



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตมองต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ เสนอตามลำดับดังนี้

1. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาริบดี
  - 1.1 ลักษณะทั่วไปของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาริบดี
  - 1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตมอง
  - 2.1 สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคทางตมอง
  - 2.2 อาการและอาการแสดงของโรคทางตมอง
  - 2.3 การรักษาผู้ป่วยโรคตมอง
  - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตมอง
3. การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
  - 3.1 ความหมายของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
  - 3.2 แนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
  - 3.3 โปรแกรมการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตมอง
4. ความพึงพอใจในบริการพยาบาล
  - 4.1 ความหมายความพึงพอใจในบริการพยาบาล
  - 4.2 แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล
  - 4.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล
  - 4.4 การประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.1 ลักษณะทั่วไปของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาริบัติ  
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 เป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลรามาริบัติ  
ที่ให้บริการผู้ป่วยทางศัลยกรรมระบบประสาทและระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีเป้าหมายและ  
ขอบเขตการบริการ ดังนี้

เป้าหมายของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาริบัติ

(1). ให้บริการพยาบาลทางศัลยกรรมในระดับตติยภูมิอย่างมีคุณภาพตาม  
มาตรฐานวิชาชีพ

(2). ส่งเสริมและให้ความร่วมมือในการศึกษา วิจัยที่เกี่ยวข้อง  
ขอบเขตการบริการ ให้บริการผู้ป่วยสามัญทางด้านศัลยกรรม ดังนี้

(1). เป็นผู้ป่วยชาย หรือหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

(2) มีเตียงรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลทั้งสิ้น 40 เตียง โดยแบ่งเป็น

- เตียงสำหรับผู้ป่วยระบบประสาทจำนวน 19 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยชาย  
10 เตียง และผู้ป่วยหญิง 9 เตียง

- เตียงสำหรับผู้ป่วยระบบปัสสาวะจำนวน 19 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยชาย  
12 เตียง และผู้ป่วยหญิง 7 เตียง

- เตียงสำหรับผู้ป่วยกลืนน้ำแร่ไอโอดีน (ชายหรือหญิง) 1 เตียง

- เตียงผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายอวัยวะตับหรือไต (ชายหรือหญิง) 1 เตียง

(3). ให้การรักษายาบาลโดยเน้นผู้ป่วยตติยภูมิ (Tertiary care) ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มาขอการรักษาโดยมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลอื่น เนื่องจากเกินขีด  
ความสามารถของโรงพยาบาลนั้นๆ ไม่ว่าจะสาเหตุจากโรคหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ยากต่อการรักษา เนื่องจากเป็นโรคที่ซับซ้อนและการ  
รักษา ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะทาง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทซึ่งมีโอกาสเกิด  
อาการแทรกซ้อน ทำให้สูญเสียความทรงจำ แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วย  
ที่ต้องได้รับการผ่าตัดโดยเทคนิคทางจุลศัลยกรรม (Microsurgery) ได้แก่ การผ่าตัด สลายนิ่วใน  
ระบบทางเดินปัสสาวะและการผ่าตัดเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมองที่ผิดปกติ

- ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายมีขีดจำกัด ทำให้การผ่าตัดมีความเสี่ยงสูง และ  
ต้องการดูแลเป็นพิเศษเช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความ  
ดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

## 1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป มีหลายรูปแบบและมีการพัฒนามาตามเวลา ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนารูปแบบใหม่ขึ้นมาแต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิมก็ไม่ได้หายไป จึงมีทั้งรูปแบบการใช้ที่ผสมผสานและการใช้รูปแบบเดียว Marram et. Al (1979: 20-23) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

1.2.1 การดูแลผู้ป่วยแบบรายผู้ป่วย (Case modality) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เก่าแก่ที่สุดในการพยาบาล เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่งในแต่ละเวร นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยหนัก และ เป็นที่นิยมมากในการสอนนักศึกษาพยาบาลให้รู้จักวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบสมบูรณ

1.2.2 การดูแลผู้ป่วยแบบตามหน้าที่ (Functional modality ) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงาน ไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น พยาบาลแต่ละคนทำหน้าที่ให้ยา อาบน้ำ เช็ดตัวให้ผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้ เพื่อเป็นการตอบสนองระบบขององค์กรที่ต้องการผลผลิตเป็นจำนวนมาก ไม่เน้นคุณภาพ ผู้ป่วยรายหนึ่งจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน แต่ไม่มีผู้ใดที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยรายนั้นโดยตรง

1.2.3 การดูแลผู้ป่วยแบบทีม (Team modality) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยมีพยาบาลคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมทีมดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำทีมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการจ่ายงานให้ผู้ร่วมงานนำไปปฏิบัติ พยาบาลหัวหน้าทีมจะต้องทราบถึงการวินิจฉัยโรค ยา คำสั่งการรักษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกรายในทีมนั้นๆ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบในการวางแผน สำหรับผู้ร่วมงานในทีม เช่น เวลาพักรับประทานอาหาร เป็นต้น

1.2.4 การดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing modality) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ที่มีการคำนึงถึงศักยภาพของพยาบาล ซึ่งการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีความคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยแบบรายผู้ป่วย ต่างกันที่พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งรายละเอียดของการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะกล่าวถึงต่อไป

จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยแต่ละแบบจะมีข้อแตกต่างกันออกไป ซึ่งจะขอเสนอในรูปตารางการเปรียบเทียบ โดยจะนำเสนอเปรียบเทียบใน 3 รูปแบบ คือ การดูแลผู้ป่วยแบบตามหน้าที่ แบบทีมและแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เนื่องจากในบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 จะเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบตามหน้าที่ร่วมกับการ

ดูแลผู้ป่วยแบบทีม และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องการที่จะศึกษาถึงผลของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เปรียบเทียบกับการดูแลแบบเดิม ส่วนการดูแลแบบรายผู้ป่วยจะไม่นำเสนอในที่นี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยแบบตามหน้าที่ แบบทีมและแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Young and Hayne, 1988: 382-383, ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541: 47-49)

ข้อเปรียบเทียบ	การดูแลผู้ป่วยแบบตามหน้าที่	การดูแลผู้ป่วยแบบทีม	การดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้
การมอบหมายงาน	พยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้มอบหมายงานให้รับผิดชอบหน้าที่เฉพาะอย่าง	พยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้มอบหมายงานให้สมาชิกภายในทีมปฏิบัติงานตามขอบเขตและความสามารถของแต่ละบุคคล	หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานให้แก่พยาบาลแต่ละรายในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย
ความรับผิดชอบในการวางแผนและการให้การพยาบาล	หัวหน้าเวรเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด	หัวหน้าทีมเป็นผู้รับผิดชอบและตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลทั้งหมด	พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน
ความต่อเนื่อง	ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน จะสิ้นสุดในแต่ละเวรผู้ป่วยจะได้รับการ	มีความต่อเนื่องบ้างถ้าทีมมีการประสานงานที่ดี ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาล	มีความต่อเนื่องดี เนื่องจากมีการวางแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และผู้ป่วยจะ

ข้อเปรียบเทียบ	การดูแลผู้ป่วยแบบตามหน้าที่	การดูแลผู้ป่วยแบบทีม	การดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้
	ดูแลจากพยาบาลหลายคนตามหน้าที่ของพยาบาลแต่ละคน	หลายคน	ได้รับการดูแลจากพยาบาลคนเดิมเป็นส่วนใหญ่
การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	พยาบาลแต่ละคนเขียนบันทึกเฉพาะงานที่ตนได้รับมอบหมาย	หัวหน้าทีมเป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นส่วนใหญ่	พยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
การติดต่อสื่อสาร			
การรับส่งเวร	หัวหน้าเวรเป็นผู้รับผิดชอบส่งเวรให้กับหัวหน้าเวรต่อไป	หัวหน้าทีมเป็นผู้รับผิดชอบส่งเวรให้กับหัวหน้าทีมต่อไป	พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการส่งเวรให้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแลในเวรต่อไปโดยพยาบาลผู้รับส่งเวรจะเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง

จากตารางการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลทั้ง 3 แบบข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง มีพยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมากกว่า

