



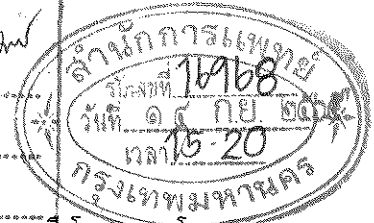
สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์  
สำนักงานแพทย์

รับที่ 8517 *CV*

วันที่ ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๕

**บันทึกข้อความ**

เวลา ๐๙.30



ส่วนราชการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐ ๒๒๘๙ ๓๑๐๑ หรือ โทร. ๘๘๒๙ โทรสาร ๐ ๒๒๙๒ ๓๐๕๓)

ที่ กท ๐๖๐๗/ ๙๗๙๐

วันที่ ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๕

**รพ.จ.**

เรื่อง ขอส่งรายงานการเข้ารับการฝึกอบรม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๕

ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ กท ๐๔๐๑/๔๖๔ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ปลัดกรุงเทพมหานคร อนุมัติให้ นางสาวรุ่งนภา เปรมกมล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีกำหนด ๒ ปี ตั้งแต่วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ นั้น

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ขอส่งรายงานผลการเข้ารับการอบรมฯ ดังกล่าว จำนวน ๑ ชุด ตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายพรเทพ แซ่เฮ็ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางรัตนา มูลนางเดียว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนพัฒนาบุคลากร

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร

สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานการแพทย์

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๕

*มอญจล วัฒนา*

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/..... 464 ..... ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2563

ซึ่งข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) น.ส. รุ่งมณี ..... นามสกุล ..... เปรมณง

ตำแหน่ง..... วิทยากรประจำปฏิบัติกร ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายที่ปรึกษา

กอง..... วิทยาลัยการอาชีพ..... สำนักงาน/สำนักงานเขต..... สำนักงานเกษตร

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร..... อบรมหลักสูตรวิทยากร

จำนวนเงินของหน่วยงานผู้จัดและคู่สัญญา..... ระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม 2563 - 9 กันยายน 2563

ณ ..... เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 180,000 บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

( น.ส. รุ่งมณี เปรมณง )

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ นางสาวรุ่งนภา เปรมกมล

อายุ ๒๙ ปีการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ไม่มี

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านอายุรกรรม

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  งบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๑๘๐,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ - ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

สถานที่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ไม่มี (ยังไม่สำเร็จการศึกษา)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้มีความรอบรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลศาสตร์  
ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งทางด้านทฤษฎีและปฏิบัติ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๒.๑.๒ สามารถบูรณาการความรู้ ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับ  
หลักฐานเชิงประจักษ์ และทักษะทางคลินิก เพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาโครงการดูแล  
และการวิจัยในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทั้งใน ภาวะเฉียบพลัน วิกฤต เรื้อรัง และระยะท้ายของชีวิต  
โดยคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม

๒.๑.๓ ให้มีทักษะ...

๒.๑.๓ ให้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและพัฒนาตนเองให้มีความเป็นผู้นำ ทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้ และมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

๒.๑.๔ สามารถใช้ข้อมูล สถิติ ดิจิทัลเทคโนโลยีในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดการข้อมูลทางการวิจัยและการพยาบาล

## ๒.๒ เนื้อหา

### ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing Theory)

ทฤษฎีประกอบด้วยมโนทัศน์และข้อความที่บ่งบอกความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ จุดประสงค์ของทฤษฎี เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นทฤษฎีจะช่วยให้นักวิชาชีพเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความเข้าใจในเหตุการณ์จะช่วยในการควบคุมเหตุการณ์ให้เป็นไปตามที่มนุษย์ปรารถนา ทฤษฎีการพยาบาล เป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาล โดยอาศัยความรู้จากทฤษฎีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของมโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล ได้แก่ บุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) สุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการสร้างทฤษฎี และประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน แบบองค์รวม (Holism) ทฤษฎีการพยาบาลแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ตามความเป็นนามธรรมและขอบเขตของทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับปฏิบัติ

๑. ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) เป็นทฤษฎีที่บ่งบอกถึงขอบเขตของความรู้ศาสตร์ของสาขาพยาบาล ทำให้พยาบาลมีขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลที่แยกออกจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างจะช่วยให้พยาบาลมองผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นกรอบในการประเมินสภาวะของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ และให้การพยาบาลตามแนวทางของแต่ละทฤษฎี ตัวอย่างของทฤษฎีระดับกว้าง เช่น ทฤษฎีของคิง (King's theory) ทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers's theory) และทฤษฎีของนิวแมน (Neuman's theory)

๒. ทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) เป็นทฤษฎีที่มีจำนวนมโนทัศน์ไม่มาก และมีขอบเขตจำกัด เน้นอธิบายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และสะท้อนการปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้ได้กับผู้ป่วยหลายกลุ่มและหลายสถานการณ์ ดังนั้นจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาล จะให้แนวทางในการประเมินปรากฏการณ์ การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ตัวอย่างของทฤษฎีระดับกลาง เช่น ทฤษฎีความรู้สึกละมุนในใจในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness Theory)

๓. ทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล เป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาล (nursing interventions) ที่เฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ เป็นทฤษฎีที่มีความเจาะจง เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปทดสอบได้ แต่มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

#### ๑. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Theory)

การดูแลตนเองเป็นส่วนสำคัญมาก ในเรื่องสุขภาพเนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาศูนย์อื่น โอเร็มได้อธิบายนิทัศน์ของการดูแลไว้ว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี" ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย ๓ ทฤษฎี ได้แก่

##### ๑.๑ ทฤษฎีดูแลตนเอง (Theory of self-care)

การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างมีกระบวนการ ประกอบด้วย ๒ ระยะ ได้แก่ระยะที่ ๑ ระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำและระยะที่ ๒ ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ เป็นระยะที่จะมีการแสวงหาเป้าหมายการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญในการช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

โอเร็ม เรียกว่าวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) เป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี ๓ อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ

๑.๑.๑ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน แต่ต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเอง

๑.๑.๒ การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

๑.๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย ผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) หมายถึง ความสามารถของบุคคล ที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยความรู้เกี่ยวกับการกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายในระยะต่าง ๆ จะช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น โครงสร้างความสามารถ ในการดูแลตนเองมี ๓ มิติ

มิติที่ ๑ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็น สำหรับการกระทำจริงจัง (diligent action) แบ่งออกเป็นความสามารถที่จะเรียนรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) ถ้าบุคคล ขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานแล้ว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมจริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป

มิติที่ ๒ พลังความสามารถ ๑๐ ประการ (The Power component : enabling capabilities for self-care) โอริเอมมองพลังความสามารถ ๑๐ ประการนี้ในลักษณะตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำที่จริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำ โดย ตั้งใจทั่วไปได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังตนเองมีความสามารถ ที่จะ ควบคุมการเคลื่อนไหวความสามารถในการใช้เหตุผล แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะ ใน การตัดสินใจมีความสามารถในการแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ มีทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ในด้านความนึกคิด การรับรู้การกระทำ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความสามารถในการ จัด ระเบียบการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

มิติที่ ๓ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองขณะนั้นทันที ประกอบด้วย ความสามารถ ๓ ประการ ได้แก่ การตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สำหรับการดูแลตนเองการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแล ตนเองที่จำเป็น และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ความสามารถ ทั้ง ๓ ประการเป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ถ้าบุคคลขาดตั้งแต่ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานย่อมขาด ความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง

### ๑.๒ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit Theory)

ภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง พิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็น (therapeutic self-care demand) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่บุคคลกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อให้บรรลุความจำเป็นในการดูแลตนเอง โดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ หรือมีความพิการเกิดขึ้น และความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นผลมาจากความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด มากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากการพยาบาล เพื่อที่จะจัด ภาวะพร้อมในการดูแลตนเองและ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

