มิได้มีกิจกรรมที่เข้าไปควบคุมในเรื่องพยาธิสภาพของโรค จึงดูการเปลี่ยนยังไม่ชัด สอดคล้องกับ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเองไม่ได้หรือช่วยตนเองไม่ได้นั้น บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญที่สุดในการพยาบาล ที่สามารถทำให้ผู้ป่วย/ผู้พิการขับถ่ายเองได้และช่วยเหลือตนเองได้

ด้านการติดต่อสื่อสาร ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย / ผู้พิการที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์ ส่วนใหญ่จะมีความพิการทางระบบประสาท เช่นอัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อน ซึ่งพบเรื่องปัญหาในการสื่อสารน้อยมากและการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มุ่งที่จะพัฒนาระบบการดูแล ให้มีความต่อเนื่องมุ่งพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย มิได้มุ่งถึงเรื่องการติดต่อสื่อสารโดยตรง

ด้านอื่น ๆ คือการเคลื่อนที่ การเดินทาง และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วย / ผู้พิการนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับ การจัดการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ การพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างเดียว ยังขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ โปรแกรมการฝึกของนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ความอดทน ขยันของผู้ป่วย / ผู้พิการ

ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพของอวัยวะไตของร่างกายต้องอาศัยระยะเวลาและเครื่องมือที่ใช้ประเมิน (FIMS) มีระดับการให้คะแนน 1 ถึง 7 คะแนน ไม่มีการให้คะแนนตามรายละเอียดของกิจกรรมที่ทำได้จริง ดังนั้นแม้ว่าความสามารถจริงจะมีการพัฒนาขึ้นบ้างแล้ว ก็จะได้รับคะแนนเท่าเดิม ไม่มีการให้คะแนนเป็นคะแนนละเอียด

สรุปได้ว่า การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยแบบประเมิน FIMS นี้ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่ส่งผลทำให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลด้านควบคุมการขับถ่าย ด้านติดต่อสื่อสาร ด้านการเคลื่อนที่ การเดินทางและด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

การนำผลการวิจัย เรื่อง การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ใน สถานการณ์จริง ในแต่ละหน่วยงาน ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1.1 ก่อนการตัดสินใจใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้บริหารพยาบาล ประจําการและเจ้าหน้าที่ทุกคน ต้องมีความรู้ มั่นใจ และยอมรับในผลของระบบพยาบาล เจ้าของไข้

1.2 ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลที่จะปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาล เจ้าของไข้มีความสำคัญมากในการมีส่วนร่วม ที่จะทำให้ระบบนี้มีความสำเร็จ โดยปฏิบัติงาน ด้วยทัศนคติที่ดีมีความเชื่อในปรัชญาของการดูแลในระบบเจ้าของไข้ตรงกัน ผู้บริหารมีบทบาทใน ด้านการสนับสนุนให้สิ่งต่างๆตั้งกล่าวเกิดขึ้นก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติงาน และ คงอยู่ในระดับคงที่ และ เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการนิเทศ ติดตาม แก้ไข สนับสนุน ทั้งจากพยาบาล เจ้าของไข้ และผู้ให้บริการ ในส่วนของพยาบาลเจ้าของไข้ควรพัฒนาตนเอง โดยศึกษาความรู้ เพิ่มเติม ในเรื่องโรคและแนวทางการรักษาฟื้นฟู โดยเฉพาะในผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ตนรับผิดชอบ รวมถึงข้อมูลต่างๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น เรื่องประกันสังคม สิทธิต่างๆ ตามพระราชบัญญัติ คนพิการ เป็นต้น

1.3 การนำไปใช้ ควรเริ่มต้นนำไปใช้ในกรณีที่ ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉพาะทางที่ต้องใช้ระยะเวลาพักอยู่ในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉพาะทางที่ต้องใช้ ระยะเวลาพักอยู่ในโรงพยาบาลนาน โดยคำนึงถึง เรื่องนโยบาย และการสนับสนุนขององค์กร เรื่องการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เรื่องความจำเป็น ที่จะต้องใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เรื่องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการติดตาม ประเมินผล

1.4 การเตรียมการก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต้องเตรียมบุคลากร เอกสารที่เกี่ยวข้องและมีเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ด้านบุคลากร หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรจัดให้มีการทบทวนความรู้เรื่องโรค และ การรักษาฟื้นฟู เพื่อนำไปใช้ในการเขียนแผนการพยาบาล และใช้ในกระบวนการพยาบาล เตรียมบุคลากรในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมดูแล

ด้านทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ควรมีการประชุมเพื่อประสานงานกับบุคลากร ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้รูปแบบระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.5 ในระยะเริ่มแรกของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ควรให้เวลากับผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ในการปรับตัว ปรับการปฏิบัติงาน จากระบบเดิมที่เคยให้อยู่เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.6 ควรมีการทดลองใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยชาย

1.7 เพื่อให้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้คงอยู่และมีประสิทธิผลผู้บริหารควรจัดให้มีการเสริมความรู้และให้กำลังใจ เป็นระยะ ๆ

1.8 การนำแบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประเภทอื่น ๆ ต่อการพยาบาล ไปใช้กับผู้ให้บริการประเภทอื่น ๆ ควรประยุกต์ข้อคำถามให้เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย และสถานการณ์การพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ติดตามผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ให้บริการในศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูฯ ในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลลักษณะอื่น ที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ให้บริการ

3. ควรมีการศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในกลุ่มผู้ให้บริการที่มีโรคเรื้อรัง หรือต้องการการดูแลในระยะยาว

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2539. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดเชิงรุก. ใน การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 เรื่อง พยาบาลห้องผ่าตัด : บทบาทเชิงรุก. กรุงเทพมหานคร : ไทศาลศิลป์การพิมพ์.
- ฉัฐยา จิตประไพ. 2532. การจัดการระบบบริการฟื้นฟูสภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาการณิเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหน่วยที่ 1-5. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ: อักษรไทย.
- ชุติมา มุสิกะสังข์. 2535. การศึกษาความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง นักศึกษาหลักสูตรและประกาศนียบัตรพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ดวงวดี สังข์โบล. 2535. หลักและกระบวนการบริหารการพยาบาล. ใน เอกสารการสอนวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล, หน้า 278 – 282 . กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ธงชัย สันติวงษ์. 2516. องค์การและการบริหาร. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2540. หลักการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2529. พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2533. การจัดการทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.
- บุญชม ศรีสะอาด. 2535. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาสน์.
- พนิดา คำยุ. 2538. การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุกักร์. 2519. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้. วารสารพยาบาล. ฉบับที่ 2 (เมษายน) : 99-117.

- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. ม.ป.ป. 50ปี ชีวิตและงานอาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์.
กรุงเทพมหานคร:
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต, สมใจ ประमाणพล และ สุชาดา ทวีสิทธิ์. 2537. การช่วยเหลือตนเองของชุมชน.
กรุงเทพมหานคร.
- พาวรีดา อิบราฮิม. 2525. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- มณีรัตน์ โภทชงรัก. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล
และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริหารการ
พยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขา
วิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ ชินะตระกูล. 2540. วิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: อักษร
เจริญทัศน์.
- ละออ หุตางกูร. 2529. การประกันคุณภาพในการพยาบาล. ในมาตรฐานการพยาบาล : ทฤษฎี
และการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การ
สนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ เขมโชติกร. 2541. ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2530. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.
กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. 2539. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ธีระศิลป์และไซ
เท็กซ์.
- ศิริอร สีนุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. 2542. การพยาบาลและการดูแล: ความเหมือนที่แตกต่าง.
วารสารสภาการพยาบาล ฉบับที่ 3.(กรกฎาคม-กันยายน): 10-23.
- ศรีจิตต์ หังสสูต. 2540. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการในชุมชน 2. เอกสารการสอน
สมคิด บางโม. 2538. หลักการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: วิทพัฒน์.
- สมพงษ์ เกษมสิน. 2526. การบริหาร. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

- สภาการพยาบาล. 2540. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สัมพันธ์ ภูไพบูลย์. 2540. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: พัทธอักษร.
- สิวลี ศิริไล. 2539. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต. 2540. ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาล
เจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2537.พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนพิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุนทรี ภาณุทัต. 2529. การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาโมเดิร์นและ
กระบวนการพยาบาลมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8 -15 (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร: ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
จักรวรรดิการพิมพ์.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วิชา รุ่งไพบูลย์, วราพร รุจาคม และไพจิตร
เพ็ญไพบูลย์ 2540. รายงานการวิจัยระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการ
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.
- เสก อักษรานุเคราะห์. 2539. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์เทคนิค.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ. 2541. เส้นทางสู่การพัฒนาคอนภาพบริการเพื่อประชาชน.
เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง " การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ครั้งที่ 1 " แพทยสมาคม กรุงเทพมหานคร.
- อารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์ และ เสก อักษรานุเคราะห์. 2539. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 1.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เทคนิค.

