ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ*

*ศรญา ยังเจริญ พย.ม.***
*วาสินี วิเศษฤทธิ์ ปร.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของคุณภาพการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 40 คนที่ได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการจับคู่ เพศ อายุ กลุ่มโรค APACHE II score ของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนด กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 20 คนแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมซึ่งสร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการดูแลตามรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยรวมทุกด้านจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยรวมทุกด้าน หลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารให้ได้รับคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้, การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต, คุณภาพการดูแล, ความพึงพอใจของพยาบาล

---

* ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นาวาตรีหญิง, พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

*** ร้อยเอกหญิง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effects of a primary nursing model on quality of care as perceived by relatives of critical ill patients and nurses' satisfactions*

Soraya Youngjaroen, M.S.N.*

Capt. Wasinee Wisesrith, Ph.D.**

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to determine the effectiveness of the quality of care using primary nursing perceived by relatives and to compare nurse's satisfactions between using usual nursing care and using primary nursing for medical intensive patients. The samples were 40 relatives of medical intensive patients receiving care at intensive care unit. They were divided into two groups, experimental group (n=20) and control group (n=20). Both groups were matched with respect to sex, age, diagnosis and APACHE II score. In addition, 20 intensive nurses were selected by purposive sampling. The research instruments were consisted of program of primary nursing model for medical intensive care units and primary nursing handbook. The data were obtained by questionnaires of quality of care perceived by relatives and questionnaire of nurses' satisfactions. The data were analyzed using descriptive statistic and t-test.

The result of this study revealed that quality of care perceived by relatives using primary nursing model at medical intensive care units was significantly higher than those using usual nursing care ($p < .05$). In addition, nurses' satisfactions in using primary nursing model, were significantly higher than those who used usual nursing care ($p < .05$).

The findings of this study can be applied in health care settings in order to apply primary nursing model as practical guidelines at other intensive care such as surgery intensive care unit, and pediatric intensive care unit to enhance higher quality of care and nurses' satisfactions.

Keywords : primary nursing care model, critical care nursing, quality of care, nurses' satisfactions

---

* This Master thesis was supported the funding by the Graduate School, Chulalongkorn University

** Lcdr., Critical care Nurse, Intensive care unit, Queen Sirikit Hospital

*** Capt. Assistant Professor, Faculty of nursing, Chulalongkorn University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลวการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดร่วมกับการพึ่งพาเครื่องมือเทคโนโลยีชั้นสูง พยาบาลที่ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้วยความเป็นมนุษย์ นอกจากการดูแลที่ตอบสนองการทำงานของอวัยวะต่างๆด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตซึ่งส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำเพื่อติดตามการทำงานหัวใจและหลอดเลือด หัตถการการรักษาต่างๆ[1]

นอกจากนี้การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตยังทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากถูกพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลที่รัก ทำให้รู้สึกสับสน เบื่อหน่าย เกิดความเครียด กลัว โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง รู้สึกหมดคุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ การเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้สูญเสียรายได้มีปัญหาเศรษฐกิจ ค่าครองชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ถึงแม้ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ในขณะเดียวกันก็มีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย โดยเชื่อว่าสิ่งศักดิ์ที่ตนนับถือเป็นผู้ให้ความหวังแก่เขา บางรายสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ทำบุญต่อชีวิต ถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จึงมีข้อจำกัดในการสื่อสารความต้องการให้ผู้อื่นทราบ บางครั้งต้องการการตัดสินใจจากญาติ ทำให้ญาติเกิดความยุ่งยาก และลำบากใจอย่างยิ่งในการที่จะทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะนี้ไปด้วยดี ดังนั้นผู้ป่วยในภาวะวิกฤตต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะญาติ[1,2] ญาติของผู้ป่วยวิกฤตจึงมีบทบาทความรับผิดชอบสำคัญ และเป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วย[3,4] สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกัน สนิทสนม และมีความผูกพันกันระหว่างเครือญาติ พี่น้อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ญาติจะมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุด ในการส่งผ่านความรัก ความห่วงใยระหว่างกัน ญาติจึงเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่น ดังนั้นญาติจึงเป็นแหล่งพึ่งพาของผู้ป่วยและได้รับผลกระทบตามไปด้วย[5]

ในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตโดยทั่วไป ญาติมักรับรู้เกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดชีวิตกับการสูญเสียชีวิต จึงคาดการณ์สิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้า นอกจากนั้นการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ[6] ทำให้ญาติอาจไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ การจำกัดเวลาเยี่ยม รูปแบบของการดูแลที่ปิดกั้นความสัมพันธ์กับผู้ป่วย[7] รวมทั้งไม่มีพยาบาลคนใดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยรวมเป็นรายบุคคล และมักมีพยาบาลคนใหม่มาดูแลผู้ป่วยสับเปลี่ยนไปทุกเวร บางครั้งญาติไม่รู้จะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลคนใด ทำให้ญาติไม่สามารถสื่อสารและสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้[8,9] ส่งผลให้ญาติรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วย เช่น กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและการดำเนินของโรค[10] ในบางครั้งญาติอยากทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรค แต่ญาติรับรู้ว่าพยาบาลมีงานมาก มีสีหน้าเคร่งเครียด ไม่ยิ้มแย้ม ไม่ทักทาย ทำให้ญาติไม่กล้าสอบถาม รู้สึกเกรงใจ เกรงว่าจะสร้างความรำคาญแก่พยาบาล ทำให้การรับรู้ข้อมูลของญาติไม่ชัดเจนและตรงกับความต้องการ[11] ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกถึงพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกต่อผู้ป่วยและญาติ จะช่วยทำให้ญาติกล้า

บอกเล่าความรู้สึกบอกปัญหาและความต้องการ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลไม่ว่าการเจ็บป่วยนั้นอยู่ในระยะวิกฤต ระยะเปลี่ยนผ่าน จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต[12]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลโดยทั่วไปของผู้วิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลมีหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่ปัจจุบันมีทั้งแบบเป็นทีมและแบบเฉพาะราย[13] จากการสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พบว่าการมอบหมายงานพยาบาลเป็นแบบเฉพาะราย การมอบหมายงานจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ความต้องการการดูแลและภาระงาน ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยรวมรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีคำสั่งการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่มากมาย พยาบาลต้องทำงานให้แล้วเสร็จภายในเวลา โอกาสที่พยาบาลจะพูดคุยทำความรู้จักกับผู้ป่วยและญาติเพื่อรับฟังปัญหาต่างๆของผู้ป่วยที่แท้จริงมีเวลาอย่างจำกัด พยาบาลขาดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแล และขาดการให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติไม่ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมด นอกจากนี้ลักษณะการมอบหมายงานที่ไม่เอื้อให้พยาบาลสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ และมีอิสระในการตัดสินใจเท่าที่ควร ในบางครั้งการประสานงานการดูแลทำได้ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติเกิดคุณภาพไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งพยาบาลมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่มีโอกาสรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ห่วงใยเอื้ออาทร ส่งผลให้พยาบาลพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลน้อยกว่าที่ควร[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้[14] เป็นรูปแบบที่เอื้อให้พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยและญาติ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบคนทั้งคน ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แผนการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เกิดสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพจนเกิดความคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้พยาบาลเป็นสื่อกลางการประสานงานการดูแล สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ตรงตามความต้องการมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลคนเดิมที่รับรู้ปัญหาความต้องการอย่างลึกซึ้งมาโดยตลอด เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในเชิงบวก ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รับรู้ได้ถึงความปลอดภัย ได้รับการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ประสานงานการดูแลที่ดี และได้รับพฤติกรรมการดูแลจากบุคลากรที่ดี ทำให้ได้รับคุณภาพการดูแลสูงสุด[14-16] และทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจด้านการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง[17,18] มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง[19]

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยวิกฤตมีปัญหาความต้องการดูแลที่ซับซ้อนรุนแรง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย[11] ต้องการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่องจนเข้าใจเป็นอย่างดี รวมถึงจำเป็นต้องมีการประสานงานการดูแล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อสื่อสารความต้องการได้ตรงกัน มีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติให้สามารถวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล[14] ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาและสนใจที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้[14] ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของ Chulay และ Burn[20] มีขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังการได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ดูแลรับผิดชอบโดยรวมผู้ป่วย 1-2 รายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายโดยประเมินผลลัพธ์จากคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต[21] ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ [22, 23] ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลเจ้าของไข้ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทักทายพูดคุย ซักถามประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงต่างๆ ตรวจร่างกายและประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ APACHE II score[20] เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม รวมถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีทางสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ท่าทางที่อ่อนโยน นุ่มนวล

2. ระยะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต[20] ระบบสำคัญของร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) ระบบการหายใจ 3) ระบบประสาท 4) ระบบโลหิตวิทยาและภูมิคุ้มกัน 5) ระบบทางเดินอาหาร 6) ระบบการทำงานของไต และ 7) ภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ร่วมกับการพยาบาลตามหลัก 4C ตามแนวคิดของ Marram[14] ดังนี้คือ

2.1 การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity care) พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออก

2.2 การดูแลครอบคลุมความซับซ้อนของโรค (Comprehensive care) พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบคนทั้งคน (holistic care)

2.3 การประสานงานการดูแล(Coordination care) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นตัวกลางการสื่อสารความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดต่อสื่อสารด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานกับญาติ แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

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

3. ระยะจำหน่ายผู้ป่วย[14] พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความเจ็บป่วย รวมทั้งความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับญาติตั้งแต่แรกรับจนถึงการย้ายผู้ออกจากหอผู้ป่วยเพื่อส่งต่อการดูแลไปหอผู้ป่วยอื่น กลับบ้าน หรือจำหน่ายเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติ และการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจาก

การใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่าการพยาบาลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) เป็นแบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกันและวัดหลังการทดลอง (The posttest only design with non-equivalent group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบ 2 กลุ่ม ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากอำนาจในการทดสอบ (Power of test) 80% และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 จากการเปิดตาราง พบว่าควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ตามหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลอง[24]

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ตั้งแต่ 16 กรกฎาคม - 31 สิงหาคม 2557 มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลปกติ มีการมอบหมายงานแบบเฉพาะราย โดยคัดเลือกตรวจสอบตามคุณสมบัติของผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน และ 2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คัดเลือกจากการตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเสียชีวิตตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Match pairs โดยจับคู่กลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ ตามคุณลักษณะของญาติผู้ป่วยได้แก่ ความสัมพันธ์ การศึกษา และคุณลักษณะของผู้ป่วยได้แก่อายุ กลุ่มโรค และระดับความรุนแรงของโรค (APACHE II score) คุณลักษณะของญาติผู้ป่วย คือ 1)ความสัมพันธ์ 2) ระดับการศึกษา ร่วมกับคุณลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต คือ1) เพศ 2) อายุ 3) กลุ่มโรค แบ่งเป็น 9 กลุ่มโรค และ 4) ระดับความรุนแรงของโรค โดยประเมินจากเครื่องมือ APACHE II score[20]

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวนจากอำนาจในการทดสอบ (Power of test) 80% และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 จากการเปิดตาราง พบว่าควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและ เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือขาดการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้นานติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โครงการอบรม เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดอบรมพยาบาล เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยและกลุ่มงานพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเข้าร่วมอบรมทั้งหมด 20 คน โดยโครงการผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤตและการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ 5 คน ได้ค่า CVI = .80

1.2 คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดพยาบาลเจ้าของไข้[14] ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤต[20] 7 ระบบสำคัญของร่างกาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ใช้ศึกษาเพิ่มเติม ภายหลังการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ และใช้เป็นแนวทางการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI = .80

1.3 แบบประเมินความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้ประเมินผลก่อนและหลังเข้าอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้[14] ลักษณะของแบบวัด ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 เกณฑ์ ใช้เกณฑ์การปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลเจ้าของไข้ครบทุกข้อถือว่าผ่านเกณฑ์ เครื่องมือได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI = .90 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-21 ได้ค่าความเที่ยง = .76

1.4 แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ลักษณะเป็นแบบ check list โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ข้อที่ตอบปฏิบัติได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์มีการปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลเจ้าของไข้ครบทุกข้อถือว่าผ่านเกณฑ์ เครื่องมือได้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI = .90 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-21 ได้ค่าความเที่ยง = .80

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาจากแนวคิดของ Attree[21]โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านความต่อเนื่อง ด้านการได้รับข้อมูล และด้านพฤติกรรมการบริการของบุคลากร ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 ได้ CVI = .90 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่จัดให้มีการพยาบาลแบบรายบุคคล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาคำนวนได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟ่าครอนบาค = .88

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างจากการประยุกต์ใช้แบบประเมินความพึงพอใจตามแนวคิดของ Eriksen[22] ด้านเทคนิคการปฏิบัติงานการดูแล และตามแนวคิดของ Kritsotakis[23] ด้านการประสานงาน และการใช้เวลากับผู้ป่วย โดยปรับให้เหมาะสมกับการวิจัยนี้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพ

การใช้เวลา และด้านการประสานงาน แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยยึดเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 ได้ค่า CVI = .88 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟ่าครอนบาค = .89

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ได้แก่เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เตรียมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คนที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือการวิจัย และเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตในการสังเกตการปฏิบัติงานตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนได้แก่

ดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมก่อน ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหัวหน้าเวรพยาบาลเป็นผู้มอบหมายงานการพยาบาลแก่พยาบาลตามปกติ

2. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ให้การพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหัวหน้าเวรพยาบาล โดยรับผิดชอบผู้ป่วย 1-2 รายต่อเวร

3. พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการอบรมพยาบาลเจ้าของไข้โดยประเมินความรู้ เรื่องการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลาการอบรม 1 วันและทบทวนอีก 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม รูปแบบการอบรมเป็นแบบบรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการระดมความคิดเพื่อหาแนวทางการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกันปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีความเหมาะสม

ระยะที่ 3 ภายหลังการอบรม ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจากวิทยากร และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพยาบาลเจ้าของไข้แก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมมอบคู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สำหรับศึกษาเพิ่มเติม และให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบสอบถามความรู้เรื่องพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ไว้ว่า หลังการอบรมผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนที่ได้ที่กำหนด

ระยะที่ 4 เริ่มทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อน1 สัปดาห์ (สัปดาห์แรก) หลังจากนั้นทำการทดลองโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ได้ปรับปรุงพัฒนาแล้ว มาดำเนินการทดลองในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดำเนินการทดลองดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 1-2 ราย โดยมอบหมายงานตามความรุนแรงของโรคโดยใช้ APACHE II score ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะความชำนาญของพยาบาลแต่ละคน ให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ให้การดูแลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ติดตามประเมินผลและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพและสหสาขาวิชาชีพด้วยการสื่อสารแบบสามเหลี่ยม กล่าวคือพยาบาลเจ้าของไข้เป็นสื่อกลางการสื่อสาร และทำหน้า ที่เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลตามที่ได้รับมอบหมายในกรณีพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้กำกับการทดลอง โดยเข้าร่วมปฏิบัติงานทุกวัน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเฝ้าสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยในช่วงเวลาราชการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต) เป็นผู้สังเกต นอกเวลาราชการผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าทีมพยาบาล) เป็นผู้สังเกตใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สังเกตตามสถานการณ์การดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ที่ปฏิบัติตามรายข้อของแบบสังเกตไม่ครบทุกข้อ ของรายการแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจง โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลคนนั้นๆ ทราบ และแนะนำการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มญาติผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยจากการพยาบาลตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลคุณภาพตามการรับรู้จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในวันที่มีการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างการพยาบาลปกติและรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการให้การพยาบาลปกติ และพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยได้การรับรองโครงการนี้ จากคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ RLM 021/57 จึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยอธิบาย และชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยระหว่าง การวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และเสนอการวิจัยเป็นภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ และในระหว่างการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย คะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยและความพึงพอใจ

2. ทดสอบการกระจายข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดย ด้วยสถิติ One Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีค่า p-value >.05 และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการพยาบาลปกติและการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงโดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตร บิดา มารดาของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 50 และ 60 รองลงมาเป็นสามี ภรรยาร้อยละ 40 และ 10 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือปวช และปวส.หรืออนุปริญญาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลองการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือปวช. คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาในกลุ่มควบคุมระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมปีที่6 คิดเป็นร้อยละ 20 และในกลุ่มทดลองการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 41-60 ปี และ60 ปีขึ้นไปเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มทดลองอายุระหว่าง 41-60 ปีคิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 35 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มโรคที่พบเป็นส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มคือ Septic shock คิดเป็นร้อยละ 40 และ 25 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมรองลงมาคือ Respiratory failure คิดเป็นร้อยละ 20 และในกลุ่มทดลองรองลงมา คือ Acute Coronary Syndrome คิดเป็นร้อยละ 20

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้และการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=20) โดยใช้สถิติ independent test

คุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต	การพยาบาลปกติ		รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้				
	Mean	SD.	Mean	SD.	df	t	p-value
ด้านการให้ข้อมูล	4.23	.568	4.70	.402	19	2.971	.002*
ด้านความต่อเนื่อง	4.18	.495	4.65	.399	19	3.363	.001*
ด้านพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล	4.28	.490	4.53	.382	19	2.287	.014*
โดยรวม	4.23	.476	4.64	.366	19	2.989	.002*