### ๑.๓ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system Theory)

เป็นระบบการพยาบาลที่ได้มาจากพยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการออกแบบ วางแผน และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ระบบการพยาบาลแบ่งเป็น ๓ องค์ประกอบ คือ ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และระบบปฏิบัติการพยาบาล โดยระบบสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้ป่วยพบกัน โดยที่ผู้ป่วยมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง ระบบสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้มีระบบของการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นไปได้ ในการตอบสนองความต้องการ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการปรับใช้หรือพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเอง กำหนดเป็น ๓ระบบ ดังนี้

#### ๑.๓.๑ ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)

ระบบใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตัวเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย ระบบการพยาบาลนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วย ที่ไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ในระบบนี้บทบาทพยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรม การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้รับ (inactive role)

#### ๑.๓.๒ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพียงบางอย่างโดยที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบ ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และไม่สามารถ จะกระทำได้ซึ่งเกิดจากภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ การดูแลตนเองบางอย่างสำหรับผู้ป่วยเองช่วยเหลือ และชดเชยข้อจำกัดบางอย่างของผู้ป่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีบทบาทที่จะปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างด้วยตนเอง รวมทั้งปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น และต้องยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาล ลักษณะผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การดูแลในระบบการพยาบาลทดแทน บางส่วน คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จิตใจกระทำหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ขาดความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง ไม่มีทักษะที่จำเป็นขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมของตนเอง

#### ๑.๓.๓ ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive nursing system)

เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน ชี้แนะ แนะนำแนวทาง และจูงใจจากพยาบาลในการปฏิบัติ การดูแลตนเองรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้อื้ออำนวยต่อผู้ป่วย ที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมการสอนต้องให้ทั้งผู้ป่วย และครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ในระบบนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วย พยายามในการดูแลตนเอง

#### ๒. ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Theory)

เป็นทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคม และการเจ็บป่วย กรอบแนวความคิดประกอบด้วยระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ๓ ระบบ ดังนี้

๒.๑ ระบบบุคคล (Personal system) หมายถึง บุคคลซึ่งมีระบบของตนเองที่เป็นส่วนตัว การเข้าใจระบบบุคคลจะช่วยให้เข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ในการสื่อสารเข้าใจตนเองและผู้อื่นซึ่งจะช่วยให้พยาบาล ไวต่อความรู้สึกของคนอื่น และของตัวเอง ช่วยให้การติดต่อประสานงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น มโนทัศน์ที่สำคัญเพื่อให้เข้าใจระบบบุคคลมี ๖ มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ อัตรารหรือตัวตน ภาพลักษณ์ การเติบโต และพัฒนาการ เวลา อาณาเขตบริเวณ

๒.๒ ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) เป็นระบบที่ประกอบด้วยบุคคล ตั้งแต่สองคนขึ้นไป มามีปฏิสัมพันธ์กันและกัน เช่น พยาบาลกับผู้ป่วย มโนทัศน์ที่อธิบายระบบระหว่างบุคคล คือ การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) บทบาท (Role) และความเครียด (Stress)

๒.๒.๑ การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึงกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคน มาพบกันและแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกันเพื่อให้เข้าใจความหมายตรงกัน



๒.๒.๒ การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การส่งสารถึงกันและกันระหว่างผู้ให้กับผู้รับสาร ซึ่งต้องใช้วาจาหรือไม่ใช้วาจา การติดต่อสื่อสารจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบรรยายภาศของการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความตั้งใจที่จะทำความเข้าใจตรงกัน

