

การพัฒนาฐานรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ



วิทยานิพนธ์เสนอคณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาจักษะและประเมินผลการศึกษา
กรกฎาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ”
ของ นางอินทิรา ปากันทะ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(แพทย์หญิงสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี แแกมเกตุ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณี อ่อนสวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ประจันบาน)

อนุมัติ
.....

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ บัญชีตราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

21 ก.ค. 2560

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอ็มพว หลินเจริญ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิงシリลักษณ์ ทูลยอดพันธ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุตสาห์สละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำนำติดตาม ระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธิ รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณี อ่อนสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี แกเมเกตุ และรองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ประจันบาน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำนำติดตามแก่ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์นี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอบพระคุณผู้ที่ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และผู้บริหารทางการพยาบาลที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปทำการวิจัย และเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยศัลยกรรม และญาติผู้ป่วยที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัย ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความอนุเคราะห์เงินทุนสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

เนื่อสืบต่อจากนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอขอบคุณสมາชิกในครอบครัว ตลอดจนพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุด เสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันเพียงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณและอุทิศแด่ ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลและผู้ที่สนใจบ้างไม่นากก็น้อย

อินทิรา ปากันทะ

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ
ผู้จัด	อินทิรา ปากันทะ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลิมเจริญ
กรรมการที่ปรึกษา	แพทย์หญิงสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ กศ.ด. สาขาวิชาจิตวิทยาและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559
คำสำคัญ	การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ความต้องการการประเมินผล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยการศึกษาเอกสารของโรงพยาบาล ลังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในแผนกศัลยกรรม สัมภาษณ์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตอบแบบสอบถาม รวม 30 คน 2) สร้างรูปแบบและคุ้มครองการใช้รูปแบบ แล้วนำรูปแบบไปตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ของรูปแบบ รวมทั้งตรวจสอบความเหมาะสมของคุ้มครองการใช้รูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และผู้ใช้รูปแบบ กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพรวม 22 คน 3) ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วย ศัลยกรรมกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 16 คน และ 4) ประเมิน รูปแบบจากผู้ใช้รูปแบบทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วย ศัลยกรรม รวม 42 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่แบบสองกลุ่ม อิสระ โคสแคร์ และสถิติทดสอบ Mann-Whitney

ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาล ติดภูมิ รูปแบบเดิมมี 2 ประเภท คือ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดระดับบุคคลและ ระดับห้องผู้ป่วย โดยพบสิ่งคุกคามความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดทั้งด้าน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผล และการใช้ผลการประเมิน 2) รูปแบบใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่เน้นมาตรฐานการประเมิน

ด้านความถูกต้อง (Accuracy standards) เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือแก่ผู้นำผลการประเมินไปใช้ ว่า การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยนั้นมีความเป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และ ครอบคลุม รูปแบบนี้มี 3 ประเภท คือ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับบุคคล การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยด้วยผู้ป่วย และการประเมินความต้องการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วย 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบร่วง กลุ่มทดลองมีคะแนนความต้อง ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 4) ผลการประเมินรูปแบบ พบร่วง รูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ มีความ คุ้มค่าอยู่ในระดับมากและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก



Title	A DEVELOPMENT MODEL OF PAIN MANAGEMENT OUTCOME EVALUATION FOR TERTIARY HOSPITAL
Author	Intira Pakanta
Advisor	Assistant Professor Aumporn Lincharearn, Ph.D
Co-Advisor	Siriluk Toolyodpun, M.D.
Academic Paper	Thesis Ed.D. in Education Research and Evaluation Naresuan University, 2016
Keywords	Pain management outcome evaluation, The model of pain management outcome evaluation, The validity of the evaluation

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop a model of pain management outcome evaluation in a Tertiary hospital. Research method consisted of 4 phases: 1) Studying about current situation, obstacles, and needs for a model of pain management outcome evaluation in a Tertiary hospital, which was done through: reviewing of hospital documents; non-participant observation in a surgery department; and administering questionnaires as well as interviewing in 30 stakeholders, 2) developing a model and checking for its propriety, compatibility and feasibility; in this phase, the manual was created and tested for its appropriation by 5 experts, 22 users, including nurse administrators and registered nurses, 3) implementing the model in 16 surgical patients comparing with 16 patients in control group, 4) testing the model by 42 users including nurse administrators, registered nurses, and surgical patients. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, independent t-test, Chi-square test, and Mann-Whitney test.

The finding showed that 1) There were 2 old models of pain management outcome evaluation in a Tertiary hospital: at an individual level, and at an inpatient-ward level. Threats to validity of outcome evaluation of pain management stem from

evaluators, evaluation methods, evaluating tools, outcome interpretation, and presentation of evaluation. 2) The new model developed by the researcher emphasized the standard of accurate evaluation in order to create trust among the model users with correct, precise, appropriate and inclusive outcome evaluation. The model included 3 parts: an outcome evaluation model of pain management at an individual level, at an inpatient-ward level, and validation of outcome evaluation of pain management. 3) The results of model implementation revealed that the validity score of outcome evaluation of pain management among experimental group was statistically higher than that of the controlled group at .05. 4) The results of model testing showed that the model was appropriate for using, worthwhile at high level, and satisfy the users at moderate to high level.



สารบัญ

บทที่

หน้า

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถ้ามการวิจัย.....	7
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
แนวคิดการประเมินผล.....	20
แนวคิดการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ.....	29
แนวคิดไมเดลตราก (Logic model).....	43
แนวคิดคุณภาพของการประเมินผล.....	47
แนวคิดความต้องของการประเมินผล.....	53
แนวคิดกระบวนการพยาบาล.....	83
แนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล.....	87
แนวคิดการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย.....	96
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	125
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	135
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	139
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิ.....	139
ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ.....	145

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	150
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	158
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	168
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ..	168
ตอนที่ 2 ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	185
ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	206
ตอนที่ 4 ผลการประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	217
7 บทสรุป.....	229
สรุปผลการวิจัย.....	229
อภิปรายผลการวิจัย.....	238
ข้อเสนอแนะ.....	254
บรรณานุกรม.....	256
ภาคผนวก.....	274
ประวัติผู้วิจัย.....	340

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แนวทางการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์.....	35
2 เปรียบเทียบผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ.....	39
3 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลกระทบ ผลลัพธ์ ผลผลิต และกิจกรรม.....	40
4 มาตรฐานสำหรับการประเมินความต้องการประเมินพฤติกรรมการทำงาน.....	57
5 การจัดประเภทความต้องตามแนวคิดของ House.....	65
6 สิ่งคุกคามความต้องตามแนวคิดของ Campbell and Stanley.....	67
7 มาตรฐานในการประเมินความต้องและความเพียบพร้อมของการออกแบบ การประเมินทั้งหมด.....	72
8 การประเมินความป่วยโดยใช้อักษรย่อ O, P, Q, R, S, T, U และ V.....	113
9 หมวดหมู่ ตัวชี้วัดที่มีความต้องเชิงเรื่องหัว และรายการในแบบสอบถามความป่วย ของผู้ป่วย.....	120
10 องค์ประกอบในแบบสอบถามความป่วยของผู้ป่วย.....	122
11 การสังเคราะห์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากความคิดเห็นนักวิชาการ และการวิจัย.....	133
12 การสังเคราะห์วิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากผลการวิจัย.....	134
13 ผลการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับ การศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ประวัติโรคร่วม ตำแหน่งที่ผ่าตัด ชนิดของ การระงับความรู้สึก และการได้รับยาจะงบปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test.....	153
14 ผลการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและ ระยะเวลาผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t- test	155
15 กรอบการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	161
16 ลักษณะผู้ให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดเข้า/ออก และจำนวน.....	166
17 การวัดผลการวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์.....	167

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 สรุปประเด็นสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิตามการรายงานของผู้ให้ข้อมูล.....	182
19 ที่มาของรูปแบบและลักษณะความแตกต่างของรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิมในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยใน โรงพยาบาลติดภูมิ.....	186
20 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	194
21 กรอบความคิดในการตรวจสอบความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย.....	197
22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	200
23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อคุณีของการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	201
24 ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อรูปแบบและคุณีของการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ($n = 5$).....	202
25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	203
26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อคุณีของการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	205
27 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t-test.....	207
28 ผลการศึกษาความสอดคล้องของการรายงานคะแนนความรุนแรงของความป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	208

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย การจัดการความป่วย 1 คะแนน จำแนกตามรายชื่อ ($n = 16$).....	210
30 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney test.....	216
31 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้รูปแบบ	217
32 ความคิดเห็นของผู้ใช้รูปแบบในด้านความเหมาะสมสมต่อการนำไปใช้.....	219
33 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านความคุ้มค่าและ ความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ.....	220
34 แนวทางการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิในครั้งต่อไป.....	226

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 ความแตกต่างของความหมาย จุดมุ่งหมาย และประโยชน์ของการติดตาม และ การประเมิน.....	27
2 ความสัมพันธ์ของการติดตามและการประเมินผล.....	28
3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการติดตามโครงการและการประเมินโครงการ.....	28
4 การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการกิจของรัฐ.....	31
5 สายความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงาน.....	32
6 การบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์.....	33
7 การดำเนินโครงการ.....	34
8 องค์ประกอบของโครงการ.....	34
9 ประสิทธิภาพและประสิทธิผล.....	38
10 กรอบความคิดการวัดผลสัมฤทธิ์.....	41
11 รูปแบบการประเมินโครงการโดยใช้แนวทางเชิงผสมผสานวิธี.....	42
12 โมเดลตรรกะ (Program logic model).....	45
13 เกณฑ์การประเมินคุณภาพของการประเมิน.....	48
14 มุ่งมองใหม่ของความตรวจ.....	56
15 แนวคิดความตรวจในการประเมินผล (Concept of validity in evaluation).....	66
16 มิติของสิ่งคุกคามความตรวจในการประเมินผลโดยใช้การออกแบบการประเมินผล ด้วยวิธีการใช้ผลสมทดสอบ.....	71
17 ระยะดำเนินการและองค์ประกอบของแนวทางเชิงระบบ (System approach) ในการประเมินโปรแกรม.....	75
18 แนวทางการประเมินจากบนลงล่างและแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน.....	82
19 กระบวนการพยาบาล (Nursing process).....	85
20 วิถีประสาทของความปวด.....	102
21 กลไกระบบควบคุมประสาท.....	104
22 กลไกการทำงานของ enkephalin และ substance P บริเวณไขสันหลัง.....	105

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพ	หน้า
23 เครื่องมือประเมินระดับความป่วยตามความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย.....	111
24 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	138
25 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1.....	140
26 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2.....	146
27 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3.....	152
28 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 4.....	158
29 ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่ศึกษา.....	171
30 รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	196
31 รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ.....	235

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประเมินผลเป็นกระบวนการที่ใช้ในการอธิบายและตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีหลักเกณฑ์ เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศประกอบการตัดสินใจ ดังนั้น การประเมินผล จึงมีความสำคัญต่อสังคม ซึ่งจะพบว่า hallway ภาคส่วนได้ประเมินผลการดำเนินงานว่าประสบผลสำเร็จ หรือไม่ และนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนางาน ซึ่งเป็นการช่วยให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (พนิต เทียมทอง, 2555 ; ยุวดี เปรมวิชัย, 2550, หน้า 32 ; Preskill, 2004, pp. 1-2) การประเมินผลจะมีรายละเอียดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเงื่อนไขเวลาที่ตั้งไว้ แต่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) ซึ่ง DePanfilis, & Ting (2001) กล่าวว่า การมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ทำให้ได้เลือกการประเมินหรือกลยุทธ์ของสิ่งแทรกแซง (Intervention strategies) ที่เหมาะสมที่สุดและง่ายต่อการเห็นความสำเร็จ โดยการวัดผลลัพธ์มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดผลการดำเนินงาน (Performance) หรือผลของการให้บริการ ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) วิธีการที่จะทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ 2) ถึงที่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้น และ 3) การจัดสรรงรรพยากรในอนาคต ซึ่งผลลัพธ์ (Outcome) ก็คือผลกระทบระยะยาว (Long-term outputs) หรือผลดุลหมายปลายทาง (Ultimate outputs) ทั้งที่ตั้งใจและไมetั้งใจโดยเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ (Result) ในลักษณะของผลประโยชน์ คุณประโยชน์ คุณค่า คุณลักษณะที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือลูกค้าที่รับบริการหรือใช้ประโยชน์จากผลผลิต (Output) ของการดำเนินโครงการทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ หรือเป็นผลสำเร็จ ตามตัวชี้วัดวัตถุประสงค์ ในระดับโครงการ (เก็จกนก เอื้องวงศ์, 2556 ; เรมวลด นันทศุภวัฒน์, 2556 ; ศิริชัย กาญจนวนวัฒน์, 2554, หน้า 144-146 ; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2556 ; สำนักงบประมาณ, 2556) ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) จึงเป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ต่าง ๆ การใช้ทรัพยากร และผลผลิต เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ (Outcomes) ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการประเมินให้ทราบว่าโครงการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่มากน้อยเพียงใด (พรนภา เมธารวีวงศ์, 2556)

ในส่วนของวิชาชีพพยาบาล ได้มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีชื่อเรียก เช่นว่า “ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcome)” ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นผลสุดท้ายของการดูแล เกิดขึ้นจากความพยายามในการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ผลตามเป้าหมาย

สะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการวัดคุณค่าที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการการพยาบาล ซึ่งมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและบรรลุในผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง และวัดการตอบสนองของผู้ใช้บริการการพยาบาลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่พึงหรือไม่พึงประนีจาก การปฏิบัติการพยาบาล (ยุพิน ณัดวนิชย์, 2556 ; เรม瓦ล นันทศุภวัฒน์, 2556 ; ราพร หาญคุณะเศรษฐี, 2556 ; สมสมัย สุธีรศานต์, 2556 ; อภิญญา จำปาเมล, 2551 อ้างอิงใน สมสมัย สุธีรศานต์, 2556 ; Huber, & Oermann, 1998 อ้างอิงใน เรมวาล นันทศุภวัฒน์, 2556 ; Position papers, 1992 อ้างอิงใน เรมวาล นันทศุภวัฒน์, 2556)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นมีความสำคัญต่อพยาบาล ผู้รับบริการ การบริหารทางการพยาบาล หน่วยงานที่สังกัด องค์กรวิชาชีพพยาบาล และสังคม (เรมวาล นันทศุภวัฒน์, 2556 ; สมสมัย สุธีรศานต์, 2556) ซึ่งสะท้อนได้จากการคิดเห็นของนักวิชาการ ดังเช่น Hodes, et al. (1994 อ้างอิงใน พฤทธิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549, หน้า 29) กล่าวว่าการวัดคุณภาพการดูแลควรให้ความสำคัญต่อการวัดเชิงผลลัพธ์ และควรวัดเมื่อกระบวนการดูแลสิ้นสุด ถึงแม้วิธีการวัดคุณภาพเชิงกระบวนการจะมีความสำคัญและจำเป็นต้องพิจารณา เช่นกัน แต่ไม่ได้ประกันว่าผลลัพธ์จะออกตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การวัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์จะเปิดโอกาสหรือ มีความยืดหยุ่นให้มีการใช้กลวิธีหลายอย่างเพื่อการบรรลุเป้าหมาย เช่นเดียวกับ พิกุล นันทศัยพันธ์ (2552) ได้เสนอความคิดเห็นว่า การวิจัยผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความต้องการของระบบสุขภาพ และการกำหนดความก้าวหน้าในสายงาน ส่วนแนวโน้มด้านปฏิบัติการพยาบาลได้ให้ความเห็นว่าการพยาบาลจะมุ่งเน้นผลลัพธ์มากขึ้น

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญผลลัพธ์นั่นก็คือ ผลลัพธ์การจัดการความปวด ทั้งนี้ ความปวดพบได้ในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งจากโรคที่เป็นอยู่ จากการผ่าตัด หรือจากอุบัติเหตุ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Nash, et al., 1999) นอกจากนี้ การบำบัดความเจ็บปวด เป็นข้อปัจจัยในการประกันคุณภาพของสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยใน ปี พ.ศ. 2544 สถาบันการพยาบาลประกาศมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ขององค์กรพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ “การควบคุมความเจ็บปวดและการทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย” และในปี พ.ศ. 2551 สถาบันการพยาบาลพัฒนาฐานแบบการรับรองคุณภาพองค์กรพยาบาล และให้เรื่องของการควบคุมความเจ็บปวดเป็นเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยงาน (อรอพารอน โตสิงห์, 2552) นอกจากนี้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้ออภินิจฉัยการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยิกุตพบว่า ในแผนการพยาบาลมีการระบุถึงข้ออภินิจฉัย NANDA -1 เกี่ยวกับประเด็นความปวดเฉียบพลันมากที่สุด ส่วนผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification,

NOC) และการจำแนกประเภทการให้การพยาบาล (Nursing Interventions Classification, NIC) ระบุถึงระดับความปวด และการจัดการความปวดมากที่สุด (Moon, 2011) โดยความปวดจาก การผ่าตัดพบในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกมากที่สุด (Meissner, et al., 2008)

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัด บางครั้งเกิดร่วมกับการมีสายระบายน เช่น สายทางเดินอาหาร สายระบายนจากแผลผ่าตัด หรือ เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด โดยทั่วไปอาการปวดจะค่อยๆ ทุเลาและหาย去 อน ที่บาดแผลจะหายสนิท ระยะเวลาของความปวดหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน (ศศิวิมล พงศ์บรรยากุล, 2556) ส่วนมากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีอาการปวดมากใน 3 วันแรก (ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด หลังการผ่าตัดซองห้องท้องใน 3 วันแรกคือ 8.62 จากคะแนนเต็ม 10) (ปีลันโน่ ลิจิตกุจรา, ศุนทดรา ตะบูนพงศ์, และวงศ์จันทร์ เพชรพิเชฐ์เชียร, 2546, หน้า 47) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอย่าง เพียงพอจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น สงสัยให้ผู้ป่วย นอนหลับพักผ่อนได้น้อย มีความสุขสบายลดลง และเพิ่มระยะเวลาที่พักในโรงพยาบาลมากขึ้น (ปีลันโน่ ลิจิตกุจรา และคณะ, 2546, หน้า 47-64) นอกจากนี้ ความปวดเฉียบพลันที่ไม่ได้รับ การจัดการอย่างเหมาะสมสมน้ำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้ (Meinhart, & McCaffery, 1983, pp. 201-202 ; Taylor, Lillis, & LeMone, 1993, p. 753)

การรักษาความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรที่มีสุขภาพ แต่บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเรื่องความปวด ของผู้ป่วยก็คือพยาบาลเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ก็จะบอก พยาบาลเป็นคนแรก สำหรับแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดของพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตาม หลักการ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p. 1241) ประกอบด้วย A = Ask and assess pain ส่องถ่านและประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง B = Believe เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวของ ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด C = Choose เลือกวิธีควบคุมความปวด ที่ได้ผล และเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีทั้งแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา D = Deliver ให้การดูแลอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด E = Empower and enable ให้กำลังใจ ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถควบคุมความปวดได้

ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด มักจะประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ เป้าหมายและสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในด้านความรุนแรงของความปวด ผลลัพธ์เดียวของ ยาบรรเทาปวด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากความปวดที่ลดลงของผู้ป่วย ในด้านต่างๆ ได้แก่ การทำกิจกรรม การนอนหลับพักผ่อน และความรู้ด้านลบ ในส่วนของการประเมิน

ความปวด (Pain assessment) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการความปวดถือเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในด้านความรุนแรงของความปวด หากมีการประเมินและบันทึกคะแนนความปวด (Pain score) เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง (Reassessment and documentation) จะช่วยให้มีสุขภาพได้ติดตามผลการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัดที่ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้น

ในปัจจุบันพบว่า clinical practice guidelines ของหน่วยงานที่มีชื่อเสียงต่างๆ ในต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (The American Pain Society) สมาคมพยาบาลทหารผ่านศึก (The Veterans' Hospital Association, VHA) และสถาบันตรวจสอบคุณภาพขององค์กรสุขภาพในสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) ต่างก็ได้กำหนดให้มีการประเมินและบันทึกคะแนนความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th vital sign) เช่นเดียวกับการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอีก 4 อย่าง ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอุณหภูมิภายใน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการพัฒนาหน่วยงานให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นไป (สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ, 2548, หน้า 81)

การประเมินความปวดโดยทั่วไปนิยมประเมินอุบัติการณ์เป็นคะแนนความปวดโดยใช้มาตรวัดต่างๆ (Paige, & Cioffi, 1992, pp. 71-72 ; Pateman, 1996, p. 12 ; Rowlingson, 1994, pp. 19-22 ; Whittaker, 1991, pp. 20-21) เช่น มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale, VAS) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal Rating Scale, VRS) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale, NRS) เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความปวด ถือเป็นการประเมินแบบอัตเตอร์ (Subjective) นอกจากนี้ มีการประเมินแบบปรานัย (Objective) (Watt-Watson, & Long, 1993, pp. 169-170 ; Whittaker, 1991, pp. 20-23) ซึ่งจะช่วยตรวจสอบและช่วยอธิบายข้อมูลที่ได้จากการบอกของผู้ป่วย ตลอดจนใช้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วย และการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของความปวด ได้แก่ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การมีเหงื่อออก (Carroll, 1993, p. 16 ; Watt-Watson, & Long, 1993, p. 170)

ถึงแม้ว่าการประเมินและบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 จะมีความสำคัญ เพราะช่วยให้มีสุขภาพสามารถติดตามผลการรักษาผู้ป่วยได้ใกล้ชิดขึ้น (สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ, 2548, หน้า 80) อย่างไรก็ตาม พับบล์ยูハウปส์ร็อกของ การประเมินความปวดและผลลัพธ์

การจัดการความป่วย ซึ่งสะท้อนได้จากการศึกษาวิจัยต่างๆ สรุปได้ดังนี้ 1) ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วย มีการรับรู้ในเรื่องการประเมินความป่วยและการติดตามประเมินผลของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ในขณะที่พยาบาลมีการรับรู้ในเรื่องน้อย ในระดับค่อนข้างมาก ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ไม่เข้าใจวิธีการประเมิน และมักบกอกระดับความป่วยที่มากໄกว่าก่อนซึ่งไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปรากฏให้เห็นในขณะนั้น 2) ด้านบุคลากร ทีมสุขภาพ ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความป่วยไม่เพียงพอ ไม่ตระหนักรถึงความสำคัญในการจัดการความป่วยและขาดความต่อเนื่องในการประเมินความป่วย 3) ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วย โลงพยาบาล บางแห่งไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความป่วย ไม่มีแบบประเมินความป่วยที่ครอบคลุม ทั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ เช่น ตัวเย็น เหื่องออก เป็นต้น บางแห่งมีเครื่องมือประเมินความป่วยแต่ไม่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย 4) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ไม่มีระบบการบันทึกและการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ไม่มีตัวชี้วัดคุณภาพและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความป่วยที่สร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานอ้างอิงความรู้เชิงประจักษ์ (นักอมน วุฒานนท์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ศิริวัฒน์ วิชิตตะภูลดาหาร, และศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวนน์, 2552, หน้า 22 ; รุจิ พลาวงศ์วรรณ และคณะ, 2556 ; วิชารพ สุนทรสวัสดิ์, 2545, หน้า 52-53; ไสพิค เกียงโอลสต, 2549 ; Kizza, 2012, pp. 51-52)

นอกจากนี้ มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายงานข้อมูลความป่วยไม่ตรงกับที่พยาบาลรายงาน (ไสพิค เกียงโอลสต, 2549 ; Duignan, & Dunn, 2008 อ้างอิงใน อรพวรรณ โตสิงห์, 2552 ; Puntillo, Neighbor, O'Neil, & Nixon, 2003, pp. 171-175; Wickstrom Ene, 2008) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยเดียวหรืองานทบทวนวรรณกรรม พบร่วมแพทย์และพยาบาล มักประเมินระดับความป่วยของผู้ป่วยต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินเสมอ (Duignan, & Dunn, 2008 อ้างอิงใน อรพวรรณ โตสิงห์ ; Puntillo, et al., 2003, pp. 171-175) สำหรับผลกระทบที่ตามมาจากการที่แพทย์และพยาบาลประเมินระดับความป่วยของผู้ป่วยต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน ทำให้ การสังยาระงับป่วยให้แก่ผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการของผู้ป่วย มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Duignan, & Dunn, 2008 อ้างอิงใน อรพวรรณ โตสิงห์, 2552) ในทางตรงกันข้าม กรณีที่ประเมินระดับความป่วยของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน ทำให้มีการสังยาระงับป่วยให้แก่ผู้ป่วยมากกว่าความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น

ปัญหาการประเมินความป่วยที่ไม่สอดคล้องกันดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นว่า การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยนั้นยังขาดความตรง (Validity) ของการประเมินผล

โดยปัญหาอุปสรรคที่คุกคามความต้องการประเมินผลมีหลายแหล่งทั้งจากผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วย ซึ่งความต้องการประเมินผล เป็นการตัดสินการประเมินแบบบูรณาการเกี่ยวกับระดับของสิ่งที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าให้ความรู้สึกจริงจังดูสมเหตุสมผล (Make sense) น่าเชื่อถือหรือไม่ และมีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณค่าภายใน (Merit) หรือคุณค่าภายนอก (Worth) ของสิ่งที่ประเมิน โดยพิจารณาถึงกระบวนการที่มีระเบียบวิธี มีการระบุถึงคำนิยามของปัญหา การออกแบบการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผล ตลอดจนมีการตัดสินเชิงนัยทั่วไป และมีการสรุปอ้างอิงด้วยเหตุผลเชิงทฤษฎีที่เป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุม (Bamberger, Rugh, & Mabry, 2006 ; Chen, Donaldson, & Mark, 2011, p.7 ; Cronbach, 1989 as cited in House, 2011, p. 73 ; House, 1977 as cited in House, 2011, p. 73 ; House, 2011, p. 73 ; Hughes, Black, & Kennedy, 2008 ; Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 1999, p.3 as cited in Fast, & Hebbler, 2004, p.15 ; Messick, 1989, p. 13 as cited in Fast, & Hebbler, 2004, p.9 ; Shadish, et al., 2002 as cited in House, 2011, p. 73)

สำหรับแนวทางการเพิ่มความต้องการประเมินผลลัพธ์ มีนักวิชาการต่างประเทศเสนอความคิดเห็นที่หลักหลาย อาทิ เช่น Bamberger, et al. (2006) เสนอการเพิ่มความต้องในทุกขั้นตอน ทั้งในระหว่างการออกแบบการประเมิน การนำรูปแบบการประเมินไปใช้ การเตรียม และการทบทวนรายงานข้อค้นพบของการประเมิน และการสรุปผล Chen, et al., (2011, pp.14-15) เสนอให้มีการกำหนดแบบฟอร์มและวัตถุประสงค์การประเมินให้ชัดเจน ไม่มีเน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการจัดกระทำ แต่เน้นการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) การประเมินความต้องการ (Need assessment) มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามทฤษฎีปรักรเ阁ม และกำหนดคุณค่าของผลลัพธ์ ส่วน Greene (2011, p. 81) มุ่งเน้นที่ผู้ประเมิน โดยผู้ประเมินต้องมีความเป็นกลางและเป็นปrynay และเป็นผู้ตั้งค่าตามที่น่าสนใจ ฝึกการจำแนกสิ่งคุกคาม/อุปสรรคที่สำคัญต่อความต้อง ハウวิธีการที่จะควบคุม และให้กำลังใจผู้ประเมินในการติดตามขั้นตอนต่างๆ

จากสภาพปัญหาของการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการบำบัดความป่วยดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่มีความต้องการประเมินผลโดยมีความเป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุม ซึ่งจะมีการควบคุมปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ส่งผลต่อความต้องการประเมินผลทั้งจากผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความ

ผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ผู้วิจัยมุ่งหวังว่ารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิที่พัฒนาขึ้น จะทำให้ได้สารสนเทศที่มีความตรงและเป็นที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินการจัดการความปวดของโรงพยาบาลติดภูมิอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นเครื่องมือสำคัญในการตัดสินใจของผู้บริหาร และช่วยในการรับรองคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลติดภูมิปรับตัวได้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ยังเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอื่นๆ ที่มีความต้อง ซึ่งจะเป็นตัวบ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลอย่างแท้จริง

คำถ้ามการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ครั้งนี้ มีคำถ้ามการวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ควรเป็นอย่างไรและมีคุณภาพเพียงใด
3. รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิที่พัฒนาขึ้น บรรลุตามจุดมุ่งหมายของรูปแบบที่กำหนดได้คือมีความตรงของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพียงใด
4. รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิที่พัฒนาขึ้น มีคุณค่าต่อการนำไปใช้เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ ตลอดจนจุดเด่นและจุดด้อย ของรูปแบบอย่างไรบ้าง

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ

3. เพื่อทดลองใช้และศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ
4. เพื่อประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ความสำคัญของการวิจัย

ผลที่ได้รับจากการวิจัยมีความสำคัญและมีประโยชน์ดังนี้

1. ด้านการวิจัยและประเมินผลทางการศึกษา : ได้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ที่มีความตรง ถูกต้องแม่นยำ และนำไปใช้อีก เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประเมินและผู้ที่สนใจนำไปใช้พัฒนารูปแบบการประเมินผลอื่นๆ ที่มีความตรงของ การประเมินผลต่อไป

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล : ได้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่เป็นระบบ ทันสมัย ซึ่งสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาลนี้ ไปใช้เป็นตัวอย่างในการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากร ทางสุขภาพอื่นๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดี และมีทักษะเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาลต่างๆ

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล : บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถ นำรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิไปประยุกต์ใช้หรือ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ หรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลในมิติต่างๆ

4. ด้านบริหารทางการพยาบาล : ได้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิที่มีคุณภาพทำให้ได้ผลการประเมินที่มีความตรงและเพิ่มความนำไปใช้อีกมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารพัฒนาการดำเนินการจัดการความป่วยของโรงพยาบาลติดภูมิ ได้อย่างมีคุณภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ให้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ผู้วิจัยได้ ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน (ตั้งแต่ตุลาคม 2558-มิถุนายน 2560) โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสภาพจริงของการจัดการความปวด การประเมินความปวด และผลลัพธ์การจัดการความปวดที่กำลังเป็นอยู่หรือกำลังดำเนินการอยู่ในในโรงพยาบาลขณะนี้ ตลอดจนสิ่งที่ขาดข้างหรือส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่เป็นอยู่หรือที่ปรากฏไม่เป็นไปตามที่ต้องการให้เป็น และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่พึงพอใจ เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดในการร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

2. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

2.1 ด้านเอกสาร ได้แก่ นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวด และกระบวนการเปลี่ยน

2.2 ด้านบุคคล ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม (3 คน) ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในภาพรวมของโรงพยาบาล (3 คน) ศัลยแพทย์ (3 คน) พยาบาลวิชาชีพ (9 คน) ผู้ป่วยศัลยกรรม (5 คน) และญาติผู้ป่วย (5 คน)

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทางการพยาบาล ได้แก่ กระบวนการพยาบาล (Nursing process) (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2556 ; วิจิตรากุสุมงก และอุรุณี เยงยศมาก, 2551, หน้า 46-134 ; สุภาวดี นพจุจินดา, 2557 ; American Nurses Association, 2014) หลักการจัดการความปวดแบบ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p.1241) หลักการประเมินและบันทึกความปวดแบบ OPQRSTUV (VIHA Quality Council, 2008) และแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล ได้แก่ แนวคิดโมเดลตรรกะ (Logic model) (น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค, 2555, หน้า 29-30 ; สุวิมล ว่องวนิช, 2552, หน้า 19 ; Sonpal-Valias, 2009, p.1) แนวทางการเพิ่มความตระหนักรู้ของการประเมินผลลัพธ์

(Bamberger, et al., 2006 ; Chen, et al., 2011, pp.14-15 ; Greene, 2011, p. 81 ; Peck, Kim, & Lucio, 2012, pp. 352-354) เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น ได้มีการจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งหลักการและเหตุผล นิยามรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าห้องผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาล แผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งแนวปฏิบัติในการประเมินความปวดและผลลัพธ์ การจัดการความปวดระดับบุคคล การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบ ครอบคลุมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบทั้งกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยรูปแบบตรวจสอบคุณภาพในประเด็นความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ กรณีคู่มือการใช้รูปแบบตรวจสอบคุณภาพในประเด็นความเหมาะสม

2. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ได้แก่ ผลการศึกษาข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และผลการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ส่วนแหล่งข้อมูลในการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ (5 คน) และผู้ใช้รูปแบบซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าห้องผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม (4 คน) และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (16 คน)

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ และความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนานวัตกรรมคือ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยมีจุดมุ่งหมายของนวัตกรรมคือ เพิ่มความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ดังนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการประเมินผล (Bamberger, 2007, pp. 17-18 ; Bamberger, Rugh, & Mabry, 2011, p. 16 ; Darabi, 2002, p. 221 ; Peck, et al., 2012, pp. 352-354) เป็นกรอบในการตรวจสอบความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย และใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) (ฐานศรี วงศ์รัตน์ และองอาจ นัยพัฒน์, 2551, หน้า 51-54 ; บุญใจ ศรีสติตย์ราภูร, 2550, หน้า 142-150) เป็นกรอบในการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในสถานการณ์จริง ความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย วัดได้โดยใช้แบบตรวจสอบความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ซึ่งมีประเด็นที่ตรวจสอบคือ ได้แก่ 1) ผู้ประเมิน 2) วิธีการประเมิน 3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 4) การตีความผลการประเมิน และ 5) การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน

2. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

2.1 ด้านเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบตรวจสอบความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

2.2 ด้านบุคคล ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม (4 คน) ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (27 คน) ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 16 คน

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการประเมินคุณค่าของรูปแบบต่อการนำไปใช้ โดยมีประเด็น การประเมินคือ ความเหมาะสม ความคุ้มค่า และความพึงพอใจ ประเมินปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ ตลอดจนจุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

2. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าห้องผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม (4 คน) ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (27 คน) ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มทดลอง 16 คน

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ คุณค่าของรูปแบบต่อการนำไปใช้ ประกอบด้วย ความเหมาะสม ความคุ้มค่า และความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ ตลอดจนจุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

นิยามศัพท์

การจัดการความปวด หมายถึง วิธีการที่พยาบาลวิชาชีพใช้บำบัดความปวดของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดโดยปฏิบัติตามหลักการจัดการความปวดแบบ ABCDE เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวดลง ประกอบด้วย

A = Ask and assess pain สอบถามและประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง

B = Believe เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความปวด และการบรรเทาความปวด

C = Choose เลือกวิธีควบคุมความปวดที่ได้ผล และเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งมีทั้งแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา

D = Deliver ให้การดูแลอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด

E = Empower and enable ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถควบคุมความปวดได้

การประเมินความป่วย หมายถึง การประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้วางแผนในการจัดการความป่วย โดยประเมินทั้งจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ตลอดจนพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผลลัพธ์การจัดการความป่วย หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการนำบัดความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

1. ผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีจากการนำบัดความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยประเมินและบันทึกความป่วยด้วยตนเอง พยายามลสั่งเกตพอดิกร姆และอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความป่วยร่วมกับการนำผลการประเมินความป่วยด้วยตนเองของผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความป่วยของผู้ป่วย และบันทึกรายงานผลในเวชระเบียน ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล

2. ผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับห้องผู้ป่วย เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการนำบัดความป่วยหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นรายบุคคลในภาพรวม โดยมีหัวหน้าห้องผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานต่างๆ ในเวชระเบียน การสั่งเกต กิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนการสอบถามผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมงเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการความป่วยครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลางซึ่งมีความหมาย ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ระยะสั้น หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยในด้านความรุนแรงของความป่วยและผลข้างเคียงของยาบรรเทาป่วย ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

2.2 ผลลัพธ์ระยะกลาง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากความป่วยที่ลดลงของผู้ป่วยในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยผลที่เกิดขึ้น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำกิจกรรม เช่น การเปลี่ยนท่า การลุกนั่งบนเตียง การเดิน การนั่งอยู่บนเก้าอี้ เป็นต้น ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว และความท้อใจหรือหมดกำลังใจ

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย หมายถึง กรอบความคิดที่อธิบายองค์ประกอบของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากการนำบัดความป่วยโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลติดภูมิให้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่มีความตรงของการประเมินผล โดยมีความสอดคล้องของผลการประเมินตามแหล่งข้อมูลรวมทั้งมีความเหมาะสม และความครอบคลุมของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

1. **วัตถุประสงค์การประเมิน** หมายถึง สิ่งที่ต้องการให้เกิดในการประเมิน ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีวัตถุประสงค์การประเมิน 3 ข้อ คือ (1) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล (2) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย และ (3) เพื่อประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
2. **สิ่งที่ประเมิน** หมายถึง สิ่งที่มุ่งตัดสินคุณค่า ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีสิ่งที่มุ่งประเมิน 3 ดัง คือ (1) ผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ระดับบุคคล (2) ผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย และ (3) ความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
3. **ผู้ประเมิน** หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ประเมินสิ่งที่ประเมิน ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีผู้ประเมิน 3 ประเภท คือ (1) ผู้ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยและพยาบาล (2) ผู้ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย หลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และ (3) ผู้ประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาล
4. **วิธีการประเมิน** หมายถึง เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินโดยใช้กระบวนการเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศเพื่อประกอบการตัดสินใจซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีวิธีการประเมิน 3 ประเภท คือ (1) วิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยสังเกตตนเอง พยาบาลรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย และวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย (2) วิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย หลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วยหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกสัญญาณชีพ จากนั้นสอบถามผู้ป่วยตามแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และสังเกตกิจกรรมการพยาบาล และ (3) วิธีการประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาลสุมสังเกตพฤติกรรมพยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

สูมตรวจเรชระเบียน สูมตรวจข้อมูลในแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำการสัมภาษณ์และให้ข้อมูลเสนอแนะแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย

5. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งที่ใช้เป็นสื่อสำหรับผู้ประเมินใช้ในการรวมข้อมูล ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 3 ประเภท คือ (1) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล (2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วย หลังผ่าตัด (ประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลางในภาพรวม) และ (3) เครื่องมือประเมินความต้องของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยในความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด แบบตรวจสอบความต้องของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

ความต้องของการประเมินผลลัพธ์ หมายถึง ความสอดคล้องของผลการประเมินตามแหล่งข้อมูล ความเหมาะสม และความครอบคลุมของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย วัดได้โดยใช้แบบตรวจสอบความต้องของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ซึ่งมีการตรวจสอบและให้คะแนนในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านผู้ประเมิน ได้แก่ ความสามารถประเมินความป่วย ความรู้ความเข้าใจในการประเมินความป่วย การมีบุคลิกที่เหมาะสม และการบันทึกข้อมูลครบถ้วน

2. ด้านวิธีการประเมิน ได้แก่ การมีคู่มือชี้แจงวิธีการประเมินให้เข้าใจตรงกัน การมีวิธีการประเมินที่ปฏิบัติได้จริงและครอบคลุม และการประเมินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ การมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่มีความเที่ยงตรง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินใช้งานง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท ตลอดจนมีการใช้เครื่องมือในการประเมินอย่างครอบคลุม

4. ด้านการตีความผลการประเมิน ได้แก่ เกณฑ์การตีความมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ตรงประเด็น แปลความหมายได้สอดคล้องกันตามแหล่งข้อมูล และมีการตีความผลการประเมินครบถ้วน

5. ด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ได้แก่ การนำเสนอผลการประเมินที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การนำเสนอผลการประเมินระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลตรงกัน มีการนำเสนอ

ผลการประเมินที่เข้าใจง่าย มีการนำผลการประเมินไปใช้อย่างเหมาะสม และมีผลการประเมินที่ครบถ้วนตามความต้องการของผู้ให้ประเมิน

ผู้ป่วยศัลยกรรม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดและเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ประเมิน และตอบสนองในด้านความรุนแรงของความปวด คุณลักษณะของความปวด และระดับผลลัพธ์เนื่องจากความปวดต่อการดำเนินชีวิตแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

โรงพยาบาลติดภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลที่จัดบริการทั้งสิ่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมาก เป็นพิเศษทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยีและบุคลากรเป็นพิเศษ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเข้มข้นกับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกัน

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับสภาพเป็นจริงของ การจัดการความปวด การประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดที่กำลังเป็นอยู่หรือ กำลังดำเนินการอยู่ในในโรงพยาบาลขณะนี้ ตลอดจนลิงค์ที่ขัดขวางหรือส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดที่เป็นอยู่หรือที่ปรากฏไม่เป็นไปตามที่ต้องการให้เป็น และแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่เพิ่มประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดในการร่าง รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และ ความต้องการรูปแบบของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ศึกษาได้จากเอกสารของ โรงพยาบาล ได้แก่ นโยบายและแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวด และเวชระเบียน นอกเหนือจากนี้ ทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในห้องผู้ป่วยศัลยกรรมต่างๆ เพื่อดูรูปแบบการจัดการ ความปวด การประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดที่มีอยู่เดิม ทำการสัมภาษณ์ ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในภาพรวมของ โรงพยาบาล และตอบแบบสอบถามโดยศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติ เกี่ยวกับการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวด

คุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด หมายถึง คุณลักษณะ ของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด วัดได้จากการตอบสนองของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ให้รูปแบบทั้งกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีว์ก่อนนำ รูปแบบไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบใช้แบบสอบถามปลายปิด แบบมาตราประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ มีการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบในประเด็น

ความหมายของ ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ กรณีคู่มือการใช้รูปแบบตรวจสอบคุณภาพ ในประเด็นความหมายของ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความหมายของ หมายถึง รูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความสอดคล้องต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้รูปแบบ
2. ความสอดคล้อง หมายถึง รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความสอดคล้องสมพันธ์กัน หรือมีความเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน
3. ความเป็นไปได้ หมายถึง รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย หมายถึง การศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยมีการเปรียบเทียบค่าและแนวความต่างของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย หมายถึง การประเมินคุณค่าของรูปแบบต่อการนำไปใช้ในด้านความหมาย ความคุ้มค่า ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ ตลอดจนจุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบ ประเมินโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในสถานการณ์จริง ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยคัดลิขกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการประเมินผล
 - 1.1 ความหมายของการประเมินผล
 - 1.2 คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับการประเมินผล
 - 1.3 ตัวรากของการประเมินผล
 - 1.4 ประเภทของการประเมินผล
 - 1.5 ความแตกต่างของการติดตามและการประเมินผล
2. แนวคิดการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ
 - 2.1 ความหมายของผลลัพธ์
 - 2.2 ความสำคัญของผลลัพธ์
 - 2.3 ความสัมพันธ์ของผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ
 - 2.4 แนวทางในการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ
3. แนวคิดไมเดลตระกาน
 - 3.1 ความหมายของไมเดลตระกาน
 - 3.2 ประโยชน์ของไมเดลตระกาน
 - 3.3 องค์ประกอบของไมเดลตระกาน
 - 3.4 การประยุกต์ใช้ไมเดลตระกานในการประเมินผล
4. แนวคิดคุณภาพของการประเมินผล
5. แนวคิดความตรวจของ การประเมินผล
 - 5.1 ความหมายความตรวจของการประเมินผล
 - 5.2 ความสำคัญของความตรวจต่อการประเมินผล
 - 5.3 ลักษณะและระดับของความตรวจ
 - 5.4 แหล่งข้อมูลที่เป็นหลักฐานของความตรวจ
 - 5.5 รูปแบบความตรวจของการประเมินผล
 - 5.6 ลักษณะความตรวจ

- 5.7 แนวทางการประเมินความต้องการประเมินผล
- 5.8 แนวทางการเพิ่มความต้องการประเมินผล
6. แนวคิดกระบวนการพยาบาล
- 6.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล
- 6.2 คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล
- 6.3 องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล
7. แนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 7.1 ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 7.2 ความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 7.3 การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 7.4 หลักการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 7.5 ผู้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 7.6 แนวทางการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
8. แนวคิดการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย
- 8.1 ความหมายของความป่วย
- 8.2 ชนิดของความป่วย
- 8.3 ประสาทสรีรวิทยาของความป่วย
- 8.4 ทฤษฎีความป่วย
- 8.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความป่วย
- 8.6 การประเมินและบันทึกความป่วย
- 8.7 การจัดการความป่วย
- 8.8 การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย
- 8.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการประเมินผล
- 9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและบันทึกความป่วย
- 9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย
10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการประเมินผล

ความหมายของการประเมินผล

นักวิชาการไทยและต่างประเทศให้ความหมายของการประเมินผลในแนวทางเดียวกัน

ซึ่งนักวิชาการที่เห็นว่าการประเมินผลเป็นศาสตร์สาขานึงคือ รัตนะ บัวสนธ (2550, หน้า 42) โดยกล่าวว่า การประเมินจัดว่าเป็นศาสตร์สาขานึง เพราะมีลักษณะหรือธรรมชาติแห่งความเป็นศาสตร์ครบถ้วน โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปรัชญาและองค์ความรู้ของการประเมิน การประเมิน เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการกำหนดคุณค่าและวิธีการศึกษาหาคุณค่า ซึ่งจะใช้วิธีการอย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับปรัชญาเบื้องหลัง นอกจากนั้นการประเมินก็ยังต้องพิจารณาเกี่ยวกับมาตรฐาน เกณฑ์ และตัวบ่งชี้ที่ใช้ออกด้วย

นักวิชาการไทยที่เห็นว่าการประเมินผลเป็นกระบวนการ มีดังนี้ ส.วาสนา ประวัลพฤทธ (2544, หน้า 16) กล่าวว่า การประเมิน (Evaluation) หมายถึง กระบวนการในการตรวจสอบหรือ พิจารณาตัดสินคุณลักษณะของกิจกรรมหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อกำหนดคุณค่า คุณภาพ ความถูกต้อง ความเหมาะสม โดยใช้เกณฑ์ (Criteria) เป็นหลัก สมหวัง พิธิyanวัฒน์ (2549, หน้า 6) ให้หมายความ ฟื้นฟูฯของการประเมินผลหรือการประเมินค่า หมายถึง การตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทาง การจัดการนิยามการประเมินผลหรือการประเมินค่าว่า เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกทางเลือกโดยอาศัยสารสนเทศที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อผ่าน การสังเคราะห์ให้เป็นองค์ความรู้จะทำให้เกิดปัญญาได้

เชาว์ อินไย (2553, หน้า 4) กล่าวว่า การประเมิน หมายถึง กระบวนการพิจารณาตัดสิน คุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใด โดยนำสารสนเทศหรือผลจากการวัด มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อช่วยในการตัดสินใจ ตีค่าผลการดำเนินการนั้นๆ ว่าบรรลุ วัตถุประสงค์หรือไม่ ใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดการ

ศิริชัย กาญจนวารี (2554, หน้า 11) กล่าวว่า การประเมินเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ สังคมที่สอดคล้องกับแนวทางประชาธิบัติไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและสร้างประโยชน์สุข แก่สังคม การประเมินเกี่ยวข้องกับการกำหนดคุณค่าของสิ่งที่สนใจภายใต้บริบทของสังคม ที่ทำการศึกษา สำหรับการเข้าถึงคุณค่าของสิ่งต่างๆ ภายใต้บริบทนั้นๆ ขึ้นอยู่กับระบบความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้ประเมินว่าต้องการใช้มาตรการลักษณะใดทำการตัดสินคุณค่า ซึ่งผู้ประเมินต่างมีลักษณะที่แตกต่างกันจากความเชื่อในวิธีอัตนัยนิยมจนถึงความเชื่อในวิธีปวนนัยนิยม

พนิต เจริญทอง (2555) ให้ความหมายการประเมินผล (Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ที่ใช้ในการอธิบายและตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีหลักเกณฑ์ โดยมีจุดมุ่งหมายคือ 1) เป็นข้อมูลสารสนเทศประกอบการตัดสินใจ 2) เพื่อให้การบริหารโครงการเป็นไปอย่างมี

ประสิทธิภาพ 3) เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงโครงการที่คล้ายกัน 4) เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินโครงการว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่

นักวิชาการต่างประเทศเห็นว่าการประเมินผลเป็นกระบวนการเช่นกัน ได้แก่ Preskill (2004, pp. 1-2) กล่าวว่า คำจำกัดความของการประเมินผลสามารถจำแนกได้ดังนี้ ประการแรก การประเมินผลเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ (Systematic process) มีการวางแผนและกำหนด กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ประการที่สองการประเมินผลเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามค่าตามหรือ ปัญหาเกี่ยวกับสังคมทั่วไปและองค์กร และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโปรแกรม ประการที่สามการประเมินผล เป็นกระบวนการในการเสริมสร้างความรู้และการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจที่มีการ ปรับปรุงหรือการปรับแต่งโปรแกรม กระบวนการ ผลผลิต ระบบ หรือองค์กร หรือในการพิจารณาว่า จะดำเนินการโครงการต่อหรือขยายโครงการหรือไม่ และในแต่ละการตัดสินใจเหล่านี้ มีเงื่อนไขของ การตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าภายใน (Merit) คุณค่าภายนอก (Worth) หรือคุณค่าของสิ่งที่ประเมิน (Value of the evaluand) (ที่จะถูกประเมิน) ประการสุดท้ายการประเมินผลมีความหมายทั้งที่มี หรือไม่มีความชัดเจน (Implicit or explicit) ในท้ายที่สุดการประเมินผลเป็นการตามค่าตาม เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติทุกวัน เป็นวิธีการดึงดูดความเข้าใจที่ดีขึ้นของสิ่งที่ได้ทำและ ผลกระทบจากการกระทำในบริบทของสังคมและสภาพแวดล้อมของการทำงาน ลักษณะเด่นของ การประเมินผลแตกต่างจากรูปแบบดังเดิมของการวิจัยทางวิชาการคือ การประเมินผลมีความเป็น เหตุเป็นผลตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันขององค์กร การประเมินผลดำเนินการได้ในโปรแกรม กระบวนการ ผลผลิต ระบบ องค์กร บุคลากร และนโยบาย

Scriven (1991, p. 139 as cited in Russ-Eft, & Preskill, 2009, p. 2) กล่าวว่า การประเมินผล หมายถึงกระบวนการของการกำหนดคุณค่าภายใน (Merit) คุณค่าภายนอก (Worth) หรือคุณค่าของบางสิ่งบางอย่าง (Value of something) หรือผลผลิตของกระบวนการ ซึ่งคำที่ใช้อ้างถึงกระบวนการดังกล่าวนี้รวมถึงการประเมินคุณค่า (Appraise) การวิเคราะห์ (Analyze) การประเมิน (Assess) การวิจารณ์ (Critique) การตรวจสอบ (Examine) การให้เกรด (Grade) การตรวจสอบ (Inspect) การตัดสิน (Judge) การประเมณค่า (Rate) การทบทวนการจัด อันดับ (Rank review) การศึกษา (Study) การทดสอบ (Test) กระบวนการการประเมินผลตามปกติ เกี่ยวข้องกับการจำแนกมาตรฐานที่สอดคล้องกันของคุณค่าภายใน คุณค่าภายนอก หรือคุณค่าใดๆ การตรวจสอบผลการดำเนินงานของสิ่งที่ประเมินในมาตรฐานเหล่านี้ มีการบูรณาการบางส่วนหรือ การสังเคราะห์ผลลัมพุที่สำเร็จของการประเมินผลโดยรวม หรือชุดของการประเมินผลที่เกี่ยวข้อง

นักวิชาการทุกท่านที่กล่าวมาต่างกล่าวถึงการประเมินผลว่ามีความเกี่ยวข้องกับคุณค่า เช่นเดียวกับ ยุวดี เปรมวิชัย (2550, หน้า 32) และ Wikipedia (2014) โดย ยุวดี เปรมวิชัย (2550, หน้า 32) กล่าวว่า Evaluation หรือการประเมินผล หมายถึง การตัดสินหรือสรุปผลที่ได้จากการวัดผล ทั้งที่เป็นปริมาณหรือคุณภาพว่าสิ่งนั้นดีมากน้อยเพียงใด มีคุณค่าอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับมาตรฐานหรือเกณฑ์ตั้งไว้ เช่น การตัดสินผลการศึกษาประจำปีว่าผู้เรียนสอบได้หรือสอบตก เป็นการตัดสินหรือสรุปผลการเรียนที่ได้มีการวัดผลแล้ว คือมีการสอบมาแล้วทุกวิชา หรือการให้อักษรระดับคะแนน (เกรด) A, B, C แก่นักเรียนในรายวิชาใด เป็นการนำคะแนนที่เป็นผลจากการวัดผลด้วยข้อสอบ แล้วนำมาสรุปเป็นผลการเรียนของนักเรียนคนนั้น ดังนั้น การตัดสินผลการศึกษา และการให้เป็นเกรดเป็นการประเมินผล เป็นต้น ในอดีตคำนี้จะเน้นที่เป็นการประเมินเมื่อสิ่นสุดการดำเนินงานแล้วเท่านั้น แต่ในปัจจุบันถูกนำมาใช้ในการกล่าวถึงการประเมินผลโดยทั่วไปที่เป็นการประเมินทั้งระบบ โดยเมื่อเรากำหนดจุดข้างของผลลัพธ์ที่ต้องการ โปรแกรมโครงการ การแทรกแซง ความคิดริเริ่มในการประเมินจุดมุ่งหมาย แนวคิด/ข้อเสนอ หรือทางเลือกใดๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ หรือเพื่อยืนยันระดับความสำคัญ หรือคุณค่า (Value) ตามจุดมุ่งหมาย (Aim) และวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ (Results) จากการกระทำ วัตถุประสงค์หลักของการประเมินผลหนึ่งไปจากการได้รับข้อมูลเชิงลึกของการริเริ่มหรือที่มีอยู่ก่อนแล้วคือการสะท้อนและระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

สรุปความหมายของการประเมินผลได้ดังนี้ การประเมินผล (Evaluation) เป็นศาสตร์เกี่ยวกับการกำหนดคุณค่าและวิธีการศึกษาหาคุณค่า หรือเป็นกระบวนการที่เป็นระบบก่อให้เกิดสารสนเทศเพื่อการตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการตัดสินหรือสรุปผลที่ได้จากการวัดผล ทั้งที่เป็นปริมาณหรือคุณภาพว่าสิ่งนั้นดีมากน้อยเพียงใด มีคุณค่าอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับมาตรฐานหรือเกณฑ์ตั้งไว้ มีการตัดสินใจภายใต้บริบทของสังคมที่ทำการศึกษา และมีความเป็นเหตุเป็นผลตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นการสะท้อนและระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับการประเมินผล

การประเมินผล (Evaluation) มีคำที่มีความหมายใกล้เคียง หรือมักใช้ควบคู่ไปกับคำต่างๆ (ยุวดี เปรมวิชัย, 2550, หน้า 31-32) ดังนี้

Monitoring หมายถึง การติดตามประเมินผล เป็นการประเมินระหว่างการดำเนินงานอยู่ (On-going) หรืออาจจะเป็นการประเมินเบื้องต้น (Formative) โดยส่วนใหญ่จะเน้นการประเมินที่กระบวนการ (Process) ดำเนินงานเป็นหลัก และมักจะทำเป็นระยะๆ (Periodic)

Appraisal หมายถึง การตีค่า ติราค่า เช่น ติราคาว่าคุ้มทุนหรือไม่ ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือต้นทุน-ผลประโยชน์ เป็นอย่างไร เป็นการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์มากกว่าทางสังคมศาสตร์ ยกตัวอย่างการประเมินผลทางสังคมศาสตร์ เช่น ผลการทำงานอยู่ในระดับใด ทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นต้น ซึ่งเน้นที่การให้ค่าແທນตัวแปรที่เราจะทำการประเมิน

Measurement หรือการวัดผล หมายถึง กระบวนการใช้เครื่องมือมาสนใจการกำหนดค่าเป็นตัวเลขหรือสัญลักษณ์ ที่มีความหมายแทนคุณลักษณะของสิ่งที่วัดการตีค่าสิ่งของต่างๆ ออกมานั้น เป็นค่าตัวเลขอย่างมีมาตรฐานที่เป็นมาตรฐาน เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง หรือในทางการศึกษาใช้การสอบ เป็นการวัดผลความรู้ของผู้เรียนหลังจากเสร็จสิ้นในระยะหนึ่ง ๆ ไปแล้ว ถือเป็นการวัดผล เพราะเป็นการวัดความรู้ของผู้เรียนให้มีค่าเป็นตัวเลขหรือคะแนน (Score) ซึ่งมีมาตรฐาน เพราะวัดโดยข้อสอบบ้างถือว่าอาจารย์เป็นกำหนดมาตรฐานของข้อสอบเอง

Assessment หรือ การประเมิน หมายถึง การนำลักษณะของสิ่งต่างๆ ที่ส่วนใหญ่มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ มาศึกษาพยาຍາมตีค่าเป็นตัวเลขให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมขณะนั้น โดยใช้สภาวะต่างๆ กันเป็นเกณฑ์ จึงต้องมีการศึกษา วิเคราะห์เกณฑ์ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไปด้วย การประเมินโดยทั่วไป จะทำในเวลาใดก็ได้ เช่น ก่อน ระหว่าง หรือหลังการดำเนินงานแล้ว คำที่ใช้โดยทั่วไป เช่น การประเมินผลงาน (Performance assessment) การประเมินตนเอง (Self-assessment) เป็นต้น การประเมินต่างไปจากการวัดและการประเมินผล เพราะต้องมีการศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สภาพแวดล้อมของสิ่งที่กำลังศึกษา แล้วจึงตีค่าของสิ่งนั้น岀อกมา โดยผลลัพธ์ที่ได้มีได้นำมาตัดสินสรุปผลเพื่อจำแนกกลุ่ม หรือให้ทราบการดี-เลว มาก-น้อย เก่ง-ไม่เก่ง แต่ต้องการตีค่าให้เห็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ของสิ่งนั้น ๆ เพื่อจะได้นำไปพัฒนาสิ่งนั้นในอนาคต ซึ่งหลังสังคมรุ่งที่ 2 เป็นต้นมา การประเมินมีการพัฒนาขึ้นมาก เพราะใช้ระบบวิธีทางสถิติมาช่วยในการศึกษาข้อมูลตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล จนถึงการวิเคราะห์ทางสถิติข้อมูล ต่างๆ จึงทำให้การประเมินก้าวหน้าขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน และใช้เพร่หลายในทุกวงการ

ตรรกะของการประเมินผล

Evaluation Café Brooks Applegate (2012) กล่าวถึงการประเมินผล (Evaluation) ว่า มีความแตกต่างจากการวิจัย โดยการประเมินผลเป็นการค้นหาคำตอบในสิ่งที่รู้เพื่อตอบคำถาม “หรือไม่” ในขณะที่การวิจัยเป็นการค้นหาคำตอบในสิ่งที่ไม่รู้เพื่อตอบคำถาม “อะไร ทำไม่ และอย่างไร”

Preskill (2004, p. 2) กล่าวว่าตรรกะหมายถึงหลักการเหตุผลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อสนับสนุน การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการที่จะกำหนดกระบวนการและผลกระทบของโปรแกรม (หรือที่มีการประเมินผล) ตรรกะของการประเมินผล (Evaluation logic) จะช่วยให้ผู้ประเมินและบุคลากร ของโปรแกรมเข้าใจขั้นตอนการตัดสินประเมินเกี่ยวกับคุณค่าภายใน (Merit) คุณค่าภายนอก (Worth) หรือคุณค่าของสิ่งที่ประเมินผล (Value of the evaluand) ตรรกะของการประเมินผล โดยทั่วไปมีการดำเนินการ ดังนี้ 1) การสร้างเกณฑ์ (Establishing criteria) : มิติใดที่ต้องทำให้ดี? 2) การสร้างมาตรฐาน (Constructing standards) : ควรจะดำเนินการในแต่ละมิติอย่างไร? 3) การวัดสมรรถนะและเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (Measuring performance and comparing with standards) : การดำเนินการในแต่ละมิติเป็นอย่างไร? 4) การสังเคราะห์และบูรณาการ หลักฐานในการตัดสินคุณค่าภายนอก (Synthesizing and integrating evidence into a judgment of worth) : สิ่งใดที่บ่งบอกถึงคุณค่าภายใน คุณค่าภายนอก หรือคุณค่าของสิ่ง ที่ประเมินผล? 5) การให้ข้อเสนอแนะ (Making recommendations) : ข้อเสนอแนะที่ควรจะทำ มีอะไรบ้าง?

ประเภทของการประเมินผล

รัตนะ บัวสนธิ (2550, หน้า 40-42) แบ่งการประเมินผลเป็น 5 ประเภทใหญ่ๆ ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) แบ่งตามวัตถุประสงค์การประเมินและช่วงเวลาของโครงการ มี 3 ประเภทคือ การประเมิน ก่อนดำเนินโครงการหรือก่อนนำโครงการไปใช้ (Pre-evaluation program or ex-ante evaluation program) การประเมินขณะดำเนินโครงการ (Formative, process, ongoing or monitoring evaluation program) และการประเมินผลลัพธ์โครงการ (Post or summative evaluation program) 2) แบ่งตามเป้าหมายที่ยึด มี 2 ประเภท 'ได้แก่' การประเมินแบบอิงเป้าหมาย (Goal-base evaluation) และการประเมินที่ไม่ยึดหรือเป็นอิสระจากเป้าหมาย (Goal-free evaluation) 3) แบ่งตามปรัชญาหรือความเชื่อพื้นฐาน มี 2 ประเภท 'ได้แก่' การประเมินตามวิธีการเชิงระบบหรือ แบบปรนัยนิยม และการประเมินตามวิธีการเชิงธรรมชาติหรือแบบอัตโนมัตินิยม 4) แบ่งตามผู้ประเมิน หรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบทำการประเมิน มี 2 ประเภท 'ได้แก่' การประเมินภายใน (Internal evaluation) และการประเมินภายนอก (External evaluation) และ 5) แบ่งตามวิธีการและ ลักษณะข้อมูลที่มุ่งประเมิน มี 3 ประเภท 'ได้แก่' การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative evaluation)

การประเมินเชิงปริมาณ (Quantitative evaluation) และการประเมินแบบผสมผสาน (Mixed evaluation)

พนิต เก็มทอง (2555) แบ่งการประเมินผลเป็น 3 ประเภท คือ 1) การประเมินผลก่อนเริ่มโครงการ (Pre-evaluation / feasibility study) มีจุดมุ่งหมายคือ ศึกษาความเหมาะสมของโครงการ (เศรษฐกิจ ลังคม สภาพแวดล้อม) ศึกษาความพร้อมของปัจจัยหรือทรัพยากรนำเข้า และศึกษาการตอบสนองนโยบายหรือความต้องการ 2) การประเมินผลระหว่างโครงการ (Ongoing evaluation) มีจุดมุ่งหมายคือ ตรวจสอบความก้าวหน้า วิเคราะห์ความน่าจะเป็นที่ทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ วิเคราะห์หาปัจจัยทั้งด้านบวกและลบที่มีต่อผลสำเร็จของโครงการ และแก้ไขปรับปรุงโครงการ และ 3) การประเมินผลเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ (Post-evaluation) มีจุดมุ่งหมายคือ ตัดสินว่าโครงการประสบผลสำเร็จหรือบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่

Preskill (2004, pp. 2-3) แบ่งการประเมินผลเป็น 3 ประเภท คือ 1) การประเมินผลเชิงพัฒนาการ (Developmental evaluation) เป็นการประเมินที่ให้ผู้ประเมินเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาและออกแบบโปรแกรม ผู้ประเมินจะเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะอย่างเป็นทางการแก่สมาชิกของทีมออกแบบรวมถึงสมาชิกขององค์กร เพื่อให้โปรแกรมถูกออกแบบอย่างสมบูรณ์แบบก่อนทำการทดสอบแบบนำร่อง (Pilot testing) 2) การประเมินผลเชิงความก้าวหน้า (Formative evaluation) มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับปรุง และ 3) การประเมินผลเชิงสรุปรวม (Summative evaluation) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดคุณค่าภายใน (Merit) คุณค่าภายนอก (Worth) หรือคุณค่าของสิ่งที่ประเมิน (Value of the evaluand) ซึ่งนำไปสู่การตัดสินประเมินขั้นสุดท้าย การประเมินประเภทนี้จะดำเนินการหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ในการวิจัยประเมินผลครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการประเมินผลพิธีการจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ซึ่งจะทำการประเมินขณะดำเนินโครงการ (Formative, process, ongoing or monitoring evaluation program) และทำการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Post or summative evaluation program) แบบอิงเป้าหมาย (Goal-base evaluation) มีการประเมินภายใน (Internal evaluation) และเป็นแบบผสมผสาน (Mixed evaluation) โดยใช้วิธีการเชิงระบบหรือแบบปรนัยนิยมและวิธีการเชิงธรรมชาติหรือแบบอัตนัยนิยมสอดคล้องกับแนวคิดของสมหวัง พิชัยนวัฒน์ (2549, หน้า 16) ที่กล่าวว่า “การประเมินโครงการอาจเป็นงานวิจัยหรือไม่เป็นงานวิจัยก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรู้และความถูกต้องเชื่อถือได้ รวมทั้งประโยชน์ของสารสนเทศ และองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการประเมินโครงการ อีกทั้งการประเมินโครงการมันๆ มีระบบคิดและวิธีการที่แบบยกซึ่ง ครบถ้วนสมบูรณ์ของกระบวนการ ทำให้ได้เข้าถึงต้นตอแห่งความจริงในเชิง

คุณค่า งานประเมินโครงการยุคใหม่จะต้องสะท้อนลักษณะการเข้าถึงแห่งความจริง และร่วมสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้นของผู้ประเมินโดยบูรณาการวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณอย่างเหมาะสม ให้สมกับเป็นงานวิจัยประยุกต์ประणรงงานวิจัยประเมินผล"

ความแตกต่างของการติดตามและการประเมินผล

พนิต เข็มทอง (2555) กล่าวว่าการติดตาม (Monitoring) หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติงานที่วางไว้หรือไม่ โดยมีจุดมุ่งหมายคือ 1) เพื่อให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผน 2) เพื่อให้ใช้ทรัพยากรได้เต็มที่ คุ้มค่า และประหยัด 3) เพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน 4) เพื่อให้ได้แนวทางแก้ไข ปรับปรุง ปัจจัยนำเข้า และกิจกรรมต่างๆ 5) เพื่อสนับสนุนโครงการให้บรรลุผล การติดตามและการประเมินผลมีความเหมือนและความแตกต่างกัน ความเหมือนคือมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนความแตกต่างคือ การประเมินผลเน้นการตัดสินคุณค่าของโครงการ แต่การติดตามเน้นความก้าวหน้าของโครงการ นอกจากนี้ การติดตามมีเฉพาะระหว่างดำเนินการ แต่การประเมินมีตั้งแต่ก่อนจนถึงสิ้นสุดโครงการ

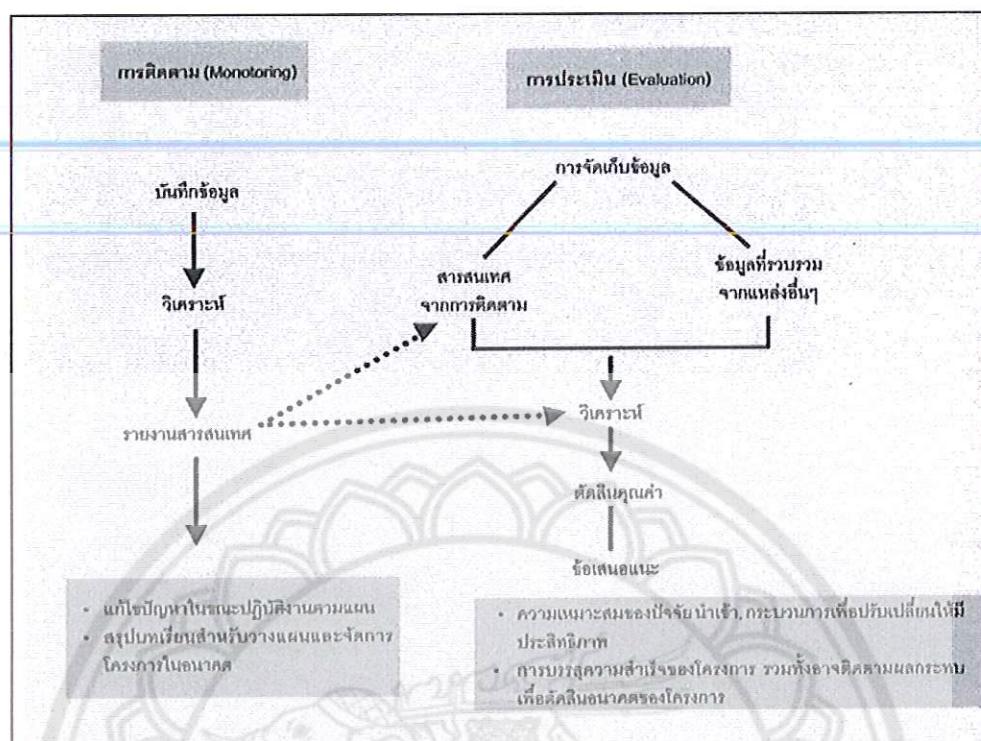
แนวคิดของ พนิต เข็มทอง (2555) สองคล้องกับ วิธัญญา ชวาริญพันธ์ (2556, หน้า 24) ที่กล่าวว่า การติดตาม (Monitoring) โครงการ คือ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า (Input) การดำเนินงาน (Process) และผลการดำเนินงาน (Output) เกี่ยวกับโครงการเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback system) สำหรับการกำกับ ทบทวน และแก้ปัญหาขณะดำเนินโครงการ ส่วนการประเมิน (Evaluation) โครงการ คือ กระบวนการตรวจสอบและตัดสินคุณค่า (Value judgment) เกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน และผลการดำเนินงาน เพื่อเป็นสารสนเทศสำหรับการปรับปรุงการดำเนินโครงการ สรุปผลสำเร็จของโครงการและพัฒนาโครงการต่อไป การติดตาม และประเมินโครงการ จึงเป็นกลไกและเครื่องมือสำคัญในการบริหารและพัฒนาโครงการให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เปรียบเทียบความแตกต่างของความหมาย จุดมุ่งหมาย และประโยชน์ของการติดตามและการประเมิน แสดงดังภาพ 1

แผนกติดตาม	ความหมาย	จุดมุ่งหมาย	ประโยชน์
การติดตาม (งาน) (MONITORING)	ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลของภารกิจดำเนินงานที่อยู่เป็นข้อมูลย้อนกลับ	แก้ไขข้อหาและดำเนินงานตามโศกกาล <ul style="list-style-type: none"> • ติดตามความครบถ้วนของปัจจัยภายในภารกิจงานตามแผน • ติดตามผลว่าควรตามแผนหรือไม่ 	<ul style="list-style-type: none"> • แก้ไขข้อหาของภารกิจดำเนินงาน • สรุปบทเรียน สำหรับวางแผนและติดตามให้ดีขึ้นในอนาคต
การประเมิน (ผล) (EVALUATION)	ระบบการตรวจสอบภารกิจดำเนินงานและผลการดำเนินงานเพื่อตัดสินคุณค่า (Value Judgment)	ตัดสินความเหมาะสมของภารกิจดำเนินงานและการบรรลุผลลัพธ์ <ul style="list-style-type: none"> • ความต้องการของ ความเหมาะสมของปัจจัยความเหมาะสมของวิธีดำเนินงาน • การบรรลุความสำเร็จของภารกิจ 	<ul style="list-style-type: none"> • เสนอแนะการคง/ปรับ/เปลี่ยน ภารกิจดำเนินงาน เพื่อจะได้นำกิจกรรมเหล่านี้ไปใช้ • สรุปผลโครงการสำหรับตัดสินคุณค่าของโครงการหรือวางแผนการติดตามให้ดีขึ้นในอนาคต

ภาพ 1 ความแตกต่างของความหมาย จุดมุ่งหมาย และประโยชน์ของการติดตาม และการประเมิน

ที่มา: วิธีัญญา ชวเจริญพันธ์, 2556, หน้า 24

อย่างไรก็ตาม การติดตามและการประเมินโครงการ เป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กัน โดยการติดตามโครงการเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงานของโครงการ สำหรับกำกับแก้ไข และป้องกันปัญหาอุปสรรคระหว่างการดำเนินงาน ในขณะที่การประเมินเป็นการตัดสินคุณค่าของปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน และผลของโครงการ สำหรับปรับปรุงการดำเนินงาน สรุปผลสำเร็จ และพัฒนาโครงการ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการติดตามงานของโครงการ จึงสามารถใช้เป็นข้อมูล ส่วนหนึ่งของการประเมินโครงการได้ การติดตามและการประเมินโครงการ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เป็นกลไกของการพัฒนาที่สามารถใช้ร่วมกันได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าการติดตามเป็นส่วนหนึ่ง หรือส่วนสนับสนุนการประเมินโครงการ ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการติดตามจะใช้เป็นส่วนหนึ่ง ของสารสนเทศในการประเมินโดยใช้ร่วมกับสารสนเทศจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์อีกรอบ หนึ่งดังนั้น โครงการที่มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องแล้ว จะทำให้การประเมินโครงการนั้น ๆ ทำได้ง่ายขึ้นและมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงกว่าโครงการที่ไม่มีการติดตาม หรือติดตามอย่างไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ (วิธีัญญา ชวเจริญพันธ์, 2556, หน้า 25) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการติดตามและการประเมิน แสดงดังภาพ 2 และภาพ 3



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ของการติดตามและการประเมินผล

ที่มา: วิชัญญา ชาเจริญพันธ์, 2556, หน้า 25

รายการ	การติดตามโครงการ	การประเมินโครงการ
1. ข้อมูล	รวมรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า, กระบวนการและผลของโครงการ	ข้อมูลรวมการติดตามสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับห้องของการประเมินเพื่อตัดสินคุณค่าของโครงการ
2. ผู้รับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและเจ้าหน้าที่นอกหน่วยงาน
3. ช่วงเวลาปฏิบัติ	เป็นระยะเวลาที่ต้องมีการเปลี่ยนผ่านทุกเดือน เป็นต้น	เป็นช่วงๆ เช่น ระหว่างต้นเดือน, สิ้นสุคุณภาพ และหลังจากโครงการสิ้นสุด 2 ปี เป็นต้น
4. วิธีการ	เป็นการติดตามงานโดยใช้แผน เป็นการสอบถามข้างต้น ถือเป็นส่วนสำคัญของการบริหารงานจัดการ	เป็นการตัดสินคุณค่าของโครงการ โดยแบ่งเป็น กับกันที่ไม่ทราบมั่นคงของคุณลักษณะที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของโครงการ
5. ผู้ใช้ประโยชน์	ผู้ปฏิบัติ (เน้น) ผู้บริหาร (เน้น)	ผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร (เน้น)

ภาพ 3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการติดตามโครงการและการประเมินโครงการ

ที่มา: วิชัญญา ชาเจริญพันธ์, 2556, หน้า 27

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการติดตามประเมินความป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนจัดการความป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และมีการประเมินตัดสินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

แนวคิดการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

ความหมายของผลลัพธ์ (Outcome)

นักวิชาการต่างให้ความหมายผลลัพธ์ในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นส่วนหนึ่งของผลสัมฤทธิ์ (Result) โดย ศิริวรรณ ศิริบุญ (2556) กล่าวว่า ผลลัพธ์ (Outcome) คือผลสัมฤทธิ์ (Result) ที่ได้รับจากผลผลิต (Output) ของการดำเนินโครงการทั้งในเชิงบวก และเชิงลบ สอดคล้องกับสำนักงบประมาณ (2556) ซึ่งบริหารราชการโดยใช้แนวคิดการจัดการโดยใช้ผลสัมฤทธิ์เป็นฐาน (Result Based Management, RBM) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ ของรัฐ ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ (Outcome) ว่าเป็นผลประโยชน์ คุณประโยชน์ คุณค่า คุณลักษณะ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือลูกค้าที่รับบริการหรือใช้ประโยชน์จากผลผลิต ทั้งผลผลิตและ ผลลัพธ์เป็นส่วนประกอบของผลสัมฤทธิ์ (Results) กล่าวคือ ผลสัมฤทธิ์ (Results) = ผลผลิต (Outputs) + ผลลัพธ์ (Outcomes)

ส่วนนักวิชาการที่เห็นว่า ผลลัพธ์เป็นผลระยะยาวที่ต่อเนื่องมาจากผลผลิต (Outputs) มีหลายท่าน ได้แก่ ศิริชัย กาญจนวนิช (2554, หน้า 144-146) ให้ความหมายผลลัพธ์ว่า เป็นผล ระยะยาว (Long term outputs) หรือผลดุลหมายปลายทาง (Ultimate outputs) เช่นเดียวกับ เรมวง นันท์คุภวัฒน์ (2556) ให้ความหมายผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่ตามมาภายหลังจากการ นำผลผลิตไปใช้ประโยชน์ หรือนามายถึงผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดวัตถุประสงค์ในระดับโครงการ เป็นผล ที่เกิดจากผลผลิตหรือผลงานซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงติดตามมา ผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ โดยตรงกับประชาชนผู้รับบริการและสาธารณะ

สอดคล้องกับ เก็จกนก เอื้อวงศ์ (2556) ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ผลที่เป็นดุลหมายปลายทาง (Ultimate outputs) เป็นผลระยะยาว (Long-term outputs) จึงเป็น ผลที่เกิดต่อจากผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์เป็นผลที่ตามมาของนโยบายที่เกิดกับสังคม เป็นผล ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ หากพิจารณาโดยรายที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการศึกษา ผลผลิตก็คือ จำนวนนักเรียนนักศึกษาที่จบการศึกษาออกไป ส่วนผลลัพธ์คือการที่นักเรียนนักศึกษามารถ นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ตามเป้าหมายที่วางไว้ในระดับการศึกษาต่างๆ หรือการที่รัฐมีนโยบาย เรียนพร้อม ซึ่งเป็นนโยบายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเสมอภาคทางการศึกษา ผลผลิตของ นโยบายคือจำนวนเงินหรือวัสดุอุปกรณ์ที่นักเรียนได้รับจากภาครัฐ ในขณะที่ผลลัพธ์ท้องนา

พิจารณาถึงการเพิ่มโอกาสในการศึกษาให้เด็กนักเรียนได้รับการศึกษาอย่างเสมอภาคทั้งโอกาส การเข้าถึงและความเสมอภาคในด้านคุณภาพ ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ปกครอง (Anderson, 2000, p. 266 ข้างต้นใน เก็จกนก เอื้องศ, 2556)

จากที่กล่าวมาสรุปความหมายของผลลัพธ์ได้ดังนี้ ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลกระทบยาว (Long-term outputs) หรือผลจุดหมายปลายทาง (Ultimate outputs) ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ (Result) ในลักษณะของผลประโยชน์ คุณประโยชน์ คุณค่า คุณลักษณะที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือลูกค้าที่รับบริการหรือใช้ประโยชน์จากผลผลิต (Output) ของการดำเนินโครงการทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ หรือเป็นผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด วัตถุประสงค์ในระดับโครงการ

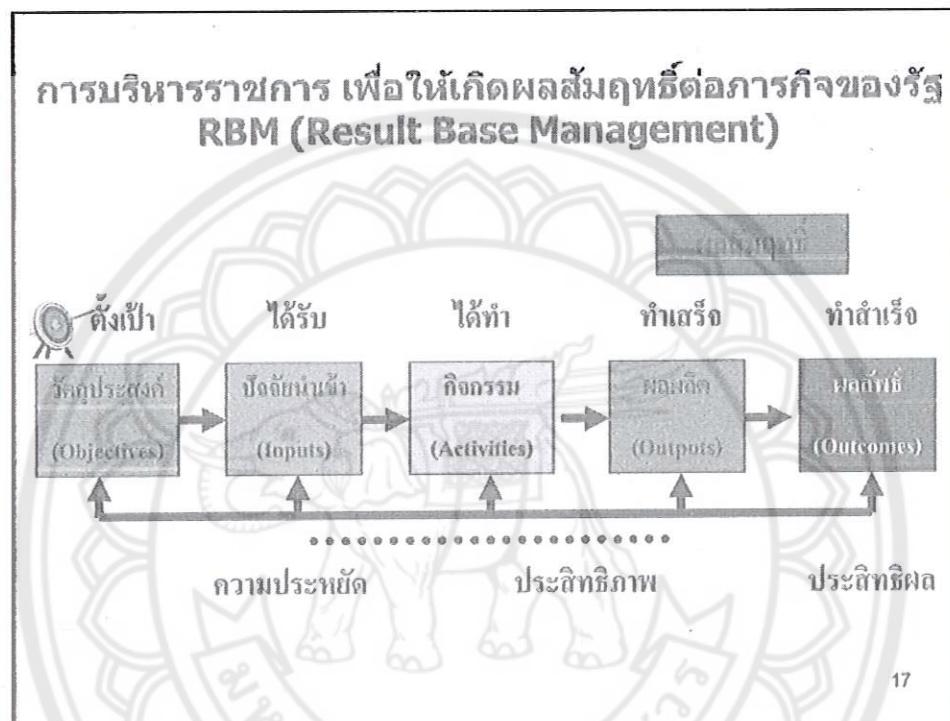
ความสำคัญของผลลัพธ์

ผลลัพธ์มีความสำคัญมาก ทั้งนี้ DePanfilis, and Ting (2001) กล่าวว่า การมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ทำให้ได้เลือกการประเมินหรือกลยุทธ์ของสิ่งแวดล้อม (Intervention strategies) ที่เหมาะสมที่สุด และง่ายต่อการเห็นความสำเร็จ ทั้งนี้ การวัดผลลัพธ์มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดผลการดำเนินงาน (Performance) หรือผลของการให้บริการ การวัดผลลัพธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) วิธีการที่จะทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ 2) สิ่งที่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้น และ 3) การจัดสรรทรัพยากรในอนาคต อาทิ ศูนย์รวมงานที่ แลกเปลี่ยน (2552) ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เช่นกัน โดยกล่าวว่า ผู้ประเมินผลจะต้องตระหนักรู้ ความสำคัญของนโยบายหรือโครงการของรัฐนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับผลผลิตของโครงการแต่ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์และผลกระทบที่มีต่อประชาชนหรือชุมชนในระดับกว้าง ดังนั้น การประเมินผลจะต้องครอบคลุมการวางแผนเพื่อกำกับผลลัพธ์ด้วยว่าเป็นไปตามเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์หรือไม่ อาทิ เช่น นโยบายการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำเพื่อแก้ปัญหาภัยแล้ง ของประชาชนในชนบท หากพิจารณาหรือประเมินเฉพาะผลผลิตว่าการสร้างอ่างเก็บน้ำเสร็จตามงบประมาณที่ใช้ไปหรือไม่ อาจกระทำได้ง่าย แต่การมีอ่างเก็บน้ำสามารถแก้ปัญหาภัยแล้งตามวัตถุประสงค์ของโครงการได้หรือไม่ นั่นคือคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์ ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์เพื่อพิจารณาว่าอ่างน้ำที่สร้างเสร็จสามารถเก็บน้ำได้หรือไม่ และประชาชนในเขตใกล้เคียงสามารถนำน้ำไปใช้เพื่อแก้ปัญหาภัยแล้งหรือการขาดแคลนน้ำของประชาชนได้เพียงใด จึงมีความสำคัญมากกว่าการมีอ่างน้ำแต่ไม่มีน้ำเก็บเพื่อให้ประชาชนบริโภค เป็นต้น ดังนั้น การประเมินผลจะต้องวางแผนให้ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์หรือรวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นด้วย

ความสัมพันธ์ของผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน และมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ ดังนี้

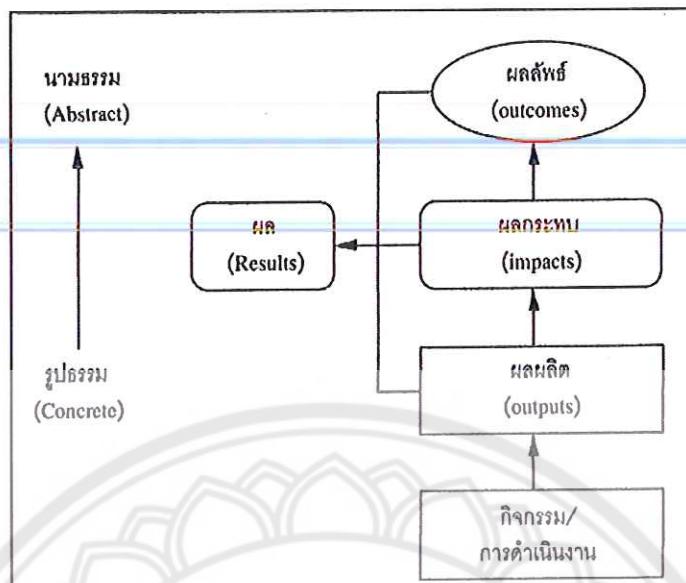
สำนักงบประมาณ (2556) กล่าวว่า ผลลัพธ์ (Outcome) มีความแตกต่างจากผลผลิต (Output) ซึ่งผลผลิต หมายถึง ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม ซึ่งอาจจะเป็นผลผลิต (Product) หรือการให้บริการ (Service) ที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อนำไปใช้ในการให้บริการ องค์กรภายนอกหน่วยงานหรือประชาชน ดังภาพ 4



ภาพ 4 การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลลัมฤทธิ์ต่อการกิจของรัฐ

ที่มา: สำนักงบประมาณ, 2556

ศิริชัย กัญจนวاسي (2554, หน้า 144-146) กล่าวว่า ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลลัมฤทธิ์ ปลายทางอันเป็นผลที่เกิดต่อเนื่องมาจากผลกระทบ (Impact) ซึ่งเป็นผลระยะกลาง (Intermediate outputs) ที่เกิดต่อเนื่องมาจากผลผลิต (Output) ซึ่งผลผลิตเป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีจากการดำเนินงาน (Initial or immediate outputs) หรือผลเบื้องต้นที่เกิดขึ้นโดยตรง อันเนื่องมาจาก กิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน ทั้งผลผลิต ผลกระทบ และผลลัพธ์ ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยเรียงจากฐานสูงสุดของผลหรือผลลัมฤทธิ์ (Results) นั่นคือ ผลหรือผลลัมฤทธิ์เป็นความของสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดอันเนื่องมาจากการทำงาน ดังภาพ 5



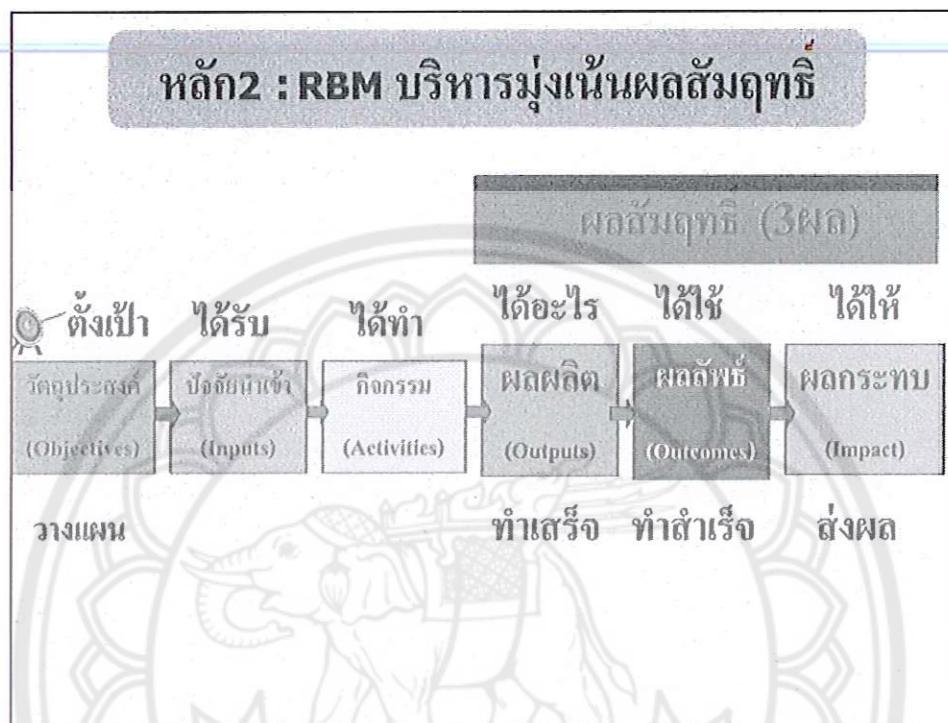
ภาพ 5 สายความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงาน

ที่มา: ศิริชัย กาญจนวاسي, 2554, หน้า 145

แนวคิดของศิริชัย กาญจนวاسي (2554, หน้า 144-146) สมодคล้องกับ วราพร หาญคุณะเศรษฐี (2556) และ Hughes, Black, & Kennedy (2008, p.17) โดย วราพร หาญคุณะเศรษฐี (2556) กล่าวว่า ผลลัพธ์เป็นผลประโยชน์ที่ได้จากการผลผลิตและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สิ่นค้าหรือบริการ เช่น จำนวนผู้ที่หายป่วย ร้อยละของผู้ป่วยที่เป็นปอดอักเสบจากการใช้เครื่องซ่อมหายใจ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแพลกต์ทับ เป็นต้น ในขณะที่ผลผลิตเป็นสิ่งของหรือบริการ ที่จัดทำขึ้นหรือผลิตขึ้น เพื่อให้บุคคลภายนอกได้ใช้ประโยชน์ มีลักษณะเป็นรูปธรรม รับรู้ได้ นับเป็นจำนวนหน่วย/ชม./วัน/ปี เช่น ราย ครัว ชั่วโมง/นาที หรือวัน/เดือน ส่วน Hughes, et al. (2008, p.17) กล่าวถึง การประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ ดังนี้ การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นทันทีจากสิ่งแวดล้อม (Intervention) และมักจะสมодคล้องกับการวัดวัตถุประสงค์ของสิ่งแวดล้อม (The intervention objective) ส่วนการประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เป็นการวัดผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวของสิ่งแวดล้อม และมักจะสมодคล้องกับเป้าหมายของสิ่งแวดล้อม (The intervention goal)

อย่างไรก็ตาม กบพ.สปช.ทบ. (2556); ศิริวรรณ ศิริบุญ (2556); สมคิด ทิมสาด (2556) และ Sonpal-Valias (2009, p.1) มีมุ่งมองที่ต่างกันไป โดยเห็นว่าผลกระทบเป็นผลที่อยู่เบื้องหลังไปกว่าผลลัพธ์ โดย กบพ.สปช.ทบ. (2556) "ได้นำเสนอการประเมินการบริหารที่มุ่งเน้น

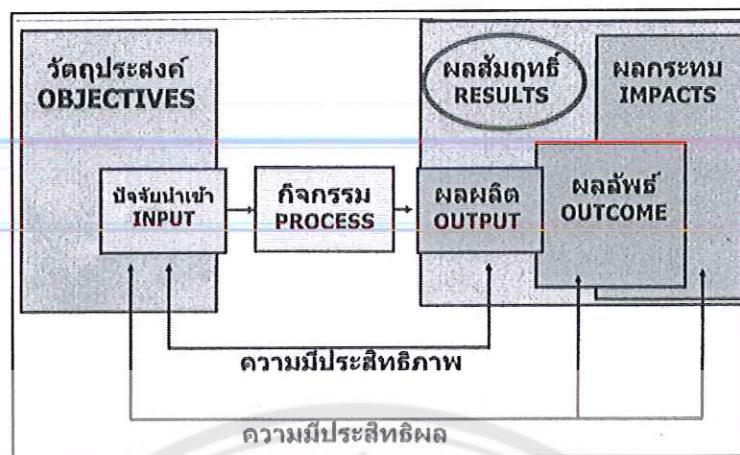
ผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management, RBM) มีการประเมินใน 3 ผล ได้แก่ ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ดังภาพ 6



ภาพ 6 การบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

ที่มา: กบพ.สปช.ทบ, 2556

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2556) กล่าวว่า ผลผลิตคือสิ่งที่ได้จากการดำเนินโครงการ โดยเป็นโครงสร้างทางภาษาภาพ (Product) เป็นการให้บริการ (Service) และเป็นการบริหารจัดการ (Management) ในขณะที่ผลกระทบ (Impact) คือผลที่ตามมาจากการดำเนินโครงการและการใช้ประโยชน์โครงการในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านความมั่นคง ด้านคุณภาพชีวิต ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเมืองและการบริหาร แสดงดังภาพ 7



ภาค 7 การดำเนินโครงการ

ที่มา: ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2556

สมคิด ทิมสาด (2556) ได้ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบของโครงการที่ต้องมีการกำหนด
ตัวชี้วัดในระดับต่างๆ ได้แก่ ผลกระทบ (Impact) ผลลัพธ์ (Outcome) ผลผลิต (Output) และ
กิจกรรม (Process/Activity) ดังแสดงในภาพ 8



ภาพ 8 องค์ประกอบของโครงการ

ที่มา: สมคิด ทิมสาด, 2556

แนวทางในการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้แนวทางในการประเมินผลลัพธ์ รวมถึงผลผลิตและผลกระทบ ดังนี้

พรนภา เมชาเวียงศ์ (2556) ได้กล่าวถึงการประเมินผลผลิต (Output evaluation) ว่าเป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ (Activities) และการใช้ทรัพยากร (Resources) เพื่อให้ได้ผลผลิต (Output) ในรูปผลิตภัณฑ์หรือบริการ (Product or service) ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือกล่าวได้ว่า เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบว่าโครงการบรรลุเป้าหมาย หรือไม่ หากน้อยเพียงใด สำรวจประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ การใช้ทรัพยากร และผลผลิต เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ (Outcomes) ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการประเมินให้ทราบว่าโครงการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ หากน้อยเพียงใด สำหรับการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เป็นการประเมินถึงผลการกระทำของโครงการที่มีต่อผลลัพธ์ (Outcome) และผลลัพธ์ที่มีต่อผลกระทบ ถ้าผลของโครงการที่มีต่อผลกระทบล้มเหลวแล้ว ผลของผลลัพธ์ที่มีต่อผลกระทบต้องล้มเหลวด้วย ความล้มเหลวนี้นิยมเรียกว่า “Theory failure”

สำนักงบประมาณ (2556) ได้จำแนกความแตกต่างพร้อมยกตัวอย่างให้เห็นแนวทางการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แนวทางการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์

ประเด็น	ผลสัมฤทธิ์ (Result)	
	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)
องค์ประกอบและลักษณะ	1) เป็นสินค้า การบริการ การบริหาร จัดการสำหรับคนภายนอก 2) เป็นผลขั้นสุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการทำงาน หรือ กิจกรรมของหน่วยงาน 3) สอดคล้องกับเป้าหมายการให้บริการ หน่วยงาน (ผลลัพธ์) และกิจกรรม 4) วัดผลได้ทั้ง 4 มิติ คือ ปริมาณ คุณภาพ และเวลา	1) กลุ่มเป้าหมาย ลูกค้า เนพาคือใคร? เช่น เกษตรกรผู้ปลูกกล้า เกษตรกรผู้ปลูกข้าว ผู้ใช้ถนน ผู้ใช้น้ำ ผู้บริโภค คนใช้ที่ดินวัสดุ นักเรียนระดับปฐม แรงงานต่างด้าว 2) ผลประโยชน์เฉพาะ คุณค่า คุณลักษณะ ที่ได้รับเป็นอย่างไร? เช่น มีความรู้เพิ่มขึ้น มีรายได้เพิ่มขึ้น มีงานทำ อาการเจ็บป่วย ลดลง 3) ต้องหอดระยะเวลา ระยะหนึ่งให้กลุ่มเป้าหมายได้ใช้ประโยชน์จากผลผลิต

ตาราง 1 (ต่อ)

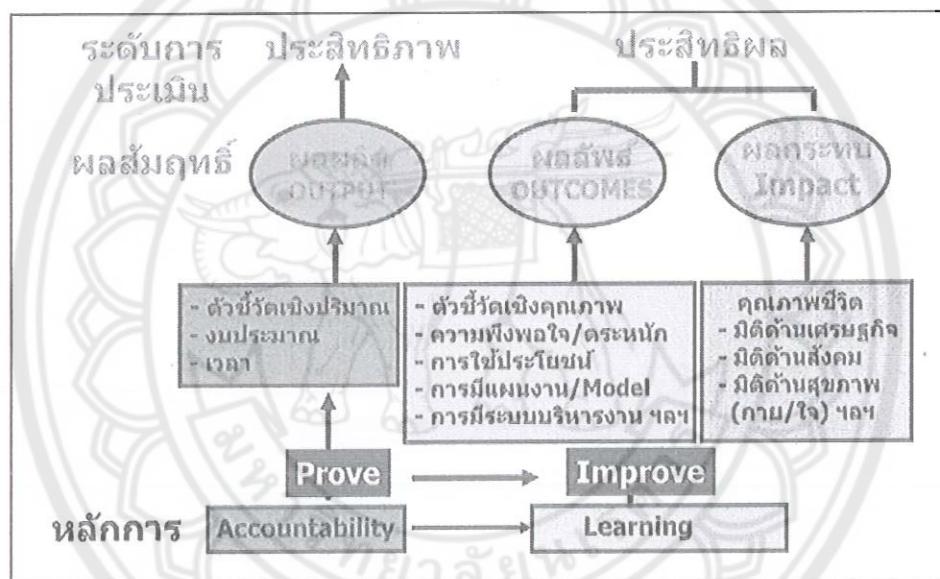
ประเด็น	ผลสัมฤทธิ์ (Result)	
	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)
ลักษณะของผลผลิต		
1) ผลผลิตที่เป็นโครงสร้างทางกายภาพ (Product) สร้าง ซ่อม สำร้ำจ/ออกแบบ จัดซื้อสิ่งของ ลักษณะ จับต้องได้ เช่น อาคาร ถนน เยื่อน คอมพิวเตอร์ ท่าเรือ ครุภัณฑ์ แผนยุทธศาสตร์ ซ่อมแซมถนน		
2) ผลผลิตที่เป็นลักษณะการให้บริการ (Service) แบ่งเป็น		
2.1) การให้บริการ : รักษาพยาบาล 30 บาท รักษาทุกโรค การออกใบอนุญาต การจดทะเบียน งานวิจัย ทำบัตรประชาชน บริการน้ำประปา		
2.2) การศึกษา/วิจัย/สร้างองค์ความรู้ : ผลิต บัณฑิต วิจัยพันธุ์ข้าว พัฒนาเครื่องมือ		
3) ผลผลิตที่เป็นลักษณะการบริหารจัดการ (Management)		
ตัวชี้วัด		
1) วัดได้ทันที เช่น ถนน ผู้ฝ่าฝืนการฝึกอบรม	1) วัดที่กลุ่มเป้าหมาย/ถูกตัด	
2) วัดที่ตัวผลผลิตมีตัวชี้วัด 4 มิติ คือ	2) ระบุผลประโยชน์ คุณค่า	
2.1) บริมาณ : จำนวนเป้าหมายในการผลิต	คุณลักษณะที่เกิดแก่	
2.2) คุณภาพ : (ความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์) มี 2 ลักษณะ ได้แก่	กลุ่มเป้าหมาย	
2.2.1) คุณภาพของผลผลิตเป็นไปตาม มาตรฐานของหน่วยงาน เช่น อย. นอก. ตามแบบ มาตรฐาน ISO, QA, QC	3) มีตัวชี้วัด 5 มิติ (2Q2T1P) ได้แก่ เชิงปริมาณ คุณภาพ เวลา กลุ่มเป้าหมาย และ พื้นที่	
2.2.2) คุณภาพ วิธีการนำส่งผลผลิต/วิธีการ ให้บริการ การวัดความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย		
กระบวนการผลิต		
3) เวลา : ระยะเวลาที่นำส่งผลผลิต		
4) ค่าใช้จ่าย : ต้นทุนต่อหน่วยในการผลิต		