*p < .05

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพมีอายุระหว่าง 31-35 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอายุระหว่าง 36-41 ปีคิดเป็นร้อยละ 30 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาโสดคิดเป็นร้อยละ 30 อายุการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต 11 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา อายุงาน 0-2 ปี และ 6-10 ปีเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 15 เคยอบรมพยาบาลเจ้าของไข้ 1 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 75 การศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ และอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตคิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือ ปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 30

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมทุกด้าน (=4.35) สูงกว่าการพยาบาลตามปกติ (=3.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20) โดยใช้สถิติ independent t-test

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
ด้านการประสานงาน	4.19	.656	4.55	.404	19	2.173	.002*
ด้านการปฏิบัติงาน	3.98	.596	4.49	.450	19	3.682	.001*
ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา	3.30	.790	4.10	.603	19	4.638	.000*
โดยรวม	3.79	.614	4.35	.440	19	4.143	.000*

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าการพยาบาลปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้าน จากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้[14] เป็นรูปแบบการดูแลให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและโดยพยาบาลเป็นสื่อกลางในการสื่อสาร การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมแพทย์และพยาบาล มีผลทำให้คุณภาพการดูแลตามแนวคิดของ Attree[21] ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการพยาบาลโดยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างชัด เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยซับซ้อน มีปัญหาการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหลายระบบ พยาบาลเจ้าของไข้ต้องประสานงานการดูแลกับญาติ แพทย์ ทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพหลายสาขา และจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ต่างๆเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดเวลา การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบดังกล่าว เป็นการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากพยาบาลคนเดิม

ที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยรวม ในการวางแผนการ ดูแล การประสานงานการดูแลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอในการสร้างสัมพันธภาพจนผู้ป่วย และญาติเกิดความคุ้นเคยเกิดความไว้วางใจ เนื่องจากไม่ต้องใช้เวลามากในการศึกษาประวัติการดูแลรักษาของผู้ป่วยใหม่ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้คู่มือพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นแนวทางในการดูแล[20]

นอกจากนี้พยาบาลเจ้าของไข้ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเอื้ออาทร ห่วงใย และใช้กระบวนการพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการ วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้เข้าใจปัญหาความซับซ้อนของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม สามารถวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว รวมทั้งพยาบาลเจ้าของไข้ให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาที่สลับซับซ้อน และให้การดูแลตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำหน้าที่ประสานงานการดูแล และสื่อสารทำความเข้าใจกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแล เนื่องจากญาติรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย ความเอาใจใส่ มีการเคารพสิทธิของผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับญาติให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย[20,26,27]

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจจากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าพยาบาลที่ใช้รูปแบบการพยาบาลปกติ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดนรวมและรายด้านของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมสูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีผลลัพธ์ทำให้ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้ ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ตนเองรับผิดชอบให้ดีที่สุด พยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบด้วยความรู้ ความสามารถเต็มที่ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งบ่งบอกความเป็นวิชาชีพที่ได้สรุปข้อดีของระบบพยาบาลเจ้าของไข้[14] จากการศึกษาคุณภาพการดูแลจากการจัดการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ พบว่าทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่มีอิสระในการตัดสินใจ พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และให้การดูแลผู้ป่วยในเชิงลึกอย่างละเอียด พยาบาลจะรู้สึกภาคภูมิใจ เกิดความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ[28]

การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พยาบาลได้รับการมอบหมายงานให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1-2 คน ตั้งแต่แรกรับไปตลอดจนจำหน่าย ทำให้พยาบาลไม่ต้องใช้เวลานานในการศึกษาประวัติของผู้ป่วย สามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความต่อเนื่องไม่ต้องเริ่มสัมพันธภาพใหม่ทุกครั้ง ทำให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ใช้เวลาคุ้มค่า ไม่เร่งรีบเพื่อให้งานแล้วเสร็จทันเวลาเพียงอย่างเดียว เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลเจ้าของไข้สามารถดำเนินการจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการวาง

แผนการจำหน่ายในวันแรกๆ พยาบาลสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมจำหน่าย นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติก็ได้รับการตอบสนองซึ่งเป็นการดูแลแบบบุคคลด้วยความเป็นมนุษย์อย่างครบองค์รวม[28]