การดูแลแบบตามหน้าที่และแบบทีม ซึ่งลักษณะการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 ในปัจจุบัน ให้การดูแลแบบตามหน้าที่ร่วมกับแบบทีม โดยพยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายหน้าที่จากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร สมาชิกทีม และพยาบาลที่รับผิดชอบในการให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งลักษณะการทำงานเช่นนี้ พยาบาลแต่ละคนมุ่งที่จะทำงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จของแต่ละคน ทำให้พยาบาลขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่จากพยาบาลเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลขึ้นได้ และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้ประสิทธิภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางศัลยกรรมระบบประสาทมีการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่บางครั้งมีความพิการเหลืออยู่ เช่น บุคลิกภาพ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2546) ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมองให้มากยิ่งขึ้น

## 2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง

ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มีอยู่ด้วยกันจากหลายๆ สาเหตุ เช่น ความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบส่วนกลาง (Congenital malformation of CNS) ภาวะที่มีน้ำไขสันหลังในกะโหลกศีรษะมากกว่าปกติ (Hydrocephalus) การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) การบาดเจ็บที่สันหลัง (Spinal injury) การบาดเจ็บที่เส้นประสาท (Peripheral nerve injury) โรคของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intravertebral disc diseases and spondylosis) เนื้องอกไขสันหลัง (Spinal tumor) โรคติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง (Intracranial and spinal infection) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และเนื้องอกสมอง (Brain tumor) (จเร ผลประเสริฐ, 2528) แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมอง เนื่องจากเป็นโรคในกลุ่มของโรคทางสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่พบมากในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 โดยในปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคเนื้องอกสมองเป็นโรคที่อยู่ใน 5 อันดับแรกของสถิติกลุ่มโรคของหอผู้ป่วยนี้ (เวชสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2547) ซึ่งการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคทางสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและพยาธิสภาพของโรคทางสมอง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสมองเป็นอย่างดี เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

## 2.1 สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคทางสมอง

เนื้องอกสมองเป็นเนื้องอกที่พบได้น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ ภายในร่างกาย เนื้องอกสมองพบได้ทุกเพศ ทุกวัย ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองในกะโหลกศีรษะทั้งหมด พบว่าเนื้องอกมีจุดเริ่มต้นที่ในสมอง รวมทั้งรากของเส้นประสาทแต่ละคู่ และเยื่อหุ้มสมองด้วย ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 5 พบว่ามีการแพร่กระจายมาจากอวัยวะส่วนอื่นๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งทางเดินอาหารและไต เป็นต้น หรือเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงของช่องกะโหลกศีรษะ ซึ่งทำให้เกิดแผลแล้วผ่านเข้าไปในโพรงสมองได้ (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537)

## 2.2 อาการและอาการแสดงของโรคทางสมอง

เนื้องอกสมองแต่ละชนิดอาจมีอาการและอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งนำมาก่อน เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นจะมีอาการอื่นร่วมด้วยหรืออาจมีครบทุกอาการก็ได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้องอกนั้นๆ (จรุ ผลประเสริฐ, 2528) ซึ่งอาการและอาการแสดงมีดังต่อไปนี้

2.2.1 ภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา และมีชัย ศรีใส, 2530: 185-186)

2.2.1.1 การมีเนื้องอกเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ สมองบวม (Brain edema) จากสาเหตุต่างๆ เช่น สมองขาดออกซิเจน

2.2.1.2 หลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะพองขยายขึ้น เช่น มีการอุดตันของการไหลของเลือดดำออกจากสมองทำให้หลอดเลือดดำในสมองขยายออก

2.2.1.3 มีสิ่งกีดขวางภายในช่องกะโหลกศีรษะ เช่น เนื้องอก ฝี ถุงน้ำ ก้อนเลือด เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง มีดังนี้

(1). ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะเกิดเนื่องจากการกดรั้งส่วนที่มีประสาทรับความรู้สึกภายในช่องกะโหลกศีรษะ ลักษณะการปวดมักเป็นแบบปวดตุ๊บๆ (Throbbing) และจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดเมื่อความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมากก็จะมีอาการปวดตลอดเวลา

(2). อาเจียน เป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะหลังที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมาก ลักษณะการอาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (Projectile vomiting) ซึ่งจะไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร

(3). อาการตามัว เนื่องจากมีประสาทตาบวม (Papilledema) เกิดจากมีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำ (Central retina vein) ของเส้นประสาทตา (Optic nerve)

(4). บุคลิกและนิสัยเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงในบุคลิกและนิสัยเป็นอาการร่วมหนึ่งซึ่งพบได้เสมอ จะพบว่าผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่กระตือรือร้นที่จะทำงาน เชื่องช้าลง ไม่กระฉับกระเฉง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมกลายเป็นคนชอบนอนหลับ และถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นและนานพอก็อาจทำให้เกิดความจำเสื่อมและเกิดภาวะความจำเสื่อม (Dementia) ได้

(5). การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เป็นอาการที่สำคัญที่สุด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขให้ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะลงสู่ระดับปกติ จะทำให้หมดสติและถึงแก่กรรมได้ ซึ่งภาวะหมดสตินั้นเกิดขึ้นได้จาก 2 ปัจจัย คือ เลือดไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) ลดลงและเกิดภาวะสมองเคลื่อนทำให้กีดการทำงานของก้านสมอง (Brain stem)

(6). การมองเห็นภาพซ้อนเกิดจากการเสียหายที่ของเส้นประสาทสมองที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ใช้ก่อกองลูกตา เส้นประสาทสมองที่พบบ่อยในการสูญเสียหน้าที่ ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 6 (Abducens nerve) และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor nerve)

(7). การเกิดภาวะ Cushing's reflex ได้แก่ ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) เพิ่มขึ้น ความแตกต่างระหว่างความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (Pulse pressure) มีมากขึ้น และอัตราการเต้นของชีพจรช้าลง เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น

2.2.2 อาการชัก อาการชักที่เป็นชนิดชักเฉพาะที่ (Focal seizure) จะแสดงถึงตำแหน่งของเนื้องอกที่ผิวของสมอง เนื้องอกที่เกิดนอกเนื้อสมอง (Extraaxial) เช่น เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) จะมีอาการชักนำมาก่อนอาการอื่นๆ แต่เนื้องอกที่เกิดภายในเนื้อสมอง (Intraaxial) จะมีอาการของการเสียหายที่เฉพาะที่ของระบบประสาท (Focal neurogenic deficit) หรือ มีจอประสาทตาบวม นำมาก่อนอาการชัก

2.2.3 ระบบประสาทเสียหายที่เฉพาะที่ (Focal neurogenic deficit) เป็นอาการของการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่ถูกทำลายหรือถูกกดบีบโดยเนื้องอก อาการเฉพาะที่นับว่าเป็นอาการที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัย ที่จะสามารถบอกถึงตำแหน่งของเนื้องอกได้

การประเมินสภาพผู้ป่วยทางระบบประสาท

การประเมินสภาพผู้ป่วยทางระบบประสาท จะต้องมีการประเมินจากปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้ (ประนอม หนูเพชร, วิศวกรรม ลีลาสำราญ และชอลดา พันธุเสนา, 2541: 201-204)

(1). การวัดระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) คิดคะแนนรวมสูงสุด เท่ากับ 15 คะแนน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ



ก. ความสามารถในการลืมตา แบ่งออกเป็น

- ลืมตาได้เอง ให้ 4 คะแนน
- ลืมตาเวลาเรียก ให้ 3 คะแนน
- ลืมตาเวลาเจ็บ ให้ 2 คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย ให้ 1 คะแนน

ในกรณีที่ผู้ป่วยตาบวมปิดหรือลืมตาไม่ได้ให้เขียน C ในช่องคะแนน เท่ากับ 1 การสังเกตการลืมตาของผู้ป่วย ต้องดูหนังตาบนว่าเปิดขึ้นหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ปิดตาไม่สนิทขณะนอนหลับให้ถือว่าเป็นการหลับตา จะบันทึกว่าการลืมตาก็ต่อเมื่อมีการยกหนังตาบนให้เห็น

ข. ความสามารถในการสื่อสารภาษาที่ดีที่สุด และควรตรวจซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง และบันทึกเฉพาะครั้งที่ดีที่สุด แบ่งการให้คะแนนได้ดังนี้