ภาษาอังกฤษ

- Boone, E. and Kurtz, L. 1992. **Management..** Toronto: Mc Graw - Hill.
- Burnhard, L. F. and Walsh, M. 1995. **Leadership : The key to the professional of Nursing.** New York: Mosby Year book.
- Delisa, J. A.(ed.) 1993. **Rehabilitation Medicine.** Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Dictionary Definition. 1988. **Mosby Medical Nursing & Allied Health Dictionary.** 5th ed. PP.70 CB.
- Duxbery, J. 1994. An investigation into primary nursing and effect up on the nursing Attitude about and administration of night sedation. **Journal of Advance Nursing** 19 (5), 923 - 931.
- Eriksen, L. 1988. Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care: A Magnitude Estimation Approach. **In Measurement of Nursing Outcomes Volume 1.** P.523- 537. O. L. Strickland And C. F. Waltz. New York: Springer Publishing Company.
- Fisher, M. L. 1996. **Redesigning the Nursing Organization.** An International thomson Pubishing Company.
- Gout, D. A. 1986. Evaluating caring competencies in nursing practice. **Topic clinical nursing.** 8 (July).
- Hill, L. and Smith, N. 1985. **Self - Care Nursing.** Englewood Cliffs: Prentice - Hall.
- Kemp, N. Richardson K. 1994. **The Nursing process & Quality care.** London: Edward Arnold.
- Kenneth, D. Bopp. 1990. How patient Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters : A Marketing Perspective. **Journal of Health Care Marketing** Vol. 1 No. 1 (March).
- Kinlein, M. L. The Self - care concept. **American Journal of Nursing** 77(April 1977) : 598 - 601.
- Loveridge, E. and Cumming, S., H. 1996. **Nursing Management in the New paradigm.** Marryland : Aspen Publishers.
- Manthey, M. et al. 1970. Primary Nursing. **Nursing Forum** 4 (1): 65 - 83.
- Manthey, M. 1973. Primary nursing is alive and wee in the Hospital. **American Journal of Nursing** 73(1). 83-87.

- Marram, G. et al. 1974. **Primary Nursing : A Model for Individualized Care**. St. Louis: C.V. Mosby Company.
- Maslow, A. H. 1970. **Motivation and Personality**. 2nd ed. New York : Harper and Row.
- Omachonu, V. K. 1990. Quality of care and the patient : New criteria for evaluation. **Health care Management Review** 15(4),43 - 50.
- Orem, D. E. 1985. **Nursing Concepts of Practice**. 3rd ed. New York: Mc Graw - Hill Book Company.
- Risser, N. L. 1975. Development of instrument to measure patient satisfaction with nurses and Nursing care in primary care setting. **Nursing Research** 24 (January-February) :46.
- Seaman, A. 1999. The rehabilitation nurse as team worker and coordinator. Smith, M (edf.), **Rehabilitation in Adult nursing practice**. London: Harcourt Brace and Company.
- Servellen, G. V. et al. 1988. **Measurement of Nursing Outcomes**. New York: Stringer Publishing.
- Smith, M. 1999. **Rehabilitation in Adult Nursing Practice**. London: Harcourt Brace and Company.
- Swanson - Kauffman, K. 1988. **Philosophical and theoretical perspective for advanced Nursing practice**. Kinny W.J. editor,London: Jones-Bartiett Publisher.
- Watson, J. 1988. New dimension of human caring theory. **Nursing Science Quarterly** 1, 175 - 181.
- Webster, Dictionary. 1985. G, and G. Merriam Company, U.S.A.
- Wise, Yoder. 1995. **Leading and Managing in Nursing**. St. Louis, Missouri : Mosby Year Book.
- Wood, P. & Badley, E. 1988. The epidemiology of disablement. In G.J. Goodwill & M.A Chamberlian, **Rehabilitation of the physically disabled adult** . London : Sheridan Medical books. p.7-8.
- World Health Organization. 1994. **Community - based rehabilitation and the health care referral Services**. a guide for programe managers.
- Yesner, H. J. 1982. Psychosocial diagnosis and social service-one aspect of the Rehabilitation Process. **Krusen's handbook of physical medicine and Rehabilitation (3rd)**. Philadelphia: W.B. Saunders.p151.