จากผลการวิจัยข้างต้น การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เอื้อต่อพยาบาลให้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ เน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยและญาติจะมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาล แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานการดูแลผู้ป่วย และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้สูงขึ้น และเกิดความพึงพอใจแก่ญาติ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การผลการศึกษาพบว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติในด้านการดูแลต่อเนื่อง การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการดูแลของบุคลากร และเพิ่มความพึงพอใจในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพในด้านการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการใช้เวลา และการประสานงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานวิกฤตควรจัดให้มีรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและพยาบาลผู้ร่วมดูแล ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย และมีการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการอบรมพยาบาลก่อนนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ ควรกำหนดให้ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤต และควรนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปเผยแพร่หรือทดลองใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอื่น เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตกุมาร และควรมีการวัดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลอื่นๆ เช่น การกลับรักษาซ้ำ และผลการหายของโรค ความสามารถในการดูแลของญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณญาติผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย จากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kusum W.(editor). Critical care nursing: a holistic approach. 5th ed. Bangkok: Sahapracha Commercial; 2013. (in Thai).
2. Phengjad J. The spiritual care in palliative. Journal of Nursing 2546; 52(1): 11-5. (in Thai).
3. Agard AS, Harder I. Relatives' experiences in intensive care finding a place in a world of uncertainty. Intensive Crit Care Nurs 2007; 23(3): 170-77.
4. Pang PS. K, Suen LK. P. Stressors in the

intensive care unit: comparing the perceptions of Chinese patients and their family. Stress Health 2009; 25(2): 151-59.

5. Saisuk W. Needs mental spiritual and practices to meet the spiritual needs of critically ill patients'relatives [Master thesis]. Songkhla: Prince Songkhla University; 2001. (in Thai).
6. Blanchard D, Alavi C. Asymmmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the need family. Nurs Crit Care 2008; 13(5): 225-31.
7. Eggenberger SK, Nelms TP. Being family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. J Clin Nurs 2007; 16(9): 1618-28.
8. Yang S. A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. Aust J Adv Nurs 2008; 25(4): 79-86.
9. Wall RJ. The one thing certain in the ICU Is uncertainly. Critical Care Alert 2009; 17(2): 9-12.
10. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' familes and helping families adapt to critical illness. Crit Care Nurs 2009; 29(3): 28-35.
11. Singhadoung P. The families of critically ill patients: a view of the patients' relatives. University Journal Prince Narathiwat 2011; 3 (3): 17-32. (in Thai).
12. Hoye S, Severinsson E. Multicultyral family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. Intensive Crit Care Nurs 2010; 26(1): 24-32.
13. Oucharatt P. Nursing administration. Bangkok: Boonsiri Printing; 2008. (in Thai).
14. Marram GD, Barrett MW, Bevis EO. Primary Nursing: a model for individualized care. St. Louis: Mosby; 1979.
15. Jonsdottir H. Outcome of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung disease: the nurse 'experience. J Nurs manag 1999; 7(4): 235-42.
16. Nissen JM, Boumans NP, Landeweerd J. A. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. Int J Nurs Stud 1997; 34(2): 93-102.
17. Deeying S. The model nursing the quality of life of terminally ill patients [Master Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
18. Shengsorn S. The Primary of nursing in intensive care: a case study hospital. Samitivej Sukhumvit [Master Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
19. Jones, K. Study document effects of primary nursing on renal patients. Hospitals 1975; 49(12): 85-9.
20. Chulay M, Burn SM. AACN Essentials of critical care nursing. 2nd ed. Virginia: McGraw-hill; 2010.
21. Attree M. An analysis of concept "Quality" as it relates to contemporary nursing care. Int J Nurs Stud 1993; 4: 355-69.
22. Eriksen LR. Patient satisfaction: an indicator of nursing quality. Nurs Manag1987; 18 (7): 31-7.
23. Kritsotakis G, Koutis AD, Kotsori A, Alexopoulos CG, Philalithis AE. Measuring patient satisfaction in oncology unit: interview-based psychometric validation of the

comprehensive assessment of satisfaction with care in Greece. Eur J Cancer Care 2010; 19: 45-52.

24. Polit DF, Hongler BP. Nursing research: principle and method. 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1995.
25. Kunnasoot P. Statistics for research in the behavioral sciences. 3rd ed. Bangkok: Publisher Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
26. Archibong UE. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a nigerian study. J Adv Nurs 1999; 29(3): 680-89.
27. Jonsdottir H. Outcome of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung disease: the nurses' experience. J Nurs manag 1999; 7(4): 235-42.
28. Gray R, Smedley N, Thomas B. The administration of PRN medication by mental health nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs 1997; 4 (1): 55-6.