- พูดคุยได้ไม่สับสน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยสามารถบอกเวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง ให้ 5 คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยตอบถูกบ้าง ผิดบ้าง ทั้งในด้านของเวลา สถานที่ และบุคคล ให้ 4 คะแนน
- พูดเป็นคำๆ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยพูดคำที่ไม่มีความหมายที่ไม่ใช่คำสนทนา ให้ 3 คะแนน  
(ถ้าตอบคำถามได้ดีแม้พูดเป็นคำก็ถือว่าพูดเข้าใจและสื่อความหมายได้ดี ให้ 5 คะแนน)
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยส่งเสียงร้องหรือส่งเสียงครางที่จับใจความไม่ได้ ให้ 2 คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย ให้ 1 คะแนน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้เขียนคำว่า T ในช่อง 1 คะแนน

ค. ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด แบ่งการให้คะแนนออกเป็นดังนี้

- ทำตามคำสั่งได้ ให้ 6 คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ หมายถึง เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดผู้ป่วยสามารถยกมือไปปิดตรงตำแหน่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ให้ 5 คะแนน
- ชักแขนขานี้ หมายถึงผู้ป่วยไม่ทราบตำแหน่งที่เจ็บแต่ผู้ป่วยจะขยับแขนขานี้เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ให้ 4 คะแนน
- แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ หมายถึง แขนมีการเกร็งผิดปกติ งบประมาณข้อศอกข้อมือเข้าหาตัวและนิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ (Abnormal flexion)

ให้ 3 คะแนน

- แขนเหยียดเกร็งเมื่อจับ หมายถึงแขนเหยียดตรงเกร็งชิดลำตัวข้อไหล่หมุน  
เข้าหาลำตัว ข้อมือหันออกจากลำตัว และนิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ

(Abnormal extension)

ให้ 2 คะแนน

- ไม่มีการเคลื่อนไหว

ให้ 1 คะแนน

(2). การวัดสัญญาณชีพ (Vital signs) การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพสัมพันธ์โดยตรงกับพยาธิสภาพทางสมองหรือกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง ดังนั้นการบันทึกและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิและการหายใจเป็นระยะๆ เป็นสิ่งจำเป็นมากเนื่องจากสมองบางส่วนเป็นศูนย์กลางในการควบคุมระบบหายใจ การไหลเวียนโลหิต ความดันโลหิตและระบบอุณหภูมิของร่างกาย เช่น ภาวะความดันในสมองสูง ทำให้ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตสูง ความแตกต่างระหว่างความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (Pulse pressure) มีมากขึ้น หายใจช้า และไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

(3). การวัดส่วนที่มีพยาธิสภาพของสมอง จะช่วยในการวินิจฉัยและประเมินสภาวะของผู้ป่วยว่ามีความรุนแรงของโรคมากน้อยเพียงใด และเป็นการเตือนภาวะรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ซึ่งได้แก่ การบันทึกและการสังเกตจากลักษณะต่างๆ ดังนี้

ก. ลักษณะของรูม่านตา เป็นการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง คือการหดและการขยายของรูม่านตา ซึ่งถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ การดูรูม่านตาต้องดูทั้งขนาดและปฏิกิริยาต่อแสง โดยใช้ไฟฉายที่มีจุดสว่างตลอดดวง การฉายไฟควรจะทำอย่างช้าๆ ฉายจากทางตามาหยุดตรงกลางตาสักครู่และผ่านไปทางหัวตา การดูขนาดของรูม่านตานั้น ดูก่อนที่รูม่านตาจะมีการเปลี่ยนแปลงแล้วบันทึกความยาวของเส้นผ่าศูนย์กลางเป็นมิลลิเมตร ลงในช่องที่กำหนด ตาขวาเขียน R ตาซ้ายเขียน L การดูปฏิกิริยาต่อแสงนั้น ดูการหดตัวของรูม่านตา ถ้ารูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงดีให้บันทึก R หรือ + (หมายถึง Reacting) ถ้ามีปฏิกิริยาต่อแสงช้า บันทึก S หรือ ± (หมายถึง Sluggish หรือ Reacting slowly) ถ้ารูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงเลย บันทึก N หรือ - (หมายถึง Non-reacting)

ข. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ (Motor power) การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัว ประเมินโดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยออกแรงดัน แรงกด หรือแรงดึงในทิศทางของการออกแรงตรงข้ามกับทิศทางที่ผู้ตรวจกดหรือดึงไว้ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ประเมินโดยการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด การประเมินต้องประเมินทั้งแขนและขา แล้วบันทึกโดยแบ่งระดับดังนี้

- แขนหรือขามีกำลังปกติ หมายถึง กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงกระทำได้

- แขนหรือขาอ่อนแรงเล็กน้อย หมายถึง กล้ามเนื้อที่มีแรงทำงานด้านแรงกระทำได้น้อยกว่าปกติ
- แขนหรือขาอ่อนแรงมาก หมายถึง กล้ามเนื้อที่มีแรงทำงาน เคลื่อนไหวแขนหรือขาในแนวราบได้ (ยกไม่ได้)
- แขนงอ (Abnormal flexion)
- แขนหรือขาเหยียดเกร็ง (Abnormal flexion)
- ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย หมายถึง แขน-ขาไม่มีการขยับเขยื้อนเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด

การบันทึกให้เขียน R (Right) หมายถึง แขนหรือขาขวา และ L (Light) หมายถึง แขนหรือขาซ้าย ลงในช่องที่ตรวจพบ ถ้ามีกระดูกหักหรือเข้าเฝือกหรือการใช้แรงดึง (On traction) ตรวจไม่ได้ ให้เขียนบันทึก F (หมายถึง Fracture)

### 2.3 การรักษาผู้ป่วยโรคสมอง

เนื้องอกสมองเป็นสิ่งที่มีการขยายตัวได้ การปล่อยเวลาผ่านไปทำให้เนื้องอกขยายใหญ่ขึ้นผู้ป่วยจะมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองมากขึ้น ซึ่งจุดมุ่งหมายในการรักษา คือการ ผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด โดยไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่ของสมองมากกว่าก่อนการผ่าตัดและให้ส่วนที่สูญเสียหน้าที่ไปมีการฟื้นกลับคืนมากที่สุด แต่เนื้องอกบางตำแหน่งไม่สามารถผ่าตัดออกให้หมดหรือไม่สามารถผ่าตัดออกได้เลย เช่น เนื้องอกที่ก้านสมอง (Brain stem) ธาลามัส (Thalamus) และไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) เพราะเป็นส่วนที่สำคัญอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นรักษาแบบบรรเทาอาการ (Palliative treatment) ซึ่งการรักษาเนื้องอกสมองโดยทั่วไป มีดังต่อไปนี้ (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537)

2.3.1 การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด กรณีที่เนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่ทำได้และไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองหรือชีวิต ส่วนใหญ่ทำในรายที่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ซึ่งมีขอบเขตชัดเจน

2.3.2 การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกเฉพาะบางส่วน จะต้องเอาเนื้องอกออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมอง

2.3.3 การระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองไปสู่ช่องท้องหรือหัวใจห้องบนขวาหรือการทำ Ventriculostomy ในรายที่มีการอุดตันทางเดินน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง และเนื้องอกที่

เป็นต้นเหตุไม่สามารถเอาออกให้หมดได้ ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดต่ำลง

2.3.4 การนำเนื้องอกออกมาตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy) เพื่อให้ทราบชนิดของเนื้องอก ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนการผ่าตัด ชั่วบ่งชี้ในการนำเนื้องอกออกมาตรวจ คือ รายที่เนื้องอกอยู่ลึกหรืออยู่ในส่วนที่ถ้าผ่าตัดเนื้องอกออกหมดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและในรายที่เนื้องอกเป็นชนิดเนื้อร้าย (Malignant)

วิธีการผ่าตัดสมองเพื่อเอาเนื้องอกในสมองออกที่พบบ่อย ได้แก่

(1). Craniotomy เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะออกเป็นแผ่น เมื่อทำผ่าตัดเสร็จแล้วก็ปิดกลับดังเดิม จะทำในกรณีที่วินิจฉัยรอยโรคได้แน่นอน ทำให้สามารถคำนวณความกว้างของกะโหลกศีรษะที่จะทำการเปิดได้ (นครชัย เผื่อนปฐม, 2539)

(2). Craniectomy เป็นการแกะกระดูกออกที่ละน้อยแล้วปล่อยให้กะโหลกกลับไปปิด ถ้าบริเวณที่เอากะโหลกออกมีกล้ามเนื้อปิด เช่น บริเวณขมับหรือท้ายทอย ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนำกะโหลกไปปิดใหม่ เพราะกล้ามเนื้อเหล่านี้สามารถที่จะปกป้องเยื่อหุ้มสมองดูราและสมองใต้บริเวณนั้นได้ แต่ถ้าบริเวณที่เอากะโหลกออกไม่มีกล้ามเนื้อปิดและมีขนาดใหญ่จะต้องนัดผู้ป่วยมาปิดกะโหลกภายหลัง (สิระ บุญยรัตเวช, 2532)