Yoder Wise, P.S. 1995. *Leading and Managing in Nursing*. St.Louis, Missouri : Mosby – Year Book.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความร่วมมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ให้สัมภาษณ์ ในการสร้างเครื่องมือ

ผู้ให้สัมภาษณ์	สังกัด
1. ดร.เรณู พุกบุญมี	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. นางสาวยุบล สุขสะอาด	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
3. นางสุกัญญา ไกวัลยดิกล	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
4. นางสุจิตรา ศรีสุโร	โรงพยาบาลราชานุกุล
5. นางสุรัญญา อภัยานุกร	โรงพยาบาลราชานุกุล
6. นางสาวสุรภา สุขารมย์	โรงพยาบาลราชานุกุล



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ดร.เรณู พุกบุญมี	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
2. นางสุกัญญา ไกวงศ์ยดิลก	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. นางสุจิตรา ศรีสุไร	โรงพยาบาลราชานุกูล
4. นางวิมลนิช สิงหะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
5. นางสมหมาย หิรัญนุช	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
6. นางสาวพิมพ์ใจ สุวรรณพฤกษ์	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์แห่งชาติ
7. นายไพโรจน์ อุตศรี	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หมายเหตุ หมายเลข 7 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเฉพาะ แบบสอบถามความพึงพอใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ตรวจสอบคุณภาพคู่มือ ในเรื่องความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1) นางสาวจิตรา ศรีโรสุ	โรงพยาบาลราชานุกูล
2) นางสาวธัญญา อภัยานุกร	โรงพยาบาลราชานุกูล
3) นางสาวสุรภา สุขารมย์	โรงพยาบาลราชานุกูล

2. ให้ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลและการเขียนแผนการพยาบาล

1) นางสาวสุรางค์ เปื้องเดช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี
----------------------------	---------------------------------

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/๑๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

14 มกราคม 2543

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชานุกูล

เนื่องด้วย นางสาวส่องแสง ธรรมศักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล : กรณีศึกษาในศูนย์สรีรวิทยา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้การสัมภาษณ์และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้น ดังนี้ 1. นางสาวจิตรา ศรีสุโร พยาบาลวิชาชีพ 8 หอผู้ป่วยเด็กเล็ก 2. นางสาวสุรัญญา อภัยานุกร พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยชาย 3 และ 3. นางสาวสุรภา สุขารมย์ พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยเด็ก 3 และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากพยาบาลระดับปฏิบัติการ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ 1. นางสาวจิตรา ศรีสุโร 2. นางสาวสุรัญญา อภัยานุกร และ 3. นางสาวสุรภา สุขารมย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้สัมภาษณ์และตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
วิชาการและกิจการนิสิต

1. นางสาวจิตรา ศรีสุโร 2. นางสาวสุรัญญา อภัยานุกร และ 3. นางสาวสุรภา สุขารมย์
โทร. 2189800 โทรสาร 2189806



ภาคผนวก ข.

คู่มือสำหรับพยาบาลในระบบเจ้าของไข้

(ผู้ที่สนใจกรุณาติดต่อ ผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา หรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
คำชี้แจง	ค
องค์ประกอบที่ 1. แนวคิด	2
องค์ประกอบที่ 2. วัตถุประสงค์	
องค์ประกอบที่ 3. คุณสมบัติพยาบาลเจ้าของไข้	2
องค์ประกอบที่ 4. การจัดการดูแลพยาบาลเจ้าของไข้	3
ตอนที่ 1. บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย	5
ตอนที่ 2. บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้	7
ตอนที่ 3. บทบาทของผู้ร่วมดูแล	8
องค์ประกอบที่ 5. เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง	9
1) ตัวอย่าง โครงสร้างองค์กร	
2) ตัวอย่าง แผนการพยาบาล	11
3) ตัวอย่าง แผ่นมอบหมายงานรายสัปดาห์	14
4) ตัวอย่าง แผ่นมอบหมายงานประจำวัน	15
5) ตารางการปฏิบัติงาน	16
6) ตารางการควบคุมกำกับ	17



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ผู้ที่สนใจกรุณาติดต่อ ผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา หรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล

คำแนะนำในการตอบแบบถาม

ข้อความข้างล่างนี้เป็นลักษณะบางประการหรือเป็นพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ให้บริการสามารถระบุได้ว่าตรงตามความคาดหวังหรือไม่ และทำให้เกิดความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาถึงประสบการณ์ของท่าน ที่ได้รับจากพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้ว่าเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังของท่าน ถ้ากำหนดให้ความคาดหวังของท่านในแต่ละเรื่องเท่ากับ 100 คะแนน โปรดให้คะแนนความพึงพอใจต่อการพยาบาล ในแต่ละข้อลงในช่องว่างด้านขวามือ