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเด็น	ตัวอย่างการประเมินผลสัมฤทธิ์ (Result)	
	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)
ด้านเศรษฐกิจ	ร้อยละ 70 ของเกษตรกร (ปرمีมาณ) ที่ได้รับ การบริการตามคู่มือคลินิกเกษตร (คุณภาพ) เมื่อเปรียบเทียบกับแผนปฏิบัติการประจำปี (เวลา) ภายในวงเงินงบประมาณที่กำหนด (ต้นทุน)	เกษตรกรที่ได้รับบริการจาก หน่วยงานของกรมส่งเสริม การเกษตร (กลุ่มเป้าหมาย) ในพื้นที่ และคลินิกเกษตร (พื้นที่) สามารถ ผลิตสินค้าเกษตรได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน (คุณภาพ) เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ต่อปี (เวลา)
ด้านสังคม	ผู้จบการศึกษาภาคบังคับตามมาตรฐาน ที่กำหนด (คุณภาพ) ร้อยละ 90 (ปرمีมาณ) เมื่อเปรียบเทียบกับแผนปฏิบัติการประจำปี (เวลา) ภายในวงเงินงบประมาณที่กำหนด (ต้นทุน)	ผู้จบการศึกษาภาคบังคับ (กลุ่มเป้าหมาย) ทั่วประเทศ (พื้นที่) เข้าศึกษาต่อในระดับการศึกษา ที่สูงขึ้น (คุณภาพ) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 85 (ปرمีมาณ) ต่อปี (เวลา)
ด้านมั่นคง	ระดับ (ปرمีมาณ) ความพร้อมของกองทัพบก ในการเผชิญภัยคุกคามตามเกณฑ์ ที่กระทรวงกลาโหมกำหนด (คุณภาพ) ตลอดเวลา (เวลา) ภายในวงเงินงบประมาณ ที่กำหนด (ต้นทุน)	ร้อยละ 100 (ปرمีมาณ) ของพื้นที่ ที่อยู่ในความดูแลของกองทัพบก (กลุ่มเป้าหมาย) ทั่วประเทศ (พื้นที่) มีความพร้อมในการพิทักษ์รักษา เอกราช ตามมาตรฐานของ กองทัพบก (คุณภาพ) ในแต่ละปี (เวลา)
ด้านสิ่งแวดล้อม	พื้นที่ทางทะเลและชายฝั่งได้รับการอนุรักษ์ ตามมาตรฐานที่กำหนด (คุณภาพ) ไม่น้อยกว่า เป้าหมาย (ปرمีมาณ) ตามแผนปฏิบัติการ ประจำปี (เวลา) ภายในระยะเวลาที่กำหนด (ต้นทุน)	พื้นที่ทางทะเลและชายฝั่งได้รับ การอนุรักษ์ (กลุ่มเป้าหมายและ พื้นที่) มีความหลากหลาย ทางชีวภาพเพิ่มขึ้น (คุณภาพ) ร้อยละ 80 (ปرمีมาณ) ต่อปี (เวลา)

ประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) ล้วนมีความเกี่ยวข้องในการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ทั้งนี้ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2556); สมคิด ทิมสาด (2556); สุขสันต์ บุณยากร (2556); DePanfilis, & Ting (2001) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ใช้ในการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ดังนี้

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2556) ได้นำเสนอแนวทางการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) โดยมี หลักการประเมินที่ว่า ต้องมีการตรวจสอบ (Prove) ตัวชี้วัดต่างๆ ด้วยความโปร่งใส (Accountability) เพื่อเกิดการปรับปรุง (Improve) และการเรียนรู้ (Learning) ดังภาพ 9 และตัวอย่างในตาราง 2



ภาพ 9 ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ที่มา: ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2556

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

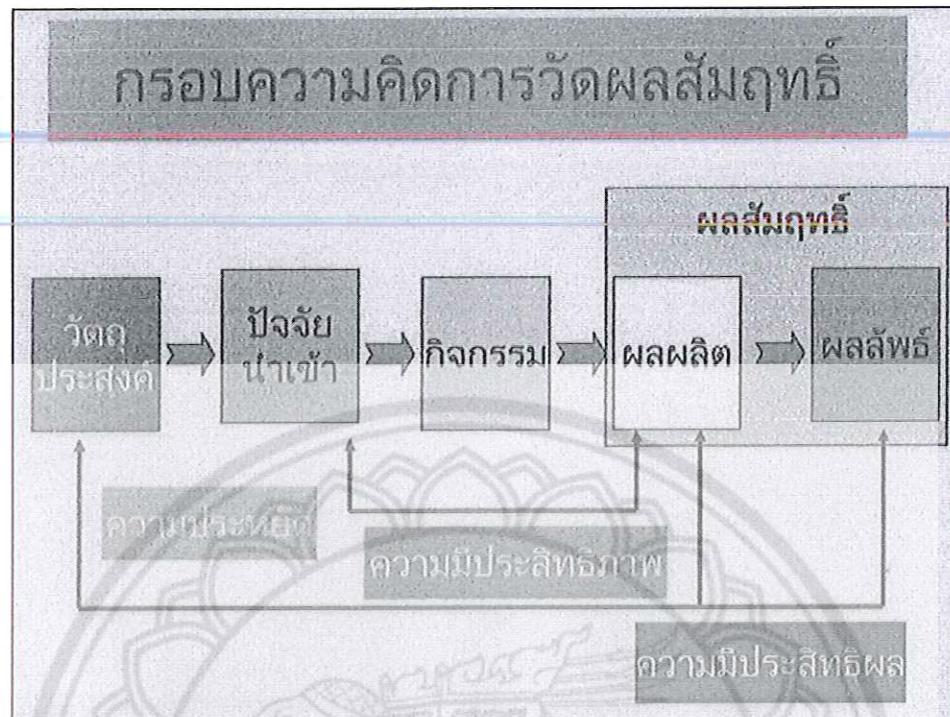
ผลสัมฤทธิ์ (Result)		
ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ผลกระทบ (Impact)
- เชิงบวก - เชิงเวลา - เชิงปริมาณ	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ - เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ให้อ่านง่าย - มีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างไร - มีส่วนสนับสนุนความสำเร็จของเป้าหมายในระดับสูงขึ้นอย่างไร เพียงใด - เปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นๆ - ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย - การป้องกันแก้ไขปัญหาผลลัพธ์ในเชิงลบที่เกิดขึ้น - ความยั่งยืน / ความรุนแรงของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้หรือไม่ - มีผลกระทบที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้เกิดขึ้นหรือไม่ - ผลกระทบที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับทิศทางในการพัฒนาประเทศ/จังหวัดหรือไม่ - ความรุนแรงและความยั่งยืนของผลกระทบทั้งในเชิงบวก/เชิงลบ - กลุ่มเป้าหมายที่ได้ผลกระทบ - เปรียบเทียบกับทางเลือกอื่น
- ด้านกายภาพ : ถนน - ด้านบริการ : การคมนาคม การขนส่งพืช ผล - ด้านการบริหารจัดการ : การกำกับดูแล ภาระแย่ ซ้อม เชม การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแล	<p><u>เชิงบวก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การขนส่งพืชผลสะดวก - ลดรายจ่าย - เข้าถึงบริการสาธารณูปโภคได้ง่าย (ไปโรงเรียน สถานพยาบาล) - ลดปัญหาสิ่งแวดล้อม - ป้องกันม้ำท่วม <u>เชิงลบ</u> - ทัศนคติที่ไม่ดีต่อหน่วยราชการ เพราะสภาพถนนไม่ดี เช่น “โครงการดีแต่โครงสร้างไม่ดี” - การที่ชุมชนรู้สึกว่าไม่มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ 	<p><u>เชิงบวก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - รายได้ชุมชนเพิ่มขึ้น - GPP เพิ่มขึ้น - ประหยัดเวลา - ประหยัดค่าน้ำมัน <p><u>เชิงลบ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เส้นทางเดินขึ้น ทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น - มีคนเปลกหน้าฝ่ามเข้าออก ในชุมชนมากขึ้น มีผลต่อความไม่สงบ เรียบร้อย มีค่าอาชญากรรม การลักขโมย

สมคิด ทิมสาด (2556) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพ (Efficiency) ว่าเป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลผลิต (Output) กับทรัพยากรของโครงการหรือปัจจัยนำเข้า (Input) โดยมีสูตรการคำนวณคือ = $\text{Output} / \text{Input}$ ส่วนประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ (Effect/Outcome) กับวัตถุประสงค์ (Purpose) สำหรับการเขียนตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) ผลลัพธ์ (Outcome) ผลผลิต (Output) และกิจกรรม (Process/Activity) มีดังนี้ (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลกระทบ ผลลัพธ์ ผลผลิต และกิจกรรม

ตัวชี้วัด	แนวทาง	ตัวอย่าง
ผลกระทบ (Impact)	ต้องเขียนในลักษณะที่บอกว่า กลุ่มสังคมหรือประชาชนโดย ส่วนรวมจะได้รับผลประโยชน์อะไร	เช่น "เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะ ไข้ชนิดปกติ"
ผลลัพธ์ (Outcome)	บอกถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ให้เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกถึง ผลประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมาย จะได้รับในแท็งที่จะทำให้เกิด ^{การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม}	เช่น "มาตรฐานอาหารครบ 5 หมู่ ได้อย่างถูกต้อง"
ผลผลิต (Output)	ต้องเขียนข้อความในลักษณะ ที่ถูกกระทำ (Passive voice)	เช่น "มาตรการเข้ารับการอบรมความรู้ ความเข้าใจในเรื่องภาวะโภชนาการ ของเด็ก"
กิจกรรม (Process/Activity)	ขึ้นต้นประโยคด้วยตัวอย่างคำ "กิริยา" ที่เป็นรูปธรรมโดยมีความหมายถึง กิจกรรม	เช่น "ให้ความรู้แก่ชาวบ้าน" "จัดประชุมกลุ่ม" "สาธิตการใช้ผงเกลือแร่" " menyatu เอกสารคำแนะนำ"

สุขลันต์ บุณยากร (2556) ได้เสนอกรอบในการประเมินผลลัพธ์ (Results) ดังภาพ 10 ประกอบด้วยการประเมินผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยการวัดประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) การวัดประสิทธิภาพ ทำได้โดย 1) เปรียบเทียบระหว่างผลผลิตหรือผลงานที่เกิดขึ้น (Output) กับปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่ใช้ 2) เปรียบเทียบกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ส่วนการวัดประสิทธิผล ได้แก่ 1) วัดจากกรอบของหน่วยงานโดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมาย 2) วัดในแง่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับเชิงปริมาณและคุณภาพ ความรวดเร็ว ความมีมนุษยสัมพันธ์



ภาพ 10 กรอบความคิดการวัดผลสัมฤทธิ์

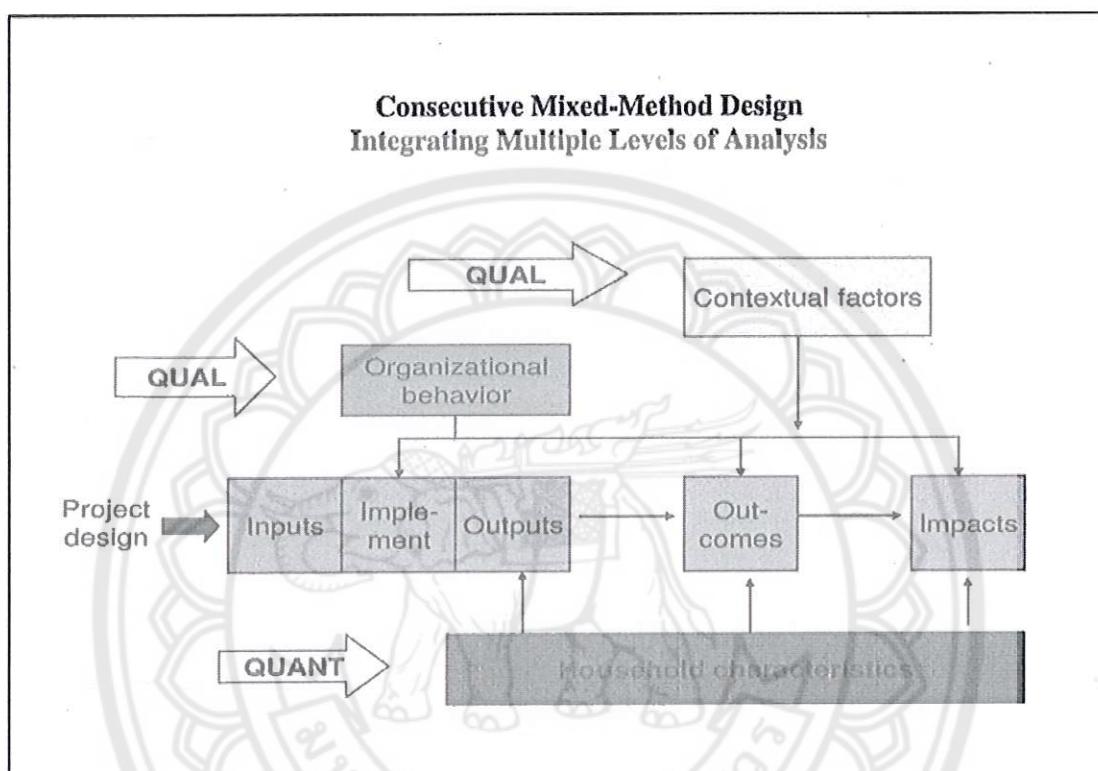
ที่มา: สุขสันต์ บุณยากร, 2556

DePanfilis, & Ting (2001) กล่าวถึงการวัดผลลัพธ์ว่าเป็นการรวมข้อมูลและการรายงานข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับประสิทธิภาพ (Efficiency) คุณภาพ (Quality) และประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมการให้บริการ และการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการพัฒนาโปรแกรมต่อไป ดังนี้ ต้องนิยามวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ชัดเจน นิยามผลลัพธ์ที่เป็น “จริง” ใน การวัด ความสำเร็จของโปรแกรม เลือกการวัดหรือตัวชี้วัดของผลลัพธ์ และประเมินว่าโปรแกรมมีปัจจัยนำเข้า (Inputs) อย่างเพียงพอที่จะเพิ่มคุณภาพของผลผลิต (Outputs) ที่นำไปสู่การบรรลุผลของผลลัพธ์

นอกจากประสิทธิผลแล้ว ยังมีตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ใช้วัดผลลัพธ์และผลกระทบ โดย Hughes, et al. (2008, p.17) กล่าวว่า มีการวัดบางอย่างที่ใช้ในการประเมินผลผลลัพธ์และผลกระทบของสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) พฤติกรรม ภาระสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนด้านลิงแวดล้อม

สำหรับวิธีการประเมินผลลัพธ์ได้มุ่งเน้นไปที่วิธีการเชิงผ่านวิธี โดย Hughes, et al. (2008, p.17) ให้ความสำคัญกับการใช้วิธีการเชิงผ่านวิธีทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการวัด

การประเมินผลที่มีความเข้มข้น/ความเที่ยงและความตรวจสอบ เช่นเดียวกับ Bamberger (2007, p. 9) ได้นำเสนอรูปแบบการประเมินโครงการโดยใช้แนวทางเชิงผสมวิธี (Mixed-method approaches) ดังภาพ 11



ภาพ 11 รูปแบบการประเมินโครงการโดยใช้แนวทางเชิงผสมวิธี

ที่มา: Bamberger, 2007, p. 10

อนึ่ง Morley, Vinson, & Hatry (2001, p.5) ได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์โดยกล่าวว่า การวัดผลลัพธ์มีความเกี่ยวข้องกับการจำแนกผลลัพธ์ การพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เหมาะสม การมีแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลที่เข้าใจถึงความสำเร็จขององค์กร รวมถึงการรายงานผลการค้นพบ และการใช้งานสิ่งที่ค้นพบได้โดยง่าย

จากที่กล่าวมา สามารถอธิบายรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ ดังนี้ เมื่อมีการตั้งเป้าหมายของการจัดการความป่วย บุคลากร สุขภาพได้รับทรัพยากรในการจัดการความป่วย และได้ทำการนำบัดความป่วยให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความป่วยลดลง และมีผลลัพธ์ที่ดีตามมา ยกตัวอย่างเช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น เป็นต้น (กบท.สปช.ทบ., 2556 ; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2556 ; สมคิด ทิมสาด, 2556) การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย จึงเป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ใน การจัดการความป่วย ประเมินการใช้ทรัพยากรและผลผลิต เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการประเมินให้ทราบว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการจัดการความป่วยบรรลุ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ หากน้อยเพียงใด (พรนภา เม嘲วีวงศ์, 2556) มีการบอกถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกถึงผลประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับ ในแต่ละทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สมคิด ทิมสาด, 2556) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วย ที่มีความป่วย สวยงามประยูชน์เฉพาะ คุณค่า คุณลักษณะที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ เช่น มีความรู้ในการจัดการความป่วยเพิ่มขึ้น มีรายได้เพิ่มขึ้น มีงานทำตามปกติ อาการเจ็บป่วยลดลง เป็นต้น (มีการเว้นระยะเวลาระยะหนึ่งให้กลุ่มเป้าหมายได้ใช้ประโยชน์จากการผลผลิต) (สำนักงบประมาณ, 2556)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผ่านวิธีตามแนวคิดของ Hughes, et al. (2008, p.17) ผู้วิจัยให้ความสำคัญในทุกกระบวนการของการประเมินผลลัพธ์ ตามแนวคิดของ Morley, et al. (2001, p.5) กล่าวคือ มีการจำแนกผลลัพธ์ การพัฒนาตัวชี้วัด ผลลัพธ์ที่เหมาะสม การมีแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการรายงานผลการค้นพบ และการใช้งานสิ่งที่ค้นพบได้โดยง่าย

แนวคิดโมเดลตรรกะ (Logic model)

ความหมายของโมเดลตรรกะ

นักวิชาการไทยและต่างประเทศให้ความหมายของโมเดลตรรกะ (Logic model) ไว้ดังนี้ สุวิมล ว่องวนิช (2552, หน้า 18) ให้ความหมายโมเดลตรรกะว่า เป็นแผนภาพที่แสดง การทำงานขององค์กรภายใต้ทฤษฎีและเงื่อนไขข้อตกลงที่กำหนด โดยการแสดงความเชื่อมโยง เป็นแผนภาพเพื่อช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน กิจกรรม การเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวของโปรแกรมที่ต้องการให้เกิด โมเดลตรรกะสามารถอ้างถึงในฐานะเป็นทฤษฎีได้ เนื่องจากว่าโมเดลตรรกะสามารถบรรยาย ให้เห็นว่างานในโปรแกรมสามารถดำเนินการให้ไปสู่ผลลัพธ์ต่าง ๆ ของโปรแกรมได้อย่างไร

น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค (2555, หน้า 25) กล่าวว่า Logic model เป็นการแสดงแผนภาพ (Depiction) ให้เห็นว่าจะต้องดำเนินการอะไรบ้างในแผนงาน / โครงการ (What the programme will do) และเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จจะได้ผลสัมฤทธิ์ (ผลผลิตและผลลัพธ์) อะไรบ้าง (What it is to accomplish) โดยความสัมพันธ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน (If-then relationship) กล่าวคือ ถ้าดำเนินแผนงาน / โครงการตามที่วางแผนไว้แล้ว (Implemented as intended) จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Lead to the desired outcome) ยกตัวอย่าง ในชีวิตประจำวัน สถานการณ์ คือ ป่วยศีรษะ ปัจจัยนำเข้า คือ รับประทานยาแก้ปวด ผลผลิตที่ได้ คือ ได้รับประทานยาแก้ปวด ผลลัพธ์ คือ รู้สึกดีขึ้น (หายปวดหัว) หรือสถานการณ์ คือ หิวข้าว ปัจจัยนำเข้า คือ รับประทานอาหาร ผลผลิตที่ได้ คือ ได้รับประทานอาหาร ผลลัพธ์ คือ รู้สึกดีขึ้น (หายหิว)

Sonpal-Valias (2009, p.1) กล่าวถึง Program logic model ว่าเป็น โมเดลผลลัพธ์ของโปรแกรม (Program outcome model) ประกอบด้วย ทรัพยากรของโปรแกรม (Program's resources) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยผลลัพธ์ระยะยาว (Long-term outcomes) ก็คือ ผลกระทบ (Impact) นั่นเอง

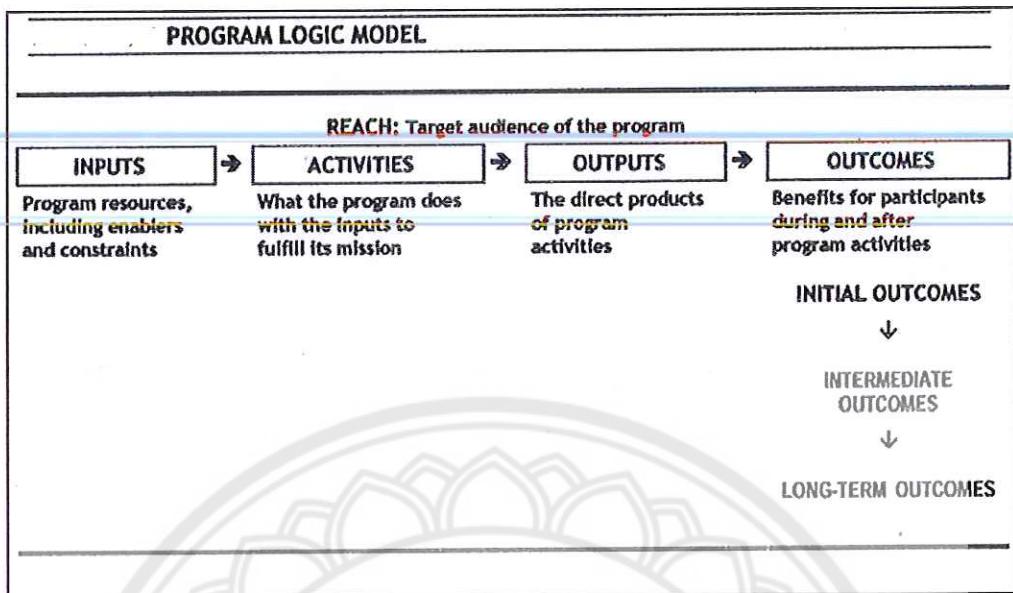
จากที่กล่าวมา สรุปความหมายของโมเดลตรรกะได้ว่า เป็นแผนภาพที่แสดงให้เห็น ทรัพยากรของโปรแกรม (Program's resources) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ช่วยทำให้เห็นว่างานในโปรแกรมสามารถ ดำเนินการให้ไปสู่ผลลัพธ์ต่าง ๆ ของโปรแกรมได้อย่างไร

ประโยชน์ของโมเดลตรรกะ

สิ่งที่ได้ประโยชน์จากการสร้างโมเดลตรรกะมี 3 ประการใหญ่ๆ คือ (สุวิมล ว่องวนิช, 2552, หน้า 20) ประการแรก โมเดลตรรกะช่วยให้เข้าใจว่ามีใครเข้ามาเกี่ยวข้องในโปรแกรม และ มีกิจกรรม การดำเนินงานอะไรบ้าง เพื่อผลลัพธ์อะไรบ้าง ประการที่สอง โมเดลตรรกะช่วยทำให้ สามารถออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อวัดความสำเร็จตามผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่ต้องการ ให้เกิด ประการสุดท้ายช่วยในการสร้างคำถามประเมินและการกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน

องค์ประกอบของโมเดลตรรกะ

โมเดลตรรักษานักสูนมาจากการทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย นำเข้า (Input), กระบวนการ (Process), ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) (น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค, 2555, หน้า 27) โมเดลตรรักษานี้องค์ประกอบต่างกันตั้งแต่ระดับความซับซ้อนน้อย จนถึงมาก แต่รูปแบบที่นิยมใช้ในการวางแผนและประเมินโปรแกรม แสดงดังภาพ 12



ภาพ 12 โมเดลตรรกะ (Program logic model)

ที่มา: Sonpal-Valias, 2009, p. 1

องค์ประกอบของโมเดลตรรกะ มีดังนี้ (น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค, 2555, หน้า 29-30 ; สุวิมล ว่องวนิช, 2552, หน้า 19 ; Sonpal-Valias, 2009, p.1)

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ บุคคล งบประมาณ องค์กร และทรัพยากรในชุมชน ที่โปรแกรมสามารถจัดหาได้เพื่อมุ่งให้งานของโปรแกรมสามารถดำเนินการได้

2. กิจกรรม (Activities) เป็นสิ่งที่โปรแกรมจะทำกับแหล่งทรัพยากร ในที่นี่กิจกรรมเป็นกระบวนการ เครื่องมือ สถานการณ์ เทคโนโลยี และการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่โปรแกรมต้องใช้ ในการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือผลที่คาดหวังของโปรแกรม ยกตัวอย่างกิจกรรม เช่น การประชุม, การสัมมนา, การให้คำปรึกษา การผลิตสินค้า/บริการ เป็นต้น

3. ผลผลิต (Outputs) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงของกิจกรรมในโปรแกรม และอาจรวมถึง ประเภท ระดับ และเป้าหมายของบริการที่ต้องการจัดให้โดยโปรแกรม

4. ผลลัพธ์ (Outcomes) แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ผลลัพธ์ระยะสั้น มุ่งเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงในการตระหนักรู้, องค์ความรู้, ทัศนคติ, ทักษะ, แรงบันดาลใจ และแรงจูงใจ ผลลัพธ์ระยะกลาง มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม, นโยบาย, การตัดสินใจ และการกระทำ ผลลัพธ์ระยะยาว ซึ่งมักจะเรียกว่า ผลกระทบ (Impact) มุ่งเน้น การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเศรษฐกิจ, สังคม, คุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีของคนในสังคม

การประยุกต์ใช้โนเดลต์รรภในการประเมินผล

โนเดลต์รรภสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการประเมินผลแผนงาน / โครงการ ในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้ เช่น ช่วยทำให้แผนงาน / โครงการกับการประเมินผลแผนงาน / โครงการไปด้วยกัน ช่วยทำให้ผู้ประเมินได้ทราบว่าต้องการวัด “อะไร (What)” และต้องการวัด “เมื่อไหร่ (When)” คือ ต้องการวัดที่ตัว “กระบวนการ (Process)” หรือวัดที่ “ผลลัพธ์ (Outcomes)” ช่วยให้มุ่งเน้นไปที่ข้อมูลที่สำคัญ (Key information) จัดลำดับเรื่องที่สำคัญ (Prioritize) เรื่องอะไร ที่อยากรายงาน หรือมีความสำคัญเร่งด่วนสมควรแก่การจัดสรรวิธีการทางการบริหารให้ดำเนินการ เมื่อเปรียบเทียบโนเดลต์รรภกับรูปแบบการประเมินผลอื่น ๆ สามารถจำแนกการประเมินผลในโนเดลต์รรภได้ทั้งหมด 4 ประเภทภายใต้ 1 ตัวแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับการมุ่งเน้นให้ความสำคัญของผู้ประเมิน (น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค, 2555, หน้า 32-33) ได้แก่

1. **Needs assessment** หมายถึง การประเมินความต้องการก่อนเริ่มแผนงาน/โครงการ (Situations & Priorities) คำถามการประเมิน ได้แก่

1.1 อะไร คือ ลักษณะสำคัญ (Characteristics), ความต้องการ (Needs) หรือลำดับความสำคัญแรก ๆ (Priorities) ของกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน / โครงการ

1.2 อะไร คือ อุปสรรค (Potential barriers) หรือตัวเอื้อ (Potential facilitators) ในการดำเนินแผนงาน / โครงการ

1.3 อะไร คือ สิ่งที่เหมาะสมที่สุด (Most appropriate) ที่ต้องดำเนินการ

2. **Process evaluation** หมายถึง การประเมินการปฏิบัติงานหรือกระบวนการหรือกิจกรรมตามแผนงาน / โครงการ (Inputs & Outputs) คำถามการประเมิน ได้แก่

2.1 มีวิธีการดำเนินแผนงาน / โครงการ / กิจกรรมอย่างไร

2.2 กิจกรรมต่าง ๆ ได้มีการดำเนินการตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ มีความตรงไปตรงมาในการดำเนินการหรือไม่

2.3 ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการได้เข้าร่วมในแผนงาน / โครงการ / กิจกรรมตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่

2.4 ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการมีปฏิกิริยาอย่างไรบ้าง

3. **Outcome evaluation** หมายถึง การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน / โครงการทั้งหมดในระยะสั้นและระยะกลาง คำถามการประเมิน ได้แก่

3.1 มีการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังไว้มากน้อยเพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่

3.2 ใครได้รับประโยชน์หรือเสียประโยชน์อย่างไร

3.3 อะไรที่ดูแล้วเข้าที่ (Seem to work) และอะไรที่ดูไม่เข้าที่ (Not work)

3.4 มีผลลัพธ์ที่ไม่ได้คาดหวัง (Unintended outcomes) เกิดขึ้นหรือไม่

4. Impact evaluation หมายถึง การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากแผนงาน / โครงการ ในระยะยาว คำถาวรประเมิน “ได้แก่”

4.1 เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดำเนินแผนงาน / โครงการอะไรบ้าง มาgn้อย

เพียงใด

4.2 อะไรคือผลกระทบที่เกิดขึ้น (Net effect)

4.3 อะไรที่ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Final consequence)

4.4 แผนงาน / โครงการนั้นดำเนินการแล้ว มีความคุ้มค่า (Worth) ควรแก่การจัดสรรวิธีการทางการบริหารหรือไม่

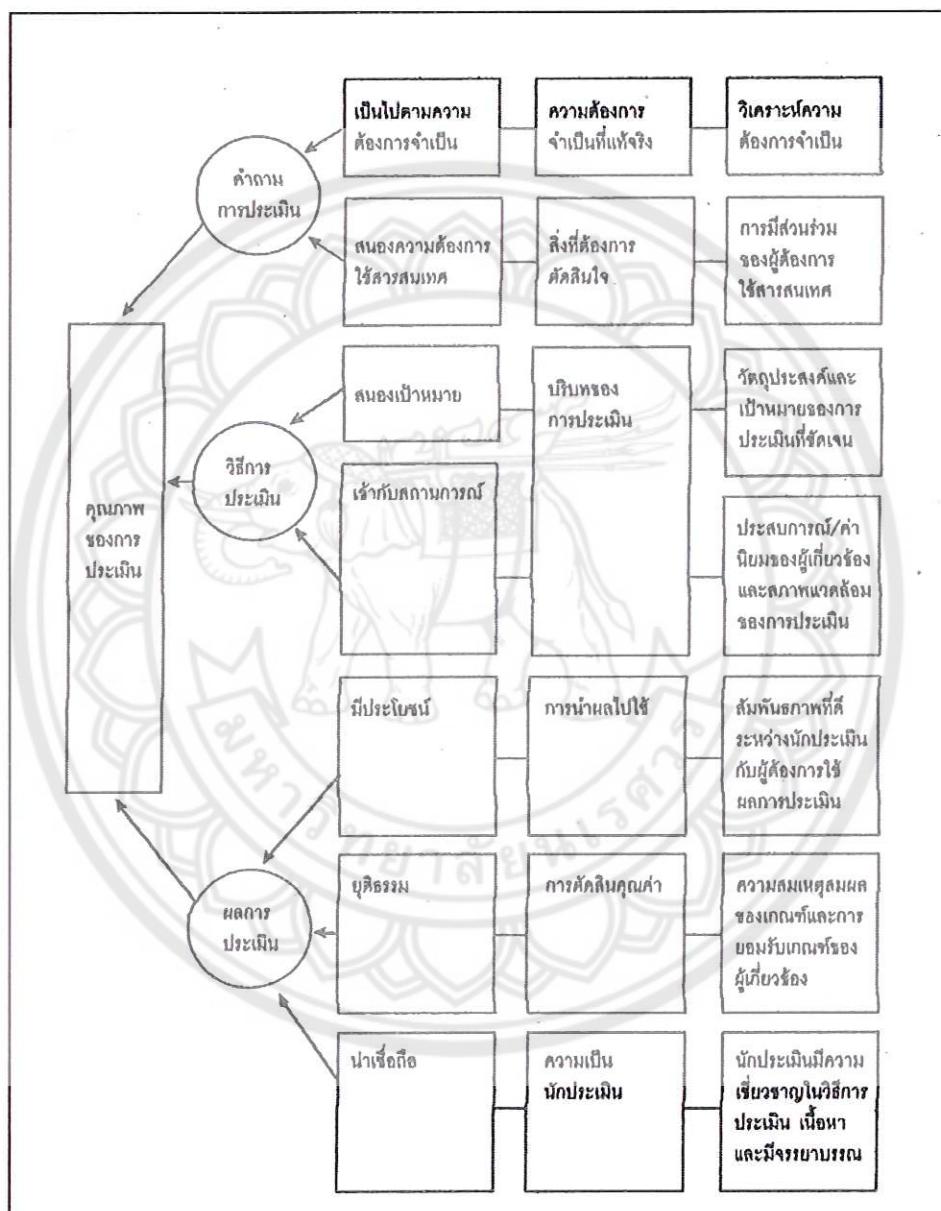
การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดโมเดลตระกูลมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย โดยแบ่งผลลัพธ์การจัดการความป่วยเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลาง ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมการจัดการความป่วยที่พยาบาลวิชาชีพมุ่งให้แก่ผู้ป่วย

แนวคิดคุณภาพของการประเมินผล

คุณภาพของการประเมินผลว่า “ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลักคือ 1) สมรรถนะของผู้ประเมิน ในด้านต่างๆ ” ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับตัว และด้านการจำแนกแยกแยะ 2) บริบทของ การประเมินผล ” ได้แก่ ” นโยบายและแนวปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพการประเมินผล รวมทั้งบริบททางการเมืองและเศรษฐกิจ 3) แหล่งสนับสนุนทรัพยากรของชุมชนการประเมินผล ” ได้แก่ ” การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาวิชาชีพการประเมินผล ข้อมูลต่างๆ จากตำราและวารสาร (Cooksy, & Mark, 2012, pp. 79-87)

การตัดสินคุณภาพของการประเมินจะมีความยุติธรรมและนำไปใช้ได้ ถ้ากระทำโดย (ทีม) นักประเมินจากภายนอกที่เป็นอิสระจากสิ่งที่ประเมิน โดย (ทีม) นักประเมินนั้นจะต้องมีความเชี่ยวชาญในวิธีการประเมิน มีประสบการณ์ในเรื่องที่ประเมิน และมีจรรยาบรรณ การประเมินงานประเมินควรครอบคลุมการประเมินคุณภาพของคำถาวรการประเมิน วิธีการประเมิน และผลการประเมิน ซึ่งเกณฑ์ที่สำคัญที่ควรใช้ตัดสินคุณภาพของการกำหนดการประเมิน ” ได้แก่ ” การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น และการมีส่วนร่วมของผู้ต้องการใช้สารสนเทศ เกณฑ์ที่สำคัญที่ควรใช้ตัดสินคุณภาพของวิธีการประเมิน ” ได้แก่ ” การมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการประเมิน ที่ชัดเจน มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ ค่านิยมของผู้เกี่ยวข้องและสภาพแวดล้อมของการประเมิน เกณฑ์ที่สำคัญที่ควรใช้ตัดสินคุณภาพของผลการประเมิน ” ได้แก่ ” สมพันธภาพที่ดีระหว่างนักประเมิน

กับผู้ต้องการให้ผลการประเมิน ความสมเหตุสมผลของเกณฑ์และการยอมรับเกณฑ์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนักประเมินจะต้องมีความเขี่ยวชาญในวิธีการประเมิน เนื้อเรื่องของสิ่งที่ประเมิน และมีจราจรบรรณ (ศิริชัย กาญจนวاسي, 2554, หน้า 172-173) (ดังภาพ 13)



ภาพ 13 เกณฑ์การประเมินคุณภาพของการประเมิน

ที่มา: ศิริชัย กาญจนวاسي, 2554, หน้า 173

สำหรับแนวปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพการประเมินผลนั้น ได้มีการกำหนดมาตรฐานการประเมินผลต่างๆ ดังเช่น มาตรฐานการประเมินผลโปรแกรม โดยคณะกรรมการร่วมพัฒนามาตรฐานการประเมินผลโปรแกรม (The Joint Committee Program Evaluation Standards) (1994 as cited in Stufflebeam, 1999) ได้ระบุถึงมาตรฐานการประเมินผลโปรแกรม เมื่อปี ค.ศ. 1994 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ (Utility standards) เป็นมาตรฐานที่ช่วยให้แน่ใจได้ว่า การประเมินผลนั้นสนองตอบความต้องการในการนำผลการประเมินผลไปใช้ประโยชน์ได้จริง 2) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) เป็นมาตรฐานที่ช่วยให้แน่ใจได้ว่า การประเมินผลนั้นเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ในชีวิตจริง 3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) เป็นมาตรฐานที่ช่วยให้แน่ใจได้ว่า การประเมินผลครั้งนั้น มีความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา และ 4) มาตรฐานด้านความถูกต้อง (Accuracy standards) เป็นมาตรฐานที่ช่วยให้แน่ใจได้ว่า การประเมินผลครั้งนั้นได้ให้สารสนเทศถูกต้องแม่นยำครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง โดยมีตัวชี้วัดต่างๆ ดังนี้ (พิกุล เอกวรางกูร, 2557 ; รัตนะ บัวสนธิ, 2550, หน้า 235-240 ; สมหวัง พิชัยานุวัฒน์, 2549, หน้า 88-91)

- มาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ (Utility standards) ได้แก่ U1 การระบุผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder identification) U2 ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมิน (Evaluator credibility) U3 การรวมสารสนเทศอย่างครอบคลุม (Information scope and selection) U4 การกำหนดและตัดสินคุณค่า (Values identification) U5 ความชัดเจนของรายงานการประเมินผล (Report clarity) U6 การจัดทำรายงานการประเมินผลและการเผยแพร่ตรงเวลา (Report timeliness and dissemination) และ U7 การประเมินผลกระทบที่ตามมา (Evaluation impact)

- มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) ได้แก่ F1 ขั้นตอนการประเมินผล เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Practical procedures) F2 การเป็นที่ยอมรับได้ในทางการเมือง (Political viability) และ F3 การให้ผลคุ้มค่ากับต้นทุน (Cost effectiveness)

- มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) ได้แก่ P1 การประเมินที่มุ่งให้บริการ (Service orientation) P2 การมีข้อตกลงหรือจัดทำสัญญาอย่างเป็นทางการ (Formal agreements) P3 การปกป้องสิทธิของผู้ได้รับการประเมิน (Rights of human subjects) P4 การมีปฏิสัมพันธ์และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human interactions) P5 การประเมินอย่างเป็นธรรมรอบด้าน (Complete and fair assessment) P6 การเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา (Disclosure of findings) P7 การคำนึงถึงผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) และ P8 ความรับผิดชอบในงบประมาณที่ได้รับ (Fiscal responsibility)

4. มาตรฐานด้านความถูกต้อง (Accuracy standards) ได้แก่ A1 โปรแกรมจัดทำเอกสารชัดเจน (Program documentation) A2 การวิเคราะห์บริบทของโปรแกรม (Context analysis) A3 การระบุวัตถุประสงค์และขั้นตอนการประเมิน (Described purposes and procedures) A4 การระบุแหล่งสารสนเทศ (Defensible information sources) A5 สารสนเทศมีความตรงหรือความถูกต้องแม่นยำ (Valid information) A6 สารสนเทศมีความเที่ยง/ความเชื่อมั่น เป็นที่เชื่อถือได้ (Reliable information) A7 การสังเคราะห์สารสนเทศอย่างเป็นระบบ (Systematic information) A8 การวิเคราะห์สารสนเทศเชิงปริมาณ (Analysis of quantitative information) A9 การวิเคราะห์สารสนเทศเชิงคุณภาพ (Analysis of qualitative information) A10 การสรุปผลการประเมินอย่างสมเหตุสมผล (Justified conclusions) A11 รายงานมีความชัดเจนเป็นปัจจัย (Impartial reporting) และ A12 การประเมินอภิมาน (Metaevaluation)

ในปี ค.ศ. 2011 คณะกรรมการร่วมพัฒนามาตรฐานการประเมินผลทางการศึกษา (The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, JCSEE) ได้กำหนดมาตรฐานการประเมินผลทางการศึกษา (Yarbrough, Shulha, Hopson, & Caruthers, 2011) ซึ่งสมาคมประเมินผลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Evaluation Association, AEA) เป็นคณะกรรมการร่วมได้สรุปย่อเนื้อหาเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินโปรแกรม ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน (American Evaluation Association, 2011) ดังนี้

- มาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ (Utility standards) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มขอบเขตที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโปรแกรมจะค้นหากำหนดการประเมินผล และผลผลิตที่มีคุณค่าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย U1 ความโปร่งใสของผู้ประเมิน (Evaluator credibility) การประเมินผลควรจะดำเนินการโดยคนที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะช่วยสร้างและรักษาไว้ซึ่งความโปร่งใสในบริบทของการประเมินผล U2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Attention to stakeholders) การประเมินผลควรทุ่มเทความสนใจอย่างเต็มที่ให้กับบุคคลและกลุ่มที่ให้ทุนของโปรแกรมและที่ได้รับผลกระทบจากการประเมินผล U3 จุดมุ่งหมายของการเจรจาต่อรอง (Negotiated purposes) ควรระบุจุดมุ่งหมายในการเจรจาต่อรองและทำการเจรจาต่อรองอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย U4 การประเมินคุณค่าอย่างชัดเจน (Explicit values) การประเมินผลควรระบุคุณค่าของแต่ละบุคคลและแต่ละวัฒนธรรมอย่างชัดเจน ตามจุดมุ่งหมาย กระบวนการ และการตัดสินใจ U5 สารสนเทศที่เกี่ยวข้อง (Relevant information) ควรระบุถึงสารสนเทศของการประเมินผลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย U6 การให้ความหมายกระบวนการและผลผลิต (Meaningful processes and products)

การประเมินผลควรกำหนดกิจกรรม รายละเอียด และการตัดสินไปในทางที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมได้ค้นพบ แปลความ หรือแก้ไขความเข้าใจรวมทั้งพฤติกรรม U7 การสื่อสารและการรายงานทันเวลา และเหมาะสม (Timely and appropriate communicating and reporting) การประเมินผลควรให้ความสนใจกับข้อมูลความต้องการอย่างต่อเนื่องของผู้ชุมชนทั้งหลาย U8 ความตระหนักต่อผลที่ตามมาและสิ่งที่มีอิทธิพล (Concern for consequences and influence) การประเมินผลควรส่งเสริมให้มีความรับผิดชอบและการปรับตัวในขณะที่มีการปักป้องผลกระทบเชิงลบที่ไม่ได้ตั้งใจและที่ไม่สมควร

2. มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการประเมินผล ประกอบด้วย F1 การบริหารจัดการโครงการ (Project management) การประเมินผลควรใช้กลยุทธ์การบริหารจัดการโครงการที่มีประสิทธิภาพ F2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Practical procedures) ขั้นตอนของการประเมินผลควรปฏิบัติได้และตอบสนองต่อวิธีการดำเนินโครงการ F3 ความเป็นไปได้เชิงบริบท (Contextual viability) การประเมินควรที่จะตระหนัก ติดตาม และสร้างสมดุลทางวัฒนธรรมและผลประโยชน์ทางการเมือง ตลอดจนความต้องการของบุคคลและกลุ่ม F4 การใช้ทรัพยากร (Resource use) การประเมินผลควรใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

3. มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสมสนับสนุนถึงที่เหมาะสม เป็นธรรม ถูกกฎหมาย ถูกต้องและสมเหตุสมผลในการประเมินผล ประกอบด้วย P1 การตอบสนองและปัจจุบันเทศอย่างครอบคลุม (Responsive and inclusive orientation) การประเมินผลควรจะตอบสนองต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและชุมชน P2 การมีข้อตกลง หรือจัดทำสัญญาอย่างเป็นทางการ (Formal agreements) ในข้อตกลงของการประเมินผลจะมีการเจรจาต่อรองเพื่อกำหนดภาระหน้าที่ที่ชัดเจนและคำนึงถึงความต้องการ ความคาดหวัง และบริบททางวัฒนธรรมของลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ P3 การให้ความเคารพ และสิทธิมนุษยชน (Human rights and respect) การประเมินผลควรจะออกแบบและดำเนินการ เพื่อปักป้องสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายและรักษาศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ P4 ความชัดเจนและความเป็นธรรม (Clarity and fairness) การประเมินผลควรกล่าวถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและวัตถุประสงค์ที่เป็นที่เข้าใจตรงกันและเป็นธรรม P5 ความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูล (Transparency and disclosure) การประเมินผลควรให้คำอธิบายที่สมบูรณ์เกี่ยวกับผลการค้นพบ ข้อจำกัด และข้อสรุปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เว้นแต่ว่าการทำเช่นนั้นจะเป็นการละเมิดข้อผูกพันทางกฎหมายและความเหมาะสม P6 การคำนึงถึง

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflicts of interests) การประเมินผลควรระบุถึงความจริงอย่างเปิดเผย และตรงไปตรงมา หรือกล่าวถึงผลประโยชน์ทับซ้อนในการประเมินผลอย่างประนีประนอม P7 ความรับผิดชอบในงบประมาณที่ได้รับ (Fiscal responsibility) การประเมินผลควรระบุถึง ทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้จ่ายและมีการปฏิบัติตามขั้นตอนและกระบวนการทางการเงิน

4. มาตรฐานด้านความถูกต้อง (Accuracy standards) มาตรฐานด้านความถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความเป็นจริงของการประเมินผลตามที่ปรากฏ ข้อเสนอ และผลการค้นพบ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตีความและการตัดสินใจที่เกี่ยวกับคุณภาพ ประกอบด้วย A1 การสรุปผลและตัดสินการประเมินอย่างสมเหตุสมผล (Justified conclusions and decisions) ข้อสรุปของการประเมินผลและการตัดสินใจความมีความสมเหตุสมผลชัดเจนตามบริบทและ วัฒนธรรม A2 สารสนเทศมีความตรงหรือความถูกต้องแม่นยำ (Valid information) สารสนเทศ ของการประเมินผลควบคู่กับวัตถุประสงค์และการตีความที่ถูกต้อง A3 สารสนเทศมีความเที่ยง/ ความเชื่อมั่น (Reliable information) ในขั้นตอนของการประเมินผลความมีข้อมูลที่เชื่อถือได้และ สอดคล้องกับการใช้ที่ตั้งใจ A4 โปรแกรมมีความชัดเจนและมีคำอธิบายบริบท (Explicit program and context descriptions) การประเมินผลความมีเอกสารโปรแกรมที่กล่าวถึงรายละเอียดของ บริบทอย่างเหมาะสมและระบุขอบเขตจุดมุ่งหมายของการประเมินผล A5 การจัดการสารสนเทศ (Information management) การประเมินผลความมีวิธีการเก็บรวบรวมสารสนเทศ การทบทวน การตรวจสอบ และการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ A6 การออกแบบและการวิเคราะห์การประเมินผล (Sound designs and analyses) การประเมินผลความมีเทคนิคการออกแบบที่เพียงพอ และมีการ วิเคราะห์ที่เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการประเมินผล A7 เหตุผลการประเมินผลชัดเจน (Explicit evaluation reasoning) การให้เหตุผลของการประเมินผลจากสารสนเทศและการวิเคราะห์ผล การค้นพบ ตีความ ข้อสรุป และการตัดสิน ควรจัดทำเอกสารที่ชัดเจนและสมบูรณ์ A8 การสื่อสาร และการรายงานการประเมินผล (Communication and reporting) การสื่อสารของการประเมินผล ความมีขอบเขตเพียงพอ และป้องกันความเข้าใจผิด อดีต ความบิดเบือน และข้อผิดพลาด

5. มาตรฐานด้านความรับผิดชอบต่อการประเมินผล (Evaluation accountability standards) มาตรฐานความรับผิดชอบต่อการประเมินผล ส่งเสริมให้มีเอกสารของการ ประเมินผลที่เพียงพอ และการประเมินอภิมาเนที่มุ่งเน้นการพัฒนา ตลอดจนความรับผิดชอบต่อ กระบวนการประเมินผลและผลลัพธ์ ประกอบด้วย E1 เอกสารการประเมินผล (Evaluation documentation) การประเมินผลต้องมีการจัดทำเอกสารอย่างสมบูรณ์แบบ เกี่ยวกับจุดมุ่งหมาย ของการเจรจาต่อรองและการออกแบบการดำเนินการ ขั้นตอน ข้อมูล และผลลัพธ์ E2 การประเมิน

อภิมานภายใน (Internal metaevaluation) ผู้ประเมินควรใช้มาตราฐานต่างๆ ในการตรวจสอบความรับผิดชอบของการออกแบบการประเมินผล ขั้นตอนที่ใช้ สารสนเทศที่ถูกเก็บรวบรวม และผลลัพธ์ E3 การประเมินอภิมานภายนอก (External metaevaluation) ผู้ให้การสนับสนุนการประเมินผลโปรแกรม ลูกค้า ผู้ประเมิน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ควรส่งเสริมให้มีการดำเนินงานของการประเมินอภิมานภายนอกโดยใช้มาตราฐานต่างๆ

จากที่กล่าวมาเมื่อพิจารณารายละเอียดของมาตราฐานการประเมินผลทั้งในปี ค.ศ. 1994 และปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีตัวชี้วัดที่กล่าวถึงความตรงเพียง 1 ตัวชี้วัดคือ “สารสนเทศมีความถูกต้องแม่นยำ (Valid information)” ด้วยเหตุที่สารสนเทศ (Information) เป็นผลลัพธ์ของการประเมินผล การจัดดำเนินการ และการเข้ามาประเททข้อมูล โดยการรวมความรู้เข้าไปต่อผู้รับสารสนเทศนั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า สารสนเทศหมายถึงข้อมูลที่ผ่านการเลือกสรรให้เหมาะสมกับการใช้งานให้ทันเวลา และอยู่ในรูปที่ใช้ได้ สารสนเทศที่ดีต้องมาจากข้อมูลที่ดี การจัดเก็บข้อมูลและสารสนเทศจะต้องมีการควบคุมดูแลเป็นอย่างดี (วิกิพีเดีย, 2557) อย่าง สารสนเทศมีความสำคัญ ในสังคมยุคปัจจุบันมาก หากสังคมได้รับสารสนเทศที่ดีก็จะได้รับสิ่งที่เชื่อถือได้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการตัดสินใจและการวางแผนหรือการทำงานได้ เนื่องจากสารสนเทศที่ดีเป็นข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบว่าถูกต้องหรือเท็จ เราก็สามารถได้รับข้อมูลที่ถูกต้องหรือผิดได้ (วิกิพีเดีย, 2557) ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเพิ่มความตรงให้แก่สารสนเทศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สารสนเทศของการประเมินผล

แนวคิดความตรงของการประเมินผล

ความหมายความตรงของการประเมินผล

นักวิชาการไทยและต่างประเทศให้ความหมายความตรง (Validity) ไว้หลากหลาย โดยในเชิงการวัดผลมุ่งเน้นไปที่คุณลักษณะที่ดีของแบบวัดที่ต้องมีความตรง อาทิเช่น อุทัยพิพิร์ เจียรวรรณกุล (2556) ให้ความหมายความตรง (Validity) หมายถึง ความสามารถของแบบวัด ที่จะสามารถวัดได้ถูกต้องตามคุณสมบัติของสิ่งที่จะวัด หรือความสามารถที่จะวัดได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการวัด แนวคิดของนักวิชาการท่านนี้สอดคล้องกับ สุรพลด เศรษฐบุตร (2556) ที่กล่าวว่า ความเที่ยงตรง (Validity) คือ ข้อมูลทั้งหลายสามารถให้ภาพถูกต้อง นั้นคือ เป็นความสำคัญของสิ่งที่ต้องการจะวัดและประเมินผล จะเห็นได้ว่านักวิชาการทั้ง 2 ท่านดังกล่าวให้ความหมายของความตรงในแง่มุมของความถูกต้อง “ไม่ว่าจะเป็นความถูกต้องตามคุณสมบัติของสิ่งที่จะวัด และความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการวัด ซึ่งเมื่อนำเครื่องมือที่มีความตรงไปวัดแล้วก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง

ความตรงยังมีความหมายที่หมายถึงความจริงและความถูกต้องแม่นยำ ทั้งนี้ Hughes, et al. (2008, p. 11) ได้กล่าวถึงความตรงว่า ความตรงเป็นความจริงของการวัด (Validity is the truth of a measure) เครื่องมือที่มีความตรงจะต้องวัดในสิ่งที่ตั้งใจหรือเจตนาที่จะวัด ในขณะที่ Bamberger, et al. (2006) กล่าวว่า ความตรงคล้ายกับความถูกต้องแม่นยำ (Accuracy) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมินว่าข้อมูลที่ปรากฏอยู่นั้นเพียงพอและถูกต้องแม่นยำหรือไม่

ในส่วนของการประเมินผลที่ต้องมีการตัดสินและให้คุณค่าสิ่งที่ประเมิน ได้ดำเนินถึงความตรงของการประเมินผลเข้าเดียวกับการวัดผลและการวิจัย โดย Messick (1989, p. 13 as cited in Fast, & Hebbler, 2004, p.9) ให้ความหมายความตรงไว้ว่า ความตรงเป็นการตัดสินการประเมินแบบบูรณาการ เกี่ยวกับระดับของสิ่งที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการสนับสนุนเหตุผลเชิงทฤษฎีที่เพียงพอและเหมาะสมในการสรุปอ้างอิงและการกระทำที่อยู่บนพื้นฐานของคะแนน การทดสอบหรือประเภทต่างๆ ของการประเมิน

คณะกรรมการร่วมพัฒนามาตรฐานการประเมินผลทางการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (1999, p.3 as cited in Fast, & Hebbler, 2004, p.15) กล่าวว่า ความตรงของการประเมินผล เป็นการตรวจสอบอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณค่าภายใน (Merit) หรือคุณค่าภายนอก (Worth) ของสิ่งที่ประเมิน โดยพิจารณาถึงกระบวนการที่มีระเบียบวิธีที่ระบุถึงคำนิยามของปัญหา การออกแบบการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผล

Chen, et al. (2011, p. 7) กล่าวถึงความหมายความตรงใน 2 ประเด็นคือ 1) ความตรง เป็นความถูกต้องแม่นยำของการสรุปอ้างอิง (Accuracy of an inference) เช่น ถ้าการประเมิน มีการสรุปว่า การเข้าเรียนแต่เนี่ยๆ ช่วยเพิ่มความพร้อมในการเรียนที่โรงเรียนอย่างมาก จริงหรือไม่ ที่การสรุปดังกล่าวันนั้น นำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์บันโลงนี้ (แต่ก็ไม่ได้เป็นที่รู้จักกันโดยตรง?) 2) ความตรง เป็นคุณสมบัติของวิธีการหรือการออกแบบงานวิจัย (Property of method/research design) เช่น ถ้ามีการทดลองแบบสุ่มมาเพื่อหาความตรงภายใน (Internal validity) หากที่สุด ดังนั้น การประเมินการทดลองที่มีวิธีการดำเนินการที่รวมด้วย ก็ย่อมมีความตรงภายในสูงด้วย

Shadish, et al. (2002 as cited in House, 2011, p. 73) ให้ความหมายความตรงว่า เป็นความจริงในการสรุปอ้างอิงโดยประมาณ (The approximate truth of an inference) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House (2011, p. 73) ที่ว่า ความตรงเป็นการตัดสินในนัยทั่วไป (Determined generally) โดยความตรงเชิงการตัดสิน (Determining validity) ต้องการการประเมิน ศึกษาด้วยตัวเอง ประกอบด้วยข้อโต้แย้งเกี่ยวกับข้อมูลที่ irony ยกันทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ทั้งแบบที่ว่าไปและเฉพาะเจาะจง (House, 1977 as cited in House, 2011, p. 73) ส่วน Cronbach (1989 as cited in House, 2011, p. 73) มีแนวคิดที่สอดคล้องเช่นกันคือ มีแนวคิดความตรงที่อยู่บนฐานของการตัดสินว่าให้ความรู้สึกจริงจังดูสมเหตุสมผล (Make sense) หรือไม่

จากที่กล่าวมาสรุปความหมายของความตรงได้ว่า ความตรงเป็นความจริงของการวัดโดยมีความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการวัด ตลอดจนความถูกต้องตามคุณสมบัติของสิ่งที่ตั้งใจวัดซึ่งเมื่อนำเครื่องมือที่มีความตรงไปวัดแล้วก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำ และเพียงพอ ส่วนความตรงของการประเมินผล เป็นการตัดสินการประเมินแบบบูรณาการเกี่ยวกับระดับของสิ่งที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าให้ความรู้สึกจริงจังดูสมเหตุสมผล (Make sense) นำเข้าถือหรือไม่ และมีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณค่าภายใน (Merit) หรือคุณค่าภายนอก (Worth) ของสิ่งที่ประเมิน โดยพิจารณาถึงกระบวนการที่มีระเบียบวิธี มีการระบุถึงคำนิยามของปัญหา การออกแบบการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผล ตลอดจน มีการตัดสินในนัยทั่วไป และมีการสรุปอ้างอิงด้วยเหตุผลเชิงทฤษฎีที่เป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุม

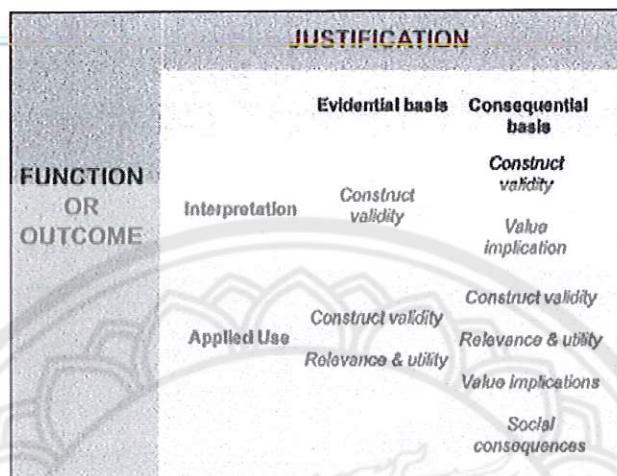
ความสำคัญของความตรงต่อการประเมินผล

มีข้อถกเถียงเกี่ยวกับการสรุปอ้างอิงเชิงนัยทั่วไปของการประเมินผล และเกิดคำถามที่ว่า ผู้ประเมินและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะใช้ข้อมูลสารสนเทศของการประเมินผลได้อย่างไร ดังนั้น หากคิดว่าการประเมินนั้นมีความตรง (Validity) ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประเมินความตรง ของการประเมินผล ทั้งนี้ ความตรงในบริบทของการประเมินผลได้ถูกทำให้เห็นในฐานะที่เป็น ตัวเลือกของพัฒนาการประเมินผล (Evaluation Café Brooks Applegate, 2012) ด้วยเหตุนี้ ความตรงจึงมีความสำคัญต่อการประเมินผล ซึ่ง Gargani, & Donaldson (2011, pp. 26-27) กล่าวว่าความตรงมีความสำคัญ เพราะว่าช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความแม่นยำในการจัดการ และทำนายถึงการได้ผลในอนาคตของโปรแกรม อันจะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติที่เกิดผล

ลักษณะและระดับของความตรง

ความตรงมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ซึ่ง Cizek (2013) ได้สรุปลักษณะของความตรงตาม แนวคิดของนักวิชาการต่างๆ ดังนี้ 1) ความตรงเป็นการสรุปอ้างอิงคะแนน 2) ความตรงไม่ใช่ คุณลักษณะของวิธีที่ใช้ในการทดสอบ 3) ความตรงเป็นความคิดรวบยอดที่เป็นหนึ่งเดียวคือ ความตรงทั้งหมดเป็นความตรงเชิงโครงสร้าง 4) ความตรงเป็นสิ่งที่ต้องทำให้มีระดับที่มีความต่อเนื่อง 5) การตรวจสอบความตรง (Validation) ต้องมีการรวมและประเมินผลหลักฐานที่สรุปอ้างอิง คะแนนทดสอบซึ่งวางแผนเอาไว้ 6) การตรวจสอบความตรงเป็นความพยายามดำเนินการอย่าง ไม่มีที่สิ้นสุด นอกจากนี้ Laurie (2013) ได้นำเสนอแนะของใหม่ของความตรงซึ่งสอดคล้องกับ

แนวคิดของ Cizek (2013) ดังเช่น 1) ความตรงไม่ใช่ส่วนของเครื่องมือ 2) ความตรงเป็นส่วนของ การสรุปอ้างอิงที่เกิดจากผล (Results) 3) ความตรงเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับบริบท ฯลฯ ดังภาพ 14



ภาพ 14 มุมมองใหม่ของความตรง

ที่มา: Laurie, 2013

อีกหนึ่ง ความตรงมีความแตกต่างจากความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) และการสรุป อ้างอิงเชิงนัยทั่วไป (Generalizability) โดย สุรพล เศรษฐบุตร (2556) กล่าวว่า ความเที่ยงตรง (Validity) คือ ข้อมูลทั้งหลายสามารถให้ภาพถูกต้อง ในขณะที่ความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) คือ ถ้าหากทำการวัดหรือประเมินผลครั้งใดๆ ก็ตาม โดยที่อยู่ภายใต้สภาพการณ์และเงื่อนไข สิ่งแวดล้อมเหมือนๆ กันแล้ว ก็ย่อมจะต้องได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกันเสมอไป ส่วนการสรุปอ้างอิงเชิง นัยทั่วไป (Generalizability) เกี่ยวกับผลลัพธ์ต่างๆ ว่าใช้ได้เพียงใด จะต้องสามารถตอบคำถาม ในลักษณะที่โครงการนี้จะสามารถนำไปปฏิบัติในสถานที่อื่นๆ ได้อย่างไร

ในส่วนของระดับของความตรง (Level of validity evidence) Winke (2011, pp. 631-633) กล่าวว่า ความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) เป็นองค์ประกอบหลักของความตรง (Validity) การทดสอบไม่สามารถที่จะมีความตรงได้ถ้าไม่มีความเที่ยง แต่การทดสอบสามารถมีความเที่ยงได้ โดยไม่มีความตรง ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะว่ามีกระบวนการตรวจสอบการทดสอบและการวัด ที่แตกต่างกัน การทดสอบที่มีความตรงจะต้องพิจารณาถึงความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) และความตรงเชิงผลลัพธ์เนื่อง (Consequence validity) ซึ่งความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เป็นการทดสอบที่มีความสอดคล้องกับ

การทดสอบอื่น ๆ ที่วัดทักษะหรือความรู้เดียวกัน (Chapelle, 1999 as cited in Winke, 2011, p. 632) ส่วนความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) เป็นการทดสอบการทำนายผลการดำเนินงานในภายหลังหรือการพัฒนาทักษะ (Chapelle, 1999 as cited in Winke, 2011, p. 632) ทั้งความตรงตามสภาพและความตรงเชิงทำนายสามารถวัดด้วยวิธีการเชิงปริมาณ นอกจากนี้ ความตรงยังรวมถึงการทดสอบผลที่ตามมา (Test consequences) (Bachman, 1990, pp. 637-238, 242 ; Messick, 1989 as cited in Winke, 2011, p. 633) ซึ่งก็คือความตรงเชิงผลสืบเนื่อง (Consequence validity) ที่สามารถวัดด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ

แหล่งข้อมูลที่เป็นหลักฐานของความตรงด้วยเหตุที่ความตรงโครงสร้างเป็นภาพรวมของความตรง ดังนั้น แหล่งข้อมูลที่เป็นหลักฐานของความตรงเชิงโครงสร้างจึงมีหลายแหล่ง (Messick, 1989 as cited in Cook, & Beckman, 2006, p. 166.e10) ได้แก่ 1) เนื้อหา (Content) 2) กระบวนการของการตอบสนอง (Response process) 3) โครงสร้างภายใน (Internal structure) 4) ความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่น (Relations to other variables) และ 5) ผลที่ตามมา (Consequences) ยกตัวอย่างแหล่งข้อมูลที่เป็นหลักฐานของความตรงในงานของ Shriver, Anderson, & Proctor (2001, p. 181) ที่ได้ทำการประเมินความตรงของการประเมินพฤติกรรมการทำงาน โดยกล่าวถึงการประเมินพฤติกรรมการทำงาน (Functional Behavior Assessment, FBA) ว่า เป็นกระบวนการตรวจสอบ ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในเชิงเหตุและผล กล่าวคือ ตัวแปรหนึ่งมีผลต่อตัวแปรอื่นๆ ด้วยเหตุนี้จึงใช้ในการออกแบบสิ่งแทรกแซง (Intervention) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังแสดงในตาราง 4 (Shriver, Anderson, & Proctor, 2001, p. 185)

ตาราง 4 มาตรฐานสำหรับการประเมินความตรงของการประเมินพฤติกรรมการทำงาน

มาตรฐานสำหรับการประเมินความตรงของการประเมินพฤติกรรมการทำงาน

(Standards for evaluating the validity of a functional behavior assessment)

- | | |
|-------------------|---|
| เนื้อหา (Content) | <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลได้ช่วยในการเลือกและการปฏิบัติการตามเป้าหมายพฤติกรรม การแข่งขันหรือการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่? 2. การประเมินผลตัวอย่างที่หลากหลายของเหตุการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมนำไปสู่ ความสัมพันธ์ของการทำงานหรือไม่? สามารถมองรับได้ว่าการประเมินผลนั้นมีได้ เฉพาะจังเกินไปหรือไม่? 3. ตัวอย่างของเหตุการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับสถานที่ที่มีการ ประเมินผลหรือไม่? |
|-------------------|---|

ตาราง 4 (ต่อ)

มาตรฐานสำหรับการประเมินความต้องของการประเมินพฤติกรรมการทำงาน (Standards for evaluating the validity of a functional behavior assessment)	
กระบวนการ (Process)	<p>4. มีการกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม และตัวแปรตัวอย่างของเหตุการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมที่แต่ละบุคคลมักจะอยู่ในสถานที่ที่มีการประเมินผลเกิดขึ้น และ ตัวแปรเหล่านั้นมีความน่าจะเป็นมากที่สุดในความสัมพันธ์ของการทำงานหรือไม่?</p> <p>5. มีการระบุถึงการประเมินผลความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่จะนำไปสู่ความมี ประสิทธิภาพของการจัดทำ (Treatment) หรือไม่?</p>
การสะท้อนกลับ ความสัมพันธ์ของ การทำงานในสิ่ง ตีพิมพ์เชิงประจำปี (Functional relation reflective of empirical literature)	<p>6. มีข้อมูลเชิงประจำปีที่แสดงให้เห็นถึงการมีอثرและความตรงเชิงการจัดทำ</p> <p>(Treatment validity) ของความสัมพันธ์ของการทำงานที่ได้รับการประเมินผล โดยการวัดหรือตามขั้นตอนการปฏิบัติหรือไม่?</p>
ความเชื่อมั่น/ ความเที่ยงและ การสรุปอ้างอิง เชิงนัยทั่วไป (Reliability and generalizability)	<p>7. มีหลักฐานเอกสารที่บ่งบอกว่ามีความเที่ยงของการวัดทั้งความคงที่ภายใน (Internal), การทดสอบซ้ำ (Test-retest) และความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) หรือมีขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทและกรอบเวลาซึ่งคาดว่าจะ ใช้ในการประเมินผลหรือไม่?</p> <p>8. มีหลักฐานเอกสารที่สรุปอ้างอิงเชิงนัยทั่วไป (Generalizability) ผลลัพธ์ การประเมินเกี่ยวกับคะแนน, พฤติกรรม, เวลา, สถานที่, วิธีการประเมินผล และมิติ ที่เหมาะสมกับบริบทและกรอบเวลาในการประเมินผลนั้นหรือไม่?</p>
ความสอดคล้องกับ ตัวเปรียทานอก (Convergent correspondence with external variables)	<p>9. มีหลักฐานเอกสารที่บ่งบอกถึงความถูกต้องแม่นยำของการวัดใหม่? ตัวอย่าง เช่น มีผลลัพธ์การวัดที่ถูกเปรียบเทียบกับผลลัพธ์การออกแบบการทดสอบเรื่องเดียว (การวิเคราะห์พฤติกรรมการทำงาน) หรือมีผลลัพธ์การวัดที่ถูกเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ การวัดที่แสดงถึงความถูกต้องแม่นยำหรือไม่?</p>
ผลที่ตามมา (Consequences)	<p>10. มีหลักฐานเอกสารที่บ่งบอกถึงความตรงเชิงการจัดทำ (Treatment validity) ของข้อมูลการประเมินผลหรือไม่?</p> <p>11. มีหลักฐานเอกสารที่บ่งบอกถึงความตรงเชิงสังคม (Social validity) ของข้อมูล การประเมินผลหรือไม่?</p>

รูปแบบความต้องการประเมินผล

รูปแบบความต้องการมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบความต้องของ Campbell (Campbellian typology) ที่มีพัฒนาการมานานกว่า 50 ปี และเป็นรากฐานความต้องในปัจจุบัน รูปแบบความต้องของ Campbell แบ่งเป็น 3 รุ่นคือ รุ่นแรก Campbell, & Stanley (1963 as cited in Chen, Donaldson, & Mark, 2011, p.8) ได้แบ่งความต้องออกเป็น 2 ชนิดคือ ความต้องภายใน (Internal validity) และความต้องภายนอก (External validity) ซึ่งยังคงใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน โดย Campbell, & Stanley (1963 as cited in Mark, 2011, p. 32) มองว่าความต้องภายในเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งถ้าไม่มีการทดลองก็จะไม่สามารถแปลความหมายที่ว่า : “การจัดกระทำในการทดลองที่เป็นจริง จะทำให้เกิดความแตกต่างในการทดลองที่เราจะสนใจไหม?” แต่สำหรับความต้องภายนอกจะต้องก้ามโดยมุ่งไปที่ “การตอบคำถามของการสรุปอ้างอิงว่า : สิ่งที่สรุปอ้างอิงนั้น มีในประชากรใด สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลใด ตัวแปรของการจัดกระทำใด และตัวแปรของการวัดใด?”

รุ่นที่สอง Cook, & Campbell (1979 as cited in Chen, Donaldson, & Mark, 2011, p.8) แบ่งความต้องภายในและภายนอกแยกออกจากกันเป็นอย่างละ 2 ชนิด โดยความต้องภายในประกอบด้วย ความต้องเชิงสถิติ (Statistical conclusion validity) และความต้องภายในในส่วนความต้องภายนอกประกอบด้วยความต้องเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความต้องภายนอก ความต้องเชิงโครงสร้างมุ่งไปที่การจัดกระทำ (Treatment) และผลลัพธ์ (Outcome) (เช่น กำหนดให้โปรแกรมเป็นเรื่องของการบำบัดโดยปรับพฤติกรรมและการรักษา ผลลัพธ์จะเป็นความซึ่มเคร้าที่สามารถวัดได้) ส่วนความต้องภายนอกสัมพันธ์กับการสรุปอ้างอิงในความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุ/เป็นเหตุเป็นผล ในประเด็นประชากรของบุคคล (Populations of persons) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล (Setting) และเวลา (Times) (Cook, & Campbell, 1979 as cited in Mark, 2011, p. 32)

รุ่นที่สามคือรุ่นปัจจุบัน Shadish, et al. (2002 as cited in Chen, et al., 2011, p.8) แบ่งความต้องออกเป็น 4 ชนิดเหมือนกับ Cook, & Campbell (1979 as cited in Chen, et al., 2011, p. 8) โดย Shadish, Cook, & Campbell (2002 as cited in Mark, 2011, p. 32) ให้คำจำกัดความที่คล้ายกันของความต้องภายในและความต้องเชิงสถิติ ส่วนความต้องเชิงโครงสร้าง ได้อ้างอิงถึงโครงสร้างในระดับที่สูงกว่า แสดงรายละเอียดต่างๆ ตัวอย่างที่เข้าร่วม ความต้องภายนอก อ้างอิงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในความผันแปรของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ บุคคล (Persons) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล (Setting) การจัดกระทำ (Treatments) และการวัด (Measurement)

นอกจากนี้ Shadish, et al. (2002 as cited in Mark, 2011, p. 33) ได้นำความต้องทั้งสองชนิดไปประยุกต์ใช้ในการอ้างอิง (การจัดกระทำ ผลลัพธ์ บุคคล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และเวลา) โดยความต้องเชิงโครงสร้างจะเป็นตัวชี้นำหรือการอ้างอิงที่แคนกว่า พร้อมนาถึงองค์ประกอบที่กว้างไว้ก่อนหน้านั้น (สามารถพิจารณาแยกออกจากผลของการจัดกระทำ) ส่วนความต้องภายในออกเป็นการวางแผนข้อกำหนดที่กว้างกว่า เกี่ยวข้องสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ผู้มี prerfan ความแตกต่างในตัวบุคคล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล เวลา การจัดกระทำ หรือผลลัพธ์

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของ Gargani, & Donaldson (2011, pp. 20-21) เห็นว่าความต้องภายในนอกจากมีความหมายมากไปกว่าการสรุปอ้างอิง โดยมีข้อจำกัดในการสรุปว่า โปรแกรมที่จัดภายใต้สถานการณ์คล้ายกันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คล้ายกัน ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้เป็นไปตามการทำนาย จะต้องมีการพัฒนาและคำนึงถึงผลของการประเมินใน 3 สิ่งร่วมกันคือ 1) เป็นสิ่งที่เขื้อนถือได้ 2) สะท้อนให้เห็นถึงผลของการประเมินในอดีต 3) ทำนายอนาคตของโปรแกรม

ในส่วนของประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบความต้องภายในและความต้องภายนอกมาใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพการประเมินผล โดย วิชัย วงศ์ไหญ (2549) กล่าวว่า ผลการประเมินควรมีการตรวจสอบกับเกณฑ์ความเที่ยงตรงภายในและความเที่ยงตรงภายนอก (Internal and external validity) โดยความเที่ยงตรงภายใน (Internal validity) เป็นการออกแบบรายการประเมินทำให้ได้ข้อมูลตรงตามความต้องการ ส่วนความเที่ยงตรงภายนอก (External validity) คือผลการประเมินสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ สรุปได้กว้างขวางเพียงไร

เช่นเดียวกับศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ คณะกรรมการคุรุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (2556) "ได้กล่าวถึงความต้องที่ใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาในการออกแบบการประเมิน ที่ต้องคำนึงถึงเช่นเดียวกับการออกแบบการวิจัย "ได้แก่ 1) ความต้องภายใน (Internal validity) หมายถึง ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตัวแปรตามเป็นผลมาจากการตัวแปรอิสระที่ทางการศึกษา ในกรณีนี้คือการเปลี่ยนแปลงหรือผลที่เกิดขึ้นจากการ เป็นผลมาจากการองค์กรและการดำเนินโครงการที่ต้องการประเมินนั้นเอง ทำให้ผู้ประเมินต้องควบคุมตัวแปรทางชั้นและตัวแปรสอดแทรกที่มีผลต่อตัวแปรตามให้ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังต้องมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล แปลความหมาย และสรุปผลที่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงจะทำให้งานประเมินมีความต้องภายใน 2) ความต้องภายนอก (External validity) หมายถึง ลักษณะของการสรุปผลไปยังกลุ่มเป้าหมายได้ การที่ผู้ประเมินสามารถสรุปผลการประเมินไปยังกลุ่มเป้าหมาย ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายของโครงการได้ แสดงว่าการประเมินมีความต้องภายนอกแต่ความต้องภายนอกของการประเมินจะต่างจากความต้องภายนอกของการวิจัยตรงที่ไม่สามารถ

สรุปอ้างอิงไปยังโครงการอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ ทั้งนี้ เพราะแต่ละโครงการจะมีบริบทและความสำคัญของโครงการแตกต่างกันออกไป

นอกจากความต้องภายใน ความต้องในการสรุปเชิงสถิติ ความต้องภายนอก และความต้องเชิงโครงสร้าง ยังมีรูปแบบความต้องอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งในมุมมองของนักวิชาการไทย อาทิ เช่น ศิริชัย กาญจนวاسي (2552, หน้า 103-104) ได้แบ่งความต้องเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) ความต้องตามเนื้อเรื่อง (Content validity) เป็นความสามารถในการวัดกลุ่มตัวอย่างเนื่องเรื่องวัดได้ครอบคลุม และเป็นตัวแทนของมวลเนื้อเรื่องหรือประสบการณ์ที่มุ่งวัด 2) ความต้องตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-related validity) เป็นความสามารถในการวัดลักษณะที่สนใจได้สอดคล้องกับเกณฑ์ภายนอก แบ่งย่อยเป็น 2 ชนิด คือ 2.1) ความต้องตามสภาพหรือวั่นสมัย (Concurrent validity) เป็นความสามารถในการวัดลักษณะที่สนใจได้ตรงตามสมรรถนะของสิ่งนั้นในสภาพปัจจุบัน 2.2) ความต้องเชิงทำนาย (Predictive validity) เป็นความสามารถในการวัดลักษณะที่สนใจได้ตรงตามสมรรถนะของสิ่งนั้นที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และ 3) ความต้องเชิงทฤษฎีหรือโครงสร้าง (Construct validity) เป็นความสามารถในการวัดลักษณะที่มุ่งวัด โดยผลการวัดมีความสอดคล้องกับโครงสร้างและความหมายทางทฤษฎีของลักษณะที่มุ่งวัดนั้น

รุ่งรัตน์ ชัยสำเร็จ (2557) ได้แบ่งความต้องเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) ความต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) เป็นความสามารถในการวัดเนื้อหาสาระหรือแนวคิดหลักที่ต้องการศึกษาให้ตรงตามนั้น 3) ความต้องเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เป็นความสามารถในการวัดข้อความคิด (Concept) ของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน 3) ความต้องเชิงหลักเกณฑ์ (Criteria validity) แบ่งย่อยเป็น 2 ชนิด คือ 3.1) ความต้องตามสภาพหรือวั่นสมัย (Concurrent validity) เป็นความสามารถในการวัดที่เป็นมาตรฐานซึ่งมีอยู่แล้วในเวลาเดียวกัน 3.2) ความต้องเชิงทำนาย (Predictive validity) เป็นความสามารถในการวัดที่ตรงกับเกณฑ์ซึ่งสามารถคาดคะเนได้ 4) ความต้องเฉพาะหน้า (Face validity or space validity) เป็นการวัดสิ่งที่ต้องการวัดอย่างแท้จริง หรือสามารถวัดโดยแห่งความเป็นจริงได้สอดคล้องตรงตามนิยามทางทฤษฎี

ในขณะที่ อุทัยพิพิธ เจียรวรรณ์กุล (2556) แบ่งความต้องเป็น 6 ชนิด คือ 1) ความต้องตามโครงสร้าง (Construct validity) เป็นความสามารถในการวัดได้ตรงตามความคิดรวบยอด (Concept/construct) ที่ต้องการจะวัด 2) ความต้องตามเนื้อหา (Content validity) เป็นความสามารถในการวัดได้ครอบคลุมตามเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ ทั้งในด้านรวมและด้านย่อย (ถ้ามี) 3) ความต้องเชิงพยากรณ์ (Predictive validity) เป็นความสามารถที่เครื่องมือนี้ วัดสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ 4) ความต้องเชิงสอดคล้อง (Convergent validity) เป็นความสามารถของเครื่องมือวัดหลายชนิด

ที่วัดตัวแปรเดียวกัน "ได้ผลใกล้เคียงกัน 5) ความตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) เป็นความสามารถที่เครื่องมือนี้ วัดได้ผลแตกต่างกับเครื่องมืออื่นที่วัดในตัวแปรที่ต่างกันข้ามกัน 6) ความตรงตามกฎเกณฑ์ (Nomological validity) เป็นความสามารถที่เครื่องมือนี้วัดได้สัมพันธ์กับเครื่องมืออื่น ที่วัดในตัวแปรอื่นที่ควรสัมพันธ์กัน"

สำหรับนักวิชาการต่างประเทศ ได้แก่ Bamberger, et al. (2006) กล่าวถึงความตรงว่า มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับแนวคิดของความถูกต้องแม่นยำ สภาพแวดล้อมแท้จริงจะต้องถูกนำมาเสนอใน ข้อมูลของการประเมิน ในวิธีการเชิงปริมาณ ความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล ถูกกล่าวถึงด้วยคำว่า "ความตรงภายใน (Internal validity) หรือความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability)" ส่วนในวิธีการเชิง คุณภาพถูกกล่าวถึงด้วยคำว่า "ความตรงเชิงพรรณนา/บรรยาย (Descriptive validity) หรือความ น่าเชื่อถือ (Credibility)" ความตรงของผลการประเมินที่มีพื้นฐานอยู่บนข้อมูลถูกกล่าวถึงด้วยคำว่า "ความตรงเชิงประเมิน (Evaluative validity) หรือความตรงเชิงตีความ (Interpretive validity)" (เชิงคุณภาพ) และการนำไปประยุกต์ใช้ที่นอกเหนือกรอบของบริบทจะเป็นเรื่องของความตรงเชิง นัยทั่วไป ซึ่งก็คือการสรุปอ้างอิงเชิงนัยทั่วไป (Generalizability) (เชิงคุณภาพ) และความตรงภายนอก (External validity) (เชิงปริมาณ)

DePanfilis, & Ting (2001) สรุปลักษณะเด่นของความตรงแต่ละชนิด ดังนี้ 1) ความตรง เชิงเนื้อหา (Content validity) – มิติที่สำคัญ (Major dimensions) 2) ความตรงเชิงพิริจ (Face validity) - ปรากฏสิ่งที่เกี่ยวข้อง (Appear relevant) 3) ความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) - ทำนายคะแนนด้วยเครื่องมืออื่นๆ (Predict score on other instrument) 4) ความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) – ทำนายเหตุการณ์ในอนาคต (Predict future event) 5) ความตรงเชิงลู่เข้า/ ความตรงเชิงสอดคล้อง (Convergent validity) – วัดทุกแนวคิด (Measures all concepts) 6) ความตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) – "ไม่ได้วัดแนวคิดที่ไม่เกี่ยวข้อง (Does not measure irrelevant concepts)"

Peck, et al. (2012, pp. 352-354) ได้แบ่งความตรงในการวิจัยและการประเมินผลเป็น 4 ประเภทใหญ่ คือ ด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการตีความ ผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความตรงด้านการวัด (Measurement validity) ประกอบด้วย ความตรงเชิงพิริจ (Face validity), ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity), ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) (Conrad, & Conrad, 1994 as cited in Peck, et al., 2012, p. 352 ; Gaber, & Gaber, 2010 as cited in Peck, et al., 2012, p.352)

1.1 ความตระหนักรู้ (Face validity) หมายถึงการประเมินย้อนหลัง (Post facto assessment) ตามสิ่งที่ปรากฏโดยไม่คาดหวังในเหตุผลของรายละเอียด" (Gaber, & Gaber, 2010, p. 138 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353) นั้นคือ จะพิจารณาเฉพาะสิ่งที่ปรากฏว่าให้ความรู้สึกจริงดูสมเหตุสมผล (Make sense) หรือไม่ (Gaber, & Gaber, 2010, p. 139 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353)

1.2 ความตระหนักรู้เนื้อหา (Content validity) เกี่ยวข้องกับการเป็นตัวแทนหรือความเพียงพอของตัวอย่างเนื้อหาสาระตลอดจนหัวข้อของเครื่องมือวัด (Gaber, & Gaber, 2010, p. 139 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353)

1.3 ความตระหนักรู้โครงสร้าง (Construct validity) มักเรียกว่า "ความตระหนักรู้เชิงทฤษฎี (Theoretical validity)" จะตรวจสอบการเป็นตัวแทนของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ระบุไว้ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ที่รู้จักกันในการวิจัยอื่นที่คล้ายคลึงกัน (Gaber, & Gaber, 2010, p. 139 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353) อีกนัยหนึ่งของความตระหนักรู้โครงสร้างคือ ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการวัดหรือการดำเนินงานกับตัวแปรหรือโครงสร้างตามทฤษฎี (Chen, & Rossi, 1987, p. 99 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353)

1.4 ความตระหนักรู้ทำนาย (Predictive validity) เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้โครงสร้าง (Construct validity) หมายถึง การวัดความสัมพันธ์ทางสถิติ ซึ่งแสดงความสอดคล้องระหว่างผลการทดสอบกับเกณฑ์ภายนอก (Kvale, 1995, p. 22 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353)

Peck, et al. (2012, p. 353) ใช้ความตระหนักรู้เนื้อหา (Content validity) ในการจัดประเภทความตระหนักรู้ที่เกี่ยวข้องกับการวัด และสะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบของสิ่งที่ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p.353) เรียกว่า "ความจริง (Truth)"

2. ความตระหนักการออกแบบ (Design validity) ในการประเมินผล "ได้แก่ ความตระหนายใน (Internal validity) หมายถึง ความสามารถของการออกแบบการประเมินผลเพื่อสนับสนุนการอนุมานเชิงสาเหตุ (Causal inference) และความตระหนักรู้สถิติ (Statistical conclusion validity) สำรวจความตระหนักรู้ภายนอก (External validity) หมายถึง การสรุปข้างต้นเชิงนัยทั่วไป (Generalizability) ของผลการประเมินไปสู่ประชากรขนาดใหญ่ สถานที่ และการจัดกระทำ (Treatments) ความตระหนักรู้ที่พัฒนามาจากแนวคิดดังเดิมทางสถิติและจิตวิทยา (Psychometric) (Mark, 1986 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353) ซึ่งถูกกล่าวถึงในแต่ "ความจริง (Truth)" ของผลการประเมิน

Peck, et al. (2012, p. 353) ใช้ความตรงด้านการวัด (Measurement validity) และความตรงด้านการออกแบบ (Design validity) อธิบายประเด็นความจริง (Truth) ตามมาตรฐาน การประเมินผลของ House

3. ความตรงด้านการตีความ (Interpretation validity) Kvale (1995 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353) กล่าวว่า ความตรงไม่จำกัดอยู่ที่คุณภาพการวัดและความแกร่งของการออกแบบ การประเมินผล แต่ยังรวมถึงการตีความของผลการประเมิน การประเมินผลที่เน้นการตีความผล อาจเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับผลลัพธ์ เมื่อจะไม่ใช่เชิงปรินาณ แนวทาง การประเมินผลเชิงคุณภาพจึงมีแนวโน้มที่จะพิจารณาปัญหาการตีความเหล่านี้ ความตรงเชิง ตีความมี 2 ชนิด คือ ความตรงเชิงผลลัพธ์เนื่อง (Consequential validity) และความตรงเชิงสื่อสาร (Communicative validity)

3.1 ความตรงเชิงผลลัพธ์เนื่อง (Consequential validity) เป็นการตรวจสอบความหมาย ทางสังคมของข้อค้นพบของการประเมินผล (Kane, 2006 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) ทั้งที่เป็นความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของการวัดและประเมินผล ความตรงชนิดนี้เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดความสมดุลและแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งเรื่องผลประโยชน์ต่างๆ ความคิดเห็น และ คุณค่าของการประเมินผล (Brandon, Lindberg, & Wang, 1993 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354 ; House, 1993 as cited in Peck, et al., 2012, p.354)

3.2 ความตรงเชิงสื่อสาร (Communicative validity) หมายถึง ความตรงของข้ออ้าง ความรู้ในการสนทนากับความเป็นจริงทางสังคม ประเด็นที่ว่าอะไรคือการสังเกตที่ถูกต้องนั้น จะตัดสินด้วยข้อโต้แย้งของผู้ที่เข้าร่วมอยู่ในวงกรอบนั้น (Kvale, 1995, p. 30 as cited in Peck, et al., 2012, p.354) ความตรงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในลักษณะนี้คล้ายกับขั้นตอนการพิจารณา คดีในศาล ความตรงของการตีความทั้ง 2 ชนิด เป็นตัวแทนด้านมาตรฐานความงาม (Beauty) ตามแนวคิดของ House

4. ด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) Kvale (1995 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) ชี้ให้เห็นว่าความตรงสามารถอ้างถึงการใช้ผลการประเมิน ในขณะที่สาขาวิชานั้น ๆ ของการวิจัย อาจจะไม่สนใจในการใช้ผลการประเมินผลมากนัก การประยุกต์ใช้ในการประเมินผลและ การเปลี่ยนแปลงในพิษทางที่ทำให้เพิ่มขึ้น (Patton, 1997 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) นั้นเป็นความตรงเชิงปฏิบัติ (Pragmatic validity) ซึ่งเน้นความรู้ว่าเป็นการกระทำ ในขณะที่ ความตรงเชิงสื่อสาร เป็นมิติของความงาม ความตรงเชิงปฏิบัติ อยู่ในความรู้สึกที่แท้จริง “ที่จะทำให้ เป็นจริง” (Kvale, 1995, p. 32 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) ความตรงเชิงปฏิบัติ

มี 2 ประเด็นที่คำนึงถึงคือ (1) "ไม่ว่าข้อความรู้จะมาพร้อมกับการกระทำ" และ (2) "ไม่ว่าจะกระทุ้น การเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ" (Kvale, 1995, p. 34 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) ในแนวทางปฏิบัติ "ความจริงเป็นสิ่งที่ช่วยให้เวลาดำเนินการที่จะให้ผลลัพธ์ที่ต้องการ" (Kvale, 1995, p. 35 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) ความตรงเชิงปฏิบัติเป็นศูนย์รวม ของความยุติธรรมที่เป็นมาตรฐานสำหรับการประเมินผล : เพื่อนำผลที่ต้องการให้สังคมสำหรับ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือสำหรับผู้ปฏิบัติงานเอง

Peck, et al. (2012, p. 354) ได้จัดกลุ่มความตรงเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ความตรง ด้านการวัดหรือการออกแบบการประเมินผล (ความจริง), ความตรงด้านการตีความเรื่องราวสิ่งใดๆ และสังคม (ความงาม), และความตรงด้านการใช้ผลการประเมิน (ความยุติธรรม) โดยยุบรวมความ ตรงเชิงพินิจ (Face validity), ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) เป็นความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ที่ tribunek ถึงความถูกต้องในการ วัดโครงสร้าง (ตาราง 5 และภาพ 15) โดยตาราง 5 ได้สรุปให้เห็นถึงการจัดประเภทความตรงตาม แนวคิดความจริง ความงาม และความยุติธรรมของ House

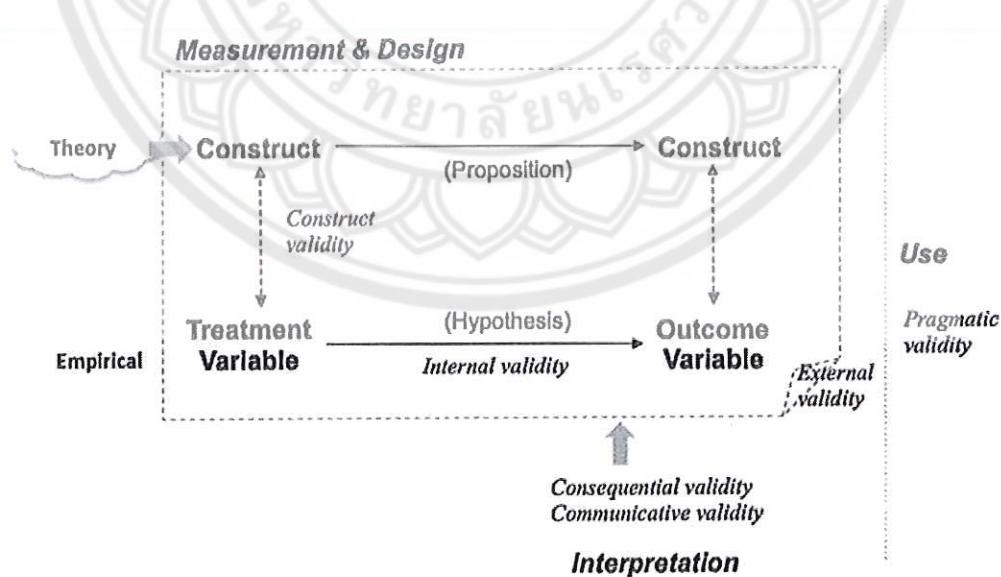
ตาราง 5 การจัดประเภทความตรงตามแนวคิดของ House

รายการ (Category)	ความตรง (Validity)	นิยาม (Definition)	House
การวัด (Measurement)	เชิงเนื้อหา (Content)	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวแปรที่วัดแสดงให้เห็นถึงทฤษฎี (Variable as measured represents theory) - เกี่ยวข้องกับ (Related to) ... <ul style="list-style-type: none"> 1) เชิงพินิจ (ให้ความรู้สึกจริงจัง ดูสมเหตุสมผล) (face (makes sense)) 2) เชิงโครงสร้าง (การวัดเพื่อให้เห็นความคิด) (construct (measure represents idea)) 3) เชิงทำนาย (พฤติกรรมที่คาดหวัง) (predictive (behaves as expected)) 	ความจริง- ความถูกต้อง (การวินิจฉัย)
การออกแบบ (Design)	ภายใน (Internal)	<ul style="list-style-type: none"> - การออกแบบที่สนับสนุนการอนุมานเชิงสาเหตุ (Design supports causal inference) - เกี่ยวข้องกับการสรุปเชิงสถิติ (Related to statistical conclusion) 	ความจริง- ความถูกต้อง (การวินิจฉัย)
	ภายนอก (External)	- การออกแบบที่สนับสนุนการสรุปอ้างอิง (Design supports generalizability)	

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ (Category)	ความต้อง (Validity)	นิยาม (Definition)	House
การทีความ (Interpretation)	เชิงผลสืบเนื่อง (Consequential) เชิงสื่อสาร (Communicative)	- ความสมดุลของผลประโยชน์ค่านิยม ความคิดเห็น (Balanced interests, values, opinions) - ความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบ (การทีความ) ภาษาธรรม / ข้อตกลง (Knowledge claims validated through (Interpretation) discourse/agreement)	ความงาม- ความหมาย(Beauty-meaning)
การใช้ผลการ ประเมิน (Use)	เชิงปฏิบัติ (Pragmatic)	- ความรู้ที่มาพร้อมกับการกระทำ (Knowledge claims accompanied by action)	ความยุติธรรม- การใช้ประโยชน์ (การกระทำ) (Justice-use (action))

ที่มา: Peck, et al., 2012, p. 354



ภาพ 15 แนวคิดความต้องในการประเมินผล (Concept of validity in evaluation)

ที่มา: Peck, et al., 2012, p. 353

จากภาพข้างต้น Peck, et al. (2012, p. 353) ได้กล่าวถึงถึงมิติของการวัด การออกแบบ การตีความผลการประเมิน และการใช้ผลการประเมิน รวมถึงวิธีการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ด้วยอย่างเช่น ความตรงของโครงสร้าง เป็นความตรงของการวัดที่มีการเชื่อมตอกันระหว่างแนวคิดทางทฤษฎีและการสังเกตเดิงประจำชั้น องค์ประกอบภายในกล่องในภาพ 15 มุ่งเน้นไปที่ความตรงของ การวัดและการออกแบบ และการให้ความหมาย ในขณะที่องค์ประกอบภายในออกล่อง มุ่งเน้นที่การ สุปอ้างอิงและการขยายความคิดไปสู่การปฏิบัติหรือการนำไปใช้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความตรงของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) มาเป็นกรอบความตรงด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการตีความ ผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) ในการพัฒนาแบบการ ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่มีความตรงของการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย

สิ่งคุกคามความตรง (Threats to validity)

Campbell, & Stanley (1963 as cited in House, 2011, p. 72) “ได้ระบุถึงสิ่งคุกคาม ความตรง (Threats to validity) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 สิ่งคุกคามความตรงตามแนวคิดของ Campbell, & Stanley

สิ่งคุกคาม	คำอธิบาย
- ประวัติพ้อง (History)	เหตุการณ์เกิดขึ้นระหว่างการตรวจวัดครั้งแรกกับครั้งที่สอง
- ความเปลี่ยนแปลงเดิงๆ ผ่านไป (Maturation)	กระบวนการที่เกิดขึ้นมากในของการตอบสนอง
- อิทธิพลของการทดสอบ (Testing)	ผลกระทบของการทดสอบในการสอบสวน
- ความแตกต่างในวิธีการวัด (Instrumentation)	การเปลี่ยนแปลงในอุปกรณ์, ผู้สังเกต และผู้เก็บคะแนน
- ภาวะทดแทนทางสถิติ (Statistical regression)	เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มต่างๆ ถูกเลือกตามคะแนนที่สุดต่ำ
- อคติ/ความลำเอียง (Biases)	ความแตกต่างจากการเลือกของผู้ตอบสนองจากกลุ่มที่เปรียบเทียบกัน
- การสูญหายผู้เข้ารับการทดสอบ (Experimental mortality)	การสูญหายออกจากกลุ่มของผู้ตอบสนอง
- อิทธิพลร่วมของการเลือกและบุคลิกภาพ (Selection-maturation interactions)	
- ผลเชิงปฏิสัมพันธ์หรือการตอบสนองของการทดสอบ (Reactive or interactive effects of testing)	
- ผลเชิงปฏิสัมพันธ์ของการมีอคติในการเลือกและตัวแปรการทดสอบ (Interactive effects of selection biases and experimental variables)	
- ผลเชิงการตอบสนองของการจัดกราะทำเชิงทดสอบซึ่งจะไปจำกัดการสรุปอ้างอิงเชิงนัยทั่วไป (Reactive effects of experimental treatment precluding generalization)	
- การข้างอิงการจัดกระทำที่หลากหลาย (Multiple treatment interference)	

จากตารางข้างต้นจะเห็นว่า Campbell, & Stanley "ไม่ได้กล่าวถึงผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) อาจเนื่องจากในเวลานั้นเห็นว่า เป็นสิ่งคุกคามความตรงที่ไม่สำคัญมากนัก แต่ก็ต่างจากยุคปัจจุบันที่ต้องให้ความสำคัญมาก ทั้งนี้ House (2011, p. 72) เห็นว่าสิ่งคุกคาม ด้านแรงจูงใจที่มีต่อความตรงเริงโครงสร้างตามแนวคิดของ Shadish, et al. (2002 as cited in House, 2011, p. 74) ซึ่งประกอบด้วย 1) แรงจูงใจที่เป็นการรายงานด้วยตนเอง 2) การรับรู้ของผู้เข้าร่วมแต่ละสถานการณ์ 3) ความคาดหวังของผู้ทำการทดลอง 4) ผลกระทบที่เป็นเหตุการณ์ใหม่ และที่มารบกวน 5) การขาดเชยที่เท่าเทียมกัน 6) การขาดเชยที่เป็นประปักษ์ และ 7) ความไม่พอใจเกี่ยวกับความเสื่อมเสียคือรวม ล้วนก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) ซึ่ง รัตนะ บัวสนธิ (2555) ได้ยกตัวอย่างให้เห็นภาพขัดเจนขึ้น ดังนี้ 1) แรงจูงใจที่เป็นการรายงานด้วยตนเอง อาจทำให้เกิดความลำเอียงจากการเข้าข้างความคิดของตัวเอง 2) การรับรู้ของผู้เข้าร่วมแต่ละสถานการณ์เป็นสิ่งคุกคามที่ต้องระหบกถึง เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความสนใจจะจะคาดหวังในสิ่งนั้น 3) ความคาดหวังของผู้ทำการทดลอง เช่น เมื่อได้ทำการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ก็จะคาดหวังว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็นต้น

Treasury Board of Canada, Secretariat (1998, pp. 24-25) กล่าวถึงสิ่งคุกคาม ความตรงภายในและความตรงภายนอก ดังนี้

สิ่งคุกคามความตรงภายใน (Threats to internal validity) ได้แก่

1. เหตุการณ์พ้อง (History) : เหตุการณ์ภายนอกโปรแกรมส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องภายนอกโปรแกรมที่แตกต่างจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ความเปลี่ยนแปลงเชิงวุฒิภาวะ (Maturation) : การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เป็นไปตามกาลเวลามากกว่าที่จะเป็นไปตามผลของโปรแกรม (เช่น กลุ่มผู้เข้าร่วมที่อายุมากเทียบกับอีกกลุ่มในขั้นตอนต่างๆ)
3. การสูญหาย (Mortality) : ผู้เข้าร่วมออกจากโปรแกรม (ซึ่งอาจทำลายการเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม)
4. ความลำเอียงในการเลือกตัวอย่าง (Selection bias) : กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความไม่เท่าเทียมกันด้านความโน้มเอียงที่จะตอบสนองต่อโปรแกรมนั้น
5. การถดถอยทางสถิติ (Regression artifacts) : การเปลี่ยนแปลงเที่ยบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เมื่อคนที่อยู่ในโปรแกรมมีคะแนนสุดต่ำหรือมีลักษณะผิดจากกลุ่มอย่างเด่นชัด (Extreme) (กลุ่มที่ "สุดต่ำ" มีแนวโน้มที่จะเข้าหาคะแนนเฉลี่ยเมื่อเวลาผ่านไปไม่ว่าจะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมหรือไม่)

6. การแพร่กระจายหรือการเลียนแบบลิ้งแทรกแซง (Diffusion or imitation of treatment) :
ผู้เข้าร่วมในกลุ่มนี้เริ่มตระหนักรู้ข้อมูลของอีกกลุ่ม

7. การทดสอบ (Testing) : ความแตกต่างที่สังเกตได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากความคุ้นเคยในเครื่องมือวัดในกลุ่มทดลองมากขึ้น

8. เครื่องมือ (Instrumentation) : เครื่องมือที่ใช้ในการวัด อาจมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม (เช่น เมื่อผู้สัมภาษณ์ใช้แตกต่างกัน)

สิ่งคุกคามความต้องภายนอก (Threats to external validity) "ได้แก่"

1. ปฏิสัมพันธ์ของโปรแกรมและการคัดเลือก (Selection and program interaction) :
ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบางคนมีลักษณะที่ไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรในวงกว้าง

2. ปฏิสัมพันธ์ของโปรแกรมและสถานที่ (Setting and program interaction) : สถานที่ของการทดลองหรือการนำร่องของโปรแกรม ไม่ได้เป็นตัวแทนบ่งบอกว่ามีการใช้งานโปรแกรมอย่างเต็มรูปแบบ

3. ปฏิสัมพันธ์ของโปรแกรมและเหตุการณ์พ้อง (History and program interaction) :
สภาพ/เงื่อนไขของโปรแกรม ไม่ได้เป็นตัวแทนของสภาพ/เงื่อนไขในอนาคต

Gelman, Foucek, & Waterbury (2005, pp. 24-25) กล่าวถึงสิ่งคุกคามความต้อง "ได้แก่" ความเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายในและรอบ ๆ โปรแกรม ที่อธิบายผลลัพธ์ สิ่งคุกคามความต้องอาจเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งต่อไปนี้

1. มีการจัดกระทำ (Treatment) หรือการบริการหลายอย่าง ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของโปรแกรม

2. การใช้เกณฑ์ที่สอดคล้องกันในการเลือกบุคคลสำหรับการจัดกระทำที่แตกต่างกัน

3. ผลกระทบสถานการณ์ เช่น ความสะดวกสบายของตัวอย่าง (Subject) กับที่ตั้งของ การสัมภาษณ์

4. ภาวะน่าจะเป็นของบุคคลที่จะออกจากโปรแกรม (อัตราการสีกกร่อน)

5. เหตุการณ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของโปรแกรมหรือการจัดกระทำที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการหรือการส่งมอบโปรแกรม

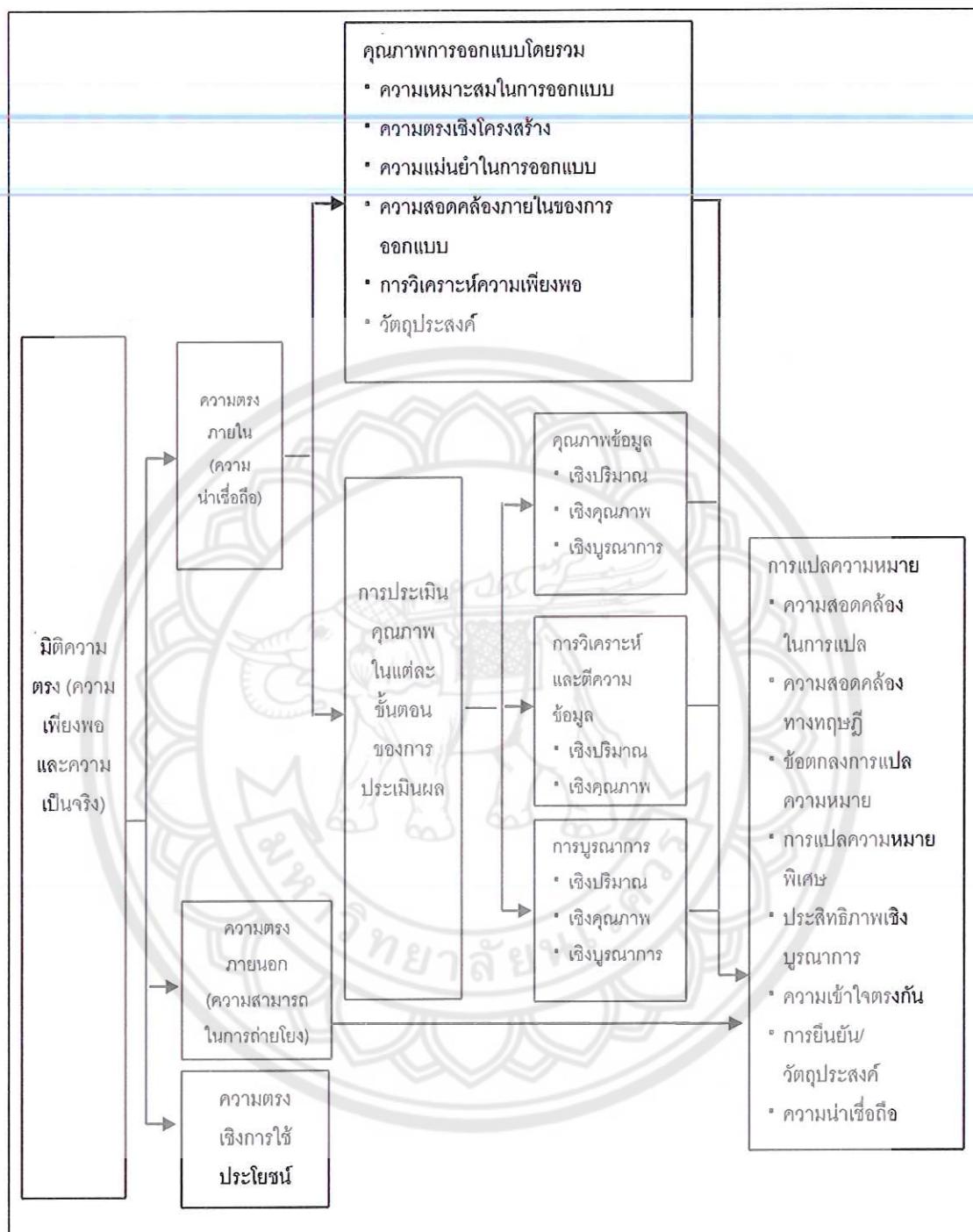
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบการประเมินผลโดยมีการวิเคราะห์สิ่งคุกคามความต้องของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามแนวคิดของ Gelmon, Foucek, & Waterbury (2005, pp. 24-25) ; House (2011, p. 72) ; Shadish, et al. (2002 as cited in House, 2011, p. 74) เพื่อวางแผนควบคุมสิ่งคุกคามความต้องเหล่านี้ในขั้นตอนต่อไป

แนวทางการประเมินความต้องการประเมินผล

นักวิชาการไทยและต่างประเทศได้เสนอแนวทางในการประเมินความต้องการประเมินผล

นักวิชาการต่างประเทศ ได้แก่ Greene (2011, pp. 83-86) “ได้ให้ข้อคิดเห็นว่ากระบวนการประเมินความมีความครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากความต้องได้ถูกพิจารณาในแง่มุมของโครงสร้างของความต้องดังนั้น กระบวนการประเมินจึงมี 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านบริบท โดยบริบทมาจากการส่วนของข้อมูลที่รวมรวมขึ้นมาและการสรุปอ้างอิงเชิงโครงสร้าง 2) มิติด้านความสัมพันธ์และบทสนทนาระหว่างผู้ประเมิน เนื่องจากการประเมินเกิดขึ้นในท่ามกลางปฏิสัมพันธ์ของคนที่มีความสนใจที่หลากหลาย สำหรับผู้ประเมินที่เป็นนักแปลความหมาย จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์รวมทั้งสัมพันธภาพ มีพัฒนาต่อการปฏิบัติและยึดหลักของการ รวมทั้งต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อให้การสนทนามีความราบรื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ 3) มิติด้านคุณค่าต่อการประเมินโครงการ ทั้งนี้ การประเมินเป็นการตัดสินภายในและเน้นคุณค่า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตัดสินคุณค่าภายใน (Merit) และคุณค่าภายนอก (Worth) ผู้ประเมินที่เป็นนักแปลความหมายหลายคนใช้หลักการวางแผนที่หลากหลาย (Multipartisan) เพื่อพยายามหาตำแหน่งของค่านิยมให้ปรากฏชัดขึ้น รวมถึงคำกล่าวอ้างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียออกมานะ ผู้ประเมินที่มีความรัดกุมและเชี่ยวชาญ มักจะเป็นบุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่มีแนวคิดความเป็นประชาธิปไตยอย่างมาก (House, & Howe, 1999 as cited in Greene, 2011, p. 86) มีส่วนร่วม (Whitmore, 1998 as cited in Greene, 2011, p. 86) ตลอดจนมีธรรมเนียมจากวิธีการประเมินที่ตอบสนองวัฒนธรรมและถูกจัดว่าเป็นพวกรที่มีความลำเอียง เนื่องจากมีการยอมรับเอกสารยืนยันทางค่านิยมที่มีการกำหนดไว้หรือมีการวางแผนไว้ไว้แล้ว

Bamberger, Rugh, & Mabry (2011, p. 15) กล่าวว่า ความต้องและความเพียงพอของ การประเมินผลนั้นได้รับผลจาก 1) ความเหมาะสมของเป้าหมายของการประเมิน แนวทาง/กลวิธี และวิธีการ 2) การมีอยู่อย่างมากของข้อมูล 3) ข้อมูลที่สนับสนุนการค้นพบความต้องร่วมกัน แค่ไหน 4) ความพอใจของทีมประเมินในระเบียบวิธี ความเฉพาะเจาะจงของโปรแกรม และแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ดังนั้น Bamberger, et al. (2011, p. 16) จึงได้นำเสนอคณิตของสิ่งคุณค่า ความต้องในการประเมินผลโดยใช้การออกแบบการประเมินผลด้วยวิธีการเชิงผสมผสาน ดังแสดงในภาพ 16



ภาพ 16 มิติของสิ่งคุกความความตงในการประเมินผลโดยใช้การขอแบบ
การประเมินผลด้วยวิธีการเชิงผสานผสาน

ที่มา: Bamberger, et al., 2011, p. 16

นอกจากนี้ Bamberger (2007, pp. 17-18) ยังได้ให้แนวทางสำหรับการตรวจสอบความเพียงพอและความต้องการของการออกแบบการประเมินผลในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การยืนยันได้ (Confirmability), ความเที่ยง (Reliability), ความนำไปเชื่อถือ (Credibility), ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability), การใช้ให้เกิดประโยชน์ (Utilization) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 มาตรฐานในการประเมินความตรงและความเพียงพอรวมของการออกแบบการประเมินทั้งหมด

มาตรฐานในการประเมินความตรงและความเพียงพอรวมของการออกแบบการประเมินทั้งหมด	
1. การยืนยันได้ (Confirmability) (และความเป็น ปัจจัย (and objectivity))	<p>ข้อสรุปได้ถูกสร้างขึ้นจากหลักฐานที่มีอยู่หรือไม่ และงานวิจัยมีลักษณะปราศจากการมีอคติ ของนักวิจัยไหม?</p> <p>1) ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาได้ถูกบรรยายไว้ละเอียดพอเพียงไหม? ข้อมูลในการศึกษา^{ที่}ถูกเก็บไว้ไหม และนำไปใช้ในการวิเคราะห์ได้อีกร้อยไหม?</p> <p>2) ข้อมูลถูกนำเสนอด้วยการสนับสนุนข้อสรุปหรือไม่?</p> <p>3) ผู้ทำวิจัยมีความซัดเต็มและตระหนักว่าในข้อตกลงส่วนบุคคล คุณค่า และมีอคติหรือไม่?</p> <p>4) วิธีการดังกล่าวได้ถูกใช้เพื่อควบคุมความมีอคติอย่างเพียงพอไหม?</p> <p>5) สมมติฐานที่นำเสนอฯ กับข้อสรุปที่ขัดแย้งกัน ถูกนำมาพิจารณาหรือไม่?</p>
2. ความเชื่อมั่น/ ความเที่ยง (Reliability) (และความ สอดคล้องตาม เกณฑ์รวมกัน (and dependability))	<p>กระบวนการของการศึกษา มีความคงเส้นคงวาไหม มีความเกี่ยวข้อง紧密พื้นฐานไหม และ^{ที่}มีความสมเหตุสมผลกันอย่างเต็มที่ไหม เมื่อเวลาจะผ่านไป เมื่อจะเป็นนักวิจัยคนใด หรือ^{ที่}วิธีการใด? ถ้าการออกแบบเป็นแบบเร่งด่วน กระบวนการออกแบบนั้น มีการจัดทำเอกสาร ขัดเจนไหม?</p> <p>1) การค้นพบน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา และสามารถใช้รับได้ไหม เมื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูล หรือเวลา^{ที่}เปลี่ยนไป?</p> <p>2) ข้อมูลถูกเก็บอย่างเหมาะสมและครอบคลุมหรือไม่ พื้นที่ของสถานที่ เวลา ผู้ให้ข้อมูล และอื่นๆ?</p> <p>3) ผู้ที่ทำงานภาคสนามทั้งหมด มีแนวทางการเก็บข้อมูลที่มากพอหรือไม่?</p> <p>4) มีการใช้รหัสและการตรวจสอบคุณภาพไหม และมีความสอดคล้องตรงกันหรือไม่?</p> <p>5) ได้รายงานการสังเกตที่แตกต่างกันแต่ได้ผลใกล้เคียงกันบ้างไหม? ถ้าไม่มี (ซึ่งมักพบ^{ในกรณีการศึกษา QL)} ได้ตระหนักระยะก่อตั้งใหม่?</p> <p>6) ได้นำมุมมองของเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือเพื่อนร่วมงานมาใช้ด้วยไหม?</p> <p>7) มีข้อสรุป "ผิ่งคุกความความตรงเชิงโครงสร้าง (Treats to construct validity)" หรือไม่? ถ้ามี มีการกล่าวถึงหรือยัง?</p> <p>8) กฎที่ใช้ยืนยันน่าเชื่อสนับสนุน สมมติฐาน และอื่นๆ มีความซัดเจนหรือไม่?</p>

ตาราง 7 (ต่อ)

มาตรฐานในการประเมินความตรงและความเพียงพอร่วมของการออกแบบการประเมินทั้งหมด	
3. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) (และความตรงภายใน หรือ ความแท้จริง (and internal validity or authenticity))	<p>ข้อค้นพบได้ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือแก่บุคคลที่ถูกศึกษาและแก่ผู้อ่านใหม และมีความเป็นจริงในภาพของสิ่งที่ศึกษารึไม่?</p> <p>1) คำพรบนามมีความหมาย (เข้มข้น) และมีเนื้อหาที่ถ้าถูกเพียงใด? มีข้อมูลเพียงพอใหม ที่จะทำให้คำพรบนามมีความน่าเชื่อถือ/ความตรงแก่สิ่งที่ถูกศึกษาหรือสถานการณ์ที่ถูกศึกษา?</p> <p>2) เมื่อหาได้ให้ความรู้สึกเป็นจริงนำเสนอเชื่อถือใหม? สะท้อนให้เห็นถึงบริบทท้องถิ่นใหม?</p> <p>3) การตรวจสอบสามاءในแหล่งข้อมูลและวิธีการที่ช่วยเติมเต็มให้สมบูรณ์ โดยรวมฯ แล้ว ให้ข้อสรุปที่มีจุดหมายเดียวกันหรือไม่? ถ้าวิธีการเริง QL ถูกใช้ในการตีความที่ไม่จำเป็นต้อง สอดคล้องกัน ความแตกต่างในการตีความและการสรุปความได้ถูกยกมากกล่าวถึงและอภิปรายใหม?</p> <p>4) ข้อมูลที่ถูกนำมาเสนอ มีการเชื่อมโยงกันเป็นอย่างดีตามหมวดหมู่ของทฤษฎีที่ปรากฏขึ้น ก่อนหน้านี้หรือไม่? การค้นพบมีความสัมพันธ์ภายในใหม และแนวคิดมีความสัมพันธ์อย่างมี ระบบใหม?</p> <p>5) ได้ระบุความบริเวณที่ยังไม่มีความแน่นอนหรือยัง? ได้ค้นหาและพบหลักฐานเชิงลบหรือยัง? มันถูกใช้อย่างไร? คำอธิบายด้านตรงข้ามได้ถูกพิจารณาหรือยัง?</p> <p>6) ข้อสรุปจากการพิจารณาโดยนักวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีความถูกต้องแม่นยำหรือไม่?</p> <p>7) มีการค้นพบ "สิ่งคุกคามความตรงภายใน (Treats to internal validity)" หรือไม่? ถ้ามี มีภารกิจล้าวถึงหรือยัง?</p> <p>8) มีการค้นพบ "สิ่งคุกคามความตรงเชิงสถิติ (Treats to statistical validity)" หรือไม่? ถ้ามี มีภารกิจล้าวถึงหรือยัง?</p>
4. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) (ความตรงภายนอก หรือ ความพอดี (and external validity or fittingness))	<p>ข้อสรุปเข้ากันได้กับบริบทอื่นๆ หรือไม่ และสามารถนำไปใช้ได้แพร่หลายแค่ไหน?</p> <p>1) ถักฉะต่างๆ ของตัวอย่างทั้งบุคคล สถานที่ กระบวนการ และอื่นๆ ถูกพรรณนา ในรายละเอียดที่เพียงพอใหม ที่จะทำให้เกิดการเปรียบเทียบกับตัวอย่างอื่นๆ?</p> <p>2) การออกแบบตัวอย่างตามทฤษฎี ยอมให้เกิดการนำไปใช้อย่างแพร่หลายกับประชากรอื่นๆ ใหม?</p> <p>3) นักวิจัยกำหนดขอบเขตการสรุปอ้างอิงอย่างสมเหตุสมผลจากการศึกษารึไม่?</p> <p>4) การค้นพบรวมเอา "คำพรบนามที่หนังกากແเน่" เพียงพอแก่ผู้อ่าน เพื่อให้เข้าถึงความสามารถ ในการถ่ายโองที่พอดีเป็นไปได้หรือไม่?</p> <p>5) มีผู้อ่านจำนวนมากพอที่ได้รายงานว่าการค้นพบมีความคงทนกว่ากับประสบการณ์ของ พลวงงานหรือไม่?</p> <p>6) การค้นพบได้สนับสนุนหรือมีความสอดคล้องกับทฤษฎีที่มีอยู่หรือไม่? ตัวทฤษฎี ที่สามารถถ่ายโองกันได้นั้น ถูกทำให้มีความกระจ่างชัดเจนใหม?</p>

ตาราง 7 (ต่อ)

มาตรฐานในการประเมินความตรงและความเพียงพร้อมของการออกแบบการประเมินทั้งหมด

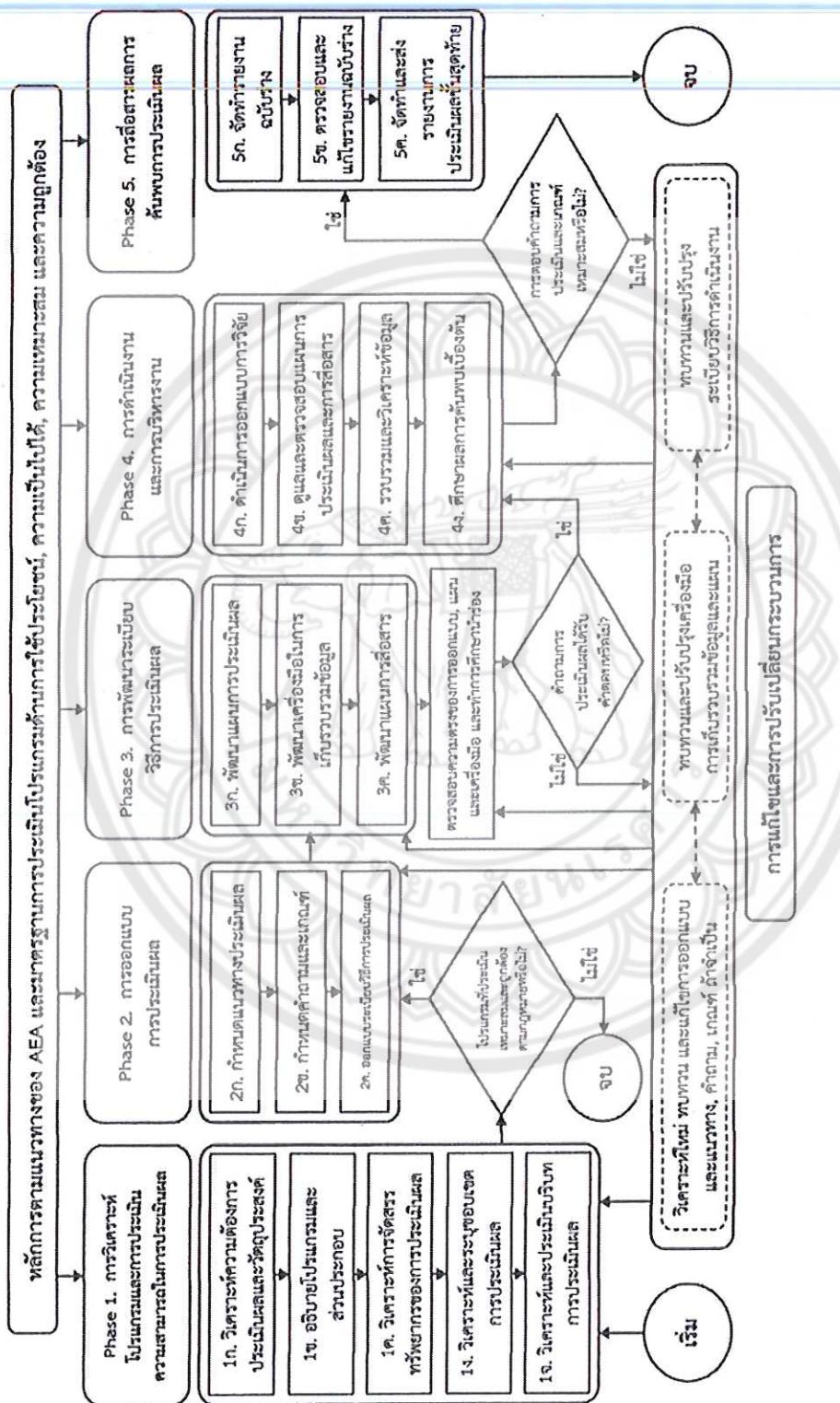
- 7) กระบวนการและการค้นพบต่างๆ มีความครอบคลุมเพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับสถานที่อื่นๆ ได้ไหม?
 - 8) ได้เก็บรักษาผลที่ตามมาเชิงบรรยายไว้ไหม? ทฤษฎีข้ามกรณีศึกษา(Cross-case study) ที่ศาสัยผลที่ตามมา ได้ถูกพัฒนาขึ้นหรือไม่?
 - 9) ในรายงานนั้นได้ແเนะนำสถานที่อื่นๆ ที่จะทำให้การค้นพบได้รับการทดสอบอย่างลึกซึ้ง ต่อไปอีกหรือไม่?
 - 10) การค้นพบได้ถูกทำขึ้นในการศึกษาอื่นๆ เพื่อให้เข้าถึงความแข็งแกร่งของข้อมูลนั้นๆ หรือไม่ ถ้าไม่ จะสามารถแสวงหาคำตอบได้อย่างง่ายดายไหม?
 - 11) มีการค้นพบ “สิ่งคุกคามความตรงภายนอก (Treats to external validity)” ถ้ามี มีการกล่าวถึงหรือยัง?
-

5. การใช้ให้เกิดประโยชน์ (Utilization) และการประยุกต์ใช้หรือทิศทางของ การปฏิบัติ (and application or action orientation))

- การค้นพบมีประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ ต่อนักวิจัย และต่อชุมชนที่ถูกศึกษามากแค่ไหน?
- 1) การค้นพบได้เข้าถึงผู้ใช้ที่มีศักยภาพอย่างลึกซึ้ง และอย่างมีหลักการไหม?
 - 2) มีการทำนายการศึกษานี้หรือไม่ ถ้ามี มีความถูกต้องแม่นยำเท่าใด?
 - 3) การค้นพบได้ให้แนวทางในการปฏิบัติในอนาคตไหม?
 - 4) การค้นพบได้ก่อให้เกิดผลเด่นชัดที่นำไปสู่แนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงไหม?
 - 5) การลงมือปฏิบัติที่เกิดขึ้นช่วยแก้ปัญหานี้ท้องถิ่นไหม?
 - 6) ผู้ปฏิบัติตามผลการค้นพบดังกล่าว ได้มีความรู้สึกถึงการเสริมพลัง (Empowerment) หรือการมีอำนาจจากคุณธรรมของตนบ้างหรือไม่ พวกเขามีได้พัฒนาศักยภาพใหม่ๆ อะไรบ้าง?
 - 7) ความใส่ใจด้านจริยธรรมหรือคุณค่า มีการถูกยกขึ้นอย่างเด่นชัด ในรายงานไหม? ถ้าไม่ มีด้านใดที่นักวิจัยไม่ได้ให้ความสำคัญ?
-

ที่มา: Bamberger, 2007, pp. 17-18

Darabi (2002, p. 221) ได้นำแนวทางเชิงระบบ (System approach) มาใช้ในการประเมินโปรแกรมด้านการสอน โดยมีการระบุถึงการตรวจสอบความตรงในระยะดำเนินการที่ 3 ดังภาพ 17



ภาพ 17 ระยะต่อไปนี้การผลิตจะดำเนินการตามแบบระบบ (System approach) ในกรอบเงินทุน

ที่มา: Darabi, 2002, p. 221

ในส่วนของประเทศไทย สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) (2550, หน้า 3-7) ได้กำหนดมาตรฐานความต้องของการประเมินตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สมศ. กำหนด โดยมี 2 ตัวชี้วัด คือ

ตัวชี้วัดที่ 1 ประเมินสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการประเมินคุณภาพภายนอก ประกอบด้วย 1) เพื่อตรวจสอบและยืนยันสภาพจริงในการดำเนินงานของสถาบันอุดมศึกษา 2) เพื่อประเมินคุณภาพการศึกษาตามมาตรฐานคุณภาพ สมศ. 3) เพื่อให้ได้ข้อมูลสะท้อนจุดเด่น/ จุดควรพัฒนาของสถาบันอุดมศึกษา 4) เพื่อให้ได้ข้อมูลสะท้อนสาเหตุของความสำเร็จหรือปัญหา ของการจัดการศึกษา 5) เพื่อช่วยเสนอแนวทางปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการศึกษา แก่สถาบันอุดมศึกษา 6) เพื่อส่งเสริมให้สถาบันอุดมศึกษามีการพัฒนาคุณภาพตามอัตลักษณ์/ จุดเด่นของสถาบันอย่างต่อเนื่อง 7) เพื่อส่งเสริมให้สถาบันอุดมศึกษามีการประกันคุณภาพภายใน อย่างต่อเนื่อง 8) เพื่อรายงานผลการจัดการศึกษาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณะ สรุป ดีมาก (8 ข้อ) ดี (6-7 ข้อ) พoใช้ (4-5 ข้อ) ปรับปรุง (0-3 ข้อ)

ตัวชี้วัดที่ 2 ประเมินตามระบบ หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ สมศ. กำหนด ประกอบด้วย 1) มีหลักฐานแสดงน้ำหนักของแต่ละมาตรฐานเป็นไปตามติสภารสถาบัน 2) กระจายน้ำหนัก จากรากฐานสู่ตัวชี้วัดในระดับสถาบันเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สมศ. กำหนด 3) กระจายน้ำหนัก จากรากฐานสู่ตัวชี้วัดในระดับกลุ่มสาขาวิชาเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สมศ. กำหนด 4) ประเมิน แบบอิงเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินคุณภาพภายนอก ได้ประเมินตามมาตรฐาน ตัวชี้วัด และเกณฑ์การให้คะแนนตามที่กำหนด 5) ประเมินแบบอิงพัฒนาการ ได้พิจารณาจากผลการประเมิน คุณภาพภายนอกรอบแวงและรอบสอง 6) ประเมินแบบอิงพัฒนาการสำหรับตัวชี้วัดใหม่ที่ไม่มี ในการประเมินคุณภาพภายนอกรอบแรก ได้ดำเนินการประเมินย้อนหลัง (Expost facto technique) และใช้ดุลยพินิจในการให้คะแนนตามแนวทางที่ สมศ. กำหนด 7) ประเมินประสิทธิผลตามแผน ประจำปี/หรือแผนปฏิบัติราชการของสถาบัน ได้พิจารณาจากการรายงานประจำปี/ประเมินสัมฤทธิผลของแผน ประจำปีหรือรายงานประจำปีของสถาบัน 8) มีหลักฐานว่าແเนะประจำปี/หรือแผนปฏิบัติราชการ ของสถาบัน ผ่านความเห็นชอบของสถาบันหรือหน่วยงานที่ยับเท่าที่ได้รับความเห็นชอบจาก สมศ. สรุป ดีมาก (8 ข้อ) ดี (6-7 ข้อ) พoใช้ (4-5 ข้อ) ปรับปรุง (0-3 ข้อ)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Bamberger (2007, pp. 17-18); Bamberger, et al. (2011, p. 16) และ Darabi (2002, p.221) มาใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบความต้องของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

แนวทางการเพิ่มความต้องการประเมินผล

Bamberger, et al. (2006) กล่าวว่าความต้องการประเมินผลจะได้รับผลกระทบโดย

- 1) ความเหมาะสมของเป้าหมายของการประเมิน แนวทาง/กลวิธี และวิธีการ 2) การมีอยู่อย่างมากหมายของข้อมูล 3) ข้อมูลที่ได้สนับสนุนมากแค่ไหนต่อการค้นพบความต้อง 4) ความพอดีของทีมประเมินในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการตีความข้อมูล ดังนั้n Bamberger, et al. (2011, p. 15) จึงมุ่งเน้นการเพิ่มความต้องในทุกขั้นตอน ทั้งในระหว่างการออกแบบการประเมิน การนำรูปแบบการประเมินไปใช้ การเตรียมและการทบทวนรายงานข้อค้นพบของการประเมิน และ การสรุปผล โดยกล่าวว่า ความต้องของ การประเมินเชิงปริมาณ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความต้อง เชิงสถิติ (Statistical conclusion validity) ความต้องภายใน (Internal validity) ความต้องเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความต้องภายนอก (External validity) ซึ่งต้องมีการออกแบบ การประเมินเพื่อเพิ่มจุดแข็งของการประเมิน คือ 1) มีการคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มที่เหมาะสม 2) ใช้การตรวจสอบสามเล้าเพื่อประมาณค่าตัวชี้วัด 3) มีการคัดเลือกสถิติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง 4) มีการวิพากษ์โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review) และการประเมินอภิมาน

ส่วนความต้องของการประเมินเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความต้องเชิงพรรณนา/บรรยาย (Descriptive validity) ความต้องเชิงตีความ (Interpretive validity) และ ความต้องเชิงประเมิน (Evaluative validity) ซึ่งต้องมีการออกแบบการประเมินเพื่อเพิ่มจุดแข็งของการประเมิน ได้แก่ การตรวจสอบสามเล้า การตรวจสอบความต้อง การประเมินอภิมาน และการวิพากษ์ โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review)

นอกจากนี้ Bamberger, et al. (2006) กล่าวถึงการออกแบบการประเมินที่สามารถ ถูกนำมาตีค่าเพื่อหาสิ่งคุณค่าต่อความต้องของข้อมูล โดยต้องมีขั้นตอนปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความ นำไปใช้ได้ในการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอ และในผลที่ค้นพบมาจากการประเมินความต้อง แบบตรวจสอบรายการแบบบูรณาการ (The integrated checklist) เพื่อการตีค่าความต้องของการ ประเมิน มีดังนี้

การตรวจสอบและการเสริมจุดแข็งของการออกแบบการประเมินเชิงคุณภาพ “ได้แก่

1. พิจารณาที่ความครอบคลุมของแหล่งข้อมูล
2. พิจารณาที่ความรู้ความเข้าใจของผู้เก็บรวบรวมข้อมูล
3. พิจารณาที่ศักยภาพของทีมงานและเทคนิคในการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและ ด้านความต่อเนื่อง

การตรวจสอบและการเสริมจุดแข็งของการออกแบบการประเมินเชิงปริมาณ “ได้แก่

1. พิจารณาว่า การคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มมีความเหมาะสมดีหรือไม่ ถ้าเป็นเช่นนั้นสามารถหาขนาดตัวอย่างที่พอเพียงได้ไหม หรือมีความลำเอียงในการเลือกตัวอย่างบ้างไหม
2. พิจารณาว่า ตัวชี้วัดหลักที่สำคัญ ได้ถูกระบุชื่นมาอย่างเหมาะสมหรือไม่ และการตรวจสอบตัวชี้วัดนั้น มีความถูกต้องแม่นยำไหมเพียงใด
3. พิจารณาว่า ขั้นตอนการปฏิบัติทางหลักสูตร มีการเลือกสาร摩าอย่างเหมาะสมหรือไม่ และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสำหรับนักเรียนมากน้อยเท่าใด

การตรวจสอบและการเสริมจุดแข็งของการออกแบบการประเมินทุกแบบ

1. พิจารณาและใช้วิธีที่หลากหลาย ทั้งการตรวจสอบสามเส้า การตรวจสอบความตรง การประเมินภิมาน และการพิจารณาบทวนจากเพื่อนร่วมงานเท่าที่พอจะมี
2. พิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่ว่า ถ้าใช้กลวิธีที่มีการรวมกันระหว่างเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการออกแบบแบบทดสอบวิธี จะนำไปสู่ความครอบคลุมข้อมูลอย่างมาก และมีความตรงของสิ่งที่ค้นพบ

สำหรับแนวคิดทฤษฎีของ Campbell ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างมากในวงการการประเมินผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม รูปแบบความตรงของ Campbell ไม่ได้ถูกพัฒนาเพื่อการประเมินโปรแกรม จึงมีข้อจำกัดในการใช้กับการประเมินที่ซับซ้อน ดังนั้น Chen, et al. (2011, pp. 14-15) จึงได้เสนอแนวทางการการเพิ่มความตรงในการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

1. วิธีที่ 1 กำหนดแบบฟอร์มและวัตถุประสงค์การประเมินให้ชัดเจน ไม่เน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการจัดทำ แต่เน้นการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) การประเมินความต้องการ (Need assessment) มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามทฤษฎีโปรแกรมนั้นๆ และกำหนดคุณค่าของผลลัพธ์

2. วิธีที่ 2 สิ่งที่จะช่วยพัฒนาและสนับสนุนขอบข่ายงานของ Campbell ไปสู่การประเมินโปรแกรมก็คือ การพูดถึงงานประเมินต่างๆ ที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรของ Campbell, et al. ยกตัวอย่าง เช่น Mark ที่ได้พูดถึงแนวคิดและเทคนิคในการทำให้เกิดความตรงภายนอกตามรูปแบบของ Campbell รวมถึงขั้นตอนปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สิ่งเหล่านี้ล้วนสร้างความเข้าใจในงานของ Campbell และขอบเขตที่ใช้ในการประเมิน

3. วิธีที่ 3 รูปแบบของ Campbell มีส่วนส่งเสริมการประเมิน แต่ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดข้อเสนอแนะแนวทางที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน

ครั้งต่อไป เพื่อให้รูปแบบความต้องของ Campbell ที่ปรับใหม่นี้ เกิดประโยชน์เต็มที่ในการประเมิน ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

Gargani, & Donaldson (2011, p. 26-27) และ House (2011, pp. 74-78) มุ่งเน้น ที่ความโปร่งใส โดย Gargani, & Donaldson (2011, p. 26-27) เสนอแนะให้เพิ่มความต้องของ การประเมินโดยต้องทำให้เป็นกลไกที่โปร่งใส มีเหตุผลในการทำ โปรแกรมไม่ควรออกแบบอย่างรีบด่วน โดยหัวหน้าโปรแกรม เพราะจะทำให้เกิดคำพูดที่ว่า “การประเมินโปรแกรม เป็นอะไรที่ทำขึ้นเพื่อ สนับสนุนโปรแกรมรุ่นเอง” ปัญหาอีกประการคือ ถ้าทำนายผลจะทำให้คนอื่นเดือดร้อน จึงต้องฉลาด ใน การใช้หลักฐาน และใส่ใจต่อคนที่จะได้รับผลกระทบจากโปรแกรมเป็นอย่างมาก การประเมิน ประกอบด้วยวิธีการทางทฤษฎีที่หลากหลาย มีแนวทางที่ปฏิบัติได้ และให้วิธีการวิจัย การประเมิน ตรวจสอบที่มีระบบที่ดี จะช่วยส่งเสริมความกังวลของและการประยุกต์ใช้ได้มากขึ้น

ส่วน House (2011, pp. 74-78) กล่าวว่า ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) ของผู้ประเมิน สามารถส่งผลกระทบด้านลบต่อสิ่งต่างๆ ใน การประเมิน ดังนั้น ควรระบุถึง สิ่งคุกคามที่เป็นผลประโยชน์ทับซ้อน และถามผู้ประเมิน/ผู้วินิจฉัยว่า “ได้ซ่อนไว้หรือไม่ ล้มพันธนาพ ผู้ประเมินมีต่อผู้สนับสนุนโดยยึดโปรแกรมเป็นศูนย์กลาง ถ้ามีผลประโยชน์ทับซ้อนเกิดขึ้น ก็ควร พิจารณาต่อว่าจะดำเนินการอย่างไร และเมื่อสิ่งใดก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน มี 3 ข้อคือ 1) ความโปร่งใส โดยการสร้างข้อมูล และวิธีการที่ง่ายต่อการวิเคราะห์ 2) การพิจารณาความผิดพลาด ซึ่งอาจปฏิบัติตามขั้นตอนของ สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (National Academy of Sciences, NAS) และ 3) การจัดระบบ ที่ควบคุมอุดติ โดยอาจนำหลักการของ Scriven (1976 as cited in House, 2011, p. 78) มาใช้

Greene (2011, p. 81) มุ่งเน้นที่ผู้ประเมิน โดยผู้ประเมินต้องมีความเป็นกลางและเป็น ปราณัย ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายที่จะเพิ่มความต้องในการสูญเสียของ นั้นคือต้องมีระเบียบวิธีและ ขั้นตอนปฏิบัติ คือ จำแนกสิ่งคุกคาม/คุปสรรค์ที่สำคัญต่อความต้อง ハウวิธีการที่จะควบคุม และให้ กำลังใจผู้ประเมินในการติดตามขั้นตอนต่างๆ ผู้ประเมินไม่เพียงแต่จะเป็นกลางและเป็นปราณัย เท่านั้น แต่ยังเป็นผู้ตั้งคำถามที่นำเสนอ ซึ่งความรู้สึกสนใจที่นำมาพูดถึงในที่นี่ ไม่ได้หมายความว่า เป็นความมีคติอย่างจงใจ ประเด็นที่ยกขึ้นมาต่อແย়ของ House หลังๆ เกิดขึ้นตามข้อตกลง เปื้องต้านและจุดยืนแนวทางการแปลความหมายในเชิงโครงสร้าง ต่อการทำวิจัยและการประเมิน เชิงสังคม ความสนใจในที่นี่ บอกใบให้เห็นถึงผู้ตั้งคำถามที่เหมาะสม เป็นบุคคลที่จะต้องนำ วัฒนธรรม มาผนวกเข้ากับกระบวนการทางสังคม ความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับสังคมโลก ลิ่งที่ประกอบ ขึ้นเป็นความรู้ ความชอบส่วนตัวในทางทฤษฎี รวมถึงค่านิยมทางการเมือง และศีลธรรม

Kane (2001, p. 330) มุ่งเน้นที่การตีความโดยกล่าวว่า กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการตีความเพื่อให้เกิดความตรง (แต่ไม่จำเป็นต้องง่ายต่อการใช้) มีดังนี้ 1) เสนอข้อโต้แย้งการตีความได้อย่างชัดเจนและเป็นไปได้อย่างมาก 2) เริ่มต้นพัฒนาข้อโต้แย้งความตรงโดยการรวมหลักฐานที่มีอยู่ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการอ้างอิงและการตั้งข้อตกลงเบื้องต้นในการโต้แย้งการตีความ ผลข้อนึ่งของการตีความให้นำเสนอในรายละเอียดบางอย่างที่ควรจะเป็นของข้อตกลงที่เป็นปัญหามากที่สุด (จึงอยู่กับการประเมินผลที่สำคัญของข้อตกลงทั้งหมดที่มีอยู่ และความท้าทายภายนอก หรือการตีความทางเลือก) 3) ประเมินผล (เชิงประจักษ์และ / หรือเชิงเหตุผล) ข้อตกลงที่มีปัญหามากที่สุดในการโต้แย้งการตีความ อันเป็นผลมาจากการประเมินผลเหล่านี้ ข้อโต้แย้งที่ตีความอาจถูกปฏิเสธหรืออาจจะทำให้ดีขึ้นโดยการปรับการตีความ และ / หรือขั้นตอนการวัดเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาได้ฯ ที่ระบุไว้ 4) ย้ำข้อโต้แย้งที่ตีความและเหตุผลความตรง และทำซ้ำขั้นตอนที่ 3 จนกว่าการอ้างอิงทั้งหมดในข้อโต้แย้งที่ตีความเป็นที่น่าเชื่อถือ หรือข้อโต้แย้งที่ตีความนั้นถูกปฏิเสธ

Cook (1993 as cited in Gargani, & Donaldson, 2011, p. 23) และ Shadish (2002 as cited in Gargani, & Donaldson, 2011, p. 23) รวมทั้ง Gelmon, Foucek, & Waterbury, (2005, pp. 24-25) มุ่งเน้นที่การสรุปอ้างอิง โดย Cook (1993 as cited in Gargani, & Donaldson, 2011, p. 23) และ Shadish (2002 as cited in Gargani, & Donaldson, 2011, p. 23) เสนอแนะหลักการ 5 ข้อที่สนับสนุนการสรุปอ้างอิง การแปลความหมาย และการขยายความ หรือที่เรียกว่า การทำนาย (Prediction) ผู้เขียนหลายคนโต้แย้งมุมมองของ Campbell ว่า การสรุปอ้างอิงจากแหล่งที่มา (อดีต) "ไปสู่เป้าหมาย (อนาคต) จะถูกรับประทานได้อย่างสมเหตุสมผลก็ต่อเมื่อประชากรการจัดกระทำ ผลลัพธ์ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และเวลาของแหล่งที่มาและเป้าหมายต้อง:

1. มีความคล้ายคลึงกันมาก (หลักการที่ 1 : ความคล้ายคลึงด้านรูปลักษณ์)
2. มีความแตกต่างกัน แต่ไม่ได้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม (หลักการที่ 2: ความแตกต่างไม่เข้ากัน)
3. มีความแตกต่าง มีอิทธิพลต่อผลประสิทธิภาพของโปรแกรม แต่สามารถคืนหากลับ หลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ (หลักการที่ 3: การจำแนกแยกแยะ)
4. ก่อให้เกิดประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สามารถควบคุมหรือทำนายได้ (หลักการที่ 4: การแปลความหมายและขยายความ)
5. อธิบายได้ด้วยทฤษฎีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ/เป็นเหตุเป็นผล ที่มีการขัดกันอย่างดี และสามารถนำไปใช้แจ้งผลลัพธ์ (หลักการที่ 5: คำอธิบายเชิงสาเหตุ/เป็นเหตุเป็นผล)

สรุปสั้นๆ ได้ว่า ถ้าออกแบบการประเมินโดยมีการประมาณการความผันแปรของสภาพแวดล้อม (ประชากร, การจัดกระทำฯลฯ) สมพันธ์กับความผันแปรของผลที่เกิดขึ้น ก็มีแนวทางที่ดีในการควบคุมหรือทำนายผลที่เกิดขึ้นในอนาคต (และอีกต่อๆไป) โดยผ่านสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่หยิบยกขึ้นมา

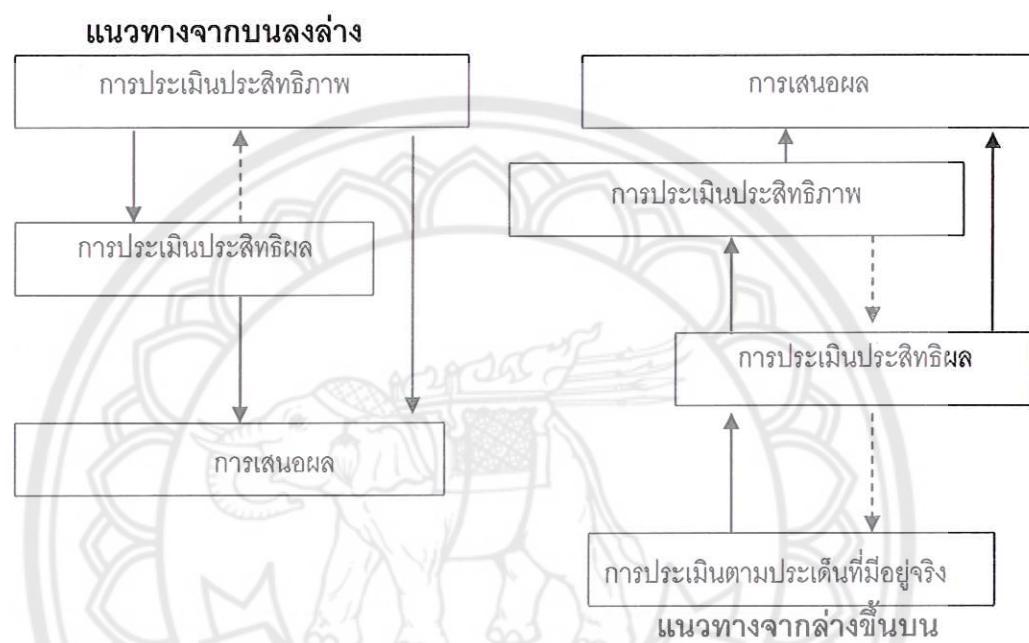
สำหรับ Gelmon, et al. (2005, pp. 24-25) "ได้กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้การประเมินผลกระบวนการมีความสามารถในการอนุมานเชิงสาเหตุ (Causal inferences) ที่ถูกต้องแม่นยำที่สุดจักกันในฐานะที่เป็น "ความตรงภายใน" ใน การออกแบบการประเมินผล การเพิ่มความตรงแนวทางหนึ่ง คือการตัดคำอธิบายทางเลือกของผลสัมฤทธิ์ออก การอนุมานเชิงสาเหตุ มีความต้องการใน 5 สิ่ง ที่จะช่วยสร้างความตรงโดยรวมคือ 1) ทฤษฎีแนวคิดหรือการปฏิบัติที่เป็นพื้นฐานสำหรับความสัมพันธ์ที่คาดการณ์ไว้ 2) โปรแกรมต้องนำหน้าผลลัพธ์ที่ได้ในเวลานั้น 3) คำอธิบายอื่นๆ สำหรับผลลัพธ์ที่ถูกตัดออก หลักฐานความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างกิจกรรมของโปรแกรมและผลลัพธ์ 4) การวัดผลลัพธ์มีความตรงและความเชื่อมั่น/ความเที่ยง

คำถามที่ถามเพื่อตรวจสอบความตรงของวิธีการประเมินผล มีดังนี้

1. มีการค้นพบที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงโดยโปรแกรมหรือไม่
2. ผลโปรแกรมเป็นผลมาจากการโปรแกรมที่ไม่ใช่องค์กรโดยรวมหรือไม่ หรือว่าเป็นผลมาจากการบริการอื่นๆ ที่ผู้รับบริการได้รับ? หรือสิ่งอื่นใด?
3. การค้นพบที่เกิดขึ้นสามารถสรุปอ้างอิงไปยังโปรแกรมที่คล้ายกันหรือประชากรที่คล้ายกันหรือไม่?

Chen, & Garbe (2011, p. 93) ได้นำเสนอทางเลือกใหม่ในการประเมินผลลัพธ์ที่จะช่วยเพิ่มความตรงในการประเมินผลลัพธ์คือ แนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน (The bottom-up approach) โดยมองว่าการประเมินดังกล่าวเป็นไปตามข้อกำหนดที่สมเหตุสมผล ทั้งเชิงวิทยาศาสตร์และการปฏิบัติ และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้งานการประเมิน โดยประโยชน์ของการประเมินตามแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน (Chen, & Garbe, 2011, pp.103-104) ได้แก่ 1) รับประทานว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหลีกเลี่ยงการสูญเสียเงิน 2) เปิดโอกาสให้มีการปรับปรุงและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโลกแห่งความจริงก่อนทำให้เสร็จสมบูรณ์ในขั้นตอนสุดท้าย 3) เกิดมุ่งมองที่สมดุลในเรื่องหลักฐานที่เชื่อถือได้ 4) เกิดมุ่งมองใหม่ในเรื่องวิธีการสำหรับแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบนแตกต่างจากแนวทางการประเมินจากบนลงล่าง (The top-down approach) โดยแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน (The bottom-up approach) เป็นการประเมินสิ่งแวดล้อม (Intervention) ในด้านประสิทธิผล (Effectiveness) ก่อนที่จะประเมิน

ประสิทธิภาพ (Efficacy) นั่นคือ มีการประเมินความต้องภายใน (การสรุปอ้างอิงเชิงนัยทั่วไป) (Generalizability) ก่อนที่จะประเมินความต้องภายใน การประเมินเกิดขึ้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดประเด็นต่างๆ (Chen, & Garbe, 2011, pp. 94, 102) เปรียบเทียบแนวทางการประเมิน จากบนลงล่างและแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน ดังภาพ 18



ภาพ 18 แนวทางการประเมินจากบนลงล่างและแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน

ที่มา: Chen, & Garbe, 2011, p.102

นอกจากนี้ Chen, & Garbe (2011, p. 99) “ได้นำแนวทางการประเมินจากล่างขึ้นบน มาใช้ร่วมกับรูปแบบความต้องเชิงบูรณาการ (Integrative validity model) ซึ่งประกอบไปด้วย ความต้อง 3 ชนิดคือ (Chen, 2010 as cited in Chen, & Garbe, 2011, pp. 99-101) 1) ความต้อง เชิงผลกระทบ (Effectual validity) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจงจากผลกระทบของ สิ่งแวดล้อม (แนวคิดนี้คล้ายกับความต้องภายใน) 2) ความต้องเชิงตัวแปร (Viable validity) เป็นการประเมินมุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ไป Gregor ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรในโลกความจริง และ 3) ความต้องเชิงการถ่ายโยง (Transferable validity) เป็นการประเมินด้านประสิทธิผลของสิ่งแวดล้อม หรือความสามารถในการถ่ายโยงจาก การวิจัยไปสู่โลกความจริง หรือโลกความจริงแห่งหนึ่งไปยังที่อื่นๆ ซึ่งผู้ประเมินสามารถให้วิธีการ

เชิงปริมาณและ/หรือเชิงคุณภาพจะทำให้เกิดความตรงชนิดนี้ (Chen, 1990, 2005, 2010 as cited in Chen, & Garbe, 2011, p.101)

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของนักวิชาการต่างประเทศ (Bamberger, et al., 2006 ; Chen, et al., 2011, pp.14-15 ; Greene, 2011, p. 81 ; Peck, et al., 2012, pp. 352-354) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาฐานรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล ด้วยภูมิปัญญาที่มีความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ดังนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความตรงของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) มาใช้เป็นกรอบความตรงด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการตีความผลการประเมิน (Interpretation) และการใช้ผลการประเมิน (Use) ตลอดจนนำแนวคิดของ Bamberger, et al. (2006) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความตรง ในทุกขั้นตอน ทั้งในระหว่างการออกแบบการประเมิน การนำฐานรูปแบบการประเมินไปใช้ การเตรียมและ การทบทวนรายงานข้อค้นพบของการประเมิน และการสรุปผลการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีการกำหนดแบบฟอร์มและวัตถุประสงค์การประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วยให้ชัดเจน ไม่เน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการจัดกระทำ แต่เน้นการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) การประเมินความต้องการ (Need assessment) มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามทฤษฎีโปรแกรม และกำหนดคุณค่าของผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามแนวคิดของ Chen, et al. (2011, pp. 14-15) อนึ่ง ผู้วิจัยวางแผนควบรวมผู้ประเมินให้มีความเป็นกลางและเป็นปธนย และเป็นผู้ตั้งค่าตามที่นำเสนอ ฝึกการจำแนกสิ่งคุกคาม/อุปสรรคที่สำคัญต่อความตรง หาวิธีการที่จะควบคุมและให้กำลังใจผู้ประเมินในการติดตามขั้นตอนต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยสอดคล้องกับแนวคิดของ Greene (2011, p. 81)

แนวคิดกระบวนการพยาบาล

ความหมายของกระบวนการพยาบาล

นักวิชาการให้ความหมายกระบวนการพยาบาล (Nursing process) "ไว้ดังนี้"

สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ (2544, หน้า 5-6) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาล คือ ทักษะเบื้องต้นที่พยาบาลแสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพ โดยใช้ความเชื่อ ความรู้จากศาสตร์แขนงต่างๆ มาคิดวางแผนทางและปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดี ดันหายปัญหา ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้นอย่างเป็นขั้นเป็นตอน เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายในการดำรงภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

วิจิตรา กุสุมงก์ และอรุณี เยงยศมาก (2551, หน้า 2) กล่าวถึงกระบวนการพยาบาลว่า เป็นทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สังคม ขั้นบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและจิตวิญญาณของบุคคล

จันทร์ทิรา เจียรนัย (2557) ให้ความหมายกระบวนการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนโดยมีขั้นตอนตามหลักวิทยาศาสตร์ แสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพภายใต้ความเชื่อ ความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น ในการดำรงภาวะสุขภาพ

สุภาวดี นพรุจินดา (2557) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการทำงานของพยาบาลให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบ นำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาล ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่ากระบวนการพยาบาลมีความหมายที่แตกต่างกันไม่มาก ซึ่งสรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล โดยมีขั้นตอนตามหลักวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลทำให้การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีระบบ นำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาล ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายในการดำรงภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีคุณลักษณะที่สำคัญที่บ่งบอกถึงธรรมชาติของกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (สุภาวดี นพรุจินดา, 2557)

1. มีเป้าหมาย (Purposeful) เป็นตัวชี้นำการปฏิบัติ ผู้ใช้กระบวนการพยาบาลจึงต้องกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของผู้รับบริการให้ชัดเจน
2. เป็นระบบ (System) มีวิธีการและขั้นตอนที่ชัดเจนในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่บอกต่อ กันมาหรือการดูแลเฉพาะสถาบัน
3. เป็นพลวัตร (Dynamic) ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และมีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับความต้องการหรือปัญหาของผู้รับบริการ

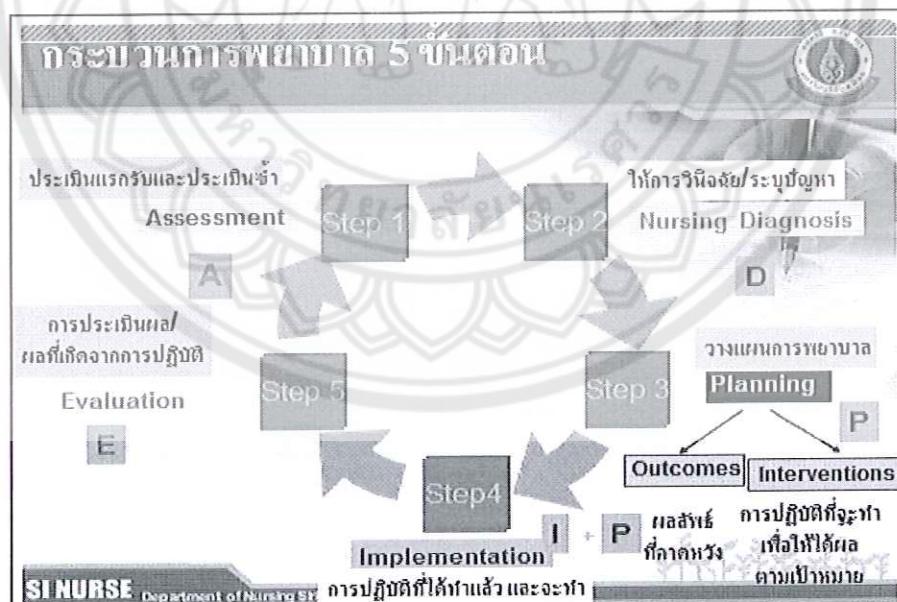
4. มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ครอบคลุมชุมชน และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการเฉพาะบุคคล

5. ความยืดหยุ่น (Flexible) กระบวนการพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้ได้ทุกสถานการณ์ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม หรือชุมชน ปฏิวัติที่ล้ำหน้าหรือปฏิบัติพร้อม ๆ กัน ไปในหลายชั้นตอนก็ได้

6. อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี (Theoretically base) การออกแบบจากพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งทางวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และประยุกต์ใช้ได้กับทุก ๆ ครอบครัวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล

องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (สุภาษี นพชรุจินดา, 2557 ; American Nurses Association, 2014) คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) วางแผนแผนการพยาบาล (Nursing planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) ซึ่งแต่ละขั้นตอนต่อเนื่องกันเป็นหยุดนิ่ง (สถาบันเอนิเมะรอนพงศ์, 2544, หน้า 23) ดังภาพ 19



ภาพ 19 กระบวนการพยาบาล (Nursing process)

ที่มา: ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2556

สาระสำคัญของแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีดังนี้ (วิจิตรา กุสุมงก์, และอุณี เชงยศมาก, 2551, หน้า 46, 66, 99, 115, 133-134)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การรวมรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลทั้งที่เป็นอัตโนมัติและปัจจัยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยใช้ หลักวิธี หลังจากได้ข้อมูลแล้วต้องตรวจสอบข้อมูลด้วยว่า มีความถูกต้องและครบครัน แล้วจึง นำมาจัดระบบตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในองค์กรและบันทึกไว้เพื่อนำไปวินิจฉัยต่อไป

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่สองของกระบวนการพยาบาล ให้ความหมายเชิงการกระทำและผลลัพธ์ โดยที่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ของ กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งกระบวนการวินิจฉัยการพยาบาลมี 2 ขั้นตอนหลักคือ การวิเคราะห์ ข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็นขั้นตอนย่อย ได้แก่ การจัดกลุ่มข้อมูล แปลความหมายข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล และการระบุภาวะสุขภาพ เมื่อได้ภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพแล้ว นำมาพิจารณากำหนดเป็น ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อความประกอบด้วยส่วนที่เป็นภาวะสุขภาพหรือปัญหา และส่วนที่เป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ ด้วยคุณลักษณะเฉพาะและวิธีการเขียนที่จะตัดรัด ขัดเจน สามารถแก้ไข ได้ด้วยสิทธิและหน่วยที่ของพยาบาลตามกฎหมาย

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning) สามารถทำได้ 3 ระยะ คือ เมื่อแรกรับ ขณะให้การดูแล และเมื่อจบเรียบร้อย การวางแผนการพยาบาลมี 4 ขั้นตอนคือ ลำดับความสำคัญของ ข้อวินิจฉัย โดยพิจารณาข้อวินิจฉัยที่มีความจำเป็นต้องแก้ไขก่อนเป็นอันดับแรกตามหลักเกณฑ์ การลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย กำหนดเป้าหมายการพยาบาลว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นกับ ผู้รับบริการ พัฒนาทั้งกำหนดเกณฑ์สำหรับประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่กำหนด หลังจากนั้น กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติกับผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งกิจกรรม ที่กำหนดขึ้นตั้งอยู่บนหลักวิชาการ มีเหตุผลทางศาสตร์ต่างๆ สนับสนุน

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมี ขั้นตอนคือ เตรียมการ การลงมือปฏิบัติหรือมอบหมายงาน และการบันทึก ในขั้นเตรียมการต้อง เตรียมทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ ทรัพยากร และแผนการพยาบาล หลังจากเตรียมแล้ว อาจลงมือ ปฏิบัติเองหรือมอบหมายให้ผู้อื่นปฏิบัติ ถ้ามอบหมายให้ผู้อื่นปฏิบัติต้องมีการนิเทศงานด้วย การปฏิบัติต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประยุกต์ สุขสบาย และสิทธิ หน้าที่ตามกฎหมาย ตลอดจนทักษะต่างๆ ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการบันทึกไว้เพื่อใช้ประโยชน์ต่างๆ การบันทึกทำได้หลายรูปแบบคือ แบบบรรยาย แบบเขียนแหล่งปัญหา แบบเขียนปัญหาเป็นหลัก หรือ โดยใช้คอมพิวเตอร์

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) เป็นการตัดสินคุณภาพ คุณค่า ของบางสิ่งบางอย่างด้วยกระบวนการที่เป็นระบบอย่างโครงสร้าง โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือ มาตรฐานที่กำหนดไว้ก่อนในการพยาบาล การตัดสินว่าการพยาบาลที่ให้ผู้รับบริการบรรลุตาม เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ จะถูกพิจารณาจากพยาบาล ผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง อาจจะ พิจารณาโครงสร้างหรือกิจกรรมที่พยาบาลทำ หรือการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ จากการให้การพยาบาลที่เรียกว่าผลลัพธ์ การประเมินผลไม่ได้สิ้นสุดเพียงว่า “ได้ตัดสินผลแล้ว” แต่อาจจะเป็นการเริ่มวงจรกระบวนการพยาบาลใหม่ถ้าผลที่ได้เมื่อวานเป้าหมาย โดยที่พยาบาล ใช้ขั้นตอนการประเมิน 5 ขั้นตอนในการตัดสินคือ ทบทวนเป้าหมายที่วางไว้ รวมรวมข้อมูลเกี่ยวกับ การตอบสนองของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้กับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ว่า เป้าหมายบรรลุผลหรือไม่ เรียนรู้ความการประเมินผลเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลกับผลที่เกิดกับ ผู้รับบริการ จากนั้นพิจารณาว่า มีตัวแปรใด รวมทั้งวัสดุธรรม ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อการบรรลุผล สำเร็จของเป้าหมาย และจะต้องปรับปรุงแผนการพยาบาลถ้าจำเป็น

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลในการสร้างรูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความปวด โดยให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) และการประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)

แนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

นักวิชาการไทยและต่างประเทศให้ความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome) ไม่แห่งมุ่งต่างๆ กัน ดังนี้

แห่งมุ่งที่หนึ่ง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือผลสุดท้ายของการดูแล ซึ่งสะท้อนคุณภาพ การปฏิบัติการพยาบาล โดย ยุพิน ณัดวนิชย์ (2556) กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่า เป็นผลสุดท้ายของการดูแล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาล ยอดคล่องกับ เร渥ล นันทศุภวัฒน์ (2556) ที่กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่า สมพันธ์กับลักษณะของการพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพทุกมิติของการบริการที่ให้ แตกต่างจากผลลัพธ์ทั่วไป ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ใช้ ร่วมกันกับทีมสาขาพยาบาล (Multidisciplinary care) ส่วน Huber, & Oermann (1998 อ้างอิงใน เร渥ล นันทศุภวัฒน์, 2556) กล่าวว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความพยายาม ใน การปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ผลตามเป้าหมาย

แบ่งมุ่งที่สอง ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นการวัดคุณค่าที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการการพยาบาล ซึ่งมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและบรรลุในผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดย วราพร หาญคุณะเศรษฐี (2556) ให้ความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่า เป็นการวัดคุณค่าที่เกิดขึ้นกับผู้รับผลงานเมื่อใช้บริการพยาบาลแล้วเป็นอย่างไร เป็นการวัดผลผลิตทางการพยาบาลวิธีหนึ่ง สำรวจการวัดผลผลิตทางการพยาบาลวิธีอื่นๆ ได้แก่ Peration target output เป็นการวัดผลการปฏิบัติงานตามเป้าหมายโดยวัดจำนวนผลผลิตที่นับได้ เช่น จำนวนผู้ป่วย วันนอน จำนวนหัตถการฯลฯ ส่วน Performance indicators เป็นการวัดผลการดำเนินงานโดย KPI ยอดคล่องกับ ภัยคุกคาม จำปາມูล (2551 อ้างอิงใน สมสมัย สุธีรศานต์, 2556) กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล ว่า เป็นผลลัพธ์ สุดท้ายของการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ซึ่งพยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและบรรลุในผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง เช่น การจัดการความปวด การจัดการอาหารไม่สุขสบายน้ำด่างฯ การดูแลคนเอง

แบ่งมุ่งที่สาม ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึงการตอบสนองของผู้ใช้บริการการพยาบาล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรม หรือความรู้สึก ที่พึงหรือไม่พึงประณญา จากการปฏิบัติการพยาบาล โดย สมสมัย สุธีรศานต์ (2556) ให้ความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึงการตอบสนองหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอันเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ หรือพฤติกรรม หรือความรู้สึก สอดคล้องกับ Position papers (1992 อ้างอิงใน เนวลด์ นันท์คุภวัฒน์, 2556) กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่า เป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแลที่มีการเปลี่ยนแปลงใน方方面ที่พึงประณญา หรือไม่พึงประณญา ซึ่งสามารถเกิดจากคุณลักษณะของการให้บริการพยาบาล

จากที่กล่าวมาสรุปความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือ ผลสุดท้ายของการดูแล เกิดขึ้น จากความพยายามในการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ผลตามเป้าหมาย สะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการวัดคุณค่าที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ/ผู้ใช้บริการการพยาบาล ซึ่งมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและบรรลุในผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง และวัดการตอบสนองของผู้รับบริการ/ผู้ใช้บริการการพยาบาลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่พึงหรือไม่พึงประณญาจากการปฏิบัติการพยาบาล

ความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นมีความสำคัญต่อทั้งตัวพยาบาล หน่วยงานที่สังกัด องค์กร วิชาชีพพยาบาล ผู้ใช้บริการการพยาบาล และสังคม ซึ่งสะท้อนได้จากความคิดเห็นของนักวิชาการต่างๆ ดังเช่น พิกุล นันทชัยพันธ์ (2552) ได้เสนอความคิดเห็นในประเด็นการวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล โดยกล่าวถึงแนวโน้มการวิจัยทางการพยาบาลว่า การวิจัยผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความต้องการของระบบสุขภาพ และการกำหนดความก้าวหน้าในสายงาน ส่วนแนวโน้มด้านปฏิบัติการพยาบาล ได้ให้ความเห็นว่า การพยาบาลจะมุ่งเน้นผลลัพธ์มากขึ้น

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อการบริหารทางการพยาบาลเช่นกัน โดย สมสมัย สุธีรศานต์ (2556) กล่าวถึงความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้ 1) สะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่ต้องการจะด 2) ทำให้ทราบว่าโครงการที่มีการดำเนินการอยู่นั้นได้บรรลุวัตถุประสงค์ 3) เปลี่ยนชื่อนุส ตามสภาพเป็นจริงให้เป็นข่าวสารที่มีความหมาย (Meaningful) ต่อผู้บริหารและสาธารณะ (Public) 4) ช่วยเตือน ติดตามผล ประเมินคุณภาพการดูแล และหาแนวทางปรับปรุง

ตัวชี้วัดทางการพยาบาลมีประโยชน์ต่อห้องตัวพยาบาล หน่วยงานที่สังกัด และสังคม ดังนี้ (สมสมัย สุธีรศานต์, 2556) 1) สังคม องค์กร ผู้จ่ายเงิน ต้องการเห็นผลลัพธ์การบริการพยาบาล ที่ชัดเจน 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ได้จะทำให้สังคมเห็นคุณค่าของพยาบาลชัดเจนขึ้น 3) ใช้เป็นหลักฐานยืนยันที่สามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำโดยพยาบาล หรือ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ 4) พยาบาลรับรู้ว่างานที่ทำได้ตาม เป้าหมายมากน้อยเพียงใด ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ทำงานหรือปรับปรุงงานให้ดีมากขึ้น ซึ่งจะ ก่อให้เกิดนิยัตกรรมหรือบริการใหม่ๆ เกิดขึ้นทางการพยาบาล 5) ลดภาระนิเทศงานลง เพราะ พยาบาลจะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง 6) ใช้ติดตามการทำงาน 7) เห็นโอกาสพัฒนา

นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้ใช้บริการการพยาบาลและองค์กร วิชาชีพพยาบาล โดย เรมวล นันทศุภวัฒน์ (2556) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้ 1) เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความปลอดภัยที่ผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ/องค์กรได้รับ จากการบริการพยาบาล 2) ทำให้เกิดความรู้เชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นเลิศ เพราะสามารถใช้เปรียบเทียบวิธีการพยาบาลในการเลือกรูปแบบการพยาบาล 3) จะนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนนโยบายด้านต่างๆ เพราะทำให้หน่วยงานทราบแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพ การพยาบาลว่าควรทำเรื่องใด สร้างให้ผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ/องค์กรได้รับผลจากการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด 4) แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ เพราะแสดงความรับผิดชอบในผลที่ ตามมาจากการปฏิบัติการพยาบาล และความรับผิดชอบของวิชาชีพ (Professional accountability)

การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification, NOC) เป็น สิ่งที่บ่งบอกถึงสถานะของบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนพฤติกรรมหรือการรับรู้ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วยผลลัพธ์การพยาบาล 7 กลุ่ม (Domain) (Moorhead, 2014) ได้แก่ 1) กลุ่มสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health) 2) กลุ่มสุขภาพด้านสรีรวิทยา (Physiological

health) 3) กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychological health) 4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge behavior) 5) กลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceived health) 6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family health) และ 7) กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community health) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสามารถวัดได้ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2556) ได้แบ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และ 3) ผลลัพธ์ด้านองค์กร ในขณะที่ สมมติย์ สุธีรศานต์ (2556) ได้จำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังนี้ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (Patient outcome) ได้แก่ พฤติกรรม ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcome) ได้แก่ อาการแสดงต่างๆ สมญาณซึ่ง ความร่วมมือในการรักษา 3) ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer outcome) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ภาระแทรกซ้อน อัตราตาย

การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลข้างต้น มีลักษณะที่เหมือนกัน 2 ด้าน คือ ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ และผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ลักษณะที่ต่างกันคือ ผลลัพธ์ด้านองค์กร และผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การดูแล (The Medical outcomes study's conceptual framework) ของ Tarlov, et al. (1989, p. 926) โดยผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลจากโครงสร้างการดูแล (Structure of care) และกระบวนการดูแล (Process of care) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

โครงสร้างการดูแล (Structure of care) ประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ คือ 1) คุณลักษณะของระบบ (System characteristics) ได้แก่ องค์กร (Organization) ความผสมผสานของความเชี่ยวชาญ (Specialty mix) ลิ่งจูงใจทางการเงิน (Financial incentives) ภาระงาน (Work load) และสิทธิ/สิ่งอำนวยความสะดวก (Access/Convenience) 2) คุณลักษณะของผู้ให้การดูแล (Provider characteristics) ได้แก่ อายุ (Age) เพศ (Gender) การอบรมเฉพาะทาง (Specialty training) แรงจูงใจทางเศรษฐกิจ (Economic incentives) ความเชื่อ/เจตคติ (Beliefs/Attitudes) ความหมายสม (Preferences) และความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) และ 3) คุณลักษณะของผู้ป่วย (Patient characteristics) ได้แก่ อายุ (Age) เพศ (Gender) การวินิจฉัยโรค/สภาวะโรค (Diagnosis/Condition) ความรุนแรง (Severity) การวินิจฉัยโรคร่วม (Comorbid conditions) พฤติกรรมสุขภาพ (Health habits) ความเชื่อ/เจตคติ (Beliefs/Attitudes) และความหมายสม (Preferences)

กระบวนการการดูแล (Process of care) (Process) ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ คือ 1) รูปแบบเทคนิคหรือการ (Technical style) ได้แก่ การตรวจเยี่ยม (Visits) การให้ยา (Medications) การส่งต่อ (Referrals) การสั่งการทดสอบ (Test ordering) การนอนพักในโรงพยาบาล (Hospitalizations) การใช้จ่าย (Expenditures) การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care) และการประสานงาน (Coordination) และ 2) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal style) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal manner) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient participation) การให้คำปรึกษา (Counseling) และระดับการสื่อสาร (Communication level)

สำหรับผลลัพธ์ (Outcomes) ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านต่างๆ คือ 1) จุดสิ้นสุดทางคลินิก (Clinical end point) ได้แก่ อาการและอาการแสดง (Symptoms and signs) ผลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory values) และการเสียชีวิต (Death) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental) สังคม (Social) และบทบาท (Role) 3) สุขภาวะทั่วไป (General well-being) ได้แก่ การรับรู้สุขภาพ (Health perceptions) การมีพลัง/ความเหนื่อยล้า (Energy/Fatigue) ความปวด (Pain) และความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และ 4) ความพึงพอใจในการดูแล (Satisfaction with care) ได้แก่ เรื่องสิทธิ (Access) สิ่งอำนวยความสะดวก (Convenience) ความคุ้มครองทางการเงิน (Financial coverage) คุณภาพ (Quality) และเรื่องทั่วไป (General)

แนวคิดของ Tarlov, et al. (1989, p. 926) ยังสอดคล้องกับ Donabedian (1988, p. 1745) ที่กล่าวว่า การประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of care) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ลักษณะโครงสร้างของหน่วยการดูแล ได้แก่ คุณลักษณะของแหล่งทรัพยากร (เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก คุปกรณ์และเงิน) ทรัพยากรุ่มนุษย์ (เช่น จำนวนและคุณสมบัติของบุคลากร) และโครงสร้างองค์กร (เช่นองค์กรทางการแพทย์ วิธีการทบทวนเชิงวิชาชีพ (Method of peer review) และวิธีการชำระเงิน (Method of reimbursement)) 2) กระบวนการ (Process) หมายถึง สิ่งที่ทำจริงในการให้การดูแลและการได้รับการดูแล นั่นคือ เป็นกิจกรรมของผู้ป่วยในการแสวงหาการดูแลและดำเนินการ และกิจกรรมของผู้ปฏิบัติงานที่จะวินิจฉัย และให้ข้อเสนอแนะหรือดำเนินการบำบัดรักษา และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลของการดูแล ที่มีต่อสถานะสุขภาพ (Health status) ของผู้ป่วยและประชาชน ได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ป่วย รวมถึงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแล องค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ การมีโครงสร้างที่ดีส่งผลให้มีกระบวนการที่ดี และการมีกระบวนการที่ดีนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

ความปวด (Pain) เป็นตัวชี้วัดหนึ่งขององค์ประกอบผลลัพธ์ด้านสุขภาวะทั่วไปตามแนวคิดของ Tarlov, et al. (1989, p. 926) ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลและกระบวนการการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (1988, p. 1745) ที่เห็นว่าการมีโครงสร้างที่ดีส่งผลให้มีกระบวนการที่ดี และการมีกระบวนการที่ดีนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดของ Tarlov, et al. (1989, p. 926) และ Donabedian (1988, p. 1745) สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของผลลัพธ์การจัดการความปวดได้ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Tarlov, et al. (1989, p. 926) และ Donabedian (1988, p. 1745) มาเป็นกรอบในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

หลักการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล

Erickson (1998 จ้างอิงใน พรหิพย์ มาลาธรรม และประคง อินทรสมบัติ, 2549, หน้า 30) กล่าวถึง ลักษณะที่ดีของตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ (Characteristics of clinical outcome indicators) ดังนี้ 1) ควรเน้นผลลัพธ์ที่ผู้ป่วย (ผู้ใช้บริการ) หรือญาติ โดยระบุการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาหรือความเจ็บป่วย 2) ควรเป็นตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ เช่น สามารถบอกระบุ เจอกเจง เลือก 3) มีกรอบเวลาในการประเมินคุณภาพอย่างเหมาะสม 4) ควรมีความเป็นไปได้ 5) ต้องสามารถวัดได้โดยใช้มาตรฐานทั้งเชิงการวัดตามเกณฑ์ (Objective) และตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective) ในบริบทที่เฉพาะ

สิ่งสำคัญในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือ การมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจง โดย อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2555) กล่าวว่า ตัวชี้วัดที่ควรใช้สำหรับแต่ละกลุ่มโรค ควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึง clinical outcome indicator, evidenced-based process indicator, และ indicator อื่นๆ ดังนี้

1. Clinical outcome indicator คือการวัดการบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ (P - purpose) ซึ่งอาจเริ่มด้วยการถามว่า (1) จะดูว่ารักษาโครนิคเมื่อได้ผลดีได้จากอะไร เช่น รักษาเบาหวานได้ผลดีได้จากการที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (2) คุณค่าสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับคืออะไร เช่น ผู้ป่วยหอบหืดสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (3) ในทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เป้าหมายการรักษาและความเสี่ยงในการดูแลโครนิคเรื้อร่าย อาจจะ search internet หาคำว่า treatment goal และ risk ของโรคที่สนใจ เช่น การวัดผลลัพธ์การดูแลระยะยาวของผู้ป่วย stroke "The goal of long-term treatment after a stroke is to help the patient recover as much function as possible and prevent future strokes." ทำให้นึกถึงตัวชี้วัดของการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและการเกิด stroke ขึ้น

2. Evidence-based process indicator คือการติดตาม compliance ของการปฏิบัติตามข้อแนะนำที่องค์กรวิชาชีพหรือนักวิชาการเสนอแนะว่าเป็นวิธีการที่ได้ผลคุ้มค่า
3. Other indicator อาจจะเป็นตัวชี้วัดในเชิงกระบวนการหรือผลลัพธ์ได้ สามารถพิจารณาจากมิติคุณภาพต่างๆ ในแต่ละขั้นตอน แล้วเลือกสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาตามติดตาม วัด มิติคุณภาพเหล่านี้ได้แก่ accessibility, appropriateness (วัดแล้วใน evidence-based process indicator), competency, continuity, coverage, effectiveness (อาจจะวัดแล้วใน clinical outcome indicator), efficiency, equity, holistic, responsiveness, safety, timeliness หรืออาจจำง่ายๆ ว่า A²C³E³HRST

สมสมัย สุธีริกานต์ (2556) "ได้กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้ 1) พิจารณา ว่านำไปใช้ในระดับใด เช่น ระดับองค์กรพยาบาล/ฝ่ายการ/กลุ่มการพยาบาล หรือผู้ป่วย/หน่วยงาน ผู้ป่วยเฉพาะโรค กลุ่มโรค ใช้กับกลุ่มใด เช่น เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ 2) กำหนดรายตัวชี้วัด เพื่อให้ ครอบคลุม กระบวนการ ผลลัพธ์ 3) ครอบคลุมคลินิก วิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ องค์กร ค่าใช้จ่าย 4) ครอบคลุมผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดทั้งความเป็นวิชาชีพ 5) คัดเลือกเฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญจริง เหมาะกับสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งหรือเลือกตัวชี้วัดที่เป็นจุดเน้นขององค์กร จำนวนพอที่จะนำไป พัฒนาได้ 6) การวัดเป็นค่าใช้จ่ายอย่างหนึ่ง คุ้มค่า ไม่นำไปใช้ไม่ควรวัด 7) ความสะดวกในการวัด กระชับ เข้าใจง่าย ตรงกัน 8) ราคาไม่แพง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับพยาบาลไม่เพียงแต่เงิน ค่าของเวลา พลังงานที่ใช้ไป ไม่เพิ่มภาระแก่พยาบาลมากเกินไป 9) ควรเป็นการวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ 10) ภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับท้องถิ่น 11) ใช้วิธีสมมต้านเพื่อกำหนดตัววัดมากกว่าใช้วิธีเดิมที่นิยม เพียงอย่างเดียว 12) อาจนำตัวชี้วัดสำคัญที่มีอยู่แล้ว มานำเสนอด้วยประชุมร่วมกันระหว่าง ผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานอื่นๆ หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ หรืออาจจะใช้การรวมสมอง เพื่อกำหนดตัววัดใหม่ๆ ร่วมกันเพียงอย่างเดียว

ผู้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล พยาบาลที่จะทำการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้นั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประเมินผล ผูกกับความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะทาง ด้วยเหตุนี้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเป็น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse, APN) จึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะ ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งสภากาชาดไทย (2552) "ได้ให้แนวทางในการประเมิน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการกำหนดขอบเขตและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) ซึ่งการปฏิบัติ ที่แสดงถึงสมรรถนะ มีดังนี้ 1) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่ต้องเขียนรายงาน 2) พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล สำหรับใช้ในหน่วยงาน 3) ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับ กลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง 4) วิเคราะห์ผลเบรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาล อย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล 5) นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทาง ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 6) จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ ทางการพยาบาลในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเบรียบเทียบ ผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 7) เมยแพร์วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเดิมเพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เขียนรายงาน

นอกจากนี้ สมสมัย สุธีรศานต์ (2556) ได้ให้แนวทางแก่ผู้ทำการประเมินผลลัพธ์การ ปฏิบัติทางการพยาบาลตามกลุ่มโรค ดังนี้ 1) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามกลุ่มโรคผู้ป่วย อาจจะมี พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้เก็บข้อมูล 2) ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลเฉพาะโรคมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse, APN) เป็นผู้ติดตามและบริหารหรือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เฉพาะกิจกรรมพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมควรติดตามถึงผลลัพธ์ และมีการบันทึก ทางการพยาบาลไว้เป็นหลักฐาน ถ้าไม่เป็นไปตามที่กำหนดควรดำเนินการหาแนวทางแก้ปัญหา ร่วมกับทีมพยาบาล 4) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเฉพาะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น การพัฒนา ของ IOWA Outcomes project ระบบ Nursing Outcomes Classification (NOC) ซึ่งมีการ พัฒนาตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาล

แนวทางในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลยังมีแนวทางที่ไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากมี นักวิชาการที่ให้ความสนใจในเรื่องนี้จำนวนน้อย ซึ่ง สมสมัย สุธีรศานต์ (2556) ได้ให้แนวทาง ในการวัดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ดังนี้ 1) กำหนดขอบเขตของการวัดให้ชัดเจน 2) เข้าใจถึงเทคนิค วิธีการวัด ข้อจำกัดของการวัด 3) ข้อสำคัญต้องวัดให้ถูกคน คือ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือตัวแทน ในการให้ข้อมูลที่เหมาะสม 4) ถูกเวลา คือ มีการกำหนดช่วงเวลาหรือความถี่ในการวัดที่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ 5) ลดความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลและการประมวลผล 6) Sentinel events ดูจากคุณบัติการณ์ สำหรับการเก็บข้อมูลควรพิจารณา ดังนี้ 1) สามารถเก็บข้อมูลโดยไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย ง่ายไม่ยุ่งยาก คุ้มค่าต่อการนำไปใช้ 2) คำนิยามเป็นที่ยอมรับ ทำความเข้าใจกับผู้เก็บข้อมูล ผู้ที่นำข้อมูลไปใช้ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ 3) 'ไม่เป็นภาระในการเก็บและประมวลผล ภาระงาน ที่มากก็จะให้เกิดความเหนื่อยล้า เกิดไม่พึงพอใจในงาน เป็นภัยพรางที่จะได้ข้อมูลไม่ครบ 'ไม่ใช่

ข้อมูลจริง 4) บอกรความแตกต่างได้ 5) มีหลักฐานเชิงประจำย์สนับสนุน 6) ใช้ติดตามเฝ้าระวังและประเมินคุณภาพความเหมาะสมสมของการบริหารจัดการการดูแลทางคลินิก

ในส่วนของต่างประเทศ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม พบในกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน โดยสมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (American Association of Critical-Care Nurses) (2008) ได้กำหนดมาตรฐานสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน (Standards of care for acute and critical care nursing practice) เกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 3 การจำแนกผลลัพธ์ (Outcomes identification) : ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินในทุกสถานการณ์ มีเกณฑ์การวัด ดังนี้ 1) ผลลัพธ์มารจากข้อวินิจฉัยที่เกิดขึ้นจริงหรืออาจจะเกิดขึ้น รวมถึงประเด็นการดูแล 2) ผลลัพธ์เป็นสูตรในการทำงานร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจ 3) ผลลัพธ์เป็นที่รู้จัก เป็นที่ยอมรับ และเป็นข้อต่อ夷ที่รวมเข้าเป็นหนึ่งเดียว 4) ผลลัพธ์มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ และผลลัพธ์ท่องพิจารณาถึงความเสี่ยง ผลประโยชน์ หลักฐานปัจจุบัน ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และค่าใช้จ่าย 5) ผลลัพธ์ให้ทิศทางการดูแลที่มีความต่อเนื่อง 6) ผลลัพธ์รวมถึงวันที่เป้าหมายบรรลุผล 7) ผลลัพธ์จะถูกปรับเปลี่ยน เมื่อยุบบันทึกฐานของการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของผู้ป่วย หรือการประเมินสถานการณ์ 8) ผลลัพธ์จะถูกบันทึกเป็นเป้าหมายที่วัดได้

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน จะประเมินความคืบหน้าของการบรรลุผลลัพธ์ โดยมีเกณฑ์การวัด ดังนี้ 1) การประเมินผลเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิคและเครื่องมือที่มีหลักฐานเป็นฐาน (Evidence-based techniques) 2) ทีมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแลสุขภาพ มีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลตามความเหมาะสม 3) การประเมินประสิทธิผลของสิ่งแวดล้อม เช่น แสง ไฟ ที่การเกิดขึ้นของผลลัพธ์ที่ต้องการ 4) การประเมินผลที่เกิดขึ้นภายในกรอบเวลาที่เหมาะสม จะเกิดขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมได้เริ่มขึ้น 5) ข้อมูลการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะใช้ในการปรับปรุงข้อวินิจฉัย ผลลัพธ์ และแผนตามความจำเป็น 6) ผลลัพธ์จะถูกบันทึกของการประเมินผลจะถูกบันทึกไว้

อย่างไรก็ตาม Boyce (1996, p. 103) "ได้ให้ข้อคิดในการวัดผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ ว่ามีจุดอ่อน ดังนี้ 1) ผลลัพธ์บางตัวให้อำนาจทางสถิติน้อยในการวิเคราะห์เชิงเบรี่ยบเที่ยบ 2) การวิเคราะห์ผลลัพธ์บอกถึงการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพทางคลินิกได้น้อย (นั่นคือ บอกว่าทำงานได้ดี แต่ไม่ได้เหตุผลว่าทำไม่ถึงทำงานดี) 3) การประเมินผลลัพธ์

เกิดขึ้นหลังจากให้สิ่งแอลกอฮอล์ไปแล้วในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งบอกได้ยากกว่าเวลาใดที่สุดในการประเมินผลลัพธ์ และ 4) ผู้ใช้บริการมักตระหนักรถึงคุณภาพของสร้างและกระบวนการบริการ ไม่ใช่ที่ตัวผล นอกจากการคำนึงถึงจุดอ่อนของการประเมินผลลัพธ์แล้ว จะต้องให้ความสำคัญกับ ความตรง (Validity) ของการประเมินผลลัพธ์ ตามแนวคิดของ Roach (2006, p. 8) ที่กล่าวว่า ถึงแม่ว่าการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วย การวัดผลลัพธ์ ช่วยคาดการณ์ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับมากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการสิ่งแอลกอฮอล์ และเป็น การสนับสนุน/พิสูจน์ด้วยหลักฐานเอกสารว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับสิ่งแอลกอฮอล์หรือไม่ก็ตาม แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพสำคัญยังมีหลักหลาย ไม่ว่าจะเป็นความพิการและคุณภาพชีวิต สำหรับ ความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) นั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นแต่ไม่ใช่ลักษณะที่เพียงพอของการวัด ผลลัพธ์ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องตรวจสอบว่าการวัดจริงไม่แห้งมุนของปรากฏการณ์ที่สนใจ นั่นคือ ความตรง (Validity) ทั้งนี้ ความตรงไม่ได้เป็นลักษณะของเครื่องมือ แต่สามารถกำหนด คำถามที่เฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับประชากที่กำหนด การวัดผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมิน การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่เมื่อเวลาผ่านไป จะต้องตอบสนองต่อความสามารถในการตรวจสอบ การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจในชนิดและคุณสมบัติของการวัดผลลัพธ์ทางด้าน จิตวิทยาเพื่อเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับวัตถุประสงค์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในกระบวนการ ประเมินผล สถาบันล้องกับสมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศไทยหรือเมริกา (American Association of Critical-Care Nurses) (2008) ตลอดจนได้ให้ความสำคัญกับความตรง (Validity) ของการประเมินผลลัพธ์ตามแนวคิดของ Roach (2006, p. 8)

แนวคิดการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

ความหมายของความป่วย

ความป่วยเป็นเรื่องที่มีการศึกษามานาน และมีผู้ให้ความหมายของความป่วยมาทุกยุค ทุกสมัย ยุคแรกๆ เชื่อว่าความป่วยเป็นการกระทำของภูตผีปีศาจ บางยุคเชื่อว่าความป่วย เป็นเรื่องของจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกไม่พึงพอใจ ปัจจุบันมีผู้ให้ความหมายของความป่วย ไว้เป็นจำนวนมาก ดังเช่น McCaffery (1968 as cited in Pasero, Paice, & McCaffery, 1999, p. 17) กล่าวว่า ความป่วยเป็นสิ่งที่จะคงอยู่ตราบที่บุคคลนั้นบอกว่ามี Cailliet (1988, p. 19) กล่าวว่า ความป่วยเป็นการตอบสนองส่วนบุคคลเมื่อเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ และเป็น ประสบการณ์ส่วนบุคคลโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งด้านเชิงภาพ จิตใจ และสังคม สำหรับ

Pasero, et al. (1999, p. 16) ได้กล่าวถึงความปวดว่า เป็นปรากฏการณ์ที่มีองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain, IASP) (1986 as cited in Bowsher, 1993, p. 5) ได้ให้ความหมายของความปวดไว้ว่า เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือเปรียบเสมือนว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น นักวิชาการไทยให้ความหมายของความปวดว่า ความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน ที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือจิตใจได้รับการคุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว จะมีแต่บุคคลที่กำลังประสบความปวดอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ้งถึงความปวดของตนเอง (สุพร พลายันนท์, 2528, หน้า 18) นักวิชาการไทยบางท่านมองความปวดเป็นการรับรู้มากกว่าความรู้สึก เพราะนอกจากจะเข้ามายุ่งกับขนาดหรือความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นความปวดแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความสนใจเช่าใจใส่ และความอดทน (จัยพร เรืองกิจ, 2530, หน้า 1)

จากที่กล่าวมา สรุปความหมายของความปวดได้ว่า เป็นการรับรู้ ความรู้สึก ประสบการณ์ และการตอบสนองส่วนบุคคล รวมทั้งเป็นสัญญาณเตือนภัย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดตามมาจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือเปรียบเสมือนว่าเกิดการทำลาย เนื้อ ความปวดเป็นปรากฏการณ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม

ชนิดของความปวด

ความปวดสามารถแบ่งออกเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้

1. แบ่งตามส่วนประกอบของความปวด มี 2 ชนิด คือ 1) ความปวดจากพยาธิสภาพ (Pathological pain) คือ ความปวดที่สัมพันธ์กับการทำลายหรือการทำลายเนื้อเยื่อ มีอันตรายให้เห็นได้ชัดเจน และคาดคะเนความรุนแรงได้ และ 2) ความปวดจากประสบการณ์ (Experimental pain) คือ ความปวดที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ ความทรงจำ และอารมณ์ตอบสนอง ความรุนแรงของความปวดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านจิตใจ (อรพรวรรณ ทองเตง, 2534, หน้า 21-22)

2. แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความปวด มี 2 ชนิด คือ 1) ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงมาก มีระยะเวลาของความปวดน้อยกว่า 6 เดือน และส่วนมากความปวดจะหายไปพร้อมกับการทำเจ็บ (Bolander, 1994, p. 968 ; Meinhart, & McCaffery, 1983, p. 199; Taylor, Lillis, & LeMone, 1993, p. 753) และ 2) ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งอาจเป็นต่อเนื่องมาจากความปวดเฉียบพลัน แต่ความปวดจะยังคงอยู่ถึงแม้ว่าจะหายจากการ

bad jeep แล้ว ระยะเวลาของความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน (Meinhart, & McCaffery, 1983, pp. 201-202 ; Taylor, et al., 1993, p. 753)

3. แบ่งตามแหล่งที่เกิดความปวด มี 4 ชนิด คือ 1) ความปวดบริเวณผิวหนัง (Superficial pain or cutaneous pain) คือ ความปวดที่มาจากการกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ ในอวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวนังและเนื้อเยื่ออันตัวตัวนั้นตัวมีความไวต่อความปวดสูง ลักษณะของความปวดมักจะเป็นแบบแหลมคม รู้สึกเหมือนเข็มแทง หรือปวดแบบปวดร้อน ความปวดชนิดนี้มีระยะเวลาของความปวดสั้น และมีบริเวณความปวดชัดเจน (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 55 ; Meinhart, & McCaffery, 1983, pp. 176-177) 2) ความปวดของอวัยวะส่วนลึก (Deep pain) มี 2 ลักษณะ คือ ความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep somatic pain) และความปวดอวัยวะภายใน (Visceral pain) (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 56-59 ; Meinhart, & McCaffery, 1983, pp. 177-178 ; Pasero, Paice, & McCaffery, 1999, p. 19 ; Puntillo, 1991, p. 12) Deep somatic pain คือ ความปวดที่มาจากการอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าบริเวณพื้นผิวร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ พังผืด เอ็น ข้อต่อต่างๆ และเยื่อหุ้มกระดูก ลักษณะของความปวดมักจะเป็นแบบปวดตื้อๆ หรือปวดเมื่อย ความปวดชนิดนี้มีระยะเวลาของความปวดนานกว่า Superficial pain และมีบริเวณความปวดกว้างกว่า นอกจากนี้ ความปวดชนิดนี้ยังสัมพันธ์กับระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดภาวะต่างๆ คือ เส้นเลือดหนาด้วย คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก และอาจเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อคล้ายกับ Visceral pain ส่วน Visceral pain คือ ความปวดที่มาจากการอวัยวะภายในร่างกาย โดยมากมักเกิดจากการที่กล้ามเนื้อเรียบหดตัว และ/หรือ มีการขาดเลือดของอวัยวะภายใน ยกเว้นตับ ไตและปอด จะเกิด Visceral pain ขึ้นได้จากการที่โครงสร้างใกล้เคียงถูกกระทบ ลักษณะของความปวดชนิดนี้มักจะเป็นแบบปวดตื้อๆ ปวดแบบปวดร้อน หรือปวดบิด มีระยะเวลาของความปวดนาน มีบริเวณความปวดกว้างมาก บอกขอบเขตและตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน โดยมากมักมีอาการปวดร้าว (Referred pain) ร่วมด้วย (จริยา เลิศอรรມยนนี, 2534, หน้า 53-54) นอกจากนี้ ความปวดชนิดนี้ยังสัมพันธ์กับระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดภาวะต่างๆ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก กระวนกระวาย ซึ่งจะเห็นเรื่องหรือข้ากว่าปกติ และความดันโลหิตต่ำคล้ายกับภาวะซึมอก 3) ความปวดทางระบบประสาท (Neurological pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการมีการทำลายระบบประสาทรับความรู้สึก ตั้งแต่ประสาทส่วนปลายจนถึงประสาทส่วนกลาง ความปวดจากอวัยวะเหล่านี้มักจะรุนแรงและขึ้นอยู่กับภาวะอารมณ์ด้วย สำหรับลักษณะของความปวดจะแตกต่างกันไปตามอวัยวะที่ถูกทำลาย (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 60 ; Pasero, et al., 1999, p. 19) และ 4) ความปวดด้านจิตใจ (Psychological pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุด้านร่างกาย หรืออาจจะมีเพียงเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึก

ปวดรุนแรงมาก พบรูปแบบที่มีความวิตกกังวลสูง เช่น จากผลของการ Chronic pain เป็นต้น (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 61)

4. แบ่งตามพยาธิสรีรภาพของความปวด มี 2 ชนิด คือ 1) Nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก (Primary afferent neurons) โดยที่ระบบประสาทยังทำงานปกติ และ 2) Neuropathic pain เป็นความปวดจากการที่มีความผิดปกติของระบบประสาท (Pasero, et al., 1999, p. 16)

ประสาทสรีริวิทยาของความปวด

ความปวดมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบใหญ่ๆ คือ สิ่งกระตุ้นความปวด (Noxious stimuli) ตัวรับความปวด (Pain receptors / Nociceptors) และวิถีประสาทของความปวด (Pain impulse pathway) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นความปวด เป็นสิ่งที่ทำให้เรื่อยேอได้รับบาดเจ็บ คือ มีการทำลายหรือมีศักยภาพจะทำการเนื้อยேอแล้วส่งผลให้เกิดความปวดขึ้น สิ่งกระตุ้นความปวดแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ (ชัยพร เรืองกิจ, 2530, หน้า 2 ; Pasero, et al., 1999, p. 18 ; Potter, & Perry, 1993, p. 1177) 1) สิ่งกระตุ้นด้านแรงกล (Mechanical noxious stimuli) ได้แก่ แรงกด แรงกระแทก แรงยืด ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการยืดที่ผิดรูป่างของอวัยวะต่างๆ 2) สิ่งกระตุ้นด้านอุณหภูมิ (Thermal noxious stimuli) ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และ 3) สิ่งกระตุ้นด้านสารเคมี (Chemical noxious stimuli) ได้แก่ สารเคมีทั้งภายนอกและภายในในร่างกาย สารเคมีภายนอกร่างกาย ได้แก่ ยาเคมีบำบัด กรดด่างต่างๆ สารเคมีภายนอกในร่างกายได้แก่ น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และสารเคมีที่ถูกปล่อยออกมามีเชลล์เรื่อยேอถูกทำลาย เช่น bradykinin, potassium และ histamine เป็นต้น (Fields, 1989, p. 32)

2. ตัวรับความปวด เป็นปลายประสาทอิสระ (Free nerve endings) ที่แผ่กระจายอยู่ตามเนื้อยேอเกือบทุกส่วนของร่างกาย (ผาสุก บรรณาธุ์, 2541, หน้า 13 ; Watt-Watson, & Long, 1993, p. 164) ซึ่งเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสิ่งกระตุ้นชนิดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว จะส่งสัญญาณประสาทไปตามใยประสาทรับความรู้สึกชนิดต่างๆ ชนิดของตัวรับความปวดสามารถแบ่งออกตามสิ่งกระตุ้นความปวดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (Cailliet, 1988, p. 20) 1) ตัวรับด้านแรงกล (Mechanoreceptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นด้านแรงกลที่ไม่ทำลายเรื่อยேอ แล้วส่งสัญญาณประสาทไปตาม A delta ตัวรับชนิดนี้มีจุดกันความปวดหรือระดับเริ่มรับรู้ความปวด (Pain threshold) ในระดับสูง 2) ตัวรับด้านอุณหภูมิ (Thermoreceptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นด้านอุณหภูมิแล้วส่งสัญญาณประสาทไปตาม A delta และ C fibers และ 3) ตัวรับหลายด้าน

(Polymodal receptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นทุกชนิดที่ทำลายเนื้อเยื่อ ได้แก่ แรงกลดลงสูง ความร้อนสูง และสารเคมีต่างๆ แล้วส่งสัญญาณประสาทไปตาม C fibers

เนื้อเยื่อแต่ละส่วนของร่างกายจะมีตัวรับความปวดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งกระตุ้นความปวด กันๆคือ จะพบ mechanoreceptors และ thermoreceptors อยู่บนผิวนังทั้งหมด รวมทั้งทางเดินอาหารทั้งส่วนต้นและส่วนปลาย ส่วน polymodal receptors นั้นพบอยู่ทั่วไปในเนื้อเยื่อ ของร่างกายทุกชนิดทั้งตื้นและลึกโดยเฉพาะอย่างยิ่งของวัยรุ่นใน นอกจากนี้ยังพบว่าถ้ากระตุ้น mechanoreceptors และ thermoreceptors ซ้ำๆจะทำให้เกิดการล้าและหยุดส่งสัญญาณประสาท ในทางตรงกันข้ามถ้ากระตุ้น polymodal receptors ซ้ำๆจะยิ่งเกิดความปวดมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ การกระตุ้นจะยิ่งเพิ่มการทำงานของตัวรับชนิดนี้และลด firing threshold (ชัยพร เรืองกิจ, 2530, หน้า 2)

3. วิถีประสาทของความปวด ความปวดเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่มีก่อสูตรไปประสาท ต่างๆทำหน้าที่ส่ง信号ต่อ กันเป็นวิถีประสาทขึ้น วิถีประสาทของความปวด ประกอบด้วย กระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ คือ transduction, transmission, perception และ modulation ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ (Pasero, et al., 1999, pp. 18-23)

3.1 Transduction เป็นกระบวนการที่เปลี่ยน noxious stimuli ไปเป็นสัญญาณประสาท กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นในปลายประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve ending) และเกี่ยวข้องกับ nociceptors กันๆคือ เมื่อเซลล์เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการกระตุ้นของ noxious stimuli จะทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆออกมานี้ ได้แก่ prostaglandin, bradykinin, substance P และ histamine ไปกระตุ้น nociceptors เมื่อยื่อหัวเมล็ดของ nociceptors เกิดการเปลี่ยนแปลงศักดิ์ไฟฟ้า (Depolarization และ Repolarization) จะเกิดเป็นสัญญาณประสาทขึ้น และส่งไปตามประสาทต่างๆต่อไป

3.2 Transmission เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามมาจากการ Transduction โดยทำการส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมอง กระบวนการนี้ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 การนำส่งสัญญาณประสาทจากบริเวณที่มีการบาดเจ็บ หรือบริเวณที่มี Transduction ไปยังไขสันหลัง : ในขั้นตอนนี้จะมีประสาทรับความรู้สึกเพียง 2 ชนิดเท่านั้น ที่นำส่งสัญญาณประสาท ได้แก่ A delta และ C fibers ทั้ง A delta และ C fibers ถือเป็นไปประสาทขนาดเล็ก เพราะมีเส้นผ่านศูนย์กลางเพียง 1 ไมครอน อย่างไรก็ตาม A delta และ C fibers จะมีความแตกต่างกัน โดย A delta fibers จะเป็นไปประสาทที่มี myelin หุ้มเป็นปลอกประสาท ในขณะที่ C fibers ไม่มี ทำให้ A delta fibers มีความสามารถในการนำส่งสัญญาณประสาทได้เร็วกว่า C fibers และเนื่องจาก A delta fibers นำส่งความปวดแบบแหลมคม ส่วน C fibers

นำส่งความปวดแบบตื้อๆ ดังนั้น เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจึงเกิดความปวดแบบแหลมคมก่อนที่จะเกิดอาการปวดแบบตื้อๆ (Cailliet, 1993, pp. 9-10 ; Dwarakanath, 1991, p. 5)

เมื่อ A delta และ C fibers รับสัญญาณประสาทมาจาก nociceptors ก็จะส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลัง เพื่อทำการประسانประสาท (Synapse) กับเซลล์ประสาทในชั้นหรือ laminae ต่างๆ ของ dorsal horn ซึ่งมีอยู่ 10 ชั้น (Rexed, 1952 as cited in Jones, 1992, p. 11) โดย A delta fibers จะ Synapse กับเซลล์ประสาทใน laminae 1 และ 5 ส่วน C fibers จะ Synapse กับเซลล์ประสาทใน laminae 2 (Puntillo, 1991, p. 13) สำหรับ laminae 1 และ 2 ซึ่งเรียกว่า "Substantia Gelatinosa หรือ SG" (Melzack, 1986, p. 3) จะเป็นชั้นที่มีบทบาทสำคัญในการรับสัญญาณประสาทด้วยคุณสมบัติและทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน เมื่อมีการส่งสัญญาณประสาทจาก A delta และ C fibers บริเวณ dorsal horn แล้ว ปลายประสาทส่วนนี้จะปล่อยสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) คือ substance P ไปจับกับ neuroreceptors ใน SG ทำให้เกิด nociceptive transmission ซึ่งจะนำส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองต่อไป (Aimone, 1992, pp. 32-33; Puntillo, 1991, pp. 13-21)

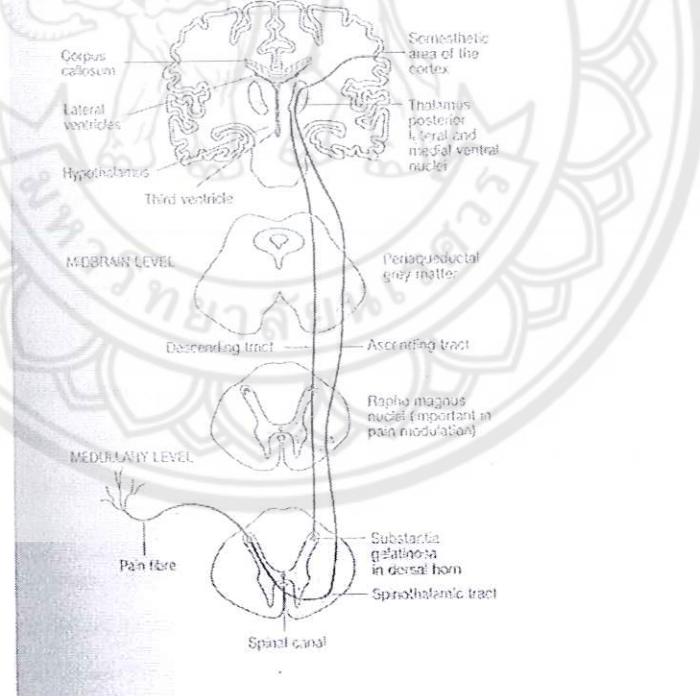
3.2.2 การนำส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังไปยังก้านสมอง (Brain stem) และสมองส่วน thalamus : หลังจากที่เกิด nociceptive transmission จะมีการนำส่งสัญญาณประสาทจาก dorsal horn ไปยังก้านสมองและสมอง โดยทอดข้ามจาก dorsal horn ไปยัง ventral horn ก่อนแล้วจึงขึ้นไปตามใยประสาทนำขึ้น (Ascending fiber tracts) ซึ่งประกอบด้วยทางเดินประสาทใหญ่ๆ 3 ทาง คือ spinothalamic tract (STT) หรือ neospinothalamic tract, spinoreticular tract (SRT) หรือ paleospinothalamic tract และ spinomesencephalic tract (Willis, 1985 and Fields, 1987 as cited in Puntillo, 1991, pp. 13, 15-16) ซึ่งรวมเรียกว่า "Spinal lemniscus" หรือ "Anterolateral fasciculus" (Jones, 1992, p. 14)

3.2.3 การนำส่งสัญญาณประสาทนิรเวณสมองจาก thalamus ไปยัง cortex : ในชั้นตอนนี้จะอาศัยทางเดินประสาทที่เรียกว่า thalamocortical tract (Cailliet, 1993, p. 11) ซึ่งนำไปสู่การรับรู้ความปวด (Cailliet, 1993, p. 10)

3.3 Perception เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามมาจากการ transmission คือเป็นกระบวนการของการรับรู้ จดจำ ให้ความหมาย และตอบสนองต่อความปวด (Field, 1987 as cited in Pasero, et al., 1999, pp. 18, 22)

3.4 Modulation เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังไปยังสมอง กระบวนการนี้จะอาศัยใยประสาทนำลง (Descending fibers) เพื่อนำ

สารเคมีต่างๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ endogenous opioids, serotonin (5HT), norepinephrine (NE), γ -aminobutyric acid (GABA) และ neuropeptides ที่มีอยู่ในสมองไปยังไขสันหลัง (Pasero, et al., 1999, p. 22) โดยทำการยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทของ nociceptive transmission นอกจาก descending fibers ที่กล่าวมาแล้ว A beta fibers ซึ่งเป็นใยประสาทรับความรู้สึกชนิดหนึ่ง ได้มีบทบาทที่สำคัญในการยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทของ nociceptive transmission ที่ระดับไขสันหลังด้วยเห็นกัน (นิพนธ์ พวงวนิทร์, 2534, หน้า 9) A beta fibers ถือเป็นใยประสาทนานาดใหญ่ คือมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 8 ไมครอน ซึ่งใหญ่กว่า A delta และ C fibers นอกจากนี้ยังมี myelin หุ้มเป็นปลอกประสาท ทำให้มีความสามารถในการนำส่งสัญญาณประสาทได้เร็วกว่าใยประสาททั้งสอง A beta fibers จะพบได้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง ข้อต่อต่างๆ กล้ามเนื้อ และอวัยวะภายใน และจะมีการสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้านแรงกล ได้แก่ การสัมผัส การกด การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและเอ็น (Dwarkanath, 1991, pp. 4-5) วิถีประสาทของความปวดที่กล่าวมาแสดงให้เห็นชัดเจนขึ้นดังภาพ 20



ภาพ 20 วิถีประสาทของความปวด

ที่มา: Jacques, 1994, p. 609

ทฤษฎีความปวด

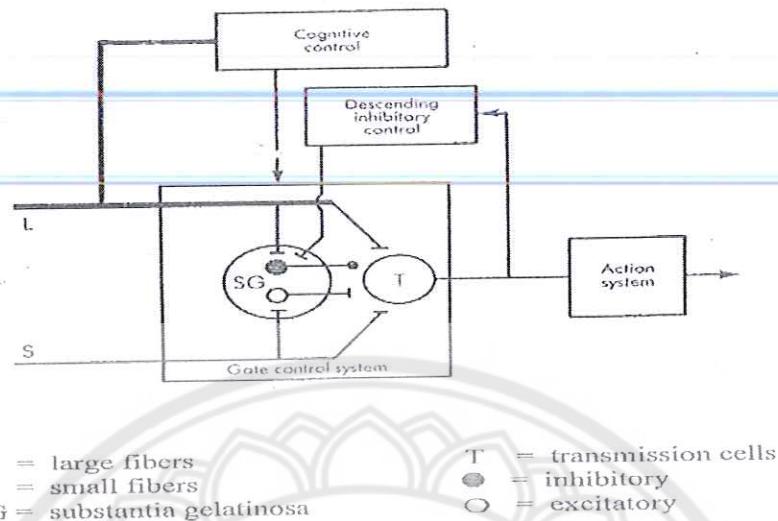
ความปวดเป็นเรื่องที่มีการศึกษามานานแล้วได้พัฒนาเป็นทฤษฎีมาอย่างต่อเนื่อง แต่ทฤษฎีที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ในการอธิบายถึงประสาทสรีวิทยาของความปวดและกลไกควบคุมความปวดมี 2 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีควบคุมประตุ และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน

1. ทฤษฎีควบคุมประตุ (The gate control theory)

ทฤษฎีควบคุมประตุถูกนำเสนอขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1965 โดย Melzack, & Wall (1965 as cited in Jones, 1992, p. 9) ซึ่งอธิบายทฤษฎีดังนี้ หลังจากที่ร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ จะมีการนำสัญญาณประสาทโดยไปประสาทขนาดใหญ่และเล็กเข้าสู่ระบบควบคุมประตุ (Gate control system) ซึ่งอยู่บริเวณไขสันหลังในส่วนของ dorsal horn ของไขสันหลังนั้น จะมีกลุ่มเซลล์ที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือนประตูเปิดและปิด เรียกว่า "SG cells" เซลล์กลุ่มนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ (Transmission cells) ซึ่งถ้ามีการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่จะเรียกว่า "ประตุเปิด" และถ้ามีการยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่จะเรียกว่า "ประตุปิด" การกระตุ้นหรือยับยั้งดังกล่าวขึ้นอยู่กับไปประสาททั้งสอง กล่าวคือ ถ้ามีการนำเข้าสัญญาณประสาทจากไปประสาทขนาดใหญ่มากกว่า จะทำให้มีการยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการนำเข้าสัญญาณประสาทขนาดเล็กมากกว่า จะทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่ เมื่อเซลล์ที่ส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมองจึงเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น

การรับรู้ความปวดเกิดขึ้นจากการทำงานของระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบด้วย (Melzack, 1986, pp. 6-10; Potter, & Perry, 1993, p. 1180) คือ 1) ด้านการรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative dimension) เป็นการทำงานระหว่าง thalamus กับ sensory cortex ทำให้มีการรับรู้และแยกแยะความรุนแรง ลักษณะ และตำแหน่งของความปวด 2) ด้านเร้าอารมณ์ (Motivational-affective dimension) เป็นการทำงานระหว่าง reticular formation กับ limbic system ทำให้มีการตอบสนองต่อความปวดด้านต่างๆ และ 3) ด้านการคิดพิจารณาและประเมินผล (Cognitive-evaluative dimension) เป็นการทำงานของ cortex ทำให้มีการเปลี่ยนความหมายความปวด

หลังจากที่ระบบควบคุมส่วนกลางได้วิเคราะห์และแปลงข้อมูลความปวดแล้ว จะย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการเปิดและปิดประตูของระบบควบคุมประตุ ซึ่งถ้าผลรวมของกลไกที่เกิดขึ้นทำให้ประตุเปิดจะทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่ และเมื่อสัญญาณประสาทที่ออกจากการเซลล์ที่เกินระดับปีดเริ่ม ก็จะเข้าสู่ระบบแสดงผล (Action system) ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความปวดด้านพฤติกรรมขึ้น กลไกระบบควบคุมประตุ แสดงให้เห็นดังภาพ 21



ภาพ 21 กลไกระบบควบคุมปวด

ที่มา: Jeans, & Melzack, 1992, p. 20

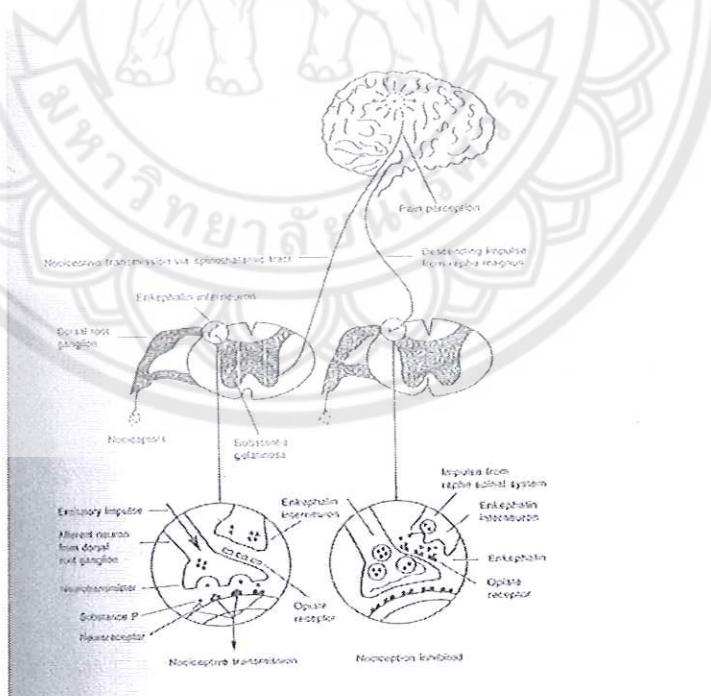
2. ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (The endogenous pain control theory)

ทฤษฎีควบคุมความปวดภายในเกิดขึ้นในช่วงประมาณปี ค.ศ. 1970 จากการค้นพบสารเคมีภายในร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) (Peric-Knowlton, 1984, p. 134) ได้แก่ endorphins และ enkephalins (Hughes, 1975, pp. 295-308 as cited in Reynolds, 1991, p.10) ต่อมา Jessell, & Iversen "ได้ค้นพบการทำงานระหว่าง enkephalins กับ substance P ซึ่งอยู่ในกลไกการปรับสัญญาณประสาทบริเวณไขสันหลัง" ได้ชัดเจนขึ้น ดังนี้ (Bowsher, 1978, pp. 935-944 อ้างอิงใน สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 31-33)

เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ ไปประสาทขนาดเล็กจะปล่อย substance P ณ บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง ขณะเดียวกันไปประสาทขนาดใหญ่และไปประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้น SG cells ให้ปล่อย enkephalins "ไปยับยั้งการทำงานของ substance P เมื่อเซลล์ที่ไม่ได้รับการกระตุ้นจาก substance P จึงไม่เกิดการส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมอง แต่ถ้า enkephalins "ไปยับยั้งการทำงานของ substance P "ไม่หมด substance P จะไปกระตุ้นเซลล์ที่ให้ส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมอง ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น"

ต่อมมาได้มีการค้นพบสารเคมีที่ไปกระตุ้น SG cells ดังกล่าว และได้มีการอธิบาย กลไกควบคุมความปวดภายในที่ขัดเจนยิ่งขึ้นดังนี้ กลไกควบคุมความปวดภายในมีศูนย์กลางอยู่ที่ PAG แต่มีปลายทางอยู่ที่ dorsal horn กล่าวคือ PAG จะเป็นบริเวณที่รับ neural input มาจาก สมองส่วนต่างๆ ได้แก่ hypothalamus, frontal and insular cortex, amygdala, adjacent nucleus cuneiformis, pontomedullary reticular formation และ locus coeruleus (Fields, & Basbaum, 1994, pp. 244-245) โดย PAG จะส่ง neuropeptidin มากระตุ้นนิวเคลียส (Nucleus) ต่างๆ ใน rostral ventromedial medulla (RVM) ผลจากการกระตุ้น nucleus raphe magnus ใน RVM จะเกิดการหลั่ง serotonin ส่งผ่านลงไปตาม dorsolateral funiculus (DLF) ไปที่ dorsal horn ของไขสันหลังใน laminae 1 และ 2 (นครชัย เพื่อนปฐน, 2538, หน้า 13)

หลังจากนั้น serotonin จะมา synapse และกระตุ้น enkephalin interneuron ที่อยู่ใน laminae 2 (SG) ให้ปล่อย enkephalins ไปจับกับ opiate receptors ที่อยู่บนส่วนปลายของเยื่อประสาท รับความรู้สึกปวด ทำให้ยับยั้งการปล่อยสารสื่อประสาท คือ substance P เมื่อ substance P ออกไปจับกับ neuroreceptors ใน SG ไม่ได้ จึงไม่เกิด nociceptive transmission ทำให้ไม่เกิด การส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมอง ดังแสดงในภาพ 22



ภาพ 22 กลไกการทำงานของ enkephalin และ substance P บริเวณไขสันหลัง

ที่มา: Chapman, & Bonica, 1983 as cited in Puntillo, 1991, p. 21

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวด

บุคคลจะมีการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ เท็ืือชาติ และสถานภาพสมรส (1) อายุ : เด็กจะมีการแสดงออกถึงความกรดร่าด้อย่างอิสระ แต่จะมีความทนต่อความปวด (Pain tolerance) น้อยกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้ เป็นเพราะผู้ใหญ่สามารถแปลความหมายความปวดได้ดีกว่าเด็ก (Matassarin-Jacobs, 1997, p. 346; Potter, & Perry, 1993, p. 1184) (2) เพศ : เพศชายจะมีการบังคับการแสดงพฤติกรรมตามวัฒนธรรม เช่น บังคับตนเองไม่ให้ร้องไห้ได้ดีกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายมีการแสดงออกในเรื่องความปวดได้น้อยกว่าเพศหญิง (Matassarin-Jacobs, 1997, pp. 346, 350 ; Potter, & Perry, 1993, p. 1185) (3) เท็ืือชาติ : คนผิวขาวมีความทนต่อความปวดมากที่สุด รองลงมาเป็นคนผิวดำ และคนผิวเหลืองหรือชาวตะวันออก (ชูลีพร เซาว์เมธากิจ, 2537, หน้า 210) (4) สถานภาพสมรส : เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเข่นกัน ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Kulik, & Mahler (1989 as cited in Gil, 1992, p. 63) พบร่วมว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่แต่งงานแล้ว มีความต้องการยาบรรเทาปวด และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

1.2 ลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ สภาวะอารมณ์ และการรู้คิด โดยบุคคลที่มีบุคลิกเปิดเผย มักแสดงออกถึงความปวดมากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกเก็บตัว (French, 1994, p. 17) และบุคคลที่มีความกรด เปื่อยหน่าย วิตกกังวล เครียด หรือซึมเศร้า จะมีความปวดเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีสภาวะอารมณ์ที่เป็นปัจจัยลดความทนต่อความปวด (Watt-Watson, 1999, p. 325) นอกจากนี้ บุคคลที่มีความสามารถในการรู้คิดแตกต่างกัน จะมีความสามารถในการแปลความหมายความปวดที่แตกต่างกันด้วย โดยบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ความปวดในอดีตและได้รับการบรรเทาความปวดที่ดี หรือบุคคลที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนจะมีการแปลความหมายความปวดได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวดมาก่อน หรือเคยมีแต่ไม่ได้รับการบรรเทาความปวดที่ดี รวมทั้งบุคคลที่ไม่เคยได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ดังนั้น จึงส่งผลให้มีความทนต่อความปวดเพิ่มขึ้นด้วย (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 52-53 ; Potter, & Perry, 1993, pp. 1185-1186)

1.3 ลักษณะทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว และศาสนา (1) ครอบครัว : มีรายงานการศึกษาที่ระบุว่า บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ ผู้ดูแลรายความปวดมากกว่าบุคคลที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก (Mersky, & Spear, 1967 ข้างต้นใน สาวิตรี อัชฌาวงศ์กรรชัย, 2530, หน้า 97) (2) ศาสนา : บุคคลที่นับถือศาสนาและมีความศรัทธาในพระเจ้า มักจะมองความปวดว่าเป็นการลงโทษ

จากพระเจ้า จึงมีการยอมรับและมีความทันต่อความป่วยเป็นขั้น บางรายอาจจะปฏิเสธการรักษา (Taylor, & Lillis, 1993, p. 755)

1.4 ลักษณะทางสรีรวิทยา ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การมีกิจกรรม และ ความสามารถทางร่างกาย โดยบุคคลที่นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเกิดความเหนื่อยล้า ทำให้มี ความทันต่อความป่วยลดลง ส่งผลให้มีการรับรู้ความป่วยเป็นขั้น นอกจากนี้ บุคคลที่มีความรู้สึกตัว ลดลงจะมีการรับรู้ความป่วยลดลงด้วย เช่น กรณีที่ได้รับยากดประสาทส่วนกลาง เป็นต้น (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 50 ; Matassarin-Jacobs, 1997, p. 350)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรม (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 54) 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ : บุคคลจะมีความทันต่อความป่วยมากขึ้น เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เงียบสงบ มีแสงและอุณหภูมิที่พอเหมาะสม รวมทั้งมีการระบายอากาศดี 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม : บุคคลจะมีความทันต่อความป่วยมากขึ้นเมื่ออยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ดีระหว่างบุคคล ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและปลดปล่อย 3) สิ่งแวดล้อมทาง วัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อและค่านิยม โดยบุคคลที่มีความป่วยจากมารยาทจะเกิดความป่วย มากกว่าบุคคลที่มีความป่วยจากโรคอื่นที่ไม่ใช่มารยาท ทั้งนี้เป็นผลจากความเชื่อที่ว่ามารยาทเป็นโรคร้าย นั่นเอง

3. ปัจจัยด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย บุคคลที่มีระบบประสาทที่ดีและทำงานน้ำที่ ได้สมบูรณ์ จะเกิดการรับรู้และตอบสนองต่อความป่วยได้ดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรือกระทบกระเทือนบริเวณไขสันหลังหรือสมอง จะมีความบกพร่องในการรับรู้และตอบสนองต่อ ความป่วย

4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นความป่วย โดยบุคคลจะรับรู้ความป่วย เพิ่มขึ้นเมื่อสิ่งกระตุ้นความป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น (สุพร พลายานันท์, 2528, หน้า 50)

การประเมินและบันทึกความป่วย

การประเมินความป่วย ถือเป็นบทบาทที่สำคัญด้านหนึ่งของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรค และการดูแลผู้ป่วยให้มีความ ปลอดภัย ช่วยให้การจัดการความป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ การประเมินความป่วยอย่าง เป็นระบบซึ่งมีการวัด (Measurement) และการประเมินซ้ำ (Re-assessment) ช่วยทำให้ลด ประสบการณ์ความป่วย เพิ่มความสุขสบาย เพิ่มการทำงานที่ทั้งทางด้านร่างกาย สรีรวิทยา และ จิตสังคม ตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจในการจัดการความป่วย (Wood, 2008)

1. ประเภทของการประเมินความปวด

การประเมินความปวดมีเครื่องมือให้เลือกใช้หลายประเภท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด เครื่องมือเหล่านี้มีความหมายสมกับผู้ป่วยไม่แต่ละประเภทแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วมีแนวทางการประเมิน 2 วิธี คือ การประเมินแบบอัตโนมัติ และการประเมินแบบปนนัย (Subjective) และการประเมินแบบปนนัย (Objective) (Watt-Watson, & Long, 1993, pp. 169-170 ; Whittaker, 1991, pp. 20-23)

1.1 การประเมินแบบอัตโนมัติ เป็นจากการประเมินความปวดเป็นประสบการณ์ที่มีหลายมิติ และเป็นพลวัตร (Rowlingson, 1994, p. 14) รวมทั้งเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ดังนั้น การประเมินแบบอัตโนมัติโดยการให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกรายความปวดด้วยตนเอง จึงถือเป็นการประเมินความปวดที่ดีที่สุด (Watt-Watson, & Long, 1993, p. 169) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดแบบนี้ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ แบบที่เป็นมาตรวัด (Scale) และแบบที่วัดเป็นมิติของความปวด (Dimensions of pain) (Whittaker, 1991, pp. 20-21)

1.1.1 แบบที่เป็นมาตรวัด เป็นการวัดความรุนแรงของความปวด (Pain intensity) เครื่องมือที่ใช้การวัดแบบนี้ได้แก่ (Paige, & Cioffi, 1992, pp. 71-72 ; Pateman, 1996, p. 12; Rowlingson, 1994, pp. 19-22 ; Whittaker, 1991, pp. 20-21)

1) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale, VAS) หรือ Linear analogue scale เป็นมาตรวัดความปวดที่ใช้เส้นตรงแทนความรุนแรงของความปวด และเป็นการเปรียบเทียบด้วยสายตา โดยใช้เส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร ซึ่งเทียบเป็นคะแนนความปวดเท่ากับ 100 คะแนน ปลายเส้นด้านซ้ายระบุข้อความว่า “ไม่ปวด” ส่วนปลายเส้นด้านขวาระบุข้อความว่า “ปวดมากที่สุด” กำกับอยู่ วิธีใช้เครื่องมือนี้จะให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงดังกล่าว หลังจากนั้นนำวัดความยาวและแปลเป็นคะแนนความปวดตามความยาวที่วัดได้ตั้งแต่ปลายเส้นด้านซ้ายไปทางขวาจนถึงบริเวณที่ทำเครื่องหมายไว้

2) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal Rating Scale, VRS) เป็นมาตรวัดความปวดชนิดที่ใช้คำพูดโดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงของความปวดในขณะนั้น เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง หรือปวดมาก เป็นต้น

3) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale, NRS) เป็นมาตรวัดความปวดชนิดที่ใช้ค่าตัวเลขแทนความรุนแรงของความปวด โดยใช้ค่าตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 หรือ 0 ถึง 100 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ปวด ส่วน 10 หรือ 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด

1.1.2 แบบที่วัดเป็นมิติของความปวด เป็นการวัดความปวดในหลายด้าน ไม่ได้วัดเฉพาะแต่ความรุนแรงของความปวดเหมือนอย่างชนิดแรก เครื่องมือที่ใช้การวัดแบบนี้มี

หลาຍชนิด แต่ที่นิยมใช้ คือ The McGill Pain Questionnaire (MGPQ หรือ MPQ) ซึ่งวัดครอบคลุมทั้ง sensory, affective และ evaluative categories (Bowsher, 1994, pp. 40-41; Paige, & Cioffi, 1992, pp. 72-74 ; Pateman, 1996, p. 13) อย่างไรก็ตาม MPQ มีข้อคำถากามมาก ทำให้ใช้เวลานาน คือ ประมาณ 10-20 นาที (Hunter, 1993, p. 36 ; Pateman, 1996, p. 14) จึงใช้กับผู้ป่วยที่รอรับการวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษา (Bowsher, 1993, p. 8 ; Carroll, 1993, p. 20) รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน (Hunter, 1993, p. 36)

สำหรับแนวปฏิบัติในการประเมินความปวดแบบอัตนัยโดยการซักถาม “ได้แก่” (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547, หน้า 74) 1) ลักษณะของการปวด: ปวดแบบใด (เช่น ปวดแบบปวดร้อน ปวดแบบแหลมคม ปวดตื้อๆ) ปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ 2) ระยะเวลาที่ปวด: ปวดนานๆ เท่าไร ปวดคลังสุดท้ายเมื่อไหร่ 3) สาเหตุที่ทำให้ปวด 4) ตำแหน่งที่ปวด: ตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด ปวดร้าวไปที่ใดบ้าง (อาจให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งในรูปภาพของร่างกาย) 5) ความรุนแรงของความปวด (อาจใช้มาตราวัดความปวดช่วยในการประเมิน) 6) สิ่งที่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น หรือลดลง 7) ผลกระทบจากความปวดในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ 8) ความปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ 9) ถ้าผู้ป่วยเคยปวด ผู้ป่วยเคยใช้วิธีใดที่ทำให้นายปวด กรณีผู้ป่วยที่ปวดเรื้อรัง อาจให้ผู้ป่วยและญาติบันทึกความปวดรายวัน (Pain diary) โดยให้บันทึกเมื่อมีอาการปวด เกี่ยวกับลักษณะกิจกรรมที่ทำแล้ว ปวด ความรุนแรงและระยะเวลาของความปวด ผลของยาแก้ปวดและวิธีบรรเทาปวดอื่นๆ รวมทั้งความเครียด/ความทุกข์ทรมานจากความปวด สำรวจผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง อาจใช้แบบฟอร์มการประเมินความปวดตามแบบแผนสุขภาพของนิยา สองารีย์ (2546, หน้า 51-58)

1.2 การประเมินแบบปรนัย การประเมินแบบปรนัยเป็นวิธีการที่สำคัญเช่นกัน การประเมินวิธีนี้จะช่วยตรวจสอบและช่วยอธิบายข้อมูลที่ได้จากการบอกของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น การประเมินวิธีนี้สามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วย และการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของความปวด (Carroll, 1993, p. 16 ; Watt-Watson, & Long, 1993, p. 170)

1.2.1 การสังเกตพฤติกรรมความปวด “ได้แก่” (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547, หน้า 75) (1) การแสดงอาการณ์เจ็บปวดทางสีหน้า (2) อาการกระสับกระส่าย สายศีรษะไปมา ร้องไห้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (3) ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล เช่น ดึงหอต่างๆ ที่ติดตัวผู้ป่วย

ไม่ยอมให้ตรวจ เป็นต้น (4) พฤติกรรมปักป่อง (Protective behavior) เช่น ไม่ยอมเคลื่อนไหวบริเวณที่ปวด ใช้มือปิดบริเวณที่ปวด ลูบคลำบริเวณที่ปวด เป็นต้น (5) พฤติกรรมแยกตัวเอง (Self-focusing behavior) (6) การพยายามเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด (Distraction) เช่น ไม่อยู่ใน พยายามหากิจกรรมทำตลอดเวลา เป็นต้น (7) การทำกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่ทำกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ (8) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ นอนมาก ผิดปกติ เป็นต้น (9) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร เช่น เปื้ออาหาร เป็นต้น

1.2.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุริวิทยาของความปวด ได้แก่ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต การมีเหงื่อออก

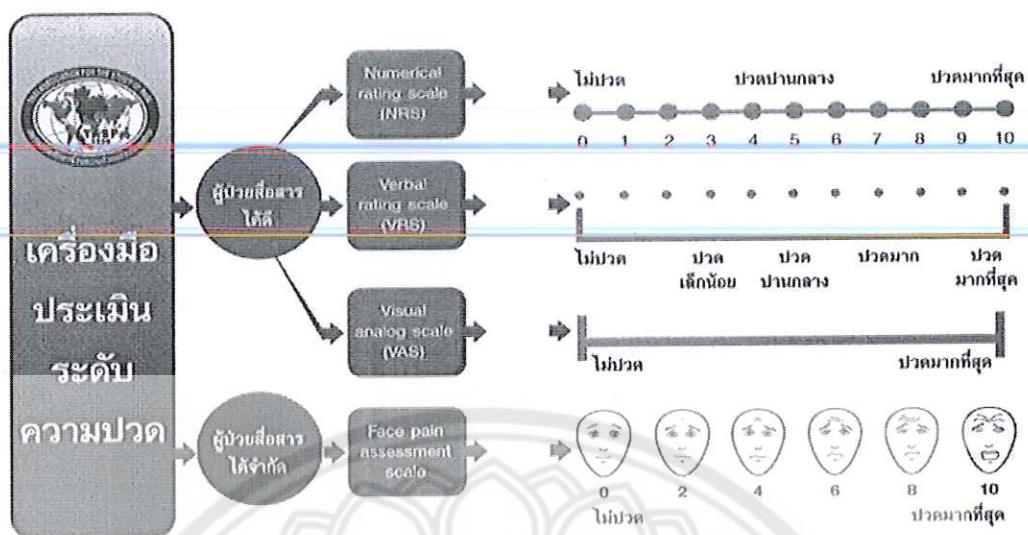
อีนี การประเมินความปวดควรนำข้อมูลอื่นๆ เช่น ประวัติของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาพิจารณารวมด้วย (Rowlingson, 1994, pp. 17-19) นอกจากนี้ พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรฝึกฝนและพัฒนาทักษะที่จำเป็น คือ ทักษะด้านการสื่อสาร และทักษะด้านการสังเกต เพื่อนำไปสู่การประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Carroll, 1993, p. 16)

2. หลักการประเมินความปวด

การประเมินความปวดมีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

2.1 การประเมินความปวดมีหลักการพื้นฐานที่สำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกความปวดด้วยตนเอง โดยพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก (Board of Nursing, 2013, p. 5 ; Carroll, 1993, p. 16) ดังนั้น คำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุด หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบข้อซักถามได้ให้สัมภาษณ์จากบุคคลใกล้ชิด (นฤมล นุยนุ่น, 2556 ; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 2)

2.2 ใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยแยกตามความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 2) ดังภาพ 23



ภาพ 23 เครื่องมือประเมินระดับความปวดแยกตามความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย

ที่มา: สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 2

2.3 ประเมินก่อนให้การพยาบาลเพื่อหาสาเหตุของความปวด และหลังให้การพยาบาลเพื่อประเมินผลการจัดการความปวด (กนกพร คุปตานนท์, 2556; นฤมล นุยนุ่น, 2556)

2.4 ประเมินทั้งขณะผู้ป่วยพัก และขณะมีการขยายตัวเคลื่อนไหว หรือหายใจลึกๆ (กนกพร คุปตานนท์, 2556; วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, 2552, หน้า 4; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 2)

2.5 ประเมินทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดที่สูงขึ้นมาทันทีร่วมกับมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง (วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, 2552, หน้า 4) หรือเมื่อพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยบอกและลักษณะที่ปรากฏให้เห็นนั้นไม่สัมพันธ์กัน (Carroll, 1993, p. 16) ซึ่งอาการ (Symptom) และอาการแสดง (Signs) ที่สัมพันธ์กับความปวด ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิ สีและความชื้นของผิวหนัง อาการกระสับกระส่าย (Gradishar, et al., 2012, p. 2) อาจมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การมีเลือดออกของอวัยวะภายใน

2.6 ประเมินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และบันทึกความปวดเป็นหลักฐาน (นฤมล นุยนุ่น, 2556) ให้เห็นเป็นรูปธรรมขัดเจน เช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ โดยถือว่า “ความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5” (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 4; Kumar, 2007, p. 30; Linton, 2007, p. 207) โดยบันทึกในใบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) (นฤมล นุยนุ่น, 2556)

2.7 ระยะเวลาประเมิน มี 3 ระยะคือ ระยะแรกรับ/ก่อนผ่าตัด ระยะการดูแลรักษา/หลังผ่าตัด และระยะวางแผนจ้างน้ำยา (กนกพร คุปตานนท์, 2556)

2.7.1 ระยะแรกรับ/ก่อนผ่าตัด เป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้วางแผนในการให้ข้อมูลสำหรับจัดการความปวด โดยประเมินคะแนนปวด (Pain Score, PS) ความรู้ใน การประเมินความปวด ประสบการณ์ในการจัดการความปวด ความเจ็บป่วยในอดีตที่มีผลต่อการเลือกใช้เทคนิคควบคุมความปวด ประวัติการใช้ยาแก้ปวดและอาการข้างเคียง (มาลี งามประเสริฐ, 2552, หน้า 60) ทำการประเมิน PS ถ้าพบว่า PS = 0 เมื่อแรกรับ ไม่ต้องประเมินต่อเนื่อง แต่ถ้า PS > 0 ประเมินทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่ง PS = 0 จำนวน 4 ครั้ง จึงหยุดประเมิน (นฤมล นุ้ยนุ่น, 2556)

2.7.2 ระยะการดูแลรักษา/หลังผ่าตัด ประเมินลักษณะความปวดที่ผิดปกติ เช่น ปวดในตำแหน่งอื่นที่ไม่ได้ผ่าตัด เป็นต้น ประเมิน PS และความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น การลิกตะแคงตัว ลูกนั่งข้างเตียง เป็นต้น โดยประเมินทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ประเมินทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ประเมินทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินอย่างน้อยเวลละ 1 ครั้ง (8 ชั่วโมง) (กนกพร คุปตานนท์, 2556)

2.7.3 ระยะวางแผนจ้างน้ำยา ประเมิน PS และความสามารถในการทำกิจกรรม อย่างน้อยเวลละ 1 ครั้ง (8 ชั่วโมง) จนกระทั่งผู้ป่วยจ้างน้ำยา (กนกพร คุปตานนท์, 2556)

2.8 ประเมินรีส์ซึส (Reassessment) โดยประเมิน PS ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม) และด้านจิตลังคม ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวด ตลอดจนอาการข้างเคียงของยา (Gordon, et al., 2008, p. 511) กรณีรับยาฉีดประเมินหลังรับยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 15 นาที และหลังได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 30 นาที ส่วนยาที่รับประทาน ประเมินหลังรับประทานยาแก้ปวด 1 ชั่วโมง (กนกพร คุปตานนท์, 2556 ; นฤมล นุ้ยนุ่น, 2556 ; มาลี งามประเสริฐ, 2552, หน้า 63)

2.9 ประเมินให้ครอบคลุมทั้งสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด ประสิทธิผลของการจัดการความปวด และผลกระทบของความปวดที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตามหลักการประเมิน OPQRSTU ดังตาราง 8

ตาราง 8 การประเมินความปวดโดยใช้อักษรย่อ O, P, Q, R, S, T, U และ V

อักษรย่อ	ความหมาย	ตัวอย่างคำถ้า
O Onset (ระยะเวลาที่ปวด)	ปวดตั้งแต่เมื่อไหร่ ปวดนานน่าทำได ปวดบ่อยแค่ไหน (ปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ)	
P Provoking/Palliating (สิ่งกระตุ้นบรรเทาความปวด)	สาเหตุของความปวดคืออะไร สิ่งที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง มีอะไรบ้าง	
Q Quality (ลักษณะของอาการปวด)	ปวดแบบใด (เช่น ปวดแสงปวดร้อน ปวดแบบแผลคน ปวดตื้อๆ)	
R Region/Radiation (ตำแหน่งที่ปวด)	ตำแหน่งใดที่ปวดมากที่สุด ปวดร้าวไปที่ใดบ้าง	
S Severity (ความรุนแรงของความปวด)	ปวดเท่าใด (0-10) ค่าที่มากสุด ค่าที่น้อยสุด และค่าเฉลี่ย ความปวดทำให้สึกอย่างไร (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ เป็นต้น)	
T Treatment (การรับมือ ความปวด)	ผลของยาแก้ปวดและวิธีบรรเทาปวดอื่นๆ ที่ใช้อยู่เป็นอย่างไรบ้าง มีอาการซ้ำๆ เดียงใหม่ เคยใช้วิธีใดที่ทำให้นายปวด	
U Understanding/Impact on you (ความเข้าใจ/ผลกระทบจากความปวด)	มีมุมมองความเชื่อต่อความปวดอย่างไร ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีอะไรบ้าง	
V Values (คุณค่า)	เป็นหมายที่คาดหวังคืออะไร (เช่น ไม่ปวดเลย นอนหลับได้ เป็นต้น)	

ที่มา: VIHA Quality Council, 2008, pp. 120, 127

3. รูปแบบการบันทึกความปวด

การบันทึกเกี่ยวกับความปวดในเวชระเบียนของผู้ป่วย ควรบันทึกเกี่ยวกับวันและเวลาของการประเมินความปวด มาตรวัดความปวดที่ใช้ สิ่งที่สังเกตเห็นหรือที่ผู้ป่วยรายงาน เกี่ยวกับความปวด คะแนนความปวด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ (Grose, 2011) กรณี การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การบันทึกบอกรเล่าเรื่องราว (Narrative record) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) และการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem oriented record) (จันทร์ทิรา เจียรนัย, 2557)

การจัดการความปวด

การจัดการความปวดโดยการปฏิบัติตามหลักการ ABCDE นีดังนี้ (Potter, & Perry, 2005, p. 1241) A = Ask and assess pain สอบถามและประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง โดยถือเป็นสัญญาณศีพที่ห้า (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 4 ; Kumar, 2007, p. 30 ; Linton, 2007, p. 207) B = Believe เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความปวด

และการบรรเทาความปวด C = Choose เลือกวิธีควบคุมความปวดที่ได้ผล และเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว D = Deliver ให้การดูแลอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด E = Empower and enable ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถควบคุมความปวดได้ การจัดการความปวดมีห้องแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา

1. การจัดการความปวดโดยการใช้ยา วิธีนี้จะยังคงการส่งกระเสประสาทความปวดไปยังสมอง โดยยาแก้ปวดชนิดไม่สเปติดจะใช้สำหรับอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนชนิดที่สเปติดจะใช้สำหรับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

2. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีหลายวิธี เช่น การกระตุ้นไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (Transcutaneous nerve stimulation) การผิงเข็ม การนวดแรง การสะกดจิต พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น วิธีการต่างๆ เหล่านี้ สามารถใช้ทุกช่วงควบคุมประดูหูบ่ายได้ เพราะเชื่อว่า ความปวดสามารถถูกยับยั้งที่โขสัมหลังด้วยกลไกหลายชนิดคล้ายการปิดประดู นอกจากนี้ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นการควบคุมส่วนต่างๆ ดังนี้

2.1 การควบคุมด้านเร้าอารมณ์ (Motivational-affective control) ดังนี้

2.1.1 การผ่อนคลาย (Relaxation) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่
 (1) การผ่อนคลายแบบง่ายๆ วิธีที่ 1 หายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้สักครู่และห่อปากหายใจออกช้าๆ ทางปาก วิธีที่ 2 หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ โดยขณะหายใจให้นับในใจว่า “เข้า สอง สาม” และหายใจออกช้าๆ นับในใจว่า “ออก สอง สาม” หรือทุกครั้งที่หายใจออกให้บอกกับตัวเองว่า “สนับยัง/ผ่อนคลาย” ขณะทำต้องอยู่ในท่าที่สนับยังและบรรยายกาศสงบ (2) การผ่อนคลายที่ต้องฝึกเป็นพิเศษ ได้แก่ การฝึกสมาธิ เล่นโยคะ (3) การมีความสนใจ โดยการอ่านหนังสือการ์ตูน ดูภาพยนตร์ติดตาม (4) การจินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้มีความสุข หรือดูรูปภาพในอดีตเพื่อให้รีบกึ่งช่วงเวลาที่มีความสุข (5) การจัดทำเพื่อให้รู้สึกสุขสนับยัง (6) การทำกิจภาพบำบัด เพื่อยืดเหยียดและเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ (7) การนวดโดยการกดและถันกล้ามเนื้อ เป็นการกระตุ้นไปประสาทขนาดใหญ่ที่เข้าสู่ไขสันหลัง มีผลทำให้ปิดประดู จึงขัดขวางการส่งกระเสประสาทความปวด ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และเพิ่มการไหลเวียนเลือด (8) การใช้ความร้อน/ความเย็น (9) การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ น่าพักผ่อน

2.1.2 การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด โดยการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความสนใจของผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ สาดมนต์ ร้องเพลง พิงดนตรี ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับผู้มาเยี่ยม เป็นต้น

2.1.3 การดูแลความสุขสนับยัง ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสุขสนับยัง คล้ายบ้าน จัดที่นอนที่สุขสนับยังเพื่อให้นอนหลับอย่างเป็นสุข การให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ

ต่างๆ และทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น ออกกำลังกาย เล่นเกมส์ต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามรูปแบบปกติ (Lifestyle)

2.1.4 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคนดูแล เอกำใจใส่

2.2 การควบคุมด้านการคิดพิจารณาและประเมินผล (Cognitive-evaluative control) โดยการให้ข้อมูลต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (Schemata) ที่ชัดเจน และเปลี่ยนความหมายเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี มีรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวเอง (Self - regulation theory) ของลีเวนthal และ约翰遜สัน (Leventhal, & Johnson, 1983) สามารถลดความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (อุราวดี เจริญชัย, วนิดา พิมพ์กา, และสุดาواتน์ บุตรศรีภูมิ, 2543) ส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร (นินนา วิมลกิจติวัฒน์ และ สมพร ชินโนรส, 2542) ส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (พูลศรี เมืองคิด, 2532) และสลายนิ่ว ในไต (สมพร ชินโนรส, อินธิรา ปากันทะ, และเจริญ ลีนานุพันธุ์, 2547)

การประเมินผลหลักการจัดการความปวด

สภากาชาดไทยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สำหรับประเด็นความปวดได้ถูกกล่าวถึงไว้เช่นกัน โดยมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภากาชาดไทยระดับทุติยภูมิและตertiary ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of nursing and midwifery service organization) หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery practice standard) และหมวดที่ 3 มาตรฐานผลลัพธ์การบริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery outcome standard) ซึ่งในหมวดที่ 3 มาตรฐานที่ 2 เรื่องการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ ข้อกำหนดที่ 2.1 ได้ระบุคำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ใช้บริการได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้รับบริการทุกคน ในทุกหน่วยบริการได้รับการประเมินและการจัดการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดในภาพรวมขององค์กรพยาบาลและหอผู้ป่วย/หน่วยงาน สำหรับตัวอย่างตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ระดับความเจ็บปวด ภายหลังได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ต่อการบรรเทาความเจ็บปวด (สมบพ., 2555)

นอกจากสภากาชาดไทยจะประเมินผลหลักการจัดการความพึงพอใจในการบรรเทาความปวดแล้ว ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2553) สภากาชาดไทย ประเมินผลหลักการจัดการความปวดในประเทศไทย (The Australian

Council on Healthcare Standards' Clinical Indicator Program) (The Victorian Quality Council, 2013) "ได้ประเมินความพึงพอใจเช่นกัน รวมถึงประเมินด้านโครงสร้างและกระบวนการ ดูแล ครอบคลุมทั้งผู้ใช้และผู้ให้บริการการพยาบาล โดย ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2553)" ได้ยกตัวอย่าง การเทียบเคียงตัวชี้วัดผลคุณภาพทางการพยาบาล (Nursing quality indicator benchmarking) ในประเด็นความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ได้แก่ มีการบันทึกความรุนแรงของความปวด อย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง (รวมกับภาวะจิตใจ คะแนนปวด ณ ขณะนี้ ผลกระทบต่อการนอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรม) การซ่วยเหลือรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด การประเมิน สอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยา บรรเทาปวด การพยาบาลอย่างทันท่วงทาย เมื่อมีอาการปวด การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับแพทย์และพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีประเมิน และการบอกระดับความปวด การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ไม่พึงประสงค์ของยา ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด

ส่วนสภากาณบริการสุขภาพแห่งประเทศไทย (The Australian Council on Healthcare Standards' Clinical Indicator Program) (The Victorian Quality Council, 2013) นอกจากระบบที่ประเมินผู้ใช้และผู้ให้บริการการพยาบาลแล้ว ยังประเมินรวมถึงระบบองค์กร โดยนำ ตัวชี้วัดด้านวิสัญญี (รุ่นที่ 4) มาเป็นตัวชี้วัดการจัดการความปวดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวด (Patient satisfaction with pain relief) 2) ความเพียงพอของยาบรรเทาปวดที่ช่วยฟื้นฟูอย่างเจียบพลัน (Analgesia adequate to enable acute rehabilitation) 3) คะแนนความรุนแรงของความปวดที่บันทึกโดยพยาบาล (Pain intensity scores recorded by nursing staff) 4) การเกิดเหตุการณ์ที่กำหนดขึ้นทางคลินิก (Occurrence of defined clinical events) 5) โปรแกรมการศึกษาสำหรับพยาบาลที่มีอยู่ (Presence of an educational program for nursing staff) 6) โพรโตคอลที่เป็นทางการที่มีอยู่ (Presence of formal protocols) 7) การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ (Occurrence of major adverse events) 8) การทำหน้าที่ทางระบบประสาทผิดปกติจากการใช้ยาชาเฉพาะที่สักดักกันประสาท (Persistent neurological dysfunction attributed to regional analgesia) 9) การเกิดภาวะเลือดออกในชั้นเนื้อคุรา/การเป็นฝีภายในหลังการใช้เทคนิคสักดักกันประสาทแบบ neuraxial (Occurrence of an epidural haematoma / abscess following neuraxial technique)

กรณีการประเมินผลพัฒนาการจัดการความปวดที่มุ่งเน้นการประเมินผู้ใช้บริการการพยาบาลนั้น ลิววน อนุนาภิวัช (2547, หน้า 75-79) "ได้ชี้ให้เห็นว่ามี 3 ตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความสำเร็จของการบรรเทาความปวด ได้แก่ 1) Verbal indicators ประเมินจากคำบอกเล่า

เกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดลดลง ร่วมกับสังเกตการแสดงออกทางอารมณ์ 2) Physical indicators ประเมินจากกล้ามเนื้อบริเวณที่ปวดคล้ายตัว “ไม่มีอาการปวดในท่าทางตัวต่างๆ (Pain posture) ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหมดไป 3) Behavioral indicators ประเมินจากพฤติกรรมต่างๆ เช่น มีความสนใจและมีสมาธิเพิ่มขึ้น มีปฏิกิริยาพันธ์ในสังคมเพิ่มขึ้น มีกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น ผ่อนคลาย พักผ่อนนอนหลับได้มากขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น

ยกตัวอย่างกรณีผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่ส่อสารได้และไม่ได้ จะมีการประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน โดย สุภารรณ์ บุณโยทยาน, ชีวะวรรณ ลงชัย, และมุลี สำราญญาติ (2554) ได้กล่าวถึงผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย วิกฤต ประกอบด้วย 1) การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ได้แก่ ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ 1.1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 1.2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม 1.3) ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที ภายหลังการประเมิน 1.4) ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวด 1.5) ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดช้า ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด 1.6) การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมง 2) ผลการบรรเทาความปวดที่ลดลง (Verbal rating scale perceived [VAS-PR]) โดยให้ผู้ป่วย เลือกตอบตามความรู้สึกของตัวเอง ดังนี้ ความปวดไม่ลดลง (No relief) ความปวดลดลงเล็กน้อย (Minimal relief) ความปวดลดลงปานกลาง (Moderate relief) ความปวดลดลงมาก (Much relief) และความปวดลดลงทั้งหมด (Complete relief) 2.2) ผู้ป่วยที่ส่อสารไม่ได้ ประเมินโดยการสังเกต คุณภาพการพักผ่อน (Rest quality) ภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พักไม่ได้ พักได้เป็นช่วง และสงบ พักได้ดี 2.3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยประเมินโดยใช้มาตรวัด ความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale, VAS) มีช่วงคะแนน 0-10 ทำการประเมินเฉพาะ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ก่อนย้ายออกจากห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ยกตัวอย่างอีกรูปเป็นเรื่องเกี่ยวกับความปวดเรื้อรัง โดย Nicholas (1994 as cited in Strong, Sturgess, Unruh, & Vicenzino, 2014, pp.135-136) ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ ความสามารถของตนเองรับผู้ป่วยที่มีความปวด (Pain Self-Efficacy Questionnaire, PSEQ) โดยให้ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง เลือกตัวเลขที่มีตั้งแต่ 0-6 ซึ่ง 0 หมายถึง “ไม่มั่นใจ และ 6 หมายถึง มั่นใจที่สุด รายการคำถามมี 10 ข้อ ดังนี้ 1) ฉันสามารถเพลิดเพลินกับสิ่งต่างๆ แม้จะมีอาการปวด 2) ฉันสามารถทำงานบ้านได้มากที่สุด (เช่น การจัดเก็บ บ้าน ล้างจาน ฯลฯ) แม้จะมีอาการปวด

- 3) ฉันสามารถเข้าสังคมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวของฉันได้บ่อยเท่าที่เคยทำ แม้จะมีอาการปวด
- 4) ฉันสามารถรับมือกับความปวดของฉันในหลาย ๆ สถานการณ์ 5) ฉันสามารถทำเอกสารงานบางอย่าง แม้จะมีอาการปวด (ได้แก่ งานที่บ้าน งานที่จ่ายและไม่จ่ายค่าจ้าง) 6) ฉันยังสามารถทำในสิ่งที่ชั้นรู้สึกสนุกกับการทำ เช่น งานอดิเรก หรือกิจกรรมยามว่าง แม้จะมีอาการปวด 7) ฉันสามารถรับมือกับความปวดของฉันโดยไม่ต้องใช้ยา 8) ฉันยังคงประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตของฉัน แม้จะมีอาการปวด 9) ฉันสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แม้จะมีอาการปวด 10) ฉันสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น แม้จะมีอาการปวด

นอกจากนี้ สมาคมความปวดแห่งสหราชอาณาจักร (The British Pain Society, 2010, pp. 1, 9-10) “ได้สรุปแนวคิดการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดว่าควรเป็นการปฏิบัติที่มีมาตรฐาน มีการประเมินผลครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีการประเมินเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน (Distress) หรือผลกระทบทางอารมณ์ของความปวด (Emotional impact of pain) ความเชื่อ (Beliefs) คุติทางความคิด (Thinking biases) ช่วงหรือระดับการทำกิจกรรม (Range and level of activity) ประสบการณ์ความปวด (Pain experience) การรักษาพยาบาลที่ใช้อยู่ (Health care use) และสถานภาพการทำงานที่เกี่ยวข้อง (Work status where relevant) ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีความคาดหวังจากผู้ให้การดูแลว่าจะมีโปรแกรมการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งมีปัญหามาก ก็ยิ่งมีผลลัพธ์ที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ในการประชุมแห่งชาติเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความปวดในสหราชอาณาจักร ปี ค.ศ. 2000 ได้มีมติกำหนดผลลัพธ์การจัดการความปวดไว้ดังนี้ 1) การลดความทุกข์ / ผลกระทบทางอารมณ์ (Reduced distress/emotional impact) 2) ปกติวิสัยของความเชื่อ (Normalising of beliefs) และการประมวลผลข้อมูล (Information processing) ความกลัว ความคิดเกี่ยวกับภัยพิบัติ (Catastrophic thinking) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) 3) การเพิ่มขึ้นในช่วงและระดับของกิจกรรม / สมรรถภาพทางกาย (จากการสังเกต การจัดอันดับด้วยตนเอง) 4) การลดลงของรักษาพยาบาลที่ใช้อยู่ (เช่น การให้ยา การให้คำปรึกษา) 6) การเพิ่มขึ้นของสถานภาพการทำงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการประเมินในผู้ให้บริการการพยาบาล ได้มีรายงานงานการศึกษาของ Nash, et al. (1999) ที่ได้ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มพยาบาล และ Wickstrom Ene (2008) ที่ใช้แบบสอบถามถามพยาบาล ดังนี้

Nash, et al. (1999) นำเสนอบรรเด็นคำนวณสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มพยาบาล ดังนี้ 1) เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการยาบรรเทาปวด ท่านตัดสินใจ

ที่จะให้ยาอย่างไรบ้าง 2) ผลลัพธ์ด้านบวกที่มองเห็นในการให้ยาบรรเทาปวดมีอะไรบ้าง 3) ผลลัพธ์ด้านลบที่มองเห็นในการให้ยาบรรเทาปวดมีอะไรบ้าง 4) ผู้ป่วยมีลักษณะใดที่จะตัดสินใจให้หรือไม่ให้ยาบรรเทาปวด 5) อะไรที่ช่วยให้ตัดสินใจได้ง่ายในการให้ยาบรรเทาปวด 6) อะไรที่ช่วยให้ตัดสินใจได้ยากในการให้ยาบรรเทาปวด 7) มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ในการตัดสินใจยาบรรเทาปวดชนิดเดียวกันและไม่เดียวกัน

Wickstrom Ene (2008, p. 38) “ได้สร้างแบบสอบถามสำหรับพยาบาลในประเด็นการจัดการความปวดของพยาบาล โดยให้เลือกตอบว่า ได้ปฏิบัติเป็นประจำ/ปฏิบัติตามที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติ/ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ข้อคำถามมี 8 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านได้ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบำบัดความปวดหรือไม่ 2) ท่านได้ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบำบัดความปวดหรือไม่ 3) ท่านได้ประเมินความปวดโดยใช้ค่าคะแนน VAS หรือไม่ 4) ท่านได้ดำเนินการประเมินความปวดซ้ำๆ อย่างมากหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยหรือไม่ 5) ท่านได้ประเมินความปวดทั้งในช่วงที่ทำกิจกรรมและช่วงที่พักหรือไม่ 6) ท่านได้บันทึกการประเมินความปวดหรือไม่ 7) ท่านได้ให้ยาบรรเทาความปวดก่อนการทำกิจกรรมทางร่างกายหรือไม่ 8) ท่านได้ประเมินผลการบำบัดความปวดโดยการให้ยาหรือไม่”

ในการประเมินด้านกระบวนการดูแล Gordon, et al. (2002) “ได้รวมงานวิจัยจำนวน 20 งานวิจัยที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 8 โรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ.1992-2001 เกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพของการจัดการความปวดในโรงพยาบาล พบว่า ตัวชี้วัดมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การบันทึกความรุนแรงของความปวดโดยการประเมินแบบตัวเลขและแบบพร้อมนา 2) การบันทึกความรุนแรงของความปวดในรูปของช่วงความถี่ 3) การบำบัดความปวดด้วยวิธีการอื่นที่ไม่ใช่เฉพาะการฉีดยาบรรเทาปวดเข้ากล้ามเนื้อ 4) การบำบัดความปวดโดยการใช้ยาบรรเทาปวดอย่างสมำเสมอ และถ้าเป็นไปได้มีการใช้นลายรูปแบบหรือลายแนวทาง 5) การป้องกันและควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับที่สามารถทำกิจกรรมได้และมีคุณภาพชีวิต และ 6) การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้อย่างเพียงพอเกี่ยวกับการจัดการความปวด”

อีนง Manchikanti, Benyamin, Helm II, & Hirsch (2009, p. 47) กล่าวว่าการวิเคราะห์ผลลัพธ์เป็นเรื่องที่นำเสนอ ผลลัพธ์การจัดการความปวดที่เป็นผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การบรรเทาอาการปวด ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) ปริมาณยาบรรเทาปวดโอดิโอปอยด์ (Opioid) ที่ได้รับหรือการจ้างงาน การกำหนดผลลัพธ์ที่เหมาะสมนั้นมีความจำเป็นที่ต้องระบุเกณฑ์ให้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น อาจมีเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวคือ การบรรเทาความปวด

หรือความເຄາພລັບພົກງານປະເວທາຄວາມປາດ ຄູ່ກັບຄວາມສາມາດໃນການທຳນັກທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ ກາຮກລັບປັບປຸງ
ທຳນັກ ອີ່ຄວາມພຶ່ງພອໃຈຂອງຜູ້ປ່ວຍ ສໍາຫັບແນວທາງການພື້ນນາຕັ້ງທີ່ວັດພົກງານຈັດການປາດ
ແລະຕັ້ງຢ່າງແບບສອບຄາມຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີຄວາມປາດ ມີຕັ້ງນີ້ Idvall (2001, pp. 33-37) ໄດ້ພົມນາຕັ້ງທີ່ວັດ
ຄຸນພາກການຈັດການປາດທີ່ມີຄວາມຕຽບຕັ້ງທີ່ມີຄວາມຕຽບຕັ້ງ (Content validity) ຈຳນວນ 15 ຕັ້ງ
ເນື້ອທຳກາຣົວເຄຣະຫຼົງຄົກປະກອບໄດ້ຈຳນວນ 4 ອົງຄົກປະກອບ ປະກອບດ້ວຍ 1) ດ້ານກາສື່ອສາວ
(Communication) 2) ດ້ານກາກະທຳ (Action) 3) ດ້ານຄວາມໄວ້ວາງໃຈ (Trust) ແລະ 4) ດ້ານສິ່ງແວດລ້ອມ
(Environment) ດັ່ງແສດງໃນຕາງໆ 9 ແລະ ຕາງໆ 10

ຕາງໆ 9 ມາວະໜຸ່ງ ຕັ້ງທີ່ມີຄວາມຕຽບຕັ້ງເນື້ອຫາ ແລະ ຮາຍການໃນແບບສອບຄາມປາດ ຂອງຜູ້ປ່ວຍ

ໜາວະໜຸ່ງໃນຮູບແບບທີ່ຍັງໄສໝາຍົດ ຕັ້ງທີ່ມີຄວາມຕຽບຕັ້ງເນື້ອຫາ	ຮາຍການໃນແບບສອບຄາມຂອງຜູ້ປ່ວຍ	
ມີດີທີ 1 ອົງຄົກປະກອບຂອງການປົງປັບຕິ (Elements of performance)		
ກາຮກທາງຕອນແລະ ກາຮກກະທຳທີ່ມີຄວາມປາດ	1. ກາຮກຮັບຮູ້ຄວາມປາດຂອງຜູ້ປ່ວຍທີ່ໄດ້ຮັບກາຮກ ປະເມີນຕະດີໂດຍອາດຍື່ຍົກເລີ້ນມີປະເມີນ ຄວາມປາດ ເຊັ່ນ ແບບວັດ Visual Analogue Scale (VAS)	7. ໃນກາຮກທີ່ຈະຮະບູບຕັບຄວາມປາດ ຂອງຈັນ ເຈົ້ານັ້ນທີ່ຂອ້າໃຫ້ຈັນ ເລື່ອກຕົວເລີນ 0 ລຶ່ງ10 (ນ້ຳທຳ ເຄື່ອງໜາຍບັນເພັນຕຽງ) ຂໍຢ່າງນ້ອຍ 1 ຄັ້ງໃນທຸກເຂົ້າ-ປ່າຍ-ເຢັ້ນ
ກາຮກທຳກາຮກຈ່າຍຍາ	2. ຍາທີ່ຮັກຍາຄວາມປາດທີ່ອີ້ນໄໝຢ່າງຮະນຳດ ຮະວັງ	5. ແນ້ວັນຈະໄຟ້ຂອຍ ຈັນກີໄດ້ຮັບ ຍາບຮາກທາງປາດເສັອ
ກາຮູ້ແລກກັບຫຼັງ-ຫຼັງ ກາຮັກຜ່າຕັດ	3. ກາຮກປະເມີນຄວາມປາດຂອງຜູ້ປ່ວຍໃຫ້ທຳ ຄວາມປູ້ປັກກັນກາຮກເຄີ່ອນໄຫວ ເສັ້ນ ພາຍໃຈ ເຂົ້າລືກໆ ອີ່ຈົກເຄີ່ອນໄຫວາ	6. ເຈົ້ານັ້ນທີ່ຄຳມັນເຖິງກາຮກປາດ ເມື່ອຈັນຫາຍໃຈເຂົ້າລືກໆ ອີ່ຈົກ ເຄີ່ອນໄຫວໄປນາ
ກາຮູ້ແລກກັບຫຼັງໄປ	4. ຜູ້ປ່ວຍທີ່ອີ້ນໄດ້ຮັບກາຮກຫຍໍ້ໄວ້ຢູ່ໃນທ່າ ທີ່ສັບາຍທີ່ສຸດເມື່ອອນນົນເຕີຍງ	3. ຈັນໄດ້ຮັບກາຮກຫຍໍ້ໄວ້ຢູ່ໃນທ່າ ທີ່ສັບາຍທີ່ສຸດນົນເຕີຍງເທື່ອເຄີ່ຍຄວາມປາດ

ตาราง 9 (ต่อ)

หมวดหมู่ในรูปแบบที่ยังไม่สมบูรณ์ ตัวชี้วัดที่มีความตรงเรียงเนื้อหา	รายการในแบบสอบถามของผู้ป่วย	
การให้ข้อมูลและการให้การศึกษา	5. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด เรื่องการบำบัดความปวด	1. ก่อนการผ่าตัด ฉันถูกแจ้งให้ทราบถึงการบำบัดความปวดหลังผ่าตัด
การส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์	6. ต้องจัดทำเป้าหมายการบำบัดความปวดร่วมกับผู้ป่วย	2. หลังผ่าตัด ฉันคุยกับพยาบาลว่าจะบำบัดความปวดอย่างไร
การกระทำการในนามของผู้ป่วย	7. พยาบาลจะต้องปฏิบัติจนถึงระดับที่ผู้ป่วยพอใจ	8. พยาบาลช่วยฉันในการบำบัดความปวดจนรู้สึกพอใจที่ความปวดได้บรรเทาลง
การปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย	8. ผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสที่จะมีความสงบและสันติเพื่อการนอนหลับ/พักผ่อนสั่งค่า	4. ฉันได้รับโอกาสที่มีความสงบและสันติ จึงสามารถหลับได้ช่วงค่ำ
มิติที่ 2 เนื่องไข่ที่ต้องทำก่อน (Prerequisites)		
เจ้าหน้าที่	9. เกินครึ่งหนึ่งของเจ้าหน้าที่ในห้องผู้ป่วยที่ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ	10. มีพยาบาลประจำการมากพอที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการร้องขอให้บรรเทาความปวดของฉัน
สิ่งแวดล้อม/อุปกรณ์	10. ต้องมีห้องที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่	9. ฉันมีห้องที่ทำให้รู้สึกเมิกบานใจ
ความสามารถ/ความรู้	11. พยาบาลต่างมีความรู้เฉพาะทางที่จะประเมินและบำบัดความปวด	13. พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ที่จะช่วยเหลือบรรเทาความปวดของฉัน
การปฏิบัติประจำวัน	12. ต้องมีกฎเฉพาะของการจัดทำเอกสาร การประเมินและการบำบัดความปวด	12. เมื่อพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ ทุกคนทราบดี “ทุกอย่าง” เรื่องความปวดที่ฉันมีรวมถึงการบำบัดที่จัดให้มา
ความรับผิดชอบ	13. ต้องมีพยาบาลที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในการบำบัดความปวดของผู้ป่วยแต่ละคน	11. มีพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลฉันตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาล
เจตคติ	14. พยาบาลต้องเชื่อในคำบอกเล่าของผู้ป่วยเรื่องความปวดของเขาระหว่าง	14. พยาบาลเชื่อในคำบอกเล่าเรื่องความปวดของฉัน
การทำงานเป็นทีม	15. ต้องมีเจ้าหน้าที่จากหลายสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันในการบำบัดความปวด	15. ทั้งแพทย์และพยาบาลร่วมกันบำบัดความปวดของฉัน

ที่มา: Idvall, 2001, pp. 33-34

ตาราง 10 องค์ประกอบในแบบสอบถามความปวดของผู้ป่วย

องค์ประกอบ	รายการในแบบสอบถามของผู้ป่วย
1. ด้านการสื่อสาร (Communication)	1. ก่อนการผ่าตัด ฉันถูกแจ้งให้ทราบถึงการบำบัดความปวดหลังผ่าตัด 12. เมื่อพยายามปฏิบัติหน้าที่ ทุกคนทราบดี “ทุกอย่าง” เรื่องความปวดที่ฉันมีรวมถึง การบำบัดที่จัดให้มา 15. ทั้งแพทย์และพยาบาลทุกคนกันบำบัดความปวดของฉัน
2. ด้านการกระทำ (Action)	2. หลังผ่าตัด ฉันคุยกับพยาบาลว่าจะบำบัดความปวดอย่างไร 3. ฉันได้รับการช่วยเหลือให้อ่ายในทำที่สามารถเดียงเพื่อเรื่องความปวด 6. เจ้าหน้าที่สามารถอ่านถึงอาการปวดเมื่อฉันหายใจเข้าลึกๆ หรือเคลื่อนไหวไปมา 7. ในกรณีที่จะระบุระดับความปวดของฉัน เจ้าหน้าที่ขอให้ฉันเดือกด้วย 0 ถึง 10 (หรือทำ เครื่องหมายบนเส้นตรง) อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกเช้า-บ่าย-เย็น
3. ด้านความไว้วางใจ (Trust)	5. เมื่อฉันจะไม่ขอยา ฉันก็ได้รับยาบรรเทาปวดเสมอ 8. พยาบาลช่วยฉันในการบำบัดความปวดด้านฉันรู้สึกพอใจที่ความปวดได้บรรเทาลง 13. พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ที่จะช่วยเหลือบรรเทาความปวดของฉัน 14. พยาบาลเชื่อในคำบอกเล่าเรื่องความปวดของฉัน
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	4. ฉันได้รับโอกาสที่มีความสงบและสันติ จึงสามารถตัดสินใจได้ช่วงค่ำ 9. ฉันมีห้องที่ทำให้รู้สึกเบิกบานใจ 10. มีพยาบาลประจำการมากพอที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการร้องขอให้บรรเทาความปวด ของฉัน

ที่มา: Idvall, 2001, p. 40

Gordon, et al. (2010, pp. 1-15) ได้ทำการปรับแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยอเมริกัน (Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APS-POQ-R) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งการวัดคุณภาพการจัดการความปวดมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรุนแรง ของความปวดและการบรรเทาปวด (Pain severity and relief) 2) ผลกระทบของความปวดในการทำกิจกรรม, การนอนหลับ, และอารมณ์ด้านลบ (Impact of pain on activity, sleep and negative emotions) 3) ผลข้างเคียงของการบำบัดรักษา (Side effects of treatment) 4) การช่วยเหลือ สนับสนุนด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดความปวด (Helpfulness of information about pain treatment) 5) ความสามารถในการมีส่วนร่วมตัดสินการบำบัดความปวด (Ability to participate in pain treatment decisions) และ 6) กลวิธีที่ไม่ใช้ยาในการบำบัด (Use of nonpharmacological strategies) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม

จำนวน 299 คน ในโรงพยาบาล 2 แห่งในอเมริกา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบสอบถามดูดีนี้ มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ความต้องเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเป็นไปได้ทางคลินิก (Clinical feasibility) อย่างไรก็ตามได้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการสรุปค้างคิงเรียงทั่วไป (Generalizability)

ผู้วิจัยเห็นว่าแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยเมริกัน (Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APS-POQ-R) (Gordon, et al., 2010, pp. 1-15) มีเนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมต่อการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด

Strong, et al. (2014, pp.143-144) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การประเมินและ การวัดความปวด ดังนี้

1. ความนิยมในสังคม (Social desirability) เป็นที่ยอมรับในทางวัฒนธรรมว่า ความนิยม ในสังคมเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่ผู้ป่วยเป็นผู้รายงาน หรืออาจส่งผลกระทบต่อ มิติการรายงานความปวดของผู้ป่วย ทั้งนี้ Deshields, et al. (1995, pp. 189-193) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่รายงานถึงความนิยมในสังคมที่สูงกว่าคนทั่วไปมีความซึมเศร้า (Depression) และความวิตกกังวล (Anxiety) น้อยลง แต่มีระดับความรุนแรงของความปวดเพิ่ม มากขึ้น นั่นคือ มีความปวดทางกายแต่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ดังนั้น ผู้บำบัดผู้ป่วย จะต้องมีความไวต่อคำตอบที่เป็นไปได้ว่าจะมีความนิยมในสังคมของผู้ป่วย การพัฒนา ความสัมพันธ์เชิงบำบัดรักษาที่ดีกับผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างการสื่อสารที่ตรงไปตรงมา มีคุณค่า ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นจุดแข็งและความสามารถของพวกรเข้า และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรายงาน อย่างถูกต้อง เมื่อมีความทุกข์ทางร่างกายหรือจิตใจ

2. การชดเชย (Compensation) มีแนวโน้มว่า ผู้ป่วยที่มีการชดเชยในการบาดเจ็บและ ความปวดนั้น จะรายงานความปวดและความพิการของตนเองได้ถูกต้องน้อยกว่าพฤติกรรม ที่แสดงออกถึงความปวดที่ไม่มากอย่างเด่นชัด ดังนั้น การประเมินผลความปวดที่ซับซ้อนรวมถึงการ บำบัดรักษา ยังคงเป็นปัญหาวิจัยที่หาข้อยุติไม่ได้

3. ปัญหาความจำ (Memory problems) ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง มักจะมีปัญหา ความจำอ่อนนៅองจากผลของยาที่ได้รับ ดังนั้น ในการประเมินความปวดของผู้ป่วย จะต้องตระหนักร่วม ผู้ป่วยอาจรายงานความปวดได้ต่ำหรือสูงกว่าความปวดที่มีอยู่

4. เจตคติของผู้บำบัด (Therapist attitudes) มีอิทธิพลกับคุณภาพของการรักษามาก ดังนั้น ผู้บำบัดจะต้องหมั่นทบทวนเจตคติของตนเองโดยการสะท้อนคิด พิจารณาถึงประสบการณ์

ความปวดส่วนบุคคลก่อนปฏิบัติงานเป็นนักบำบัด รับฟังข้อเสนอแนะจากเพื่อนร่วมงานที่มีความน่าเชื่อถือ หรือสร้างแนวปฏิบัติและเบรียบเทียบสมรรถนะการทำงานในผู้ป่วยที่แตกต่างกัน สำหรับการประเมินผู้ป่วยแต่ละคน จะต้องพิจารณา มุ่งมองของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพราะเป็นข้อมูลหลัก อาจต้องใช้ผู้แปลความที่เหมาะสมกับวัยวิเคราะห์ประเดิ่นเรื่องเพศ นอกจากนี้ ควรเลือกการประเมินผลที่เหมาะสมกับอายุและวัฒนธรรม สรุปได้ว่าผู้บำบัดต้องฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมและความสามารถของผู้ป่วย และรวมข้อมูลเข้าด้วยกันเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

เช่นเดียวกับ นุสรา ประเสริฐศรี และยุพาภรณ์ ติราไพรองค์ (2556, หน้า 7) ที่กล่าวถึงปัญหาการประเมินและจัดการความปวดของพยาบาลตามความหลากหลายทางวัฒนธรรมว่า วัฒนธรรม เทื้อชาติ และชาติพันธุ์ เป็นปัจจัยนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ทำให้การบรรเทาปวดไม่ดีพอ ถึงแม้จะมีความหลากหลายของเครื่องมือประเมินความปวด แต่การประเมินความปวดทั้งจากกระบวนการ และการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการความปวดให้ประสบความสำเร็จ ขึ้นอยู่กับการศึกษาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยขาดความชำนาญจะทำให้การตีความไม่ชัดเจน รวมทั้งมีการตีความหมายของต่อสารอวัจนาภาษาที่ผิด

สวน Wickstrom Ene (2008) กล่าวว่า ความปวดหลังการผ่าตัดได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เช่น การควบคุมการรับรู้ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และประสบการณ์ความปวดโดยผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าก่อนผ่าตัดสูง จะรายงานคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดสูงเช่นกัน ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดที่สูงที่สุดใน โรงพยาบาล ยังมีประสบการณ์ความปวดมากที่สุดในช่วงสามเดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในช่วงสามเดือนหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทุกองค์ประกอบของ HRQOL การทำงานของร่างกายลดลง แต่สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในช่วงสามเดือน เมื่อเทียบกับค่าพื้นฐาน อายุเป็นตัว变量ความแย่แย่ความปวดที่ประเมินด้วยมาตราดัชนีความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale, VAS) (มากกว่า 30 มิลลิเมตร) โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่ามีความเสี่ยงที่จะมีความปวดหลังการผ่าตัดสูงขึ้น ความซึมเศร้าเป็นอาการแสดงก่อนการผ่าตัดที่ทำนายคะแนนความปวด (VAS > 70 มิลลิเมตร) และปัจจัยที่ทำนายคะแนน VAS ครั้งถัดมา ก็คือคะแนน VAS ครั้งที่แล้ว

ปัจจัยสำคัญที่มีผลให้ผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดต่ำกว่าความเป็นจริง "ได้แก่ การสื่อสารโดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศชาย สูงอายุ หรือมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี มักมีปัญหาด้านการลือสารความเจ็บปวด และเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความเจ็บปวดต่ำกว่าความต้องการ (Garbez, & Puntillo, 2005 อ้างอิงใน อรพรวณ โตสิงห์, 2552) ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์

การจัดการความปวดต้องตระหนักถึงอายุของผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีความเสื่อมของระบบประสาท จึงต้องมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย ครอบคลุมเรื่องการบรรเทาความปวด การทำหน้าที่ทางกายภาพของร่างกาย การทำงานด้านอารมณ์ การจัดอันดับของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยปุ่นและความพึงพอใจในการรักษา และอาการ (Symptoms) ตลอดจนผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด (Miaskowski, 2010)

สำหรับแนวทางการควบคุมความแปรปรวนต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวดให้มีน้อยที่สุด สามารถปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของ นวัลสกุล แก้วลาย (2545, หน้า 78, 82) ที่ได้ทำการวิเคราะห์เมตตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พบร่วมกับการวิจัยที่แนะนำสมสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวด เพื่อช่วยให้ความต้องการในของงานวิจัยดีขึ้น ความมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ มีการระบุกรอบแนวคิดในภาระวิจัย ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป มีการสูตรตัวอย่างเข้ารับการทดลองใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่มีลักษณะเป็นการรายงานของผู้ป่วยเองและใช้หลักวิธีร่วมกัน โดยมีการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำมาใช้ มีการควบคุมปัจจัยที่อาจจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวด เช่น ระดับการศึกษา ตำแหน่งแผลผ่าตัด และประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ร่วมข้อมูล ตลอดด้วยกัน กนกพร คุปตานนท์ (2556) ที่กล่าวว่า การที่จะประเมินความปวดได้ถูกต้องไอล์ดีเคนต์กับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อนำข้อมูลที่ประเมินได้ไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล

ด้วยเหตุที่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินความปวดดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติที่เฉพาะเจาะจง เพื่อเพิ่มความต้องการประเมินผล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการประเมินผล

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการประเมินผลมีค่อนข้างน้อย โดยพบรายงานด้านศึกษาศาสตร์ ด้านสื่อสารมวลชน และด้านสุขภาพ ดังนี้

ทางด้านศึกษาศาสตร์พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอภิมานในการประเมินคุณภาพภายใน มีการกล่าวถึงความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงคุณภาพของมาตรฐานการประเมินอภิมาน โดย สิรินธร สินจินดาวงศ์ (2552) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและประยุกต์ใช้มาตรฐานการประเมินอภิมานสำหรับประเมินรายงานผลการประเมิน

คุณภาพภายในของสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย นอกจากนี้ พนักงานประเมินคุณภาพบัณฑิต โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาที่มีการผสมผสานวิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และมี การประเมินความตรงตามสภาพภารณ์ปัจจุบัน (Concurrent validity) โดย ศิริดา บุราติ, สัมพันธ์ พันธุ์พุกษ์, และพฤทธิ์ ศิริบรรพตพิทักษ์ (2554, หน้า 101-112) ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบ การประเมินคุณภาพบัณฑิต สาขาวุฒิศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ ของสถาบันอุดมศึกษา

ในการประเมินความสามารถทางภาษาอังกฤษ มีการประเมินความตรงเชิงการทดสอบ (Test validity) และความตรงเชิงผลลัพธ์เนื่อง (Consequential validity) ซึ่ง Winke (2011, pp. 628-660) "ได้ประเมินความตรงของการทดสอบที่มีชื่อเรียกว่า "High-Stakes ESL Test" โดยมี การประเมินความสามารถทางภาษาอังกฤษ (The English Language Proficiency Assessment, ELPA) ในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตามคำสั่งจากรัฐบาลเกี่ยวกับข้อกำหนดการไม่ทิ้งเด็กไว้เบื้องหลัง (No Child Left Behind, NCLB) การประเมินทำโดยขอให้ครูผู้สอนและผู้บริหาร การทดสอบให้ข้อคิดเห็นโดยตรงใน ELPA ภายหลังการบริหาร มีการสำรวจผู้บริหารจำนวน 267 คน ด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิดซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าไปในมิติของผลลัพธ์เนื่อง (Consequential dimensions) ของความตรงเชิงการทดสอบ (Test validity) การวิเคราะห์องค์ประกอบ "ได้องค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ELPA ของผู้เข้าร่วมจำนวน 5 องค์ประกอบ การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของผลการศึกษาพบว่า ในการบริหารงาน ELPA นั้น ผู้ให้การศึกษาในโรงเรียนมีความสนใจมากกว่า ผู้เรียนภาษาอังกฤษที่รายงานปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ ผลการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบ 3 ประเด็น (ความเหมาะสมของการทดสอบ ผลกระทบ และการบริหาร) และมีการกล่าวถึง ผลลัพธ์ที่ว่าไม่เพียงแต่เป็นวิธีการที่ดีกว่าการทำความเข้าใจ ELPA แต่ยังรวมถึงการนำไปสู่การ 饔起ป่วยในวงกว้างเกี่ยวกับความตรงเชิงผลลัพธ์เนื่อง (Consequential validity) และการทดสอบ มาตรฐานของความสามารถทางภาษาอังกฤษ การศึกษาครั้นนี้มีข้อเสนอแนะว่า ข้อมูลความตรง ที่กำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ ได้ใช้ปรับปรุงโปรแกรมการประเมินขนาดใหญ่ดังเช่นกรณี NCLB

ทางด้านสื่อสารมวลชน มีการกล่าวถึงความตรงเชิงโครงสร้าง(Construct validity) และ สิ่งคุกคามความตรงภายในและความตรงภายนอก (Internal and external validity) โดย Lavrakas (2010, pp. 1-49) ซึ่งเป็นผู้เขียนรายด้านการสื่อสารมวลชนและระเบียบวิธีวิจัย ได้ทำการประเมินผลวิธีการที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการโฆษณาบนอินเทอร์เน็ต โดยมี จุดประสงค์หลักคือ เพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบของการโฆษณาด้วยความถูกต้องแม่นยำ (ความตรงและความเชื่อมั่น/ความเที่ยง) ดำเนินการประเมินผลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ปี ค.ศ. 2008 ข้อมูลได้มาจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ ในอุตสาหกรรมโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต ทั้งทาง

จาก สิ่งพิมพ์ และวัสดุออนไลน์ นอกจากนี้ มีการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และใช้วิธีการศึกษาแบบดั้งเดิมเพื่อค้นหาสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินความตรง มีดังนี้ 1) มีการใช้แบบสอบถามที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) 2) ความตรงภายนอก (External validity) ถูกคุกคามโดยอัตราการตอบสนองที่ต่ำมากต่อความสำเร็จในการศึกษาประสิทธิผลของการโฆษณาบนอินเทอร์เน็ต 3) ความตรงภายใน (Internal validity) ถูกคุกคามโดยการใช้การออกแบบการวิจัยกึ่งทดลองมากกว่าการออกแบบการวิจัยแบบทดลองคลาสสิก 4) ความตรงโดยรวมถูกคุกคามจากความขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้องแม่นยำ 5) การศึกษามีความตระหนักในวิธีการวิจัยซึ่งผลการค้นพบสามารถบ่งบอกถึงความตรงภายนอกและความตรงภายนอกได้มาก

สำหรับด้านสุขภาพ มีการประยุกต์ใช้กรอบความตรงเชิงบริบท (Contextual validity) เพื่อประเมินโปรแกรมด้านสุขภาพ ซึ่ง Phillips, et al. (2013, pp. 198-203) ได้ทำการประเมินผลสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพไม่เสมอภาค โดยมีการประยุกต์ใช้กรอบความตรงเชิงบริบท (ความตรงภายนอก) (Contextual (external) validity) ประเมินโปรแกรมที่ได้รับทุนจากมูลนิธิวิจัยบริการสุขภาพของแคนาดา (Canadian Health Services Research Foundation, CHSRF) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการประยุกต์ใช้และนำกรอบการประเมินความตรงเชิงบริบท (Contextual validity) มาใช้เลือกโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิวิจัยบริการสุขภาพของแคนาดา (CHSRF) ระหว่างปี ค.ศ. 1998 และ 2006

อนึ่ง อาจกล่าวได้ว่าความตรงมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการประเมินผล ไม่ว่าจะเป็นความตรงด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการตีความผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) ทั้งนี้ Peck, et al. (2012, pp. 350-365) ได้ศึกษาเรื่องการตรวจสอบเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความตรงในการประเมินผล มีการกล่าวถึงประเด็นความตรงในการประเมินผลตามหนังสือที่มีชื่อว่า "Evaluating with validity" ที่เออร์เนส อาร์ เฮ้าส์ (Ernest R. House) เป็นผู้แต่ง โดยทำการตรวจสอบบทความในวารสารการประเมินอเมริกา (American Journal of Evaluation) ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1980 - 2010 ซึ่งได้รายงานผลการประเมินผลนโยบายและโปรแกรม มีการแบ่งการประเมินผลตามรูปแบบ "แนวทางหลัก" ของเฮ้าส์ (House's "major approaches" typology) (ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบ (Systems analysis), วัดถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (Behavioral objectives), การตัดสินใจ (Decision making), ไม่ยึดวัตถุประสงค์ (Goal-free), การทบทวนเชิงวิชาชีพ (Professional review), ศิลปวิจารณ์ (Criticism), กึ่งกฎหมาย (Quasi-legal), และกรณีศึกษา (Case Study)) รวมถึงประเภทของความตรงในการประเมินผล (ด้านการวัด (Measurement), ด้านการออกแบบ (Design), ด้านการตีความผลการประเมิน

(Interpretation), และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) มีการวิเคราะห์แยกประเภทของการประเมินผล และประเภทของความต้อง จำเป็นและสำหรับสถานะของการปฏิบัติการ การประเมินผลตามมาตรฐานของ House ในเรื่องความจริง ความงาม และความยุติธรรม (Truth, beauty, and justice) นอกจากนี้พบว่า บทความวิชาการของวารสารดังกล่าว จำนวน 106 เรื่อง มีการรายงานถึงความต้องการประเมิน ของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, pp. 350-365) ในการประเมินโครงการ เกี่ยวกับความต้องด้านเนื้อหามากที่สุด รองลงมาคือความต้องภายใน ความต้องเชิงการสื่อสาร ความต้องเชิงผลลัพธ์เนื่องความต้องเชิงการปฏิบัติ และไม่มีการรายงานความต้อง คิดเป็นร้อยละ 42, 40, 25, 23, 21 และ 5

จากที่กล่าวมา ได้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด โดยผู้วิจัย วางแผนใช้รูปแบบที่มีการทดสอบวิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และมีการตรวจสอบ ความต้องครอบคลุมทั้งความต้องด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) และ ด้านการตีความผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp. 350-365)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

งานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีความหลากหลาย ด้านการวิเคราะห์ วรรณกรรม มีรายงานการศึกษาวิจัยที่จำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั่วๆ ไป โดยแบ่งเป็นผลลัพธ์ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ให้การดูแล และด้านองค์กร (Jenning, Staggers, & Brosch, 1999) ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่เป็นการพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลของผู้เขียวชัญ ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (วิมลักษณ์ ชัยศักดิชาตรี, 2551) ด้านการวิจัยและพัฒนา มีการพัฒนารูปแบบการกำหนดเกณฑ์เบ่งระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งเน้นการเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงปริมาณ (สุดยินดี อภิสุข และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2553) ตลอดจนใช้วิธีทายแบบ ผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ การพัฒนาตัวชี้วัด คุณภาพบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน (ภรณ์วรวุฒิ จุนทร์บันทิต, 2554) ใน การศึกษาวิจัย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล และผลลัพธ์ด้าน องค์กรนั้น พบว่ามีการรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังเช่นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่สูงใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราภรณ์ สรพิริวงศ์, นิฤตา เพื่อกคง, และสมจิต หนูเรืองกุล, 2555) ซึ่งสิ่งสำคัญในการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการ พยาบาลคือต้องมีความต้องตามสภาพ (Concurrent validity) ดังเช่นกรณีการพัฒนาตัวชี้วัด ผลลัพธ์เพื่อติดตามคุณภาพการดูแลสุขภาพจิต (Srebnik, et al., 1997) สิ่งสำคัญอีกประการที่ต้อง คำนึงถึงคือผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นต้องมีความเฉพาะเจาะจง (Schneider, Barkauskas, &

Keenan, 2008) ยกตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลผลลัพธ์การดูแลสุขภาพบ้านนอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Moon, 2011)

จากที่กล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดดังนี้ ผลลัพธ์การจัดการความปวดมีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schneider, Barkauskas, & Keenan (2008) โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยสอดคล้องกับแนวคิดของ Erickson (1998 ข้างอิงใน พรทิพย์ มาลาธรรม, และคณะ อินทรสมบัติ, 2549, หน้า 30) และงานวิจัยของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ (2555) และ Jennings, Staggers, & Brosch (1999) มีการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความปวดโดยใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภรณ์วรวรัญช์ จุนทการบันฑิต (2554) โดยเน้นความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Srebnik, et al. (1997)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและบันทึกความปวด

ถึงแม้ว่าการประเมินความปวด (Pain assessment) และการบันทึกความปวดหลังผ่าตัด เป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ที่ 5 จะมีความสำคัญ เพราะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถติดตามผลการรักษาผู้ป่วยได้ใกล้ชิดขึ้น (สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ, 2548, หน้า 80) แต่ก็พบปัญหาอุปสรรคของการประเมิน และบันทึกความปวดพอสมควร ซึ่งสะท้อนจากผลการศึกษาวิจัยต่างๆ ดังเช่น วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545, หน้า 52-53) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่อง การประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ในขณะที่พยาบาลมีการรับรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การรับรู้ของพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ในเรื่องการประเมิน ความปวดและการติดตามประเมินผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นั่นหมายความ ว่าท่านนั้นที่ แล้วคณะ (2552, หน้า 22) ศึกษาปัญหาด้านการประเมินความปวดพบว่า ผู้ป่วย ส่วนหนึ่งไม่เข้าใจวิธีการประเมิน และมักบอกระดับความปวดที่มากໄว้ก่อนซึ่งไม่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมที่ปรากฏให้เห็นในขณะนั้น นอกจากนี้ พบปัญหาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับ ความรุนแรงของความปวด ไม่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย ไม่มีแบบประเมินความปวดที่ครอบคลุม ทั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ เช่น ตัวเย็บ เหื่อยออก เป็นต้น ทำให้ข้อมูลที่ประเมินได้อาจไม่ช่วยให้จัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้น การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดที่ครอบคลุม จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ควรเร่งปรับปรุงต่อไป

รุจิ พลางวรรณ และคณะ (2556) ศึกษาการประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันแบบสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์เจ้าสิริกิติ์ พบร่วมกับความปวดในภูมิที่เครื่องมือในการประเมินความปวดและมีการบันทึกเกี่ยวกับความปวดเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการประเมินความปวด ในขณะที่ Kizza (2012, pp. 51-52) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการประเมินความปวดของพยาบาลพบว่า อุปสรรคที่สำคัญในการประเมินความปวดคือ การขาดแนวปฏิบัติในการประเมินความปวด ตลอดจนการขาดเครื่องมือในการประเมินและการบันทึกความปวด

จากปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ทำให้เกิดการพัฒนาฐานแบบการประเมินและบันทึกความปวดดังนี้ สุติภรณ์ ณัชช้อย (2547) ได้พัฒนาพัฒนาฐานแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าท่อช่วยหายใจ สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2548, หน้า 80-85) ได้ทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเพื่อเป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมอโธโรบิດิกส์ ต่อมมา สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2550) ได้พัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย วิจิตรฯ เล้าตระกูล, วิจิตรฯ เชาว์พานนท์, และสุวรรณฯ วิภาวดีรังสิต (2553) พัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ที่ห้าในสถาบันประเทศไทยโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม สุวารี อยู่ยอด และสมชัย วงศ์นายะ (2557) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดแผ่นผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลกำแพงเพชร Rahim (2002) พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลเพื่อประเมินความปวดเฉียบพลัน

ถึงแม้จะมีการพัฒนาฐานแบบการประเมินและบันทึกความปวดพอสมควร แต่ก็ยังพบปัญหาอุปสรรคในการประเมินและบันทึกความปวด ยกตัวอย่างงานวิจัยของ สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2548, หน้า 80-85) ที่ได้ทำการศึกษาแบบ descriptive study เพื่อทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเพื่อเป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมอโธโรบิດิกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การศึกษาในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ (56%) มีการบันทึกความปวดในแบบบันทึกที่กำหนดจำนวน 2-3 ครั้งต่อวัน ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ประเมินได้น้อยครั้งอาจเป็นเพราะ 1) ในเวรดึกผู้ป่วยพักผ่อนแล้วจึงไม่อยากรบกวนผู้ป่วย (โดยบันทึกเป็น "S" แทนค่าคะแนน) อีกทั้งพยาบาลในเวรดึกโดยปกติจะมีจำนวนน้อยกว่าเวรอื่น 2) ในวันผ่าตัด (Postoperative day 0) ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดไม่พร้อมกัน ถ้ากลับมาในเวรเช้าจะมีโอกาสประเมินและบันทึกอาการปวดได้มากครั้งกว่ากลับมาในเวรบ่าย ดังนั้นในการศึกษานี้ ในวันผ่าตัด ส่วนใหญ่ (34%) จึงประเมินได้ 1 ครั้งต่อวัน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ทำผ่าตัดไปแล้ว 1 วัน

จึงย้ายมาที่หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทำให้ไม่ได้ประเมินอาการป่วยในวันแรก 3) ในผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มาก เช่นผ่าตัดเล็ก หรือหลังผ่าตัด 2-3 วันผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับการรักษาจึงไม่ได้ประเมินป่วยๆ

ต่อมา สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2550) ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความป่วยให้เป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อพัฒนาระบบการประเมินและการบันทึกความป่วยหลังการผ่าตัดให้เป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ 2) เพื่อประยุกต์ใช้แบบบันทึกความป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา สถานศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยอโรมปิดิกส์ 2 แห่ง และหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 แห่ง ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาในหอผู้ป่วยทดลอง 1 แห่ง พบร่วมพยาบาลบางส่วนมีความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ประเมินความป่วยไม่ถูกต้อง และจากการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย 136 ราย ก่อนการใช้ graphic sheet พบร่วมจำนวนครั้งของการบันทึกระดับความป่วยมีน้อย หลังการใช้ graphic sheet พบร่วมมีการบันทึกเพิ่มขึ้นทุกเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

สืบเนื่องจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤต พบร่วมในแผนการพยาบาลมีการระบุถึงข้อวินิจฉัย NANDA -1 เกี่ยวกับประเด็นความป่วยเดียบพลันมากที่สุด ส่วนผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) และการจำแนกประเภทการให้การพยาบาล (NIC) ระบุถึงระดับความป่วย และการจัดการความป่วยมากที่สุด (Moon, 2011) นอกจากนี้ ความป่วยจากการผ่าตัดพบมากที่สุดโดยพบในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูก (Meissner, et al., 2008) ผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการปรับปรุงคุณภาพหรือการศึกษาที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับความป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนารูปแบบที่จะช่วยเพิ่มความตรงในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ซึ่งการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยได้ซื้อกันพบ ดังนี้

ปัญหาที่สำคัญของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยคือ ผู้ป่วยรายงานข้อมูลไม่ตรงกับที่พยาบาลรายงาน (โอลิฟิค เวียงโอลสต, 2549 ; Duignan, & Dunn, 2008 อ้างอิงใน อรพวรรณ โตสิงห์, 2552 ; Puntillo, et al., 2003, 171-175 ; Wickstrom Ene, 2008) แนวทางการประเมินคุณภาพการจัดการความป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด พบร่วมมีการประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม (เจ้ากี สุนทรภู่ ณ ชาลbury และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, 2552, หน้า 303-314) ตลอดจนเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มพยาบาลแพทย์ และผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามสำหรับพยาบาลแพทย์ และ

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย (นักธมน ุทธานนท์ และคณะ, 2552) การประเมินผลผลลัพธ์การจัดการความปวดยังมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรัตน์, และดูณี ชุมระหวต, 2555; สุภาวรรณ บุณโยทยาน, นวีวรรณ คงชัย, และมยุติ สำราญญาติ, 2554 ; Watt-Watson, et al., 2004) โดยมีคะแนนความปวด และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ปงบอกถึงผลลัพธ์การจัดการความปวด (บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรัตน์, และดูณี ชุมระหวต, 2555) นอกจากจะประเมินความพึงพอใจแล้ว ยังมีการกำหนดผลลัพธ์การจัดการความปวดคือ การถูกรบกวนจากความปวด ยาบรรเทาปวด และความกังวลเกี่ยวกับการได้รับยาบรรเทาปวด (Watt-Watson, et al., 2004) กรณีความพึงพอใจของผู้ป่วย ยังมีการศึกษาถึงตัวทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวด (McNeill, Sherwood, & Nieto, 2001) สำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนั้น มีขั้นตอนเริ่มแรกโดยการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลในคลินิก (Clinical nurses) โดยมีการตรวจสอบความตรงเรื่องเนื้อหา (Content validity) (Idvall, 2001, pp. 1-67 ; Idvall, et al., 2001) นอกจากนี้ มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดทั้งด้านคุณภาพและกระบวนการ (Meissner, et al., 2008) อนึ่ง การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดมีการตระหนักถึงอายุของผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีความเสื่อมของระบบประสาท จึงต้องมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย ครอบคลุมเรื่องการบรรเทาความปวด การทำหน้าที่ทางกายภาพของร่างกาย การทำงานด้านอารมณ์ การจัดอันดับของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับปรุงและความพึงพอใจในการรักษาอาการ (Symptoms) ตลอดจนผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด (Miaskowski, 2010) สำหรับการสังเคราะห์ตัวชี้วัดและวิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ได้ผลการสังเคราะห์ดังแสดงในตาราง 11 และตาราง 12

ເມື່ອກົດລົບສັບສົນໄດ້ແລ້ວ ດີເລີ້ນໄດ້ກຳນົດໄດ້

ตาราง 12 การสังเคราะห์วิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากผลการวิจัย

วิธีการประเมินผลลัพธ์	ospit	จิราภิ สุนทรฯ	นักออมน	กรรณรัญช์	Idvall	Idvall
การจัดการความป่วย	เตียงโถสก (2549)	และศูนย์ฯ จักรกุลฯ	วุฒิฯ	งานที่ฯ	(2001)	et al. (2001)
			และคณะ	(2554)		
			(2552)	(2552)		
ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน				/		
ใช้แบบสอบถาม						
ผู้ป่วย			/			
พยาบาล		/		/		
แพทย์				/		
ใช้แบบสัมภาษณ์						
ผู้ป่วย		/		/		
กลุ่มพยาบาลในคลินิก					/	/

จากข้อมูลในตาราง 11-12 พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากความคิดเห็นของนักวิชาการ 4 คน และผลการวิจัย 12 เรื่อง (ตาราง 11) พบการรายงานถึงตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์มากที่สุด ซึ่งได้แก่ ระดับความป่วย รองลงมาคือความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วนตัวชี้วัดด้านโครงสร้างการดูแล และตัวชี้วัดด้านกระบวนการดูแล พบได้เท่าๆ กันและพบน้อยกว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ส่วนวิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่รายงานไว้ในงานวิจัย 6 เรื่อง (ตาราง 12) พบการใช้แบบสอบถามพยาบาล แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลในคลินิกมากเท่าๆ กัน การใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสานพบได้น้อยเท่ากับการใช้แบบสอบถามแพทย์และแบบสอบถามผู้ป่วย

จากที่กล่าวมา เป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการพัฒนาฐานแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ตระหนักรถึงปัญหาที่สำคัญของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย คือ ผู้ป่วยรายงานข้อมูลไม่ตรงกับที่พยาบาลรายงานตามผลการศึกษาของ ospit เวียงโถสก (2549) และ Wickstrom Ene (2008) ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีการเพิ่มความต้องของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย และจะมีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย โดยมี การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม ตลอดจนกับการศึกษาวิจัยของ จิราภิ สุนทรกุล ณ ชลบุรี และศูนย์ฯ จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2552, หน้า 303-314) โดยมีคะแนนความป่วยและคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นตัวปัจงบอกถึงผลลัพธ์การจัดการความป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของบุษรา ดาวเรือง, นิโรบล ภนกสุนทรัตน์, และดุณี ชุมชะวต (2555) นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดผลลัพธ์การจัดการความป่วยอื่นๆ ได้แก่ การถูกรบกวนจากความป่วย

และยาบรรเทาปวดตามแนวคิดของ Watt-Watson, et al. (2004) อนึ่ง การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในครั้งนี้ตระหนักถึงอายุของผู้ป่วย จึงมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่หลากหลายครอบคลุมเรื่องการบรรเทาความปวด การทำหน้าที่ทางกายภาพของร่างกาย การทำงานด้านอารมณ์ การจัดอันดับของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับปรุงและความพึงพอใจในการรักษา และอาการ (Symptoms) ตลอดจนผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดตามแนวคิดของ Miaszkowski (2010)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาฐานแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการสังเคราะห์เกี่ยวกับความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำแนวคิดทางการพยาบาลและการประเมินผลมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งแนวคิด แนวทาง และหลักการต่างๆ สรุปได้ดังนี้

แนวคิดทางการพยาบาล

1. แนวคิดกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2556 ; วิจิตรากุสุมงก์ และอรุณี เยงยศมาก, 2551, หน้า 46-134 ; สุภาวดี พรุจจินดา, 2557 ; American Nurses Association, 2014) คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) ซึ่งแต่ละขั้นตอนต่อเนื่องกันไปไม่หยุด止 ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนที่ 1 และ 5 โดยมีการประเมินความปวดของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจัดการความปวด และมีการประเมินผลข้ามเพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด

2. หลักการจัดการความปวดแบบ ABCDE

การจัดการความปวดตามหลักการ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p.1241) ประกอบด้วย A = Ask and assess pain สอบถามและประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องโดยถือเป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2557, หน้า 4 ; Kumar, 2007, p. 30 ; Linton, 2007, p.207) B = Believe เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับความปวด และการบรรเทาความปวด C = Choose เลือกวิธีควบคุมความปวดที่ได้ผล และเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว D = Deliver ให้การดูแลอย่างรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วย

มีอาการปวด E = Empower and enable ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถควบคุมความปวดได้

3. หลักการประเมินและบันทึกความปวดแบบ OPURSTUV

การวิจัยครั้งนี้ได้นำหลักการประเมินและบันทึกความปวดแบบ OPURSTUV (VIHA Quality Council, 2008) เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือประเมินความปวดของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด ประสิทธิผลของการจัดการความปวด และผลกระทบของความปวดที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย Onset (ระยะเวลาที่ปวด) Provoking/Palliating (สิ่งกระตุ้น/บรรเทาความปวด) Quality (ลักษณะของการปวด) Region/Radiation (ตำแหน่งที่ปวด) Severity (ความรุนแรงของความปวด) Treatment (การบำบัดความปวด) Understanding/Impact on you (ความเข้าใจ/ผลกระทบจากความปวด) และ Values (คุณค่า)

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล

1. แนวคิดโมเดลเชิงตรรกะ

โมเดลเชิงตรรกะ (Logic model) ประกอบด้วย ปัจจัยปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) (น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค, 2555, หน้า 29-30 ; สุวิมล ว่องวนิช, 2552, หน้า 19 ; Sonpal-Valias, 2009, p.1) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดโมเดลตรรกะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาฐานแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด โดยแบ่งผลลัพธ์การจัดการความปวดเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลาง ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้ มีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมการจัดการความปวดที่พยาบาลวิชาชีพมอบให้แก่ผู้ป่วย

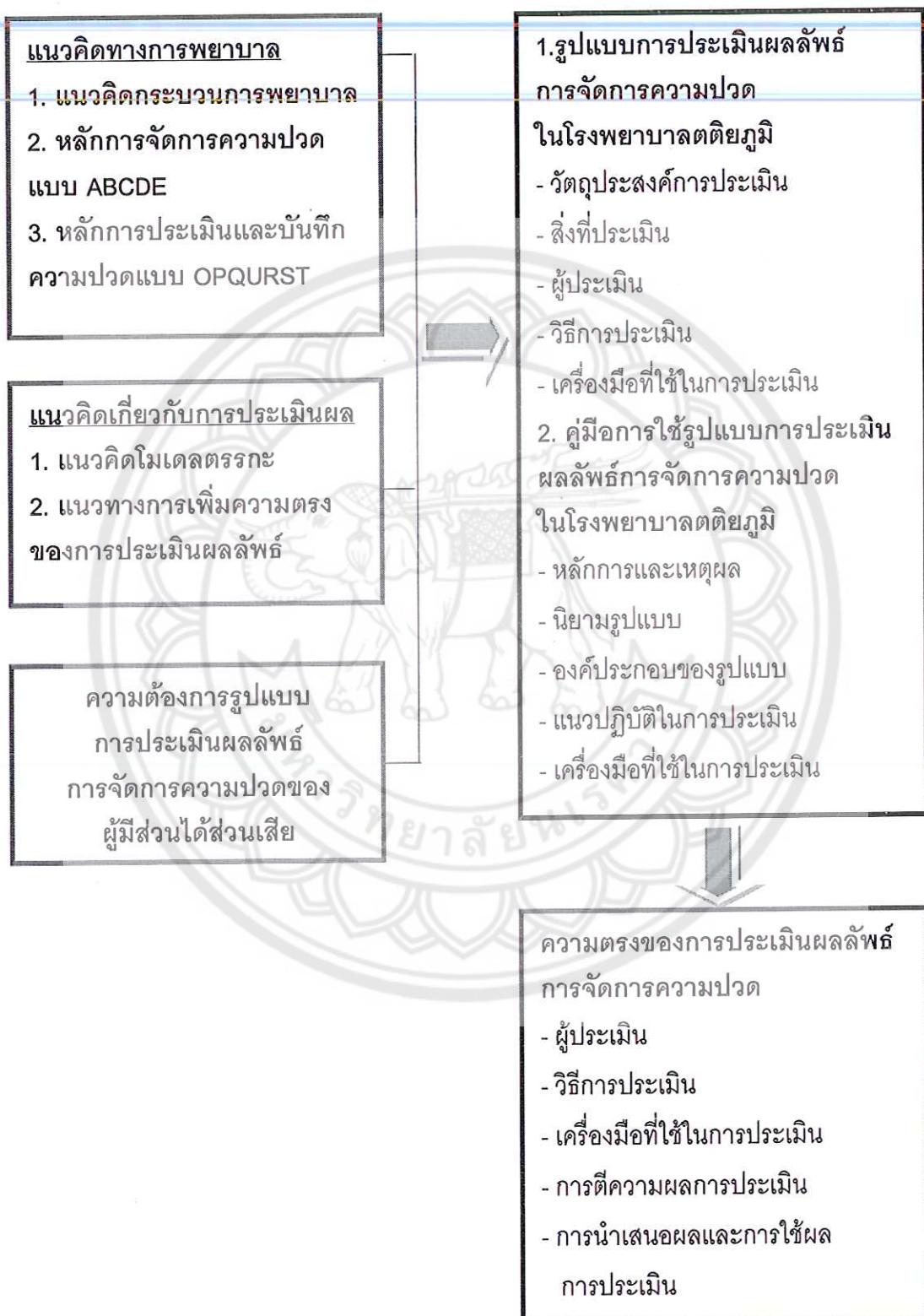
2. แนวทางการเพิ่มความต้องการการประเมินผลลัพธ์

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของนักวิชาการต่างประเทศ (Bamberger, et al., 2006 ; Chen, et al., 2011, pp. 14-15 ; Greene, 2011, p. 81 ; Peck, et al., 2012, pp. 352-354) มาประยุกต์ใช้ใน การพัฒนาฐานแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่มีความต้องการการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความต้องของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) มาใช้เป็นกรอบความต้อง ด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการตีความผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) ตลอดจนนำแนวคิดของ Bamberger, et al. (2006) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความต้องในทุกขั้นตอน ทั้งในระหว่างการออกแบบการประเมิน การนำรูปแบบการประเมินไปใช้ การเตรียมและการทบทวนรายงานข้อค้นพบของการประเมิน และ การสรุปผลการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด มีการกำหนดแบบฟอร์มและวัตถุประสงค์ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดให้ชัดเจน ไม่เน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการ จัดกระทำ แต่เน้นการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) การประเมินความต้องการ

(Need assessment) มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามทฤษฎีโปรแกรม และกำหนดคุณค่าของผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามแนวคิดของ Chen, et al. (2011, pp. 14-15) อาจเป็นผู้จัดวางแผนอบรมผู้ป่วยเมินให้มีความเป็นกลางและเป็นปรานัย และเป็นผู้ตั้งค่าตามที่นำเสนอ ฝึกการจำแนกสิ่งคุกคาม/อุปสรรคที่สำคัญต่อความต้อง หรือถ้าที่จะควบคุมและให้กำลังใจผู้ป่วยเมินในการติดตามขั้นตอนต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Greene (2011, p. 81)

จากการนำผลการสังเคราะห์เกี่ยวกับความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดทางการพยาบาลและ การประเมินผล ทำให้ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิรูปแบบใหม่ที่มีองค์ประกอบครบถ้วน ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ป่วยเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน พิริยมทั้งได้คู่มือการใช้รูปแบบ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งหลักการและเหตุผล นิยามรูปแบบ องค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน ลิสต์ที่ประเมิน ผู้ป่วยเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินสำหรับ ผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล รวมทั้ง แนวปฏิบัติในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับบุคคล ซึ่งเมื่อผ่าน การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบทำให้ รูปแบบมีความเหมาะสม 适合 สด ใหม่ และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เมื่อผู้ใช้รูปแบบนำรูปแบบที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง สงผลให้เกิดความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยทั้งด้านผู้ป่วยเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ครอบแนวคิดในการวิจัยแสดงดังภาพ 24

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

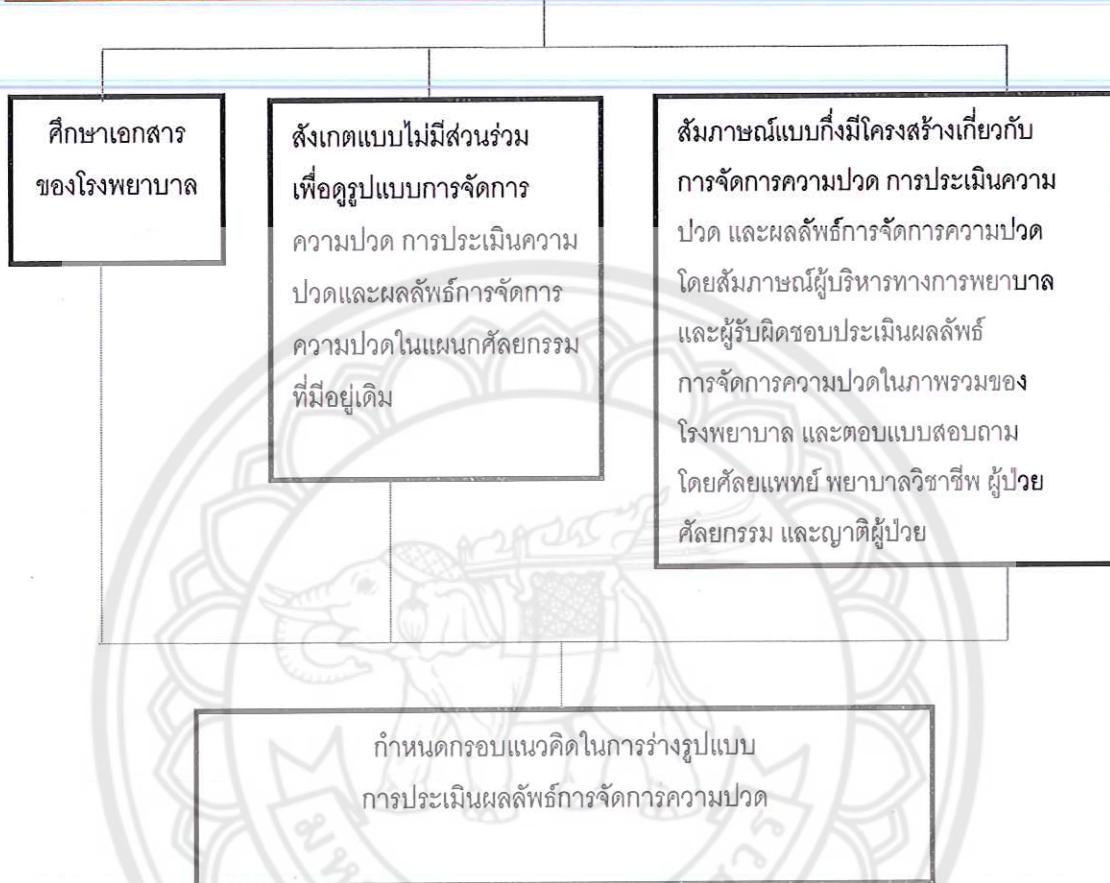
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขอրองการ 536/57) ได้มีการให้ข้อมูลคำอธิบายแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนก่อนลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วย ได้มีการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยใช้รหัสผู้ป่วย (Code) แทนชื่อผู้ป่วย นอกจากนี้ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกคนนำเสนอในรายงานหรือวารสารในรูปที่เป็นการสูญเสียการศึกษาในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และมีการทำลายข้อมูลหลังการวิจัยสิ้นสุด

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับสภาพจริงของการจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่กำลังเป็นอยู่หรือกำลังดำเนินอยู่ในในโรงพยาบาลขณะนั้น ตลอดจนสิ่งที่ขาดหายหรือส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่เป็นอยู่หรือที่ปรากฏไม่เป็นไปตามที่ต้องการให้เป็น และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่พึงปรารถนา เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดในการร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย สรุปกรอบการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ดังภาพ 25

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบ
การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ**



ภาพ 25 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1

จากภาพข้างต้น ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แหล่งข้อมูล

1.1 ด้านเอกสาร ได้แก่ เอกสารของโรงพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ของการจัดการความป่วย และเวชระเบียน

1.2 ด้านบุคคล

ผู้วิจัยได้เลือกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องมาจากมีคุณสมบัติที่เหมาะสมคือ เป็นโรงพยาบาลติดภูมิที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ และบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งให้บริการทางศัลยกรรมทุกระดับของร่างกายแก่ผู้ป่วยทุกวัย ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้เป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ (ภาคผนวก ก)

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบประเมินผลพัธม์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเครือข่ายหรือก้อนหิมะ (Snowball sampling) โดยทำการเลือกตัวอย่างเริ่มต้นจากการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการประเมินผลพัธม์การจัดการความป่วยของโรงพยาบาล จากนั้นก็ให้บุคคลดังกล่าวนี้ระบุชื่อบุคคลหรือกลุ่มนักศึกษาที่คิดว่าจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่ต้องการรวบรวมได้เป็นอย่างดี หลังจากนั้นก็ให้บุคคลหรือกลุ่มนักศึกษาที่ได้รับการระบุชื่อนี้ทำการระบุชื่อบุคคลหรือกลุ่มนักศึกษาอีกคนต่อไปอีกด้วยการทำเช่นนี้เรื่อยไปจนได้จำนวนบุคคลหรือกลุ่มนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งได้รายชื่อบุคคลหรือกลุ่มนักศึกษามากจึงหยุด

1.2.2 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม (3 คน)

1.2.3 ศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 3 คน

1.2.4 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี, 6-10 ปี และมากกว่า 10 ปี กลุ่มละ 3 คน

1.2.5 ผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติ กลุ่มละ 5 คน โดยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารได้เข้าใจ (ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย)

2. การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ทำการศึกษาเอกสารของโรงพยาบาล ได้แก่ นโยบายและแนวปฏิบัติในการจัดการความป่วย และเวชระเบียน นอกจากนี้ ทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในแผนกศัลยกรรมเพื่อศูนย์แบบการจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาลแบบเครือข่ายหรือก้อนหิมะ (Snowball sampling) สมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล และตอบแบบสอบถามโดยใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบโควตา (Quota selection) ครอบคลุมทั้งกลุ่มศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในแผนกศัลยกรรมเกี่ยวกับการจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่จะสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการร่างรูปแบบการประเมินผลพัธม์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหาร ทางการพยาบาลและผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล แบบสอบถามสำหรับศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในแผนกศัลยกรรมเกี่ยวกับ การจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย (ภาคผนวก ๑) โดยมี การดำเนินการ ดังนี้

3.1 ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

3.2 กำหนดกรอบเนื้อหาสาระที่สำคัญ จัดทำประเด็นสัมภาษณ์หรือสอบถามโดยให้ ครอบคลุมเนื้อหาที่กำหนด ซึ่งประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน องค์ประกอบ ตัวชี้วัด ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ปัญหาอุปสรรคในการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วย (สิ่งคุกคามความต้องการการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย) ความต้องการ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

3.3 นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตาม

ข้อเสนอแนะ

3.4 ส่งเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ค) ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (Content validity) และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความแต่ละข้อกับ วัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence, IOC) สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้

3.4.1 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและประเมินผล จำนวน 2 คน มีคุณวุฒิระดับ ปริญญาเอกสาขาวิจัยและประเมินผล และมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการวิจัยและ ประเมินผลด้านสุขภาพอย่างน้อย 5 ปี

3.4.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย จำนวน 3 คน มีคุณวุฒิระดับปริญญาเอกสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์หรือมีตำแหน่งทางวิชาการระดับรองศาสตราจารย์ ขึ้นไป และมีประสบการณ์ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย อย่างน้อย 5 ปี

3.5 นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไข

4. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจิรยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4.2 นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและสืบค้น เวชระเบียนของโรงพยาบาล

4.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาเอกสารของโรงพยาบาล และนัดหมายผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ดำเนินการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อทำการสัมภาษณ์ตามเวลาด้านมา

4.4 แจกแบบสอบถามให้ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพมาทำการตรวจสอบข้อมูล ลดthon ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทั้งสามกระบวนการจะกระทำไปพร้อมๆ กัน กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งข้อมูลรายวัน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว และภายหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เล้วนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์นำเสนอเป็นรายงานวิจัยในขั้นตอนต่อไป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

5.1.1 การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) ความเกี่ยวข้องของข้อมูล (Dependability) และความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล ทั้งการตรวจสอบข้อมูลรายวันภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง และการตรวจสอบข้อมูลเมื่อลิ้นสูดการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเล้าด้านข้อมูล (Data triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน ได้แก่ 1) แหล่งเวลา : ช่วงเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลแตกต่างกัน ทั้งในช่วงเวลาเข้า กลางวัน เย็น และกลางคืน ทั้งในวันธรรมดาและวันหยุด ซึ่งสอบถามในประเด็นเดียวกัน 2) แหล่งสถานที่ : สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมีความแตกต่าง ได้แก่ หอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม และ 3) แหล่งบุคคล ที่ให้ข้อมูล : มีความแตกต่าง คือมีทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยศัลยกรรม และญาติผู้ป่วย

5.1.2 การลดทอนข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามเสร็จสิ้นในแต่ละวัน ผู้วิจัยนำมาอ่านทบทวน และลงความคิดเห็นเบื้องต้น แล้วพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นใดในการศึกษา เพื่อจัดระเบียบและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

5.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากสนามในประเด็นที่ศึกษาตามขอบเขตที่กำหนด โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล หลายครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ
- 2) จัดระบบและจำแนกประเภทของข้อมูล
- 3) ทำการเขียนโดยย่อของข้อมูลที่จัดระบบและจำแนกประเภทของข้อมูล มาสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้มองภาพรวมของข้อมูลพื้นฐานของการประเมินผลการจัดการ ความป่วยด้วยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป ซึ่งแบ่งออกเป็นวิธีย่อยๆ 2 วิธี คือ การวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปอุปนัย (Analytic induction) และ การวิเคราะห์โดยการจำแนกหรือจัดกลุ่มข้อมูล (Category or Typology analysis)
- 4) นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาโดยใช้วิธีพรรณนา (Descriptive) ประกอบภาพ และนำเสนอประเด็นคำพูดที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูล

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence, IOC) มาจากการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายบุคคลว่า ข้อความ ของเครื่องมือแต่ละข้อนั้นสามารถวัดได้ตรงกับเนื้อหาในเรื่องที่วิจัยหรือไม่ โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความสามารถวัดได้ตามเนื้อหาหรือประเด็นให้ +1

ข้อความที่ไม่แม่ใจว่าวัดได้ตามเนื้อหาหรือประเด็นให้ 0

ข้อความไม่สามารถวัดได้ตามเนื้อหาหรือประเด็นให้ -1

ผู้วิจัยนำคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนที่ประเมินมากรอกลงในแบบวิเคราะห์ ความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์เพื่อหาค่าเฉลี่ยสำหรับข้อความแต่ละข้อ โดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความแต่ละข้อกับ
วัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence)

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N แทน จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

เกณฑ์การคัดเลือกข้อความคือ ถ้าค่าตั้งแต่ 0.50 - 1.00 คัดเลือกไว้ใช้งาน
ถ้าค่าต่ำกว่า 0.50 พิจารณาตัดทิ้งหรือปรับปูน (บุญใจ ศรีสุติย์นราภรณ์, 2555, หน้า 122 ; พิสูจน์
ฟองศรี, 2552, หน้า 155, 201)

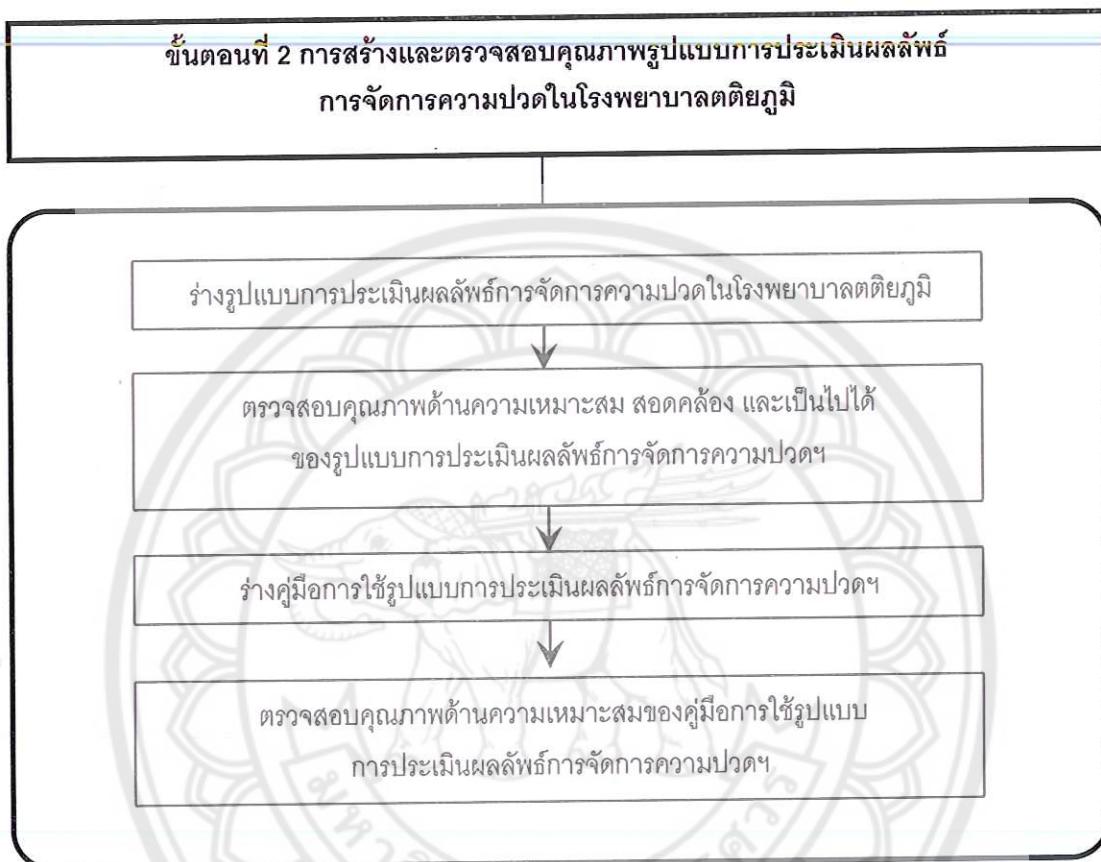
ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยในโรงพยาบาลติดต่อกัน

ในขั้นตอนการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล
ติดต่อกัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทางการพยาบาล ได้แก่ กระบวนการพยาบาล (Nursing
process) (ญาดี เกตสัมพันธ์, 2556 ; วิจิตรากุสุณิ์ และอรุณี เ衡阳ศมากร, 2551, หน้า 46-134 ;
สุภาวดี นพชุจินดา, 2557 ; American Nurses Association, 2014) หลักการจัดการความป่วย
แบบ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p. 1241) หลักการประเมินและบันทึกความป่วยแบบ
OPQRSTUV (VIHA Quality Council, 2008) และแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล ได้แก่ แนวคิด
ไม่เด็ดตัวราก (Logic model) (น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค, 2555, หน้า 29-30 ; ศุภิมล ว่องวนิช,
2552, หน้า 19 ; Sonpal-Valias, 2009, p.1) แนวทางการเพิ่มความต้องการประเมินผลลัพธ์
(Bamberger, et al., 2006 ; Chen, et al., 2011, pp.14-15 ; Greene, 2011, p. 81 ; Peck,
et al., 2012, pp. 352-354) เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความ
ป่วยในโรงพยาบาลติดต่อกัน

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดต่อกันที่พัฒนาขึ้น ได้มี
การจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งหลักการและเหตุผล นิยามรูปแบบการ
ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดต่อกัน องค์ประกอบของรูปแบบการประเมิน
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดต่อกัน ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน
ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าห้องผู้ป่วย หัวหน้า
พยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งแนวปฏิบัติในการประเมินความป่วยและ
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบครอบคลุมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและ
ผู้ใช้รูปแบบทั้งกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยรูปแบบ

ตรวจสอบคุณภาพในประเด็นความเหมาะสม ความสอดคล้องและความเป็นไปได้ กรณีคู่มือการใช้รูปแบบตรวจสอบคุณภาพในประเด็นความเหมาะสม การดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 แสดงดังภาพ 26



ภาพ 26 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2

จากภาพข้างต้น ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ ได้แก่ ผลการศึกษาข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และผลการสังเคราะห์เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น วัตถุประสงค์การประเมิน องค์ประกอบ ตัวชี้วัด ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน สรุปแหล่งข้อมูลในการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ใช้รูปแบบทั้งกลุ่ม ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 ร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิผู้วิจัยนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และผลการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องในประเด็นวัตถุประสงค์การประเมิน องค์ประกอบ ตัวชี้วัด ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน มาร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ จากนั้นนำไปให้อาชารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาต่อรองตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของประเด็นเนื้อหาของร่างรูปแบบ นำข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบสำหรับดำเนินการให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบในขั้นตอนต่อไป

2.2 ตรวจสอบคุณภาพด้านความเหมาะสม ยอดคล่อง และเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ในการตรวจสอบความเหมาะสม ยอดคล่อง และเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ง) ตรวจสอบและนำผลการพิจารณาทำการวิเคราะห์ความเหมาะสม ยอดคล่อง และเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นส่งให้ผู้ใช้รูปแบบทั้งกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล (6 คน) และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (16 คน) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

2.3 ร่างคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ “ได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ หลักการและเหตุผล นิยามรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ” ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งแนวปฏิบัติในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับบุคคล

2.4 ตรวจสอบคุณภาพด้านความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

ในการตรวจสอบความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์

การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบ และนำผลการพิจารณามาทำการวิเคราะห์ความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบ พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นส่งให้ผู้ใช้รูปแบบทั้งกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล (6 คน) และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (16 คน) ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการใช้รูปแบบ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิในประเด็นต่างๆ (ภาคผนวก ก) คือ

3.1 ความเหมาะสม หมายถึง รูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้รูปแบบมากน้อยเพียงใด

3.2 ความสอดคล้อง หมายถึง รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความสอดคล้องสมพันธ์กัน หรือมีความเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกันมากน้อยเพียงใด

3.3 ความเป็นไปได้ หมายถึง รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการมากน้อยเพียงใด

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ซึ่งมีความหมายของอัตราดับคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

4. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ทำหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พร้อมทั้งติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิโดยตรงทางโทรศัพท์ เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการวิจัย

4.2 ส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิยังไม่ส่งแบบสอบถามกลับในเวลาที่กำหนด ดำเนินการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ หรือจัดส่งข้อความหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) เพื่อให้ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

4.3 นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบจากนั้นส่งรูปแบบ คู่มือการใช้รูปแบบ และแบบสอบถามให้ผู้ใช้รูปแบบตอบแบบสอบถาม

4.4 นำแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบตอบแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 รูปแบบการประเมินผลพัธกรการจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วยมากที่สุดว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้รูปแบบ รวมทั้งมีความสอดคล้องสมพันธ์กัน หรือมีความเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วยมากกว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้รูปแบบ รวมทั้งมีความสอดคล้องสมพันธ์กัน หรือมีความเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วยปานกลางว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้รูปแบบ รวมทั้งมีความสอดคล้องสมพันธ์กัน หรือมีความเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วยน้อยว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและ

หมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
ซึ่งกันและกัน และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
น้อยที่สุดว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ
และหมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ รวมทั้งมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน หรือมีความเป็นเหตุและผล
ซึ่งกันและกัน และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

5.2 คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลหลักการจัดการความป่วย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำผลการ
วิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
มากที่สุดว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลัก
วิชาการและหมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
มากกว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลัก
วิชาการและหมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
ปานกลางว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้อง
ตามหลักวิชาการและหมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
น้อยว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้องตามหลัก
วิชาการและหมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ

ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50 หมายถึง กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ใช้รูปแบบเห็นด้วย
น้อยที่สุดว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีองค์ประกอบแต่ละส่วนที่มีความถูกต้อง
ตามหลักวิชาการและหมายความว่า หมายถึง กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนาวัตกรรมคือ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยมีจุดมุ่งหมายของวัตกรรมคือ เพิ่มความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการประเมินผล (Bamberger, 2007, pp. 17-18 ; Bamberger, et al., 2011, p. 16 ; Darabi, 2002, p. 221; Peck, et al., 2012, pp. 352-354) เป็นกรอบในการตรวจสอบความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

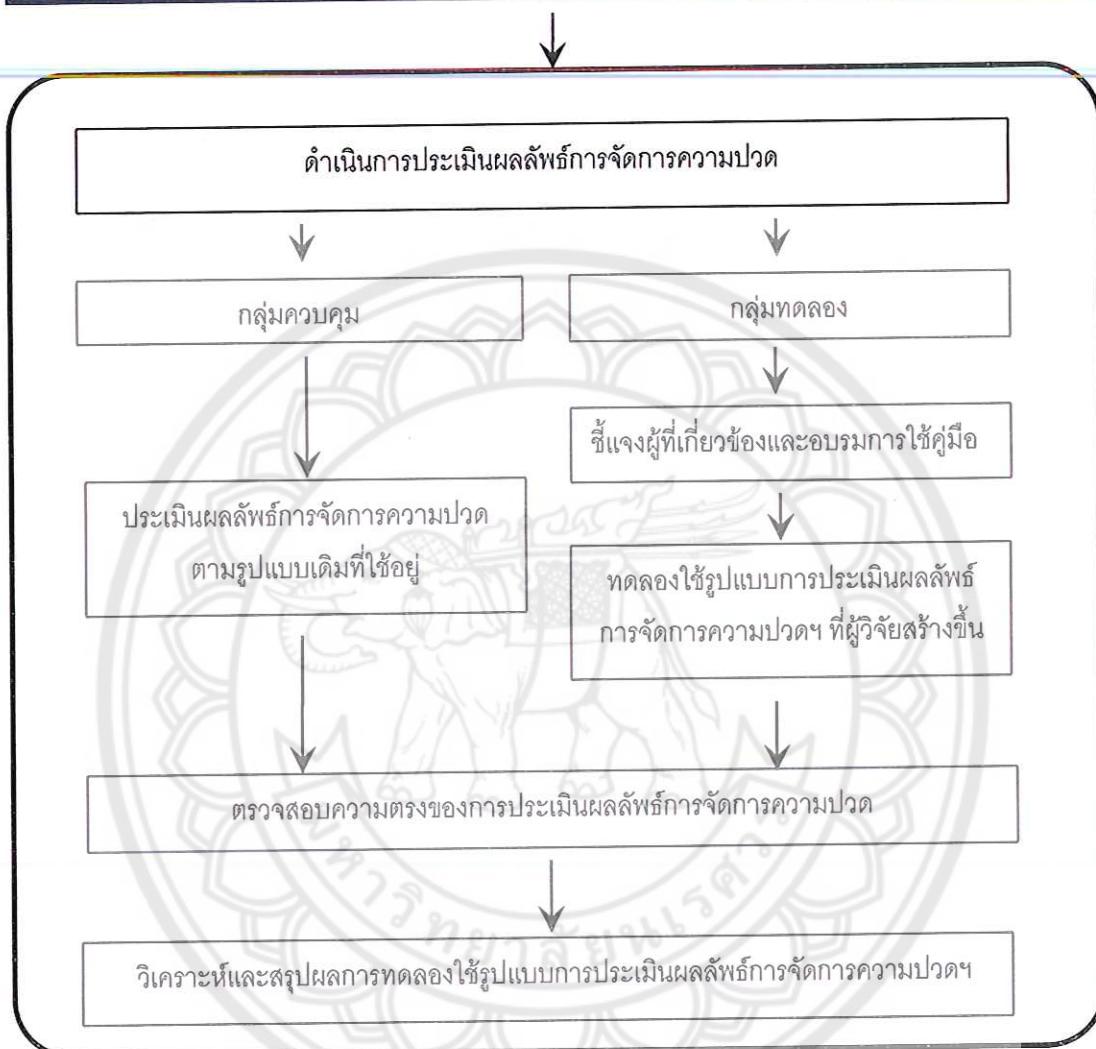
กำหนดคำถามการวิจัยคือ กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิมีคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้รูปแบบหรือไม่ เพียงใด

กำหนดสมมติฐานการวิจัยคือ กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิมีคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้รูปแบบ

ในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยเลือกใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment design) (ฐานศรี วงศ์รัตน์ และองอาจ นัยพัฒน์, 2551, หน้า 51-54 ; บุญใจ ศรีสติตย์ นราภูร, 2550, หน้า 142-150) เนื่องจากในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากที่จะควบคุมตัวแปรทาง โดยการสุ่มเข้ากลุ่มแบบสมบูรณ์ (Random assignment) จากการที่ผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่ในหอผู้ป่วย ต่างๆ อยู่แล้วตามวิธีที่โรงพยาบาลใช้ นั่นคือ มีกลุ่มต่างๆ อยู่แล้ว ผู้วิจัยเพียงแต่ทำการจัดกระทำ (Treatment)

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 นี้มีการดำเนินการดังภาพ 27

**ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์
การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ**



ภาพ 27 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3

จากภาพข้างต้น ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด
ในโรงพยาบาลติดภูมิ มีดังนี้

1.1 ด้านเอกสาร ได้แก่ เกชะเบียน

1.2 ด้านบุคคล

1.2.1 ผู้ให้บริการจัดการความป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อไม่น้อยกว่า 1 ปี (27 คน)

1.2.2 ผู้รับบริการการจัดการความป่วยของโรงพยาบาล (32 คน) ได้แก่ ผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ อายุ 20 ปีขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัวดี และสามารถ สื่อสารได้เข้าใจ (ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย) ทั้งผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองต่างมีความเท่าเทียมกันในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด โรคร่วม ชนิดของ การระงับความรู้สึก ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และยาอะโนดิซิฟายเดอร์มิค ที่ได้รับในห้องพักฟื้น ซึ่งผลการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตาราง 13 และตาราง 14

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับ การศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ประวัติโรคร่วม ตำแหน่งที่ผ่าตัด ชนิดของการ ระงับความรู้สึก และการได้รับยาอะโนดิซิฟายเดอร์มิค ที่ได้รับในห้องพักฟื้นโดยการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 16)		กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 16)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	6	37.50	7	43.75	0.13	.72 ^{ns}
หญิง	10	62.50	9	56.25		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	56.25	10	62.50	0.13	.72 ^{ns}
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	7	43.75	6	37.50		
ประสบการณ์การผ่าตัด						
ไม่มี	9	56.25	10	62.50	0.13	.72 ^{ns}
มี	7	43.75	6	37.50		
ประวัติโรคร่วม						
ไม่มี	6	37.50	8	50.00	0.51	.48 ^{ns}
มี	10	62.50	8	50.00		
ตำแหน่งที่ผ่าตัด						
ซอกท้องและลำตัว	8	50.00	9	56.25	0.13	.72 ^{ns}
กระดูกและข้อ	8	50.00	7	43.75		

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 16)		กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 16)		<i>X</i> ²	p-value		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ชนิดของการระงับ								
ความรู้สึก								
ทั่วจ่วงกาย (General anesthesia)	6	37.50	8	50.00	0.51	.48 ^{ns}		
เฉพาะบริเวณ (Regional anesthesia)	10	62.50	8	50.00				
การได้รับยา��งบปวด								
หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น								
ไม่ได้รับ	12	75.00	9	56.25	1.25	.26 ^{ns}		
ได้รับ	4	25.00	7	43.75				

ns = not significant (*p* > .05)

จากตาราง 13 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คนเท่ากัน แต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดบริเวณซ่องห้องและลำตัว ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะบริเวณ (Regional anesthesia) และไม่ได้รับยา��งบปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น เมื่อเบรี่ยงเทียบแต่ละลักษณะทั้งสองกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi – square test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ประวัติโรคร่วม ตำแหน่งที่ผ่าตัด ชนิดของการระงับความรู้สึก และการได้รับยา��งบปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น (*p* > .05)

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและระยะเวลาผ่าตัดโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 16)		กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 16)		<i>t</i>	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
อายุ (ปี)	59.31	11.93	55.50	17.00	0.73	.47 ns
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	123.75	79.11	115.00	61.75	0.35	.73 ns

ns = not significant (*p* > .05)

จากตาราง 14 พบร่วมกันว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุที่ใกล้เคียงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 59.31 ปี และ 55.50 ปี ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดมีค่าใกล้เคียงกันเข่นเดียวกัน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้เวลาในการผ่าตัด 123.75 นาที และ 115.00 นาที ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่องดังกล่าวระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t-test พบร่วมกันว่าไม่มีความแตกต่างกัน (*p* > .05)

2. วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ดำเนินการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม มีการดำเนินการ

ดังนี้

2.1.1 คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าห้องผู้ป่วย) ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าจากเวชระเบียน และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ตลอดจนสอบถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.1.2 ทำการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามรูปแบบเดิมที่ใช้อยู่

2.1.3 ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าห้องผู้ป่วย) แจกแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง

2.1.4 ผู้วิจัยอบรมพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบตามคู่มือการใช้รูปแบบ

2.1.5 คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าห้องผู้ป่วย) ดำเนินการเข่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

2.1.6 ทำการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามรูปแบบใหม่ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้น

2.1.7 ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) แจกแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง

2.2 ตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม) ตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามแบบตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย โดยมีการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ร่วมกับการพิจารณาผลการตอบแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2.3 วิเคราะห์และสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 2.2 มาสรุปเป็นคะแนนความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในประเทศไทย ได้แก่ 1) ผู้ประเมิน 2) วิธีการประเมิน 3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 4) การตีความผลการประเมิน และ 5) การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน เปรียบเทียบคะแนนความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จากนั้นสรุปและอภิปรายผลเกี่ยวกับการบรรลุ/ไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมายของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 2) แบบทดสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย (ภาคผนวก ฉบับที่ 2) การสร้างเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนนี้มีการดำเนินการดังนี้

3.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตัววิจัย บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบรายการ และกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ

3.3 สร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหาครอบความคิดของนิยามเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน

3.4 นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวก ค) จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความแต่ละข้อ กับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence, IOC)

3.5 นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไข กรณีแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ไปให้ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบความเป็นปนัย (Objectivity) โดยพิจารณาเกี่ยวกับความชัดเจน ความถูกต้อง และความเข้าใจตรงกันของภาษาที่ใช้ของข้อคำถามแต่ละข้อ จากนั้นปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 หากค่าร้อยละ และทำการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ประวัติโรคร่วม ตำแหน่งที่ผ่าตัด ชนิดของภาระงับความรู้สึก และการได้รับยาจะงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

4.2 หากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและระยะเวลาผ่าตัดโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t-test

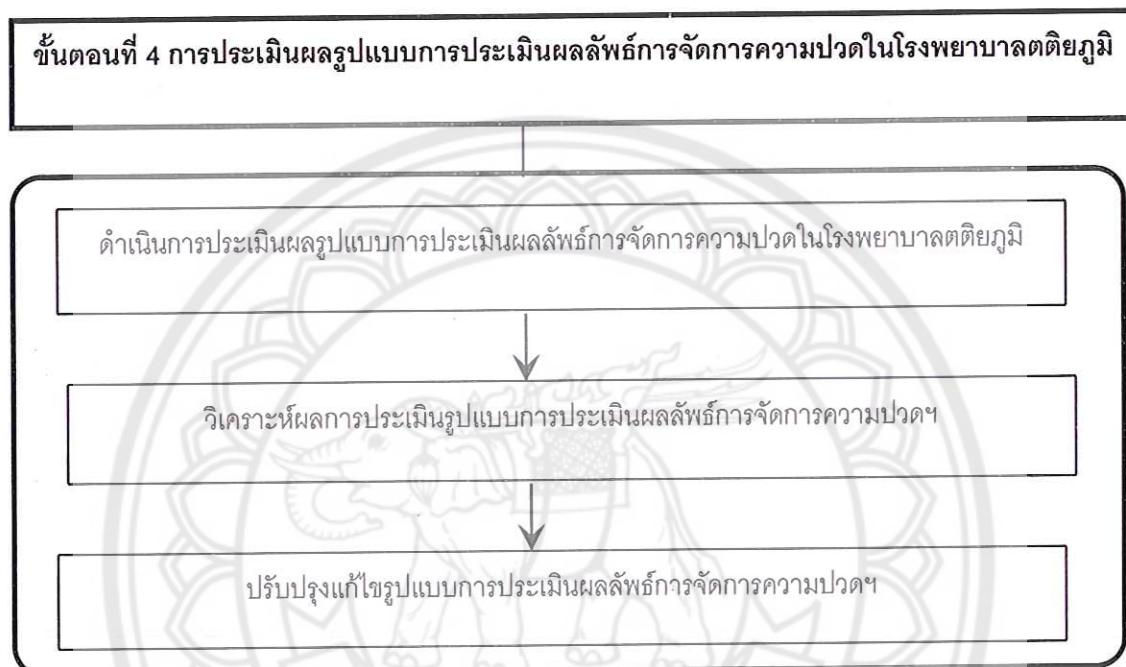
4.3 หากค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ การจัดการความป่วยของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t-test

4.4 หากค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย 1 คะแนน จำแนกตามรายข้อ

4.5 หากค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) และทำการเปรียบเทียบคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney test

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการดำเนินการดังนี้ (ภาพ 28)



ภาพ 28 กรอบดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 4

จากภาพข้างต้น ผู้จัดการดำเนินการโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าหอผู้ป่วย (4 คน) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อไม่น้อยกว่า 1 ปี (27 คน) ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารได้เข้าใจ (16 คน) (ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย)

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 ดำเนินการประเมินรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

มีการประเมินคุณค่าของรูปแบบต่อการนำไปใช้ โดยมีประเด็นการประเมินคือ ความเหมาะสม ความคุ้มค่า และความพึงพอใจ ประเมินปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ ตลอดจน จุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามและนำไปให้อาชารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาควิชานาก) จำนวน 5 คน ตรวจพิจารณาให้ข้อเสนอแนะและ ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้น จากนั้น ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้า หอผู้ป่วย) นำแบบสอบถามไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยสัมภาษณ์เพิ่มเติม

2.2 วิเคราะห์ผลการประเมินรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ภายหลังจากผู้วิจัยดำเนินการประเมินรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

2.3 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยใน โรงพยาบาลติดภูมิ

ในขั้นตอนสุดท้ายของการพัฒนาเวตกรรม ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไข รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล "ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย (ภาควิชานาก) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามและ นำไปให้อาชารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์พิจารณา ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาควิชานาก) จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อความแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence, IOC) จากนั้นทำการปรับปรุง แก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้น"

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยข้อมูลการตอบแบบสอบถาม ปลายเปิดทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปข้อมูลการตอบแบบสอบถามปลายเปิด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับประเด็นความคุ้มค่า และความพึงพอใจ นำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง รูปแบบมีความคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง รูปแบบมีความคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง รูปแบบมีความคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง รูปแบบมีความคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบน้อย

ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50 หมายถึง รูปแบบมีความคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบน้อยที่สุด

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปเป็นกรอบการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (ตาราง 15) สรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดเข้า/ออกและจำนวน (ตาราง 16) และสรุปการวัดผลการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ (ตาราง 17) ได้ดังนี้

ଓ'ର୍ବାଦୁର୍ବଲେପଣେଗ୍ଯାମେସଙ୍ଗୀତକୁଣ୍ଡଳସାପରବୁ ହେ ନିଜରେ

ପ୍ରକାଶକ

ชื่นดือน	การดำเนินการวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินการ
พฤษภาคมที่ 2 การสร้าง แบบฟอร์ม	1. ความหมายของสมุด สูญเสียหาย	1. แหล่งข้อมูลในงานสร้าง ภูมิปัญญา	1. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูผู้สอนที่ 1 และครูผู้สอนที่ 2 ของโรงเรียนบ้านท่าศาลา	1. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูผู้สอนที่ 1 และครูผู้สอนที่ 2 ของโรงเรียนบ้านท่าศาลา	1. แบบประเมิน ประเมินผลลัพธ์การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ	1. ได้รับแบบการ ประเมินผลลัพธ์การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ
พฤษภาคมที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ	2. ความหมายของสมุด สูญเสียหาย	2. แหล่งข้อมูลในงานสร้าง ภูมิปัญญา	2. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูผู้สอนที่ 5 คน และผู้ใช้สิ่งของครูผู้สอนที่ 5 คน ที่จัดทำตาม มาตรฐาน 2 คน พิจารณาความ เหมาะสม 5 คน ให้ความคิดเห็นไปได้ ตามมาตรฐานที่ได้ระบุไว้	2. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูผู้สอนที่ 5 คน และผู้ใช้สิ่งของครูผู้สอนที่ 5 คน ที่จัดทำตาม มาตรฐานที่ได้ระบุไว้	2. แบบประเมิน ประเมินผลลัพธ์การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ	2. ได้รับแบบการ ประเมินผลลัพธ์การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ
พฤษภาคมที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ	3. ความหมายของสมุด สูญเสียหาย	3. แหล่งข้อมูลในงานสร้าง ภูมิปัญญา	3. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูผู้สอนที่ 6 คน และผู้ใช้สิ่งของครูผู้สอนที่ 6 คน ที่จัดทำตาม มาตรฐานที่ได้ระบุไว้	3. แบบสอบถามความคิดเห็นของครูผู้สอนที่ 6 คน และผู้ใช้สิ่งของครูผู้สอนที่ 6 คน ที่จัดทำตาม มาตรฐานที่ได้ระบุไว้	3. แบบประเมิน ประเมินผลลัพธ์การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ	3. ได้รับแบบการ ประเมินผลลัพธ์การจัดการความงามภาค ใต้ปีบุญ

ପ୍ରକାଶନ 15 (ତୃତୀୟ)

ตาราง 15 (ต่อ)

ชื่นชอบ	ความเชี่ยวชาญ	ตัวแบบศึกษา	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผู้ที่ได้รับ
การดำเนินการธุรกิจ					เครือข่าย
2. ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้	6. ทำภาระเพื่อผลักดันการดูแล ความปลอดภัยในหมู่บ้านให้ดีขึ้น สำเร็จแล้ว	ผู้ชายไทย (หัวหน้าหมู่บ้าน)	6. ทำภาระเพื่อผลักดันสิ่งดีๆ ให้เข้ามายังหมู่บ้านให้ดีขึ้น สำเร็จแล้ว	ผู้ชายไทย	
3. ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้	7. ผู้ชายไทย (หัวหน้าหมู่บ้าน)	ผู้ชายไทย (หัวหน้าหมู่บ้าน)	7. ผู้ชายไทย (หัวหน้าหมู่บ้าน)	ผู้ชายไทย (หัวหน้าหมู่บ้าน)	ผู้ชายไทย
4. ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" ตามที่ได้ กำหนดไว้	48 ชั่วโมง	ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" ตามที่ได้ กำหนดไว้			
5. ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้	50 ชั่วโมง	ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้	ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้	ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้	ดำเนินการ "ไม่แม่ เก่งงาน" แบบบ้านๆ ในการจัดการ ความประพฤติของผู้คนหลัง นำสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจของทาง ศูนย์อนุรักษ์ธรรมชาติและพัฒนา คุณภาพชีวภาพ ให้ดีที่สุด ตามที่ได้ กำหนดไว้

ตาราง 15 (ต่อ)

ชื่นตอน	ตัวแปรที่ศึกษา	เห็นด้วยอยู่	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือ	ผลลัพธ์
การดำเนินการชีวจิต					
ชั้นตอนที่ 4 การประเมินผลกระทบ	1. คุณค่าของประโยชน์ การประเมินผลกระทบ	ผู้ที่ได้รับข้อมูลในการทดสอบ ใช้ประเมินผลกระทบ	1. ผู้ร่วบเดิม (หัวหน้าห้องผู้ป่วย) ผู้สัมภาษณ์การจัดการความเสี่ยง	แบบสอบถามความรู้ คิดเห็นต่อการใช้ชีวประถม	ได้รูปแบบการประเมิน
การประเมินผลกระทบ	การจัดการความเสี่ยง ในโรงพยาบาลติดเชื้อ	ผู้สัมภาษณ์การจัดการความเสี่ยง คาดในโรงพยาบาลติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับ โรคที่ต้องการทราบความเสี่ยง	สัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การประนีบเมล็ดพันธุ์	การประเมินความเสี่ยง	ผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง
ในโรงพยาบาล	ต่อการนำไปใช้ ประเมินความเสี่ยง	ได้มา ผู้แทนผู้ดูแล พยาบาล หัวหน้าพยาบาล	การทดสอบเชิงปฏิบัติ ผู้ร่วบเดิมพยาบาล	ในโรงพยาบาลติดเชื้อ	ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
	ประเมินความเสี่ยง	ประเมินความเสี่ยง ตามความคุ้มครอง และความพึงพอใจ	2. ทำกริบกระดาษหัชชอนด์ แผนกศัลยกรรม หัวหน้า ห้องผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ	ประเมินความเสี่ยง ในโรงพยาบาลติดเชื้อ	ผลลัพธ์เชิงปฏิบัติการ
		2. นักหาดูเป็นรถ ในการใช้ชีวประถม	ประเมินความเสี่ยง ในโรงพยาบาลติดเชื้อ	ประเมินความเสี่ยง ในโรงพยาบาลติดเชื้อ	ประเมินความเสี่ยง
	3. ฉุดเท้นและดูดออก				

ตาราง 16 ลักษณะผู้ให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดเข้า/ออก และจำนวน

ขั้นตอน การวิจัย	ลักษณะผู้ให้ข้อมูล	เกณฑ์การคัดเข้า/ออก	จำนวน
1	1) กตุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในภาพรวมของโรงพยาบาล	- ผู้จัดเลือกตัวอย่างแบบเครือข่ายหรือก้อนหิมะ (Snowball sampling)	3 คน
	2) ผู้บริหารทางการพยาบาล	- ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล - หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม - หัวหน้าองค์กรประจำต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม	1 คน 1 คน 3 คน
	3) ศัลยแพทย์	- ศัลแพทย์ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 ปี	3 คน
	4) พยาบาลวิชาชีพ	- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี, 6-10 ปี และมากกว่า 10 ปี	- กตุ่ม 1-5 ปี 3 คน - กตุ่ม 6-10 ปี 3 คน - กตุ่มมากกว่า 10 ปี 3 คน
	5) ผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติ	- ผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ระดับความรุนแรงตั้งแต่ตื้อถึงตื้อสุด และสามารถสื่อสารได้ เช้า-夜	- ผู้ป่วยศัลยกรรม 5 คน - ญาติผู้ป่วย 5 คน
2	1) ผู้ทรงคุณวุฒิ	- ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและประเมินผล ซึ่งมีคุณวุฒิระดับปริญญาเอกสาขาวิจัยและประเมินผล และมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการวิจัยและประเมินผล ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 5 ปี - ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ซึ่งมีคุณวุฒิระดับปริญญาเอกสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และมีประสบการณ์ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดอย่างน้อย 5 ปี	2 คน
	2) ผู้บริหารทางการพยาบาล	- ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม และหัวหน้าองค์กรประจำต่างๆ 4 แห่ง	6 คน
	3) พยาบาลวิชาชีพ	- พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ไม่น้อยกว่า 1 ปี	16 คน
3	1) พยาบาลวิชาชีพ	- พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ไม่น้อยกว่า 1 ปี	27 คน
	2) ผู้ป่วยศัลยกรรม	- ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ระดับความรุนแรงตั้งแต่ตื้อถึงตื้อสุด และสามารถสื่อสารได้ เช้า-夜	32 คน
4	ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทดลองใช้แบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ	- ผู้บริหารทางการพยาบาล - พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ไม่น้อยกว่า 1 ปี - ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ระดับความรุนแรงตั้งแต่ตื้อถึงตื้อสุด และสามารถสื่อสารได้ เช้า-夜	6 คน 27 คน - ผู้ป่วยศัลยกรรม 16 คน

ตาราง 17 การวัดผลการวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ขั้นตอน การวิจัย	ขัค ที่	ชื่อเครื่องมือ	แหล่งข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
1	1	แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล โรงพยาบาลและแบบสอบถามสำหรับ ศัลยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการประเมินความป่วยและ ผลลัพธ์การจัดการความป่วย	- ผู้บริหารทางการพยาบาล - ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาล - ศัลยแพทย์ - พยาบาลวิชาชีพ	วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ - สภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วยในด้าน ^{วัดดูประสิทธิภาพประเมิน องค์ประกอบ ตัวชี้วัด ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือ^{ที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการ ประเมิน การนำเสนอดอกและกรณีใช้ผลการ ประเมิน}} - นัย涵อุปสรรคในการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย
	2	แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม และญาติเกี่ยวกับการประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการความป่วย	- ผู้ป่วยศัลยกรรม - ญาติผู้ป่วย	- ความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย
	3	แบบสังเกตการณ์แบบการจัดการ ความป่วย การประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในหน้าผู้ป่วยศัลยกรรม	- หน้าผู้ป่วยศัลยกรรม	
2	4	แบบสอบถามความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ให้รูปแบบที่มี ต่อรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล ศัลยกรรม	- ผู้ทรงคุณวุฒิ - ผู้ให้รูปแบบ ได้แก่ ผู้บริหาร พยาบาล และพยาบาล วิชาชีพ	- หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อแปลความหมายเกี่ยวกับความเหมาะสม ลดคลั่งและบันทึกได้ของรูปแบบ และ ^{ความเหมาะสมของคุณภาพการใช้รูปแบบ}
	5	แบบสอบถามความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ให้รูปแบบที่มีต่อ คุณภาพการใช้รูปแบบ		
3	6	แบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	- ผู้ป่วยศัลยกรรม	- เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่ม ^{ตัวอย่างไปโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Independent sample t-test}
	7	แบบตรวจสอบความต้องของภาระ ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย	- เคราะห์เนียน	- เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ^{ทดลองโดยใช้สถิติ Independent sample t-test} - เปรียบเทียบคะแนนความต้องของการ ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney test
4	8	แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล ศัลยกรรม	- ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล - หัวหน้าพยาบาลและศัลยกรรม - หัวหน้าห้องผู้ป่วย - พยาบาลวิชาชีพ - ผู้ป่วยศัลยกรรม	- ข้อมูลการตอบแบบสอบถามปลายปิด หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน ^{มาตรฐาน ส่วนร้อยความปลายเปิด ทำการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)}

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ตอนที่ 2 ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ตอนที่ 4 ผลการประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

จากการศึกษาเอกสารของโรงพยาบาลติดภูมิที่ทำการศึกษา ได้แก่ นโยบายและแนวปฏิบัติในการจัดการความป่วยและเวชระเบียน ตลอดจนทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมต่างๆ การสัมภาษณ์และสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล ศัลยแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ ผู้ป่วยศัลยกรรม และญาติผู้ป่วย รวม 30 คน ได้ผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. วัตถุประสงค์ของการประเมิน

จากการศึกษาเอกสารของโรงพยาบาล ได้แก่ นโยบายและแนวปฏิบัติในการจัดการความป่วย และเวชระเบียน พ布ว่า มีความสอดคล้องกับคำอကเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลเรื่องการจัดการความป่วยของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาร่ว่า “โรงพยาบาล มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินความป่วย โดยกำหนดผลลัพธ์การจัดการความป่วย

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดว่า หลังจากผ่าตัดแล้วผู้ป่วยต้องได้รับการจัดการความปวดให้มีระดับความปวดระดับน้อย โดยกำหนดคะแนนความปวด Numerical Rating Scale (NRS) ≤ 3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาบันดความปวด...กำหนด KPI คือ ผู้ป่วยมีระดับความปวดน้อยหลังการผ่าตัดที่ดูแลในห้องพักฟื้นร้อยละ 90 ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดมีการประเมินระดับความปวดร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดเกิดภาวะกดการหายใจร้อยละ 0 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80" (ศัลยแพทย์ 1) จากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลคนอื่นๆ มีความเข้าใจว่า วัตถุประสงค์ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดคือเพื่อประเมินความพึงพอใจ (4 คน) และความปวดที่ลดลงของผู้ป่วย (2 คน) จะเห็นว่าวัตถุประสงค์การประเมินยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผลลัพธ์การจัดการความปวดในเรื่องการปฏิบัติการรวมของผู้ป่วย

2. องค์ประกอบ

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของโรงพยาบาลติดภูมิที่ทำการศึกษาคือ การมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (6 คน) มีวิธีประเมินที่หลากหลาย “ได้แก่ การสอบถามผู้ป่วยหรือการประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (4 คน) การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น (3 คน) ตลอดจนการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น สัญญาณชีพ เป็นต้น (2 คน) อย่างไรก็ตามจากการสังเกตการณ์พบว่า โรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดระดับบุคคลและระดับห้องผู้ป่วย แต่จากการตรวจสอบเอกสารพบว่า “ไม่มีคู่มือที่ระบุถึงองค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน ลักษณะการประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมิน

3. ตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่สำคัญที่สุดคือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความป่วย (10 คน) โดยผู้ป่วยมีคะแนนความป่วยลดลง (5 คน) ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการจัดการความป่วย (4 คน) ตัวชี้วัดอื่นๆ ได้แก่ การพักผ่อนได้ (3 คน) ซึ่งเป็นผลมาจากการผ่อนคลายจากความป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางใบหน้าและพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ร้องขอยาแก้ปวดลดลง สามารถออกจากเตียงได้ เคลื่อนไหวได้มากขึ้น เป็นต้น (3 คน) เมื่อพิจารณาโดยยิ่งของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดไว้ชัดเจน แต่บุคลากรรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด

4. ផ្សេងៗ

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ตั้งกันว่าผู้ประเมินความป่วยของผู้ป่วยมีหลายกลุ่ม แต่ที่มีบทบาทมากที่สุด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (25 คน) รองลงมาคือ แพทย์ (21 คน) ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วย (5 คน) ผู้ป่วย (4 คน) นักกายภาพบำบัด (3 คน) ผู้ช่วยพยาบาล (3 คน) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (2 คน) พยาบาลห้องพักฟื้นที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด (1 คน) นิสิตพยาบาล (1 คน) นิสิตแพทย์ (1 คน) โดยมีบทบาทที่แตกต่างกันดังคำบอกเล่าดังต่อไปนี้

"แพทย์จะประเมินความป่วยครั้งเดียวในตอนเข้า" (ผู้ป่วยศัลยกรรม 1) "พยายามมีบทบาทมากกว่า" (ศัลยแพทย์ 2) "พยายามมาตามตลอด ตามหลักครั้ง อ้อยยาศัยดีทุกคน รู้สึกดีใจ ไม่รำคาญ" (ผู้ป่วยศัลยกรรม 1) "ห้างแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ประเมินและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการประเมินที่ถูกต้อง" (ผู้รับผิดชอบเรื่องความป่วย 3) "ผู้ช่วยพยาบาลประเมินความป่วยซึ่งเดียวกับที่วัดสัญญาณชีพ แล้วแจ้งพยาบาลวิชาชีพ" (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1) "ญาติสอบถามผู้ป่วยว่าเจ็บใหม่ สังเกตสีหน้า และถามว่าอย่างท่านยาใหม่" (ญาติผู้ป่วย 2)

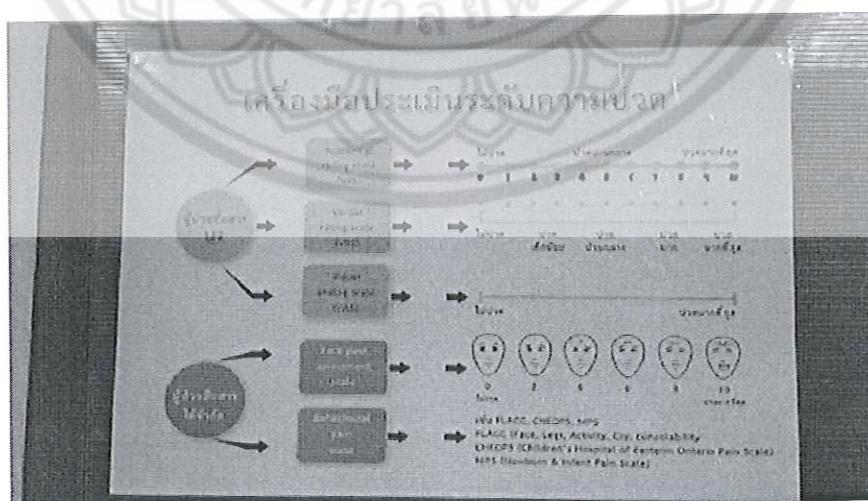
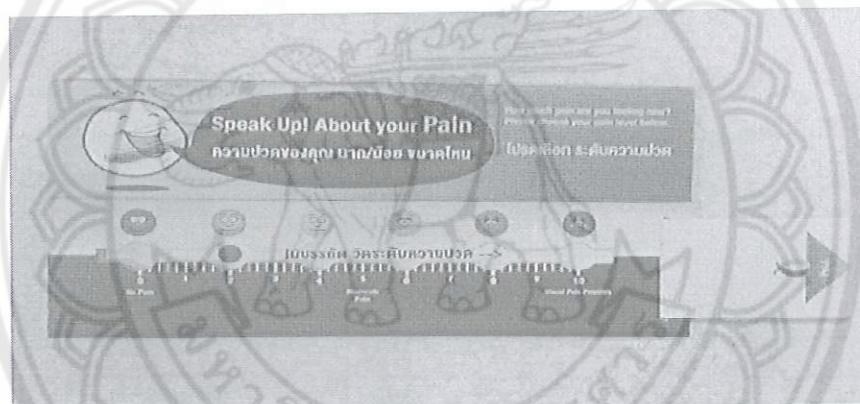
จากที่กล่าวมานะจะเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้ เนื่องมาจากการเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินทั้งพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และหัวหน้าห้องผู้ป่วย ไม่ได้รับการชี้แจงบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวด ตลอดจนทักษะการประเมินความปวด การใช้เครื่องมือ และการบันทึกไม่เพียงพอ

5. วิธีการประเมิน

จากการผลการตอบแบบสอบถามของผู้ให้ข้อมูลพบว่า วิธีการประเมินความป่วย ได้แก่ การสอบถามผู้ป่วยโดยตรง (19 คน) โดยสอบถามเกี่ยวกับค่าคะแนนความป่วย (8 คน) และสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความป่วย (2 คน) มีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (11 คน) ได้แก่ สีหน้าท่าทางการเคลื่อนไหว (8 คน) การนอนหลับพักผ่อน (3 คน) และประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ สัญญาณชีพ (3 คน) ในแต่ละวันมีการประเมินหลายครั้ง ดังคำบอกเล่าของญาติผู้ป่วย "วันหนึ่งสามารถบ่อย 4-5 ครั้ง เข้ามาก็ถ้าหากครั้ง" (ญาติผู้ป่วย 5) ในส่วนของญาติ ได้มีการประเมินความป่วยของผู้ป่วยเช่นกัน "ประเมินความป่วยจากคำพูดของผู้ป่วยที่บอกว่าป่วยและสีหน้าแสดงความเจ็บปวด เช่น ทำตาหี่ยๆ" (ญาติผู้ป่วย 1) ซึ่งการตอบแบบสอบถามสอดคล้องกับผลการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัย ณ หอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม อย่างไรก็ตามพบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการประเมินที่ไม่เหมือนกัน การประเมินยังไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีคู่มือชี้แจงให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และไม่มีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยบันทึก

6. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

บุคลากรให้ข้อมูลว่าได้ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดใน 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ ผู้ป่วยที่สื่อสารได้ใช้ Numerical Rating Scale (NRS) มากที่สุด (16 คน) มากกว่า Verbal Rating Scale (VRS) (7 คน) และ Visual Analogue Scale (VAS) (7 คน) ส่วนผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ใช้ Face pain scale (15 คน) โดยใช้ในกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา นอกจากนี้ มีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (3 คน) ซึ่งสอดคล้องกับคำอธิบายของผู้ป่วยและญาติ ที่กล่าวว่า มีการตอบตามผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวด (7 คน) โดยให้คะแนน 1-10 กรณีไม่ปวด คือ 1 คะแนน, กลาง ๆ คือ 5 คะแนน และปวดมากที่สุดคือ 10 คะแนน จากการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัย ณ หอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม พบร่วมกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในแต่ละหอผู้ป่วย 'ไม่เหมือนกันและไม่ครอบคลุม' (ภาพ 29)



ภาพ 29 ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิที่ศึกษา

7. การตีความผลการประเมิน

มีการตีความผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยบอกเป็นคะแนนความปวด (Pain Score, PS) (5 คน) และกำหนดเป็นระดับความปวด รวมทั้งแนวทางการจัดการความปวดซึ่งมีความแตกต่างกันไป โดย “โรงพยาบาลกำหนดคะแนนความปวด > 3 คะแนน ให้การบำบัด (Intervention) แบบไม่ใช้ยา จะให้ยาเมื่อคะแนนความปวด > 5 คะแนน” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1, หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) อย่างไรก็ตาม ในแต่ละหน่วยงานยังมีความแตกต่างกันในเรื่องการตีความผลการประเมิน ดังนี้

ห้องผ่าตัด ใช้เกณฑ์ของวิสัญญี คือ ปวดน้อย (Mild) 0-4 คะแนน, ปวดปานกลาง (Moderate) 5-7 คะแนน, ปวดมาก (Severe) > 7 คะแนน (ผู้บริหาร 1)

คลินิกระงับปวด ให้คะแนน 0 = “ไม่ปวด, 1 - 2 = ปวดน้อย, 3 - 4 = ปวดปานกลาง, 5 - 7 = ปวดมาก, 8 - 10 = ปวดมากที่สุด (ผู้รับผิดชอบเรื่องความปวด 1, ศัลยแพทย์ 1)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป กำหนดว่า “ถ้าคะแนนความปวด ≥ 5 คะแนน ต้องได้รับการจัดการความปวด (พยาบาลวิชาชีพ 5.2, 10.2) มีการประเมินการให้ยา (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1) แต่ถ้าคะแนนความปวด < 5 คะแนน ประเมินว่าปวดจากสาเหตุใดบ้าง เช่น “มีความเครียดมั้ย” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1)

ศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยที่ 1 กำหนดคะแนน 1 = ปวดน้อยสุด, 5 = ปวดปานกลาง, 10 = ปวดมากที่สุด “แต่ส่วนมากผู้ป่วยจะตอบไม่ได้ พยาบาลต้องไกด์ตัวเลข 7, 8, 9...” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2) หอผู้ป่วยที่ 2 กำหนดให้มีการตีความระดับความปวดเป็น “ไม่ปวด, ปวดน้อย, ปวดปานกลาง, ปวดมาก, ปวดมากที่สุด ทั้ง 2 หอผู้ป่วยมีเกณฑ์การจัดการความปวดเหมือนกัน คือ คะแนนความปวด ≥ 3 คะแนน ถูกลำให้ยาแก้ปวด, หาก < 3 คะแนน ใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น จัดทำประคบเย็น/ร้อน เปียงเบนความสนใจ เป็นต้น (พยาบาลวิชาชีพ 10.3), นอกจากนี้ มีการหยุดให้ยาในกรณีผู้ป่วยควบคุมยาจะงับปวดด้วยตนเอง (Patient Control Anesthesia, PCA) เมื่อคะแนนความปวด < 3 คะแนน (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2)

นอกจากประเมินคะแนนความปวดแล้ว มีการประเมินสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมของผู้ป่วย (5 คน) และมีการตรวจส่องจากสัญญาณชีพ (Vital signs) (1 คน) ตลอดจนประเมินความต้องการของผู้ป่วยว่ามีความต้องการยาจะงับปวดหรือไม่ (1 คน)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีเกณฑ์การตีความที่ไม่เหมือนกันและ “ไม่ครบถ้วน”

8. การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน

มีการนำเสนอผลการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในหลายแบบทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยภายในองค์กรแบ่งเป็น 1) ระดับบริหาร : มีการนำเสนอต่อผู้บริหาร โรงพยาบาลและทีมนำทัศนคตินิกหรือทีมดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient Care Team, PCT) (ผู้บริหาร 3) ตลอดจนทีมงานด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) (ศัลยแพทย์ 1) 2) ระดับปฏิบัติการ : โรงพยาบาลเป็นผู้ที่นำเสนอแก่แพทย์เจ้าของไข้และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งโดยวิชาและลายลักษณ์อักษร (5 คน) ในส่วนของลายลักษณ์อักษร มีการบันทึกใน 2 ลักษณะ คือ (1) บันทึกในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse note) (11 คน) ซึ่งโรงพยาบาลได้จัดอบรมเรื่องบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับความป่วย (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) (2) บันทึกในใบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มproto (8 คน) ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการบันทึก (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) ส่วนการนำเสนอผลการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยต่อหน่วยงานภายนอกองค์กร ได้แก่ เครือข่ายทางการพยาบาล เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมุ่งเน้นการหาค่าร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความป่วย (ผู้บริหาร 1)

กรณีเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมต่างๆ แจกแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยให้กับผู้ป่วยที่มีผลผ่าตัดจำนวน 200 คน สร้างแบบสอบถามคืนมาที่ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล จากนั้นผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาลสรุปข้อมูลและรายงานผลต่อเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ผู้รับผิดชอบเรื่องความป่วย 2)

จากการสังเกตการณ์และตรวจสอบเวชระเบียนของหอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม พบว่าไม่แต่ละหอผู้ป่วยมีการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมินที่ไม่เหมือนกัน

ผลการศึกษาบัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. บัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมิน

บัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการประเมินความป่วย (12 คน) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินความป่วย (9 คน) ซึ่งสะท้อนได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เมื่อถ้าไปแล้ว ผู้ป่วยไม่เข้าใจ” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1)

“ผู้ป่วยไม่เข้าใจในการให้คะแนนความป่วย” (ผู้บริหาร 1)

“ความไม่เข้าใจในเครื่องมือที่ใช้ประเมินของผู้ประเมิน” (ญาติผู้ป่วย 3)

“ขาดทักษะใช้เครื่องมือ” (พยาบาลวิชาชีพ 5.1)

“พยาบาลไม่ทราบว่าสามารถใช้เครื่องมือใดในการประเมินความป่วยได้บ้าง”

(ผู้บริหาร 1)

นอกจากนี้ พนักงานเกี่ยวกับเจตคติ (3 คน) ซึ่งเป็นเรื่องของการมีอคติในการประเมิน (2 คน) ดังคำบอกเล่าที่ว่า “พยาบาลประเมินต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน” (ผู้บริหาร 2) ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากการ “พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวด” (พยาบาลวิชาชีพ 5.3)

การสื่อสารก็เป็นปัญหาสำคัญที่รับผู้ประเมิน (2 คน) ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ไม่ได้อธิบายเพิ่มเติม อย่างถูกต้อง แต่เกรงใจ” (ญาติผู้ป่วย 4)

“ผู้ประเมินไม่สามารถอธิบายความหมายของคะแนนความป่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้องได้ สับสนหั้ง 2 ฝ่าย” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2)

ภาระงานของผู้ประเมินทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประเมินความป่วย (5 คน) สะท้อนจากคำบอกเล่าที่ว่า

“เกรงไ逼พยาบาลยุ่ง ทำให้ไม่ได้ประเมินตามเกณฑ์” (ผู้บริหาร 2)

“ภาระงานมาก ทำให้ไม่ได้ประเมินความป่วย” (พยาบาลวิชาชีพ 1.3, 5.2, 10.2)

2. ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมิน

กลุ่มผู้ป่วยและญาติเห็นว่า วิธีการประเมินที่ใช้อยู่ไม่มีปัญหาอะไร (6 คน) อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่สำคัญที่สุดในภาพรวมคือ บุคลากรและผู้ป่วยให้คะแนนความป่วยไม่ตรงกัน (4 คน) โดยบุคลากรเห็นว่า “ทีมสุขภาพประเมินระดับความเจ็บปวดได้น้อยกว่าผู้ป่วย ทำให้การจัดการความป่วยไม่สอดคล้องกัน” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) และผู้ป่วยบางรายให้ระดับความป่วยสูงมาก ทำให้การรักษาคาดเคลื่อนไป (พยาบาลวิชาชีพ 5.3) สอดคล้องกับคำบอกเล่าของญาติผู้ป่วยที่กล่าวว่า “คะแนนที่ผู้ป่วยบอกกับเจ้าหน้าที่ไม่ตรงกับสภาพอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น ผู้ป่วยนอนนิ่ง ไม่ร้อง แต่ให้คะแนนความป่วย 8/10 คะแนน” (ญาติผู้ป่วย 3) ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุด เป็นเรื่องของการสื่อสารและภาษาที่ใช้ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย (11 คน) ความรู้ความใจของทั้งบุคลากร ผู้ป่วยและญาติในการประเมินความป่วย (5 คน) โดยปัญหาดังกล่าว สะท้อนจากคำบอกเล่า ดังนี้

“ผู้ป่วยสับสนคะแนนประเมิน เป็นภาระประมาณ เพื่อให้ได้คำตอบแก่เจ้าหน้าที่ บางครั้งถามได้คะแนนเท่าเดิมทุกครั้ง” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2)

“ผู้ป่วยไม่สามารถตอบเป็นคำແນ່ນປວດໄດ້ ໂດຍເລັກຜູ້ສູງອາມ” (ຜູ້ຮັບຜິດຫອບເວົ້ອງ
ຄວາມປວດ 2)

"NRS ใช้ได้กับเด็กโตและผู้ใหญ่ที่สามารถบอกได้เท่านั้น" (พยาบาลวิชาชีพ 1.3)

นอกจากนี้ พบปัญหาการติดตามประเมินความป่วยช้ำหลังได้รับการบรรเทาความป่วยโดยญาติผู้ป่วยเล่าไว้ว่า “ไม่มีคนมาติดตามหลังให้ยาแก่ป่วย มาเป็นบางครั้ง” (ญาติผู้ป่วย 4) สอดคล้องกับคำบอกเล่าของบุคลากรที่รับรู้ถึงปัญหานี้ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ “บุคลากรที่มีพยาบาลไม่เพียงพอในยามวิกฤต อาจประเมินได้ไม่ตรงตามแผน” (ผู้บริหาร 2)

“ช่วงเวลาที่ประเมิน เช่น หลังให้ยาแก้ปวด อาจไม่ตรงตามทฤษฎีที่ควรปฏิบัติ”

(ຫ້ວໜ້າໜອຜັບປົງ 2)

"ยังไม่มีเครื่องมือและคู่มืออธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินและจัดการความปวด"

(អ៊ុយនាមអូដ្ឋិច្ឆួយ 2)

3. ปัญหาอุปสรรคในการใช้เครื่องมือ

พนบัญหาการให้คะแนนความปวดของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการแสดงออก
(4 คน) เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด 10/10 คะแนน แต่สีหน้าไม่แสดงความปวด ทั้งนี้อาจ
เนื่องมาจากความไม่เข้าใจของผู้ป่วย (12 คน) ผู้ป่วยบางรายพูดว่า “ไม่เข้าใจที่ถาม” (ผู้บริหาร 1)
กรณีใช้ NRS ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ จะใช้การตอบเป็นมาก ปานกลาง น้อย ไม่ปวด
(ผู้รับผิดชอบเรื่องความปวด 2, พยาบาลวิชาชีพ 10.3) และผู้ป่วยบางรายพูดว่า “ไม่รู้ให้คะแนน
เท่าไหร่” (ผู้บริหาร 1) ในรายผู้สูงอายุที่มีบัญหาด้านสายตาและกราดียิน ก็ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับ
การให้คะแนนความปวด (3 คน)

ในประเด็นความไม่เข้าใจในการให้คะแนนความป่วยนี้ สอบถามกับคุณครูของ
ญาติผู้ป่วยที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยไม่เข้าใจระดับคะแนน 0-10 จากการอธิบายด้วยคำพูด” (ญาติผู้ป่วย
3) และ “ประเมินไม่ถูก ไม่รู้ว่าป่วยแค่ไหน” (ญาติผู้ป่วย 5)

นอกจากนี้ พบบัญหาผู้ใช้เครื่องมือที่เป็นบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในเครื่องมือแต่ละชนิด (2 คน) และบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ขาดการให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือประเมินความป่วย (2 คน)

4. ปัญหาอุปสรรคด้านการตีความผลการประเมิน

ปัญหาอุปสรรคด้านการตีความมีสาเหตุจากความรู้ความเข้าใจมากที่สุด (11 คน) ทั้งในส่วนของทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (7 คน) และผู้ป่วย (4 คน) ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลตีความหลักหลาຍจากทฤษฎี ตำรา ความเชื่อ โดยยึดตามสถาบันที่สำเร็จการศึกษาหรือความเคยชิน (ผู้บริหาร 1) ตลอดจนประสบการณ์ของแต่ละคน (ผู้บริหาร 1, ผู้บริหาร 2) หากพยาบาลมีประสบการณ์

การปฏิบัติงานน้อย เช่น พยาบาลที่เพียงสำเร็จการศึกษา ก็จะมีปัญหาในการประเมิน เช่น “ผู้ป่วย กดหัวด้วยขอยา ก็ให้ยาเลย ไม่ได้ตรวจสอบถามความปวด” (ผู้บริหาร 2) ทำให้ “พยาบาลประเมิน ความปวดไม่ตรงกับผู้ป่วย” (ผู้รับผิดชอบเรื่องความปวด 2)

ส่วนผู้ป่วยมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจ เช่นกันโดยมักมีปัญหาด้านความเข้าใจ ในข้อคำถาม (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการตีความคือ “อายุ (ผู้รับผิดชอบเรื่องความปวด 2, พยาบาลวิชาชีพ 5.2) การศึกษา สื่อสารแล้วยังไม่เข้าใจ ได้แค่บอก 1, 5, 10 เป็นยิบๆ ย่ออย่างๆ ตอบยาก บางคนให้คะแนนเท่าเดิมตั้งแต่ on PCA จน off PCA (เริ่มใช้เครื่องควบคุมยาระงับปวดด้วยตนเองหยุดการใช้เครื่อง) จึงต้องประเมินสิ่งอื่น เช่น การทำกิจกรรมและถามจากญาติว่า “ผู้ป่วยปวดมั้ย” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2)

ด้านพฤติกรรมก่อให้เกิดปัญหาการตีความมากของจากด้านความรู้ความเข้าใจ (6 คน) โดยสะท้อนจากคำบอกเล่าของพยาบาลที่ว่า “พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับคะแนนเต็มๆ” (พยาบาลวิชาชีพ 1.1, 1.3, 5.3) เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด 5/10 คะแนน หลังได้รับยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยพากหลับได้ แต่ยังให้คะแนนความปวด 5/10 คะแนนเท่าเดิม บางครั้งคะแนนความปวด ก็เชื่อถือไม่ได้” (พยาบาลวิชาชีพ 5.3) และ “ผู้ป่วยบางรายบอกว่าปวดมากที่สุด แต่สีหน้าไม่มีความเจ็บปวดและไม่บ่งบอกว่าทุกข์หรมาน” (พยาบาลวิชาชีพ 1.3)

นอกจากด้านความรู้ความเข้าใจและด้านพฤติกรรมแล้ว ด้านเจตคติก็เป็นปัจจัย ที่ก่อให้เกิดปัญหาของการตีความโดยผู้ประเมินมักมีคติ (พยาบาลวิชาชีพ 1.1, 10.1) ผู้รับบริการ ไม่ได้แสดงสีหน้าเจ็บปวดแต่ให้คะแนนความปวดสูง (ผู้รับผิดชอบเรื่องความปวด 3) นั่นคือ “มีการตีความจากการใช้ความรู้สึกของผู้ประเมินเอง” (พยาบาลวิชาชีพ 1.1, 10.1) ในส่วนของผู้ป่วย “ผู้ป่วย บางคนไม่ทันความเจ็บปวด ก็จะกดหัวด้วยขอยา พอพยาบาลประเมินแล้วได้คะแนนน้อยไม่ให้ยา ครั้งต่อไปผู้ป่วยก็จะบอกคะแนนที่สูงขึ้นเพื่อที่จะได้รับยา” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) หรือ “ผู้ป่วยที่อยู่ในพยาบาลนาน เรียนรู้ว่าถ้าให้คะแนนความปวดมากกว่า 5 คะแนนจะได้รับยาแก้ปวด ก็จะบอกคะแนนที่มากกว่า 5 คะแนน ดังนั้น ต้องประเมินสิ่งอื่นร่วมด้วย เช่น สีหน้าท่าทาง การได้รับยา ที่ผ่านมา” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1)

5. ปัญหาอุปสรรคด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน

ปัญหาอุปสรรคของการนำเสนอผลการประเมินที่พบมากที่สุด คือ 1) ความไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ของการบันทึก (8 คน) 2) การไม่ลงบันทึกหรือลืมบันทึก (4 คน) 3) การบันทึกไม่ต่อเนื่อง “ เช่น ไม่ประเมินและบันทึกความปวดซ้ำหลังให้ยาแก้ปวด ” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2) 4) การบันทึก “ไม่เหมาะสม ไม่ตรงความจริง (2 คน)

ชีวสัตว์สำคัญคือ ภาระงานที่มากของพยาบาลในบางเวลา (3 คน) ทำให้เกิดปัญหา ในข้อ 1-3 ส่วนปัญหาในข้อ 4 เกิดจาก “ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย พยาบาลผู้ประเมิน และแพทย์ที่ตัดสินให้การรักษาจัดการความปวด” (ศัลยแพทย์ 2) ยกตัวอย่าง เช่น “ผู้ป่วยแจ้งความปวด 7-8 คะแนน ทั้งๆ ที่ได้รับยาไปแล้วรายงานแพทย์ จากนั้นผู้ป่วย หลับได้” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) หรืออีกกรณีคือ “ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดมากกว่า 8 คะแนน แต่ไม่ขอรับยาแก้ปวด เพราะกลัวผลข้างเคียงของยา” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2) ตลอดจนลักษณะ เนพาะตัวของผู้ป่วย เช่น “ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ประเมินความปวดได้ลำบาก” (พยาบาลวิชาชีพ 1.3, 5.3, 10.3) “ผู้ป่วยเป็นไข้ หนูนาก ทำให้ยากต่อการประเมิน” (พยาบาลวิชาชีพ 1.3) และ “ปัญหา การสื่อสารทั้งระหว่างผู้รักษา กับผู้รับบริการ และผู้รักษาพยาบาลด้วยกันเอง” (ผู้รับผิดชอบเรื่อง ความปวด 3)

ปัญหาอื่น ๆ ของการนำเสนอผลการประเมิน ได้แก่ “การไม่ได้นำเสนอผลลัพธ์พร้อมกัน” เช่น อาการข้างเคียงของยา นำเสนอด้วยคะแนนความปวด” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2) “การไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Protocol) เช่น หลังให้ยาแก้ปวดมรณฑิน ไม่ได้ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดของรูป曼ตา” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2)

นอกจากนี้ พบว่า “ไม่ได้นำผลการประเมินมาพัฒนางานที่ซัดเจน” (ผู้บริหาร 1) โดยพบปัญหาในการนำเสนอผลต่อหน่วยงานภายนอกองค์กร ที่ไม่ได้เสนอแนวทางในการพัฒนา งานด้านการจัดการความปวดต่อ

จากที่กล่าวมานี้ จึงเห็นว่า รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของ โรงพยาบาลติดภูมิที่ศึกษามีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ประเมิน 2) ด้าน วิธีการประเมิน 3) ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 4) ด้านการตีความ และ 5) ด้านการนำเสนอ ผลและการใช้ผลการประเมิน

ผลการศึกษาความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ

1. วัตถุประสงค์ของการประเมิน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ต้องการปรับวัตถุประสงค์ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความปวด (3 คน) แต่ต้องการให้เพิ่มความสำคัญของการประเมินความปวด (2 คน) โดยกำหนด วัตถุประสงค์ให้ชัดเจนกว่าเดิม (1 คน) เพิ่มผลลัพธ์การจัดการความปวดในเรื่องการปฏิบัติกรรม ของผู้ป่วย ได้แก่ การอนุมัติ การช่วยเหลือตัวเอง (2 คน) เพิ่มความเข้าใจเพราะบางคนไม่ประเมิน ความปวดถ้าไม่มีผล (1 คน)

2. คุณค่าสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับ

คุณค่าที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยมีความปวดลดลง (10 คน) รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด (5 คน) มีความสุขสบาย (5 คน) สามารถพักผ่อนได้ (4 คน) คลายความวิตกกังวล (2 คน)

3. ตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลต้องการปรับตัวชี้วัดให้มีความง่าย (3 คน) ขัดเจน (2 คน) สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง (2 คน) โดยเน้นที่คุณค่าที่ผู้ป่วยควรได้รับคือ มีความปวดลดลง (10 คน) มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด (5 คน) มีความสุขสบาย (5 คน) สามารถพักผ่อนได้ (4 คน) คลายความวิตกกังวล (2 คน)

4. ผู้ประเมิน

ผู้ประเมินความรู้ความเข้าใจในหลักการความปวดและการจัดการความปวด มีทักษะการประเมินความปวด (9 คน) รู้จักใช้เครื่องมือได้ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีอคติในการใช้เครื่องมือ (6 คน) มีการบันทึกได้ถูกต้องและครบถ้วน (2 คน) มีความสามารถด้านการสื่อสาร สามารถอธิบายถ่ายทอดข้อมูลสำคัญ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการประเมินความปวดต่างๆ แก่ผู้ป่วยให้เข้าใจได้ดี (8 คน) ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยสะท้อนจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย และญาติ ดังนี้

“อย่างให้มีคำแนะนำเพิ่มเติม” (ผู้ป่วยศัลยกรรม 4)

“ความมีการแจ้งระดับความปวดและแนวทางแก้ไขให้ผู้ป่วยทราบ” (ญาติผู้ป่วย 3)

นอกจากนี้ ผู้ประเมินความบุคคลิกภาพของความมีมนุษยสัมพันธ์หรือมีอัคยาศัยที่ดี (20 คน) โดยมีความเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ใส่ใจรับฟัง ใจเย็น (8 คน) พูดจาสุภาพ ไพเราะ พูดเก่ง (4 คน) ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าไม่เมื่อง (3 คน) มีความเป็นมิตร เป็นกันเอง (3 คน) ช่างสังเกต (3 คน) เรียบร้อย นิมนานา (2 คน)

อนึ่ง ผู้ประเมินความมีสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์และมีความชำนาญในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (2 คน) พยาบาลวิชาชีพมีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้ประเมินความปวดมากกว่าผู้ช่วยพยาบาล (1 คน) ดังบอกเล่าของผู้ป่วยที่ว่า

“ควรเป็นพยาบาลมาสาม เนื่องจากเป็นคนให้ยาเรา ถ้าผู้ช่วยพยาบาลมาสาม ก็ต้องรอ yanana บอกพยาบาลโดยตรงจะเร็วกว่า” (ผู้ป่วยศัลยกรรม 5)

5. วิธีการประเมิน

บุคลากรต้องการวิธีการประเมินที่ใช้งานง่าย/เข้าใจง่าย (7 คน) มีการประเมินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (4 คน) สะท้อนจากคำบอกเล่าของพยาบาลผู้ปฏิบัติการและผู้บริหารทางการพยาบาลที่ว่า

“ความมีการประเมินช้าหลังได้รับยา” (พยาบาลวิชาชีพ 1.3)

“ควรประเมินต่อเนื่องสม่ำเสมอ” (ผู้บริหาร 2)

นอกจากนี้ การประเมินต้องสามารถเก็บเป็นตัวเลขที่เป็นสถิติได้ (2 คน) เข้าใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการโดยมีการสื่อสารเป็นแนวทางเดียวกัน (2 คน) มีคู่มือชี้แจงทั้งผู้ประเมินและถูกประเมิน (2 คน) มีวิธีการประเมินหลายแนวทางผสมกัน (2 คน) โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ความเห็นว่า

“ควรเป็นแบบผสม คือ จากการสอบถามผู้ป่วยและสังเกตอาการแสดง เช่น สีหน้าไม่สดชื่น ร้องไห้ นอนไม่หลับ เหงื่อออก ซึ่งจะเต้นเร็ว เป็นต้น” (พยาบาลวิชาชีพ 5.3)

ล้วนผู้ป่วยและญาติทั้งการรูปแบบการประเมินที่เป็นมาตรฐาน มีแบบฟอร์มให้บันทึก (2 คน) ดังบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติที่ว่า

“อย่างให้มีรูปแบบการประเมินที่เป็นมาตรฐานให้ผู้ป่วยเห็นและอธิบายให้เข้าใจ”

(ญาติผู้ป่วย 3)

“ถ้ามีแบบฟอร์มให้บันทึกก็ดี” (ผู้ป่วยคัดยกรรรม 3)

6. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ผู้ให้ข้อมูลต้องการเครื่องมือประเมินที่ใช้งานง่าย/เข้าใจง่าย/บันทึกง่าย (15 คน) มีความชัดเจนโดยอาจเป็นตัวเลข (4 คน) ประเมินได้สะดวก (3 คน) มีความเที่ยงตรงสัมพันธ์กับความปอดจริง (3 คน) มีหลายแบบให้เลือกใช้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภทหรือแต่ละช่วงวัย (3 คน) ความมีรูปภาพเสริม (3 คน) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (1 คน) และมีการใช้เครื่องมือแบบต่างๆ ร่วมกับการประเมินพฤติกรรม (1 คน)

7. การตีความผลการประเมิน

เกณฑ์ที่ใช้ในการตีความที่บุคลากรต้องการมากที่สุด คือเกณฑ์ที่มีความชัดเจน (7 คน) ความแม่นยำ โดยตีความได้ตรงความจริงที่สุดและเข้าใจตรงกัน ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย (4 คน) มีความเหมาะสมกับระดับความปอด โดยสามารถบอกถึงระดับความปอดที่ควรให้การรักษาหรือจัดการได้ เช่น ให้ยา หรือเปลี่ยนวิธี (3 คน) ตรงประเด็น (1 คน) ง่ายต่อการสื่อสารไม่ซับซ้อน (1 คน) สำหรับแหล่งข้อมูลของการตีความ “ได้แก่ คะแนนความปอด (4 คน) พฤติกรรมท่าทางของผู้ป่วย

การร้องขอ咽าระบุรุษ ซึ่งสามารถใช้เกณฑ์เดียวกันประเมินก่อน-หลังได้รับการจัดการความปวด นอกจากนี้ ประเมินความพึงพอใจโดยการสอบถาม ข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่

“ควรสร้างเกณฑ์ที่เป็นของโรงพยาบาล” (ผู้บริหาร 1)

“ไม่ควรใช้แค่คะแนนความปวด ควรเพิ่มเกณฑ์ให้ยา เช่น มี 3 ใน 5 ข้อ ถึงจะให้ยาจะได้ไม่ติดค้างใจ” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3)

8. การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน

ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้การนำเสนอผลการประเมินมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการบันทึกติดตามผลหลังการจัดการความปวด (5 คน) ครอบคลุมตัวชี้วัดที่มาเทียบเคียง (4 คน) เช่นใจง่าย (4 คน) เป็นรูปธรรมชัดเจน (2 คน) ตรงตามวัตถุประสงค์ของการรักษา (1 คน) จำเพาะบุคคลหรือหัวใจ (1 คน) แต่ไม่บันทึกข้อมูลรายจุด แนวปฏิบัติที่ต้องการคือ

“มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และ KPI ที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อหาแนวทางการพัฒนา” (ผู้บริหาร 1)

“มีการนำเสนอเป็นภาพรวมจากการประเมินและบันทึกเวชระเบียบและมีการแจ้งผลทบทวนกลับเพื่อให้หน่วยงานได้มีการปรับปรุง” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1)

“พยายามเก็บข้อมูลและนำเสนอต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยและฝ่ายการพยาบาลจนถึงโรงพยาบาล” (ผู้รับผิดชอบเรื่องความปวด 2)

สำหรับแบบฟอร์มในการนำเสนอผลการประเมิน “ไม่ควรมีแบบฟอร์มให้พยาบาลจำนวนมาก ควรเน้นที่สำคัญ ตอบวัตถุประสงค์และใช้ภาษาง่ายๆ สามารถเป็นแนวทางให้ยาได้อย่างเหมาะสม การให้ผู้ป่วยและญาติบันทึกเองเป็นสิ่งดี แต่ควรเป็นแบบฟอร์มง่ายๆ ดังคำอကเล่าต่อไปนี้

“ควรมีแบบฟอร์มให้พยาบาลไม่ต้องเยอะมาก เอกที่สำคัญ ตอบวัตถุประสงค์และใช้ภาษาง่ายๆ” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1)

“การบันทึกจากจะเป็นหลักฐานแล้วยังสามารถเป็นแนวทางให้ยาได้อย่างเหมาะสม” (พยาบาลวิชาชีพ 10.1, 10.3)

“เห็นด้วยที่จะให้ผู้ป่วยและญาติบันทึกเอง (2 คน) เพราะมีความสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่ปวดจริงและเป็นข้อมูลในการให้ยาแก่ปวด โดยผู้ป่วยบางรายต้องชี้ดယาก่อนทำภายภาพบำบัด” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 2)

“ควรเป็นแบบฟอร์มง่าย ๆ จะได้ไม่ต้องทนปวด” (หัวหน้าหอผู้ป่วย 3)

“ควรมีรูปสีหน้าความปวดกำกับพร้อม” (ผู้บริหาร 2)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปประเด็นสำคัญได้ดังตาราง 18 และจะเห็นว่า รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่ศึกษา มีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยทั้งระดับบุคคลและระดับหอผู้ป่วย และมีสิ่งคุกคามความต้องการประเมินผลทำให้ขาดความต้องการประเมินผล จึงจำเป็นต้องควบคุมสิ่งคุกคามความต้องในการประเมินผลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการวัด (Measurement) ด้านการตีความผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use)



ตาราง 18 สรุปประเมินส堪าดปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการชุดแบบประเมินผลพื้นฐานฯ ตามภาระจัดการชุดการความประพฤติในการสอนในห้องเรียน

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ปัญหาอุปสรรค	ความต้องการ
1. วัสดุประสงค์ การประเมิน	วัสดุประสงค์การประเมินไม่ทัดเจنم โดยเฉพาะผลลัพธ์การจัดการความประพฤติในชั้นเรียนที่ขาดไปบ้าง กิจกรรมของผู้สอน	- ตัวอย่างที่ขาดไปจะเป็นค่าให้ผู้สอนนำไปปรับปรุงต่อไปในคราวหน้า	ตัวอย่างที่ขาดไปจะเป็นค่าให้ผู้สอนนำไปปรับปรุงต่อไป ตามที่ได้มีเพิ่มเติมแล้ว
2. องค์ประกอบ	โครงพยายามประเมินผลพัฒนาการจัดการความประพฤติของบุคคลและระดับของนักเรียน แต่ไม่มีคุณภาพที่จะประเมินค่าของมนุษย์แบบเดียว ได้แก่ วัฒนธรรมสังคมการประนีประนอม สังคมที่กว้างขวาง ผู้ประเมิน หรือการประเมินและคุณสมบัติของนักเรียน	- -	การจัดตั้งมาตรฐานคุณภาพที่ดี
3. ตัวชี้วัด	โครงพยายามกำหนดตัวชี้วัดได้รับดูแลแต่บุคลากรรับใช้ ไม่ครอบคลุมทุกด้าน	- -	ประเมินตัวชี้วัดให้มีความง่าย ชัดเจน สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้จริง
4. ผู้ประเมิน	ผู้ประเมิน ได้แก่ พยาน คริวชา ผู้ช่วยพยาบาล และบุคลากรห้องผู้ป่วย ไม่ได้รับการประเมินโดยทาง หน้ากากและแบบประเมิน ในการจัดการความประพฤติ ทำให้มีความผิดพลาด ในการประเมินความประพฤติของผู้ป่วยไม่ถูกประเมิน ตามปกติ การให้คะแนนผิด ตลอดจนทักษะการประเมิน ความประพฤติ การให้คะแนนผิด แต่ประเมินความประพฤติ ไม่เพียงพอ	1) บุคลากรมีความผิดพลาด ความเข้าใจ แหล่งที่มาของ การประเมินความประพฤติ และการสื่อสาร ไม่ชัดเจน 2) การเมื่อยอดต่อไปในกระบวนการประเมิน ขาดความต้องการความประพฤติของผู้ป่วยไม่ถูกประเมิน ในกระบวนการประเมินความประพฤติของผู้ป่วย ทำให้เกิดความผิดพลาด ระหว่างการประเมิน 3) ผู้ประเมินมีภาวะงานหนัก ทำให้ประเมินไม่ครบถ้วน	ผู้ประเมินความผิดพลาดในหน้ากากในหน้ากากความประพฤติ และการจัดการความประพฤติ ไม่ทักษะการประเมินความประพฤติ ผู้ประเมินมีความผิดพลาดในทางการสื่อสาร ไม่มีสื่อสารต่อไปในทางการสื่อสาร ขาดความต้องการความประพฤติของผู้ป่วยไม่ถูกประเมิน ให้คำปฏิเสธ ความประพฤติ ไม่สามารถติดต่อสื่อสารและตรวจสอบ ให้คำปฏิเสธ การประเมินความประพฤติของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ประเมิน ความประพฤติ ให้คำปฏิเสธ ไม่สามารถประเมินความประพฤติของผู้ป่วย ความประพฤติ ให้คำปฏิเสธ ไม่สามารถประเมินความประพฤติของผู้ป่วย

ตาราง 18 (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางจัดการ	ความต้องการ
5. วิธีการประเมิน	<p>ให้แต่ละห้องน้ำแยกกันใช้ประโยชน์ที่มากที่สุด</p> <p>การประเมินยังไม่มีมาตรฐานต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดีไม่สามารถให้ผล ลูกบ้านพึงพอใจให้ได้เพียงพอ</p> <p>รับน้ำทิ้งท้ายและผู้รับบริการใช้บ่อน้ำเสีย</p> <p>(1) บุคลากรและผู้ประกอบการมีความต้องการ ในการประชุมความไม่พอใจเพียงพอ (2) ภาครัฐออก แสงสว่างที่ชัดเจนที่สุดในที่สาธารณะ แสงสว่าง และการออกแบบสีสันของอาคารสาธารณะ ที่สวยงาม (3) ไม่ควรขออนุญาตให้ผู้ประกอบการได้รับค่าตอบแทน และการจัดการความปลอดภัย แสงสว่าง และ 2) ไม่มีการติดตาม ประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่องทางสถาปัตยกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งความงามของห้องน้ำ</p> <p>ให้บ้านทุก</p>	<p>ต้องการวิธีการประเมินที่มีมาตรฐานต่อเนื่อง</p> <p>สำหรับห้องน้ำที่เป็นตัวเลือกที่เป็นผลิตได้ เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้และผู้รับบริการโดยคุณภาพ</p> <p>น้ำทิ้งท้ายและผู้รับบริการใช้บ่อน้ำเสีย</p> <p>ระบบการประชุมและสีสันของอาคารสาธารณะ ที่สวยงาม</p>
6. เครื่องมือตัด	<p>เครื่องมือตัดที่ไม่สามารถใช้ห้องน้ำได้</p> <p>ไม่เหมาะสมและไม่คุ้มค่า</p>	<p>ต้องการเครื่องมือประเมินที่ใช้งานง่าย/ใช้ได้จริง/ บันทึกง่าย มีความต้องการ มีความต้องการที่จะนำไปบันทึก</p> <p>ความปลอดภัยในห้องน้ำเพียงพอ (2) ผู้ร่วม ไม่เข้าใจเครื่องมือ</p> <p>ห้องน้ำที่ใช้งานได้จริง</p>

ตาราง 18 (ต่อ)

ประเด็น	สภากฎหมาย	ปัญหาสำคัญ	ความต้องการ
7. การศึกษาและประเมิน	ไม่แต่งตั้งหอผู้ป่วยเมืองท่าฯ ในการตัด裁ที่ไม่เห็นชอบกัน และไม่ครบถ้วน	1) พยายามลดต้นทุนตามมาตรฐานที่ต้องการให้ได้ ที่สำเร็จการศึกษา 2) ขยายผลบวกคน ที่ศึกษาไว้ในกระบวนการแบบบูรณา การให้ติดต่อความต้องการลดต้นทุน 3) ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อข้อความที่คิดมาต่อสื่อสาร ความบูด เนื่องจากเป็นภาษาอังกฤษและ ภาษาศึกษา 4) ผู้ป่วยไม่ติดต่อการสื่อสารเข้ามา คะแนนที่ไม่ตรงความจริง ทำให้พยานมาต ตีความผิด	ต้องการแก้ไขให้ในลักษณะที่คิดว่าที่ต้องการ ขึ้นจริง และตาม โดยศึกษาไม่ต้องการความบริบ ตริจจะเดิน แต่ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และรับฟังความคิดเห็น ได้แก่ คำแนะนำ ความปรึกษา ผู้ติดต่อที่เข้ามายังบูรณา การสักงานที่เป็นของโรงพยาบาล ไม่ควร ใช้เดียบในความบูด ควรเพิ่มเติมให้เข้าใจ ความต้องการของบุคคลที่เข้ามายังบูรณา
8. การนำเสนอผล	ไม่แต่งตั้งหอผู้ป่วยเมืองท่าฯ เส้นทางผลและการให้ ผลการใช้ผลการ ประเมิน	1) มีการประเมินที่ไม่ตรงความจริงและไม่ชัดเจน ในส่วนของการและผู้ป่วยที่ไม่ต้องกัน 2) มีการประเมินที่ไม่ครบถ้วนและไม่ครอบคลุม ในส่วนของการและผู้ป่วยที่ไม่ต้องกัน 3) ไม่ได้ นำผลเสนอทางบูรณาภิการและทางบูรณา การ เป็นต้น ซึ่งหากนำไปใช้ ข้อมูล เป็นต้น 4) ไม่ดำเนินการประชุมใน กำหนดเวลา	ต้องการนำเสนอผลอย่างรวดเร็ว มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยการปั้นทึก ติดตามและสนับสนุนการจัดตั้งความโปรต ควรบูรณาภิการตัวชี้วัดที่มาที่ไปด้วย เท่าที่จ่าย เงินบูรณาภิการซึ่งมีความเหมาะสม ตรวจสอบ ความโปรตุ๊กษา ตรวจสอบความโปรตุ๊กษา

ตอนที่ 2 ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ผลการสร้างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

จากการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ จำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (1 คน) หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม (1 คน) หัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆ ในแผนกศัลยกรรม (3 คน) ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล (3 คน) ศัลยแพทย์ (3 คน) พยาบาลวิชาชีพ (9 คน) ผู้ป่วยศัลยกรรม (5 คน) และญาติผู้ป่วย (5 คน) ตลอดจนการพิจารณาผลการตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ภาคผนวก ค) รวมทั้งผลการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ รูปแบบใหม่ที่มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม รายละเอียดดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 หัวข้อธรรฐาแบบและลักษณะความแตกต่างของรูปแบบเดิมในกรอบลักษณะการควบคุม
ไม่ใช่พยาบาลด้วยภูมิ

ประเด็น	การสังเคราะห์	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ที่มาของรูปแบบ						ติดตาม	ประเมิน			
			1	2	3	4	5	6					
1. วัดดูประศักดิ์ การประเมิน													
			/	/	/	/	/	/	ไม่ต้องการที่จะปรับ (3 คน) เพิ่มความต้องการของผู้ให้ช่วยเหลือ อย่างกว้างขวางในความโปรด น้ำดูประศักดิ์ให้ดูแลคนกำกับ (2 คน) น้ำดูประศักดิ์ให้ดูแลคนกำกับ (1 คน) เพิ่มผลลัพธ์การจัดการความชื่น ภารภัยที่ต้องการความชื่นในร่อง หลบ กางร่มตีจิกกอกซ้อมหัวใจ “ได้” กางร่ม [*] ห้ามใช้เวลาสักตัวเอง (2 คน) เพิ่มความ เข้าใจเพียงแค่คนไม่ใช่วินิจฉัย ห้ามเม้มผล (1 คน)		วัดดูประศักดิ์ ประเมินยังไงดีเจ้า โดยเฉพาะผลลัพธ์ การจัดการความชื่น ภารภัย ในเรื่องการปฏิบัติการประเมิน	ตั้งวัดดูประศักดิ์ให้ดูแลคนกำกับ เพิ่มผลลัพธ์การจัดการความโปรด น้ำดูประศักดิ์ การจัดการความชื่น ภารภัย ในเรื่องการปฏิบัติ กิจกรรมของผู้ป่วย	
2. ลงประชาราษฎร์													
									นี่คือแบบการประเมิน รับตัว病人ดูแล รับตัว病人ไว แต่ไม่คุ้มครองที่จะบังคับ บังคับ病人อย่าง ร้ายแรง	ร้ายแรงมากประเมิน รับตัว病人ดูแล รับตัว病人ไว แต่ไม่คุ้มครองที่จะบังคับ บังคับ病人อย่าง ร้ายแรง			

ପ୍ରକାଶକ

ลักษณะรูปแบบ ปรับเปลี่ยน									
ประเด็น	การสังเคราะห์	ผู้ทรง อุดมคุณ	ความต้องการของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน *						เดิม
3. ตัวชี้วัด	แนวคิดในเดลตากะบ (Logic model) (น้ำเพชร ศรีจิตติพัชร, 2555, หน้า 29-30; สกุล จรจงนิษฐ, 2552, หน้า 19; Sonpal- Valias, 2009, p.1)	1 /	1 /	1 /	1 /	1 /	1 /	1 /	โครงข่ายผลิตภัณฑ์ที่มีความจำ มุ่งเน้นที่ระบุตัวชี้วัดที่มีความจำ เป็นรายครุ� แต่ต่างๆ กัน น่าไปใช้ประโยชน์ได้จริง
4. ผู้ประเมิน	แนวทางการเพิ่มความต้อง ขอรับประเมินและลับหลัง (Bamberger, et al., 2006 ; Chen, Donaldson, & Mark, 2011, pp.14-15 ; Greene, 2011, p. 81 ; Peck, et al., 2012, pp.352-354)	/	/	/	/	/	/	/	ผู้ประเมินเดียว พยายามลิขิตร่องรอย แหล่งที่มาของข้อมูล และหัวเรื่องพยานหลัก ตัวอย่างของผู้เขียนไม่สามารถ โดยรวมที่จะเข้าใจการพูดคุย และการดำเนินการที่มีความซับซ้อน เช่นการนำเสนอข้อมูลที่มีความซับซ้อน และมีความซับซ้อนมากกว่าเดิม และแนะนำตัวตนของผู้เขียน

ตาราง 19 (ต่อ)

ประเด็น	การสังเคราะห์	คุณวิ	ที่มาของรูปแบบ						ลักษณะรูปแบบ	ประโยชน์
			1	2	3	4	5	6		
4. ผู้ประเมิน (ต่อ)										
			ความต้องการของผู้ให้ข้อมูล	สรุปความต้องการของผู้ให้ข้อมูล	ผู้ประเมินมีความรู้	ผู้ประเมินมีความรู้	ผู้ประเมินมีความรู้	ผู้ประเมินมีความรู้	มีความต้องรับภารกิจที่ขาดเจน	
			ต่างๆ และไม่ได้ใช้ใจ十足 (8 คน)	ทราบเข้าใจในรายละเอียด	ทราบเข้าใจในรายละเอียด	ทราบเข้าใจในรายละเอียด	ทราบเข้าใจในรายละเอียด	ทราบเข้าใจในรายละเอียด	เพื่อขยายให้ผู้ประเมินมีความรู้	
			ผู้ตอบส่วนมากต้องการของผู้ประเมิน	จัดการความโปรตุ	จัดการความโปรตุ	จัดการความโปรตุ	จัดการความโปรตุ	จัดการความโปรตุ	ความเข้าใจในภารกิจการงาน	
			ขอร่างงานผู้ประเมินทราบวิธีการขอร่างงาน	ตรวจสอบการทำงานทั่วไปตามมาตรฐาน	ตรวจสอบการทำงานทั่วไปตามมาตรฐาน	ตรวจสอบการทำงานทั่วไปตามมาตรฐาน	ตรวจสอบการทำงานทั่วไปตามมาตรฐาน	ตรวจสอบการทำงานทั่วไปตามมาตรฐาน	ปฏิบัติภารกิจทางประเทศ	
			ประเมินผู้ประเมินทราบวิธีการตัดสินใจ (20 คน)	ประเมินความโปรตุ	ประเมินความโปรตุ	ประเมินความโปรตุ	ประเมินความโปรตุ	ประเมินความโปรตุ	ความโปรตุ สามารถใช้เครื่องมือ	
			โดยมีความแม่นค่า เน้นขอให้ในปัจจุบัน ให้ได้	การใช้เครื่องมือ	การใช้เครื่องมือ	การใช้เครื่องมือ	การใช้เครื่องมือ	การใช้เครื่องมือ	ให้ได้ตัวชี้征หมาย เช่นที่ก	
			รับฟัง ใช้ประเมิน (4 คน) พูดจาสุภาพ ไฟกระ	แสดงการเป็นหน้าก	แสดงการเป็นหน้าก	แสดงการเป็นหน้าก	แสดงการเป็นหน้าก	แสดงการเป็นหน้าก	ให้คำปรึกษาเพื่อยกับภาระประเมิน	
			ผุดเป่ง (4 คน) รื้อเมย์เม่โล หล่อเมือง	"ไม่พึงพอใจ"	"ไม่พึงพอใจ"	"ไม่พึงพอใจ"	"ไม่พึงพอใจ"	"ไม่พึงพอใจ"	ความโปรตุผู้ประเมิน	
			(3 คน) มีความรู้เชิงลึก เป็นภัยเงย (3 คน)	ซ่างสูงตัด (3 คน) เรียบเรียง นิ่งเงียบ (2 คน)	ซ่างสูงตัด	ซ่างสูงตัด	ซ่างสูงตัด	ซ่างสูงตัด	เป็นมืออาชีวะ หรือผู้เชี่ยวชาญที่ดี	
			ในส่วนผู้ประเมินความรู้และด้านภาษาติด	ในส่วนผู้ประเมินความรู้และด้านภาษาติด	ในส่วนผู้ประเมินความรู้และด้านภาษาติด	ในส่วนผู้ประเมินความรู้และด้านภาษาติด	ในส่วนผู้ประเมินความรู้และด้านภาษาติด	ในส่วนผู้ประเมินความรู้และด้านภาษาติด	ประเมินภารกิจทางวิชาชีพ	
			วิศวกรรมและแม่ค้างานสำนักงานในภูมิภาคฯ	เชพาระดับชั้น (2 คน) พยายามลดวิชาชีพเดียว	เชพาระดับชั้น (2 คน) พยายามลดวิชาชีพเดียว	เชพาระดับชั้น (2 คน) พยายามลดวิชาชีพเดียว	เชพาระดับชั้น (2 คน) พยายามลดวิชาชีพเดียว	เชพาระดับชั้น (2 คน) พยายามลดวิชาชีพเดียว	แหล่งงานหางานดูดเชพาระดับชั้น	
			ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน)	แหล่งงานหางานดูดเชพาระดับชั้น	

፩፭፻፯፲፭

ตาราง 19 (ต่อ)

ประเด็น	การสังเคราะห์	ที่มาของรูปแบบ						ลักษณะรูปแบบ	ปรับเปลี่ยน
		ผู้ทรงคุณวุฒิ	คุณวุฒิ	ความต้องการของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน *	เดิม	ใหม่			
7. ภาระตัวบุคคล	เจ้าสارท แนวทางการเพิ่มความตื่น ช่องทางประเมินผลลัพธ์ ผู้คนภายนอก	/	/	เก็บทั้งในภาคการศึกษาและภาคชีวิต มากที่สุด ศักยภาพที่มีคุณธรรม (7 คน) ความแม่นยำ ได้ยึดความต้องการของผู้ใช้งาน และเข้าใจตรงกันทั้งผู้สอนและผู้ใช้งาน (4 คน) มีความหมายสอนไปประดับความโปรด โดยสามารถยกถือจัดการได้ เช่น ได้ยา หรือ ให้การรักษาเพื่อจัดการได้ เช่น ไข้ ไอ และลับบี้ (3 คน) ตรวจสอบดูแล (1 คน) จ่ายติด การเรียนสร้าง ไม่ซับซ้อน (1 คน) สำหรับ แหล่งข้อมูลของภาคชีวิตความต้องแต่ คะแนน ความโปรด (4 คน) ผู้เรียนทำทางช่องสู่ภายใน การซื้อขายอย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ โดยทั่วไป หลังได้รับการจัดการ ความโปรด อนาคตจากนี้ ประเมินความพึงพอใจ โดยการสอบถาม ข้อมูลของผู้ใช้งาน ศูนย์ ควรสร้างเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานพัฒนาผล ไม่ว่า ผู้ประเมินความโปรด ควรพัฒนาเช่นไร	ไม่แต่งตัวอยู่บ่อย มีผลลัพธ์ การศึกษา ที่มีความแม่นยำ ไม่ครบถ้วน ไม่คงที่ ความเป็นจริง ผู้ใช้งาน ประเมินความโปรด ได้แก่ คะแนน ความโปรดรวมกับพัฒนา ทำทางช่องสู่ภายใน	กำหนดให้รับการติดตามผลการ ประเมินเพื่อประเมิน ได้ประเมิน การศึกษาที่มีความต้อง แต่งตัวอยู่บ่อย การติดตามที่มีความต้อง แต่งตัวอยู่บ่อย ประเมินความโปรด ประเมินความโปรด ได้แก่ คะแนน ความเป็นจริง ผู้ใช้งาน ประเมินความโปรด ได้แก่ คะแนน ความโปรดรวมกับพัฒนา ทำทางช่องสู่ภายใน			

ตาราง 19 (ต่อ)

ประเด็น	การสังเคราะห์ เอกสาร	ผู้ทรง คุณลักษณะ	ที่มาของรูปแบบ						ลักษณะรูปแบบ	เต็ม ปรับให้
			1	2	3	4	5	6		
8. การนำเสนอ แผนทางการพัฒนาตาม ตระหง่านของประเทศไทย	แผนทางการพัฒนาตาม ตระหง่านของประเทศไทย	/	/	/	/	/	/	/	ผู้ที่อนุมัติองค์กรให้การันตีสนับสนุนประมุជ์ความ ต่อเนื่องสำมำเสมอ โดยการันตีติดตามและส่งเสริมการดำเนิน กิจกรรม (5 คน) ครอบคลุมครัวเรือนที่นาที่อยู่อาศัย (4 คน) ให้ไว้ใจ (4 คน) เป็นมาตรฐานเดียว (2 คน) ธรรมชาติและ วัฒนธรรมศักดิ์สิทธิ์ (1 คน) จำเพาะบุคคลหรือ หัวหน้า (1 คน) แต่ไม่พิเศษสำหรับหน่วยงานใด แยกเป็น ที่ต้องการของ นิ่งกานหนเด็กชาวไทย วัดป่าบ้านสังค์ KP ที่ซึ่ดเงิน น้ำใจติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อหา แนวทางการพัฒนา โดยพยายามเลี้ยงชุมชนนำสังคมต่อ หัวหน้าหรือผู้ดูแลฝ่ายพยาบาลในโรงพยาบาล ไม่ควรประเมินให้พะบานล้ำจำเจนมาก ควรเน้นผู้ตัด ต่อไปต่อไปและให้ภาระงานทาง สามารถเป็นแนวทาง ให้ได้อย่างเหมาะสม ก้าวให้ไป远และนานตืบันทึกดัง นี้มีสังค์ แต่ควรปฏิเสธเชิงทาง	ไม่มีตัวชี้วัดผู้นำไป มีการนำกล่าวแสดง ผลลัพธ์ให้สังคม ประเมินที่เมืองกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ควบคุมความคาด ต่องานของผู้ดูแล ประเมิน "นรปบแบบ ที่เข้าใจง่าย และสามารถ นำผลการประเมินไปใช้ ได้อย่างเป็นมาตรฐาน ขั้นตอน ตรวจสอบ วัดประสาทของผู้ดูแล รักษา

*หมายเหตุ: ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1. ผู้ปฏิหาราชการพยาบาล (5 คน) 2. ผู้ปฏิหาราชการประเมินผู้ตัดสินใจตัดการรักษาป่วยในภาคภูมิ ของประเทศไทย (3 คน) 3. ศัลยแพทย์ (3 คน) 4. พยาบาลรักษาพยาบาล (9 คน) 5. ผู้ดูแลผู้ป่วย (5 คน) 6. ญาติผู้ป่วย (5 คน)

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่ปรับใหม่ มีลักษณะเป็นกรอบความคิดที่อธิบายองค์ประกอบของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากการนำบัดความป่วยโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลติดภูมิให้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่มีความตรงของการประเมินผล โดยมีความสำคัญถึงของผลการประเมิน ตามแหล่งข้อมูล รวมทั้งมีความเหมาะสม และความครอบคลุมของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ การประเมิน ลิสต์ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

1. วัตถุประสงค์การประเมิน หมายถึง ลิสต์ที่ต้องการให้เกิดในการประเมิน ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีวัตถุประสงค์การประเมิน 3 ข้อ คือ (1) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล (2) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย และ (3) เพื่อประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

2. ลิสต์ประเมิน หมายถึง ลิสต์ที่มุ่งตัดสินคุณค่า ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีลิสต์ที่มุ่งประเมิน 3 ลิสต์ คือ

2.1 ผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีจากการนำบัดความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นรายบุคคล ตั้งแต่แรกรับก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

2.2 ผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการนำบัดความป่วยหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นรายบุคคลในภาพรวม ประเมินในผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง ครอบคลุมผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลางซึ่งมีความหมายที่แตกต่างกันคือ

2.2.1 ผลลัพธ์ระยะสั้น เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยในด้านความรุนแรงของความป่วยและผลข้างเคียงของยาบรรเทาป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

2.2.2 ผลลัพธ์ระยะกลาง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากการป่วยที่ลดลงของผู้ป่วยในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยผลที่เกิดขึ้น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำกิจกรรม เช่น การเปลี่ยนท่า การลุกนั่ง บันเดียง การเดิน การนั่งอยู่บนเก้าอี้ เป็นต้น ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว และความท้อใจหรือหมดกำลังใจ

2.3 ความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลัง

ผ่าตัด เป็นความสอดคล้องของผลการประเมินตามแหล่งข้อมูล ความหมายสม และความครอบคลุม ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ทั้งด้านผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน

3. ผู้ประเมิน หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ประเมินสิ่งที่ประเมิน ซึ่งรูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีผู้ประเมิน 3 ประเภท คือ (1) ผู้ประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยและพยาบาล (2) ผู้ประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และ (3) ผู้ประเมินความต้อง ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลแผนก ศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาล

4. วิธีการประเมิน หมายถึง เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินโดยใช้ กระบวนการเริงประจักษ์เพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศเพื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งรูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วยมีวิธีการประเมิน 3 ประเภท คือ (1) วิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยสังเกตตนเอง พยาบาลรวมข้อมูลจาก แบบบันทึกความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม สังเกต พฤติกรรมผู้ป่วย และวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย (2) วิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย หลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วย ผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกสัญญาณชีพ จากนั้นสอบถาม ผู้ป่วยตามแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และสังเกตกิจกรรม การพยาบาล และ (3) วิธีการประเมินความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อน และหลังผ่าตัด ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาลสู่มูลสังเกต พฤติกรรมพยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด สุ่มตรวจระหว่างเบียน สุ่มตรวจข้อมูลในแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำการสัมภาษณ์และให้ข้อเสนอแนะแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย

5. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งที่ใช้เป็นสื่อ สำหรับผู้ประเมินใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 3 ประเภท คือ (1) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล (2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วย

หลังผ่าตัด (ประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลางในภาพรวม) และ (3) เครื่องมือประเมินความตรงของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ แบบสั้นเกตพุติกรรม พยาบาลผู้ประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด แบบตรวจสอบ ความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด

จากที่กล่าวมาสรุปองค์ประกอบของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดังตาราง 20 และ ภาพ 30

ตาราง 20 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาล ตดิยภูมิ

วัตถุประสงค์การประเมิน 1. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล				
สิ่งที่ประเมิน (The objects of evaluation)	ผู้ประเมิน (The evaluators)	วิธีการประเมิน (The procedures)	เครื่องมือประเมิน (The tools of evaluation)	หมายเหตุ
ผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนผ่าตัด ระดับบุคคล	ผู้ป่วย (Patient) พยาบาล (Nurse)	- การสั่งเกตตันเจง แบบบันทึกความปวด ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 1) - การรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความปวด ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - การสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม - การพัฒนาผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - การวัดสัญญาณชีพ	- แบบบันทึกความปวด ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย - แบบสั้นเกตพุติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - แบบบันทึกทางการพยาบาล - แบบบันทึกทางการพยาบาล และอารมณ์ของผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - แบบบันทึกสัญญาณชีพ	เอกสารชุดที่ 1 (P 1) เอกสารชุดที่ 3 (N 3) เอกสารชุดที่ 4-5 (เอกสารตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล) เอกสารชุดที่ 4-5 (N 4-5)
ผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ระดับบุคคล	ผู้ป่วย (Patient) พยาบาล (Nurse)	- การสั่งเกตตันเจง - การรวบรวมข้อมูล จากแบบบันทึกความปวด หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 2) - การสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม - การพัฒนาผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - การวัดสัญญาณชีพ	- แบบบันทึกความปวด หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย - แบบสั้นเกตพุติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - แบบบันทึกทางการพยาบาล - แบบบันทึกทางการพยาบาล และอารมณ์ของผู้ป่วย ที่มีต่อความปวด - แบบบันทึกสัญญาณชีพ	เอกสารชุดที่ 2 (P 2) เอกสารชุดที่ 3 (N 3) เอกสารชุดที่ 4-5 (เอกสารตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล) เอกสารชุดที่ 4-5 (N 4-5)

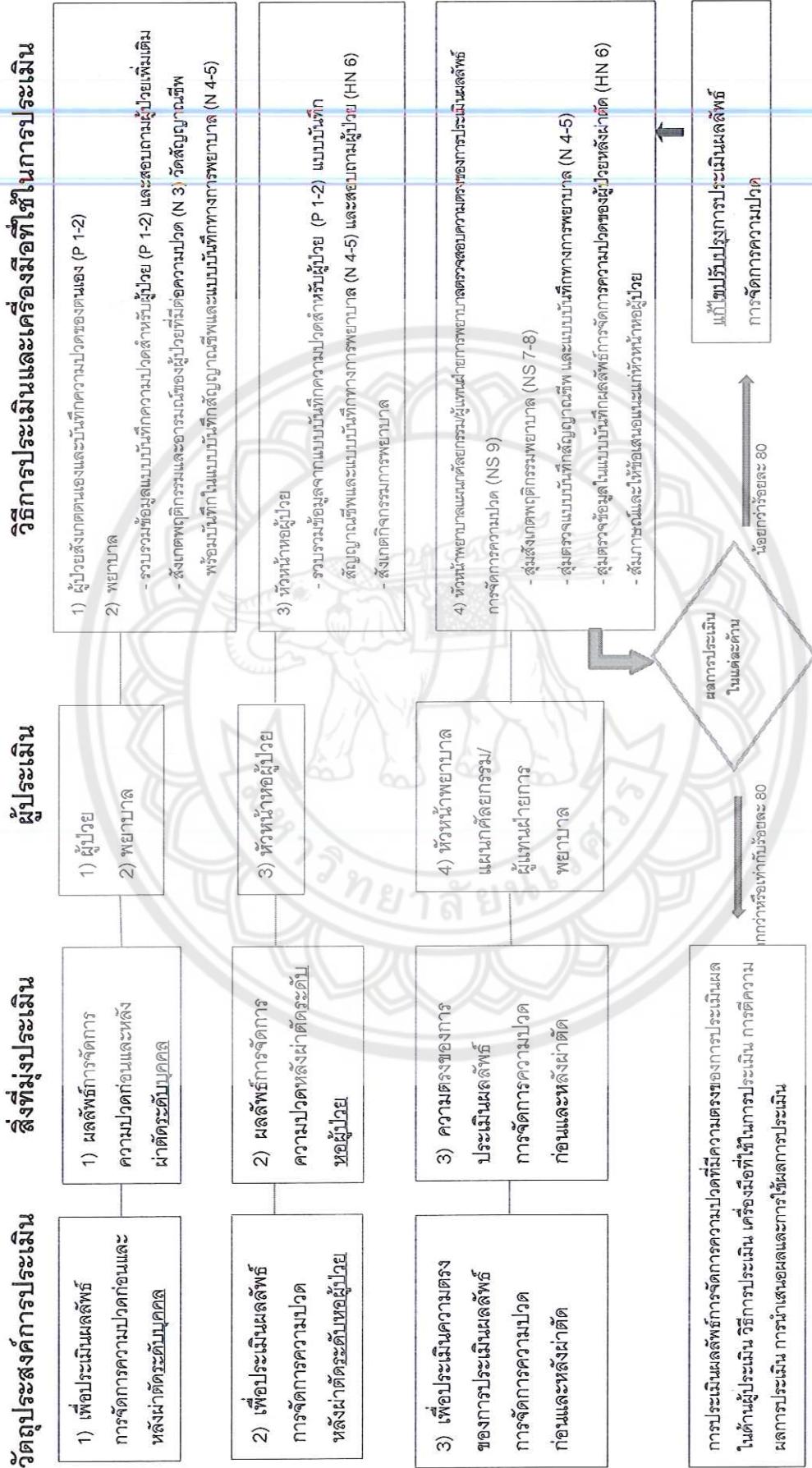
ตาราง 20 (ต่อ)

วัตถุประสงค์การประเมิน 2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับห้องผู้ป่วย

สิ่งที่ประเมิน	ผู้ประเมิน	วิธีการประเมิน	เครื่องมือประเมิน	หมายเหตุ
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับห้องผู้ป่วย	หัวหน้าห้องผู้ป่วย (Head nurse)	- การวางแผนข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วยหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 2) แบบบันทึกตัญญานิชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล - การสอบดามผู้ป่วย - การสังเกตกิจกรรม	-แบบบันทึกผลลัพธ์ การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น) และระเบียบด่าง ในภาพรวม	เอกสารชุดที่ 6 (HN 6)

วัตถุประสงค์การประเมิน 3. เพื่อประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

ความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	หัวหน้าพยาบาล แผนกศัลยกรรม/ ผู้แทนฝ่ายการ พยาบาล (Nursing supervisor)	- การซุ่มสังเกต พฤติกรรมพยาบาล ผู้ประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยก่อนผ่าตัด	- แบบสังเกตพฤติกรรม พยาบาลผู้ประเมิน ความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนผ่าตัด	เอกสารชุดที่ 7 (NS 7)
		- การซุ่มสังเกต พฤติกรรมพยาบาล ผู้ประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยหลังผ่าตัด	- แบบสังเกตพฤติกรรม พยาบาลผู้ประเมิน ความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย หลังผ่าตัด	เอกสารชุดที่ 8 (NS 8)
		- การซุ่มตรวจแบบ บันทึกตัญญานิชีพ และแบบบันทึก ทางการพยาบาล - การซุ่มตรวจแบบ ในแบบบันทึกผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด - การสัมภาษณ์และ ให้ข้อเสนอแนะแก่ หัวหน้าห้องผู้ป่วย	แบบตรวจสอบความตรง ของการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด	เอกสารชุดที่ 9 (NS 9)



အမှတ် ၁၃၁ မြန်မာ ပြည်သူ့ အမျိုးသမီး အကျဉ်းချုပ် ၂၀၁၄

สำหรับการตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยโดยหัวหน้าแผนกศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบความคิดในการตรวจสอบที่สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ และตอบสนองความต้องการของผู้ให้ข้อมูลดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 กรอบความคิดในการตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

ประเด็นที่ ตรวจสอบ	แนวคิดความตรง (Validity)		ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลในเรื่องความตรงของการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วย		
	แนวคิดของ Peck, Kim, & Lucio (2012)	แนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012)	เป็นจริง/ถูกต้อง แม่นยำ *	เหมาะสม *	ครอบคลุม *
1. ผู้ประเมิน	ด้านการ ออกแบบ (Design) - ความตรง ภายใน (Internal validity) - ความตรง ภายนอก (External validity)	ความจริง-ความ ถูกต้อง (Truth- fact investigation)	สามารถใช้เครื่องมือ ได้ถูกต้องเหมาะสม มีการบันทึกได้ถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการความป่วย มีทักษะการประเมิน ความป่วย สามารถ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การประเมินความป่วย แก่ผู้ป่วย มีความ เป็นมิตรหรือมีอ่อนโยน ที่ดี มีสมรรถนะด้านการคิด วิเคราะห์และการแก้ปัญหา เฉพาะหน้า	มีการบันทึกผล ข้อมูลครบถ้วน
2. วิธีการ ประเมิน				ปฏิบัติได้จริง เก็บเป็น ตัวเลขนี้เป็นสถิติได้เข้าใจ ตรงกันทั้งผู้ให้และ ผู้รับบริการ โดยมีคุณภาพ ชัดเจน	มีการประเมินอย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการสอบถามและ สังเกตอาการแสดง และมีแบบฟอร์ม ให้ผู้ป่วย/ญาติ บันทึก
3. เครื่องมือ ที่ใช้ในการ ประเมิน	ด้านการวัด (Measurement) - ความตรงเชิง เนื้อหา (Content validity)	ชัดเจน มีความเที่ยงตรง	มีหลายแบบเหมาะสมกับ ผู้ป่วยแต่ละประเภท ใช้งานง่าย/เข้าใจง่าย/ บันทึกง่าย ประเมิน ได้สะดวก	มีการประเมิน พฤติกรรมร่วมด้วย	

ตาราง 21 (ต่อ)

ประดิษฐ์ ตรวจสอบ	แนวคิดความตรง		ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลในเรื่องความตรงของการประเมิน		
	ผลลัพธ์การจัดการความป่วย		เป็นจริง/ถูกต้อง	เหมาะสม *	ครอบคลุม *
	แนวคิดของ	แนวคิดของ House			
Peck, Kim, & Lucio (2012)	(1980 as cited in Peck, et al., 2012)	Peck, et al., 2012)	แม่นยำ *		
4. การ ตีความ ผลการ ประเมิน	ด้านการตีความ (Interpretation) - ความตรงเชิง ผลสืบเนื่อง (Consequential validity) - ความตรงเชิงสาร (Communicative validity)	ความงาม- ความหมาย (Beauty- meaning)	มีเกณฑ์การตีความ ที่มีความชัดเจน	-	มีการตีความ ผลการประเมิน ครบถ้วน ได้แก่ คะแนนความป่วย คงประทัน แปลความหมายได้ตรง กับความเป็นจริง
5. การ นำเสนอผล และการใช้ ผลการประเมิน	ด้านการใช้ผลการ ประเมิน (Use) - ความตรงเชิงปฏิบัติ (Pragmatic validity)	ความยุติธรรม-การ ใช้ประโยชน์ (การ กระทำ) (Justice- use (action))	เป็นรูปธรรมชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ ของการรักษา	นำเสนอบรร悔ที่เข้าใจ ง่าย และสามารถ นำผลการประเมิน ไปใช้ได้	มีผลการประเมิน ที่ครบถ้วนตามความ ต้องการของผู้ใช้ ประโยชน์

* หมายเหตุ: กำหนดขึ้นมาจากการสรุปความหมายความตรง (Validity) ของการประเมินผล

จากข้อมูลในตาราง 21 ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาแบบตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย โดยมีประดิษฐ์ที่ตรวจสอบ ดังนี้

1. **ด้านผู้ประเมิน** ได้แก่ ความสามารถประเมินความป่วย ความรู้ความเข้าใจในการประเมิน ความป่วย การมีบุคลิกที่เหมาะสม และการบันทึกข้อมูลครบถ้วน
2. **ด้านวิธีการประเมิน** ได้แก่ การมีคู่มือชี้แจงวิธีการประเมินให้เข้าใจตรงกัน การมีวิธีการประเมินที่ปฏิบัติได้จริงและครอบคลุม และการประเมินอย่างต่อเนื่องสมำเสมอ
3. **ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน** ได้แก่ การมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ที่มีความเที่ยงตรง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินใช้งานง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท ตลอดจนมีการใช้เครื่องมือในการประเมินอย่างครอบคลุม
4. **ด้านการตีความผลการประเมิน** ได้แก่ เกณฑ์การตีความมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ตรงประเด็น แปลความหมายได้สอดคล้องกับตามแหล่งข้อมูล และมีการตีความผลการประเมินครบถ้วน

5. ด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ได้แก่ การนำเสนอผลการประเมินที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การนำเสนอผลการประเมินระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลตรงกัน มีการนำเสนอผลการประเมินที่เข้าใจง่าย มีการนำเสนอผลการประเมินไปใช้อย่างเหมาะสม และมีผลการประเมินที่ครบถ้วนตามความต้องการของผู้ใช้ประโยชน์

สำหรับการกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินผลการประเมินเพื่อให้เกิดความนำไปสู่ถือแก่ผู้ที่นำผลการประเมินไปใช้ว่า การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดนั้นมีความเป็นจริงถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุม คือ ต้องมีค่าแนะนำความต้องการการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในแต่ละด้านและในภาพรวม (5 ด้าน) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

อนึ่ง ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งหลักการและเหตุผล นิยามรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ได้แก่ วัตถุประสงค์ การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งแนวปฏิบัติ ในการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดระดับบุคคล รายละเอียดเนื้อหาคู่มือ การใช้รูปแบบแสดงในภาคผนวก ๙

ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบ ดังนี้

1. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ง) ผลการตรวจสอบคุณภาพแสดงดังตาราง 22 และ 23 ตามลำดับ

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

รายการประเมิน	ผู้ทรงคุณวุฒิ ($n = 5$)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความเหมาะสม			
1. องค์ประกอบของรูปแบบมีความครบถ้วนสมบูรณ์	4.60	0.55	มากที่สุด
2. องค์ประกอบของรูปแบบแต่ละส่วนมีความชัดเจน	4.40	0.55	มาก
3. วัตถุประสงค์การประเมินมีความเหมาะสม	4.40	0.55	มาก
4. ผู้ประเมินมีความเหมาะสม	4.40	0.55	มาก
5. วิธีการประเมินมีความเหมาะสม	4.40	0.55	มาก
6. เครื่องมือประเมินมีความเหมาะสม	4.40	0.55	มาก
รวม	4.43	0.55	มาก
ความสอดคล้อง			
7. สิ่งที่ประเมินสอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การประเมิน	4.60	0.55	มากที่สุด
8. ผู้ประเมินสอดคล้องสัมพันธ์กับสิ่งที่ประเมิน	4.20	0.45	มาก
9. วิธีการประเมินสอดคล้องสัมพันธ์กับสิ่งที่ประเมิน	4.60	0.55	มากที่สุด
10. เครื่องมือประเมินสอดคล้องสัมพันธ์กับสิ่งที่ประเมิน	4.20	0.84	มาก
รวม	4.40	0.60	มาก
ความเป็นไปได้			
11. รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	4.00	0.71	มาก
รวมทุกด้าน	4.38	0.58	มาก

จากตาราง 22 จะเห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.55) มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.60) มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.71) และความคิดเห็นโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.58)

ตาราง 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อคุณภาพการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

รายการประเมิน	ผู้ทรงคุณวุฒิ ($n = 5$)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านเนื้อหา			
1.1 มีการระบุความสำคัญในหลักการและเหตุผล	4.60	0.55	มากที่สุด
1.2 นิยามรูปแบบมีความชัดเจน	4.00	0.71	มาก
1.3 การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ มีรายละเอียดชัดเจน ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์การประเมิน	4.40	0.55	มาก
2) ผู้ประเมิน	4.60	0.55	มากที่สุด
3) ผู้ประเมิน	4.60	0.55	มากที่สุด
4) วิธีการประเมิน	4.40	0.55	มาก
5) เครื่องมือประเมิน	4.20	0.84	มาก
2. ด้านการสื่อความหมาย			
2.1 การเรียงลำดับเนื้อหา มีความหมายสม	4.40	0.89	มาก
2.2 การใช้ภาษาอธิบายเข้าใจง่าย	4.20	0.45	มาก
2.3 การใช้ภาพประกอบ มีความหมายสม	3.80	0.45	มาก
3. ด้านรูปเล่ม			
3.1 ขนาดรูปเล่ม มีความหมายสม	4.20	0.84	มาก
3.2 ขนาดตัวอักษร มีความหมายสม	4.20	0.84	มาก
รวมทุกด้าน	4.30	0.65	มาก

จากตาราง 23 จะเห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นว่า คุณภาพการใช้รูปแบบ มีความหมายสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.65)

อนึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมารับปรับปรุงพัฒนารูปแบบ และคุณภาพการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ (ตาราง 24)

ตาราง 24 ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ($n = 5$)

ประเด็น	การปรับแก้
1. รูปแบบ ควรเพิ่มแผนภาพกระบวนการเพื่อให้เห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมด ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจมากขึ้น (3 คน)	เพิ่มแผนภาพกระบวนการ (ภาพ 30)
2. คู่มือการใช้รูปแบบ หัวข้อหลักการและเหตุผล ควรอธิบายให้เห็นความสำคัญของ การประเมินแต่ละระดับ รวมทั้งบทบาทผู้ประเมินแต่ละระดับ	อธิบายให้เห็นความสำคัญของการประเมินแต่ละ ระดับ รวมทั้งบทบาทผู้ประเมินแต่ละระดับ
ควรนิยามรูปแบบให้ชัดเจน	เพิ่มนิยามรูปแบบให้มีรายละเอียดมากขึ้น
ควรระบุผู้ประเมินความตรงที่เป็นบุคคลในฝ่ายการ พยาบาล เช่น หัวหน้าหรือรองฝ่ายการพยาบาล	เปลี่ยนใช้คำว่า “ฝ่ายการพยาบาล” เป็น “ผู้แทน ฝ่ายการพยาบาล”
แบบตรวจสอบความตรง ควรระบุวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น สังเกตพฤติกรรมพยาบาล ตรวจสอบเวชระเบียน เป็นต้น	ระบุวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบตรวจ ความตรง
ควรกล่าวถึงคำเตือนและตัวย่อ OPQRSTUV ในแบบปฏิบัติของการประเมินความป่วย	เพิ่มการอธิบายเกี่ยวกับคำย่อ OPQRSTUV
ควรระบุเอกสารอ้างอิง	ระบุเอกสารอ้างอิง
ควรปรับภาพให้ชัดเจน (2 คน)	ปรับเปลี่ยนภาพใหม่
ควรปรับขนาดตัวอักษรให้ชัดเจน	ปรับตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น
ควรแยกคู่มือสำหรับผู้ใช้แต่ละกลุ่ม เพื่อให้สะดวก ในการศึกษาและการนำไปใช้ (2 คน)	แยกคู่มือการใช้รูปแบบตามกลุ่มผู้ใช้ คือ ผู้บริหาร ทางการพยาบาล และผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ)

2. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบโดยผู้ใช้รูปแบบ

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ผู้ใช้รูปแบบชื่ม มี 2 กลุ่มตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้ รูปแบบ คือ 1) กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล (รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านวิชาการ) 1 คน หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม 1 คน และ หัวหน้าห้องผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 2 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกลงทะเบียน 2 คน และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพชื่งปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อรวม 16 คน ผลการตรวจสอบคุณภาพแสดง ดังตาราง 25 และ 26

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงบันนทางมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติ่อมรุ้ว

รายการประเมิน	ผู้ใช้รูปแบบมาตรฐาน ($n = 6$)			ผู้ใช้รูปแบบ ($n = 16$)		
	\bar{X}	S.D.	ร้อยเปอร์เซนต์	\bar{X}	S.D.	ร้อยเปอร์เซนต์
ความเหลื่อมล้ำ						
1. ยังคงความรู้สึกปวดเมื่อยความเครียดมากในช่วงเวลา	4.67	0.52	มากที่สุด	4.25	0.58	มาก
2. ยังคงความรู้สึกปวดแบบต่อเนื่องต่อส่วนใดๆ ความรู้สึกเจ็บ	4.50	0.55	มากที่สุด	4.00	0.73	มาก
3. รู้สึกปวดลงทุกครั้งประเมินเมื่อความเหลื่อมล้ำ	4.67	0.52	มากที่สุด	4.00	0.73	มาก
4. ผู้ประเมินมีความเหลื่อมล้ำ	4.50	0.55	มากที่สุด	3.81	0.83	มาก
5. รู้สึกปวดเมื่อความเหลื่อมล้ำมาก	4.17	0.75	มาก	3.69	0.95	มาก
6. เศร้าห่วง忡忡ประเมินเมื่อความเหลื่อมล้ำ	4.33	0.82	มาก	3.63	1.15	มาก
รวม	4.47	0.62	มาก	3.90	0.83	มาก
ความสอดคล้อง						
7. สำหรับประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ประยุกต์ใช้ในการประเมิน	4.67	0.52	มากที่สุด	4.19	0.75	มาก
8. ผู้ประเมินคาดเดาผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ประเมิน	4.50	0.55	มากที่สุด	4.25	0.68	มาก
9. วิธีการประเมินสอดคล้องสมພันธ์กับการสังเกตที่ประเมิน	4.00	0.63	มาก	4.13	0.81	มาก
10. เครื่อง量表ประเมินสอดคล้องสมພันธ์กับสิ่งที่ประเมิน	4.33	0.52	มาก	4.00	0.73	มาก
รวม	4.38	0.56	มาก	4.14	0.74	มาก
ความเป็นไปได้						
11. รูปแบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	3.67	1.03	มาก	3.19	1.22	ปานกลาง
รวมทุกครั้ง	4.36	0.63	มาก	3.92	0.83	มาก

จากตาราง 25 จะเห็นว่า ผู้ใช้รูปแบบทั้ง 2 กลุ่มต่างมีความคิดเห็นว่ารูปแบบผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้อง และเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ผู้บริหารทางการพยาบาล $\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.63, ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ $\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.83) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีมุมมองที่คล้ายกันคือ รูปแบบมีความเหมาะสมและความสอดคล้องในระดับมาก แต่ในด้านความเป็นไปได้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง



ตาราง 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้รู้แบบที่มีต่อถ้อยคำการใช้ชีวิตระบบที่เปลี่ยนผ่านผลกระทบจากการจัดการความปวดในโรงเรียนประถมศึกษา

รายการประเมิน	ผู้บริหารทางการแพทย์ (n = 6)			ผู้หัวหน้าครัว (n = 16)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านเนื้อหา						
1.1 ฝึกอบรมครัวสำหรับนักศึกษาในสังคมแห่งสุขภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด	4.44	0.81	มาก
1.2 นิยามวุฒิความรู้ความเข้าใจเจ็บ	4.83	0.41	มากที่สุด	4.38	0.81	มาก
1.3 การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ มีรายละเอียดชัดเจน "ได้ແນ"	5.00	0.00	มากที่สุด	4.31	0.79	มาก
1) วัสดุประสงค์การประเมิน						
2) ลักษณะประเมิน	4.83	0.41	มากที่สุด	4.25	1.00	มาก
3) ผู้ประเมิน	4.67	0.52	มากที่สุด	4.31	0.79	มาก
4) วิธีการประเมิน	4.50	0.84	มากที่สุด	4.06	1.06	มาก
5) เครื่องมือประเมิน	4.67	0.52	มากที่สุด	4.06	1.12	มาก
2. ด้านการสื่อสารความหมาย						
2.1 การเรียงลำดับเนื้อหาตามหมวดหมู่	4.50	0.55	มากที่สุด	4.19	0.75	มาก
2.2 การใช้ภาษาที่นิยมใช้ในการเรียน	4.00	0.89	มาก	3.44	1.09	ปานกลาง
2.3 การใช้ภาษาพูดและการบันทึกความหมาย	5.00	0.00	มากที่สุด	4.13	0.89	มาก
3. ด้านรูปแบบ						
3.1 ขนาดฐานรากที่มีความเหมาะสม	4.67	0.52	มากที่สุด	3.88	0.81	มาก
3.2 ขนาดตัวอักษรที่มีความเหมาะสม	4.83	0.41	มากที่สุด	4.31	0.60	มาก
รวมทุกตัวแอล	4.71	0.42	มากที่สุด	4.15	0.88	มาก

จากตาราง 26 จะเห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความคิดเห็นว่า คุ้มค่าการใช้รูปแบบที่ผู้จัดสร้างขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 0.42) ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.88) เมื่อพิจารณารายด้านพบประเด็นที่มีความเห็นที่แตกต่างกัน โดยผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นว่าคุ้มค่าการใช้รูปแบบมีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่ามีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงตามขั้นตอนการประเมินที่ปรากฏในคู่มือการใช้รูปแบบ (ภาคผนวก ช) ผลการใช้รูปแบบนำเสนอใน 3 ประเด็นที่สำคัญคือ 1) ผลการศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวด 2) ผลการศึกษาความสอดคล้องของการรายงานคะแนนความรุนแรงของความปวด และ 3) ผลการศึกษาความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด

ผลการศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวด

การวิจัยครั้งนี้แบ่งผลลัพธ์การจัดการความปวดเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลาง ซึ่งผลการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแสดงดังตาราง 27

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของลักษณะการจัดการความประท้วงของป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ตัวอย่างสัมบูรณ์

Independent sample t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม ($n = 16$)			กลุ่มทดลอง ($n = 16$)			p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	t		
ผลลัพธ์ระยะสั้น (24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด) (แต่ละตัวประเมินครั้ง 10 ครั้งในวัน)							
1. คะแนนความปวดลำไส้	2.75	1.77	2.75	2.21	0.00	1.00	
2. คะแนนความปวดสูญสูญ	5.88	2.96	6.25	2.11	-0.41	.68	
3. คะแนนความรู้สึกเจ็บปวดของอาการร้าวเส้น	2.81	3.27	2.25	3.49	0.47	.64	
4. คะแนนความรู้สึกเจ็บปวดของอาการร้าวลงบน	3.75	3.32	4.06	3.40	-0.26	.79	
5. คะแนนความรู้สึกเจ็บปวดของอาการร้าวศีรษะ	0.25	0.77	1.63	2.50	-2.10	.05	
6. คะแนนความรู้สึกเจ็บปวดของอาการร้าวศีรษะ	2.94	3.28	2.38	2.80	0.52	.61	
ผลลัพธ์ระยะกลาง (24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) (แต่ละตัวประเมินครั้ง 10 ครั้งในวัน)							
1. คะแนนการรับประทานอาหารตามปกติ	4.19	2.48	4.69	2.24	-0.60	.55	
2. คะแนนการรับประทานอาหารตามปกติมากที่สุด	5.31	2.98	4.38	2.47	0.97	.34	
3. คะแนนการรับประทานอาหารเหล็ก	3.75	3.11	2.69	2.24	1.11	.28	
4. คะแนนการรับประทานอาหารวันหลัง	3.44	2.90	3.19	2.48	0.26	.80	
5. คะแนนความรู้สึกเจ็บปวดศีรษะ	1.38	2.31	0.75	1.34	0.94	.36	
6. คะแนนความรู้สึกเจ็บกระเพรา	2.44	2.94	1.94	2.57	0.51	.61	
7. คะแนนความรู้สึกเจ็บกระเพราในช่วงหลังการผ่าตัด	0.63	1.41	0.75	1.18	-0.27	.79	

จากตาราง 27 จะพบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนผลลัพธ์การจัดการความปวดไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเรื่องความรุนแรงของอาการคันที่มีความแตกต่างกันโดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองให้คะแนนความรุนแรงของอาการคันที่เป็นผลจากการได้รับยาบรรเทาปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาความสอดคล้องของการรายงานค่าแนวความรุนแรงของความปวดด้วยเหตุที่ค่าแนวความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตรวจสอบว่าการรายงานค่าแนวความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยและพยาบาลมีความสอดคล้องกันหรือไม่ การรายงานโดยผู้ป่วยตรวจสอบจากแบบบันทึกผลลัพธ์ การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในส่วนของพยาบาลตรวจสอบจากเอกสาร ในเวชระเบียน ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งผลการตรวจสอบแสดงดังตาราง 28

ตาราง 28 ผลการศึกษาความสอดคล้องของการรายงานค่าแนวความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม		กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 16)					กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 16)				
ตัวอย่าง คนที่	เพศ	คะแนนต่ำสุด		คะแนนสูงสุด		ความ ต้อง *	คะแนนต่ำสุด		คะแนนสูงสุด		ความ ต้อง *
		ผู้ป่วย	เวช	ผู้ป่วย	เวช		ผู้ป่วย	เวช	ผู้ป่วย	เวช	
		รายงาน	ระเบียน	รายงาน	ระเบียน		รายงาน	ระเบียน	รายงาน	ระเบียน	
1	3	1	10	7	0	6	6	8	8	1	
2	0	1	3	2	0	3	0	7	5	0	
3	4	3	9	4	0	0	0	3	3	1	
4	3	2	9	7	0	0	0	7	7	1	
5	2	3	5	5	0	3	3	10	10	1	
6	1	0	3	3	0	2	2	4	4	1	
7	0	5	0	10	0	1	1	5	5	1	
8	4	3	6	7	0	1	2	3	3	0	
9	6	3	10	10	0	8	2	8	8	0	
10	2	2	4	5	0	3	3	8	8	1	
11	5	2	8	4	0	3	2	8	8	0	
12	1	3	4	4	0	1	1	7	5	0	
13	3	2	3	4	0	3	0	5	7	0	
14	2	0	5	4	0	4	4	8	7	0	

ตาราง 28 (ต่อ)

ตัวอย่าง คนที่	กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 16)								กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 16)							
	คะแนนต่ำสุด		คะแนนสูงสุด		ความ ต่าง *	คะแนนต่ำสุด		คะแนนสูงสุด		ความ ต่าง *					ความ ต่าง *	
	ผู้ป่วย	เวช	ผู้ป่วย	เวช		ผู้ป่วย	เวช	ผู้ป่วย	เวช		รายงาน	ระเบียน	รายงาน	ระเบียน		
15	3	2	7	5	0	5	3	5	5	0						
16	5	4	8	10	0	1	0	4	4	0						

หมายเหตุ: 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องของผลการประเมินตามแหล่งข้อมูล

1 คะแนน หมายถึง มีความสอดคล้องของผลการประเมินตามแหล่งข้อมูล

จากตาราง 28 จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองรายงานคะแนนความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดได้สอดคล้องกับพยาบาลรายงาน (ร้อยละ 43.75) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 0.00) โดยมีข้อสังเกตที่น่าสนใจที่สะท้อนจากคำบอกเล่าของหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมที่ทำการตรวจสอบความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่ว่า “กลุ่มควบคุมมีตัวเลขคะแนนที่รายงานโดยผู้ป่วยและพยาบาลแตกต่างกันมาก ในขณะที่กลุ่มทดลองแตกต่างกันไม่มาก ประมาณ 1 คะแนน และอยู่ในระดับความปวดเดียวกัน”

ผลการศึกษาความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด

ผลการศึกษาความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แสดงดังตาราง 29 และ 30

ตาราง 29 จำนวนแหล่งรายรับของล้มตัวอย่างที่ได้คะแนนความต้องขอการประเมินผลพัฒนาระบบคุณภาพ 1 คะแนน จำแนกตาม
รายชื่อ ($n=16$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	
ด้านที่ 1 ผู้ประเมิน				
ผู้ประเมินสามารถประเมินความป่วยได้ถูกต้องและแม่นยำ	0	0.00	7	43.75
1. ผู้ประเมินใช้เป็นพยานแล้วเป็นผู้รายงานผลประเมินค่าวงบประมาณhardtได้ถูกต้องแม่นยำ โดยพยานบันทึกรายงาน คะแนนความสุขในช่องความป่วย (ทำสุดแล้วสุดต่ำ) ใน 24 ชั่วโมงหลังการนัดติดตรงไปปั๊บยก ผู้ประเมินทำการบันทึก้อมสูตรน้ำ	10	62.50	16	100.00
2. ผู้ประเมินใช้เป็นพยานทำสำหรับความป่วยทางเดินผสุขที่คาดผลลัพธ์จากการตรวจสุขภาพบันทึก ทุกวัน (เรวต้า เรเวบาย เทรตติ)	5	31.25	16	100.00
3. ผู้ประเมินใช้เป็นพยานหลักที่คาดผลลัพธ์จากการตรวจน้ำบริโภคในวันที่ตรวจสุขภาพบันทึก ตั้งแต่ครั้งแรกซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของลักษณะป่วย				

ตาราง 29 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน		
ดำเนิน 2 วิธีการประเมิน					
มีวิธีการประเมินความปวดและผลลัพธ์จากการดูแลที่ไม่ปฏิบัติตามและสอนด้วยวิธีการผ่อนคลาย					
24 ชั่วโมงและสัปดาห์ต่อครั้ง และ 24-28 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด :					
4. ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ประมาณ 60% ของผู้ป่วยที่ยกเว้นการรับประทานอาหารสุกอาหารเผ็ด ได้รับสารอาหารในรูปแบบ流食 (soft diet) หรือ semi-soft diet	2	12.50	16	100.00	
5. ใน 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประมาณ 60% ของผู้ป่วยยกเว้นการรับประทานอาหารสุกอาหารเผ็ด ได้รับสารอาหารในรูปแบบ流食 (soft diet) หรือ semi-soft diet	0	0.00	6	37.50	
ความบันท阜ที่ลดลงอย่างที่สำคัญ ประมาณ 3 ด้าน ได้แก่ ต้านภัยทางเดินหายใจ ต้านภัยทางเดินอาหาร และต้านภัยทางเดินท้อง	15	93.75	16	100.00	
ไม่มีวิธีการประเมิน					
6. มีการประเมินความปวดและผลลัพธ์จากการดูแลที่ทางพยาบาลทำตามปกติ ทางพยาบาลประเมินทางผู้ป่วย ต่อวัน 5 ครั้ง	0	0.00	5	31.25	
7. มีการประเมินความปวดและผลลัพธ์จากการดูแลที่ทางพยาบาลทำตามปกติ ความรุนแรงและเวลาที่มีความปวด	0	0.00	5	31.25	
8. มีการประเมินผลลัพธ์จากการดูแลที่ทางพยาบาลให้โดยไม่ระบุวันที่	4	25.00	16	100.00	
มีวิธีการประเมินอย่างต่อเนื่องสำหรับ :					
9. มีการประเมินความปวดและผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยพาก แมลงและไข่การแพทย์ประจำเดือนใหม่ๆ หรือหากใกล้ฯ	0	0.00	6	37.50	
10. มีการประเมินความปวดและผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยพาก แมลงและไข่การแพทย์ประจำเดือนใหม่ๆ หรือหากใกล้ฯ (Reassessment)	15	93.75	16	100.00	

ตาราง 29 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			จำนวน	ร้อยละ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน				
หัวข้อที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน							
มีการใช้เครื่องมือในการประเมินที่ใช้งานง่าย เช่นมาตรวัดก้นปูวิชและบันไดรัศมี							
11. เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้งานง่าย มีความเหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสื่อมสายตาดี ใช้ VAS, VRS, NRS 2) ผู้ป่วยเสื่อมสายตา badly ใช้ Face pain assessment scale	16	100.00	16	100.00	100.00		
มีการใช้เครื่องมือในการประเมินอย่างครอบคลุม							
12. มีการใช้เครื่องมืออย่างน้อย 2 ชุด เพื่อประกอบน้ำหน้าที่จะประเมินความปวดและผลลัพธ์จากการควบคุมปวด ได้แก่ เตี้ยงไข่ ก้นปูวิช	16	100.00	16	100.00	100.00		
จัดสัญญาณเตือน							
13. มีการใช้เครื่องมืออย่างน้อย 2 ชุดเพื่อประกอบน้ำหน้าที่จะประเมินความปวดและผลลัพธ์จากการควบคุมปวด ได้แก่ แบบสั่งการแพทย์ที่กรอบและบันทึกโดยผู้ที่รับผิดชอบ	0	0.00	16	100.00	100.00		

ตาราง 29 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวแปร		กลุ่มทางเพศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตารางที่ 4 การศึกษาผลกระทบของการประมง				
มีการตั้งความเห็นที่ต้องการซื้อขายใน เกาะจ่าย ธรรมชาติใน แหล่งเรียนรู้ทางทะเลและชายฝั่ง				
ความเป็นจริงหรือสอนคล่องแคล่วกันตามเหมาะสมของชุมชน	0	0.00	0	0.00
14. มีการนำเสนอผลลัพธ์แบบประเมินครุภัณฑ์ไปรษณีย์ที่เป็นระดับต่ำโดยไม่เป็นปัจจัยในการพัฒนาที่น่าหัศจรรย์	0	0.00	5	31.25
ตามที่นักวิชาชีวภาพคิด "ไม่ได้ (0 คะแนน) ปฏิเสธอย่าง (1-3 คะแนน) ปฏิบัติงานกลาง (4-6 คะแนน) บุคลากร (7-9 คะแนน) ปฏิบัติงานที่สุดขอบฟ้าไม่ใช่ (10 คะแนน)" เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัย				
การศึกษาผลกระทบเมืองริมน้ำ				
15. มีการตั้งความเห็นทางการประมงเพื่อความเข้าใจความหลากหลายทางชีวภาพที่สามารถเข้าถึง (คะแนนต่อหน่วย)	0	0.00	8	50.00
การดำเนินนโยบายทางเศรษฐกิจ (สัญญาณสีฟ้า) ตลอดจนการทำธุรกิจการค้าและอุตสาหกรรมที่น้ำ (ผู้ติดอา gele ที่น้ำ)				
และอุตสาหกรรมทางการประมง การอนุรักษ์ทรัพยากริมฝั่ง การทำให้กิจกรรม แหล่งอาหารมีต่อคน				

ตาราง 29 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดสอบ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	
ด้านที่ 5 การนำเสนอบุคลากรให้เข้าสู่การประชุมเมื่อ	0	0.00	13	81.25
มีการนำเสนอผลการประเมินระหว่างผู้วิทยาและพยาบาลครองกัน	0	0.00	16	100.00
16. ผลการประเมินผลลัพธ์ของสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในการตรวจความบกพร่องของผู้ป่วยด้วยตนเอง	0	0.00	0	0.00
การรายงานให้แพทย์ทราบ	0	0.00	0	0.00
17. ผลการประเมินผลลัพธ์ของข้อมูลทางโทรศัพท์ในการตรวจความบกพร่องตามการรับรู้ของผู้ป่วยด้วยตนเอง	0	0.00	16	100.00
การรายงานให้แพทย์ทราบ	0	0.00	0	0.00
มีการนำเสนอผลการประเมินที่เข้าใจง่าย	0	0.00	16	100.00
18. มีการบันทึกผลการประเมินความประทับใจในแบบที่ทางโรงพยาบาลที่เข้าใช้บริการแสดงออกถึงองค์ประกอบและปฏิบัติ	0	0.00	0	0.00
มีการนำผลการประเมินไปใช้อ้างอิงเพื่อวางแผนและสร้าง	0	0.00	16	100.00
19. มีการระบุในแบบที่ทางโรงพยาบาลให้สามารถประเมินความประทับใจในรูปแบบที่ห้องพักห้องน้ำและ	8	50.00	16	100.00
จัดการห้องน้ำแบบที่เหมาะสมกับระดับความคาดหวังของผู้ป่วย	8	50.00	16	100.00
มีผลการประเมินที่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ใช้ประโยชน์	11	68.75	16	100.00
20. มีการบันทึกข้อมูลผลการประเมินความบกพร่องในรอบ 24 ชั่วโมง โดยมีการบันทึกความบกพร่อง	11	68.75	16	100.00
ของความบกพร่องอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง	11	68.75	16	100.00

จากตาราง 29 จะเห็นว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด 1 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 11 และ 12 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติที่เหมือนกัน คือ ข้อ 11 เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้งานง่าย มีความเหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วย สื่อสารได้ดีใช้ VAS, VRS, NRS 2) ผู้ป่วยสื่อสารได้จำกัดใช้ Face pain assessment scale และ ข้อ 12 มีการใช้เครื่องมืออื่นๆ เพื่อประกอบการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวด ได้แก่ เครื่องมือวัดสัญญาณชีพ

อนึ่ง หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมได้ระบุถึงปัญหาที่พบมากที่สุดของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคือด้านการตีความผลการประเมินกล่าวคือ “มีการบันทึกคะแนนความปวด แต่ไม่ได้มีการแปลผลคะแนนความปวดของผู้ป่วยให้เป็นระดับความปวด (ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว) รวมทั้งไม่ອธิบายพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย”

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้ผลดังตาราง 30

ตาราง 30 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม ($n = 16$)			กลุ่มทดลอง ($n = 16$)			Mann-Whitney	p-value		
	\bar{X}	S.D.	Mean	\bar{X}	S.D.	Mean Rank				
ผู้ประเมิน (เต็ม 3 คะแนน)	0.94	0.77	9.63	2.44	0.51	23.38	18.00	.00		
วิธีการประเมิน (เต็ม 7 คะแนน)	1.31	0.79	9.00	4.38	1.75	24.00	8.00	.00		
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (เต็ม 3 คะแนน)	2.00	0.00	8.50	3.00	0.00	24.50	0.00	.00		
การตีความผลการประเมิน (เต็ม 2 คะแนน)	0.00	0.00	12.50	0.81	0.91	20.50	64.00	.02		
การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน (เต็ม 5 คะแนน)	1.19	0.75	8.50	4.81	0.40	24.50	0.00	.00		
รวมคะแนน 5 ด้าน ^(เต็ม 20 คะแนน)	5.44	1.50	8.50	15.44	3.20	24.50	0.00	.00		

จากตาราง 30 จะเห็นว่าเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney test พบร่วมกับกลุ่มทดลอง มีคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยโดยรวม (5 ด้าน) ($\bar{X} = 15.44$, S.D. = 3.20 ; Mean Rank = 24.50) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.44$, S.D. = 1.50 ; Mean Rank = 8.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบร่วมกับกลุ่มทดลองมีคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 ผลการประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ซึ่งดำเนินการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อรวม 4 หอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้รูปแบบ คุณค่าของรูปแบบ ปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ จุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้รูปแบบ

ผู้ใช้รูปแบบที่ให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยในชั้นตอนที่ 4 ประกอบด้วย ผู้บริหาร ทางการพยาบาล ผู้ให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ (ตาราง 31)

ตาราง 31 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้รูปแบบ

ประเด็น	รายการ	ผู้บริหารทางการพยาบาล (n = 6)		ผู้ให้บริการ (n = 27)		ผู้รับบริการ (n = 9)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาท	ผู้บริหารทางการพยาบาล	-	-	-	-	-	-
หน้าที่	ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล	1	16.67	-	-	-	-
	หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม	1	16.67	-	-	-	-
	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป	2	33.33	-	-	-	-
	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ	2	33.33	-	-	-	-
	ผู้ให้บริการ (4 หอผู้ป่วย)	-	-	-	-	-	-
	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงาน 1 - 5 ปี	-	-	24	88.89	-	-
	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงาน 6 - 10 ปี	-	-	3	11.11	-	-

ตาราง 31 (ต่อ)

ประเด็น	รายการ	ผู้บริหารทางการพยาบาล (n = 6)		ผู้ให้บริการ (n = 27)		ผู้รับบริการ (n = 9)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทหน้าที่ (ต่อ)	ผู้รับบริการ (2 หรือผู้ป่วย)	-	-	-	-	5	55.56
	ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป	-	-	-	-	4	44.44
	ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ	-	-	-	-	3	33.33
เพศ	ชาย	-	-	1	3.70	3	33.33
	หญิง	6	100.00	26	96.30	6	66.67
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	-	-	-	-	1	11.11
	21 - 30 ปี	-	-	25	92.59	-	-
	31 - 40 ปี	3	50.00	2	7.41	-	-
	41 - 50 ปี	2	33.33	-	-	2	22.22
	51 - 60 ปี	1	16.67	-	-	3	33.34
	61 - 70 ปี	-	-	-	-	2	22.22
	มากกว่า 70 ปี	-	-	-	-	1	11.11
การศึกษา	ประถมศึกษา	-	-	-	-	7	77.78
	มัธยมศึกษา	-	-	-	-	2	22.22
	ปริญญาตรี	2	33.33	27	100.00	-	-
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	66.67	-	-	-	-
ศาสนา	พุทธ	6	100.00	27	100.00	9	100.00
สถานภาพ	โสด	4	66.67	25	92.59	1	11.11
	คู่	-	-	2	7.41	6	66.67
	หม้าย	2	33.33	-	-	2	22.22

จากตาราง 31 พบร่วมกันว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-40 ปี ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี สถานภาพโสด ผู้ให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 21-30 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพโสด ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยศัลยกรรม) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่

2. คุณค่าของรูปแบบ

การประเมินคุณค่าของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล ตดิยภูมิ ผู้วิจัยกำหนดประเด็นการประเมินในเรื่องของความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ ความคุ้มค่า และความพึงพอใจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้

ผู้ใช้รูปแบบทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 42 คน ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.57) มีความคิดเห็น ที่ต่างกันว่า รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตดิยภูมิ ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ โดยทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและให้คะแนนความป่วย ชัดเจนขึ้น เมื่อพยาบาลทราบถึงความป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้การประเมินความป่วย มีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจึงได้รับการจัดการความป่วยที่รวดเร็ว (ตาราง 32)

ตาราง 32 ความคิดเห็นของผู้ใช้รูปแบบในด้านความเหมาะสมต่อการนำไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาล (6 คน)	ผู้ให้บริการ (27 คน)	ผู้รับบริการ ¹ (9 คน)
เหมาะสม ² (5 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33) เนื่องจาก :	เหมาะสม ² (22 คน คิดเป็นร้อยละ 81.48) เนื่องจาก : 1) สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการความป่วยของผู้ป่วย (4 คน) ได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม (3 คน) 2) ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน แบ่งแยกหัวข้อชัดเจน (4 คน) 3) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (4 คน) 4) คำถ้าล้าน/กระชับดี (2 คน) 5) มีความละเอียดดี (2 คน) 6) มีการประเมินระดับความป่วย และการแสดงออกทางพฤติกรรม ของผู้ป่วยที่สอดคล้องกัน และเข้าใจตรงกัน (2 คน) ทำให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจในการให้คะแนนความป่วยชัดเจนขึ้น (2 คน) และ ³ ทราบถึงความป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วย (2 คน)	เหมาะสม ² (6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66) เนื่องจาก : 1) ทำให้ผู้ป่วย เข้าใจความป่วย มากขึ้น (1 คน) 2) สะดวกต่อการ ใช้งาน (1 คน) 3) ผู้ป่วยได้รับการ จัดการความป่วย ที่รวดเร็ว (1 คน) 4) สามารถนำกลับ ⁴ ไปใช้ที่บ้านได้เมื่อมี ความป่วย (1 คน)
2) นำไปใช้ได้จริง (2 คน)	7) มีการประเมินก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง (1 คน) และมีวิธีการรายงานปวดที่ไม่ใช้ยาร่วมด้วยโดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ (1 คน) 8) ในขณะผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อย สามารถประเมินได้ครอบคลุม (1 คน) เหมาะสำหรับขอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ (1 คน)	
ผู้รับบริการ (1 คน)		

หมายเหตุ: 1. ผู้รับบริการส่งคืนแบบสอบถาม 9 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25

2. คำว่า "เหมาะสม" มาจากการเรียนตอบในแบบสอบถามของผู้ใช้รูปแบบ

อย่างไรก็ตาม มีผู้ใช้รูปแบบบางส่วน (ร้อยละ 7.14) คือผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน และผู้ให้บริการ 2 คน เห็นว่า รูปแบบไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยควบคุมยาจะงับปวดด้วยตนเอง (Patient Control Anesthesia, PCA) และในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะเกินความจำเป็น ทำให้เสียเวลาและเพิ่มภาระงาน โดยหัวหน้าห้องผู้ป่วยเห็นว่า “รูปแบบไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ จะได้รับยาบรรเทาปวดทุก 4-6 ชั่วโมงในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 อยู่แล้ว เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ในการประเมินข้อ 2.1-2.9” ในขณะที่ผู้ให้บริการเห็นว่ามีความไม่เหมาะสม (2 คน) เนื่องจากรูปแบบมีความซับซ้อนเกินความจำเป็น (2 คน) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาผ่าตัดกระดูกและข้อเป็นผู้สูงอายุมักจะไม่เข้าใจข้อคำถาม (1 คน) การมีข้อคำถามหลายข้อและถามซ้ำๆ (2 คน) ต้องอธิบายข้อหลายรอบ (1 คน) ทำให้เสียเวลา (1 คน)

2.2 ความคุ้มค่าและความพึงพอใจ

รูปแบบการประเมินผลพัฒนารักษาระดับความปวดในโรงพยาบาลด้วยภูมิปัญญาจัดที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นมีความคุ้มค่าอยู่ในระดับมาก และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (ตาราง 33)

ตาราง 33 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านความคุ้มค่าและความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ผู้บริหารทางการพยาบาล ($n = 6$)			ผู้ให้บริการ ($n = 27$)			ผู้รับบริการ ($n = 9$)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความคุ้มค่า	4.17	0.75	มาก	3.56	0.80	มาก	4.22	0.83	มาก
ความพึงพอใจ	3.83	1.17	มาก	3.48	0.80	ปานกลาง	4.11	0.78	มาก

จากตาราง 33 จะเห็นว่า ผู้ใช้รูปแบบทั้ง 3 กลุ่มต่างมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคือ รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความคุ้มค่าอยู่ในระดับมาก และรูปแบบสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้รับบริการ (ผู้ป่วยศัลยกรรม) ในระดับมาก ในขณะที่ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเรียงคบแกน พ布ว่า กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วยศัลยกรรม) ให้คะแนนความคุ้มค่าและความพึงพอใจสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล และกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

3. ปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ

ผู้รับบริการไม่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ แต่ผู้ใช้รูปแบบอีก 2 กลุ่มให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ 3 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านผู้ประเมิน ด้านวิธีการประเมิน และด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมิน

ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมิน ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่เป็นผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่เป็นพยาบาล

3.1.1 ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่เป็นผู้ป่วย

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการมีความคิดเห็นตรงกันว่า รูปแบบมีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการรับรู้ (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) ดังนั้น ผู้ประเมินที่เป็นผู้ป่วยจะต้องสามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ (ผู้ให้บริการ 3 คน) กรณีอ่านหรือเขียนไม่ได้จะประเมินยาก พยาบาลต้องขอใบอนุญาต (ผู้ให้บริการ 2 คน) ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจการประเมินแม้จะอธิบายดีแล้วก็ตาม (ผู้ให้บริการ 1 คน) ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับอายุและการศึกษา (ผู้ให้บริการ 1 คน)

3.1.2 ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่เป็นพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1) ผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลบางคนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินไม่ตรงกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน บุคลิกลักษณะในการพูดคุยอธิบาย (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) ดังนั้น จึงจำเป็นที่พยาบาลต้องทำความเข้าใจรูปแบบก่อนการใช้รูปแบบ (ผู้ให้บริการ 5 คน) เพราะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ (ผู้ให้บริการ 3 คน)

2) รูปแบบนี้ทำให้ผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลมีภาระงานมากขึ้น (ผู้ให้บริการ 5 คน) เนื่องจากมีข้อคำถามหลายข้อ ใช้เวลาตามตอบนาน (ผู้ให้บริการ 1 คน)

3) ในขณะผู้ป่วยที่พยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้มีเวลาเหลือน้อยในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ (1 คน) และเร่งรีบในการประเมิน (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน, ผู้ให้บริการ 2 คน) ทำให้ประเมินไม่ครอบคลุม (ผู้ให้บริการ 1 คน)

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเป็นปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินคือ 1) มีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการรับรู้ บางรายไม่เข้าใจการประเมิน ขึ้นอยู่กับอายุและการศึกษา 2) ผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลบางคนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินไม่ตรงกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน บุคลิกลักษณะในการพูดคุยอธิบาย จึงต้อง

ทำความเข้าใจรูปแบบก่อนการใช้รูปแบบ และ 3) การมีภาระงานมากขึ้น ทำให้พยาบาลประเมินไม่ครอบคลุม

3.2 ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมิน

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตตนเองของผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วยและการสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม การสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย และการวัดสัญญาณชีพ ดังนี้

3.2.1 พยาบาลต้องอธิบายวิธีการประเมินให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างละเอียด (ผู้ให้บริการ 7 คน) เพราะมีความซับซ้อนในบางจุด (ผู้ให้บริการ 1 คน) ต้องอธิบายช้าๆ หลายรอบ (ผู้ให้บริการ 1 คน) และผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจ (ผู้ให้บริการ 4 คน) โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (ผู้ให้บริการ 1 คน) ต้องอ่านให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุฟัง หากข้อคำถามยาก ยิ่งอ่านนานให้ฟัง ผู้ป่วยยิ่งงงและสับสน (ผู้ให้บริการ 1 คน) ผู้ป่วยบางรายไม่รอข้อมูลให้ ต้องอธิบายและเขียนคำตอบให้ (ผู้ให้บริการ 1 คน)

3.2.2 มีความซ้ำซ้อน (ผู้ให้บริการ 1 คน) บางประยุคคล้ายกัน (ผู้ให้บริการ 1 คน) และมีการประเมินป่วยเกินไปโดยเฉพาะก่อนผ่าตัด (ผู้ให้บริการ 1 คน) อีกทั้งการประเมินทุก 4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความสนใจในการตอบคำถาม และทำให้รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป (ผู้ให้บริการ 2 คน) โดยเฉพาะช่วงเวลา 22.00 น. และ 02.00 น. (ผู้ให้บริการ 1 คน)

3.2.3 ใช้เวลาในการประเมินนาน (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน, ผู้ให้บริการ 4 คน) เพราะเอกสารมีจำนวนมาก (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) พยาบาลต้องอ่านและอธิบายให้ผู้ป่วยฟังทุกครั้ง (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) กรณีที่มีภาระงานมาก เช่น มีจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลมาก จะไม่มีเวลาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) นอกจากนี้ ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยดูกันที่จะเข้ารับการผ่าตัด (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) เพราะไม่สามารถให้ข้อมูลและทำการประเมินได้ทัน (2 คน)

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมินคือ

- 1) มีความซับซ้อนในบางจุด พยาบาลต้องอธิบายวิธีการประเมินให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างละเอียด บางครั้งต้องอธิบายและเขียนคำตอบให้ 2) มีความซ้ำซ้อน หรือ มีการประเมินป่วยเกินไป และ 3) ใช้เวลาในการประเมินนาน ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาระงานมากและผู้ป่วยดูกันที่จะเข้ารับการผ่าตัด

3.3 ปัญหาอุปสรรคด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล

ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกความป่วยสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

3.3.1 มีข้อคำถามมาก (ผู้ให้บริการ 7 คน) เกินความจำเป็น (ผู้ให้บริการ 2 คน) และซ้ำซ้อน (ผู้ให้บริการ 4 คน) ทำให้ผู้รับบริการบางคนไม่อยากตอบคำถาม (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน)

3.3.2 เข้าใจยาก (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) และผู้ให้บริการ 7 คน) เพราะข้อคำถามค่อนข้างยาก (ผู้ให้บริการ 3 คน) และภาษาไม่กระชับ (ผู้ให้บริการ 1 คน)

3.3.3 ยุ่งยากและซับซ้อนในบางจุด (ผู้ให้บริการ 3 คน) โดยมีความยุ่งยากในการบันทึกในกลุ่มผู้สูงอายุ (ผู้ให้บริการ 4 คน) เนื่องจากอ่านหนังสือไม่คล่อง บางคนเขียนหนังสือไม่ได้ (ผู้ให้บริการ 2 คน) ไม่สะดวกในการเขียนคำตอบ ทำให้พยาบาลเขียนคำตอบให้ (ผู้ให้บริการ 1 คน)

3.3.4 มีเอกสารจำนวนมาก (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) และมีความละเอียดจึงใช้เวลาในการประเมิน (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน และผู้ให้บริการ 1 คน) ทำให้ผู้ป่วยเบื่อไม่สนใจ หรือรำคาญที่จะตอบ (ผู้ให้บริการ 2 คน) และบุคลากรมีเวลาไม่เพียงพอในการประเมิน (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน)

3.3.5 ตัวอักษรในการแปลผลคะแนนความป่วยระดับความป่วยมีขนาดเล็กผู้ป่วยบางรายมองไม่เห็น (ผู้ให้บริการ 1 คน) ต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ผู้ให้บริการ 1 คน)

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ผู้จัดพัฒนาขึ้นมีปัญหาอุปสรรคด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ 1) มีข้อคำถามมากเกินความจำเป็นและซ้ำซ้อน 2) เข้าใจยาก 3) ยุ่งยากและซับซ้อนในบางจุด และ 4) มีเอกสารจำนวนมากและละเอียดเกินไป

4. จุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบ

4.1 จุดเด่นของรูปแบบ

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิเมืองจุดเด่น โดยเรียงอันดับจุดเด่นตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการรวม 33 คน ดังนี้ 1) เป็นแนวทางเดียวทั่วไป (5 และ 21 คน) 2) สามารถปฏิบัติได้จริง (2 และ 16 คน) 3) ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน (2 และ 9 คน) 4) มีความสะดวกในการปฏิบัติ (1 และ 5 คน) 5) มีความละเอียดและครอบคลุมในการประเมิน (1 และ 4 คน) และ 6) เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานประจำวัน (1 และ 2 คน) (คิดเป็นร้อยละ 78.79, 54.55, 33.33, 18.18, 0.15 และ 0.09 ตามลำดับ)

ความคิดเห็นอื่นๆ ได้แก่ การใช้รูปแบบแสดงให้เห็นถึงบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดที่ชัดเจน หมายความว่าระบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด นอกจากนี้ การใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและแผนการจัดการความปวดมีประโยชน์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลดี (ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน) ทำให้ทราบความต้องเนื่องของความปวดหลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ว่าลดลงหรือเพิ่มขึ้น (ผู้ให้บริการ 1 คน)

สำหรับผู้รับบริการ 9 คน มองเห็นจุดเด่นของรูปแบบโดยเรียงอันดับ ดังนี้
 1) สามารถปฏิบัติได้จริง 2) ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน 3) มีความสะดวกในการปฏิบัติ 4) หมายความต่อการปฏิบัติงานประจำวัน และ 5) เป็นแนวทางเดียวกัน (จำนวน 7, 5, 5, 4, และ 3 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 77.78, 55.56, 55.56, 44.44 และ 33.33 ตามลำดับ) นอกจากนี้ได้สะท้อนด้วยคำบอกรอเล่าเชิงบวกคือ "ดีทั้งหมด....ใส่ใจบริการดีมาก ดูแลทุกครั้งที่คนไข้รู้สึกปวดประทับใจมาก" (ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ)

เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกกลุ่ม รวม 42 คน พบรูปแบบมีจุดเด่นคือ 1) เป็นแนวทางเดียวกัน 2) สามารถปฏิบัติได้จริง 3) ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน 4) มีความสะดวกในการปฏิบัติ 5) หมายความต่อการปฏิบัติงานประจำวัน และ 6) มีความละเอียดและครอบคลุมในการประเมิน (จำนวน 29, 25, 16, 11, 7 และ 5 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 69.05, 59.52, 38.10, 26.19, 16.67 และ 11.90 ตามลำดับ)

4.2 จุดด้อยของรูปแบบ

รูปแบบการประเมินผลพัฒนาการจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ มีจุดด้อยโดยเรียงอันดับจุดด้อยตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ให้บริการ รวม 33 คน จำนวนมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้

4.2.1 เพิ่มภาระงาน (4 และ 18 คน) (คิดเป็นร้อยละ 66.67)

4.2.2 ใช้เวลานานในการประเมิน (ผู้ให้บริการ 8 คน) (คิดเป็นร้อยละ 24.24)

เพรากมีหัวข้อประเมินค่อนข้างมาก (2 และ 3 คน)

4.2.3 ภาษาไม่กระชับ/ข้อคำถามเข้าใจยาก (ผู้ให้บริการ 5 คน) (คิดเป็นร้อยละ 15.15) บางคำถามซ้ำซ้อน ทำให้ผู้รับบริการไม่อยากตอบ (1 และ 1 คน)

4.2.4 ใช้งานยาก ยุ่งยาก และซับซ้อน (2 และ 1 คน) ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง ในผู้ป่วยทุกรายที่ผ่าตัด (1 และ 1 คน) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้ เช่น อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น (1 และ 4 คน)

4.2.5 มีการประเมินบ้อยเกินไป ซึ่งการประเมินทุก 4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ
หรือไม่ตั้งใจเข้าร่วมประเมิน (ผู้ให้บริการ 2 คน)

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีจุดด้อยที่เด่นชัดตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ
เป็นส่วนใหญ่ คือ 1) เพิ่มภาระงาน 2) ใช้เวลาในการประเมิน และ 3) ภาษาไม่กระชับ/ ข้อคำถาม
เข้าใจยาก

5. อื่นๆ

ผู้ให้บริการให้ข้อเสนอแนะอื่นๆ คือ 1) คำตอบของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับสิ่ห์น้ำท่าทาง
(2 คน) 2) ควรลดการเขียนลง เปลี่ยนเป็นการใช้สัญลักษณ์ จะได้ไม่เพิ่มภาระงานของทั้งผู้ป่วยและ
พยาบาล (1 คน) 3) ถ้าอัตรากำลัง (จำนวนพยาบาล : ผู้ป่วย) ลดลง อาจใช้รูปแบบได้โดยไม่เพิ่ม
ภาระงาน (1 คน)

จากที่กล่าวมา สามารถวิเคราะห์แนวทางการพัฒนารูปแบบการประเมินผลสัพธ์
การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิในครั้งต่อไป ดังแสดงในตาราง 34



ตาราง 34 เนวอางการพัฒนาชุมชนและการประเมินผลพัร์การัจการความปลอดในโรงเรียนคุณิต่อไป

ปัญหาปัจจุบัน	ฐานแบบเดิม	ฐานแบบใหม่	วิเคราะห์	แนวทางพัฒนา
1. ด้านผู้ประเมิน	1) พยานาลัยราชภัฏ ผู้ทรงเปรียบถ้า และหัวหน้าห้องผู้ป่วย ไม่ได้รับการรักษาเจ็บปวดมากที่สุด ทำให้มีบทบาทนี้ให้เหล่านักปฏิบัติ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในภารกิจการศึกษาและงานที่ทางสถาบันให้ไว้ ความไม่แน่นอนของนักปฏิบัติ ทำให้เกิดการซื้อขายและการค้าข้าว ความไม่ดีของนักศึกษา ความไม่ดีของนักเรียน ภาระงานมาก แต่ขาดความตระหนักรู้ในการประเมิน ไม่สามารถดำเนินการตามที่ต้องการได้	1) รักษากล้าตั้นในภารกิจที่ไม่ได้เป็นภารกิจทางวิชาการ เช่น การสอนภาษาต่างประเทศ แต่ทางภารกิจทางวิชาการ เช่น การสอนภาษาต่างประเทศ ทำให้เกิดการซื้อขายและการค้าข้าว 2) ภาระงานมาก แต่ขาดความตระหนักรู้ในการประเมิน ไม่สามารถดำเนินการตามที่ต้องการได้	1) ให้ภารกิจทางวิชาการเพียงบางส่วน ให้ผู้สอนรับผิดชอบความรู้ทางวิชาการ 2) ภาระงานมาก แต่ขาดความตระหนักรู้ในการประเมิน ไม่สามารถดำเนินการตามที่ต้องการได้	จัดให้มีภารกิจทางวิชาการเพียงบางส่วน ให้ผู้สอนรับผิดชอบความรู้ทางวิชาการ จัดอบรมให้ผู้สอนรับผิดชอบความรู้ทางวิชาการ จัดอบรมให้ผู้สอนรับผิดชอบความรู้ทางวิชาการ จัดอบรมให้ผู้สอนรับผิดชอบความรู้ทางวิชาการ

ຕົກລາງ 34 (ໜ້ອ)

ตาราง 34 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	วิเคราะห์	แนวทางการพัฒนา
3. ต้านเครื่องมือ ที่ไม่ในการ ประมีน	ไม่ต้องหอยเป็นเหมือนกันและ ไม่ควรบดซุ่ม น้ำจากน้ำ กากที่บุดลาก มีความรู้ความเข้าใจในภาระที่ควรจะมี ไม่เพียงพอ และผู้ประกอบการมีภาระ ทางการให้คุณสมบูรณ์ อย่างไรไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน	1) ฝึกอบรมมาให้ครบถ้วน และเข้าใจ 2) เรียบร้อย 3) ยุติยาและรักษาในบางจุด 4) ฝึกสอนจำแนกมาตรฐานและลดลงอย่าง ต่อไป	รับประโยชน์เพิ่มความต้อง ของงานประมงในแหล่งน้ำ การจัดการภาระ และการดำเนินการ แต่ในขณะเดียวกันได้เพิ่มปัญหา ในด้านคุณภาพของที่ใช้ในการ ประมงที่มีความหลากหลาย	ปรับเปลี่ยนทักษะความเชี่ยวชาญ ให้สามารถดำเนินงานมากขึ้น



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ให้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัย ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ 2) เพื่อสร้างและตรวจสอบ คุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ 3) เพื่อทดลองใช้ และศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ และ 4) เพื่อประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

การวิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนมิถุนายน 2560 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการดำเนินการคือ 1) ศึกษาเอกสารของ โรงพยาบาล ได้แก่ นโยบายและแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการความป่วย และเวชระเบียน 2) สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในแผนกศัลยกรรมเพื่อดูรูปแบบการจัดการความป่วย การประเมิน ความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่มีอยู่เดิม 3) สำรวจผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาลแบบเครือข่ายหรือก้อนหิมะ (Snowball sampling) สำรวจผู้บริหารทางการพยาบาลและตอบแบบสอบถามโดยให้วิธีเลือกตัวอย่างแบบ quota (Quota selection) ครอบคลุมทั้งกลุ่มศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ใน แผนกศัลยกรรม เกี่ยวกับการจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการ ความป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการดำเนินการคือ 1) นำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และ ผลการสำรวจรายห้องงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มายกร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พิจารณาความเหมาะสม สองครั้ง แล้วเป็นไปได้ของรูปแบบ 2) ร่างคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ผู้ใช้รูปแบบกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล 6 คน และผู้ใช้รูปแบบกลุ่มผู้ให้บริการ (พยาบาล วิชาชีพ) 16 คน พิจารณาความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการดำเนินการโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental design) ซึ่งในกลุ่มควบคุมมีวิธีการคือ 1) คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (16 คน) โดยผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าจากเวชระเบียน และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ตลอดจนสอบถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ทำการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามรูปแบบเดิมที่ใช้อยู่ และ 3) ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) แจกแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง สำหรับการดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีดังนี้ 1) ผู้จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบตามคู่มือการใช้รูปแบบ 2) คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (16 คน) โดยผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ดำเนินการเข่นเดียวกับกลุ่มควบคุม 3) ทำการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามรูปแบบใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 4) ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าผู้ป่วย) แจกแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง และ 5) ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม) ตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์ตามแบบตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย โดยมีการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มร่วมกับการพิจารณาผลการตอบแบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีการดำเนินการคือ 1) ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) แจกแบบสอบถามและผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพิ่มเติมในผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย 2) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล 3) ทำการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ค่า IOC 0.5-1.00) ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยขั้นตอน ต่างๆ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล แบบสอบถามสำหรับศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในแผนกศัลยกรรมเกี่ยวกับการจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย และแบบสังเกตการณ์รูปแบบการจัดการความป่วย การประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย ขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อ

รูปแบบและคุณีของการใช้รูปแบบการประเมินผลพัธม์การจัดการความป่วย ขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ แบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแบบตรวจสอบความตรงของ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย และขั้นตอนที่ 4 ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็น ต่อการใช้รูปแบบการประเมินผลพัธม์การจัดการความป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 1 ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วย ขั้นตอนที่ 2 หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำผลการวิเคราะห์ มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เพื่อแปลความหมายเกี่ยวกับความเหมาะสม สดคดล้อง และเป็นไปได้ ของรูปแบบ และความเหมาะสมของคุณีของการใช้รูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 เปรียบเทียบความเท่าเทียมกัน ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบที่แบบสองกลุ่มอิสระ (Independent sample t-test) และ ไคสแควร์ (Chi – square test) เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การจัดการความป่วยระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที่แบบสองกลุ่มอิสระ (Independent sample t-test) และเปรียบเทียบคะแนนความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney test ขั้นตอนที่ 4 ข้อมูล การตอบแบบสอบถามปลายปิด (เช่น ความเหมาะสม ความคุ้มค่า ความพึงพอใจ เป็นต้น) หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อความปลายเปิดทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

1.1 สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค

1.1.1 ด้านวัตถุประสงค์ องค์ประกอบ และตัวชี้วัด พบร่วม โรงพยาบาล มีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับรายบุคคลและระดับหอผู้ป่วย แต่ไม่มีคู่มือที่ระบุ ถึงองค์ประกอบของรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมิน นอกจากนี้ โรงพยาบาลกำหนดวัตถุประสงค์การประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผลลัพธ์การจัดการความป่วยในเรื่องการปฏิบัติกรรม ของผู้ป่วย สำหรับตัวชี้วัดกำหนดไว้ชัดเจน แต่บุคลากรรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด

1.1.2 ด้านผู้ประเมิน ได้แก่ (1) พยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่ได้รับการ ชี้แจงบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความป่วย ไม่เพียงพอ ตลอดจนมีทักษะการประเมินความป่วย การใช้เครื่องมือ การบันทึก และการสื่อสาร

ไม่เพียงพอ (2) ผู้ประเมินมีอคติในการประเมิน เนื่องจากพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ไม่สัมพันธ์กับระดับความปวด และ 3) ผู้ประเมินมีภาระงานมาก ทำให้ประเมินไม่ครอบคลุม

1.1.3 ด้านวิธีการประเมิน พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการประเมิน ที่ไม่เหมือนกัน การประเมินยังไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีคู่มือชี้แจงให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และไม่มีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยบันทึก แต่ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ บุคลากรและผู้ป่วย ให้คะแนนความปวดไม่ตรงกัน เนื่องจาก (1) บุคลากรและผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินความปวดไม่เพียงพอ (2) การสื่อสารและภาษาที่ใช้ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย และ (3) ไม่มีคู่มืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวด นอกจากนี้ พบปัญหาไม่มีการติดตามประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาบรรเทาปวด เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในช่วงกลางคืน

1.1.4 ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินไม่เหมือนกันและไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ การที่บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่เข้าใจเครื่องมือ ทำให้การให้คะแนนความปวดของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการแสดงออก

1.1.5 ด้านการตีความผลการประเมิน พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีเกณฑ์การตีความที่ไม่เหมือนกันและไม่ครบถ้วน และมีปัญหาการตีความโดยมีสาเหตุจาก (1) พยาบาล ตีความตามเกณฑ์ของสถาบันที่สำเร็จการศึกษา (2) พยาบาลบางคนใช้ความรู้สึกในการประเมินความปวดก่อให้เกิดการตีความที่คลาดเคลื่อน (3) ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อคำถามในการประเมินความปวด เนื่องจากปัจจัยด้านอายุและการศึกษา และ (4) ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จึงบอกคะแนนที่ไม่ตรงความจริงทำให้พยาบาลตีความผิด

1.1.6 ด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วย มีการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมินที่ไม่เหมือนกัน และมีปัญหาที่สำคัญคือ (1) มีการบันทึกไม่ตรงความจริงและไม่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรและผู้ป่วยเข้าใจไม่ตรงกัน (2) มีการบันทึกไม่ครอบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมาก (3) ไม่ได้นำเสนอผลลัพธ์อื่นๆ เช่น อาการข้างเคียงของยา เป็นต้น และ (4) ไม่ได้นำผลการประเมินมาพัฒนางานต่อ

1.2 ความต้องการรูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะว่า 1) ด้านวัตถุประสงค์ องค์ประกอบ และตัวชี้วัด ควรตั้งวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนกว่าเดิม เพิ่มผลลัพธ์การจัดการความปวด ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และควรปรับตัวชี้วัดให้มีความง่าย ชัดเจน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง 2) ด้านผู้ประเมิน ผู้ประเมินควรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการความปวดและ

การจัดการความป่วย มีทักษะการประเมินความป่วย รู้จักใช้เครื่องมือได้ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีอคติในการใช้เครื่องมือ มีการบันทึกได้ถูกต้องและครบถ้วน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการประเมินความป่วย ต่างๆ แก่ผู้ป่วย ผู้ประเมินความบุคลิกภาพของความมีมนุษยสัมพันธ์หรือมีอัตลักษณ์ที่ดี มีความเป็นมิตร มีสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า 3) ด้านวิธีการประเมิน พบว่า มีความต้องการวิธีการประเมินที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถเก็บเป็นตัวเลขที่เป็นสถิติได้ เช่นใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการโดยมีคู่มือชี้แจง มีการสอบถามและสังเกตอาการแสดงต้องการรูปแบบการประเมินที่เป็นรูปธรรม มีแบบฟอร์มให้บันทึก 4) ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน พบว่า มีความต้องการเครื่องมือประเมินที่ใช้งานง่าย/เข้าใจง่าย/บันทึกง่าย มีความชัดเจน มีความเที่ยงตรง สัมพันธ์กับความป่วยจริง มีหลายแบบให้เลือกใช้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท มีการใช้เครื่องมือแบบต่างๆ ร่วมกับการประเมินพฤติกรรม 5) ด้านการตีความผลการประเมิน พบว่า มีความต้องการเกณฑ์ที่ใช้ในการตีความที่มีความชัดเจน แม่นยำ โดยตีความได้ตรงความจริง ตรงประเด็น ง่ายต่อการสื่อสาร สำหรับแหล่งข้อมูลของการตีความ ได้แก่ คะแนนความป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรสร้างเกณฑ์ที่เป็นของโรงพยาบาล ไม่ควรใช้แค่คะแนนความป่วย ควรเพิ่มเกณฑ์ให้ยา และ 6) ด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ต้องการให้การนำเสนอผลการประเมิน มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการบันทึกติดตามผลหลังการจัดการความป่วยครอบคลุมตัวชี้วัดที่มาเกี่ยบเคียง เข้าใจง่าย เป็นรูปธรรมชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ของการรักษา

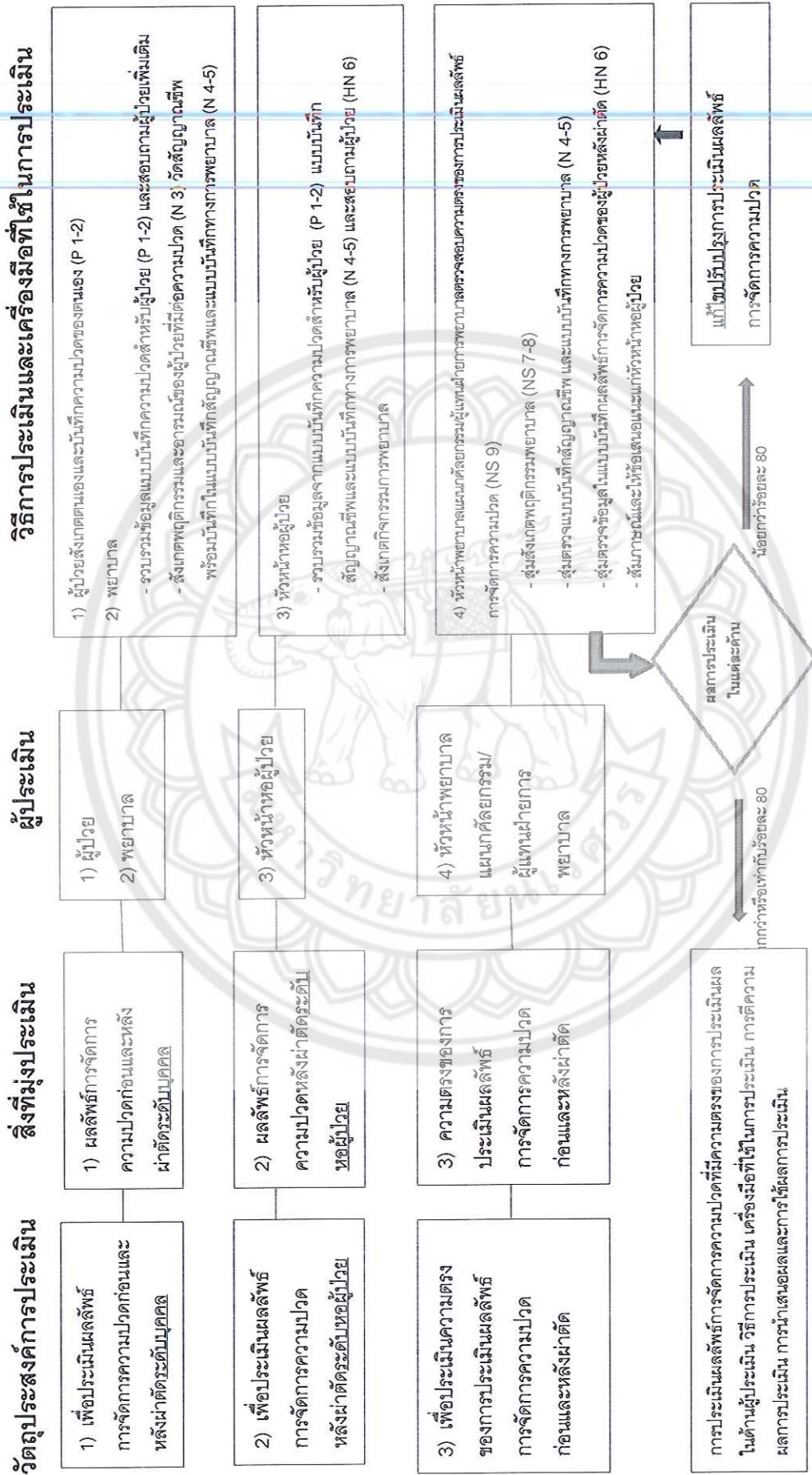
2. ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนา (ภาพ 31) มีลักษณะเป็นกรอบความคิดที่อธิบายองค์ประกอบของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยจากการนำบัดความป่วยโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลติดภูมิ ให้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่มีความตรงของการประเมินผล โดยมีความสอดคล้องของผลการประเมินตามแหล่งข้อมูล รวมทั้งมีความเหมาะสม และความครอบคลุม ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน รูปแบบนี้มีการประเมิน 3 ประเภท คือ 1) การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล 2) การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับ ครอบครัว และ 3) การประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

สำหรับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล มีการประเมินความปวด (Pain assessment) เป็นรายบุคคลตามหลักการจัดการความปวดแบบ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p. 1241) โดยมีผู้ป่วยประเมินและบันทึกความปวดด้วยตนเองตามหลักการ OPQRSTUV (VIHA Quality Council, 2008) พยาบาลสังเกตพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อความปวดร่วมกับการนำผลการประเมินความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความปวดของผู้ป่วย และบันทึกรายงานผลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process)

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดระดับห้องผู้ป่วย มีหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้ประเมิน ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานต่างๆ ตลอดจนการสอบถามผู้ป่วย ตามแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการสังเกตกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนการประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด มีหัวหน้าพยาบาลແນ哥ศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประเมิน อกิจนาโดยการให้คำปรึกษา (Consultant metaevaluation) และให้ข้อเสนอแนะแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยตามผลการตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดเกี่ยวกับผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความ การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือแก่ผู้นำผลการประเมินไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดนั้นมีความเป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุม



31 รูปแบบการนำเสนอในแหล่งพัฒนาธุรกิจการค้ารวมทั้งในร่องรอยตลาดติดภัย

ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สมดคล่อง และเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.58) เช่นเดียวกับผู้ใช้รูปแบบทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.63) และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.83) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีมุ่งที่คล้ายกันคือ รูปแบบ มีความเหมาะสมและความสมดคล่องในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ในด้านความเป็นไปได้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารทางการพยาบาล เห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิพบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความคิดเห็นว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 0.42) ในขณะที่ ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.65) เช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.88) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีมุ่งที่คล้ายกันคือประเดิมต่างๆ ในคู่มือการใช้รูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ในด้านการสื่อความหมายเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีความเห็นที่แตกต่างกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นว่า คู่มือการใช้รูปแบบมีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า คู่มือการใช้รูปแบบมีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 16 คนเท่ากัน แต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด มีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดบริเวณซองห้องและลำตัว ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะบริเวณ (Regional anesthesia) และไม่ได้รับยาอะนีสตีติก ประจำตัวในห้องพักฟื้น เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi – square test พบร่วมกันทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ประวัติโรคร่วม ตำแหน่งที่ผ่าตัด ชนิดของการระงับความรู้สึก และการได้รับยาอะนีสตีติก ประจำตัวในห้องพักฟื้น ($p > .05$)

นอกจากรายงานนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่องอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดระหว่างหั้งสองกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยกำหนดไว้ว่า กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิมีคะแนนความต้องการการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้รูปแบบ ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความต้องการการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดโดยรวม (5 ด้าน) ($\bar{X} = 15.44$, S.D. = 3.20 ; Mean Rank = 24.50) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.44$, S.D. = 1.50 ; Mean Rank = 8.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความต้องการการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าหั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแนวปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกัน 2 ข้อ คือ ข้อ 11 เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้งานง่าย มีความเหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสื่อสารได้ดีใช้ VAS, VRS, NRS 2) ผู้ป่วยสื่อสารได้จำกัดใช้ Face pain assessment scale และข้อ 12 มีการใช้เครื่องมืออื่นๆ เพื่อประกอบการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวด ได้แก่ เครื่องมือวัดสัญญาณชีพ

4. ผลการประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ

4.1 ความเหมาะสมสมต่อการนำไปใช้ ผู้ใช้รูปแบบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.57) มีความคิดเห็นว่า รูปแบบมีความเหมาะสมสมต่อการนำไปใช้ โดยทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและให้คะแนนความปวดชัดเจนขึ้น เมื่อพยาบาลทราบถึงความปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย สงผลให้การประเมินความปวดมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจึงได้รับการจัดการความปวดที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้รูปแบบบางส่วน (ร้อยละ 7.14) เห็นว่ารูปแบบไม่เหมาะสมสมต่อการนำไปใช้ โดยเฉพาะ ในกรณีที่ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตนเอง (Patient Control Anesthesia, PCA) และในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะเกินความจำเป็น ทำให้เสียเวลาและเพิ่มภาระงาน

4.2 ความคุ้มค่าและความพึงพอใจ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความคุ้มค่าอยู่ในระดับมาก และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

4.3 ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมิน คือ 1) มีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการรับรู้ บางรายไม่เข้าใจการประเมินขึ้นอยู่กับอายุและการศึกษา 2) ผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลบางคนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินไม่ตรงกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน บุคลิกลักษณะในการพูดคุยอธิบาย จึงต้องทำความเข้าใจรูปแบบก่อนการใช้รูปแบบ และ 3) การมีภาระงานมากขึ้น ทำให้พยาบาลประเมินไม่ครอบคลุม

4.4 ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมิน คือ 1) มีความซับซ้อนในบางจุด พยาบาลต้องอธิบายวิธีการประเมินให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างละเอียด บางครั้งต้องอธิบายและเขียนคำตอบให้ 2) มีความซ้ำซ้อน หรือ มีการประเมินบ่อยเกินไป และ 3) ใช้เวลาในการประเมินนาน ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาระงานมากและผู้ป่วยถูกเจ็บที่จะเข้ารับการผ่าตัด

4.5 ปัญหาอุปสรรคด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ 1) มีข้อคำถามมาก เกินความจำเป็นและซ้ำซ้อน 2) เข้าใจยาก 3) ยุ่งยากและซับซ้อนในบางจุด และ 4) มีเอกสาร จำนวนมากและละเอียดเกินไป

4.6 จุดเด่นของรูปแบบ คือ 1) เป็นแนวทางเดียวกัน 2) สามารถปฏิบัติได้จริง 3) ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน 4) มีความสะดวกในการปฏิบัติ 5) เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานประจำวัน และ 6) มีความละเอียดและครอบคลุมในการประเมิน

4.7 จุดด้อยของรูปแบบ คือ 1) เพิ่มภาระงาน 2) ใช้เวลานานในการประเมิน และ 3) ภาษาไม่กระชับ/ข้อคำถามเข้าใจยาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีประเด็นที่อภิปราย ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิ

1.1 สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค

1.1.1 ด้านวัตถุประสงค์ องค์ประกอบ และตัวชี้วัด พบว่า โรงพยาบาล มีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดระดับรายบุคคลและระดับห้องผู้ป่วย แต่ไม่มีคู่มือที่ระบุ ถึงองค์ประกอบของรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมิน นอกจากนี้ โรงพยาบาลกำหนดวัดถุประสงค์การประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความปวดไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผลลัพธ์การจัดการความปวดในเรื่องการปฏิบัติ กิจกรรมของผู้ป่วย สำหรับตัวชี้วัดกำหนดให้ชัดเจน แต่บุคลากรรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด

ข้อค้นพบด้านวัตถุประสงค์ องค์ประกอบ และตัวชี้วัดที่กล่าวมา อธิบายได้ว่า ด้วยเหตุที่การประเมินเป็นวิธีการศึกษาความจริงในด้านคุณค่าหรือค่าของข้อเท็จจริงในแต่ละภาษา ได้รับพึงพอใจมาก จึงมีความลับซับซ้อนมาก การประเมินเป็นกระบวนการที่ไม่ง่ายและทำให้ได้ยาก เพราะต้องอาศัยปรัชญา วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ ความรอบรู้ในเนื้อหาและ การใช้วิจารณญาณอันสมเหตุสมผลในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน (ศิริชัย กาญจนวานิช, 2554, หน้า 7) ประกอบกับเนื้อหาหลักสูตรในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการสอนเรื่องแนวคิดทฤษฎี ความป่วยและภัยจัดการความป่วยค่อนข้างน้อย ดังนั้น จึงเป็นเรื่องยากที่โรงเรียนจะพัฒนาแนวปฏิบัติหรือสร้างคู่มือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยทั้งระดับรายบุคคล ระดับห้องป่วย ตลอดจนการประเมินภาระได้อย่างครอบคลุม

ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวารี อุย่อง แสดงสมชัย วงศ์นากย (2557) ที่พบว่า โรงเรียนประจําจังหวัดแห่งนี้ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการความป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของไสพิศ เวียงโถส (2549, หน้า 84-85) ที่พบว่า ไม่มีตัวชี้วัดคุณภาพและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความป่วยในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานอ้างอิงความรู้เชิงประจักษ์ และโรงเรียนของต่างประเทศประสบปัญหาเช่นเดียวกัน โดย Kizza (2012, p. 51) ศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคในการประเมินและจัดการความป่วย

1.1.2 ด้านผู้ประเมิน “ได้แก่ พยาบาลและหัวหน้าห้องผู้ป่วย” ไม่ได้รับการชี้แจงบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความป่วย ตลอดจนทักษะการประเมินความป่วย การใช้เครื่องมือ การบันทึก และการสื่อสารไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ผู้ประเมิน มีคติในการประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับความป่วย และผู้ประเมิน มีภาระงานมาก ทำให้ประเมินไม่ครอบคลุม

ข้อค้นพบด้านผู้ประเมินที่เป็นบุคลากรพร้อมความรู้ความเข้าใจ อธิบายได้ว่า สืบเนื่องมาจากปัญหาในข้อแรกที่ไม่มีแนวปฏิบัติและคู่มือในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ประเมินซึ่งเป็นผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินความป่วยไม่เพียงพอ เมื่อพยาบาลวิชาชีพไม่เข้าใจผู้ป่วย ที่มีการแสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับความป่วย จึงก่อให้เกิดปัญหาการมีคติในการประเมิน ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามความตรวจสอบเชิงโครงสร้าง (Construct validity) (Cook & Campbell, 1979

as cited in Chen, et al., 2011, p.8) และส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยขาดความตรงของการประเมินผลลัพธ์ด้านการออกแบบการประเมิน (Design validity)

ข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โสพิค เวียงโอลสา (2549, หน้า 84-85) ที่พบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความป่วยไม่เพียงพอ และไม่ตระหนักรถึงความสำคัญในการจัดการความป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ นัทธมน ุทธานนท์ และคณะ (2552, หน้า 19) ที่พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลติดภูมิแห่งหนึ่งประเมินความป่วยยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะตำแหน่งความป่วยลักษณะ และระยะเวลาที่มีอาการป่วย และไม่มีความรู้เพียงพอที่จะแนะนำวิธีการบรรเทาป่วยโดยไม่ใช้ยา

ส่วนข้อค้นพบที่ว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับความป่วยในประเด็นนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับความป่วย ส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากการอิทธิพลของวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมปลูกฝังไม่ให้แสดงออกถึงความป่วย ทำให้ ผู้ป่วยบางคนกลัวที่จะถูกมองว่าเป็นคนอ่อนแอ ถ้ายอมรับหรือแสดงความป่วย (นุสรา ประเสริฐศรี และยุพาภรณ์ ติริไพรวงศ์, 2556, หน้า 4) การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับความป่วย สะท้อนให้เห็นถึงสิ่งคุกคามความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในด้านปัจจัยของผู้รับการจัดกระทำ (Recipients) ตามแนวคิดของ Reichardt (2006 as cited in Chen, et al., 2011, p. 50) ที่ได้กล่าวว่า ขนาดของผลของการจัดกระทำ (Size of a treatment effect) ขึ้นอยู่กับปัจจัยขนาดของผลทั้งห้า (size-of-effect factors) โดยผันแปรตามการจัดกระทำ (Treatments) ผู้รับการจัดกระทำ (Recipients) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลหรือสภาพแวดล้อม ที่มีการจัดกระทำและวัดผลลัพธ์ (Settings) เวลาที่มีการจัดกระทำและวัดผลลัพธ์ (Times) และ ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcomes variables) ดังนั้น หากผู้ป่วยซึ่งมีสถานภาพเป็นผู้รับการจัดการความป่วยแสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับความป่วยย่อมส่งผลให้ขาดความตรงของการประเมินผลด้านการออกแบบการประเมิน (Design validity) ทั้งด้านความตรงภายใน (Internal validity) ที่เป็นเรื่องของความสามารถของการออกแบบการประเมินผลเพื่อสนับสนุนการอนุมานเชิงสาเหตุ (Causal inference) และความตรงภายนอก (External validity) ที่เป็นเรื่องของการออกแบบที่สนับสนุนการสรุปอ้างอิงเชิงนัยทั่วไป (Generalizability) โดยเป็นการสรุปอ้างอิงของผลการประเมินไปสู่ประชากรขนาดใหญ่ สถานที่ และการจัดกระทำ (Treatments) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) และด้านความจริง-ความถูกต้อง (Truth-fact investigation) ตามแนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354)

ข้อค้นพบดังที่กล่าวมามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นักออมน วุทธานนท์ และคณะ (2552, หน้า 22-23) ที่พบว่า ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการประเมิน และมักบอกรอดับความปวดที่มากใช้ก่อนซึ่งไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปรากฏให้เห็นในขณะนั้น ขึ้นอยู่กับอายุ ลักษณะ ความรุนแรงของโรค และความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย

สำหรับข้อค้นพบด้านผู้ประเมินที่เป็นบุคลากรมีภาระงานมาก มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ โสพิค เวียงโถสต (2549, หน้า 84-85) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคของ การจัดการความปวดประการหนึ่งในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือภาระงานของพยาบาลมากเกินไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวารี อุยยอด และสมชัย วงศ์นายะ (2557) ที่ศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งส่วนใหญ่ล้มบันทึกการประเมินความปวดอย่าง ต่อเนื่องเนื่องจากมีภาระงานมาก ในส่วนของโรงพยาบาลของต่างประเทศก็ประสบปัญหาเช่นกัน ดังเช่น การศึกษาของ Kizza (2012, p. 51) พบว่า ภาระงานของพยาบาลเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง ที่ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการประเมินและจัดการความปวดมากถึงร้อยละ 84 และจากการที่มีภาระงานมาก ทำให้การดูแลเพื่อบรรเทาปวดไม่ทั่วถึง (นักออม วุทธานนท์ และคณะ, 2552, หน้า 19) การมีภาระงานที่มากดังกล่าว ถือเป็นสิ่งคุกคามความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในด้านปัจจัยของเวลา (Times) ตามแนวคิดของ Reichardt (2006 as cited in Chen, et al., 2011, p. 50) กล่าวคือ หากพยาบาลมีภาระงานมาก (มีผู้ป่วยที่ดูแลจำนวนมาก) ย่อมส่งผลให้มีเวลาไม่เพียงพอในการวัดผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยคัญกรรม ณ หอผู้ป่วยคัลลิกรัม ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ขาดความต้องการประเมินผลด้านการออกแบบการประเมิน (Design validity) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) และ ด้านความจริง-ความถูกต้อง (Truth-fact investigation) ตามแนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354) เช่นกัน

1.1.3 ด้านวิธีการประเมิน พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการประเมินที่ไม่เหมือนกัน การประเมินยังไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ "ไม่มีคุณภาพเชิงให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และไม่มีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยบันทึก แต่ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ บุคลากรและผู้ป่วยให้คะแนนความปวดไม่ตรงกัน เนื่องจาก (1) บุคลากรและผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินความปวดไม่เพียงพอ (2) การสื่อสารและภาษาที่ใช้ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย และ (3) "ไม่มีคุณภาพเชิงให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวด นอกจากนี้ พบปัญหาไม่มีการติดตามประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาบรรเทาปวด เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในช่วงกลางคืน"

ข้อค้นพบด้านผู้ประเมินมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอและมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ส่วนข้อค้นพบด้านวิธีการประเมินที่การประเมินยังไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นัทธมน ุทธานนท์ และคณะ (2552, หน้า 26) ที่พบว่า โรงพยาบาลติดภูมิแห่งหนึ่งขาดความต่อเนื่องในการประเมินความป่วย และการศึกษาของ รุจี พลางวรรณ และคณะ (2556) ที่ได้ทำการเรื่องการประเมินผลการจัดการความป่วย เลี้ยบพลันแบบสนับสนุนสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่าขาดความต่อเนื่องในการประเมินความป่วยเช่นกัน

การประเมินที่ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอดังกล่าว สาเหตุที่สำคัญเกิดขึ้นจากการไม่มีคู่มือชี้แจงให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และไม่มีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยบันทึก ถือเป็นสิ่งคุกคามความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในด้านการจัดกระทำ (Treatments) ตามแนวคิดของ Reichardt (2006 as cited in Chen, et al., 2011, p. 50) ผลงานให้ขาดความต้องการประเมินผลด้านการออกแบบการประเมิน (Design validity) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) และด้านความจริง-ความถูกต้อง (Truth-fact investigation) ตามแนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354)

1.1.4 ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ในแต่ละหอผู้ป่วยไม่เหมือนกันและไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ การที่บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่เข้าใจเครื่องมือ ทำให้การให้คะแนนความป่วยของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการแสดงออก

ข้อค้นพบด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารี อุญยอด และสมชัย วงศ์นายะ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจแบบประเมินความป่วย นอกจากนี้ โรงพยาบาลติดภูมิบางแห่งไม่มีแบบประเมินความป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ เช่น ตัวเย็น เหงื่อออ ก เป็นต้น (นัทธมน ุทธานนท์ และคณะ, 2552, หน้า 23) และจากการศึกษาของ โสพิศ เวียงโสส (2549, หน้า 84) พบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความป่วย และไม่มีระบบการบันทึกและการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kizza (2012, p. 52) ที่พบว่า โรงพยาบาลที่ศึกษาไม่มีเครื่องมือประเมินความป่วย รวมทั้งเอกสารสำหรับบันทึกความป่วย

ปัญหาที่กล่าวมาจะห้อนให้เห็นถึงการขาดความต้องการประเมินผลด้านการวัด (Measurement validity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของความต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) ซึ่งความต้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการเป็นตัวแทนหรือความเพียงพอของตัวอย่างเนื้อหา

สาระตลอดจนหัวข้อของเครื่องมือวัด (Gaber, & Gaber, 2010, p. 139 as cited in Peck, et al., 2012, p. 353) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) และด้านความจริง ความถูกต้อง (Truth-fact investigation) ตามแนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354)

1.1.5 ด้านการตีความผลการประเมิน พบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีเกณฑ์การตีความที่ไม่เหมือนกันและไม่ครบถ้วน และมีปัญหาการตีความโดยมีสาเหตุจาก (1) พยาบาล ที่ความตามเกณฑ์ของสถาบันที่สำเร็จการศึกษา (2) พยาบาลบางคนใช้ความรู้สึกในการประเมิน ความปวดก่อให้เกิดการตีความที่คลาดเคลื่อน (3) ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อคำถามในการประเมินความปวด เนื่องจากปัจจัยด้านอายุและการศึกษา และ (4) ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จึงบอกคะแนนที่ไม่ตรงความจริงทำให้พยาบาลตีความผิด

ข้อค้นพบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการตีความด้านผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) ที่มีการตีความโดยใช้ความรู้สึกส่วนตัวและพื้นฐานความรู้ของตนเองถือเป็นสิ่งคุกคามด้านแรงจูงใจที่ส่งผลต่อความตรงเชิงโครงสร้าง (Motivational treats to construct validity) และเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนหรือการทำสิ่งใดๆ ที่เอื้อประโยชน์ตนเอง (Conflict of interest) (Shadish, et al., 2002 as cited in House, 2011, p. 74) ซึ่ง วัตนะ บัวสนธิ (2555) ได้อธิบายว่า แรงจูงใจที่เป็นภาระงานด้วยตนเองอาจทำให้เกิดความลำเอียงจากการเข้าข้าง ความคิดของตัวเอง ในขณะที่การรับรู้ของผู้เข้าร่วมแต่ละสถานการณ์เป็นสิ่งคุกคามที่ต้องตระหนัก เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความสนใจจะกระตุ้นความหวังในสิ่งนั้น รวมทั้งความคาดหวังของ ผู้ทำการทดลอง เช่น เมื่อได้ทำการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ก็จะคาดหวังว่าเกิดผลลัพธ์ ที่ดี เป็นต้น

ข้อค้นพบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการตีความด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ศัลยกรรม) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นัทธมน ฤทธานนท์ และคณะ (2552, หน้า 22-23) ที่พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ ลักษณะความรุนแรงของโรค และ ความสามารถในการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจวิธีการประเมิน และมักบอกระดับความปวดที่มาก ไกว่าเดิมซึ่งไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปกติให้เห็นในขณะนั้น

กรณีผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จึงบอกคะแนนที่ไม่ตรงความจริงทำให้พยาบาล ตีความผิด สะท้อนจากคำกล่าวของหัวหน้าห้องผู้ป่วยท่านหนึ่งที่ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในพยาบาลนาน เรียนรู้ว่าถ้าให้คะแนนความปวดมากกว่า 5 คะแนนจะได้รับยาแก้ปวด ก็จะบอกคะแนนที่มากกว่า 5 คะแนน....” (หัวหน้าห้องผู้ป่วย 1) ปรากฏการณ์นี้คล้ายกับการทดสอบก่อน (Pretesting) ที่ทำให้

ผู้สอบเกิดการเรียนรู้จนทำให้ได้คะแนนสอบครั้งหลังสูงขึ้น ส่งผลให้การทดลองขาดความตรงกันใน (สูศรี วงศ์รัตนะ และองอาจ นัยพัฒน์, 2551, หน้า 31)

สรุปได้ว่ารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยดูรูปแบบเดิมยังขาดความตรงของ การประเมินผลด้านการตีความ (Interpretation validity) ทั้งในส่วนของความตรงเชิงผล สืบเนื่อง (Consequential validity) ซึ่งเป็นเรื่องของความสมดุลของผลประโยชน์ ค่านิยม ความคิดเห็น (Balanced interests, values, opinions) และความตรงเชิงสื่อสาร (Communicative validity) ซึ่งเป็นเรื่องของความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบ (การตีความ) ว่าทุกรอบ / ข้อตกลง (Knowledge claims validated through (Interpretation) discourse/agreement) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp.352-354) และด้านความงาม-ความหมาย (Beauty-meaning) ตามแนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354)

1.1.6 ด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน พบว่า ในแต่ละห้องผู้ป่วย มีการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมินที่ไม่เหมือนกัน และมีปัญหาที่สำคัญคือ (1) มีการบันทึก ไม่ตรงความจริงและไม่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรและผู้ป่วยเข้าใจไม่ตรงกัน (2) มีการบันทึก ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมาก (3) ไม่ได้นำเสนอผลลัพธ์อื่นๆ เช่น อาการข้างเคียงของยา เป็นต้น และ (4) ไม่ได้นำผลการประเมินมาพัฒนางานต่อ

ข้อค้นพบด้านการนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมินที่มีปัญหา เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้ประเมินได้กล่าวไปข้างต้นแล้ว ในส่วนของการงานของบุคลากร ที่ส่งผลต่อการบันทึก พบรากศึกษาของ สุวารี อุญยอด และสมชัย วงศ์นายนะ (2557) ที่รายงานว่า พยาบาลในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งส่วนใหญ่ล้มบันทึกการประเมินความป่วยอย่าง ต่อเนื่องเนื่องจากมีภาระงานมาก ในส่วนของการศึกษาของ โสพิศ เวียงโภสต (2549, หน้า 84) พบว่าไม่มีระบบการบันทึกและการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในหน่วยงาน อนับติเหตุและฉุกเฉิน ในขณะที่ นักมนุษย์ทางานท์ และคณะ (2552, หน้า 22-23) ทำการศึกษา ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่า ยังขาดการติดตามนำเสนอผลของการดูแลด้านการจัดการความป่วย มหาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงงานในอนาคต

ปัญหาที่กล่าวมาจะหันให้เห็นถึงการขาดความตรงของการประเมินผล ด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตรงเชิงปฏิบัติ (Pragmatic validity) (ความรู้ที่มาพร้อมกับการกระทำ(Knowledge claims accompanied by action)) ตามแนวคิดของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) และด้านความยุติธรรม-การใช้ประโยชน์ (การกระทำ) (Justice-use (action)) ตามแนวคิดของ House (1980 as cited in Peck, et al., 2012, p. 354)

1.2 ความต้องการรูปแบบ สุปประเด็นหลักฯ เรื่องความต้องการของผู้ให้ข้อมูล
คือ ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการวิธีการประเมินความป่วยที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
เข้าใจตรงกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการโดยมีคุณภาพดี เช่น ต้องการเครื่องมือประเมินที่ใช้งานง่าย/เข้าใจง่าย/
บันทึกง่าย มีความชัดเจน มีความเที่ยงตรงสัมพันธ์กับความป่วยจริง มีหลายแบบให้เลือกใช้ได้
เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท และต้องการให้การนำเสนอผลการประเมินมีความต่อเนื่อง
สม่ำเสมอ

ข้อค้นพบด้านวิธีการประเมินเกี่ยวกับความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการ
วิธีการประเมินที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสดคล่องกับผลการศึกษาของ
สุวารี อุ่ยยอด และ สมชัย วงศ์นายะ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้ซักถามอาการป่วย
อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลโดยภาพรวม มีความสดคล่องกับแนวทาง
ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องความป่วยแห่งประเทศไทย
(2554, หน้า 5) ที่ชี้แจงเกี่ยวกับการประเมินความป่วยว่า 1) การประเมินความป่วยที่ดีที่สุดควรให้
ผู้ป่วยบอกระดับความป่วยด้วยตนเอง ในรายที่ไม่สามารถบอกได้ ควรเลือกใช้เครื่องมือในการประเมิน
ความป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 2) ควรทำการประเมินความป่วยอย่างสม่ำเสมอตาม
แนวปฏิบัติของแต่ละสถานพยาบาลก่อนและหลังให้การรักษา และ 3) ควรบันทึกความป่วยให้เห็น
ชัดเจน การระงับป่วยให้ได้ผลดีต้องเริ่มจากการประเมินความป่วยของผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อน โดยประเมิน
ตั้งแต่เริ่มต้นรักษาและหลังให้การรักษาทั้งขณะผู้ป่วยพักและขณะมีการขยายตัว ซึ่งความป่วยเป็น
ความรู้สึกส่วนบุคคลและไม่เหมือนกันทุกคน แต่ละคนจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์
ประสบการณ์เดิมมาปรับเปลี่ยนความรู้สึกป่วย

2. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย
ในโรงพยาบาลติดภูมิพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความ
เหมาะสม สดคล่อง และเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.58)
เช่นเดียวกับผู้ใช้รูปแบบทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.63) และผู้ให้บริการ
ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.83)

อธิบายได้ว่า ด้วยเหตุที่ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบมาจากแนวคิดของนักวิชาการหลายๆ
ท่าน ทำให้รูปแบบมีความเหมาะสม สดคล่อง และเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก
ทั้งในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบทุกกลุ่มทั้งกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล และ
ผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) กล่าวคือ รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการประเมินภาวะ

สุขภาพรูปแบบใหม่ที่เน้นมาตรฐานการประเมินด้านความถูกต้อง (Accuracy standards) โดยเน้นการประเมินสิ่งคุณค่าความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดตามกรอบความตรงของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) ครอบคลุมความตรงด้านการวัด (Measurement validity) การออกแบบการประเมิน (Design validity) การตีความผลการประเมิน (Interpretation validity) และการใช้ผลการประเมิน (Use) ผู้วิจัยได้ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกำหนดผลลัพธ์การจัดการความปวดตามโมเดลตรรก (Logic model) (Sonpal-Valias, 2009, p.1) และหาแนวทางควบคุมสิ่งคุณค่าความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดต่างๆ ซึ่งเป็นการเพิ่มความตรงของการประเมินผลตามข้อเสนอแนะของ Greene (2011, p. 81) รูปแบบนี้มี 3 องค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบมีผู้ประเมินและวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน ดังนี้

2.1 การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดรายบุคคล : เป็นการประเมินความปวด (Pain assessment) ตามหลักการจัดการความปวดแบบ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p.1241) โดยมีผู้ป่วยประเมินและบันทึกความปวดด้วยตนเอง และมีพยาบาลผู้ป่วยบันทึกการประเมินความปวดของผู้ป่วยตามหลักการ OPQRSTUV (VIHA Quality Council, 2008) และใช้ผลการประเมินความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความปวดของผู้ป่วยและบันทึกรายงานผลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process)

2.2 การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในระดับหอผู้ป่วย : มีพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามรูปแบบการประเมินแบบล่างขึ้นบน (The bottom-up approach) ของ Chen, & Garbe (2011, pp. 93-106) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานนำเสนอต่อโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งทำให้ได้ผลการประเมินตามประเด็นที่มืออยู่จริง ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ รวมทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดการความปวด

2.3 การเพิ่มความตรงในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด : มีหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมหัวหน้าที่เป็นผู้ประเมินภาระโดยการให้คำปรึกษา (Consultant metaevaluation) และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ประเมินในข้อ 2.2 ตามผลการตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดเกี่ยวกับผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน เพื่อให้เกิดความโปร่งใสแก่ผู้นำผลการประเมินไปใช้ว่าการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดนั้นมีความเป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุมสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินภาระของ Stufflebeam (2000) และการเพิ่มความตรงของการประเมินผลตามข้อเสนอแนะของ Bamberger, et al. (2006)

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิรายด้านพบว่า ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีมุมมองที่คล้ายกันคือ รูปแบบมีความเหมาะสมและความสอดคล้องในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ในด้านความเป็นไปได้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

การที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารทางการพยาบาล ที่เห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากการให้บริการ เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงและอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบกับการปฏิบัติงานพยาบาลมีความยุ่งยากในระดับหนึ่ง ที่ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานไปตามการสภาพอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ค่อนข้างมาก ทำให้ผู้ให้บริการ มีความกังวลว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจะเป็นการเพิ่มภาระงานมากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิที่มีการกล่าวถึงปัญหาภาระงานที่มากของผู้ให้บริการ

ผลการตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิพบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความคิดเห็นว่า คู่มือการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 0.42) ในขณะที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.65) เช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.88) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีมุมมองที่คล้ายกันคือประเด็นต่างๆ ในคู่มือการใช้รูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ในด้านการสื่อความหมายเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีความเห็นที่แตกต่างกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นว่าคู่มือการใช้รูปแบบมีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าคู่มือการใช้รูปแบบมีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับปานกลาง

การที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าคุณมีการใช้รูปแบบมีการใช้ภาษาอธิบายให้เข้าใจง่ายอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารทางการพยาบาลเนื่องมาจากระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก ผู้บริหารทางการพยาบาลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ในขณะที่ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

3. การทดลองใช้และการศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

ผลการการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดรายตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลอง มีคะแนนความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดโดยรวม(5 ด้าน) ($\bar{X} = 15.44$, S.D. = 3.20 ; Mean Rank = 24.50) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.44$, S.D. = 1.50 ; Mean Rank = 8.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความต้องการประเมินผล ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิรูปแบบใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาได้มีการจัดกระทำ (Treatment) ที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมอย่างชัดเจน โดยมีการประเมิน 3 ประเภทซึ่งมีผู้ประเมินและวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน มีคุณมีการใช้รูปแบบที่มีคำอธิบายที่ชัดเจนสำหรับผู้ใช้รูปแบบ มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดที่ช่วยสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยบันทึกความปวดด้วยตัวเองเพื่อให้พยาบาลนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการความปวด และมีผู้ประเมินอภิมาโนโดยการให้คำปรึกษา (Consultant metaevaluation) ทำให้รูปแบบใหม่มีความต้องครอบคลุมทั้งด้านการออกแบบการประเมิน ด้านการวัด ด้านการตีความผลการประเมิน และด้านการใช้ผลการประเมิน อีกทั้งผู้วิจัยให้ความสำคัญในทุกกระบวนการของการประเมินผลลัพธ์ตามแนวคิดของ Morley, Vinson, & Hatry (2001, p.5) กล่าวคือ มีการจำแนกผลลัพธ์ การพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เหมาะสม การมีแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการรายงานผลการค้นพบ และการใช้งานสิ่งที่ค้นพบได้โดยง่าย และกำหนดให้มีการใช้รูปแบบที่มีการผสมผสานวิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ Hughes, Black, & Kennedy (2008, p.17) มีการออกแบบการประเมินผลโดยมีการวิเคราะห์สิ่งคุณความต้องการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ตามแนวคิดของ Gelmon, Foucek, & Waterbury (2005, pp. 24-25), House (2011, p. 72) และ

Shadish, et al. (2002 as cited in House, 2011, p. 74) เพื่อวางแผนควบคุมสิ่งคุกคามความตรง เหล่านี้ในขั้นตอนต่อไป

สำหรับการจำแนกผลลัพธ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดไม่เดลตอร์กมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด โดยแบ่งผลลัพธ์การจัดการความปวดเป็นผลลัพธ์ ระยะสั้นและระยะกลาง ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมการจัดการความปวด ที่พยาบาลวิชาชีพมองให้แก่ผู้ป่วย ส่วนการพัฒนาตัวชี้วัด ผู้วิจัยกำหนดให้ความปวด (Pain) เป็นตัวชี้วัดหนึ่งขององค์ประกอบผลลัพธ์ด้านสุขภาวะทั่วไปตามแนวคิดของ Tarlov, et al. (1989, p. 926) โดยเป็นผลมาจากการสร้างการดูแลและกระบวนการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (1988, p.1745) ที่เห็นว่าการมีโครงสร้างที่ดีส่งผลให้มีกระบวนการที่ดี และการมี กระบวนการที่ดีนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของนักวิชาการต่างประเทศ (Bamberger, et al., 2006; Chen, et al., 2011, pp.14-15 ; Greene, 2011, p. 81 ; Peck, et al., 2012, pp.352-354) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒnarูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่มีความตรง ของการประเมินผล ดังนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความตรงของ Peck, et al. (2012, pp. 352-354) มา ใช้เป็นกรอบความตรงด้านการวัด (Measurement) ด้านการออกแบบ (Design) ด้านการตีความ ผลการประเมิน (Interpretation) และด้านการใช้ผลการประเมิน (Use) ตลอดจนนำแนวคิดของ Bamberger, et al. (2006) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความตรงในทุกขั้นตอนทั้งในระหว่างการออกแบบ การประเมิน การนำรูปแบบการประเมินไปใช้ การเตรียมและการทบทวนรายงานข้อค้นพบของการ ประเมิน และการสรุปผลการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด มีการกำหนดแบบฟอร์มและ วัตถุประสงค์การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดให้ชัดเจน ไม่เน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้น จากการจัดทำ แต่เน้นการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) การประเมินความ ต้องการ (Need assessment) มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามทฤษฎี โปรแกรม และกำหนดคุณค่าของผลลัพธ์การจัดการความปวดตามแนวคิดของ Chen, et al. (2011, pp.14-15)

อนึ่ง ผู้วิจัยทำการอบรมผู้ประเมินให้มีความเป็นกลางและเป็นปรนัย และเป็นผู้ตั้ง คำถามที่นำเสนอ ฝึกการจำแนกสิ่งคุกคาม/อุปสรรคที่สำคัญต่อความตรง ハウวิธีการที่จะควบคุม และให้กำลังใจผู้ประเมินในการติดตามขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด สอดคล้องกับแนวคิดของ Greene (2011, p. 81) สิ่งที่สำคัญอีกประการคือ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดกระบวนการพยาบาลในการพัฒnarูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด

โดยให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) และการประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผล สอดคล้องกับสมาคมพยาบาลวิกฤตของอเมริกา (American Association of Critical-Care Nurses, 2008)

รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับผลงานวิชาการต่างๆ ดังนี้ ผลลัพธ์การจัดการความปวดมีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schneider, Barkauskas, & Keenan (2008) โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Erickson (1998 อ้างอิงใน พรทิพย์ มาลาธรรม และประคง อินทรสมบัติ, 2549, หน้า 30) และงานวิจัยของจิราภรณ์ สรรวรรควร์ และคณะ (2555) และ Jenning, Staggers, & Brosch(1999) มีการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความปวดโดยใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภารណ์วรวรรณ จุนทราบันฑิต (2554) โดยเน้นความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Srebnik, et al. (1997)

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาที่สำคัญของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดคือ ผู้ป่วยรายงานข้อมูลไม่ตรงกับที่พยาบาลรายงานตามผลการศึกษาของ โสพิศ เวียงโภสต (2549) และ Wickstrom Ene (2008) ดังนั้น ใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีการควบคุมและเพิ่มความตระหนักรู้ ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จิราภรณ์ สรวนรรควร์ และศุภรีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2552, หน้า 303-314) โดยมีคะแนนความปวด และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นตัวบ่งบอกถึงผลลัพธ์การจัดการความปวด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ บุษรา ดาวเรือง, นิโนบล กนกสุนทรัตน์, และดุลณี ชุณหะวัต (2555) นอกจากนี้ ยังมีการกำหนด ผลลัพธ์การจัดการความปวดอื่นๆ ได้แก่ การถูกรบกวนจากความปวด และยาบรรเทาปวด ตามแนวคิดของ Watt-Watson, et al. (2004) อนึ่ง การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในครั้งนี้ ตระหนักถึงอายุของผู้ป่วย จึงมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย ครอบคลุมเรื่องการบรรเทาความปวด การทำหน้าที่ทางกายภาพของร่างกาย การทำงานด้านอารมณ์ การจัดอันดับของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การปรับปุงและความพึงพอใจในการรักษา และอาการ (Symptoms) ตลอดจนผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดตามแนวคิดของ Miaskowski (2010)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาอย่างข้อพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแนวปฏิบัติ ที่ไม่แตกต่างกัน 2 ข้อ คือ ข้อ 11 เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้งานง่าย มีความเหมาะสมกับ ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสื่อสารได้ดีใช้ VAS, VRS, NRS 2) ผู้ป่วย

สื่อสารได้จำกัดใช้ Face pain assessment scale และข้อ 12 มีการใช้เครื่องมืออื่นๆ เพื่อประกอบการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวด ได้แก่ เครื่องมือวัดสัญญาณชีพ เหตุที่เป็นเช่นนี้ เมื่อจาก โรงพยาบาลได้กำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 โดยมีบุคลากร ที่รับผิดชอบเรื่องความปวดในภาพรวมของโรงพยาบาลกำกับดูแล ทำให้ผู้ให้บริการ (พยาบาล วิชาชีพ) มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ประเมินและบันทึกความปวดทุก 4 ชั่วโมง

4. การประเมินผลรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลติดภูมิ

4.1 ความเหมาะสมสมต่อการนำไปใช้ การที่ผู้ใช้รูปแบบส่วนใหญ่เห็นว่ารูปแบบ มีความเหมาะสมสมต่อการนำไปใช้ (ร้อยละ 78.57) เนื่องมาจากรูปแบบช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความ เข้าใจและให้คะแนนความปวดชัดเจนขึ้น เมื่อพยาบาลทราบถึงความปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผล ให้การประเมินความปวดมีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจึงได้รับการจัดการความปวด ที่รวดเร็ว ข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวารี อุยุ่ยอด และสมชัย วงศ์นายนะ (2557) ที่ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดผลผ่านตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามวิสัยญาณพยาบาล ส่วนใหญ่เห็นว่าแนวทางการปฏิบัติมีความชัดเจนและเหมาะสม

ผู้ใช้รูปแบบส่วนน้อยเห็นว่ารูปแบบไม่เหมาะสมสมต่อการนำไปใช้ (ร้อยละ 7.14) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตนเอง (Patient Control Anesthesia, PCA) และในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะเกินความจำเป็น ทำให้เสียเวลาและเพิ่มภาระงาน สอดคล้องกับ การศึกษาของ นั่อมน วุฒานันท์ และคณะ (2552, หน้า 22) ที่พบว่า เครื่องมือประเมินความปวด ไม่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่สื่อสารกันไม่เข้าใจ ผู้สูงอายุ เป็นต้น และความคิดเห็น ของ Miaskowski (2010) ที่เห็นว่าการประสิทธิผลของการจัดการความปวดในผู้สูงอายุควรวัดตาม ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าตัวชี้วัดที่เป็นระดับความรุนแรงของความปวด เหตุที่รูปแบบนี้ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมโรมด้านการมองเห็น จึงมีความยากลำบากในการบันทึกความปวดด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ปัญหาในเรื่องนี้ได้สะท้อน ให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนารูปแบบที่จะช่วยให้มีความต้องการมากขึ้น

4.2 ความคุ้มค่า รูปแบบมีความคุ้มค่าอยู่ในระดับมาก อธิบายได้กว่า รูปแบบ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดการความปวด ประเมินการใช้ทรัพยากรและผลผลิต เพื่อให้ได้ ผลลัพธ์การจัดการความปวดตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือกล่าวได้ว่าเป็นการประเมินให้ทราบว่า โรงพยาบาลได้ดำเนินการจัดการความปวดบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (พรนภา เมธารีวงศ์, 2556) เมื่อมีการตั้งเป้าหมายของการจัดการความปวด

บุคลากรสุขภาพได้รับทรัพยากรในการจัดการความปวด และได้ทำการบำบัดความปวดให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง และมีผลลัพธ์ที่ดีตามมา โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น (กบพ.สปช.ทบ., 2556 ; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2556 ; สมคิด ทิมสาด, 2556) ดังนั้น รูปแบบจึงมีความคุ้มค่าอยู่ในระดับมากในมุมมองของผู้ใช้รูปแบบทุกกลุ่ม

4.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบและจุดเด่นของรูปแบบ รูปแบบสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากเห็นคุณค่าและความเหมาะสมของรูปแบบดังที่กล่าวมา ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวารี ออยู่ยอด และสมชัย วงศ์นายะ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดแพลฟอร์มผู้ป่วย เพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยบรรเทาปวดแล้วได้มาก และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน นอกจากนี้ เป็นเพราะรูปแบบ มีจุดเด่นคือ คือ 1) เป็นแนวทางเดียวกัน 2) สามารถปฏิบัติได้จริง 3) ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน 4) มีความสะดวกในการปฏิบัติ 5) เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานประจำวัน และ 6) มีความละเอียด และครอบคลุมในการประเมิน ทั้งนี้ ในกรณีที่มีการติดตามประเมินความปวดของผู้ป่วย แต่ละรายอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนจัดการความปวดให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และมีการประเมินตัดสินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยในระดับบุคคลและระดับหอผู้ป่วยอย่างเป็นแบบแผน โดยมีคุณมีการใช้รูปแบบช่วยสร้างความเข้าใจของผู้ใช้ให้ตรงกันและเป็นแนวทางเดียวกัน

4.4 ปัญหาอุปสรรคและจุดด้อยของรูปแบบ มีดังนี้

4.4.1 ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมิน คือ 1) มีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วย ที่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการรับรู้ บางรายไม่เข้าใจการประเมินขึ้นอยู่กับอายุและการศึกษา 2) ผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลบางคนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินไม่ตรงกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน บุคลิกลักษณะในการพูดคุยอธิบาย จึงต้องทำความเข้าใจ รูปแบบก่อนการใช้รูปแบบ และ 3) การมีภาระงานมากขึ้น ทำให้พยาบาลประเมินไม่ครอบคลุม

ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่เป็นผู้ป่วยศัลยกรรม อธิบายตามข้อค้นพบ ได้ว่า ในกรณีทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอายุที่ค่อนข้างมากโดยเฉลี่ยประมาณ 56 ปี และจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจถึงการนำรูปแบบไปใช้ในสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนารูปแบบที่จะช่วยให้มีความคงภัยยนอยมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลบางคนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินไม่ตรงกัน มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2550) ที่ได้พัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความป่วยให้เป็นสัญญาณชี้พิที่ห้าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลบางส่วนมีความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ประเมินความป่วยไม่ถูกต้อง ส่วนปัญหาอุปสรรคด้านผู้ประเมินที่พยาบาลมีภาระงานมากขึ้น ทำให้ประเมินไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2548, หน้า 80-85) ที่ทดลองใช้แบบบันทึกความป่วยเพื่อเป็นสัญญาณชี้พิที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมอโรมปิดิกส์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบปัญหาผู้ประเมินซึ่งเป็นพยาบาลทำการประเมินความป่วยได้น้อยครั้ง โดยเฉพาะเรื่องเนื้องจากมีจำนวนพยาบาลน้อยกว่าเวรีอื่น

ข้อดันพบข้างต้น เป็นสิ่งที่เคยปรากฏก่อนการใช้รูปแบบ เหตุที่เป็นเช่นนี้ อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลได้รับการปลูกฝังให้มีความใส่ใจ ลดลง เมตตา กรุณา และใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่รับผู้ป่วยใหม่ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ในขณะที่พยาบาลมีจำนวน เท่าเดิม พยาบาลยังคงปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ หรือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย และปลอดภัย ซึ่งที่ตามมาคือภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้บังคับพยาบาลทำงานไม่ทันเวลาหรือทำได้แต่ไม่ครอบคลุม

4.4.2 ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมินคือ 1) มีความซับซ้อนในบางจุด พยาบาลต้องอธิบายวิธีการประเมินให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างละเอียด บางครั้งต้องอธิบายและเขียนคำตอบให้ 2) มีความซับซ้อน หรือมีการประเมินบ่อยเกินไป และ 3) ใช้เวลาในการประเมินนาน ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาระงานมากและผู้ป่วยซุกเฉินที่จะเข้ารับการผ่าตัด ปัญหาอุปสรรคด้านวิธีการประเมินมีความสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ 1) มีข้อคำถามมากเกินความจำเป็นและซ้ำซ้อน 2) เข้าใจยาก 3) ยุ่งยากและซับซ้อนในบางจุด และ 4) มีเอกสารจำนวนมาก และละเอียด

อธิบายได้ว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยประเมินและบันทึกความป่วยด้วยตนเอง และมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการประเมินความป่วยของผู้ป่วยตามหลักการ OPQRSTUV (VIHA Quality Council, 2008) และใช้ผลการประเมินความป่วยด้วยตนเองของผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความป่วยของผู้ป่วย รูปแบบการประเมินได้สูงเน้นที่ความตรงของการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่คำนึงถึงคือ ความเป็นจริง ถูกต้อง แม่นยำ ความเหมาะสม และความครอบคลุม ดังนั้น รูปแบบนี้จึงใช้เวลามากกว่ารูปแบบเดิม เพราะมีเอกสารที่ใช้ในการประเมินเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่เหมาะสมที่จะนำรูปแบบ

ไปใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน เพราะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาสั้น (ສະພີບ ເວີຍໂຄສະ, 2549, ໜ້າ 69, 73)

ກລາວໄດ້ສຽງ ຖຸປະນາຂຶ້ນຂ່າຍແກ້ປົ້ນຫາກຮາດຄວາມຕອງການປະເມີນ ພລລັບພົມກາຮົດຈັດກາຮຄວາມປວດໄດ້ ແລະຄື່ງແມ່ຈະເກີດອຸປະກອບກາຮປະກາງປະກາຮໂດຍເພີ່ມກາຮຄວາມປວດໃຫ້ ເລການານ ແຕ່ງຸປະບົນນີ້ແສດງໃຫ້ເຫັນຄື່ງບທບາທພຍາບາລໃນກາຮຈັດກາຮຄວາມປວດທີ່ຂັດເຈນ ທຳໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍ ແລະພຍາບາລມີປະລິມັນທີ່ ແລະຜູ້ປ່ວຍມີສ່ວນຮ່ວມໃນກາຮຈັດກາຮຄວາມປວດ ອາກຜູ້ບົຣິຫາຮ ໄ້ການສໍາຄັນໂດຍກຳນົດໂນຍາຍໃນການນຳງຸປະບົນໄປໃຫ້ແກ້ປົ້ນຫາກຄວາມປວດຂອງຜູ້ປ່ວຍອ່າງເປົ້າ ຖຸປະນາຂຶ້ນທີ່ເກີດຂຶ້ນໜົດໄປໄດ້

ໜັດເສັນອແນະ

1. ຂັດເສັນອແນະໃນການນຳງຸປະບົນໄປໃຫ້

1.1 ຖຸປະບົນທີ່ຜູ້ວິຈັຍພັດນາຂຶ້ນມີຈຸດມຸ່ງໝາຍເພື່ອເພີ່ມຄວາມຕອງການປະເມີນພລລັບພົມກາຮຈັດກາຮຄວາມປວດ ດັ່ງນັ້ນ ຜູ້ໃຊ້ງຸປະບົນທີ່ມີຄວາມສໍາຄັນມາກທີ່ສຸດທີ່ຈະໜ່ວຍກຳນົດແລະຕິດຕາມເພື່ອໃຫ້ການປະເມີນຄວາມປວດແລະພລລັບພົມກາຮຈັດກາຮຄວາມປວດເກີດຄວາມຕອງການປະເມີນພລໄດ້ແກ່ ຜູ້ບົຣິຫາຮທາງການພຍາບາລຮະດັບສູງຂອງໂງພຍາບາລ (ຝ່າຍການພຍາບາລ) ຈຶ່ງຈະຕ້ອນມີການປະຫຼຸມທາງການພົບປົງຕິການໃນຂອງຜູ້ປ່ວຍຕ່າງໆ ເພື່ອວາງແຜນທີ່ຈະນຳງຸປະບົນໄປໃຫ້ອ່າງເປົ້າ

ພຍາບາລຜູ້ປົກປົງຕິການໃນຂອງຜູ້ປ່ວຍຕ່າງໆ ເພື່ອວາງແຜນທີ່ຈະນຳງຸປະບົນໄປໃຫ້ອ່າງເປົ້າ

1.2 ຜູ້ໃຊ້ງຸປະບົນທຸກກຸລຸມ ໄດ້ແກ່ ຜູ້ແທນຝ່າຍການພຍາບາລ ພຍາບາລຫ້ວໜ້າແຜນກສ້າລຍກຮົມ ຫ້ວໜ້າຫອຜູ້ປ່ວຍ ແລະພຍາບາລຜູ້ປົກປົງຕິການ ຄວາມສົງລົງກົມ່າງົງການໃຊ້ງຸປະບົນໄທ້ເຂົ້າໃຈກ່ອນນຳງຸປະບົນໄປໃຫ້ ເພື່ອໃຫ້ເກີດປະໂຍ້ນສູງສຸດຕ່ອຜູ້ປ່ວຍ

1.3 ການໃຊ້ງຸປະບົນມີໜັດເສັນທີ່ຈະເກີດປະໂຍ້ນສູງສຸດໃຫ້ເວລາໃນການປະເມີນຄວາມປວດແລະພລລັບພົມກາຮຈັດກາຮຄວາມປວດນານຂຶ້ນ ຈຶ່ງໄມ່ເໜາະສໍາຫັບຜູ້ປ່ວຍຈຸກເຈີນທີ່ຈະເຂົ້າວັກກາຮົດຕັດສໍາຫັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຄວບຄຸມຍາຮະບັບປວດຕ້ວຍຕະເອງ (Patient Control Anesthesia, PCA) ແລະຜູ້ປ່ວຍສູງອາຍຸ ສາມາດນຳງຸປະບົນໄປໃຫ້ໄດ້ໂດຍການປັບປຸງເຄື່ອງມື່ອທີ່ໃຫ້ໃນການປະເມີນໃຫ້ເໜາະສມກັບຜູ້ປ່ວຍ

1.4 ຈາກກາຮຖດລອງໃຊ້ງຸປະບົນແລະປະເມີນພລງຸປະບົນພບປົ້ນຫາດ້ານຜູ້ປະເມີນທີ່ຢັ້ງຄອງຢູ່ເຊັ່ນເດືອກນັບງຸປະບົນເດີມຄື່ອງ ມີຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈໄມ່ເພີ່ງພອ ແລະມີກາຮຄວາມນາກ ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງຄວັດໃຫ້ມີກາຮອບຮົມພຍາບາລເພື່ອເສີມສ້າງຄວາມຮູ້ ເຈຕະຕີ ທັກະະໃນການປະເມີນແລະຈັດກາຄວາມປວດ ຕລອດຄານກາຮປະຍຸກຕີໃຫ້ເຄື່ອງມື່ອນາງສ່ວນ ໂດຍລດຂ້ອຄໍາຄາມບາງຂ້ອທີ່ເກີນຄວາມຈຳເປັນເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈຈ່າຍຂຶ້ນແລະລດເວລາທີ່ໃຫ້ໃນການປະເມີນ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดต่างๆ รวมถึงกลุ่มโรคต่างๆ หรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลในมิติต่างๆ เพื่อให้เกิดความต้องของ การประเมินผล





บรรณานุกรม

- กานกพร คุปตานนท์. (2556). การประเมินและการบันทึกความปวดสัญญาณที่ 5 : บทบาทพยาบาล. สืบค้น 31 กรกฎาคม 2557, จาก www.slideshare.net/18351835/pain14-56
- กบพ.สปช.ทบ. (2556). ทบทวนเป้าหมาย ผลผลิต ผลลัพธ์ กิจกรรมและตัวชี้วัด. สืบค้น 16 ธันวาคม 2556, จาก www.vetdept.com/...../อ.พิชัย%2016%2010%202013
- เก็จกาน ก. เอื้องศรี. (2556). การประเมินและปรับปรุงนโยบายและแผนการศึกษา. สืบค้น 15 มกราคม 2557, จาก edu.stou.ac.th/EDU/UploadFile/หน่วยที่%205.pdf
- จริยา เลิศօรรมยมณี. (2534). Visceral pain. ใน ศูรศักดิ์ นิลกานุวงศ์ (บ.ก.), *The principle of pain: Diagnosis and management* (น. 53-56). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- จันทร์ทิรา เจียรนัย. (2557). กระบวนการพยาบาล. สืบค้น 4 สิงหาคม 2557, จาก personal.sut.ac.th/..../Chapter%204.Nursing%20Process
- จิราภรณ์ สรรพวิรุวงศ์, นิมุล เพื่อคง, และสมจิต หนูเจริญกุล. (2555). ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสภากาชาดไทย, 27(2), 17-35.
- จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, และสุนธิรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. (2552). การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 15(3), 303-314.
- ษัยพร เรืองกิจ. (2530). ความเจ็บปวด. สงขลานครินทร์เวชสาร, 5 (1), 1-10.
- ชุลีพร เชาว์เมฆากิจ. (2537). หน่วยที่ 4: การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บปวด. ใน เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลดูกันเฉินและวิกฤต หน่วยที่ 1-8 (พิมพ์ครั้งที่ 9, น.197-265). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาชีวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ, และองอาจ นัยพัฒน์. (2551). แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองและสถิติวิเคราะห์: แนวคิดพื้นฐานและวิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชาว์อินไย. (2553). การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ: วีพรินท์.
- นครชัย เพื่อนปฐม. (2538). ความเจ็บปวด (Pain). สงขลา: ไทยน่า หาดใหญ่.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี้ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล นุ้ยสุน. (2556). การประเมินความปวดและการบันทึก. สืบค้น 11 กันยายน 2556, จาก www.Khuankhanhospital.org/file/pdf/pain_or.pdf

นักลงเรียน วุทธานนท์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ศิริรัตน์ วิชิตตะกูลถาวร, และศิริลักษณ์ ศิริปัญญาณ์.

(2552). สถานการณ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมโดยพยาบาล. เรียงใหม่:

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นินธนา วิมลกิตติวัฒน์, และสมพร ชินโนรส. (2542). ผลของการให้ข้อมูลต่อปฏิกรรมควบสนองของผู้ป่วยขณะส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร. วารสารพยาบาล, 48 (4), 246-252.

นิพนธ์ พวงวนิษฐ์. (2534). Pain and the nervous system. ใน สรุสกัด นิลกานุวงศ์ (บ.ก.),

The principle of pain: Diagnosis and management (ป. 7-20). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

นิยา สองอารีย์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด. สงขลา: เม็กซ์ มีเดีย วาย ทู เค เพรส.

นุสรา ประเดวีสุครี, และยุพภารณ์ ติริไพรวงศ์. (2556). การจัดการความปวด : ความหลากหลาย วัฒนธรรม. วารสารการพยาบาลและศึกษา, 6 (2), 2-10.

น้ำเพชร ศรีวิจิตรโชค. (2555). การประเมินผล “โครงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานเลขานุการวุฒิสภา” ด้วยตัวแบบเชิงตรรกะ (Logic Model). กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา.

บุญใจ ศรีสุติย์นราภูร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเอนดีไอ อินเตอร์นีเดีย.

บุญใจ ศรีสุติย์นราภูร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และดรุณี ชุณหะวัต. (2555). ผลของการโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18 (3), 358-371.

ปล้านันต์ ลิขิตกำจր, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, และวงศ์จักร พะรพิเชฐ์เชียร. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งท้อง.

วารสารสภากาชาดไทย, 18 (3), 47-64.

ผาสุก มหรรษาณุเคราะห์. (2541). ประสาท: กายวิภาคศาสตร์พื้นฐาน. เรียงใหม่:
หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พนิต เก็มทอง. (2555). มโนทัศน์ของการติดตามและประเมินผล. สืบค้น 16 มีนาคม 2557, จาก www.eto.ku.ac.th/knowledge/2555/concept.pdf.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินคุณภาพการพยาบาล : ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 12 (1), 25-36.
- พรมภา เมธารีวงศ์. (2556). การประเมินผลโครงการและแผนงาน. สืบค้น 16 ธันวาคม 2556, จาก 203.155.220.230/info/Plan/planUp/p-7.pdf
- พิกุล นั่งทัยพันธ์. (2552). Trends in nursing and advanced practice nursing. ใน การประชุมวิชาการเนื่องในวันพยาบาลสากล จัดโดย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่ 12 พฤษภาคม 2552. สืบค้น 14 มิถุนายน 2556, จาก www.med.cmu.ac.th/.../Trends%20in%20Nursing%20
- พิกุล เอกภราณกุล. (2557). การประเมินโครงการ. สืบค้น 26 กุมภาพันธ์ 2557, จาก rc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=842
- พิสัน พ่องศรี. (2552). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักหอการพิมพ์ พุลศรี เมมอนคิด.
- พูลศรี เมมอนคิด. (2532). ผลของการเตรียมโดยการให้ข้อมูลต่อปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วย ระหว่างการสองกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).
- กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภารណีรัตน์ จุนทการบัณฑิต. (2554). การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชุมชน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5 (3), 80-91.
- มาลี งามประเสริฐ. (2552). การใช้ Multidisciplinary care path สำหรับการระจับปวดหลังผ่าตัดและการให้ความรู้ผู้ป่วย. ใน เบญจมาศ ปรีชาคุณ (บ.ก.), การบริหารความเจ็บปวดเดียบพลัน (น. 58-65).
- กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีพิง.
- ยุพิน ถนนวิชัย. (2556). Spiritual outcome. สืบค้น 14 มิถุนายน 2556, จาก www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/nurse_day/....../Spiritual_outcome.pdf
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2556). Focus charting : แนวทางการบันทึกที่สะท้อน Patient-center. สืบค้น 4 สิงหาคม 2557, จาก www1.si.mahidol.ac.th/....../854_02_focuscharting.....
- ยุวดี เปรมวิชัย. (2550). การประเมิน (Assessment). วารสารโรงเรียนนายเรือ, 7 (1), 31-40.
- รัตนะ บัวสนธิ. (2550). ทิศทางและอาณาบริเวณการประเมิน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วีพีริน.
- รัตนะ บัวสนธิ. (2555). สิ่งคุณความควรต้อง. ใน การสัมมนารายวิชาหัวข้อปัจจุบันทางการวิจัย และประเมิน หลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา วันที่ 14 มีนาคม 2555. พิษณุโลก: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเรศรา.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, และสมาคมการศึกษาเรื่องความป่วยแห่งประเทศไทย.

(2554). แนวทางพัฒนาการระับป่วยเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ:

**ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องความป่วย
แห่งประเทศไทย.**

รุ่จี พลาวงศ์วรรณ, รัชณีพร ศรีกันหา, นัทธมน ศรีสวัสดิ์, นฤมล ศรีสมุทร, พัฒน์ชนกวนิช หริษฐ์มูล,

และรัชฎาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ. (2556). การประเมินผลการจัดการความป่วยเฉียบพลัน

แบบสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. สีบคัน 7 กุมภาพันธ์

2557, จาก www.srkhospital.com/VWEB/index.php?...

รุ่งรัตน์ ชัยสำเร็จ. (2557). ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการวิจัย. สีบคัน

29 พฤษภาคม 2557, จาก elearning2.utcc.ac.th/officialtcu/..

เฌอมาล นันท์ศุภวัฒน์. (2556). ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสูนาตรฐานและการแข่งขันในระดับสากล.

สีบคัน 14 มิถุนายน 2556, จาก www.med.cmu.ac.th/hospital/std_outcome.pdf

ลดາวัลล์ รามเมฆ. (2553). การวัดผลคุณภาพทางการพยาบาล (*Nursing quality indicator*).

สีบคัน 14 มิถุนายน 2556, จาก www.saintlouis.or.th/.../NursingQualityIndicator.ppt

ลิวารณ อุณนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสานงานและอื่นๆ. กรุงเทพฯ:

บุณศิริการพิมพ์.

วชิราพงษ์ สุนทรสวัสดิ์. (2545). พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความป่วยตามการ

รับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความป่วยหลังผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).

สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วราพร หาญคุณเศรษฐี. (2556). *Staffing productivity* : แนวคิดการเพิ่มผลผลิต. สีบคัน

16 มีนาคม 2556, จาก www.si.mahidol.ac.th/Th/division/.../63_73_1.pdf

วิกิพีเดีย. (2557). สารสนเทศ. สีบคัน 26 มีนาคม 2557 จาก <http://th.wikipedia.org>

วิจิตรา กุสุমงก์, และอรุณี เยงยศมาก. (2551). ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA.

กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

วิจิตรา เเล้ตระกูล, วิจิตรา เชาว์พานิช, และสุวรรณा วิภาคนรงค์เคราะห์. (2553). การพัฒนาระบบ

การประเมินและบันทึกความป่วยเป็นสัญญาณซึ่พที่ห้าในสถาบันประสานวิทยาโดยใช้

แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม. *วิสัญญีสาร*, 36 (1), 21-30.

วิชัย วงศ์ใหญ่. (2549). การประเมินหลักสูตร. สีบคัน 7 มกราคม 2557, จาก

www.sut.ac.th/tedu/training/evaluate.pdf

วิธีคุณยา ชวเจริญพันธ์. (2556). การติดตามและประเมินผลโครงการ. วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม, 20 (2), 24-27.

วิมลักษณ์ ชัยศักดิชาตรี. (2551). สมรรถนะและผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลของผู้เขี่ยวข่ายทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤต: การวิเคราะห์วรรณกรรม วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. (2552). Pain assessment/respiratory depression assessment/drug administration and patient care. ใน เบญจมาศ ปรีชาคุณ (บ.ก.), การบริหารความเจ็บปวดเฉียบพลัน : ชั้นรมพยาบาลผ่าตัดศิริราช (ว. 1-8). กรุงเทพฯ: พี.เอ.สีฟิวชัน.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). ทฤษฎีการทดสอบแบบดังเดิม (พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2554). ทฤษฎีการประเมิน (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สามลดา.

ศิริดา บุราติ, สัมพันธ์ พันธุ์พุกษ์, และพุทธิ์ ศิริบรรณพิทักษ์. (2554). การวิจัยและพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพบัณฑิต สาขาวิชาคุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ ของสถาบันอุดมศึกษา. วารสารวิจัย มข. (บศ.), 11 (4), 101-112.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2556). การติดตามประเมินผลถูกการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้. สีบคัน 28 พฤศจิกายน 2556, จาก www.thaincd.com/document/file/....

ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ คณะกรรมการคุณภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). การออกแบบการประเมินและเครื่องมือในการประเมิน.

สีบคัน 31 ตุลาคม 2556, จาก www.pad.moi.go.th/ppad/DATA/..../sheet7.pdf
ส.วสนา ประวัลพุกษ์. (2544). หลักการและเทคนิคการประเมินทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์。

สภากาชาดไทย. (2552). ประกาศสภากาชาดไทย เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ. สีบคัน 14 มิถุนายน 2556, จาก www.tnc.or.th/diploma/....

สมคิด ทิมสาด. (2556). การประเมินผลโครงการ. สีบคัน 16 ธันวาคม 2556, จาก www.hmd.go.th/preventmed/..../Project%20evaluation.....

สมบพ. (2555). บทที่ 5 มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์สภากาชาดไทยระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ และคำอธิบาย. สีบคัน 14 มิถุนายน 2556, จาก www.sknhospital.go.th/.../บทที่%205%20มาตราฐาน

สมบูรณ์ เทียนทอง. (2557). *Pain management in ENT practice*. สืบค้น 7 กุมภาพันธ์ 2557,

จาก ent.md.kku.ac.th/site_data/mykku.../Pain_ENT.pdf

สมบูรณ์ เทียนทอง, ภาณี พงษ์จะปะ, นงเยาว์ เว็วสา, สุนัมทา ใจจำ, ศรีมาศ แก้วโภคธร, กฤชตินันท์ อุไรวรรณ, และวิรุพ์ เหลาภัทรเกษม. (2548). การทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเพื่อเป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมคอร์โอดิกส์. ศรีนคินทร์เวชสาร, 20 (2), 80-85.

สมบูรณ์ เทียนทอง, มาลินี วงศ์สวัสดิ์วัฒน์, วิมลรัตน์ กฤชณะประกวิจ, พนารัตน์ วัตนาสุวรรณ ยิ่มแย้ม, วัฒนา ตั้งหนะเทวินทร์, และณรงค์ ขันตีแก้ว. (2550). การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชี้พิทักษ์ในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย. สืบค้น 23 กุมภาพันธ์ 2557, จาก www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show...

สมพร ชินโนรส, อินทิรา ปากันทะ, และเจริญ ลีนานุพันธุ์. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตือนความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับการถ่ายนิวไนท์. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 10 (3), 169-182.

สมสมัย สุธีรศานต์. (2556). การบริหารตัวชี้วัดทางการพยาบาลเพื่อการบริหารบุคลากร. สืบค้น 14 มิถุนายน 2556, จาก www.thaicne.com/image/sub.../Indicator.pdf

สมหวัง พิธิyanุวัฒน์. (2549). การวิจัยประเมินโครงการด้านการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.

สาลี เกลิมวรรณพงศ์. (2544). กระบวนการพยาบาล : หลักการและการประยุกต์ใช้. สงขลา: อัลลาดิ์เพรส.

สาวิตรี อัชฌาวงศ์กรชัย. (2530). จิตวิทยาของความเจ็บปวด. สงขลานครินทร์เวชสาร, 5 (1), 93-99.

สำนักงบประมาณ. (2556). SPBB : การบริหารและการจัดการระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้น ผลงานตามยุทธศาสตร์. สืบค้น 16 มีนาคม 2556, จาก 123.242.175.89/office/plane/spbb.ppt

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์กรมหาชน). (2550). คำอธิบาย ประกอบการใช้แบบประเมินคุณภาพรายงานการประเมินคุณภาพภายในองค์กร ระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์กรมหาชน).

- สิรินธร สินจินดาววงศ์. (2552). การพัฒนาและประยุกต์ใช้มาตรฐานการประเมินอภิมาน สำหรับประเมินรายงานผลการประเมินคุณภาพภายใน ของสถาบันอุดมศึกษา ในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาตันต์ บุณยากร. (2556). การบริหารโดยมุ่งผลลัพธ์ (Result based management, RBM). สืบคัน 16 ธันวาคม 2556, จาก iad.dopa.go.th/subject/rbm54.pdf
- สุดยินดี อภิสูข, และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (2553). นวัตกรรมการบริหารทางการพยาบาล : ผลการพัฒนาฐานแบบการกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของหน่วยงานต่อคุณภาพ บริการพยาบาลในหอผู้ป่วย ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารกองการพยาบาล, 37 (1), 13-27.
- สุติภรณ์ ณัชช้อย. (2547). การพัฒนาฐานแบบการประเมินความป่วยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าท่อช่วยหายใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุพร พลายานันท์. (2528). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. กรุงเทพฯ: เม็ค.
- สุภาภรณ์ บุณโยทยาน, ชวีวรรณ คงชัย, และมยุลี สำราญญาติ (2554). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความป่วยในผู้ป่วยวิกฤตหอบผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม. วารสารสภากาชาดไทย, 26 (4), 82-95.
- สุภาวดี นพจุจินดา. (2557). กระบวนการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก. สืบคัน 4 สิงหาคม 2557, จาก 118.175.29.26:11293/.../oeqkl5ijwghucr45u1sm2kuh
- สุรพล เศรษฐบุตร. (2556). องค์ประกอบของการประเมินผลโครงการส่งเสริมการเกษตร. สืบคัน 15 มกราคม 2557, จาก agecon-extens.agri.cmu.ac.th/...
- สุวารี ออยุยอด, และสมชัย วงศ์นายะ. (2557). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดแพลผ่าตัดในห้องพักพื้นโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สืบคัน 7 กรกฎาคม 2557, จาก 202.29.15.38/goldenteak/images/stories/pdf/16.1-11
- สุวิมล วงศ์วนิช. (2552). การออกแบบและประเมินโครงการโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง. วารสารการวิจัยสังคมศาสตร์, 7-25.
- ไสพิศ เดียงโถสต. (2549). การจัดการอาการปวดโดยพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (บ.ก.). (2555). HA Update 2012. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.

- อรพรวณ トイสิงห์. (2552). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด
ในภาวะฉุกเฉิน. สืบค้น 28 พฤษภาคม 2557, จาก
<http://image.slidesharecdn.com/13oraphanpain-management.....>
- อรพรวณ ทองเตง. (2534). Psychological and environmental factors in pain.
ใน สุรศักดิ์ นิลกานธวงศ์ (บ.ก.), *The principle of pain: Diagnosis and management* (น. 21-29). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- อาจารย์ สุวรรณานันท์, พัชรพิมล สุขสมจิตรา ฟอกซ์, ศุภัทร อนันต์, และเมฆาพร อุณญาวงศ์.
(2552). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการประเมินผลโครงการ D.A.R.E. ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ภาค 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- อุทัยพิพิพพ์ เจียรวรรณ์กุล. (2556). เครื่องมืองานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.
สืบค้น 17 มกราคม 2557, จาก rlc.nrct.go.th/ewt-dl.php?nid=708
- อุร卉ดี เจริญไชย, วนิดา พิมพ์ทา, และสุดารัตน์ บุตรศรีภูมิ. (2543). รายงานการวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลเดรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของ การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. ขอนแก่น: งานบริการ พยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Aimone, L.D. (1992). Neurochemistry and modulation of pain. In R.S. Sinatra, A.H. Hord, B. Ginsberg, & L.M. Preble (Eds.), *Acute pain : Mechanisms and management* (pp. 29-43). St.Louis: Mosby Year Book.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2008). *AACN scope and standards for acute and critical care nursing practice*. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses.
- American Evaluation Association. (2011). *The program evaluation standards : Summary form American Evaluation Association*. Retrieved March 15, 2014, from ciifad.cornell.edu/downloads/M_AEA_standards.docx
- American Nurses Association. (2014). *The nursing process*. Retrieved August 4, 2014, from <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing/Tools....>
- Bachman, L.F. (1990). *Fundamental considerations in language testing*. Oxford , England: Oxford University Press.

- Bamberger, M. (2007). *Real world evaluation : Working under budget, time, data and political constraints*. Retrieved December 10, 2013, from http://www.pol.ulaval.ca/perfeval/upload/publication_191.pdf.
- Bamberger, M., Rugh, J., & Mabry, L. (2006). *Strengthening the evaluation design and the validity of the conclusions*. Retrieved December 6, 2013, from <http://www.gsdrc.org/go/display&type=Document&source=rss>.
- Bamberger, M., Rugh, J., & Mabry, L. (2011). *Condensed summary of real world evaluation* (2nd ed.). Los Angeles : SAGE.
- Board of Nursing. (2013). *Pain management nursing role/Core competency : A guide for nurses*. Retrieved October 26, 2013, from www.mbon.org/practice/pain-management.pdf
- Bolander, V.B. (1994). *Sorensen and Luckmann's basic nursing: A psychophysiological approach* (3rd ed.). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Bowsher, D. (1993). Pain management in nursing. In D. Carroll, & D. Bowsher (Eds.), *Pain: Management and nursing care* (pp. 5-15). Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Bowsher, D. (1994). Acute and chronic pain and assessment. In P.E. Wells, V. Frampton, & D. Bowsher (Eds.), *Pain management by physiotherapy* (2nd ed., pp. 39-43). Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Boyce, N. (1996). Using outcome data to measure quality in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (2), 101-104.
- Cailliet, R. (1988). *Soft tissue pain and disability* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Cailliet, R. (1993). *Pain: Mechanisms and management*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Carroll, D. (1993). Pain assessment. In D. Carroll, & D. Bowsher (Eds.), *Pain: Management and nursing care* (pp. 16-27). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Chen, H.T., & Garbe, P. (2011). Assessing program outcome from the bottom-up approach : An innovative perspective to outcome evaluation. *New Directions for Evaluation*, 130 (summer), 93-106.

- Chen, H.T., Donaldson, S.I., & Mark, M.M. (2011). Validity frameworks for outcome evaluation. *New Directions for Evaluation*, 130 (summer), 5-16.
- Cizek, G.J. (2013). *Modern validity theory : Consensus, concerns, and a course for the future*. Retrieved December 6, 2013, from
www.mnstateassessments.org/wp-content/uploads/2013/07/A7-Modern-Validity-theory.pdf
- Cook, D.A., & Beckman, T.J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments : Theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119, 166.e7-166.e16
- Cooksy, L.J., & Mark, M.M. (2012). Influences on evaluation quality. *American Journal of Evaluation*, 33 (1), 79-87.
- Darabi, A. (2002). Teaching program evaluation : Using a systems approach. *American Journal of Evaluation*, 23, 219-228.
- DePanfilis, D., & Ting, L. (2001). Applying an outcomes measurement framework to measure the results of prevention and intervention programs. In *The Governor's 8th Conference on Child Abuse and Neglect, Baltimore, MD, April 17, 2001*. Retrieved December 16, 2013, from
www.family.umaryland.edu/ryc_research_and_products/documents/8r.pdf
- Deshields, T. L., Tait, R. C., Gfeller, J. D., & Chibnall, J. T. (1995). Relationship between social desirability and self-report in chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 6, 189-193.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care : How can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Dwarakanath, G.K. (1991). Pathophysiology of pain. In C.A. Warfield (Ed.), *Manual of pain management* (pp. 3-9). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Evaluation Café Brooks Applegate. (April 10, 2012). *Concept of validity in the context of evaluation*. Retrieved July 25, 2012, from <http://www.wmich.edu/evalctr/wp-content/upload>

- Fast, E.F., & Hebbler, S. (2004). *A framework for examining validity in state accountability systems. A paper in the series : implementing the state accountability systems requirements under the no child left behind act of 2001.* Washington, DC: Council of chief state school officers.
- Fields, H.L. (1989). *Pain.* Singapore: McGraw-Hill.
- Fields, H.L., & Basbaum, A.I. (1994). Central nervous system mechanisms of pain modulation. In P.D. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (3rd ed., pp. 243-257). New York: Churchill Livingstone.
- French, S. (1994). The psychology and sociology of pain. In P.E. Wells, V. Frampton, & D. Bowsher (Eds.), *Pain management by physiotherapy* (2nd ed., pp. 17-28). Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Gargani, J., & Donaldson, S.I. (2011). What works for whom, where, why, for what, and when? Using evaluation evidence to take action in local contexts. *New Directions for Evaluation*, 130 (summer), 17-30.
- Gelmon, S.B., Foucek, A., & Waterbury, A. (2005). *Program evaluation : Principles and practices* (2nd ed.). Portland: Northwest Health Foundation.
- Gil, K.M. (1992). Psychologic aspects of acute pain. In R.S. Sinatra, A.H. Hord, B. Ginsberg, & L.M. Preble (Eds.), *Acute pain: Mechanisms and management* (pp. 58-69). St.Louis: Mosby Year Book.
- Gordon, D.B., Pellino, T.A., Miaskowski, C., McNeill, J. A., Paice, J.A., Laferriere, D. L., & Bookbinder, M. (2002). A 10-years review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3 (4), 116-130.
- Gordon, D.B., Polomano, R.C., Pellino, T.A., Turk, D.C., McCracken, L.M., Sherwood, G.,...Farrar, J.T. (2010). *Revised American pain society patient outcome questionnaire (APS-POQ-R) for Quality improvement of pain management in hospitalized adults: Preliminary psychometric evaluation.* Retrieved December 23, 2013, from www.researchgate.net/...American_Pain_Society_

- Gordon, D.B., Rees, S.M., McCausland, M.P., Pellino, T..A., Sanford-Ring, S. Smith-Helmenstine, J., & Danis, D.M. (2008). Improving reassessment and documentation of pain management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34 (9), 509-517.
- Gradishar, D., Muzio, L., Filipski, A., & Klopp, A. (2012). *Pain*. Retrieved August 25, 2014, from www. file://C:/USER/AppData/Local/Temp/8S32C44P.htm
- Greene, J.C. (2011). The construct(ion) of validity as argument. *New Directions for Evaluation*, 130 (summer), 81-91.
- Grose, S. (2011). *Pain assessment in older adults: Performing*. Retrieved October 6, 2014, from www.ebscohost.com/...
- House, E.R. (2011). Conflict of interest and campbellian validity. *New Directions for Evaluation*, 130 (summer), 69-80.
- Hughes, R., Black, C., & Kennedy, NP. (2008). *Public health nutrition intervention management : Impact and outcome evaluation*. JobNut Project. Dublin: Trinity College Dublin.
- Hunter, D. (1993). Acute pain. In D. Carroll, & D. Bowsher (Eds.), *Pain: Management and nursing care* (pp. 34-49). Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Idvall, E. (2001). *Development of strategic and clinical quality indicator in postoperative pain management* (Docteral dissertation). Sweden: Linkoping University Medical.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjostrom, B., & Unoosson, M. (2001). Quality indicators in postoperative pain management : A validation study. *Scand Journal of Caring Sciences*, 15 (4), 331-338.
- Jacques, A. (1994). Physiology of pain. *British Journal of Nursing*, 3 (12), 607-610.
- Jeans, M.E., & Melzack, R. (1992). Conceptual basis of nursing practice: Theoretical foundations of pain. In J.H. Watt-Watson, & M.I. Donovan (Eds.), *Pain: Management* (pp.11-35). St.Louis: Mosby Year Book.
- Jenning, B.M., Staggers, N., & Brosch, L.R. (1999). A classification scheme for outcome indicators. *Image : the Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), 381-388.

- Jones, S.L. (1992). Anatomy of pain. In R.S. Sinatra, A.H. Hord, B. Ginsberg, & L.M. Preble (Eds.), *Acute pain: Mechanisms and management* (pp. 8-28). St.Louis: Mosby Year Book.
- Kane, M.T. (2001). Current concerns in validity theory. *Journal of Educational Measurement*, 38 (4), 319-342.
- Kizza, I.B. (2012). *Nurses' knowledge and practices related to pain assessment in critically ill patients at Mulago Hospital, Uganda* (Master's thesis). Uganda: Muhibili University of Health and Allied Sciences.
- Kumar, N. (2007). *WHO Normative guidelines on pain management*. Geneva : WHO.
- Lavrakas, P.J. (2010). *An evaluation of methods used to assess the effectiveness of advertising on the internet : Conducted for the interactive advertising bureau*. Retrieved December 24, 2013, from www.iab.net/..../Evaluation_of_a_Internet_Ad_Effectiveness_Research_Met...
- Leventhal, H., & Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M.H. Schmitt, J.K. Skipper, & R.C. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory* (pp.189-262). St.Louis : Mosby.
- Linton, A.D. (2007). *Introduction to medical-surgical nursing* (4th ed.). St.Louis: Saunders.
- Manchikanti, L., Benyamin, R., Helm II, H., & Hirsch, J. A. (2009). Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management : Part 3: Systematic reviews and meta-analyses of randomized trials. *Pain Physician*, 12, 35-72.
- Mark, M.M. (2011). New (and old) directions for validity concerning generalizability. *New Directions for Evaluation*, 130 (summer), 31-42.
- Matassarin-Jacobs, E. (1997). Pain. In J.M. Black, & Matassarin-Jacobs (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for continuity of care* (5th ed., pp. 342-395). Philadelphia: W.B. Saunders.
- McNeill, J.A., Sherwood, G.D., & Nieto, B. (2001). Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients. *Pain Management Nursing*, 2 (1), 25-36.

- Meinhart, N.T., & McCaffery, M. (1983). *Pain: A nursing approach to assessment and analysis*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Meissner, W., Mescha, S., Rothaug, J., Zwacka, S. Goettermann, A., Ulrich, K., & Schleppers, A. (2008). Quality improvement in postoperative pain management. *Deutsches Arzteblatt International*, 105 (50), 865-870.
- Melzack, R. (1986). Neurophysiological foundations of pain. In R.A. Sternbach (Ed.), *The physiology of pain* (2nd ed., pp. 1-11). New York: Raven Press.
- Miaskowski, C. (2010). Outcome measures to evaluate the effectiveness of pain management in older adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37, 27-32.
- Moon, M. (2011). *Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units* (Doctoral dissertation) USA: University of Iowa.
- Moorhead, S. (2014). *Measuring outcomes of nursing care using the NOC*. Retrieved August 5, 2014, from www.dbfk.de/...Konstanz
- Morley, E., Vinson, E., & Hatry, H.P. (2001). *Outcome measurement in nonprofit Organizations : Current practices and recommendations*. Washington, DC : Independent Sector and Urban Institute.
- Nash, R., Yates, P., Edwards, H., Fentiman, B., Dewar, A., McDowell, J., & Clark, R. (1999). Pain and the administration of analgesia : What nurses say. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (2), 180-189.
- Paige, D., & Cioffi, A.M. (1992). Pain assessment and measurement. In R.S. Sinatra, A.H. Hord, B. Ginsberg, & L.M. Preble (Eds.), *Acute pain: Mechanisms and management* (pp. 70-77). St. Louis : Mosby Year Book.
- Pasero, C., Paice, J.A., & McCaffery, M. (1999). Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain. In M. McCaffery, & C. Pasero (Eds.), *Pain: Clinical manual* (2nd ed., pp. 15-34). St. Louis: Mosby.
- Pateman, J.A. (1996). Measurement of pain. In S.J. Dolin, N.L. Padfield, & J.A. Pateman (Eds.), *Pain clinic manual* (pp. 11-16). Cambridge: Butterworth-Heinemann.

- Peck, L.R., Kim, Y., & Lucio, J. (2012). An empirical examination of validity in evaluation. *American Journal of Evaluation*, 33 (3), 350-365.
- Peric-Knowlton, W. (1984). The understanding and management of acute pain in adults: The nursing contribution. *International Journal of Nursing Studies*, 21 (2), 131-143.
- Phillips, K., Müller-Clemm, W., Ysselstein, M., & Sachs, J. (2013). Evaluating health inequity interventions: Applying a contextual (external) validity framework to programs funded by the Canadian Health Services Research Foundation. *Evaluation and Program Plann*, 36 (1), 198-203.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1993). *Fundamental of nursing: Concepts, process and practice* (3rd ed.). St.Louis: Mosby Year Book.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing* (6th ed.). St.Louis : Mosby.
- Preskill, H. (2004). *Overview of evaluation*. Retrieved March 15, 2014, from www.sagepub.com/upm-data/5066_Preskill_Chapter_1.pdf
- Puntillo, K.A. (1991). The physiology of pain and its consequences in critical ill patients. In K.A. Puntillo (Ed.), *Pain in the critically ill: Assessment and management* (pp. 9-29). Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication.
- Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4 (4), 171-175.
- Rahim, R.A. (2002). *Development of a pain assessment protocol for nurses caring for patients with acute pain* (Master's thesis). Songkla, Thailand: Prince of Songkla University.
- Reynolds, D. (1991). Endogenous opiates. In C.A. Warfield (Ed.), *Manual of pain management* (pp. 10-11). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Roach, K. E. (2006). Measurement of health outcomes: Reliability, validity and responsiveness. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 18 (1s), 8-12.
- Rowlingson, J.C. (1994). The assessment of pain. In R.J. Hamill, & J.C. Rowlingson (Eds.), *Handbook of critical care pain management* (pp. 13-25). New York: McGraw-Hill.

- Schneider, J.S., Barkauskas, V., & Keenan, G. (2008). Evaluating home health care nursing outcomes with OASIS and NOC. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (1), 76-82.
- Shriver, M.D., Anderson, C.M., & Proctor, B. (2001). Evaluating the validity of functional behavior assessment. *School Psychology Review*, 30 (2), 180-192.
- Sonpal-Valias, N. (2009). *Module 5: Outcome measurement framework*. Alberta, CA : The Alberta Council of Disability Services.
- Srebnik, D., Hendryx, M., Stevenson, J., Caverly, S., Dyck, D.G., & Cauce, A.M. (1997). Development of outcome indicators for monitoring the quality of public mental health care. *Psychiatric Services*, 48 (7), 903-909.
- Strong, J., Sturgess, J., Unruh, A.M., & Vicenzino, B. (2014). *Pain assessment and Measurement*. Retrieved January 2, 2014, from www.us.elsevierhealth.com
- Stufflebeam, D.L. (1999). *Program evaluations metaevaluation checklist (Based on the program evaluation standards 1994)*. N.P.; n.p.
- Stufflebeam, D.L. (2000). The methodology of metaevaluation as reflected in metaevaluations by the Western Michigan University Evaluation Center. *Journal of Personnel Evaluation in Education*, 14 (1), 95-125.
- Tarlov, A.R., Ware, J.E., Greenfield, S., Nelson, E.C., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 925-930.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (1993). *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- The British Pain Society. (2010). *Recommended guidelines for pain management programmes for adults : A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society*. London: The British Pain Society.
- The Victorian Quality Council. (2013). *VQC Acute pain management measurement audit tool guidelines*. Retrieved November 8, 2013, from www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/..../apmmt_audit_tool_guidelines.

- Treasury Board of Canada, Secretariat. (1998). *Program evaluation method : Measurement and attribution of program results* (3rd ed.). Canada: Public Affairs Branch, Treasury Board of Canada, Secretariat.
- VIHA Quality Council. (2008). *Principle of pain assessment*. Retrieved August 5, 2014, from www.viha.ca/NR/rdonlyres/....2D23..../PrinciplesOfPainAssessment.pdf
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, G.J., & David, J. (2004). Impact of preoperative education coronary artery bypass on pain outcomes after graft surgery. *Pain*, 109, 73-85.
- Watt-Watson, J.H., & Long, B.C. (1993). Pain. In B.C. Long, W.J. Phipps, & V.L. Cassmeyer (Eds.), *Medical-surgical nursing: A nursing process approach* (3rd ed., pp. 163-181). St.Louis: Mosby.
- Whittaker, O. (1991). Pain measurement. In C.A. Warfield (Ed.), *Manual of pain management* (pp. 20-23). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Wickstrom Ene, K. (2008). *Postoperative pain management : Predictors, barriers and outcome*. Sweden: University of Gothenburg.
- Wikipedia. (2014). *Evaluation*. Retrieved March 16, 2014, from en.wikipedia.org/wiki/Evaluation
- Winke, P. (2011). Evaluating the validity of a High-Stakes ESL test : Why teachers' perceptions matter. *TESOL QUARTERLY*, 45 (4), 628-660.
- Wood, S. (2008). *Assessment of pain*. Retrieved August 6, 2014, from <file:///C:/USER/AppData/Local/Local/Temp/99LCT9DW.htm>
- Yarbrough, D. B., Shulha, L. M., Hopson, R. K., & Caruthers, F. A. (2011). *The program evaluation standards : A guide for evaluators and evaluation users* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.



ภาคผนวก ก ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในการวิจัยขั้นตอนที่ 1

ลำดับ	นามสมมุติ	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ การทำงาน (ปี)
1	ผู้บริหาร 1	หญิง	43	21
2	ผู้บริหาร 2	หญิง	48	25
3	หัวหน้าหอผู้ป่วย 1	หญิง	38	14
4	หัวหน้าหอผู้ป่วย 2	หญิง	38	15
5	หัวหน้าหอผู้ป่วย 3	หญิง	41	18
6	ผู้รับผิดชอบเรื่องความป่วย 1	หญิง	30	8
7	ผู้รับผิดชอบเรื่องความป่วย 2	หญิง	35	13
8	ผู้รับผิดชอบเรื่องความป่วย 3	หญิง	40	18
9	ศัลยแพทย์ 1	ชาย	ไม่ระบุ	10
10	ศัลยแพทย์ 2	ชาย	ไม่ระบุ	5
11	ศัลยแพทย์ 3	ชาย	ไม่ระบุ	9
12	พยาบาลวิชาชีพ 1.1	หญิง	25	2
13	พยาบาลวิชาชีพ 1.2	หญิง	24	1
14	พยาบาลวิชาชีพ 1.3	หญิง	25	3
15	พยาบาลวิชาชีพ 5.1	หญิง	30	7
16	พยาบาลวิชาชีพ 5.2	หญิง	31	7
17	พยาบาลวิชาชีพ 5.3	หญิง	27	5
18	พยาบาลวิชาชีพ 10.1	หญิง	36	13
19	พยาบาลวิชาชีพ 10.2	หญิง	37	15
20	พยาบาลวิชาชีพ 10.3	หญิง	35	12
21	ผู้ป่วยศัลยกรรม 1	หญิง	68	-
22	ผู้ป่วยศัลยกรรม 2	ชาย	48	-
23	ผู้ป่วยศัลยกรรม 3	ชาย	77	-
24	ผู้ป่วยศัลยกรรม 4	หญิง	74	-
25	ผู้ป่วยศัลยกรรม 5	ชาย	20	-

ลำดับ	นามสมมุติ	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ การทำงาน (ปี)
26	ญาติผู้ป่วย 1	หญิง	ไม่ระบุ	-
27	ญาติผู้ป่วย 2	หญิง	46	-
28	ญาติผู้ป่วย 3	หญิง	39	-
29	ญาติผู้ป่วย 4	ชาย	76	-
30	ญาติผู้ป่วย 5	หญิง	39	-

(เก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ วันที่ 15 ตุลาคม 2558 – 15 มกราคม 2559)



ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล แบบสอบถามสำหรับศัลยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย

วัตถุประสงค์

แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถามดูดี้นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้รับผิดชอบประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล ศัลยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ซึ่งผลที่ได้จากการสัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำไปสังเคราะห์ร่วมกับการศึกษาเอกสาร เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อมูลที่ไว้ของผู้ให้ข้อมูล

นามสมมุติของผู้ให้ข้อมูล	เพศ.....	อายุ.....	ปี.....
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....			
ตำแหน่งปัจจุบัน.....	ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน.....ปี.....		
วัน-เวลาในการให้ข้อมูล.....	สถานที่ในการให้ข้อมูล.....		

1. วัตถุประสงค์การประเมิน

1.1 โรงพยาบาลได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยไว้หรือไม่ อย่างไร

.....
1.2 ควรปรับปรุงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหรือไม่ อย่างไร

2. องค์ประกอบ

2.1 ท่านคิดว่ารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

.....
2.2 คุณค่าสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับจากการจัดการความป่วยคืออะไร

3. ตัวชี้วัด

3.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความป่วยของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง

.....
3.2 ควรปรับตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความป่วยให้มีลักษณะอย่างไร

4. ผู้ประเมิน

4.1 ผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยควรเป็นใครบ้าง และมีบทบาทอย่างไร

.....
4.2 ปัญหาอุปสรรคในด้านผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีอะไรบ้าง

.....
4.3 ผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยควรมีคุณลักษณะอย่างไร

5. วิธีการประเมิน

5.1 วิธีการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่มีอยู่ มีอะไรบ้าง

.....
5.2 ปัญหาอุปสรรคในด้านวิธีการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีอะไรบ้าง

.....
5.3 วิธีการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยควรเป็นอย่างไร

6. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่มีอยู่ มีอะไรบ้าง

.....
6.2 ปัญหาอุปสรรคในการใช้เครื่องมือประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีอะไรบ้าง

.....
6.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยที่ดีควรเป็นอย่างไร

7. การตีความ

7.1 มีการตีความผลการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างไร

7.2 ปัญหาอุปสรรคในด้านตีความผลการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีอะไรบ้าง

7.3 เกณฑ์ในการตีความผลการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยควรเป็นอย่างไร

8. การนำเสนอผลการประเมิน

8.1 มีการนำเสนอผลการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยไว้อย่างไร โครงเป็นผู้เสนอ และเสนอโครงอย่างไร

8.2 ปัญหาอุปสรรคในการนำเสนอผลการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีอะไรบ้าง

8.3 การนำเสนอผลการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยอย่างไร

**แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติ
เกี่ยวกับการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวด**

วัตถุประสงค์

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยศัลยกรรมและญาติ ถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ซึ่งผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำไปสังเคราะห์ร่วมกับการศึกษาเอกสาร เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการร่างรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

นามสมมุติของผู้ให้ข้อมูล (ผู้ป่วย/ญาติ)	เพศ.....	อายุ.....ปี
ชนิดของการผ่าตัดของผู้ป่วย.....		
จำนวนเวลาหลังผ่าตัดของผู้ป่วย.....	วัน/ชั่วโมง	ประวัติการผ่าตัด.....
วัน-เวลาในการให้ข้อมูล.....	สถานที่ในการให้ข้อมูล.....	

มิติ/ด้าน	ประเด็น	ข้อคำถาม	คำตอบ
1. ผู้ประเมิน	สภาพปัจจุบัน	มีใครเกี่ยวข้องกับการประเมิน ความป่วย และผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยบ้าง และมีบทบาทอย่างไร	
	ปัญหา อุปสรรค	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ประเมิน ความป่วย และผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยมีอะไรบ้าง	
	ความต้องการ	ผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วยความมีคุณลักษณะ อย่างไร	
2. วิธีการ ประเมิน	สภาพปัจจุบัน	ท่านได้รับการประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการความป่วย อย่างไร มีวิธีการประเมินอะไรบ้าง	
	ปัญหา อุปสรรค	ปัญหาจากการประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการความป่วย ที่ท่านพบคืออะไร	
	ความต้องการ	วิธีการประเมินความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วยควรเป็นอย่างไร	
3. เครื่องมือ ที่ใช้ในการ ประเมิน	สภาพปัจจุบัน	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการความป่วย มีอะไรบ้าง	
	ปัญหา อุปสรรค	ปัญหาจากการใช้เครื่องมือประเมิน ความป่วยและผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยที่ท่านพบ มีอะไรบ้าง	
	ความต้องการ	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความป่วย และผลลัพธ์การจัดการความป่วย ควรเป็นอย่างไร	

ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในการวิจัยขั้นตอนที่

1, 3-4

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนัด
วรรณพรศิริ | รองศาสตราจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 2. รองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส | รองศาสตราจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิติอาภา
ตั้งคำวานิช | ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 4. ดร.กัญญาภัตเน ผึ่งบรรหาร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลอุตสาหกรรม |
| 5. ดร.อนันญา คุอาริยะกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |

ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในการวิจัยขั้นตอนที่ 2

(ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคุณภาพการใช้รูปแบบ)

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ชุมนาด
วรรณพรศิริ | รองศาสตราจารย์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกิติอาภา
ตั้งค้าวานิช | ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 3. ดร. สมพร เจริญภานุณเมฆา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพุทธชินราช |
| 4. ดร. สายฝน วิบูลวังสรรค์ | อาจารย์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 5. ดร. นฤมล เอกธรวรรณสุทธิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |

ภาคผนวก จ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อรูปแบบ
และคุณภาพของการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล
ตดิยภูมิ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบ
ที่มีต่อรูปแบบและคุณภาพของการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตดิยภูมิ
เพื่อที่ผู้จัดจะนำไปปรับปรุงรูปแบบและคุณภาพของการใช้รูปแบบดังกล่าวให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. แบบสอบถามนี้มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อรูปแบบการประเมิน
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตดิยภูมิ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบที่มีต่อคุณภาพของการใช้รูปแบบ
การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตดิยภูมิ

3. แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ขอความกรุณา
ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ใช้รูปแบบทำเครื่องหมาย / ลงในช่องลำหัวเลือกตอบเพื่อแสดงระดับความคิดเห็น
โดยมีความหมายของระดับคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
นางอินธิรา ปากันทะ / ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. องค์ประกอบของรูปแบบมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมิน						
2. องค์ประกอบของรูปแบบแต่ละส่วนมีความชัดเจน						
3. การกำหนดวัตถุประสงค์การประเมินมีความเหมาะสม						
4. การกำหนดสิ่งที่ประเมินมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับ วัตถุประสงค์การประเมิน						
5. การกำหนดผู้ประเมินมีความเหมาะสม						
6. การกำหนดผู้ประเมินมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับ สิ่งที่ประเมิน						
7. การกำหนดวิธีการประเมินมีความเหมาะสม						
8. การกำหนดวิธีการประเมินมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับ สิ่งที่ประเมิน						
9. การกำหนดเครื่องมือประเมินมีความเหมาะสม						
10. การกำหนดเครื่องมือประเมินมีความสอดคล้องสัมพันธ์ กับสิ่งที่ประเมิน						
11. รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ						

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณมีการใช้รูปแบบการประเมินผลสัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลติดภูมิ

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. ด้านเนื้อหา						
1.1 มีการระบุความสำคัญในหลักการและเหตุผล						
1.2 นิยามรูปแบบมีความชัดเจน						
1.3 การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ มีรายละเอียดชัดเจน 'ได้แก่'						
1) วัตถุประสงค์การประเมิน						
2) สิ่งที่ประเมิน						
3) ผู้ประเมิน						
4) วิธีการประเมิน						
5) เครื่องมือประเมิน						
2. ด้านการสื่อความหมาย						
2.1 การเรียงลำดับเนื้อหา มีความหมายสม						
2.2 การใช้ภาษาอธิบายเข้าใจง่าย						
2.3 การใช้ภาพประกอบมีความหมายสม						
3. ด้านรูปเล่ม						
3.1 ขนาดรูปเล่ม มีความหมายสม						
3.2 ขนาดตัวอักษร มีความหมายสม						

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำชี้แจง

แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 การจัดการความปวด ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์และสัมภาษณ์การจัดการความปวด และส่วนที่ 4 ผลลัพธ์และกล่องของการจัดการความปวด ควรสอบถามผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยให้ผู้ป่วยนึ่งทบทวนเหตุการณ์ก่อนตอบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ประเด็น	รายการ
รหัสผู้ป่วย (Code)	
เพศ	ชาย / หญิง
อายุ (ปี)	
การศึกษา	ประถมศึกษา / มัธยมศึกษา / อนุปริญญา / ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี
ศาสนา	พุทธ / คริสต์ / อิสลาม / อื่นๆ
สถานภาพสมรส	โสด / คู่ / หมาย
ประสบการณ์การผ่าตัด	ไม่มี / มี ระบุ
โรคร่วม	ไม่มี / มี ระบุ
ชนิดของการรับความรู้สึก	General anesthesia / Regional anesthesia
ชนิดของการผ่าตัด	ซ่องห้องส่วนบน/ล่าง ระบุ กระดูกหลัง/เข่า ระบุ กระดูกแขน/ขา ระบุ อื่นๆ ระบุ
ลักษณะแผลผ่าตัด	ขนาด.....เซ้นติเมตร เย็บปิดแผลด้วยไหม / เย็บปิดแผลด้วยລວດເຢັນ / อื่นๆ
ระยะเวลาผ่าตัด (ชั่วโมง/นาที)	
ยาอะเจนต์ปอดหลังผ่าตัดที่ได้รับในห้องพักฟื้น	ไม่ได้รับ / ได้รับ ระบุ
ยาอะเจนต์ปอดที่ได้รับที่ห้องผู้ป่วย	ไม่ได้รับ / ได้รับ ระบุ

ส่วนที่ 2 การจัดการความป่วย

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการจัดการความป่วยที่ผู้ป่วยได้รับใน 24 ชั่วโมง แรกหลังการผ่าตัด โปรดดวงกลม (O) ล้อมรอบตัวเลขบนสเกลต่อไปนี้

1. การบรรเทาความป่วยหลังจากได้รับการจัดการความป่วย (ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา)

ใน 24 ชั่วโมงแรก มีมากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่บรรเทา

บรรเทาอย่างสมบูรณ์แบบ

2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการความป่วยมากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เลย

เป็นอย่างมาก

3. ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับการจัดการความป่วยมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีประโยชน์

มีประโยชน์มากที่สุด

4. วิธีการจัดการความป่วยของผู้ป่วยแบบที่ไม่ใช้ยา มีอย่างไรบ้าง?

ประคบรืน ทำสมาน หายใจลึกๆ พังเพลง

เปี่ยงเบนความสนใจ (เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ) สาดมนต์ ประคบร้อน

ผ่อนคลาย จินตภาพ เดิน นวด

อื่นๆ (ระบุ)

5. พยาบาลหรือแพทย์กระตุ้นผู้ป่วยให้ใช้วิธีการอื่นๆในการจัดการความป่วยที่ไม่ใช้ยา
มากน้อยเพียงใด?

ไม่เคย บางครั้ง บ่อยๆ

6. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดมากน้อย
เพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่พึงพอใจ

พึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ระยะสั้นของการจัดการความป่วย

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถ้ามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย ในด้านความรุนแรงของความป่วยและผลข้างเคียงของยาบรรเทาป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย โปรดตอบโดย (O) ล้อมรอบตัวเลขบนสเกลต่อไปนี้

<p>7. ระบุความป่วยที่น้อยที่สุดที่ผู้ป่วยประสบใน 24 ชั่วโมงแรก</p> 										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความป่วย										มีความป่วยที่เลวร้ายที่สุด

<p>8. ระบุความป่วยที่มากที่สุดที่ผู้ป่วยประสบใน 24 ชั่วโมงแรก</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความป่วย										มีความป่วยที่เลวร้ายที่สุด

9. ผู้ป่วยเคยมีอาการข้างเคียงต่อไปนี้หรือไม่?

9.1 คลื่นไส้ (Nausia)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

9.2 ง่วงนอน (Drowsiness)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

9.3 คัน (Itching)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

9.4 เวียนศีรษะ (Dizziness)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ระยะกลางของการจัดการความป่วย

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากความปวดที่ลดลงของผู้ป่วยใน 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยผลที่เกิดขึ้น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำกิจกรรม ด้านการนอนหลับ และด้านอารมณ์ด้านลบ โปรดตรวจสอบ (O) ล้อมรอบตัวเลขบนสเกลต่อไปนี้

10. ความป่วยบกวนการทำกิจกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด?

10.1 การทำกิจกรรมบนเตียง เช่น เปลี่ยนท่า ลูกขี้นั่ง เปลี่ยนตัวแหง



10.2 การทำกิจกรรมนอกเตียง เช่น เดิน นั่งอยู่บนเก้าอี้ ยืนข้างเตียง



11. ความประดิษฐ์ภูมิการนักลับมากน้อยมากน้อยเพียงใด?



12. ความปวดทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด?

12.1 วิตกกังวล (Anxious)



12.2 ชีมเศร้า (Depressed)



12.3 ກລັວ (Frightened)



12.4 ท้อใจหรือหมดกำลังใจ (Helpless)



မြတ်စွာလေ့လာရန် အသုတေသန ပေါ်လေ့ရှိခဲ့သည့် အကြောင်းအရာ

การใช้ผลการประเมิน
แหล่งเรียนรู้ของบุคคลในด้านต่างๆ ศืกษาแบบด้วย การตั้งใจและพยายามเป็นจริง/ถูกต้องอย่างมาก เป็นมาตรฐานที่ดี การประเมินผลพัฒนาการของบุคคลในด้านต่างๆ ศืกษาแบบด้วย การตั้งใจและพยายามเป็นจริง/ถูกต้องอย่างมาก ความเข้มงวด
แหล่งเรียนรู้ของบุคคลในด้านต่างๆ ศืกษาแบบด้วย การตั้งใจและพยายามเป็นจริง/ถูกต้องอย่างมาก ความเข้มงวด
แหล่งเรียนรู้ของบุคคลในด้านต่างๆ ศืกษาแบบด้วย การตั้งใจและพยายามเป็นจริง/ถูกต้องอย่างมาก ความเข้มงวด
แหล่งเรียนรู้ของบุคคลในด้านต่างๆ ศืกษาแบบด้วย การตั้งใจและพยายามเป็นจริง/ถูกต้องอย่างมาก ความเข้มงวด

ประเด็น	รายการ	นางสาวอรุณรัตน์จตุจิรย์	ผลการติดตามประเมิน		
			๔๙ (1)	๔๙ (0)	หมายเหตุ
2. วิธีการประเมิน					
เหมาะสมสม	นักศึกษาประเมินที่ปฏิบัติจริง	มีการประเมินความประทับใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่านตัวตัดสินใจ แต่จริงๆ แล้ว สองครั้งก็คงเป็นไปได้			
		ร่วมประเมินผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการติดต่อมา			
		4. ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่านตัวตัด ประเมินการรับผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้นเปลี่ยนแปลง สถานะทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมเดินทางตามภาระและขอความปรบดีของลูกสาวเกิดเหตุ			
		ขณะนี้ไม่ทราบสาเหตุ			
		5. ใน 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่านตัวตัด ประเมินการรับผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น การติดต่อที่ไม่เป็นผลลัพธ์ ประเมินมาตรฐานความรวดเร็วที่ลดลงของผู้ป่วย ประมาณเดือนที่เกิดขึ้น 3 ถึง 4 เดือน สำหรับการทำกิจกรรม ดำเนินการอนามัย พยาบาล และดูแลผู้ป่วยที่ด้านล่าง			
ควรปรับสูง	นักศึกษาประเมินที่ครอบคลุม	6. มีการประเมินความประทับใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตัดสินใจโดยผ่านตัวตัด ประเมินแบบสุ่มทางโทรศัพท์ ตลอดจนพิจารณาและรายงานของผู้ป่วย			
		7. มีการประเมินความประทับใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตัดสินใจโดยผ่านตัวตัด ดำเนินการอนามัย แม้จะไม่พบสาเหตุที่มีอาการปวด			
		8. มีการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตัดสินใจโดยผ่านตัวตัด ประเมินโดยผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น			
นักศึกษาประเมินอย่างต่อเนื่อง	ประเมินความประทับใจโดยผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น	9. มีการประเมินความประทับใจโดยผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น ให้ความประทับใจโดยผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น			
ประเมินอย่างต่อเนื่อง	ประเมินโดยผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น	10. มีการประเมินความประทับใจโดยผู้เข้าร่วมโดยที่ยกเว้น (Reassessment)			
		รวม	/ 7	คะแนน

ประเด็น	รายการ	การติดตามผล	ผลกระทบทางจิตใจ		
			ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	หมายเหตุ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน					
หนังสือ	มีการใช้เครื่องมือในการประเมินง่าย	11. เสื้อกรีดซึ่งมีประโยชน์ในการสำรวจความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยในราย มีคุณภาพและสมบูรณ์			
หมายเหตุ	ประเมินที่ผู้ป่วยง่าย หมายเหตุ หมายเหตุ	กับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ได้แก่ - ปากเสียงสื่อสารได้ดีใช้ VAS, VRS, NRS - ผู้ป่วยสื่อสารได้ยากใช้ Face pain assessment scale			
เครื่องมือ	มีการใช้เครื่องมือในการประเมินง่าย	12. มีการใช้เครื่องมืออย่างง่ายในการประเมินความปวด และผลลัพธ์การรักษาความปวด ได้แก่ เครื่องมือวัดสัญญาณรัก			
	ประเมินอย่างครอบคลุม	13. มีการใช้เครื่องมือที่ชัดเจน เพื่อประเมินอาการปวดในความปวด และผลลัพธ์การรักษาความปวด ได้แก่ แบบสั่งการแพทย์ต่อรวม และอย่างละเอียดที่มีคุณภาพ			
		รวม / 3 คะแนน			

ประดิษฐ์ มนต์เสน่ห์/ญาติธรรม แม่ป่า	รายการ	ผลกระทบทางเศรษฐกิจ		ผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยรวม	ผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยรวม
		ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)		
4. การติดตาม					
มนต์เสน่ห์/ญาติธรรม แม่ป่า	มีการติดตามความเรียบเรียง, ที่มีความซับซ้อน หรือจัดทำ ตามประเด็น เปลี่ยนแปลงความหมาย ได้ครบทั้งความเป็นจริงหรือ สอดคล้องกันด้วยความแหล่ง ชุมชน	14. มีการแก้ไขคราวด์ฟอร์ดังนี้ คู่ปรับที่มีความพร้อมมากที่สุดที่จะดำเนินการ (0 คะแนน) ไม่ใช่เลย (1-3 คะแนน) ปานกลาง (4-6 คะแนน) ปานกลาง (7-9 คะแนน) ปานกลางที่สุดจนทันไม่ไหว (10 คะแนน) เนื่องจากไม่สามารถจัดการความปวด			
ครุฑะพศุน	มีการติดตามผลการประชุม ครุฑะพศุน	15. มีการติดตามผลการประชุมทั้งหมดของทั้งหมดทั้งหมด (คะแนนรวมปานกลาง) การประเมินแบบทางสรุกวิทยา (สัญญาณเชิง) ตลอดจนพัฒนาและขยายผลอย่างดีเยี่ยม (พัฒนาที่นำไปสู่ผลลัพธ์) ถึงความปลายทาง ภาระของผู้รับผิดชอบ ภาระสำหรับผู้นำและผู้นำ ต้านทาน		ใช่/2 คะแนน	

ประดิษฐ์ เป็นรัฐ/รัฐตัว	รายการ	เกณฑ์การตรวจสอบ		ผลการตรวจสอบ
		ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	
5. การนำเสนอยอดผลการใช้ผลการประเมิน				
ประเมินรัฐ/รัฐตัว	มีการนำเสนอเสนอผลการประเมิน ระหว่างผู้รับผู้ให้และพัฒนาผล	มีการนำเสนอเสนอผลการประเมินและเลือกพิจารณาจัดตั้งกรอบความบังคับระหว่างผู้รับผู้ให้		
และนำยมา ลงทุนกัน	16. ผลการประเมินผลลัพธ์มีรายละเอียดชัดเจนครบถ้วนปำน ตามการประเมินผู้รับผู้ให้ทราบในรายละเอียด ตามการประเมินผู้รับผู้ให้ทราบกับการรายงานในรายละเอียด			
ให้หมายเหตุ	17. ผลการประเมินผลลัพธ์มีรายละเอียดชัดเจนครบถ้วนปำน ตามการประเมินผู้รับผู้ให้ทราบกับการรายงานในรายละเอียด ตามการประเมินผู้รับผู้ให้ทราบกับการรายงานในรายละเอียด			
ให้หมายเหตุ	18. มีการประเมินผลการประเมินความบังคับในรัฐพัฒนาทางการพัฒนา ที่เข้าใจง่าย			
ให้หมายเหตุ	19. มีการระบุในบันทึกการรายงานผลพิจารณาจัดตั้งกรอบความบังคับใน คราวປัตตครัตน์ปรับปรุงหรืออาจแก้ไขอีกครั้งหนึ่งในอนาคตที่จะมาถึง ก่อนระดับคาดหมายผู้รับผู้ให้			
ตรวจสอบ	มีเอกสารจัดทำประเมินได้ ตามความต้องการของผู้รับ ประเมิน	20. มีการประเมินทักษะผลผลิตและการประเมินผลความบังคับโดยรอบ ในรอบ 24 ชั่วโมง โดยสำหรับทักษะความรู้และคุณภาพความบังคับอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง		
				ใช่ / 5 คะแนน
				ใช่ / 20 คะแนน

ภาคผนวก ช แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิในสถานการณ์จริง ซึ่งผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำไปสังเคราะห์และสร้างข้อสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาฐานรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามที่ตรงกับข้อมูลจริง ซึ่งมี 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ด้านคุณค่าของรูปแบบ ตอนที่ 3 ด้านปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ และตอนที่ 4 ด้านจุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบ โดย 1) เติมข้อความ 2) ทำเครื่องหมายถูก (/) หน้าข้อความที่ต้องการเลือก หรือ 3) ทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบข้อความที่ต้องการเลือก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประเด็น	รายการ
บทบาทหน้าที่	โปรดทำเครื่องหมายถูก (/) หน้าข้อความที่ต้องการเลือกหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน.....ปผู้ป่วยศัลยกรรมญาติ
เพศ	ชาย / หญิง
อายุ (ปี)
การศึกษา	ประถมศึกษา / มัธยมศึกษา / อุปถัมภ์ / ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี
ศาสนา	พุทธ / คริสต์ / อิสลาม / อื่นๆ
สถานภาพสมรส	โสด / คู่ / หม้าย

ตอนที่ 2 ด้านคุณค่าของรูปแบบ

ประเด็น	ข้อคำถาม
ความเหมาะสม	<p>รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้หรือไม่ อย่างไร</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
ความคุ้มค่า	<p>รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีความคุ้มค่าต่อการนำไปใช้เพียงใด (โปรดทำเครื่องหมายถูก (/))</p> <p>หน้าข้อความที่ต้องการเลือก เลือกได้เพียง 1 ข้อ)</p> <p>..... คุ้มค่ามากที่สุด (5 คะแนน)</p> <p>..... คุ้มค่ามาก (4 คะแนน)</p> <p>..... คุ้มค่าปานกลาง (3 คะแนน)</p> <p>..... คุ้มค่าน้อย (2 คะแนน)</p> <p>..... คุ้มค่าน้อยที่สุด (1 คะแนน)</p>
ความพึงพอใจ	<p>ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการ ความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิเพียงใด (โปรดทำเครื่องหมายถูก (/))</p> <p>หน้าข้อความที่ต้องการเลือก เลือกได้เพียง 1 ข้อ)</p> <p>..... พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)</p> <p>..... พึงพอใจมาก (4 คะแนน)</p> <p>..... พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน)</p> <p>..... พึงพอใจน้อย (2 คะแนน)</p> <p>..... พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)</p>

ตอนที่ 3 ด้านปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบ

ประเด็น	ข้อคำถาม
ผู้ประเมิน	ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับผู้ประเมิน ในการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีอะไรบ้าง
วิธีการประเมิน	ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับวิธีการประเมิน ในการใช้รูปแบบการประเมิน ผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีอะไรบ้าง
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ในการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ มีอะไรบ้าง

ตอนที่ 4 ด้านจุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบ

ประเด็น	ข้อคำถาม
จุดเด่น	จุดเด่นของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิ มีอะไรบ้าง (โปรดทำเครื่องหมายถูก (/) หน้าข้อความที่ต้องการเลือก เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ใช้ง่าย/ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสะดวกในการปฏิบัติ เป็นแนวทางเดียวกัน สามารถปฏิบัติได้จริง เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานประจำวัน อื่นๆ ระบุ
จุดด้อย	จุดด้อยของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลติดภูมิ มีอะไรบ้าง (เช่น เพิ่มภาระงาน เป็นต้น)

ภาคผนวก ช คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล
ตติยภูมิ

คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ



หลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าฯ
ปีการศึกษา 2559

คำนำ

คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย หลักการและเหตุผล นิยามรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลตติยภูมิ องค์ประกอบของรูปแบบ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ได้แก่ วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย พยาบาล หัวหน้าห้องผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งแนวปฏิบัติในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับบุคคล

ผู้จัดทำหวังว่าผู้ใช้คู่มือจะมีความเข้าใจและสามารถดำเนินการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิทั้งระดับบุคคลและระดับห้องผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ของการประเมินผลและผลประโยชน์ต่างๆ ที่มีต่อผู้ป่วยที่มีความป่วย

นางอินทิรา ปากันทะ

นิติศึกษาสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตและประเมินผลการศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

28 มีนาคม 2560

สารบัญ

หน้า

หลักการและเหตุผล	3
ผู้ใช้รูปแบบ	3
นิยามรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ	3
องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ	6
แนวปฏิบัติในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วยระดับบุคคล	8
เครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย	
เอกสารชุดที่ 1 แบบบันทึกความป่วยก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย	18
เอกสารชุดที่ 2 แบบบันทึกความป่วยหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย	21
เครื่องมือประเมินสำหรับพยาบาล	
เอกสารชุดที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความป่วย	23
เอกสารชุดที่ 4 แบบบันทึกสัญญาณชีพ	24
เอกสารชุดที่ 5 แบบบันทึกทางการพยาบาล	26
เครื่องมือประเมินสำหรับหัวหน้าห้องผู้ป่วย	
เอกสารชุดที่ 6 แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	27
เครื่องมือประเมินสำหรับหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการพยาบาล	
เอกสารชุดที่ 7 แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์	
การจัดการความป่วยก่อนผ่าตัด	31
เอกสารชุดที่ 8 แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์	34
การจัดการความป่วยหลังผ่าตัด	
เอกสารชุดที่ 9 แบบตรวจสอบความต้องของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย	37
ก่อนและหลังผ่าตัด	
บรรณานุกรม	43

หลักการและเหตุผล

การประเมินความป่วยเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการความป่วย และเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในด้านความรุนแรงของความป่วย หากมีการประเมินและบันทึกคะแนนความป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ทีมสุขภาพได้ติดตามผลการรักษา อาการป่วยหลังผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้น อย่างไรก็ตามพบปัญหา อุปสรรคของการประเมินความป่วย โดยผู้ป่วยรายงานข้อมูลความป่วยไม่ตรงกับบุคลากรทางสุขภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบ หากแพทย์และพยาบาลประเมินระดับความป่วยของผู้ป่วยต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน ทำให้การสั่งยาระงับป่วยให้แก่ผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการของผู้ป่วย มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม กรณีที่ประเมินระดับความป่วยของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน ทำให้มีการสั่งยาระงับป่วยให้แก่ผู้ป่วยมากกว่าความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซ้ำซ้อนจากการได้รับยามากขึ้น

ดังนั้น ผู้จัดทำคู่มือจึงได้พัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดตั้งที่มีความตรง (Validity) ของการประเมินผล ซึ่งจะมีการควบคุมปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่ส่งผลต่อความตรงของการประเมินผล ทั้งด้านผู้ป่วย วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน การนำเสนอผลและการใช้ผลการประเมิน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำการประเมินความป่วยตามสภาพที่แท้จริง สงผลให้แพทย์และพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือจัดการความป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ผู้ใช้รูปแบบ

ผู้ใช้รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดตั้งที่มีความตรง “ได้แก่ ผู้แทนผู้ป่วย การพยาบาล หัวหน้าพยาบาล แผนกศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยศัลยกรรม

นิยามรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดตั้งที่มีความตรง

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดตั้งที่มีความตรง หมายถึง ครอบคลุมความคิดที่อธิบายองค์ประกอบของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยจาก การนำบัด ความป่วยโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลติดตั้งที่มีความตรงให้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ผล การประเมินที่มีความตรงของการประเมินผล โดยมีความสอดคล้องของผลการประเมินตาม แหล่งข้อมูล รวมทั้งมีความเหมาะสม และความครอบคลุมของการประเมินผลลัพธ์การจัดการ

ความปวด รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

คำอธิบายเพิ่มเติม

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดโรงพยาบาลติดภูมิมีการประเมิน

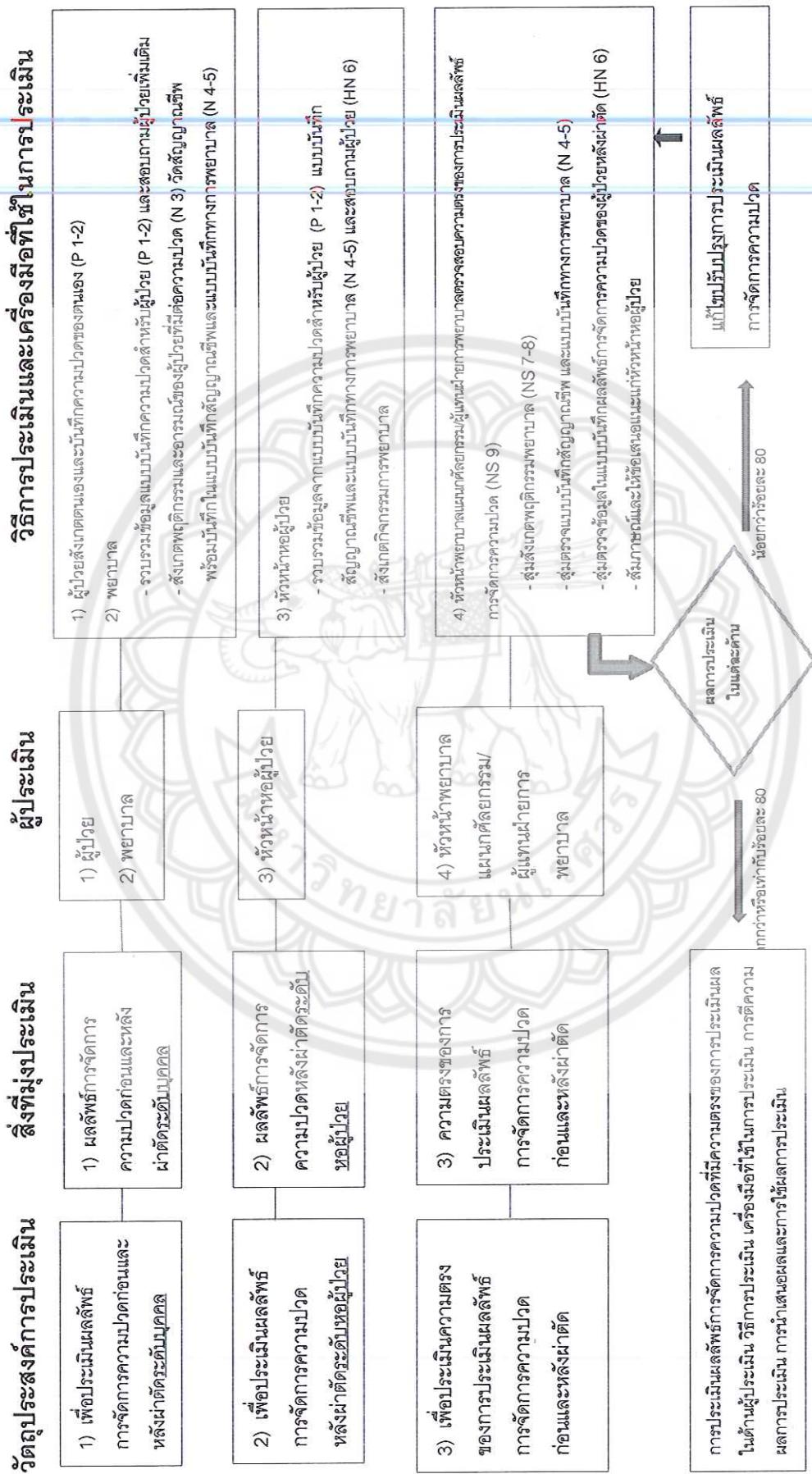
3 ประเภท คือ 1) การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล 2) การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย และ 3) การประเมินความตรงของกระบวนการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด

สำหรับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล มีการประเมินความปวด (Pain assessment) เป็นรายบุคคลตามหลักการจัดการความปวดแบบ ABCDE (Potter, & Perry, 2005, p.1241) โดยมีผู้ป่วยประเมินและบันทึกความปวดด้วยตนเอง ตามหลักการ OPQRSTUV (VIHA Quality Council, 2008) พยาบาลสังเกตพฤติกรรมและอาการณของผู้ป่วยที่มีต่อความปวดร่วมกับการนำผลการประเมินความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความปวดของผู้ป่วย และบันทึกรายงานผลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process)

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย มีหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้ประเมิน ซึ่งจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานต่างๆ ตลอดจนการสอบถามผู้ป่วย ตามแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการสังเกตกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนการประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด มีหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมหรือผู้แทนฝ่ายการพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินอภิมาน โดยการให้คำปรึกษา (Consultant metaevaluation) และให้ข้อเสนอแนะแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย ตามผลการตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดเกี่ยวกับผู้ประเมิน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การตีความผลการประเมิน และการนำเสนอผล และการใช้ผลการประเมิน เพื่อให้เกิดความโปร่งใส เชื่อถือแก่ผู้นำผลการประเมินไปใช้ว่าการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดนั้นมีความเป็นจริง ถูกต้องแม่นยำ เหมาะสม และครอบคลุม

รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดโรงพยาบาลติดภูมิ มีแสดงดังภาพ 1



องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ
รูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาลติดภูมิ ประกอบด้วย¹
วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่ประเมิน ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินดังแสดง
ในตาราง 1

ตาราง 1 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยในโรงพยาบาล ติดภูมิ

วัตถุประสงค์การประเมิน 1. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัดระดับบุคคล				
สิ่งที่ประเมิน (The objects of evaluation)	ผู้ประเมิน (The evaluators)	วิธีการประเมิน (The procedures)	เครื่องมือประเมิน (The tools of evaluation)	หมายเหตุ
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนผ่าตัดระดับบุคคล	ผู้ป่วย (Patient)	- การสังเกตตนเอง ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย	- แบบบันทึกความป่วย ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 1)	เอกสารชุดที่ 1 (P 1)
	พยาบาล (Nurse)	- การ觀察รวมข้อมูลจาก แบบบันทึกความป่วย ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 1) - การสอบถามผู้ป่วย เพิ่มเติม - การสังเกตพฤติกรรม และความสงบของผู้ป่วย ที่มีต่อความป่วย	- แบบสังเกตพฤติกรรม และความสงบของผู้ป่วย ที่มีต่อความป่วย - แบบบันทึกสัญญาณชีพ - แบบบันทึกทางการ พยาบาล	เอกสารชุดที่ 3 (N 3) เอกสารชุดที่ 4-5 (เอกสารตาม แบบฟอร์มของ โรงพยาบาล) (N 4-5)
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับบุคคล	ผู้ป่วย (Patient)	- การสังเกตตนเอง หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย	- แบบบันทึกความป่วย หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 2)	เอกสารชุดที่ 2 (P 2)
	พยาบาล (Nurse)	- การ觀察รวมข้อมูลจาก แบบบันทึกความป่วย หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 2) - การสอบถามผู้ป่วย เพิ่มเติม - การสังเกตพฤติกรรม และความสงบของผู้ป่วย ที่มีต่อความป่วย - การวัดสัญญาณชีพ	- แบบสังเกตพฤติกรรม และความสงบของผู้ป่วย ที่มีต่อความป่วย - แบบบันทึกสัญญาณชีพ - แบบบันทึกทางการ พยาบาล	เอกสารชุดที่ 3 (N 3) เอกสารชุดที่ 4-5 (เอกสารตาม แบบฟอร์มของ โรงพยาบาล) (N 4-5)

ตาราง 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์การประเมิน 2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย				
สิ่งที่ประเมิน (The objects of evaluation)	ผู้ประเมิน (The evaluators)	วิธีการประเมิน (The procedures)	เครื่องมือประเมิน (The tools of evaluation)	หมายเหตุ
ผลลัพธ์การจัดการความป่วยหลังผ่าตัดระดับหอผู้ป่วย	หัวหน้าห้องผู้ป่วย (Head nurse)	<ul style="list-style-type: none"> - การร่วบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วย หลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 2) แบบบันทึกสัญญาณชีพและแบบบันทึกทางการพยาบาล - การสอบถามผู้ป่วย - การสังเกตกิจกรรมการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> -แบบบันทึกผลลัพธ์ การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ประเมินผลลัพธ์ระดับล้วน และระยะกลางในภาพรวม) 	เอกสารชุดที่ 6 (HN 6)

วัตถุประสงค์การประเมิน 3. เพื่อประเมินความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วยก่อนและหลังผ่าตัด				
ความต้องของ การประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด	หัวหน้าพยาบาล แผนกศัลยกรรม/ ผู้แทนฝ่ายการ พยาบาล (Nursing supervisor)	ผู้ประเมิน ความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนผ่าตัด	แบบตั้งเกตพุติกรรม พยาบาลผู้ประเมินความ ป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนผ่าตัด	เอกสารชุดที่ 7 (NS 7)
		<ul style="list-style-type: none"> - การสุมสังเกตพุติกรรม พยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนผ่าตัด - การสุมสังเกตพุติกรรม พยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย หลังผ่าตัด - การสุมตรวจแบบบันทึกสัญญาณชีพและแบบบันทึกทางการพยาบาล การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด - การสุมตรวจแบบบันทึกผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การสัมภาษณ์และให้ข้อเสนอแนะแก่หัวหน้าห้องผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบตั้งเกตพุติกรรม พยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนผ่าตัด - แบบตั้งเกตพุติกรรม พยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์ การจัดการความป่วย หลังผ่าตัด - แบบตรวจความต้องของการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด - แบบตรวจความต้องของการประเมินผลลัพธ์ การจัดการความป่วย ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การสัมภาษณ์และให้ข้อเสนอแนะแก่หัวหน้าห้องผู้ป่วย 	เอกสารชุดที่ 8 (NS 8)
				เอกสารชุดที่ 9 (NS 9)

แนวปฏิบัติในการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดระดับบุคคล

แนวปฏิบัติในการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดระดับบุคคล ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนผ่าตัด สำหรับพยาบาล และแนวปฏิบัติในการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวปฏิบัติในการประเมินความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดก่อนผ่าตัดสำหรับพยาบาล

1.1 การเตรียมผู้ป่วย มีการปฏิบัติ ดังนี้

- 1) อ่านเวชระเบียนผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย
- 2) ทักทายสวัสดีและถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย
- 3) ถามความเข้าใจตัวเลข 1-10
- 4) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับวิธีประเมินความปวด โดยบอกคะแนนความปวด และระดับความปวดตามเครื่องมือประเมินความปวด และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเองในแบบบันทึกความปวดก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 การบันทึกความปวด เมื่อแรกรับก่อนผ่าตัด และส่วนที่ 2 การบันทึกความปวดอย่างต่อเนื่องก่อนผ่าตัด (เอกสารชุดที่ 1)

1.2 การประเมินและบันทึกความปวดเมื่อแรกรับก่อนผ่าตัด

รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความปวดเมื่อแรกรับก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย พร้อมสอบถามเพิ่มเติมเพื่อความครอบคลุมในประเด็น OPQRSTUV ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ประเด็นคำถามในการประเมินและบันทึกความปวดเมื่อแรกรับก่อนผ่าตัด

ประเด็น	คำถาม
Onset (ระยะเวลาที่ปวด)	1) ปวดตั้งแต่เมื่อไหร่ ปวดนานนานเท่าใด ปวดบ่อยแค่ไหน (ปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ)
Provoking/Palliating (สิ่งกระตุ้น/บรรเทาความปวด)	2) สาเหตุของความปวดคืออะไร 3) สิ่งที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลงมีอะไรบ้าง
Quality/Characteristic (คุณภาพหรือคุณลักษณะของความปวด)	4) ปวดแบบใด (เช่น ปวดแบบปวดร้อน ปวดแบบแหลมคม ปวดตื้อๆ)
Region/Radiation (ตำแหน่งที่ปวด)	5) ตำแหน่งใดที่ปวดมากที่สุด 6) ปวดร้าวไปที่ใดบ้าง

ประเด็น	คำถาม
Severity (ความรุนแรงของความปวด)	7) ปวดเท่าใด (0-10) 8) ความปวดทำให้รู้สึกอย่างไร (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ กลัว ห้อใจหรือหมดกำลังใจ เป็นต้น)
Treatment (การบำบัดความปวด)	9) มีวิธีการบรรเทาความปวดอย่างไรบ้าง 10) พอบัญหาจากการใช้วิธีการบรรเทาปวดอะไรบ้าง 11) เคยใช้วิธีใดที่ทำให้หายปวด
Understanding/Impact on you (ความเข้าใจ/ผลกระทบจากความปวด)	12) ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีอะไรบ้าง
Values (คุณค่า)	13) เป้าหมายที่คาดหวังคืออะไร (เช่น ไม่ปวดเลย นอนหลับได้ เป็นต้น)

1.3 การประเมินและบันทึกความปวดอย่างต่อเนื่องก่อนผ่าตัด

ทำการประเมินเมื่อ Numerical Rating Scale (NRS) > 0 โดยประเมินทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่ง NRS = 0 จำนวน 4 ครั้ง จึงหยุดประเมิน วิธีการประเมินเวิ่มแรกทำการรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความปวดอย่างต่อเนื่องก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามเพิ่มเติมเพื่อความครอบคลุมในประเด็น QRSTU ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ประเด็นคำถามในการประเมินและบันทึกความปวดอย่างต่อเนื่องก่อนผ่าตัด

ประเด็น	คำถาม
Quality/Characteristic (คุณภาพ หรือคุณลักษณะของความปวด)	1) ปวดแบบใด (เช่น ปวดแบบปวดร้อน ปวดแบบแหลมคม ปวดตื้อๆ)
Region/Radiation (ตำแหน่งที่ปวด)	2) ตำแหน่งใดที่ปวดมากที่สุด 3) ปวดร้าวไปที่ใดบ้าง
Severity (ความรุนแรงของความปวด)	4) ปวดเท่าใด (0-10) 5) ความปวดทำให้รู้สึกอย่างไร (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ กลัว ห้อใจหรือหมดกำลังใจ เป็นต้น)
Treatment (การบำบัดความปวด)	6) มีวิธีการบรรเทาอาการปวดอย่างไรบ้าง 7) พอบัญหาจากการใช้วิธีการบรรเทาปวดอะไรบ้าง
Understanding/Impact on you (ความเข้าใจ/ผลกระทบจากความปวด)	8) ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยมีอะไรบ้าง (เช่น รบกวนการทำกิจกรรม รบกวนการนอนหลับพักผ่อน)

1.4 การตรวจสอบและบันทึกพฤติกรรมและความณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความปวด
พยาบาลตรวจสอบและบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความปวด
(ตาราง 4) การนอนหลับพักผ่อน การทำงาน/กิจวัตรประจำวัน รวมทั้งอารมณ์ด้านลบ ได้แก่
ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล (ตาราง 5) โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและความณ์ของผู้ป่วย
ที่มีต่อความปวดเป็นเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบ (เอกสารชุดที่ 3)

ตาราง 4 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความปวด

ประเด็น	พฤติกรรม
การแสดงออกทางสีหน้า	ลีน้ำผื่นคลาย หน้าเงี่ยวคิ้วขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น
การเคลื่อนไหว	นอนลงบนบันได นอนบิดไปมา
น้ำเสียง	ร้องครรภุณุราง ร้องให้ เสียงสูดปาก ร้องกรีด

1.5 การตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย

วัดซีพจช การหายใจ และความดันโลหิตของผู้ป่วย พร้อมบันทึกค่าที่วัดได้

1.6 การสรุปผลการประเมิน มีการปฏิบัติ ดังนี้

1) แปลผลคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรายงานให้เป็นระดับความปวด
โดยพิจารณาจากการแสดงออกทางสีหน้า สัญญาณชีพ การพักผ่อน การทำงาน/กิจวัตรประจำวัน
ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลของผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 การเปลี่ยนแปลงความปวดของผู้ป่วยให้เป็นระดับความปวด

ระดับ ความ ปวด	ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก	ปวด มาก ที่สุด จนหน ไม่ไหว						
คะแนน ความปวด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สัญญาณ ชีพ	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	เปลี่ยนแปลงชัดเจน (เพิ่มขึ้นมาก)								
การ พักผ่อน	พักผ่อนได้	พักผ่อนไม่เพียงพอ / นอนหลับฯ ตื่นฯ	ไม่สามารถพักผ่อนได้ / นอนไม่หลับ								
การทำ กิจวัตร ประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (เช่น รับประทานอาหารได้เอง ตุกไปเข้าห้องน้ำได้)	มีผู้ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้								
ความทุกข์ ทรมาน	ไม่มี	พอสมควร	มาก								
ความวิตก กังวล	ไม่มี	ไม่มาก	มาก								

ที่มา: ทีมนำบริการศัลยศาสตร์, 2552 ; ประไบช์น์ บุญสินสุข, 2550, หน้า 38 ; โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้า, 2559 ; HCANJ, 2006, p. 16

2) วางแผนจัดการความปวดโดยใช้วิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงความปวดของผู้ป่วย (ตาราง 6)

3) แจ้งผู้ป่วยและญาติได้ว่าทราบผลการประเมินและมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการความปวดที่เหมาะสมกับระดับความปวดของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางจัดการความปวดที่สอดคล้องกับระดับความปวด ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แผนการจัดการความปวดที่สอดคล้องกับระดับความปวด

ระดับ ความ ปวด	คะแนน ความ ปวด	การจัดการความปวด (Pain management)		การประเมินความปวดซ้ำ (Reassessment)	
		ใช้ยา	ไม่ใช้ยา	ใช้ยา	ไม่ใช้ยา
		ปวด	1-3	Non-opioid เช่น Paracetamol ± NSAIDs เช่น Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen เป็นต้น	- เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าลึกๆ และผ่อนลงหายใจออกช้าๆ - ทำสมานธุ - เมื่อยเม่นความปวด - ประคบร้อน/เย็น (กรณีไม่มีข้อห้าม)
ปาน	4-6	Weak opioid เช่น Tramadol, TWC, Duocetiz, Ultracet เป็นต้น ± Non-opioid เช่น Paracetamol ± NSAIDs เช่น Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Indomethacin, Piroxicam, Dynastat (Parecoxib) เป็นต้น		- จัดทำนอนที่เหมาะสม (กรณีไม่มีข้อห้าม) - อื่นๆ	- จากการระงับปวด หรือไม่ อาการที่พบได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ง่วงนอนดัน
ปวดมาก	7-10	Strong opioid เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl เป็นต้น (โดยที่คะแนนสูงชื่ม ชนทน ไม่ไหว น้อยกว่า 2 และต้องญาณซึ่งปกติ) ± Non-opioid เช่น Paracetamol ± NSAIDs			

ที่มา: เจอกุล อโนธรรมณ์, 2550, หน้า 21-22; นฤมล นุ้ยนุ่น, 2556; ศิริพร ศิริบุรานนท์ และคณะ, 2552, หน้า 39; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552, หน้า 6; HCANJ, 2006, p. 16

4) บันทึกข้อมูลผลการประเมินความป่วยในแบบบันทึกสัญญาณชีพและแบบบันทึกทางการพยาบาล

2. แนวปฏิบัติในการประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการความป่วย หลังผ่าตัดสำหรับพยาบาล

2.1 การเตรียมผู้ป่วย มีการปฏิบัติ ดังนี้

- 1) อ่านเวชระเบียนผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย
- 2) ทักษะสั่งสั่งและถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย
- 3) ถามความเข้าใจตัวเลข 1-10
- 4) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความป่วยหลังผ่าตัดว่า "ความป่วยของแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับชนิดหรือขนาดของแผลผ่าตัด แต่ถึงแม้ว่าจะได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกันอาจจะป่วยไม่เหมือนกัน และความป่วยหลังผ่าตัดจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป" (สมาคมการศึกษาเรื่องความป่วยแห่งประเทศไทย, 2552, หน้า 4)
- 5) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับวิธีประเมินความป่วย โดยบอกคะแนนความป่วยและระดับความป่วยตามเครื่องมือประเมินความป่วย และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเองในแบบบันทึกความป่วยหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วย (เอกสารชุดที่ 2)

2.2 การประเมินและบันทึกความป่วยอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด

ประเมินอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จนครบ 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นถ้าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง วิธีการประเมินเริ่มแรกทำการรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความป่วยอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย จากนั้นสอบถามเพิ่มเติมเพื่อความครอบคลุมในประเด็น QRSTU ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ประเด็นคำถามในการประเมินและบันทึกความป่วยอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด

ประเด็น	คำถาม
Quality/Characteristic (คุณภาพหรือคุณลักษณะของความป่วย)	1) ปวดแบบใด (เช่น ปวดแบบปวดร้อน ปวดแบบแผลมอม ปวดตื้อๆ)
Region/Radiation (ตำแหน่งที่ปวด)	2) ตำแหน่งใดที่ปวดมากที่สุด 3) ปวดร้าวไปที่ใดบ้าง 4) ปวดในตำแหน่งอื่นที่ไม่ได้ผ่าตัดหรือไม่
Severity (ความรุนแรงของความป่วย)	5) ขณะพัก ปวดเท่าใด (0-10) 6) ขณะมีการขยับตัวเคลื่อนไหว ไอ หรือหายใจลึกๆ ปวดเท่าใด (0-10)
Treatment (การบำบัดความป่วย)	7) ความป่วยทำให้รู้สึกอย่างไร (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า กรรมา ห้อใจหรือหมดกำลังใจ เป็นต้น)
Understanding/Impact on you (ความเข้าใจ/ผลกระทบจากความป่วย)	8) มีวิธีการบรรเทาปวดอะไรบ้าง 9) พอบัญญาจากการใช้วิธีการบรรเทาปวดอะไรบ้าง 10) ผลกระทบจากการป่วยมีอะไรบ้าง (เช่น รบกวน การทำงาน นอนหลับพักผ่อน เป็นต้น)

2.3 การตรวจสอบและบันทึกพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความป่วย
พยายามตรวจสอบและบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความป่วย
(ตาราง 8) การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน รวมทั้งอารมณ์ด้านลบ ได้แก่
ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล (ตาราง 9) โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย
ที่มีต่อความป่วยเป็นเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบ (เอกสารชุดที่ 3)

ตาราง 8 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความป่วย

ประเด็น	พฤติกรรม
การแสดงออกทางสีหน้า	สีหน้าผ่องคลาย หน้านิ่วคิวามวด กัดฟัน หลับตาแน่น
การเคลื่อนไหว	นอนสงบนิ่ง นอนบิดไปมา
น้ำเสียง	ร้องครรภุคราง ร้องไห้ เสียงสูดปาก ร้องกรีด

2.4 การตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย

วัดซึ่งพิจารณา การหายใจ และความดันโลหิตของผู้ป่วย พร้อมบันทึกค่าที่วัดได้

2.5 การสรุปผลการประเมิน มีการปฏิบัติ ดังนี้

1) แปลผลคะแนนความป่วยของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรายงานให้เป็นระดับความป่วย

โดยพิจารณาจากการแสดงออกทางสีหน้า สัญญาณชีพ การพักผ่อน การทำกิจกรรมประจำวัน ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลของผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 การแปลผลคะแนนความป่วยของผู้ป่วยให้เป็นระดับความป่วย

ระดับความป่วย	ไม่ป่วย	ป่วยเล็กน้อย	ป่วยปานกลาง	ป่วยมาก	ป่วยมากที่สุดจนทนไม่ไหว						
คะแนนความป่วย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สัญญาณชีพ	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	เปลี่ยนแปลงชัดเจน (เพิ่มขึ้นมาก)								
การพักผ่อน	พักผ่อนได้	พักผ่อนไม่เพียงพอ / นอนหลับฯ ตื่นฯ	ไม่สามารถพักผ่อนได้ / นอนไม่นหลับ								
การทำกิจกรรมประจำวัน	ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้ (เช่น รับประทานอาหารได้เอง ลุกไปเข้าห้องน้ำได้)	มีรู้สึกแย่หรือในการทำกิจกรรมประจำวัน	ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองไม่ได้								
ความทุกข์ทรมาน	ไม่มี	พอสมควร	มาก								
ความวิตกกังวล	ไม่มี	ไม่มาก	มาก								

ที่มา: ที่มำนำบริการศัลยศาสตร์, 2552 ; ประโยชน์ บุญสินสุข, 2550, หน้า 38 ; โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้า, 2559 ; HCANJ, 2006, p. 16

2) วางแผนจัดการความป่วยโดยใช้วิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับการแปลผลคะแนนความป่วยของผู้ป่วย (ตาราง 10)

3) แจ้งผู้ป่วยและญาติได้วรับทราบผลการประเมินและมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการความปวดที่เหมาะสมกับระดับความปวดของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางจัดการความปวดที่สอดคล้องกับระดับความปวด ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แผนการจัดการความปวดที่สอดคล้องกับระดับความปวด

ระดับ ความ ปวด	คะแนน ความ ปวด	การจัดการความปวด (Pain management)		การประเมินความปวดซ้ำ (Reassessment)	
		ใช้ยา	ไม่ใช้ยา	ใช้ยา	ไม่ใช้ยา
		ใช้ยา	ไม่ใช้ยา	ใช้ยา	ไม่ใช้ยา
ปวด เล็กน้อย	1-3	<u>Non-opioid</u> เช่น Paracetamol ± NSAIDs เช่น Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen เป็นต้น	- เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าลึกๆ และผ่อนลงหายใจ ออกช้าๆ	- หลังได้รับยา 15-30 นาที เพื่อติดตามดูว่า ดันเอง	- หลังจัดการ ความปวดด้วย ตนเอง
ปวด ปานกลาง	4-6	<u>Weak opioid</u> เช่น Tramadol, TWC, Duocet, Ultracet เป็นต้น ± <u>Non-opioid</u> เช่น Paracetamol ± NSAIDs เช่น Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Indomethacin, Piroxicam, Dynastat (Parecoxib) เป็นต้น	- เปี่ยงเบนความปวด - ประคบร้อน/เย็น (กรณีไม่มีข้อห้าม) - จัดท่านอนที่เหมาะสม	1) ได้ผลในการ ระงับปวดหรือไม่ 2) เกิดผลข้างเคียง และการแทรก ข้อน	15-30 นาที 1) ได้ผลในการ ระงับปวดหรือไม่ 2) เกิดผลข้างเคียง และอาการแทรก ข้อน
ปวดมาก ถึง ปวดมาก ที่สุด จนทน ไม่ไหว	7-10	<u>Strong opioid</u> เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl เป็นต้น (โดยที่ คะแนนร่วงซึม (Sedation score) น้อยกว่า 2 และสูญญานะเพปกติ) ± <u>Non-opioid</u> เช่น Paracetamol ± NSAIDs		จากการระงับปวด หรือไม่ อาการที่พบ ได้แก่ เตียนศีรษะ คลื่นไส้ ง่วงนอน ต้น	

ที่มา: เจือกุล อินธรรมณ์, 2550, หน้า 21-22; นฤมล นุ้ยนุ่น, 2556; ศิริพร ศิริบุราวน์ และคณะ, 2552, หน้า 39; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552, หน้า 6; HCANJ, 2006, p. 16

4) บันทึกข้อมูลผลการประเมินความป่วยในแบบบันทึกสัญญาณชีพและแบบ
บันทึกทางการพยาบาล

เครื่องมือประเมิน

1. เครื่องมือประเมินสำหรับผู้ป่วย

เอกสารชุดที่ 1 แบบบันทึกความป่วยก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (P 1)

เอกสารชุดที่ 2 แบบบันทึกความป่วยหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย (P 2)

2. เครื่องมือประเมินสำหรับพยาบาล

เอกสารชุดที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมและอาการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความป่วย (N 3)

เอกสารชุดที่ 4 แบบบันทึกสัญญาณชีพ (N 4)

เอกสารชุดที่ 5 แบบบันทึกทางการพยาบาล (N 5)

3. เครื่องมือประเมินสำหรับหัวหน้าห้องผู้ป่วย

เอกสารชุดที่ 6 แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (HN 6)

4. เครื่องมือประเมินสำหรับหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนฝ่ายการ พยาบาล

เอกสารชุดที่ 7 แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการ
ความป่วยก่อนผ่าตัด (NS 7)

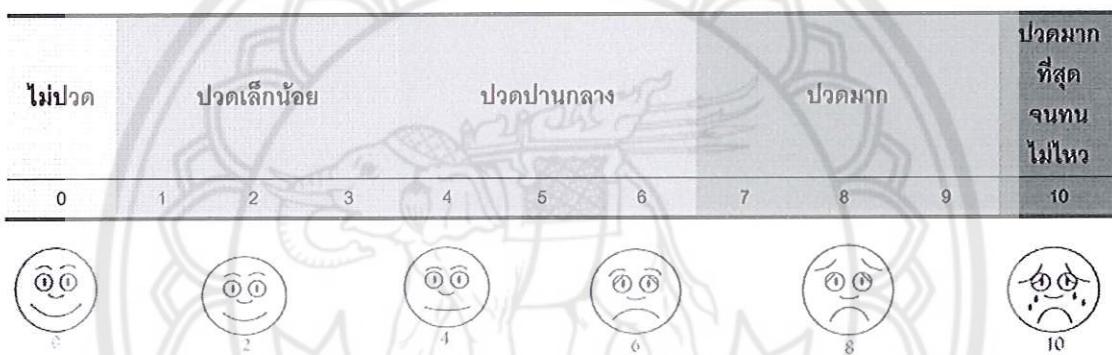
เอกสารชุดที่ 8 แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลผู้ประเมินความป่วยและผลลัพธ์การจัดการ
ความป่วยหลังผ่าตัด (NS 8)

เอกสารชุดที่ 9 แบบตรวจสอบความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความป่วย
ก่อนและหลังผ่าตัด (NS 9)

เอกสารชุดที่ 1
แบบบันทึกความป่วยก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง

แบบบันทึกความป่วยก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 การบันทึกความป่วยเมื่อแรกรับก่อนผ่าตัด และส่วนที่ 2 การบันทึกความป่วยย่างต่อเนื่องก่อนผ่าตัด ขอความกรุณาผู้ป่วยเติมข้อความคำตอบใบเชื่อมว่างทางขวามีอยู่ข้อตามความเป็นจริง และให้ระบุคะแนนความป่วยเป็นตัวเลข โดย 0 คะแนน หมายถึง “ไม่ป่วย” 10 คะแนน หมายถึง “ป่วยมากที่สุดจนทนไม่ไหว” ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 เครื่องมือประเมินความป่วย

ที่มา: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559 ; HCANJ, 2006, p. 16

ส่วนที่ 1 การบันทึกความป่วยเมื่อแรกรับก่อนผ่าตัด

ข้อที่	คำถ้าม	คำตอบ
1.1	ป่วยตั้งแต่เมื่อไหร่ ป่วยนานนานเท่าใด ป่วยบ่อยแค่ไหน (ป่วยตลอดเวลา หรือป่วยเป็นพักๆ)	
1.2	สาเหตุของความป่วยคืออะไร	
1.3	สิ่งที่ทำให้ป่วยเพิ่มขึ้นมีอะไรบ้าง	
1.4	สิ่งที่ทำให้ป่วยลดลงมีอะไรบ้าง	
1.5	ป่วยแบบใด (เช่น ป่วยเสบป่วยร้อน ป่วยแบบ แผลคอม ป่วยตื้อๆ)	
1.6	ตำแหน่งใดที่ป่วยมากที่สุด	
1.7	ป่วยร้าวไปที่ใดบ้าง	
1.8	ป่วยเท่าใด (0-10)	
1.9	ความป่วยทำให้ล้ากอย่างไร (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ใจกระวนัด หัวใจหรือหมัดกำลังใจ เป็นต้น)	
1.10	มีวิธีการบรรเทาความป่วยอย่างไรบ้าง	
1.11	พบปัญหาจากการใช้วิธีการบรรเทาป่วยอย่างไรบ้าง	
1.12	เคยใช้วิธีใดที่ทำให้นายป่วย	
1.13	ผลกระทบของความป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัว มีอะไรบ้าง	
1.14	เป้าหมายที่คาดหวังคืออะไร (เช่น ไม่ป่วยเลย นอนหลับได้ เป็นต้น)	

ส่วนที่ 2 การบันทึกความประพฤติของผู้ป่วย (กรณ์) กรณีอยู่ห้องพยาบาล ไม่ต้องบันทึก และหยุดบันทึก เมื่อคราวแนะนำยาตามปกติเท่านั้น (0) จำนวน 4 ครั้ง)

ข้อที่	คำยานม	วันที่ เดือน พ.ศ.
การไดร์บยาประเทาปวด : 1) PCA 2) Around the clock : oral / vein 3) PRN : oral / vein (พยายามติดเชือกความแสดงทำเครื่องหมายวากล (O) ถ้ามาระบุระหว่างรอบเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ระบุไว้ในช่วงเวลาที่ระบุ)		
2.1	ปวดแบบใด (เช่น ปวดแบบปวดร้าว ปวดแบบแย่งลมคุม ปวดตื้อๆ)	เวลา 02.00 น. เวลา 06.00 น. เวลา 10.00 น. เวลา 14.00 น. เวลา 18.00 น. เวลา 22.00 น.
2.2	ตัวแห่นใดที่ปวดมากที่สุด	
2.3	ปวดร้าวไปที่ใดบ้าง	
2.4	ขณะหลับ ปวดเท่าใด (0-10)	
2.5	ขณะเมื่อการรักษาแบบตัวต่อตัวสิ่งน้ำยา ไอ หรือ หายใจลำบาก ปวดเท่าใด (0-10)	
2.6	ความบอกรักษาอย่างไร (เช่น วิธีการขจัด ซึมดับ น้ำยา กระตุ้นเจ็บชัก หมายกำลังใจ เป็นต้น)	
2.7	มีวิธีการบรรเทาอาการปวดอย่างไรบ้าง	
2.8	พบปัญหาจากการใช้วิธีการบรรเทาปวด อะไรบ้าง	
2.9	ผลลัพธ์ของความปวดต่อผู้ป่วยเมื่อวานนี้ (เช่น ระบบทางการหายใจทำงาน ระบบภูมิคุ้มกัน หลับพักผ่อน)	

เอกสารชุดที่ 2
แบบบันทึกความป่วยหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง

ขอความกรุณาผู้ป่วยเติมข้อความคำตอบในช่องว่างทางขวามือทุกช่องตามความเป็นจริง และให้ระบุคะแนนความป่วยเป็นตัวเลข โดย 0 คะแนน หมายถึง “ไม่ป่วย” 10 คะแนน หมายถึง “ป่วยมากที่สุดจนทนไม่ไหว” ดังแสดงในภาพ 3



ภาพ 3 เครื่องมือประเมินความป่วย

ที่มา: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559 ; HCANJ, 2006, p. 16

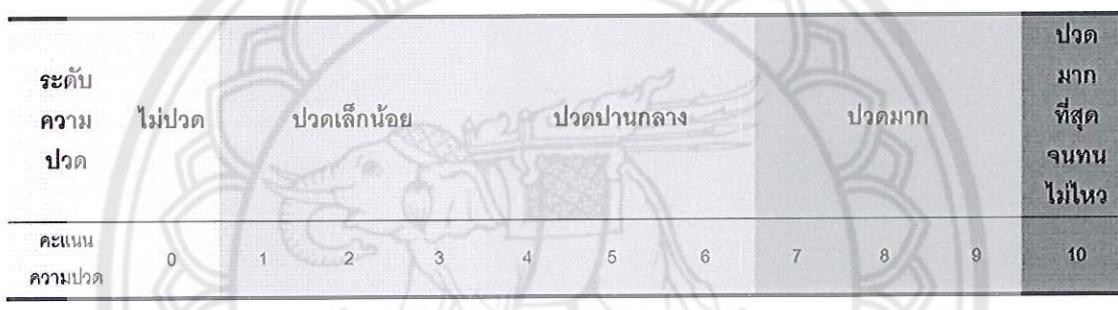
แบบฟึกครวามปอดอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด (กรณีนอนหลับไม่ติดทนทึก)

ข้อที่	คำถาม	วันที่ เดือน พ.ศ. / แม่น้ำ 1 - 2 - 3	การไดร์บยาบริเวณปอด : 1) PCA 2) Around the clock : oral / vein (พยานภาษาไทยมีชื่อความแสดงทำเครื่องหมายภาษาอังกฤษ (O) ส้อมจะประนีประนอมารยาจะเป็นที่รักที่สุด)
	เวลา	เวลา	เวลา
1	ปวดแบบใด (เรื้อรัง ปวดแบบรุนแรง ปวดแบบเฉลี่ยวอน ปวดตื้อๆ)	เวลา 02.00 น.	เวลา 06.00 น.
2	ตำแหน่งใดที่ปวดมากที่สุด	เวลา 10.00 น.	เวลา 14.00 น.
3	ปวดร้าวไปที่ใด		
4	ปวดในตำแหน่งไหนที่ไม่ได้มาติดหรือไม่		
5	ขณะพัก ปวดเท่าใด (0-10)		
6	ขณะฝึกหายใจตัวเล็กน้อย หายใจลึกๆ ปวดเท่าใด (0-10)		
7	ความปวดหัวที่รู้สึกอย่างไร (เข้ม วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ กลัว ห้อใจหรือหูมดดำลง)		
8	มีวิธีการบรรเทาปวดด้วยตนเองอย่างไรบ้าง		

เอกสารชุดที่ 3
แบบสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความปวด

คำชี้แจง

แบบสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อความปวด เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการประเมินความปวดของผู้ป่วย ประกอบด้วย การแสดงออกทางสีหน้า สัญญาณชีพ การพักผ่อน การทำกิจวัตรประจำวัน ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้ร่วมกับแบบบันทึกความปวดก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พยาบาลตัดสินใจวางแผนจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม



สัญญาณ ชีพ	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	เปลี่ยนแปลงชัดเจน (เพิ่มขึ้นมาก)
การ พักผ่อน	พักผ่อนได้	พักผ่อนไม่เพียงพอ / นอนหลับฯ ตื่นฯ	ไม่สามารถพักผ่อนได้ / นอนไม่หลับ
การทำ กิจวัตร ประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (เช่น รับประทานอาหารได้เอง ถูกไปเข้าห้องน้ำได้)	มีผู้ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้
ความทุกข์ ทรมาน	ไม่มี	พอสมควร	มาก
ความวิตก กังวล	ไม่มี	ไม่มาก	มาก

ที่มา: ที่มำนำบริการศัลยศาสตร์, 2552 ; ประไยช์ บุญสินสุข, 2550, หน้า 38 ; โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559 ; HCANJ, 2006, p. 16

เอกสารชุดที่ 6
แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
(หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลางในภาพรวม)

คำชี้แจง

แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 การจัดการความปวด ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ระยะสั้นของการจัดการความปวด และ ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ระยะกลางของการจัดการความปวด ขอความกรุณาหัวหน้าหอผู้ป่วยบันทึกข้อมูลโดยการ รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กิจกรรมการพยาบาล และการสอบถามผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง (ให้ผู้ป่วยนึก ทบทวนเหตุการณ์ก่อนตอบ) สำหรับคำถามข้อที่ 7-8 ให้รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกสัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางการพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ประเด็น	รายการ
รหัสผู้ป่วย (Code)	
เพศ	ชาย / หญิง
อายุ (ปี)	
การศึกษา	ประถมศึกษา / มัธยมศึกษา / อันุปริญญา / ปริญญาตรี / ศูนกว่าปริญญาตรี
ศาสนา	พุทธ / คริสต์ / อิสลาม / อื่นๆ
สถานภาพสมรส	โสด / คู่ / หม้าย
ประสบการณ์การผ่าตัด	ไม่มี / มี ระบุ
โรคร่วม	ไม่มี / มี ระบุ
ชนิดของการระงับความรู้สึก	General anesthesia / Regional anesthesia
ชนิดของการผ่าตัด	ซ่องห้องผ่านบน/ล่าง ระบุ กระดูกหลัง/เข่า ระบุ กระดูกแขน/ขา ระบุ อื่นๆ ระบุ
ลักษณะแผลผ่าตัด	ขนาด.....เซนติเมตร เย็บปิดแผลด้วยไหม / เย็บปิดแผลด้วยคลาดเย็บ / อื่นๆ
ระยะเวลาผ่าตัด (ชั่วโมง/นาที)	
ยาอะเจนต์ปอดหลังผ่าตัดที่ได้รับ ในห้องพักพื้น	ไม่ได้รับ / ได้รับ ระบุ
ยาอะเจนต์ปอดที่ได้รับที่หอผู้ป่วย	ไม่ได้รับ / ได้รับ ระบุ

ส่วนที่ 2 การจัดการความป่วย

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการจัดการความป่วยที่ผู้ป่วยได้รับใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด โปรดตอบโดย (O) ล้อมรอบตัวเลขบนสเกลล์ต่อไปนี้

1. การบรรเทาความป่วยหลังจากได้รับการจัดการความป่วย (ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา)

ใน 24 ชั่วโมงแรก มีมากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่บรรเทา

บรรเทาอย่างสมบูรณ์แบบ

2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการความป่วยมากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เลย

เป็นอย่างมาก

3. ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับการจัดการความป่วยมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีประโยชน์

มีประโยชน์มากที่สุด

4. วิธีการจัดการความป่วยของผู้ป่วยแบบที่ไม่ใช้ยา มีอย่างไรบ้าง?

_____ ประคบร้อน	_____ ทำสมายด์	_____ หายใจลึกๆ	_____ พั่งเพลง
_____ เบี่ยงเบนความสนใจ (เร่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ)	_____ สาดมนต์	_____ ประคบร้อน	
_____ ผ่อนคลาย	_____ จินตนาพ	_____ เติน	_____ นวด
_____ อื่นๆ (ระบุ)			

5. พยาบาลหรือแพทย์กระตุนผู้ป่วยให้ใช้วิธีการอื่นๆในการจัดการความป่วยที่ไม่ใช้ยา

มากน้อยเพียงใด?

_____ ไม่เคย _____ บางครั้ง _____ บ่อยๆ

6. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดมากน้อยเพียงใด?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่พึงพอใจ

พึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ระยะสั้นของการจัดการความป่วย

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย ในด้านความรุนแรงของความป่วยและผลข้างเคียงของยาบรรเทาป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย โปรดตอบกลับ (O) สำหรับตอบตัวเลขบนสเกลต่อไปนี้

<p>7. ระบุความป่วยที่น้อยที่สุดที่ผู้ป่วยประสบใน 24 ชั่วโมงแรก</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความป่วย										มีความป่วยที่เลวร้ายที่สุด

<p>8. ระบุความป่วยที่มากที่สุดที่ผู้ป่วยประสบใน 24 ชั่วโมงแรก</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความป่วย										มีความป่วยที่เลวร้ายที่สุด

9. ผู้ป่วยเคยมีอาการข้างเคียงต่อไปนี้หรือไม่?

9.1 คลื่นไส้ (Nausea)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

9.2 ง่วงนอน (Drowsiness)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

9.3 คัน (Itching)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

9.4 เตียนศีรษะ (Dizziness)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี										รุนแรง

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ระยะกลางของการจัดการความป่วย

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากการป่วยที่ลดลงของผู้ป่วยใน 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ผลที่เกิดขึ้น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำกิจกรรม ด้านการนอนหลับ และด้านอารมณ์ด้านลบ โปรดตรวจสอบ (O) ล้อมรอบตัวเลขบนสเกลต่อไปนี้

10. ความป่วยรวมกับการทำกิจกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด?

10.1 การทำกิจกรรมบันเทิง เช่น เปลี่ยนท่า ลุกขึ้นนั่ง เปลี่ยนตำแหน่ง



10.2 การทำกิจกรรมนอกเตียง เช่น เดิน นั่งอยู่บนเก้าอี้ ยืนข้างเตียง



11. ความป่วยรวมกับการนอนหลับมากน้อยมากน้อยเพียงใด?



12. ความป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด?

12.1 วิตกกังวล (Anxious)



12.2 ซึมเศร้า (Depressed)



12.3 กลัว (Frightened)



12.4 ท้อใจหรือหมดกำลังใจ (Helpless)



คำสำคัญ

เอกสารชุดที่ 7

แบบสัมภาษณ์พัฒนาระบบทรัพยาบาลผู้ป่วยในความประทับใจด้วยแบบประเมินความเจ็บปวดจากการรักษาแบบไม่เจ็บปวด (หัวหน้าพัฒนาและนําเสนอต่อศัลยกรรม/ผู้แทนผู้ขาดการพยาบาลสู่ครอบครัวของผู้ป่วยในเรือน)

แบบสัมภาษณ์พัฒนาระบบทรัพยาบาลผู้ป่วยในความประทับใจด้วยแบบประเมินความเจ็บปวดจากการรักษาแบบไม่เจ็บปวด (ไม่ประเมินความเจ็บปวดทางกายภาพมาเป็นปกติ/ไม่ประเมินความเจ็บปวดทางกายภาพมาเป็นเรื่องของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้)
การตีอย่างผู้ป่วย การประเมิน และการสูบสูบและการประเมินความเจ็บปวดและการประเมินความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ การตีอย่างผู้ป่วย การประเมิน และการสูบสูบและการประเมินความเจ็บปวดและการประเมินความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ เพื่อประเมินความเจ็บปวดในเรือนของครอบครัวของผู้ป่วยในเรือน

ประเด็น	แนวปฏิบัติ	ข้อกรณฑ์	รายการ	ผลการสังเกต	
				บกพร่องที่ (1)	ไม่บกพร่องที่ (0)
1. การเตรียมผู้ป่วย	1.1 ศึกษาประวัติความเจ็บปวด ประเมินความสามารถ ในการสื่อสารของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การเลือกใช้ เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	ทราบเบื้องต้น ศึกษาประวัติความเจ็บปวด ผู้ป่วย ในกรณีสื่อสารของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การเลือกใช้ เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	ผู้ติดตามพยาบาล ศึกษาประวัติความเจ็บปวด ผู้ป่วย	บกพร่อง	ไม่บกพร่อง
					หมายเหตุ
1.2 เลือกใช้เครื่องมือ ประเมินความเจ็บปวดที่แม่นยำ เหมาะสมกับความเจ็บปวด ในการสื่อสารของผู้ป่วย	มาตรฐานความเจ็บปวด ที่ใช้ VAS, VRS, NRS, Face pain assessment	ให้ข้อมูลเท็จกับ เครื่องมือประเมิน ความเจ็บปวด ความปวด	ประเมินความเจ็บปวด โดยรวมของร่างกายและดับคันความปวด ความเจ็บปวดเมื่อยตามความปวด และการรับรู้ความเจ็บปวด ตัวอย่างเช่นในแบบันทึกความปวดก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย		
					โดย :
	1) ผู้ป่วยสื่อสารได้ดี VAS, VRS, NRS				
	2) ผู้ป่วยสื่อสารได้ลำบาก Face pain assessment scale				

ประเด็น	แนวปฏิบัติ	อุปกรณ์ที่ใช้	รายการ	ผลการสังเกต	
				บุรีบดี (1)	ไม่บุรีบดี (0)
2. การประเมินความปวดและรู้สึกเจ็บ	2.1 ประเมินและประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยของรับก่อนผ่าตัด (หาก NRS ยังคงเป็น 0 ไม่ต้องประเมินต่อ)	แบบประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยมากับช่องผ่าตัดสำหรับผู้ชาย สำหรับผู้หญิง	ประเมินและประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยมากับช่องผ่าตัด ก่อนผ่าตัด	ประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยมากตามปกติเมื่อแรกนัดพบ ท่องเที่ยวต่อสักครู่หนึ่งวัน พัฒนาศรัณย์เพื่อความปลอดภัย ความครอบคลุมในประดิษฐ์ OPQRSTUV	หมายเหตุ
	2.2 ประเมินและประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยของร่างกายเมื่อตื่นตัว (ประเมินเมื่อก่อนผ่าตัด (ประเมินเมื่อ NRS > 0 โดยประเมินทุก 4 ชั่วโมง) และประเมิน 4 ครั้ง สูงสุดประเมิน)	แบบประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยต่อเนื่อง ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ชาย	ประเมินและประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยต่อเนื่อง ก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ชาย	ประเมินพื้นที่ความปวดเมื่อยตามปกติ ต่อเนื่องก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ชาย พัฒนาศรัณย์เพื่อความปลอดภัย ความครอบคลุมในประดิษฐ์ QRSTUV เพิ่มเติมเพื่อความครอบคลุมในประดิษฐ์	
	2.3 ตรวจสุขภาพและน้ำหนัก น้ำหนักติดต่อรวมและอาชญากรรมของผู้ชาย	-แบบสังเกต พรดิติกรรวมและ อาชญากรรมของผู้ชาย ที่มีต่อความปวด -แบบประเมินพากษาทางพยาบาล	ตรวจสุขภาพและน้ำหนัก พรดิติกรรวมและ อาชญากรรมของผู้ชาย ที่มีต่อความปวด	สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง : พรดิติกรรวมที่ผู้ชายแสดงออกถึงความปวด อาชญากรรมซึ่งก่อให้เกิดอาการ แสดงความบันดาลใจ	
	2.4 ตรวจน้ำและน้ำ tiểu น้ำทึบก็จะรู้เรื่อยๆ	-อาเจียนร่วมกับน้ำ tiểu -แบบประเมินพากษาทางพยาบาล	ตรวจน้ำและน้ำ tiểu รีบดี ก钢筋ไข่ และความดันโลหิตของผู้ชาย	รักษาพยาบาลได้ และความต้านทานต่อการรักษาได้ พัฒนาแบบพื้นที่ที่กว้าง	

ประเด็น	แนวปฏิบัติ	อุปกรณ์ที่ใช้	รายการ	ผลการสังเคราะห์	
				ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
3. การสูญเสีย ของข้อมูล	3.1 ศักดิ์ความเสียหาย ของข้อมูล จากการลบ ข้อมูลของผู้ใช้ ที่มีต่อความปลอด ทางเศรษฐกิจ และ พัฒนาชุมชน และ ความเสียหาย	-แบบสำรวจ พัฒนาชุมชน ที่มา: สำนักงาน ทางเศรษฐกิจ และ พัฒนาชุมชน ทางการค้าและ การเกษตร	แบบสำรวจ ความปลอดภัย สำหรับผู้ใช้ การพัฒนาชุมชน สัญญาณไฟ ติดตามพัฒนาชุมชน และอุปกรณ์ที่ใช้ ในการสูญเสีย	มีการยกล่องคัดลอกข้อมูลของข้อมูลที่ถูกลบไปในรูปแบบ ที่กำหนดไว้ ไม่เกิน 0 คะแนน บรรยายว่า “ไม่เกิดขึ้น” ปัจจุบันไม่มี ($1-3$ คะแนน) ปัจจุบันไม่มี ($4-6$ คะแนน) ปัจจุบัน ($7-9$ คะแนน) ปัจจุบันที่สูญเสียไม่มี (10 คะแนน) เพื่อยืนยันแนวทาง ในการจัดการความปลอด โดยพิจารณาจากผลการที่มีไว้ แสดงออกถึงความปลอด สัญญาณซึ่ง การลบของลูกค้า ผู้ใช้ การที่เก็บรวบรวม และรายงานผ่านลับ	หมายเหตุ ความเสียหายที่ดูแลโดยผู้ใช้ได้รับการรักษาและรักษาไว้ ตามแนวทางที่กำหนดของผู้ใช้ ของผู้ใช้
	3.2 นำเสนอผลการ ประเมิน	แบบประเมิน ที่มา: สำนักงาน ทางเศรษฐกิจ และ พัฒนาชุมชน ทางการค้าและ การเกษตร	แบบประเมิน ที่มา: สำนักงาน ทางเศรษฐกิจ และ พัฒนาชุมชน ทางการค้าและ การเกษตร	แจ้งผู้ใช้รายเดียวได้รับการผ่อนคลายประเมินและรับเงิน ในการรายงานข้อดีของความปลอดภัยของชุมชนที่เหมาะสมกับมาตรฐาน มาตรฐานของผู้ใช้	รวม / 12 คะแนน ร้อยละ ...

เอกสารชุดที่ 8

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยในครัวเรือนเพื่อประเมินความปวดและผลกระทบจากการรักษาความปวดหลังผู้ป่วย
(หัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรม/ผู้แทนผู้เข้าร่วมการแพทย์ฯ/ผู้ดูแลผู้ป่วย)

คำนำหนัง

แบบสัมภาษณ์พอดีกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยในครัวเรือนโดยแพทย์ประจำตัวครัวเรือนผู้ป่วยมาประมาณปีบ้านที่ไม่เป็นภัยต่อตน
พยาบาลในเรื่องการเดินอยู่ได้ยาก การไปห้องน้ำ เลือกอาหารผู้ลูกสาวของผู้ป่วยในครัวเรือนประมาณปีครึ่งต่อมาจะดีมาก เช่นเดียวกับผู้ป่วยในครัวเรือนทุกคน

ประเด็น	แนวปฏิบัติ	อุปกรณ์ที่ใช้	รายการ	ผลการสังเคราะห์	
				ภารติ (1)	ไม่ภารติ (0) หมายเหตุ
1. การเตรียมผู้ป่วย	1.1 ศึกษาประวัติเบื้องต้น ประเมินความสนใจ ในการสื่อสารของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การตีความ เครื่องหมายของผู้ป่วย ความต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุน	โทรศัพท์มือถือ [*] -	ศึกษาเบื้องต้น [*] -	อ่านและประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าพบและติดตามเชิงบวก	
1.2 เลือกใช้เครื่องมือ	ประเมินความปวดที่มีความ เหมือนกับความแสดงออก ในการสื่อสารของผู้ป่วย โดย 1) ผู้ป่วยสื่อสารได้ด้วย [*] VAS, VRS, NRS 2) ผู้ป่วยสามารถตีความให้ Face pain assessment scale	ไม่มีเครื่องมือ [*] ได้แก่ VAS, VRS, NRS, Face pain assessment	ให้เครื่องมือเก็บข้อมูล เครื่องมือประเมิน ความปวด	ประเมินให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภารติประเมินความปวด โดยยกคะแนนความปวดและระดับความบุก ตามเครื่องมือประเมินความปวด และการประเมินข้อมูล ตัวตนของในแบบบันทึกความปวดหลังแต่ละหนึ่ง [*] ราย	

ประดิษฐ์	แนวปฏิบัติ	อุปกรณ์ที่ใช้	รายการ	พัฒนาระบบทราบานส์		ผลการสังเกต
				ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)	
2. กำรประมิน ความประดิษฐ์ ผลลัพธ์ การจัดการ ความปรองดอง	2.1 ประมินและรับชนิด ความประดิษฐ์ต่างตัวเรื่อง หลังผ่าตัด (ประมิน ¹ ย่างน้ำดองไวรัส 2 ครั้ง ² ตามคราว 72 ชั่วโมง ³ หลังจากนั้นให้สูบูดาน รีฟิคท์สำหรับน้ำดอง ⁴ ไวรัส 1 ครั้ง ⁵)	แบบประเมินทักษะความป่วย อย่างต่อเนื่อง ⁶ หลังผ่าตัดผู้ห่วง ⁷ ผู้ดูแล ⁸	ประเมินและรับชนิด ความประดิษฐ์ต่างๆ ⁹ เช่นเดียวกันผู้ห่วง ¹⁰	งานรวมชุมชนสุภาพรับตัวเข้าเมือง หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย พัฒนาศูนย์อบรมเพื่อเตรียมเข้า ศูนย์อบรมครุภัณฑ์ในประเทศไทย QRSU	งานรวมชุมชนที่ต้องการเข้าเมือง หลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย พัฒนาศูนย์อบรมเพื่อเตรียมเข้า ศูนย์อบรมครุภัณฑ์ในประเทศไทย QRSU	หมายเหตุ
2.2 ตรวจสืบยละเอ บันทึกพิจารณาผล อาคารอนามัย	-แบบสืบยละเอ พัฒนากระบวนการและ อาคารอนามัย ¹¹ ที่มีคุณภาพ ¹² -แบบประเมินทักษะ พยาบาล	ตรวจสืบยละเอ ¹³ มาตรฐานและ ¹⁴ อาคารอนามัย ¹⁵ ที่มีคุณภาพ ¹⁶ -แบบประเมินทักษะ พยาบาล	สังเกตและประเมินทักษะ ¹⁷ พัฒนากระบวนการและ ¹⁸ อาคารอนามัย ¹⁹ การรักษาจราจร และ ²⁰ ตัวแบบ	รักษาพยาบาล ²¹ พัฒนากระบวนการ ²² อาคารอนามัย ²³ และการอนามัย ²⁴	พัฒนากระบวนการ ²⁵ อาคารอนามัย ²⁶ ผู้ป่วย ²⁷ และการอนามัย ²⁸ และ ²⁹ การอนามัย ³⁰	หมายเหตุ
2.3 ตรวจสืบยละเอ บันทึกพิจารณาผู้ ขอผู้ป่วย	- ถูกประเมิน ³¹ สัญญาณเชิง ³² แบบประเมิน ³³ สัญญาณเชิง ³⁴	ตรวจสืบยละเอ ³⁵ ผู้ป่วย ³⁶ และ ³⁷ ความต้องการ ³⁸ ของผู้ป่วย ³⁹	รักษาพยาบาล ⁴⁰ และ ⁴¹ ผู้ป่วย ⁴² การอนามัย ⁴³ และ ⁴⁴ การอนามัย ⁴⁵ ผู้ป่วย ⁴⁶ และการอนามัย ⁴⁷ ผู้ป่วย ⁴⁸ และการอนามัย ⁴⁹ ผู้ป่วย ⁵⁰	รักษาพยาบาล ⁵¹ ผู้ป่วย ⁵² การอนามัย ⁵³ และ ⁵⁴ การอนามัย ⁵⁵ ผู้ป่วย ⁵⁶ และการอนามัย ⁵⁷ ผู้ป่วย ⁵⁸ และการอนามัย ⁵⁹ ผู้ป่วย ⁶⁰	รักษาพยาบาล ⁶¹ ผู้ป่วย ⁶² การอนามัย ⁶³ และการอนามัย ⁶⁴ ผู้ป่วย ⁶⁵ และการอนามัย ⁶⁶ ผู้ป่วย ⁶⁷	หมายเหตุ

ประเด็น	แนวปฏิบัติ	อุปกรณ์ที่ใช้	ข่ายการ	ผลการสังเกต		
				น้ำมันตื้อ (1)	น้ำมันริบบิล (0)	หมายเหตุ
3. การซ่อมแซมเครื่องจักรและอุปกรณ์ที่ใช้	-แบบสังเคราะห์ พูดคุยและเขียนแบบ จากคำบอกเล่า การเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ พัฒนาระบบและ ชาร์จช่องซู่ป้าย	แบบสังเคราะห์ พูดคุยและเขียนแบบ ชาร์จช่องซู่ป้าย ที่มีต่อความปรับ ทางเศรษฐกิจ ทางเศรษฐกิจ พัฒนาระบบและ ชาร์จช่องซู่ป้าย	ประเมินความเสียหาย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้อง และชาร์จช่องซู่ป้าย	ประเมินความเสียหาย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้อง และชาร์จช่องซู่ป้าย	ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเสียหายให้เป็นระดับความปรับ ที่สูงในช่วงคราวที่ภูติของคนงานทำนายที่กำหนดต่อ "ไม่ป้าด (0 คะแนน) ป้าดเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ป้าดปานกลาง (4-6 คะแนน) ป้าดมาก (7-9 คะแนน) ป้าดมากที่สุดจนทนไม่ไหว (10 คะแนน) เพื่อประเมินความเสียหายตามมาตรา โดยพิจารณาจากความต้องการที่ผู้ป้ายอมเด้งของตัวเองในคราวป้าด สัญญาณซึ่ง กារน้อมหลับพักผ่อน กារทำกิจกรรม และชาร์จช่องซู่ป้าย	ดำเนิน
3.2 นำเสนอแผนการประเมิน	แบบสังเคราะห์ พูดคุยและเขียนแบบ จากคำบอกเล่า การเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ พัฒนาระบบและ ชาร์จช่องซู่ป้าย	แบบสังเคราะห์ พูดคุยและเขียนแบบ จากคำบอกเล่า การเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ พัฒนาระบบและ ชาร์จช่องซู่ป้าย	ประเมินความเสียหาย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้อง และชาร์จช่องซู่ป้าย	แจ้งผู้ป้าโดยละเอียดว่าต้องบูรณะและซ่อมแซมงานในคราวป้าดของผู้ป้าด รายงานแจ้งต่อการควบคุมภาครัฐเพื่อวางแผนกับผู้ป้าดของผู้ป้าด	รวม / 11 คะแนน	ร้อยละ ...

۹۷۶۰

၁၆၅

ประเด็น	รายการ	เกณฑ์การติดเชิงสอบ	ผลการติดเชิงสอบ		
			ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	หมายเหตุ
2. วิธีการประเมิน					
เหมาะสม น่าเชื่อถือ	มีรากฐานความเชี่ยวชาญที่ปฏิบัติ จริง	2.1 ฝึกอบรมในความเป็นครุภารกิจความปลอดภัยที่ปฏิบัติจริงและสอนศักยภาพงาน ด้วยวิทยาชั้นเรียนใน 24 ชั่วโมงหลักการผู้ตัด แล้ว 24-28 ชั่วโมงหลักการผู้ตัด ได้แก่ 2.1.1 ใน 24 ชั่วโมงแรกการผู้ตัด ประเมินการรับรู้ของผู้ร่วมที่ยกเว้นส่วนที่ยอมแพ้และสอนแนวทาง สูงการพูดคุยไปในเต็มความรุ่มแรงของความปานกลางและสอนทักษะเดิมของอาชญากรรมทางภาคใต้	- สูงมาก พอดีควรรับ พยายามล	- สูงมาก พอดีควรรับ พยายามล	
ครบถ้วน ที่ครอบคลุม	มีรากฐานความเชี่ยวชาญที่ปฏิบัติจริง ที่เป็นผลลัพธ์ของการอบรมเชิงปฏิบัติการที่สอนชั้นเรียน 3 ห้อง ได้แก่ ดำเนินการทำ กิจกรรม ดำเนินการสอนหลักพื้นฐาน และดำเนินการสอนที่นำเสนอ 2.2 มีการประเมินความปานกลางของครุภารกิจความปลอดภัยและการดำเนินการตามมาตราสากล การประเมินแบบ ทางสังเคราะห์ทางวิทยา ตลอดจนมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญ 2.3 มีการประเมินความปานกลางที่จำเพาะ เล็กซ์และความปานกลาง ความรุนแรง และระดับความเสี่ยงที่มีอยู่ในภาคใต้ 2.4 ฝึกอบรมในลักษณะของการจัดการความปานกลางที่รักษาให้คงทนและมีประสิทธิภาพ	มั่นใจสูงมาก เช็ค แล้วแบบ นับทิพยากร พยายามล	มั่นใจสูงมาก เช็ค แล้วแบบ นับทิพยากร พยายามล		
มีรากฐานความเชี่ยวชาญ ที่ครอบคลุม	2.5 มีการประเมินความปานกลางที่ผู้เชี่ยวชาญสามารถยกเว้นได้หรือหากได้เลิก ต่อเนื่องสำหรับ 2.6 ฝึกอบรมในความปานกลาง (Reassessment)	ความ รับรอง.....	ความ รับรอง.....	ความ รับรอง.....	ความ รับรอง.....

ประเด็น	รายการ	การทบทวนจดหมาย	ผลการตรวจสืบ		หมายเหตุ
			ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน					
เหมือนกัน	มีการใช้เครื่องมือในกระบวนการนี้ที่ใช้ในการประเมินความปวดที่ใช้ในส่วนของความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงมาก	3.1 เลือกที่ใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้ในส่วนของความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงมาก ในภาวะสัมผัสทางผิวหนังได้แก่ - ผู้ป่วย自身 "เดลต้า VAS, VRS, NRS - ผู้ป่วยสัมผัสตัวเองได้แก่ Face pain assessment scale	- สังเกต พฤติกรรม พยานบุคคล ตรวจแบบ มีนาทีกสัญญาณ ซึ่ง แสงแบบ		
ต่างๆ	มีการใช้เครื่องมือในกระบวนการนี้ที่ใช้ในการประเมินความปวดที่ใช้ในส่วนของความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงมาก	3.2 มีการใช้เครื่องมืออื่นๆ เพื่อประกอบในการประเมินความปวดและแสดงถึงการเจ็บปวด ความปวด ได้แก่ 3.2.1 เครื่องมืออวัสดน์สัญญาณร่างกาย 3.2.2 แบบสัป圭าตราพิจารณาและประเมินความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงมาก	นักพยาบาลทางการ พยานบุคคล		
			รวม / 3 คะแนน	รับผลลัพธ์.....	

ประเด็น	รายการ	กิจกรรมที่การติดตามดูแล	ผลการติดตามสอบ		
			๑	๒	หมายเหตุ
4. การติดตามผลการประเมิน					
ประเมิน/ ดูแลซึ่งดำเนิน การตามกำหนด	มีการติดตามตาม เกณฑ์ที่มีความ สำคัญ เช่น จ่าย ค่าเดือน เข้าใจง่าย ตรงไปรับได้ แปล ความหมายได้ชัดเจน กับความเป็นจริงที่รู้ สอดคล้องกับความต้อง การและข้อมูล	4.1 มีการเผยแพร่ผลคะแนนความประทับใจให้เป็นระดับปานกลางตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ในผู้ประเมิน พัฒนามาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้ ไม่ภาค (0 คะแนน) ภาคเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ภาคปานกลาง (4-6 คะแนน) ภาตมาก (7-9 คะแนน) ภาตมากที่สุดจนท่า ไม่ไหว (10 คะแนน) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความประด การติดตามดูแล หมายเหตุ	- สังเกต พัฒนาม พยานแบบ - ตรวจสอบ บันทึกสัญญา เช็ค แลบแบบ บันทึกทางการ พยานแบบ		
ประเมินครบทั้ง ภาค	มีการติดตามและประเมินความประทับใจของภาคตามที่กำหนด ตามภาค) การประเมินแบบทางสรีวิทยา (สัญญาณรือ) เอกสารนี้ขอผู้ประเมิน การดำเนินการตามกำหนด	4.2 สำหรับภาคตามและประเมินความประทับใจของภาคตามที่กำหนด (คะแนน ภาค) การประเมินแบบทางสรีวิทยา (สัญญาณรือ) ตรวจสอบจนพัฒนามาดัง เอกสารนี้ขอผู้ประเมิน การดำเนินการตามกำหนด	รวม / 2 คะแนน ร้อยละ		

ประเด็น	รายการ	เงินทุนการตรวจสอบ	ผลการตรวจสอบ		
			ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	หมายเหตุ
5. การนำเสนอบอลงกรณ์ใช้ผลการประเมิน					
เงินเดือน/ ค่าห้องและน้ำ	มีการนำเสนอบอลงกรณ์ใช้ผลการประเมินในส่วนของบอร์ดที่ต้องทราบผู้รับผิดชอบ	5.1 มีการนำเสนอบอลงกรณ์ใช้ผลการประเมินในส่วนของบอร์ดที่ต้องทราบผู้รับผิดชอบ			- ตรวจสอบบัญชีที่ สัญญาณเขียว แบบนี้หาก ทางการพยายาม จะคะแนนเป็นเท็จ ผลลัพธ์การจัดการ ความโปรด
ค่าไฟและน้ำประปา	ประมวลผลการประเมินผลการดำเนินโครงการตามปกติในหน้าที่ทางการแพทย์มาสที่เข้าใจง่าย	5.1.1 ผลการประเมินผลการดำเนินโครงการตามปกติในหน้าที่ทางการแพทย์มาสที่เข้าใจง่าย			ตรวจสอบบัญชีที่ ทางการพยายาม จะคะแนนเป็นเท็จ
เชื้อเพลิง	ผลการประเมินผลการดำเนินโครงการตามปกติโดยพยายามปรับลดภาระผู้รับผิดชอบ	5.1.2 ผลการประเมินผลการดำเนินโครงการตามปกติโดยพยายามปรับลดภาระผู้รับผิดชอบ			- ตรวจสอบบัญชีที่ ทางการพยายาม จะคะแนนเป็นเท็จ
เงินเดือน	มีการนำเสนอบอลงกรณ์ใช้ผลการประเมินให้กับทางการแพทย์มาสที่เข้าใจง่าย	5.2 นำการประเมินผลการดำเนินโครงการตามปกติในหน้าที่ทางการแพทย์มาสที่เข้าใจง่าย			- ตรวจสอบบัญชีที่ ทางการพยายาม จะคะแนนเป็นเท็จ
ประมูลที่ใช้จ่าย	แสดงผลลัพธ์การประเมิน	5.3 นำการประเมินให้กับทางการแพทย์มาสที่เข้าใจง่าย			- ตรวจสอบบัญชีที่ ทางการพยายาม จะคะแนนเป็นเท็จ
เงินเดือนและการ ประเมินไปใช้อย่าง เหมาะสม	ปรับปรุงหรือวางแผนจัดการความไม่平庸ที่ห้องมะลิสมทบต้นศึกษาไม่ดีอยู่	5.4 นำไปเผยแพร่บนตัวได้รับผลกระทบจากการประเมินให้กับห้องมะลิสมทบต้นศึกษาไม่ดีอยู่			- สำรวจผลติดตาม พยาบาล
ครุภารกิจ	ควรนำไปตั้งห้องมะลิสมทบศึกษาไม่ดีอยู่ส่วนห้องในห้องมะลิสมทบต้นศึกษา	ควรนำไปตั้งห้องมะลิสมทบศึกษาไม่ดีอยู่			- สำรวจผลติดตาม พยาบาล
	ประเมินประเมิน ที่ครบถ้วนตามควร ต้องการของผู้รับ ประทาน	5.5 นำการประเมินผลการประเมินความไม่ดีของบอร์ดที่ต้องทราบผู้รับผิดชอบ 24 ชั่วโมง โดยมีการ บันทึกการลงชื่อของบอร์ดที่ต้องทราบผู้รับผิดชอบ 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง			- สำรวจผลติดตาม พยาบาล - ตรวจสอบบัญชีที่ ทางการพยายาม จะคะแนนเป็นเท็จ
		รวม/ 6 คะแนน	รู้อย่างดี.....	

အခြေခံအသွေအစိတ်များကိုလည်းကောင်း၊ အမြန်မှန်လိုပါသော အသွေအစိတ်များကိုလည်းကောင်း၊ အမြန်မှန်လိုပါသော အသွေအစိတ်များကိုလည်းကောင်း၊

ประเด็นที่ต้องรู้	ผลการตรวจสุขภาพ				ข้อเสนอแนะ
	คะแนน ที่ได้	รือขลรษ ทางการแพทย์ เท่ากับร้อยละ 80)	ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80)	ไม่ผ่าน เกณฑ์ (น้อยกว่า ร้อยละ 80)	
1. ผู้ประกอบ					
2. วิธีการประเมิน					
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน					
4. การติดตามผลการประเมิน					
5. การนำเสนอผลและการใช้ผล การประเมิน					
	รวม (เต็ม 25 คะแนน)				

၁၂၅

บรรณานุกรม

- เจือกุล อินธรรมณ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 25 (1), 14-23.
- ทีมนำบริการศัลยศาสตร์. (2552). แนวทางการประเมินอาการปวดและการดูแลรักษาอาการปวดหลังผ่าตัด. สืบค้น 30 กรกฎาคม 2557, จาก [www.vajira.ac.th/surgery/....](http://www.vajira.ac.th/surgery/)
- นฤมล นุ้ยนุ่น. (2556). การประเมินความปวดและการบันทึก. สืบค้น 11 กันยายน 2556,
 จาก www.Khuankhanhospital.org/file/pdf/pain_or.pdf
- ประโยชน์ บุญสินสุข. (2550). เคล็ดลับการพิชิตความเจ็บปวด. กรุงเทพฯ : เอส.พี. การพิมพ์.
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. (2559). *Patient data record form*. อัดสำเนา
- ศิริพร ศิริบุราນนท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และวรรณี สัตยวิวัฒน์. (2552). การพัฒนาแบบปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแหล่งผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มทั้งหมด. *Journal of Nursing Science*, 27 (3), 33-41.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ : สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.
- Gordon, D.B., Polomano, R.C., Pellino, T.A., Turk, D.C., McCracken, L.M., Sherwood, G.,...Farrar, J.T. (2010). *Revised American pain society patient outcome questionnaire (APS-POQ-R) for Quality improvement of pain management in hospitalized adults: Preliminary psychometric evaluation*. Retrieved December 23, 2013, from www.researchgate.net/.../American_Pain_Society_...
- HCANJ. (2006). *Pain management guideline : Best Practice Committee of the Health Care Association of New Jersey*. New Jersey : Health Care Association of New Jersey (HCANJ).
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing* (6th ed.). St.Louis : Mosby.
- VIHA Quality Council. (2008). *Principle of pain assessment*. Retrieved August 5, 2014, from www.viha.ca/NR/rdonlyres/....2D23..../PrinciplesOfPainAssessment.pdf