๒.๒.๓ การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีการติดต่อสื่อสารเพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดต้องการที่จะให้ตนหายเร็วที่สุด แต่ไม่ทราบวิธีการ พยาบาลผู้ให้การช่วยเหลือมีความรู้ในหลักการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งสองฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ซึ่งกันและกัน พยาบาลบอกผู้ป่วยว่าการที่ผู้ป่วยจะฟื้นได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัดต้องหายใจลึกๆ และลุกขึ้นเดินโดยเร็วที่สุด อย่างไรก็ตามถ้าแต่ละฝ่ายไม่สมหวังก็จะเกิดความเครียด

๒.๒.๔ บทบาท (Role) หมายถึงพฤติกรรมในตำแหน่งหรืออาชีพที่กระทำอยู่ตามความคาดหวังของสังคมเช่นพยาบาลมีความคาดหวังว่าตนเองจะต้องช่วยให้บุคคลครอบครัวและชุมชนได้บรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่วางไว้ส่วนผู้ที่เข้ามาใช้บริการคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในบทบาทต่างๆ

๒.๒.๕ ความเครียด (Stress) หมายถึงภาวะที่เป็นพลวัตของปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาคุณภาพสำหรับการเติบโตพัฒนาการและการประกอบกิจกรรมต่างๆมนุษย์ทุกคนต้องประสบความเครียดทั้งในชีวิตประจำวันและบางช่วงเวลา ถ้าไม่สามารถเผชิญความเครียดได้จะทำให้การดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายต้องหยุดชะงักลง

๒.๓ ระบบสังคม (Social system) เป็นระบบสังคมโดยทั่วไปและระบบบริการสุขภาพเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างระบบทางสังคมที่มีความสำคัญต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการคือ ระบบครอบครัวระบบโรงเรียนระบบการทำงานระบบโรงพยาบาลและระบบของสถานบริการสุขภาพ

โดยสรุปภายใต้กรอบแนวคิดของคิง ได้อธิบายถึงสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้มนุษย์ได้เจริญเติบโตพัฒนาและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และได้กำหนดเป้าหมายของการพยาบาล ว่าเป็นการช่วยบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด รักษาสุขภาพไว้หรือกลับมามีสุขภาพดี หรือสามารถอยู่กับโรคเรื้อรังหรือความพิการได้อย่างปกติสุข

### ๓. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Transition theory)

เป็นทฤษฎีระดับกลางที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญเนื่องจากการเปลี่ยนผ่านมีผลต่อสภาวะสุขภาพ จุดเน้นของทฤษฎีมุ่งที่จะประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชนให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่าน จากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านมี ๓ ชนิด ได้แก่

๓.๑ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ (Developmental transition)

ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลวัยต่าง ๆ เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การเริ่มเป็นมารดา การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน และการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

๓.๒ การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition)

ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ทางการศึกษา เช่น การเปลี่ยนระดับการศึกษา การเริ่มเข้าสู่หรือจบออกจากโปรแกรมการศึกษาต่าง ๆ การเรียนหนังสือจบ และต้องเริ่มทำงาน การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย เข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหาร หรือการต้องออกจากตำแหน่งผู้บริหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจ ได้แก่ สถานการณ์ที่บุคคลต้องย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัยการเป็นหมายการที่ต้องเริ่มบทบาท เป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวหรือผู้สูงอายุที่ต้องจากบ้านไปยังสถานพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา เป็นต้น

๓.๓ การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/Illness transition)

เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว เช่น การเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด การเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเริ่มรับประทานอาหารทางปากหลังจากที่ต้องได้รับอาหารทางสายยางมาเป็นเวลานาน ซึ่งจัดว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพ การเปลี่ยนจากการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลับไปพักฟื้นที่บ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปสู่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพต่าง ๆ หรือการที่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโรคประสาทกลับคืนสู่ชุมชน การเปลี่ยนผ่านสภาวะการต่าง ๆ เหล่านี้พยาบาลจะทำหน้าที่อย่างไรที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้บริการทางด้านสุขภาพที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บทบาทพยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินตั้งแต่ชนิดต่างๆของการเปลี่ยนผ่านที่บุคคลเผชิญอยู่ตลอดจนมิติต่างๆของการเปลี่ยนผ่านปัจจัยเอื้ออำนวยที่มีในตัวบุคคลและแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยวางแผนให้การช่วยเหลือ ซึ่งแบ่งเป็นการช่วยเหลือเพื่อป้องกันในกรณีที่มีการเปลี่ยนผ่านนั้นยังไม่เกิดขึ้น หรือการช่วยเหลือด้วยการบำบัดรักษาในกรณีที่การเปลี่ยนผ่านนั้นเกิดผลแล้วผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการเปลี่ยนผ่านเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน โดยแสดงออกมาใน ๔ รูปแบบคือ มีการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นได้ดั้งเดิม (Restoration) คงสภาพเดิม (Maintenance) สามารถป้องกันการเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Protection) และสามารถส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Promotion)

#### ๔. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation theory)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกล่าวถึง ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิดภายใน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา รอยมองว่าบุคคล ประกอบด้วย กาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวมไม่สามารถ แยกจากกันได้ เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่ง ระดับการปรับตัว คือระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถ ของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนอง ต่อสิ่งเร้า สามารถแบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่

ระดับที่ ๑ การปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated level of adaptation)

หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย สามารถทำงานประสานกัน ได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติสามารถ ตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เมื่อมีเหตุการณ์ใดเข้ามาสามารถยอมรับได้ บุคคลมีความมั่นคง ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความเหมาะสมเช่นกัน

ระดับที่ ๒ การปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory level of adaptation) หมายถึง ระดับที่กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ถูกกระตุ้น การทำงานเพื่อที่จะให้เกิด กระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน

ระดับที่ ๓ การปรับตัวที่อยู่ภาวะอันตรายหรือไม่ดี (Compromised level of adaptation) หมายถึง ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวที่ผสมผสานกันได้ดี และระดับการปรับตัวในระยะของการชดเชยทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในระยะการปรับตัวที่ไม่ดีนี้ เมื่อสิ่งเร้า ที่มากระทบนั้น อยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวได้ อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกเหนือความสามารถของบุคคล จะเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมีลักษณะเฉพาะตัว และมีขอบเขตจำกัด แต่ถ้าหากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์เช่นนี้มาก่อนแล้ว ขอบเขตระดับความสามารถ ในการปรับตัวจะกว้างขึ้นในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นคล้ายกัน หากระดับการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผล สะท้อนกลับสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุลได้ต่อไป เมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบทำให้ระบบ เกิดการเปลี่ยนแปลง การปรับตัวให้เข้าสู่สมดุลของระบบ โดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) เป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการ ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ต้องคิด การปรับตัวนั้นอาศัยกลไกที่ทำงานประสานกัน ๒ กลไก ได้แก่

กลไกที่...

กลไกที่ ๑ การควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวเพื่อตอบสนองโดยอัตโนมัติเพื่อรักษาสมดุลการทำงานของร่างกายในระบบต่างๆ โดยอาศัยร่างกาย สารเคมีและต่อมไร้ท่อ กระบวนการเผชิญปัญหาทำงาน จากการที่สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในผ่านการรับรู้ความรู้สึก เข้าสู่ระบบประสาท ระบบไหลเวียน และระบบต่อมไร้ท่อผ่านวิถีประสาท(Channel) โดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติและจะมีผลต่อกลไกการคิดรู้ด้วย

กลไกที่ ๒ กลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่ทำงานผ่านทางกระบวนการการคิดรู้และอารมณ์ (Cognitive-emotive) มี ๔ วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับ ข้อมูล (perceptual and information processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับข้อมูล เก็บรหัส (Coding) และจดจำข้อมูล (Memory) ผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning) จะเกี่ยวข้องกับการเลียนแบบการได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgement) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) ตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism) แล้วเกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองออกมา การทำงานของกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้มีการทำงานร่วมกันอย่างแยกจากกันไม่ได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว ๔ ด้าน ได้แก่

๑. ด้านการปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีที่เกี่ยวข้องกัน ในเรื่องการทำหน้าที่และกิจกรรมของระบบอวัยวะ โดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ยังรวมถึงการทำหน้าที่ของกลไกการควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกาย การประเมินพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกายเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายสามารถประเมินได้จากการสังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์และการรายงานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

- ออกซิเจน (Oxygenation)
- โภชนาการ (Nutrition)
- การขับถ่าย (Elimination)
- การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest)
- การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protection)
- การรับรู้ความรู้สึก (Sense)
- สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and Electrolyte )

- การทำหน้าที่...

- การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function)
- การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

## ๒. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode)

ประกอบขึ้นจากความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและจากปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง แบ่งออกเป็น ๒ ส่วนใหญ่ ๆ คือ

๒.๑ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคลอื่นประกอบด้วยคุณลักษณะทางด้านร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และลักษณะที่ปรากฏ แบ่งเป็นด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายและด้านภาพลักษณ์

๒.๒ อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ความคาดหวัง ความรู้สึกมีค่า การให้คุณค่า อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้ประกอบด้วยด้านความมั่นคงในตนเอง (Self consistency) ด้านอุดมคติของตนเอง (Self ideal) ด้านศีลธรรมจรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน (Moral ethical spiritual self)

๓. ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม (Social integrity) เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้จะเกิดปัญหาคือไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และความล้มเหลวในบทบาท (Role failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามที่อยู่ได้แบ่งบทบาทบุคคล ออกเป็น ๓ ประเภท คือ

บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) บทบาทนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น บทบาทนี้เป็นไปตามการเจริญเติบโตของบุคคลหรือขั้นพัฒนาการแต่ละวัย เช่น บทบาทการเป็นเด็กวัยเรียน บทบาทในการเป็นผู้สูงอายุ

บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ บุคคลหนึ่งอาจมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท ทั้งบทบาทในครอบครัว เช่น บทบาท การเป็นบุตรของบิดามารดา บทบาทการเป็นพี่หรือเป็นน้อง และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู บทบาทการเป็นนักศึกษาพยาบาล

บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับบทบาทนี้ มีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและระยะพัฒนาการของบุคคล เช่น บทบาทการเป็นผู้ป่วย การเป็นประธาน การประชุม เป็นต้นทั้งนี้บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล ๒ พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior)

#### ๔. ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependence mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นกันเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลการให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปฏิบัติตัวหรือปรับตัวไม่เหมาะสมจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) แต่โดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามพึ่งพาตนเองและผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสมและสังคมยอมรับ มีการรับและให้ความเอาใจใส่ดูแล พึ่งพาอย่างสม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าเป็นการปรับตัวด้านนี้ที่มีความเหมาะสม แบ่งการประเมินออกมาได้ดังนี้

##### ๔.๑ บุคคลสำคัญ (Significant other)

เป็นการประเมินความรู้สึก ความผูกพัน สัมพันธภาพ และการช่วยเหลือกันระหว่างผู้รับบริการกับบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิต

##### ๔.๒ ระบบสนับสนุน (Supporting system)

ประเมินความรู้สึก ความผูกพัน การช่วยเหลือระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน รอยมอองว่า สิ่งแวดล้อมเป็นทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกสภาพการณ์ ที่ล้อมรอบตัวบุคคล ทั้งภายในและภายนอกบุคคล มีผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อมถือเป็นปัจจัยนำเข้าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นจะกลายเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว โดยจำแนกสิ่งเร้าออกเป็น ๓ ประเภท ได้แก่

๑. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในที่บุคคลกำลังเผชิญ อยู่ในขณะนั้นมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุดทำให้ต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้นเกิดขึ้น สิ่งเร้าเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

๒. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้า มีผลมากระทบบุคคลเช่นกัน เป็นได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งถ้ามีผลในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือช่วยลดความรุนแรงได้แต่ถ้ามีผลในทางลบจะทำให้อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลมากยิ่งขึ้น จะทำให้บุคคลปรับได้ยากเพิ่มขึ้นโดยอาจจะมีผลเป็นตัวเสริมต่อสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

๓. สิ่งเร้าแฝง...

๓. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในระบบบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัวของมนุษย์ หรืออาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัย ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น

#### ประโยชน์ของทฤษฎีหรือกรอบแนวความคิดทางการพยาบาล

คือการให้ทิศทางและแนวทางเพื่อประโยชน์ ดังต่อไปนี้

๑. ช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลและเหตุผลของการปฏิบัติที่กระทำอยู่เป็นประจำทำให้แนวความคิดทางการพยาบาลสอดคล้องกันมากขึ้น ส่งผลดีต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง

๒. เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการ การให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๓. ให้เหตุผลในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ มีความเที่ยงตรง และเชื่อถือได้ซึ่งมีความจำเป็นในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และการให้การช่วยเหลือ

๔. ช่วยในการวางหลักเกณฑ์ เพื่อวัดคุณภาพการพยาบาล

๕. ให้คำศัพท์ทางการพยาบาล เพื่อใช้ติดต่อสื่อสารให้เกิดความเข้าใจตรงกันในหมู่พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น

๖. เพิ่มความมีเอกสิทธิ์ หรือความมีอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล โดยกำหนดขอบเขต และหน้าที่ที่เป็นอิสระของวิชาชีพการพยาบาล

๗. ช่วยให้เห็นความสำคัญความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการพยาบาลกับพยาบาล และมองเห็นบทบาทของพยาบาลชัดเจนขึ้น

#### การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากวัยผู้ใหญ่ ไปสู่วัยสูงอายุ โรคที่พบได้บ่อยส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้นโดยในระดับชั้นปริญญาโทมุ่งเน้นให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโดยนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เฉพาะราย เนื่องจากการมีรูปแบบหรือกรอบแนวคิดจากทฤษฎีจะช่วยให้พยาบาลมองเห็นปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพยาบาลที่จะช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากทฤษฎีทางการพยาบาลได้ผ่านการทดสอบ การนำมาใช้ทางคลินิกและการวิจัยอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ยังเน้นการนำเอาข้อมูล หรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล เนื่องจากองค์ความรู้ของแต่ละศาสตร์สาขามีการเปลี่ยนแปลงใหม่อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการพยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนางานอยู่เสมอเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและต่อวิชาชีพพยาบาลเอง ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ในระยะเฉียบพลัน (Acute stroke) จากเดิมที่มีการแนะนำการจัดทำนอนราบเพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปที่สมองได้ดี เมื่อพิจารณาการศึกษาล่าสุดจะพบว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสาหัส แนะนำให้มีการจัดท่านอนศีรษะสูง (Fowler's position) ๓๐ องศา เนื่องจากการจัดท่านอนราบหรือศีรษะสูง ๓๐ องศา ไม่มีความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า การจัดท่านอนทั้งสองแบบไม่มีความแตกต่างกัน แต่การจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ องศา จะช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้ เป็นต้น และนอกจากการหาคำรู้ใหม่มาใช้ในการพยาบาลหรือการศึกษา แหล่งความรู้ของการศึกษาก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน จำเป็นต้องหาความรู้จากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ควรเข้าฐานข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูลหลัก (Primary Source) ได้แก่ American Stroke Association, World Stroke Organization, American Academy of Neurology สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย และสถาบันโรคประสาท เป็นต้น จะทำให้ข้อมูลที่นำมาใช้มีความน่าเชื่อถือมากกว่าและสามารถนำไปใช้ได้ โดยผ่านกระบวนการสังเคราะห์งานวิจัยว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด

ผู้เขียนรายงานได้นำเอาองค์ความรู้จากการศึกษาในระดับชั้นปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มาพัฒนางานวิทยานิพนธ์ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการทำวิจัยในหัวข้อ “ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล” (Effects of Transitional Care Program in Stroke Patients on Self-Care Behavior, Quality of life and Hospital readmission) เป็นการนำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Model) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition Care Model: TCM) ของเนเลอร์ มีแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับระยะเปลี่ยนผ่านที่มองว่าเป็นช่วงเวลาวิกฤตของผู้ป่วย โดยรูปแบบการดูแลมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงหรือจัดการอาการที่อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีเมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ซึ่งจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งตัวผู้ป่วยเองและโรงพยาบาลอีกด้วยในปัจจุบันแนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมี ๑๐ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. Delivering services from hospital to home เป็นการให้การพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง

๒. Screening การประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เพื่อค้นหาความเสี่ยงและปัญหาที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย



๓. Relying on APNs มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ดูแลหลักที่เน้นการจัดการผู้ป่วย หากมีข้อจำกัดในกรณีที่มีไม่มีพยาบาลขั้นสูง พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสามารถเป็นผู้ดูแลจัดการหลักแทนได้

๔. Promoting continuity การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสื่อสารความต้องการ เป้าหมายและแผนการดูแลผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญโดยใช้กลยุทธ์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

๕. Coordinating care การส่งเสริมการเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

๖. Collaborating with patients, caregivers and team การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วย

๗. Maintaining relationships with patients and caregivers การสร้างและการรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้เกิดความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

๘. Engaging patients and caregivers การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมวางแผนการดูแลตนเองในระยะเปลี่ยนผ่าน

๙. Managing symptoms and other risks การจัดการอาการและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยผ่านการพัฒนาแผนการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่ครอบคลุม

๑๐. Educating / Promoting self-management การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเอง เพื่อตอบสนองต่ออาการกำเริบของโรคอย่างรวดเร็ว

เนื่องจากในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ ๒ ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพิจารณาผลกระทบในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลในคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามมา ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยกำหนดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับบูรณาการความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างโปรแกรมเพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแลที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งในโปรแกรมจะแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะที่ ๒ ระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยคาดหวังว่าผลของการศึกษานี้จะสามารถนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำได้ และเป็นแนวทางการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีรูปแบบที่เข้มงวดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

#### ๓.๑ การปรับปรุง

เป็นการศึกษาช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ทำให้มีการเรียนบางรายวิชาต้องเรียนแบบออนไลน์ ทำให้การซักถามข้อสงสัยในบางครั้งไม่เต็มที่และไม่ต่อเนื่อง

#### ๓.๒ การพัฒนา

การศึกษาในระดับชั้นปริญญาโท มีความสำคัญที่ควรส่งเสริมด้านการศึกษา เนื่องจากจะช่วยให้เพิ่มคุณภาพการพยาบาลและการทำวิจัยทางคลินิกสำหรับพยาบาลได้เป็นอย่างดี นอกเหนือจากการอบรมทั่วไป

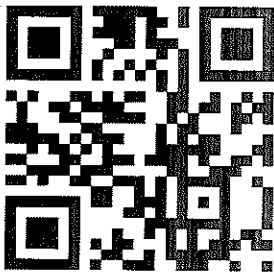
### ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

นำความรู้ด้านทฤษฎีการพยาบาล กรอบแนวคิดทางการพยาบาล กระบวนการวิจัยทางการพยาบาลมาปรับใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และพัฒนางานวิจัยภายในหน่วยงาน

(ลงชื่อ) ..... รุ่ง หงา เปรมกมล ..... (ผู้รายงาน)  
(นางสาวรุ่งนภา เปรมกมล)

### ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ถือได้ว่า การเข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลศาสตร์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งทางด้านทฤษฎีและปฏิบัติ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ



<https://citly.me/๗kg๐๑>

  
(นายพรเทพ แจ่ง)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์