(3). Cranioplasty เป็นการใส่กะโหลกเทียมปิดแทนที่เอากะโหลกออกจากการทำ Craniectomy เพื่อป้องกันสมองบริเวณนั้นไม่ได้รับอันตรายและเพื่อความสวยงาม โดยทั่วไปนิยมทำหลังจากทำ Craniectomy ไปแล้วประมาณ 3-6 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้อหลงเหลืออยู่ (จเร ผลประเสริฐ, 2528)

(4). Ventriculostomy or ventricular drainage เป็นการต่อท่อระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังจากโพรงสมองออกภายนอกร่างกายอย่างชั่วคราว เพื่อบรรเทาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะที่มีน้ำไขสันหลังในกะโหลกศีรษะมากกว่าปกติ (Hydrocephalus)

(5). การผ่าตัดผ่านโพรงอากาศสฟินอยด์ (Transphenoidal approach) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้องอกบริเวณต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ออก โดยผ่านโพรงอากาศสฟินอยด์ การทำผ่าตัดผ่านบริเวณนี้เข้าไปยัง Sphenoid sinus ผ่าน Sella turcica และเยื่อดูรา เข้าไปยัง Pituitary gland โดยใช้การผ่าตัดผ่านกล้องจุลทรรศน์เข้าไปตัดเนื้องอกออกเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด (Lindsay, Bone, and Callander, 1997)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ที่พบบ่อยได้แก่ (ประนอม หนูเพชร และคณะ, 2541: 206-208)

(1). สมองบวม (Brain edema) พบได้ใน 1-2 วันหลังผ่าตัด อาการและอาการแสดงที่เห็นได้ชัด คือ การบวมบริเวณเปลือกตาและใบหน้าจากการดั่งรั้งเนื้อสมองบริเวณส่วนหน้า เป็นเวลานานในขณะผ่าตัด

(2). การตกเลือด พบได้ถ้ามีการทำผ่าตัดบริเวณกว้าง การดมยาสลบเป็นเวลานาน ร่วมกับการได้รับเลือดเป็นจำนวนมาก ทำให้มีการสร้าง thromboplastin เป็นจำนวนมาก เกิดลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดและทำให้เกิดเลือดออกตามมา

(3). การชัก การชักหลังผ่าตัด อาจพบการชักทั้งตัวหรือชักเฉพาะที่ ซึ่งพบที่หน้าและมือ พบได้ในผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัดในส่วนของคอร์เท็กซ์ (Cortex) ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิด การชักหลังผ่าตัดได้สูง แพทย์จะให้ยากันชักก่อนและหลังการผ่าตัด

(4). เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หลังผ่าตัดอาจพบภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบและการติดเชื้อในน้ำหล่อสมองและไขสันหลังเนื่องจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดร่วมกับการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองดูรา อาจมีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังซึมออกมาบริเวณบาดแผล อาการและอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ได้แก่ อาการคอแข็ง กลัวแสง กระสับกระส่าย หงุดหงิด มีไข้สูง หลังผ่าตัดแพทย์จึงมักให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

(5). ปวดศีรษะ พบใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจากการยืด หรือรบกวนต่อเส้นประสาทบริเวณหนังศีรษะ หรืออาจเกิดจากผ้าปิดแผลที่แน่นเกินไป

(6). มีไข้สูง อาจเกิดจากการติดเชื้อ หรือการรบกวนต่อไฮโปธาลามัส ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมอุณหภูมิ จะทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นมากทันที ความดันในหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงจะสูงขึ้น เลือดไปที่สมองมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัว ความดันในกะโหลกศีรษะจะเพิ่มสูงขึ้น

(7). ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) เพราะมีการเก็บน้ำไว้ในร่างกายมากเกินไป พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกในโพรงสมองและไฮโปธาลามัส ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ มีอาการและอาการแสดงแบ่งตามความรุนแรงได้ดังนี้คือ (สุจินดา ริมสีทอง, สุดาพรรณ รัญจิรา และอรุณศรี เตชัสหงส์, 2545)

ก. อาการเริ่มแรก มีค่าโซเดียมในเลือดประมาณ 120-130 mEq/L ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ

ข. อาการรุนแรงปานกลาง มีค่าโซเดียมในเลือดประมาณ 114-120 mEq/L ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ซึม ลึบสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง

ค. อาการรุนแรงมาก มีค่าโซเดียมในเลือดต่ำกว่า 114 mEq/L ผู้ป่วยจะเกิดอาการชักและไม่รู้สึกตัว

(8). ภาวะเบาจืด (Diabetes insipidus) มักพบภายใน 14 วันหลังการผ่าตัด ภาวะเบาจืดเป็นผลมาจากการบวม ที่เกิดจากการผ่าตัดและมีการรบกวนส่วนก้านของต่อมใต้สมอง ทำให้มีการหลั่ง Antidiuretic hormone (ADH) น้อยลงซึ่งไม่สามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นได้ ภาวะนี้หากทิ้งไว้ไม่ทำการรักษา จะทำให้น้ำและอิเล็กโทรไลต์สูญเสียความสมดุลอย่างรุนแรง และถึงแก่ความตายได้ อาการของภาวะเบาจืด ได้แก่ การมีปัสสาวะมากกว่า 200 ซีซี ต่อชั่วโมง ค่าความถ่วงจำเพาะอยู่ในช่วง 1-1.005 เมื่อร่างกายมีการสูญเสียน้ำในรูปของปัสสาวะมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการกระหายน้ำ มีภาวะโซเดียมคั่ง ความเข้มข้นของ Serum เพิ่มขึ้น และความเข้มข้นของน้ำปัสสาวะลดลง

#### 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง

การผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีอัตราเสี่ยงต่อความพิการหรือความตายสูง (ประนอม หนูเพชร และคณะ, 2541: 209) พยาบาลจึงต้องมีการวางแผนร่วมกับแพทย์ในการให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อที่จะลดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัด และให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดโดยเร็วและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย (ประนอม หนูเพชร และคณะ, 2541: 209-213) ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในการให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนการผ่าตัด เป็นระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เพื่อคลายความวิตกกังวลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น การตรวจต่างๆ ที่ต้องทำก่อนผ่าตัด การเตรียมบริเวณผ่าตัด การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน ตลอดจนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการไว้วางใจ สามารถพูดคุยระบายความวิตกกังวลและซักถามข้อสงสัย และแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่นการหายใจทางปาก กรณีที่ผ่าตัดทางโพรงอากาศสฟีนอยด์ (Sphenoid sinus) อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการบันทึกปริมาณน้ำทุกชนิดที่เข้าและออกจากร่างกาย การฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด ห้ามกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอแรงๆ เพราะจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ รวมทั้งความสำคัญของการบอกให้พยาบาลทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนะนำให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด เพื่อสร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นระยะหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. การให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล มีดังนี้

1.1 ในผู้ป่วยที่มีท่อระบาย (Radivac drain) ดูแลให้มีการระบายโดยสะดวก ไม่ให้มีการหัก พับ งอของท่อระบาย ดูแลให้ระบบเป็นสุญญากาศอยู่เสมอการระบายที่ไม่สะดวก อาจทำให้ก้อนเลือดคั่งค้าง ทำให้มีอาการปวดศีรษะได้

1.2 ในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) ให้สังเกตผ้าพันแผลบริเวณศีรษะหากรัดแน่นเกินไปอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะขึ้นได้ ต้องพันแผลให้ผู้ป่วยใหม่ ในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดโดยนำกะโหลกศีรษะออก (Craniectomy) ห้ามใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันรอบศีรษะเพราะจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ไม่สามารถระบายความดันออกมาในบริเวณที่เอากะโหลกออกได้

1.3 หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพราะจะมีแรงกดทับแผล ทำให้ปวดแผลได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบ Craniectomy การนอนทับข้างที่ทำผ่าตัดจะทำให้มีแรงกดต่อเนื้อสมองโดยตรง ทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่สะดวกและอาจทำให้เนื้อสมองเลื่อนออกมากดกับขอบกะโหลกศีรษะที่ถูกตัดออกไป

1.4 ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

2. การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภายหลังการผ่าตัดสมอง มีดังนี้

2.1 ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีหลักในการให้การพยาบาล ดังนี้

2.1.1 จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา และนอนศีรษะตรงเพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองและไหลกลับจากสมองได้สะดวก ไม่คั่งค้าง

2.1.2 วัดสัญญาณชีพ ทุก 15-60 นาที จนกว่าระดับสัญญาณชีพจะ คงที่ หากมีชีพจรช้าลง การหายใจเร็วขึ้น มีความแตกต่างระหว่างความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ควรรายงานให้แพทย์ทราบ

2.1.3 ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1-2 ชั่วโมง ถ้า Glasgow Coma Scale น้อยกว่า 9 หรือ เปลี่ยนแปลงลดลงไปจากเดิม 2 ระดับคะแนน ควรรายงานแพทย์ เพราะ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแสดงถึงอาการสมองบวม หรือมีเลือดออกในสมองได้ หากสามารถ ประเมินผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มแรกจะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.1.4 ประเมินหน้าที่การเคลื่อนไหวของแขนขา หากมีอาการอ่อนแรงของ แขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ควรรายงานแพทย์ทันที

2.1.5 สังเกตแบบแผนการหายใจ ผู้ป่วยอาจมีการหายใจลำบากจากการที่มี ผ้าอุดอยู่ในช่องจมูก (Nasal packing) และท่อยางในจมูกในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดผ่านทางโพรง อากาศ สphenoid (Sphenoid sinus) และอาจเกิดจากเยื่อจมูกบวม ควรรายงานแพทย์เมื่อพบ แบบแผนการหายใจผิดปกติ เนื่องจากการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ คั่ง ภาวะนี้ทำให้หลอดเลือดในสมองขยายตัว การไหลเวียนของเลือดดำในสมองไม่สะดวก ทำให้ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจพิจารณาให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะนี้

2.1.6 แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยไอ จามหรือมีการเบ่ง เนื่องจากทำให้ความดันของ ช่องอกสูงขึ้น ซึ่งจะกดหลอดเลือดที่ถ่ายเทเลือดจากสมองสู่หัวใจทำให้เลือดดำจากส่วนศีรษะไหล กลับสู่หัวใจน้อยลง เกิดการคั่งของเลือดดำในสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามไปด้วย

2.2. การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรลัยต์ มีดังนี้

2.2.1 บันทึกจำนวน ลักษณะ สี และวัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ทุกชั่วโมง หากมีสีใส มีจำนวนมากกว่า 200 ซีซีต่อชั่วโมงและค่าความถ่วงจำเพาะน้อยกว่า 1.005 แสดงถึงการเกิดภาวะเบาจืดควรรายงานแพทย์ทราบ

2.2.2 วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ความดันโลหิตลดลง และชีพจรเร็วขึ้น ถ้าพบอาการดังกล่าวควรรายงานแพทย์

2.2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและทางปากให้เพียงพอ หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ควรให้ดื่มน้ำทางปากทดแทน 2 ใน 3 ของจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง



## 2.2.4 ติดตามค่าอิเล็กโตรลิต ค่าความเข้มข้นของเลือดและปัสสาวะ

ถ้าพบค่าผิดปกติ ควรรายงานแพทย์

## 2.2.5 ในรายที่มีภาวะเบาจืด ดูแลให้ได้รับยา Pitressin ตามแผนการรักษา

ของแพทย์

## 2.3. การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อในสมอง

2.3.1 ประเมินผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ การมีน้ำไหลลงคอ ในกรณี  
ที่ผ่าตัดผ่านทางโพรงอากาศสฟีนอยด์ ดูแลลักษณะน้ำที่ไหลออกจากทางจมูก ประเมินอาการปวด  
ศีรษะและ คอแข็ง

2.3.2 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดผ่านทางโพรงอากาศสฟีนอยด์ ควรทำความสะอาด  
ปากฟันด้วยน้ำเกลืออุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแผลเย็บในปากและ  
จะทำให้ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ห้ามใช้แปรงสีฟันอย่างน้อย 10 วัน ห้ามไม่ให้ใช้น้ำมูก หลีกเลียงการไอ  
หรือจาม เพื่อป้องกันแผลเย็บฉีกขาด รวมทั้งน้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วซึม

2.3.3 สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณ  
ศีรษะ ได้แก่ ปวด บวม แดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ เช่น หนอง น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง  
หากพบสิ่งคัดหลั่งเหล่านี้ออกจากแผล จะเป็นโอกาสให้มีการติดเชื้อภายในสมองได้

2.3.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการ  
แพ้ยา เช่น มีผื่นคัน เป็นต้น

2.3.5 ติดตามผลการเพาะเชื้อน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง และการตรวจ  
นับจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือด เนื่องจากในภาวะติดเชื้อ ร่างกายจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น

3. การสอนและการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล  
และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยจะให้การสอนและแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

3.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อควรระวังเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ปลอดภัยจาก  
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านทางโพรงอากาศสฟีนอยด์ ควรสังเกตอาการ  
ของการมีน้ำไหลลงคอหรือจากจมูกโดยไม่ได้เป็นหวัด ควรนอนพักให้มาก แต่หากน้ำที่ไหลจาก  
จมูกกลดมีกลิ่นเหม็นมากควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

3.2 การหลีกเลียงการไอหรือจาม การทำงานหนักที่ต้องใช้แรงเบ่ง เช่น ยกของ  
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเพิ่มความดันบนหลอดเลือดใหญ่ในช่องอก มีผลให้ความดันในกะโหลก  
ศีรษะสูงตามมาและทำให้แผลผ่าตัดปริแตก มีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วออกมาจากแผลได้  
ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

3.3 การรับประทานยาตามแพทย์สั่งหากมีอาการผิดปกติ เช่น มีผื่นตามตัว หรืออาการแพ้ยาให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

3.4 การให้ความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด

3.5 การปฏิบัติตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล ทั้งในด้านการบริการพยาบาล การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในหอผู้ป่วยนั้น จะพบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกกว่าพยาบาลขาดการเอาใจใส่ตน ให้บริการช้าไม่ทันใจ บางครั้งพยาบาลไม่ตอบคำถามที่ต้องการทราบ มีพยาบาลหมุนเวียนเข้ามาให้การดูแลหลายคน แต่พยาบาลที่เข้ามาให้การดูแลไม่สามารถที่จะให้ข้อมูลที่ต้องการทราบได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมานั้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น เป็นการให้การดูแลแบบตามหน้าที่ของพยาบาลแต่ละคน โดยพยาบาลแต่ละคนจะให้ความสนใจเฉพาะงานที่ตนได้รับมอบหมายเท่านั้น รวมทั้งมุ่งที่จะทำงานตามหน้าที่ของตนเองให้เสร็จทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้รับความสนใจจากพยาบาลเท่าที่ควรจึงทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำวิจัยเพื่อที่จะสร้างความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม ชาย-หญิงชั้น 9 ให้เพิ่มมากขึ้น

### 3. การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งหวังจะให้ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งการที่จะนำแนวทางการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด จึงควรมีการศึกษาถึง ความหมาย แนวคิดของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆ รวมถึงเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการดูแลแบบตามหน้าที่ แบบทีม และ แบบพยาบาลเจ้าของไข้

#### 3.1 ความหมายการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Marram et al. (1974) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้การดูแลผู้ป่วย

ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา มีการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายออกไปจากหอผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และเป็นผู้ประสานงานในการปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกทีมสุขภาพอื่นๆ

Komplin (1995) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยมีพยาบาลแต่ละคนทำหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้การดูแลตามแผนการรักษา รวมถึงการประเมินผลของการรักษา

สรุปการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับมอบหมาย โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้การดูแลตามแผนการรักษา รวมถึงการประเมินผลของการรักษา และพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และเป็นผู้ประสานงานในการปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกทีมสุขภาพอื่นๆ

### 3.2 แนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้กันในโรงพยาบาลมาเป็นเวลามากกว่า 30 ปี (Jonsdottir, 1999) โดย Manthey (1970) ได้ให้แนวคิดที่สำคัญของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ คือ "My Patient-my nurse" ซึ่งเป็นแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นรายบุคคล มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล รวมทั้งพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และ Marram et al. (1974) ได้นำเสนอแนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ในหนังสือ "Primary nursing: A model for individualized care" ซึ่งสรุปใจความสำคัญได้ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานให้แก่พยาบาลแต่ละคนในการทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลแต่ละคน ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทั้งหมดเกี่ยวกับความต้องการทางการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่ง Marram et al. (1974) ได้เรียกลักษณะการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า "A Triple A

Nurse” ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ความมีอำนาจหน้าที่ในการดูแล (Authority) และความสำนึกในหน้าที่ที่รับผิดชอบ (Accountability)

2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย โดยทำการรวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย บันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล คำแนะนำที่ให้ รวมทั้งรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เตรียมจะปฏิบัติ หรือที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

3. พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มีการติดตามปัญหาของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้เขียนไว้

4. การติดต่อสื่อสารจากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เป็นการติดต่อสื่อสารโดยตรง (Direct communication) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal communication) การใช้แผนการพยาบาล (Nursing care plan) และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Patient centered conference) และพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

5. บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ได้แก่

5.1 หัวหน้าหอผู้ป่วย (Head nurse) มีบทบาทในการรับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ร่วมงาน เป็นผู้มอบหมายผู้ป่วยให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ โดยพิจารณาความรู้ ความสามารถและคุณลักษณะของพยาบาลเจ้าของไข้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย มีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยของตนได้อย่างเต็มที่ และมีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เป็นสื่อกลางในการติดต่อระหว่างบุคลากรต่างๆ นิเทศให้คำแนะนำช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน มีการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล

5.2 พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

5.2.1 รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

5.2.2 ประเมินความต้องการการพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

5.2.3 ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้เขียนไว้

5.2.4 ปรีกษาหรือเกี่ยวกับผู้ป่วยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการพยาบาล

5.2.5 มีอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบและมีอิสระในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่

5.3 พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate nurse) มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน และสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม

นอกจากนี้ Macguire (1989) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับหลักปฏิบัติพื้นฐาน 10 ประการ ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการจัดแบ่งให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงานหรือจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ป่วยและญาติจะได้รับการแนะนำตัวจากพยาบาลเจ้าของไข้ว่าตนเองได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย
2. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างต่อเนื่อง
3. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
4. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนและประเมินผลการพยาบาลร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ พร้อมกับผู้ป่วยและญาติ
5. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบต่อผลการดูแลผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ

6. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกครั้ง  
ที่ขึ้นปฏิบัติงาน
  7. พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associated nurse) จะเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย เมื่อ  
พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน โดยพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการ  
พยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ และจะมีการปรึกษากับพยาบาลเจ้าของไข้ทุกครั้ง  
ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะทำหน้าที่เป็นพยาบาล  
เจ้าของไข้ในผู้ป่วยบางรายและทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลในผู้ป่วยบางราย
  8. ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติงาน จะมีการจัดนักศึกษาให้การพยาบาล  
ผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้
  9. พยาบาลเจ้าของไข้จะมีการปรึกษาร่วมกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางใน  
การวางแผนและการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย
  10. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องมีการทำงานร่วมกับพนักงานผู้ช่วยเหลือ เสมียน  
ประจำหอผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พยาบาล ในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อ  
การดูแลผู้ป่วย
- วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram et al., 1974: 47-49)
1. เพื่อให้เกิดการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)  
โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล คือ การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติและการ  
ประเมินผู้ป่วยตามแผนการที่วางไว้ ประกอบด้วย
    - 1.1 ศึกษาและค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนจัดลำดับ  
ความสำคัญของปัญหาและความต้องการ
    - 1.2 เขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่ โดยเขียนความต้องการหรือปัญหา  
ของผู้ป่วย จัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
    - 1.3 รวบรวมข้อมูลที่สำคัญตั้งแต่รับใหม่ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม  
ในการวางแผน
  2. เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability for patient care)  
โดยเป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้กับบุคลากรทางการพยาบาลตามความรู้ความสามารถ  
และทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้
    - 2.1 มอบหมายผู้ป่วยไว้ในความรับผิดชอบของพยาบาลตามพื้นฐานความรู้  
ความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 ส่งเสริมการใช้วิธีการจัดตารางการปฏิบัติงานและมอบหมายหน้าที่ เสริมประสิทธิภาพของพยาบาล

2.3 รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งประสานงานและติดต่อสื่อสาร กับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

2.4 พยาบาลทุกคนมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการปฏิบัติหน้าที่ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงมาตรฐานการดูแลไว้

3. เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of patient care) เป็นความต่อเนื่อง ของการดูแล ที่เกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ เพื่อให้การดูแล เป็นไปตามที่กำหนดไว้ มีแนวทางดังนี้

3.1 มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล โดย ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลคนเดิม

3.2 ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการสื่อสารแผนการ ดูแลกับบุคลากรอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ไปยังบุคคลอื่นๆในทีม สุขภาพ เพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

4. เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patients care) คือ มุ่งที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ดังนี้

4.1 พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ

4.2 ตัดสินใจเลือกชนิดและปริมาณความต้องการพยาบาลโดยการประเมิน ความต้องการของผู้ป่วย

5. เพื่อให้เกิดการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) โดยมีแนวทาง ดังนี้

5.1 ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดถือความต้องการของ ผู้ป่วยและแผนการพยาบาลเป็นหลัก

5.2 ใช้ประโยชน์จากบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 ใช้ทรัพยากรในชุมชน วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกับบุคลากรอื่นๆ

6. เพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ด้านความรู้และการปฏิบัติงานในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างเหมาะสม โดย

- 6.1 ประเมินความรู้ ความสามารถและทัศนคติบุคลากร
- 6.2 ส่งเสริมให้มีการนำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล
- 6.3 ให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะเฉพาะบุคคล
- 6.4 ให้โอกาสในการศึกษาและพัฒนาความรู้ โดยจัดโปรแกรมการอบรมต่างๆ

และการอบรมเชิงปฏิบัติการให้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### 3.3 โปรแกรมการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง

การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการมอบหมายงานให้พยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน โดยพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ (Marram et al., 1979) และ Macguire, 1989) ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่า การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะทำให้คุณภาพการพยาบาลสูงขึ้น (Marram et al., 1979 และ Archibong, 1999) และเป็นการเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Marram et al., 1979, ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542 และ เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2543)

จากการทบทวนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) และ Macguire (1989) มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง เป็นการดำเนินการจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับใช้ในการทดลอง เตรียมสถานที่ และกลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้ในการทดลอง รวมทั้งประสานงานไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



2. **ขั้นตอนการทดลอง** เป็นการดำเนินการจัดอบรมแบบบรรยายให้กับพยาบาลประจำการ เพื่อเตรียมพยาบาลประจำการให้เข้าใจถึงแนวทางการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หัวข้อของการอบรม ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง และแนวทางการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง และเมื่อเสร็จสิ้นการอบรม พยาบาลประจำการทดลองใช้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน และรวบรวมข้อมูลที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการมาหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน หลังจากนั้นดำเนินการให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วย โดยเริ่มปฏิบัติการมอบหมายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง ให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ โดยแบ่งจำนวนผู้ป่วย 2-3 คน ต่อพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน โดย ผู้วิจัยเป็นผู้มอบหมายงานให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีแนวทางการในการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 พยาบาลเจ้าของไข้เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าตนเองได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาคงกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย

3.2 รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพและประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยยึดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นแนวทางในการประเมิน

3.3 พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลและบันทึกแผนการพยาบาลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3.4 ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลผู้ร่วมดูแลและเจ้าหน้าที่บุคลากรในทีม สุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ทราบถึงแผนการพยาบาลเพื่อให้ปฏิบัติได้ตรงกัน

3.5 พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกครั้ง ที่ขึ้นปฏิบัติงานและพยาบาลผู้ร่วมดูแล จะเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน โดยพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ และจะมีการปรึกษากับพยาบาลเจ้าของไข้ทุกครั้ง ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยบางรายและทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลในผู้ป่วยบางราย

3.6 มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลเจ้าของไข้นำเสนอข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่รับผิดชอบ การประเมินปัญหา แผนการพยาบาล การพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย ปัญหา

ที่พบในการดูแล รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้มีการร่วมกันในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมต่อไป

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง เป็นการดำเนินการโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล ร่วมกันประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ และรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น

#### 4. ความพึงพอใจในบริการพยาบาล

##### 4.1 ความหมายความพึงพอใจในบริการพยาบาล

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ไม่มีการให้ความหมายของคำว่า "ความพึงพอใจในบริการพยาบาล" ไว้โดยตรง แต่จะมีการให้ความหมายของคำว่า "พอใจ" ซึ่งหมายถึง สมใจ ชอบใจ และคำว่า "พึงใจ" หมายถึง พอใจ ชอบใจ

ส่วนคำว่า "บริการพยาบาล" หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับระบบการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (กองการพยาบาล, 2539)

เมื่อรวมคำดังกล่าวไว้ด้วยกัน จะหมายถึง ความรู้สึกพอใจ ชอบใจ ในกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับระบบการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ

Risser (1975) ที่กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นระดับของความคิดเห็นที่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ป่วย และ Eriksen (1995) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการประเมินการบริการของผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีการเปรียบเทียบมาตรฐานของตนกับสิ่งที่ได้รับนั้นสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของตนได้หรือไม่

จากความหมายความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่กล่าวมาในข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้

## 4.2 แนวคิดของความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นผลที่ได้มาจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่ได้มาใช้บริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมต้องมีความคาดหวังต่อบริการที่จะได้รับแตกต่างกันไป ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของโรงพยาบาล ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงองค์ประกอบหรือความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ดังนี้

Risser (1975) ได้เสนอแนวคิดความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยได้พัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในงาน สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (Technical professional behavior) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในด้านทักษะความรู้ เทคนิคทางการพยาบาล รวมถึงความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการให้บริการพยาบาล

2. ลักษณะบุคลิกภาพ (Intra-interpersonal) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลและการแสดงออกทางสังคม เช่น บุคลิกลักษณะ ความเป็นมิตร ความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพด้านความเชื่อมั่น (Trusting relationship) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลถึงความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งการรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

4. สัมพันธภาพด้านการเรียนรู้ (Educational relationship) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลที่มุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การให้คำอธิบายรายละเอียดของการให้การพยาบาล รวมทั้งการสาธิตเทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น

นอกจากนี้ Ware, Davis and Stewart (1978) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยว่า ประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ 8 ประการ คือ

1. ศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกโดยความเป็นมิตร ความอดทน ความจริงใจ และความห่วงใย

2. เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่างๆ ในการดูแลความสามารถของผู้ให้การดูแล อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสบการณ์ ความชำนาญและการอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำ

3. ความสะดวกสบาย (Accessibility/Convenience) หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ ได้แก่ เวลาในการให้บริการ การรอคอย ความสะดวก เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์
4. ค่าใช้จ่าย (Finances) หมายถึง ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและบริการที่ได้รับ ความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่าย ความครอบคลุมของการประกัน
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะดวกทางด้านสถานที่ ความสะอาด แสงสว่าง
6. ความพร้อมในการบริการ (Availability) หมายถึง การมีปริมาณบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการและมีความพร้อมที่จะให้บริการ
7. ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การให้บริการที่ครบถ้วนโดยผู้ให้บริการคนเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน
8. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล (Efficacy/Outcomes of care) หมายถึง ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้สภาวะทางสุขภาพดีขึ้นหรือคงสภาพเดิมไว้ได้

กล่าวโดยสรุปความพึงพอใจในบริการพยาบาลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หลังจากความต้องการของบุคคลนั้นได้รับความสำเร็จตามความมุ่งหมาย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แปลข้อคำถามการประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ Eriksen (1988) ซึ่งใช้แนวคิดของ Ware, Davis and Stewart (1978) และนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 ซึ่งองค์ประกอบที่ใช้สอดคล้องกับผลที่คาดว่าจะเกิดจากการทดลองครั้งนี้ รายละเอียดจะกล่าวถึงต่อไปในส่วนของ การประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล

#### 4.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

เพศ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความพึงพอใจ เพศที่แตกต่างกันย่อมมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Zahr, William and El-Hadad (1991) เรื่องความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเล็กซานเดรีย ประเทศอียิปต์ พบว่า ผู้ป่วยเพศชายจะมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่าเพศหญิงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .003 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริระยา สัมมาวาจ (2540) ที่ได้ศึกษาศึกษาถึงความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สภามัญโรงพยาบาล รามาธิบดี โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเพศชายมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อายุ เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อความคาดหวังในบริการที่ได้รับ นักวิชาการ ได้มีการแบ่งช่วงอายุของมนุษย์ออกเป็นวัยต่างๆ โดยบุคคลในกลุ่มอายุเดียวกันจะมีความรู้สึกนึกคิด การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นแบบเดียวกัน ทิพย์ภา เศรษฐ์ไชวาลิต (2541: 9) ได้แบ่งช่วงชีวิตของมนุษย์ออกเป็นวัยต่างๆ ดังนี้

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. วัยก่อนคลอด      | ปฏิสนธิ ถึง คลอด   |
| 2. วัยทารกแรกเกิด   | คลอด ถึง 2 สัปดาห์ |
| 3. วัยทารกตอนปลาย   | 2 สัปดาห์ ถึง 2 ปี |
| 4. วัยเด็กตอนต้น    | 2 – 6 ปี           |
| 5. วัยเด็กตอนปลาย   | 6 – 12 ปี          |
| 6. วัยรุ่น          | 13 – 18 ปี         |
| 7. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น | 18 – 40 ปี         |
| 8. วัยกลางคน        | 40 – 60 ปี         |
| 9. วัยสูงอายุ       | 60 ปีขึ้นไป        |

จากการศึกษาของอุไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์ (2542) เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลของพยาบาลกับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลของพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยที่อายุมากจะไปรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยทำให้เกิดความคุ้นเคยกับระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลมากกว่า และจากการศึกษาของ Zahr, William and El-Hadad (1991) พบว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปี มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุระหว่าง 20-40 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 51-70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สถานภาพสมรส เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของบุรีรัตน์ รอดทิพย์ (2528) เรื่องความคิดเห็นของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพที่มีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความพึงพอใจในด้านบริการพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยที่มีสถานภาพเป็นหม้าย หย่าหรือแยก มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด เนื่องจากมีผู้มาคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ แต่ก็ต้องการการดูแล เอาใจใส่และคาดหวังเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ที่อยู่ด้วยกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในยามเจ็บป่วยจะมองการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในลักษณะที่ดี แต่จากการศึกษาของปรุง โภมารทัต และคณะ (2536) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล

ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจ ปรุง โภมารทัต และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ Zahr, William and El-Hadad (1991) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับต้นจะมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงและกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาจ (2540) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ป่วย มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อการให้บริการพยาบาล จากการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาจ (2540) ที่ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าจากผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่จากการศึกษาของ Boesch (1972) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีแนวโน้มของความพึงพอใจต่อการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์การรักษาตัวในโรงพยาบาลมาก่อน จะมีความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยและสุขภาพมากขึ้น มีความคุ้นเคยต่อบุคคลและสถานที่มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

จากปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยในด้านเพศและอายุ จะมีผลต่อระดับความพึงพอใจสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะพบว่าทั้งสามปัจจัยนี้มีทั้งข้อมูลสนับสนุนและข้อขัดแย้งว่ามีผลต่อระดับความพึงพอใจ แต่ปัจจัยในด้านเพศและอายุมีแต่งงานวิจัยที่สนับสนุนว่า เพศและอายุมีผลต่อระดับความพึงพอใจ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยในด้านเพศและอายุ เป็นตัวกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ซึ่งบุคคลที่มีอายุ อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน ย่อมมีความรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ กันออกไป บุคคลในกลุ่มอายุเดียวกันจะมีความรู้สึกนึกคิด การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นแบบเดียวกัน (ทิพย์ภา เชาวีเชาวลิต, 2541) และทำให้ความต้องการในการดูแลแตกต่างกันออกไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้จึงใช้วิธีการจับคู่ทั้งในกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มและกลุ่มทดลองให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อให้เกิดความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

#### 4.4 การประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล

การประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลในเชิงผลลัพธ์ ซึ่งได้มีผู้ทำการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจไว้ ดังนี้ Risser (1975: 45-51) ได้สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล (Patient Satisfaction Instrument, PSI) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวัดความพึงพอใจของ ผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน และต่อมาได้มีการพัฒนาและนำมาเป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาล และมีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้ คือ ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ลักษณะบุคลิกภาพ สัมพันธภาพด้านความเชื่อมั่นและ สัมพันธภาพด้านการเรียนรู้

Eriksen (1987: 31-35) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยใช้ The Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care (MMQNC) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพการพยาบาล และใช้ The Patient Satisfaction with Nursing Care Check List (PSWNC) เป็นเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย และต่อมาในปี 1988 Eriksen ได้พัฒนาการสร้างเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล โดยกล่าวว่า Measuring Patient satisfaction with Nursing Care: A Magnitude Estimation Approach เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล โดยวัดที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ

พยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน มีข้อคำถาม 35 ข้อ แบ่งเป็นรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านศิลปะการดูแล หมายถึง กระบวนการหรือการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ รับฟังความคิดเห็นและรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย
2. ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง ทักษะและความรู้ ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน
3. ด้านการให้ความช่วยเหลือ หมายถึง การตรวจสอบและการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถวางแผนการพยาบาลและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้
4. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อยเหมาะสม และมีการควบคุมแสงสว่าง อุณหภูมิและเสียงที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
5. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดี และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระหว่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
6. ด้านประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจากการดูแล การให้คำแนะนำ การสอน รวมทั้งการสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถให้การดูแลตนเองได้

จากแนวคิดในการประเมินความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยของ Eriksen (1988) มีองค์ประกอบที่เหมาะสมในการประเมินความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่จะทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้แปลจากแบบสอบถามของ Eriksen (1988) และนำมาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกองค์ประกอบความพึงพอใจของผู้ป่วยเพียง 4 ด้าน เพื่อความเหมาะสมกับงานวิจัยที่ทำการศึกษา ซึ่งได้แก่

1. ด้านศิลปะการดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยพอใจในบริการพยาบาล จากการได้รับการดูแลด้วยความนุ่มนวล เอาใจใส่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การรับฟังความคิดเห็นและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย
2. ด้านการให้ความช่วยเหลือ หมายถึง การที่ผู้ป่วยพอใจในบริการพยาบาล จากการได้รับการดูแลจากพยาบาล มีการแนะนำตนเองก่อนให้การพยาบาล การให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที



3. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่ผู้ป่วยพอใจในบริการพยาบาล จากการปฏิบัติงานที่มีการประสานงานที่ดีเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลจากพยาบาลคนเดิม ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการเตรียมพร้อมในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

4. ด้านผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยพอใจในบริการพยาบาล จากการได้รับความปลอดภัย ความสุขสบายจากการให้การพยาบาล การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสอน การสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถให้การดูแลตนเองได้ รวมทั้งการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ส่วนในด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นองค์ประกอบในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจาก ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าพยาบาลสามารถที่จะปฏิบัติงานได้ตรงตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ส่วนในองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เนื่องจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิงชั้น 9 เป็นหอผู้ป่วยสามัญ ทำให้ไม่สามารถที่จะควบคุมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในด้านของแสงสว่าง อุณหภูมิและเสียงที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ตามที่ผู้ป่วยแต่ละคนต้องการ

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปผลงานวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ปริญ โภมารทัต และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ แสดงความคิดเห็นต่อความสามารถในการพยาบาลของพยาบาลในแต่ละข้อที่เป็นพฤติกรรมทางบวก มีจำนวนมากตั้งแต่ ร้อยละ 76.14-100.00 ยกเว้นด้านการสอนและแนะนำผู้รับบริการ จำนวนน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 31.82 และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการพยาบาลและบุคลิกภาพของพยาบาลทั้งโดยส่วนรวมและราย

ด้านในระดับ ฟังพอใจมาก นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลและ บุคลิกภาพของพยาบาล ยกเว้นระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อความสามารถในการพยาบาล แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบุคลิกภาพของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภักศุภพิชญ์ ศรีกลีพันธ์ และ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2539) ได้ทำการศึกษาถึงความพึงพอใจต่อการบริการการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 4 แห่ง ในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่าง 126 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลค่อนข้างสูงและไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้รับความพึงพอใจน้อยที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ความละเอียดรอบคอบของพยาบาล การปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนเป็นเพียงคนไข้ที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด การสนใจทำงานประจำให้เสร็จสิ้นมากกว่ารับฟังปัญหาของผู้ป่วย การปิดกั้นความคิดเห็นและความพึงพอใจในแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการปฏิบัติกับผู้ป่วยคล้ายกับว่าเขาไม่สามารถเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของตนเองได้

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ 3 เดือนแรกใช้ระบบมอบหมายงานแบบปกติ ได้แก่ การมอบหมายงานแบบทีมระยะที่ 2 เป็นระยะทดลอง โดยการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและการใช้กระบวนการพยาบาล ศึกษาจากบันทึกรายงานของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลใช้แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพเมื่อสิ้นสุดระยะควบคุมและระยะทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องมากกว่า มีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า การมอบหมายงานแบบทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สองแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาลในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

แห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบตามหน้าที่ ทำการศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ได้ศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับบริการด้วยระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน และผู้รับบริการจำนวน 60 คน พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Marram et al. (1974: 125-135) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบรายบุคคล (Case method) แบบตามหน้าที่ (Functional nursing) แบบทีม (Team nursing) และการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) ทำการศึกษาจากผู้ป่วยทั้งหมด 360 คน ในโรงพยาบาล 2 แห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยแบ่งเป็น การดูแลแบบรายบุคคลและการดูแลแบบตามหน้าที่ อย่างละ 60 คน การดูแลแบบทีมและการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างละ 120 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่ง ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายพยาบาลมีความเข้าใจในตัวของผู้ป่วยดี สนใจที่จะให้ความช่วยเหลือ พอใจที่จะให้การดูแลต่อผู้ป่วยมากกว่าการดูแลแบบอื่นๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความคิดเห็นว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาลทันที มีการนำการรักษาพยาบาลไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจที่จะสอบถามความต้องการของผู้ป่วยอยู่เสมอ รวมทั้งการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลจะให้เวลาอยู่

กับผู้ป่วยมากกว่าการดูแลแบบอื่นๆ ส่วนการศึกษาด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลแบบต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะมีความพึงพอใจในการพยาบาลสูงที่สุด (65%) รองลงมาคือ การดูแลแบบตามหน้าที่ (48%) การดูแลแบบรายบุคคล (40%) และการดูแลแบบทีม (37%) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า หลังการใช้การดูแลแบบนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพยาบาลสูงที่สุดถึง ร้อยละ 64 ซึ่งก่อนการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพยาบาลสูงที่สุดเพียง ร้อยละ 29 เท่านั้น

Eichhorn and Frevert (1979) ได้ศึกษาถึงการประเมินระบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยการใช้มาตราวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Quality Patient Care Scale) ทำการศึกษาจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลเด็กแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ในหอผู้ป่วยอายุกรรม ศัลยกรรมและหอผู้ป่วย ไฟไหม้น้ำร้อนลวก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลภายหลังการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยทางด้านอายุกรรม ศัลยกรรมและผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย ไฟไหม้น้ำร้อนลวก สูงกว่าก่อนการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ventura et. Al (1982) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลของพยาบาล โดยเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการดูแลแบบตามหน้าที่ ร่วมกับการดูแลแบบทีม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการดูแลแบบตามหน้าที่ร่วมกับการดูแลแบบทีม ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลแบบตามหน้าที่ร่วมกับการดูแลแบบทีม

Nissen, Boumans and Landeweerd (1997) ได้ทำการศึกษาการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลขนาด 850 เตียง ประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อนำระบบพยาบาล เจ้าของไข้มาใช้ คุณภาพการพยาบาลในด้านการประสานงานในการดูแล (Coordination of care) ด้านอุปกรณ์ในการดูแล (Instrumental of care) และพฤติกรรมในการดูแล (Expressive aspects of care) ภายหลังจากการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Archibong (1999) ได้ทำการศึกษาประเมินการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการพยาบาล กรณีศึกษาในประเทศไนจีเรีย ประเมินผลโดยการใช้ Quality of Patient Care Scale (QUALPACS) โดยทำการศึกษาใน 6 ด้าน คือ ด้านจิตสังคมส่วนบุคคล ด้านจิต

สังคมกลุ่ม ด้านร่างกาย ด้านทั่วไป ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการใช้วิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดคือ การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย และที่เพิ่มน้อยที่สุดคือ การพยาบาลทางด้านร่างกาย

## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย