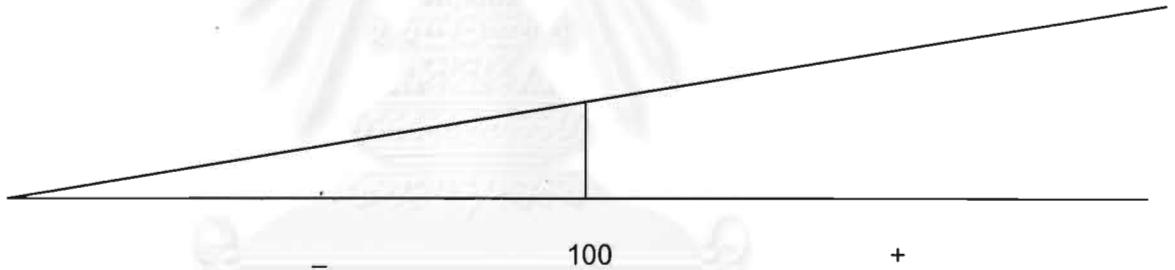
ตัวอย่าง เรื่องความอ่อนโยนของพยาบาล ถ้าท่านตั้งความคาดหวังไว้ที่ 100 คะแนน หากท่านได้รับเกินความคาดหวัง ท่านสามารถให้คะแนนเท่าใดก็ได้ที่มากกว่า 100 คะแนน

เช่น ถ้าคิดว่าได้รับเรื่องความอ่อนโยนเป็นสองเท่า ให้ใส่ตัวเลข 200 คะแนน

หากท่านได้รับน้อยกว่า ความคาดหวัง ท่านสามารถให้คะแนนเท่าใดก็ได้ที่น้อยกว่า 100 คะแนน

เช่น ถ้าคิดว่าได้รับเรื่องความอ่อนโยนเพียงครึ่งเดียว ให้ใส่ตัวเลข 50 คะแนน

หรือไม่เคยได้รับการพยาบาลที่อ่อนโยนเลย อาจใส่ตัวเลข 0 หรือ -20 ,-50 เป็นต้น



ศิลปะของการดูแลของพยาบาล

ข้อความ	คะแนนที่ให้	คาดหวัง	คะแนนที่ให้
1. ความอ่อนโยน	100.....
2. ความเข้าใจในความรู้สึกของท่าน	100.....
3. ความอดทนของพยาบาล	100.....
4. ความสนใจ เอาใจใส่ต่อท่าน	100.....
5. การใช้คำพูด/คำศัพท์ที่ท่านเข้าใจอย่างชัดเจน	100.....
6. ความเมตตา(ห่วงใย ช่วยเหลือ)	100.....
7. การรับฟังสิ่งที่ท่านต้องการพูด	100.....
8. ความมีมิตรไมตรี	100.....
9. การจัดให้ท่านมีความเป็นส่วนตัว	100.....

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
กิจวัตรประจำวัน			
1. รับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. หวีผม แต่งตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. อาบน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. แต่งตัวท่อนบน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. แต่งตัวท่อนล่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ทำความสะอาดหลัง การขยับถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การควบคุมการขยับถ่าย			
7. การขยับถ่ายปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. การขยับถ่ายอุจจาระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวที่			
9. บนเตียง,เก้าอี้,รถนั่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ห้องน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ไปอาบน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเดินทาง			
12. การเดิน, ใช้รถนั่ง, อื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. การขึ้นบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การติดต่อสื่อสาร			
14. การพูดและการเขียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. แสดงความคิดเห็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สัมพันธภาพทางสังคม			
16. การแสดงออก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. การแก้ปัญหา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ความจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
คะแนนรวม			

โครงการอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้

หลักการและเหตุผล

การจัดรูปแบบบริการพยาบาลหรือการออกแบบระบบการพยาบาลมีความสำคัญต่อการบริหารงานเพื่อประสิทธิผลหรือคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์กร ผู้บริหาร และผู้รับบริการ ในภาวะการณ์ขณะนี้ผู้ใช้บริการรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับในฐานะผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้ใช้บริการคาดหวังเมื่อเข้ามาใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์ กล่าวคือ ต้องการบริการที่ดี สม่ำเสมอมีประสิทธิภาพและครอบคลุมความต้องการซึ่งมีทิศทางสวนกับการให้บริการในปัจจุบันเนื่องจากระบบการปฏิบัติงานที่มุ่งภาระงานเป็นหลัก ดังนั้นการส่งเสริมการปฏิบัติงานพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และโดยองค์รวมจึงน่าจะเป็นแนวทางที่ดี นั่นคือความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลที่สนองตอบต่อผู้ใช้บริการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลจึงเห็นควรให้มีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเป็นแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่มีหลักในการพยาบาลที่ยึดผู้พอกการเป็นศูนย์กลาง และจัดให้มีการอบรมบุคลากรเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ และความเข้าใจที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้เข้าอบรมสามารถอธิบายถึง บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวสองแสง ธรรมศักดิ์

ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

ที่ปรึกษาโครงการ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ระยะเวลาของโครงการ

วันเสาร์ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2543 ถึง วันอาทิตย์ที่ 6 กุมภาพันธ์ 2543 รวม 2 วัน

ผู้ร่วมโครงการ

วิทยาการและนิติต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 4 คน
 พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติจำนวน 7 คน

สถานที่

ห้องประชุมมูลนิธิศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ อาคารอำนวยการ ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

งบประมาณ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาศักยภาพพยาบาล ในเรื่องการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. ผู้ป่วย / ผู้พิการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม
3. เกิดการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2543

9.00 - 12.00 น.

บรรยาย "การพยาบาลระบบพยาบาล
เจ้าของไข้"

โดย รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

12.00 - 13.00 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00 - 16.00 น.

แนะนำโครงการวิจัย และการปฏิบัติงาน ใน
ระบบพยาบาลเจ้าของไข้

โดย นางสาวส่องแสง ธรรมศักดิ์ (ผู้วิจัย)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง.
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (จิวรรณ ชินะตระกูล, 2540 : 183)

1.1 ค่าเฉลี่ย (\bar{X})

$$\text{สูตร} \quad \bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

1.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. ; S_c)

$$\text{สูตร} \quad \text{S.D.} = \sqrt{(\sum X^2 / N) - (\sum X / N)^2}$$

เมื่อ	\sum	=	ผลรวมของคะแนน
	X	=	คะแนนแต่ละจำนวน
	N	=	จำนวนข้อมูล
	$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนแต่ละจำนวน

2. ค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบวัดความรู้เรื่องระบบพยาบาล
เจ้าของใช้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ, 2535 : 87)

$$\text{สูตร} \quad p = \frac{P_H + P_L}{2n}$$

$$r = \frac{P_H - P_L}{n}$$

เมื่อ	P_H	=	จำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มสูง
	P_L	=	จำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	n	=	จำนวนผู้ตอบทั้งหมดในกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ

3. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในของแบบวัดความรู้เรื่องระบบพยาบาล
เจ้าของใช้

จากสูตร Kuder – Richardson 20 (KR – 20) (บุญชม ศรีสะอาด . 2538 : 167)

$$\text{สูตร } r_{kk} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

เมื่อ r_{kk} = ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

k = จำนวนข้อสอบ

p = สัดส่วนของผู้ตอบถูกในข้อหนึ่งๆ

$$= \frac{R}{N} \quad \text{เมื่อ } R \text{ แทนจำนวนผู้ตอบถูกในข้อนั้น}$$

และ N แทนจำนวนผู้สอบ

q = สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่งๆ = $1 - p$

S^2 = ความแปรปรวน

4. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการจัดการ
ดูแลแบบพยาบาลเจ้าของใช้ ใช้สถิติ Dependent t - test หรือ Paired t - test
(บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ . 2540 : 300)

$$\text{สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\frac{S_d^2}{n}}$$

เมื่อ \bar{X}_1 = คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง

\bar{X}_2 = คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง

S_d^2 = ความแปรปรวนของคะแนนผลต่างระหว่าง
ก่อนและหลังทดลอง

n = จำนวนตัวอย่าง

5. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสามารถในการ
ทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ ระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t - test
หรือ Unpaired t - test (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ , 2540 : 303)

$$\text{สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Sp^2 \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ \bar{X}_1 = คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
 \bar{X}_2 = คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
 Sp^2 = คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและ
 กลุ่มควบคุม ซึ่งคำนวณได้จาก

$$Sp^2 = \frac{(n_1 - 1) S1^2 + (n_2 - 1) S2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

n_1 = จำนวนตัวอย่างในกลุ่มทดลอง
 n_2 = จำนวนตัวอย่างในกลุ่มควบคุม
 $S1^2$ = คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง
 $S2^2$ = คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวส่องแสง ธรรมศักดิ์ เกิดวันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2500 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เมื่อปีการศึกษา 2525 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2541 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย