



## The AACN Synergy Model for Patient Care:

### กรณีตัวอย่างในการใช้ดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง

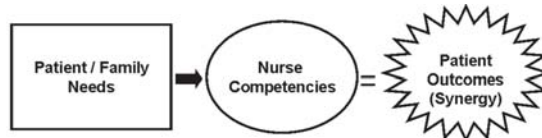
ดลวิวัฒน์ แสนโสม MSN\*

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของบริบทการให้บริการสุขภาพ ทั้งในด้านความซับซ้อนของผู้รับบริการ ระบบการให้บริการ และการประกันคุณภาพของการให้บริการ เป็นโอกาสที่สะท้อนถึงความสำคัญและบทบาทอันเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แก่ผู้รับบริการในขณะที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการของระบบให้บริการสุขภาพที่พยาบาลต้องสามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งอเมริกา (The American Association of Critical-Care Nurses: AACN)<sup>1</sup> ได้สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสำหรับวิชาชีพพยาบาลขึ้น โดยใช้ชื่อว่า “The Synergy Model for Patient Care” ในปี ค.ศ. 1992 รูปแบบการดูแลนี้ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั้งในด้านการให้บริการสุขภาพและด้านการศึกษาวิจัย ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาจนสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในบริบทการพยาบาลที่หลากหลาย ทั้งในผู้ป่วยวิกฤตและเรื้อรังทุกช่วงวัย

#### 1. ลักษณะของ Synergy Model

Synergy หมายถึงการประสานอย่างสอดคล้องอันเป็นผลรวมของปฏิภานหรือการกระทำร่วมกันของสองสิ่งขึ้นไป โดยผลที่เกิดขึ้นจากการประสานกลมกลืนนี้ยิ่งใหญ่ และมีมากกว่าการบวกรวมผลของการกระทำแต่ละอย่างเมื่อปฏิบัติแยกกัน เช่น ผลรวมของการทำงานของระบบย่อยอาหารที่อวัยวะต่างๆ ทำงานพร้อมๆ กันและประสานกันอย่างกลมกลืน ในบริบทของการดูแลผู้ป่วย AACN เสนอว่าลักษณะหรือความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นตัว

กำหนดสมรรถนะด้านต่างๆ ที่พยาบาลจำเป็นต้องมี เมื่อลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสอดคล้องและประสานกลมกลืนกับสมรรถนะของพยาบาลและสิ่งแวดล้อมในการดูแล ก็จะเกิด synergy ขึ้น และจะบรรลุผลลัพธ์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย<sup>2</sup> (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว กำหนดสมรรถนะพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การดูแลสูงสุด (ดัดแปลงจาก Molter, 2006)<sup>2</sup>

นอกจากนี้ การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลสูงสุดทั้งต่อผู้ป่วย/ครอบครัว และตัวพยาบาลเองนั้นจะต้องคำนึงถึงบริบทของการเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อมในการให้การดูแลด้วย

#### 2. ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการใช้ Synergy Model<sup>1</sup>

2.1 ผู้ป่วยทุกคนคือองค์รวมขององค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีความต้องการและประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันในแต่ละระยะของพัฒนาการระดับของความต้องการและประสบการณ์นี้มีความต่อเนื่องเชื่อมต่อกัน (continuum) จากระยะการเจ็บป่วย (illness) ไปจนถึงสุขภาพ (health)

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ในการดูแลจึงต้องคำนึงถึงผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมเสมอ ผู้ป่วยที่มีระดับการเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่าจะมีความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อนมากกว่า

2.2 ลักษณะของผู้ป่วย (characteristics) สามารถอธิบายได้หลายด้านแต่ละด้านมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน การประเมินและให้การดูแลจึงไม่ควรพิจารณาถึงลักษณะของผู้ป่วยเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

2.3 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัจจัยที่กำหนดมิติด้านต่างๆ ของการปฏิบัติการพยาบาล แต่ละมิติของพยาบาลก็สามารถจัดเป็นระดับต่างๆ ที่มีความต่อเนื่องได้เช่นกันและจะสะท้อนภาพรวมของพยาบาล

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เกิดขึ้นในบริบทที่ประกอบด้วยผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน

2.5 ผลลัพธ์สูงสุดในการดูแลรักษาเกิดขึ้นเมื่อมีการประสานสอดคล้อง ระหว่างสมรรถนะที่มีอยู่ของพยาบาลกับความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายของการพยาบาลจึงเน้นที่การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นกลับสู่สภาวะในระดับที่สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเอง เมื่อมองในลักษณะนี้ แม้ว่าภาวะเจ็บป่วยจะมีผลให้ต้องเสียชีวิตก็อาจเป็นผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ โดยพยาบาลมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตโดยสงบ

### 3. องค์ประกอบหลักของ Synergy Model

จากภาพที่ 1 จึงอาจสรุปได้ว่าองค์ประกอบหลักในการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบของ Synergy model จะต้องประกอบด้วย 1) ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย (patients' characteristics), 2) สมรรถนะของพยาบาล (nurses' competencies), 3) สิ่งแวดล้อม/ระบบของการให้บริการสุขภาพ (healthcare environment or system)

#### 3.1 ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย

Synergy Model เชื่อว่าผู้ป่วยแต่ละคนและครอบครัวมีพื้นฐานมาจากบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีศักยภาพที่จะบรรลุสภาวะหรือความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยที่แตกต่างกันและมีความจำเพาะของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวผู้ป่วย (Intrinsic and Extrinsic characteristics) สำหรับปัจจัยภายในนั้น นอกจากบุคคลจะประกอบขึ้นจาก

ลักษณะทางพันธุกรรมและชีววิทยาที่จำเพาะ อันมีผลโดยตรงต่อศักยภาพในการมีสภาวะแล้ว แต่ละบุคคลยังมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันด้วย เช่น การเลือกและรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เป็นต้น นอกจากนี้ การที่บุคคลอยู่อาศัยในชุมชนที่มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ อันเป็นปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ องค์กรต่างๆ ในชุมชน โครงสร้างทางเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง การจัดระบบทางสังคม ลักษณะความเชื่อ และวัฒนธรรม และการรับรู้ด้านต่างๆ ของทั้งประชากรและชุมชน ล้วนมีผลต่อบุคคลผู้อยู่อาศัยทั้งสิ้น จึงสรุปได้ว่าปัจจัยทั้งภายในและภายนอกเหล่านี้ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีความเป็นปัจเจก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงต้องคำนึงถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทของความจำเพาะทั้งด้านร่างกายและและสิ่งแวดล้อม

The Synergy Model จำแนกลักษณะของผู้ป่วยเป็น 8 ลักษณะ แต่ละลักษณะมีระดับที่แตกต่าง ต่อเนื่องจากสูงสุดเมื่อมีสภาวะไปถึงต่ำสุดเมื่อมีการเจ็บป่วย ลักษณะเหล่านี้มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและครอบครัว ความหมายของลักษณะทั้ง 8 ประการอธิบายได้เป็นระดับต่างๆ ตั้งแต่ 1-5 ดังนี้<sup>1,2,3</sup>

1) Resiliency (การฟื้นกลับ / ความทนทาน) คือความสามารถในการฟื้นกลับสู่สภาวะสุขภาพดี / การทำหน้าที่ดังเดิม โดยใช้กลไกชดเชยหรือการจัดการ / เผชิญปัญหาสุขภาพ หรือ ความสามารถในการฟื้นกลับ (กระเต็ง) อย่างรวดเร็วหลังจากที่เกิดการเจ็บป่วย โดยที่ระดับ 1 จะมีการฟื้นกลับต่ำและระดับ 5 มีความสามารถฟื้นกลับหรือมีความทนทานสูง

2) Vulnerability (ความไม่คงกระพัน / ความเปราะบาง) คือ ความไวต่อ stressors ต่างๆ (ทั้ง potential และ actual) ที่อาจทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพ โดยที่ระดับ 1 คือผู้ที่มีความเปราะบางสูง/ ไม่คงกระพัน และระดับ 5 จะ มีความเปราะบางต่ำ / มีความคงกระพันสูง

3) Stability (เสถียรภาพ / ความคงที่) คือ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายอย่างต่อเนื่องและคงที่ที่มีเสถียรภาพระดับ 1 จะขาดความคงตัวของภาวะสุขภาพ มีความเสี่ยงสูง ในขณะที่ระดับ 5 จะมีความคงตัวของภาวะสุขภาพในระดับสูง อาการคงที่มีตอบสนองต่อการดูแลรักษาดี ความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตต่ำ



4) Complexity (ความซับซ้อนของการเจ็บป่วย) หมายถึงการมีความซับซ้อนยุ่งยากของการเจ็บป่วย เสมือนติดอยู่ในบ่วง อันเป็นผลมาจากการเกี่ยวพันหรือขัดขวางกันของระบบต่างๆตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (เช่น ระบบของร่างกาย ครอบครัวย หรือแผนการรักษา) ระดับ 1 หมายถึงมีความซับซ้อนสูงภาวะเจ็บป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลแก้ไข ภาวะเจ็บป่วยมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ระดับ 5 คือไม่ซับซ้อนสามารถวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างอาการแสดงเป็นไปตามความคาดหมาย / ปกติ

5) Predictability (การพยากรณ์โรค/การเจ็บป่วย) คือ ลักษณะต่างๆที่สามารถนำไปใช้ในการคาดหมายหรือพยากรณ์ เหตุการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย/ระยะของการเจ็บป่วย โดยที่ ระดับ 1 คือการพยากรณ์ไม่แน่นอนอาจมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอนหรือเป็นผู้ป่วยจำพวกที่พบไม่บ่อย การเจ็บป่วยไม่ดำเนินไปตาม clinical pathway หรือยังไม่มีการสร้าง clinical pathway สำหรับการเจ็บป่วยนั้นๆ และ ระดับ 5 คือสามารถพยากรณ์การเจ็บป่วยได้สูง ภาวะเจ็บป่วยมีการดำเนินไปตามที่คาดหมาย มีแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาชัดเจน

6) Resource availability (ทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลรักษา) คือ ขอบเขต/ปริมาณและคุณภาพของทรัพยากร (ด้านเทคโนโลยี, การเงิน, ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ, ปัจจัยทางสังคม) ที่ผู้ป่วย / ครอบครัวย / ชุมชน สามารถนำมาใช้ประกอบในการดูแลรักษา โดยที่ ระดับ 1 คือมีทรัพยากรจำกัด ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลรักษา ขาดการสนับสนุนด้านต่างๆที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา และระดับ 5 มีความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างกว้างขวางมีทรัพยากรหลากหลายและเพียงพอและสามารถนำมาใช้ได้

7) Participation in care (การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา) คือ ขอบเขต / ระดับ ที่ผู้ป่วยและ / หรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ ระดับ 1 จะไม่มีส่วนร่วม ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวไม่สามารถหรือไม่ยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและระดับ 5 มีส่วนร่วมเต็มที่ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวมีความสามารถเต็มที่และยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา

8) Participation in decision making (การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ) คือ ขอบเขต/ระดับ ที่ผู้ป่วย

และ / หรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยที่ระดับ 1 คือไม่มีส่วนร่วม ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวไม่สามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและต้องมีตัวแทนผู้ได้รับมอบหมายในการตัดสินใจ และระดับ 5 คือ มีส่วนร่วมเต็มที่ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวมีความสามารถและศักยภาพในการตัดสินใจด้วยตนเอง

การประเมินลักษณะ / ความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ระดับที่มีความต่อเนื่องนี้สามารถใช้ได้สำหรับผู้ป่วยทุกช่วงวัย และทุกสถานที่ที่ให้บริการสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น

ในการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าปฏิบัติงานของสตรีอายุ 40 ปีรายหนึ่งผู้มีสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับที่ดี แต่ไม่มีประกันสุขภาพ อาจใช้องค์ประกอบของ synergy model ในการอธิบายสตรีผู้นี้ได้ดังนี้ เป็นบุคคลที่ 1) มีเสถียรภาพ 2) ไม่ซับซ้อน 3) สามารถพยากรณ์แนวโน้มได้สูง 4) มีความทนทาน-สามารถฟื้นกลับได้ถ้าเจ็บป่วย 5) ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย/แนวโน้มที่จะเจ็บป่วยต่ำ 6) สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลได้ แต่ 7) มีข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยทารกวิกฤต ที่มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ในบางลักษณะของทารกวัยนี้สามารถอธิบายโดยใช้คำอธิบายในทางตรงกันข้ามของระดับความต่อเนื่องเมื่อเทียบกับสตรีอายุ 40 ปีข้างต้น แต่บางลักษณะก็อาจมีระดับของความต้องการคล้ายคลึงกัน เช่น เป็นบุคคลที่ 1) ขาดเสถียรภาพ 2) มีความซับซ้อนสูงมาก 3) ไม่แน่นอน ไม่สามารถพยากรณ์การดำเนินการเจ็บป่วยได้ 4) มีความทนทานและความสามารถฟื้นกลับสูง 5) มีความเปราะบางสูง ถูกกระทบกระเทือนได้ง่าย 6) ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลได้ แต่ 7) มีทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอต่อการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องตระหนักอยู่เสมอคือผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับลักษณะ/ความต้องการได้ตลอดเวลา ซึ่งในบางกรณีอาจเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาที ดังนั้น ในแต่ละช่วงเวลาถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงของลักษณะแต่ละด้านก็จะทำให้ภาพของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป และสะท้อนว่า Synergy Model มองบุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่มีการเปลี่ยนแปลงแลกเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาตนเอง



**3.2 สมรรถนะของพยาบาล (Nurses' competencies)** กรอบแนวคิดของ Synergy Model ให้ความสำคัญกับศักยภาพและสมรรถนะของพยาบาล โดยเสนอว่าพยาบาลแต่ละคนมีความรู้และทักษะที่พัฒนาเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล และเน้นให้เห็นจุดเด่นของพยาบาล โดยการใช้ความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดลักษณะหรือสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแล เมื่อพยาบาลประสบความสำเร็จในการพัฒนาให้มีสมรรถนะต่างๆ และใช้ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทุกๆ ด้านแล้วก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่สูงสุด หรือเกิด synergy ขึ้นนั่นเอง สมรรถนะของพยาบาลที่ต้องพัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมีทั้งหมด 8 สมรรถนะ และสามารถอธิบายลักษณะของแต่ละสมรรถนะตามระดับที่ต่อเนื่องของความชำนาญได้เป็น 5 ระดับ จากน้อยไปมากคือจาก competent (ระดับ 1), proficient (ระดับ 3), และ expert (5) สมรรถนะของพยาบาลตาม Synergy Model<sup>1, 2, 3</sup> ได้แก่

1) Clinical judgment (การตัดสินใจทางคลินิก) คือการใช้เหตุผลเป็นหลักในการปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึง การตัดสินใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพิจารณาสถานการณ์อย่างเป็นองค์รวม และรวมถึงการเพิ่มพูนทักษะการพยาบาลผ่านกระบวนการศึกษาแบบบูรณาการ การเรียนรู้จากประสบการณ์และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2) Advocacy/moral agency (การกระทำการแทนตามหลักศีลธรรม) คือ ปฏิบัติงานเป็นตัวแทนในการพิทักษ์ปกป้องผู้ป่วย / ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาล ทำหน้าที่สนับสนุนทางจิตใจและศีลธรรมในการค้นหาและช่วยเหลือผู้รับบริการทั้งในประเด็นทางคลินิกและทางจริยธรรมทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ

3) Caring practices (ให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทร) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เปี่ยมด้วยความเมตตา ส่งเสริมสนับสนุนและเอื้อประโยชน์ต่อแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ, โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย การฟื้นฟู และป้องกันความทุกข์ทรมาน (ที่ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้น) เช่น การเฝ้าระวัง การปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังตามแผน และการมีความไวต่อ

ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ผู้ให้การดูแลครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ

4) Collaboration (การทำงานร่วมกับผู้อื่น) คือ ปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น (เช่นผู้ป่วย/ครอบครัว/บุคลากรสุขภาพ) ในทางที่จะส่งเสริมให้แต่ละบุคคลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับรู้เป้าหมายที่สูงที่สุดที่เป็นไปได้ การทำงานร่วมกับผู้อื่นรวมถึงผู้อยู่ในวิชาชีพพยาบาลและผู้ร่วมงานสหวิชาชีพในหน่วยงานและในชุมชน

5) Systems thinking (การคิดเชิงระบบ) คือ องค์ความรู้และเครื่องมือ/วิธีการต่างๆ ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถ จัดการทรัพยากรต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและในระบบการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วย/ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทั้งในบริบทสถานบริการและนอกระบบบริการสุขภาพ

6) Response to diversity (ตระหนักและตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของผู้ป่วย) คือ ความไวในการตระหนักรู้ รู้คุณค่าและคำนึงถึงการรวมแตกต่าง/หลากหลายเข้าในการให้การดูแล ความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้รวมถึง (แต่ไม่จำกัดเพียงเท่านั้น) แตกต่างทางวัฒนธรรม จิตวิญญาณ เพศภาวะ เพศชาติพันธุ์ เชื้อชาติ สัญชาติ วิถีชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม อายุและค่านิยม

7) Clinical inquiry (ศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาทางคลินิก) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการตั้งคำถามและประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีหลักการและเหตุผลที่เหมาะสม ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การปฏิบัติงานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย และความรู้ที่ได้จากประสบการณ์

8) Facilitator of learning (ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้) คือความสามารถในการเอื้อ/ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งที่มีและไม่มีแบบแผนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทางการพยาบาล สมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ และชุมชน

สมรรถนะเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการบูรณาการระหว่างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความเชี่ยวชาญของตนในแต่ละด้านเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและ



สามารถที่จะบรรลุผลการดูแลที่สูงสุด โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงหรือซับซ้อนก็ต้องการการดูแลจากพยาบาลที่มีระดับความรู้และทักษะที่สูงกว่าในสมรรถนะนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น

ถ้าผู้ป่วยรายหนึ่ง มีภาวะเจ็บป่วยที่คงที่ (stable) แต่มีการพยากรณ์การเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน (unpredictable) มีความสามารถในการฟื้นกลับต่ำ (minimally resilient) และมีความเปราะบางสูง ถูกกระทบกระเทือนได้ง่าย (vulnerable) สมรรถนะเบื้องต้นที่พยาบาลจำเป็นต้องใช้คือความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกและการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทร (รวมถึงการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด)

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง มีความเปราะบางสูง ถูกกระทบกระเทือนได้ง่าย (vulnerable) ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลได้ และขาดทรัพยากรในการดูแลรักษา สมรรถนะที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้เหมาะสมคือ advocacy and moral agency, collaboration, และ systems thinking เป็นต้น

### 3.3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการมี synergy ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

Synergy model อธิบายผลลัพธ์ที่เกิดจากการประสานอย่างสอดคล้อง (synergy) ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและสมรรถนะของพยาบาล เป็น 3 ระดับคือผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วย ของพยาบาล และของระบบบริการสุขภาพ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ผลลัพธ์ 3 ระดับจาก AACN Synergy Model for Patient Care (ดัดแปลงจาก Curley,1998)<sup>4</sup>

1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วย (Patient-derived outcomes) ประเมินได้จาก 1.1) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม อันเป็นผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1.2) การมีความเชื่อถือ ไว้วางใจ ผู้ให้การดูแล 1.3) การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ทางสุขภาพมากขึ้นและเริ่มมีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง 1.4) การเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ / กิจกรรมของผู้ป่วย (Functional changes) 1.5) การเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจในการดูแลด้านต่าง 1.6) การเปลี่ยนแปลงของระดับความสบาย

2) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของพยาบาล (Nurse-derived outcomes) 2.1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย (physiologic changes) 2.2) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 2.3) ระดับ / จำนวน ของเป้าหมายของการดูแลและรักษาที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามแผน

3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของระบบบริการสุขภาพ (System-derived outcomes) 3.1) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในสถานบริการ (โรคเดิม / มีโรคแทรกซ้อน) 3.2) งบประมาณ / ทรัพยากรอื่นๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษา 3.3) อัตราต่างๆ เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การลาออก การเปลี่ยนงาน

### กรณีตัวอย่างในการประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง

Synergy model ได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพที่หลากหลายทั้งในสถานบริการผู้ป่วยวิกฤต<sup>3,5</sup> บริการผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ<sup>6</sup> และการให้บริการผู้ป่วยโดยพยาบาลชั้นสูง (clinical nurse specialists และ nurse practitioners)<sup>7</sup> ซึ่งล้วนเกิดขึ้นในต่างประเทศ ส่วนต่อไปนี้จะนำเสนอการปรับใช้ synergy model ในบริบทการดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเพื่อเป็นตัวอย่างการนำไปใช้

ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย อาชีพ ว่างาน (เคยรับจ้างใช้แรงงานและทำเกษตรกรรม-ทำนา) การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพโสด มีประวัติ 3 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล (prior to admission: PTA) รู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยง่าย ท้องบวมโต อาการ



อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ และเริ่มมีอาการตัวเหลือง และตาเหลือง มารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Alcoholic cirrhosis with Hepatitis C Virus infection แพทย์ทำ Gastroscopy พบว่ามี Esophageal varices จึงนอนรักษาที่โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และรักษาโดยการทำ Esophageal varice ligation แพทย์จำหน่ายพร้อมยารับประทานที่บ้านและแนะนำให้หยุดดื่มสุรา 3 วัน PTA มีอาการลิ้นแข็ง พูดลำบาก อ่อนเพลีย เมื่อถามจะตอบคำถามได้ช้า เดินได้แต่รู้สึกขาไม่มีแรง เริ่มมีท้องบวม 1 วัน PTA เริ่มซึมลง มีไข้ พูดน้อยลง สับสน บางครั้งจะอะโวยวาย ไม่ยอมรับประทาน อาหาร 6 ชั่วโมง PTA ซึมมากขึ้น เรียกลืมตา แต่ไม่ค่อยพูด ยืนไม่ได้ ต้องนอน การตอบสนองลดลง มีท้องบวม แขนขาบวมเล็กน้อย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

**การวินิจฉัยโรค Cirrhosis with hepatic encephalopathy**

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 7 ปี PTA รู้ว่าเป็น เบาหวาน ขณะนี้ได้รับยา Mixtard มีประวัติดื่มสุราตั้งแต่อายุ 20 ปี ดื่มสุรากับเพื่อนๆ 2-3 คนวันละ 1 ขวด กลมเป็นเวลา 7 ปีติดต่อกัน ไม่สูบบุหรี่ ปกติกินอาหารพื้นบ้าน 3 มื้อ กินข้าวมากเพราะต้องทำงาน ปัจจุบันยังไม่หยุดดื่มสุรา ไม่ได้จำกัดชนิดอาหาร

**ประวัติและผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ**

ส่วนสูง : ไม่ได้วัด ประมาณ 160 ซม. น้ำหนักวัดไม่ได้ ประมาณ 55 กก. มีลักษณะทุพโภชนาการ :T 39 °C P 99 ครั้ง/นาที RR 25 ครั้ง/นาที BP 110/60 มม.ปรอท ปัจจุบันมีระดับการรู้สึกตัวคือหลับปลุกตื่น แต่สับสน ทำตามคำบอกได้บ้าง ไม่รับรู้บุคคล วัน-เวลา และสถานที่ สื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ แขนขารับรู้ต่อแรงกดและความเจ็บปวดลดลง กำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ระดับ 3 ที่แขนและขาทั้งสองข้าง กล้ามเนื้อลีบเล็กน้อย ทรงตัวไม่ได้เนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและทำกิจกรรมเองไม่ได้ Deep Tendon Reflex ทั้งหมด 1+ มี icteric sclera ผิวหนังมี moderate jaundice และมีรอยแผลจากการเกา มี pitting edema เกรด 2+ ที่ขาทั้ง 2 ข้าง พบ spider nevi ที่หน้าอกและมี superficial vein dilatation ที่ abdomen, normal S1 S2 no murmur ตรวจท้องพบ decreased bowel sound มีท้องมาน และมี shifting dullness, คลำพบตับโตประมาณ 2 นิ้ว

ได้ชายโครงขวาและมีม้ามโต Abdominal tapping ได้ของเหลวสีน้ำตาลเนื้อจางๆประมาณ 500 ml. นอนราบหายใจลำบาก ขณะนี้ใช้กล้ามเนื้อไหล่และคอช่วยในการหายใจเป็นบางครั้ง หายใจจังหวะสม่ำเสมอ การขยายตัวของทรวงอกลดลงแต่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง หลอดลมอยู่ตรงกลาง tactile fremitus เพิ่มขึ้นทั้ง 2 ข้าง เคาะปอดได้เสียง resonance ท้วปอดและที่บั้นท้ายปอด ฟังได้ยินเสียง coarse crackles ที่ชายปอดทั้ง 2 ข้าง

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

Hb = 9.6, Hct = 26.4, Platelet = 39,000, PT = 16.1 (norm. 10.1-13.3, control 11.9), PTT = 31.1 (norm. 29.1-36.6, control 30.4), Blood Sugar = 475, Na = 128, K = 4.2, HCO<sub>3</sub> = 18, Cl = 98, Ca = 7.7, Cholesterol = 104, Total protein = 8.3, Albumin = 2.3, Globulin = 6.0, Total Bilirubin = 5.6, Direct bilirubin = 4.0, ALT = 120, AST = 102, Alkaline phosphatase = 172. Hemoculture พบ E. Coli, Urinalysis: sp.gr.= 1.015, pH = 6, RBC = 1-2 /HP, WBC = 2-3 /HP, Glucose = 4 Sonography of abdomen: Cirrhotic liver with splenomegaly and evidence of portal hypertension. Marked ascites. Chest X-ray: Infiltration LLL and RLL.

**สรุปอาการและการรักษาขณะดูแล**

แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยนอนหลับอยู่บนเตียงในท่าศีรษะสูง ปลุกตื่นแต่สับสน ไม่ทำตามคำบอก การรับรู้บุคคล วัน-เวลา และสถานที่สับสน ถูกผูกตรึงแขนทั้งสองข้าง on O<sub>2</sub> cannula 5 l/m, retained NG tube, retained Foley's catheter มีปัสสาวะสีเหลืองใสติดกันถุง และ on 5%DN/2 80 cc/hr. หลังจากรับเข้าดูแลแพทย์สั่งให้ lactulose 30 cc oral stat, Diabetic low salt diet, Restrict fluid < 1 l/d, Hct OD, BW OD, วัด abdominal circumference ทุกวัน, Record V/S, I/O, Propanolol (10) 1 x 2 oral pc, Aldactone (25) 2 x 2 oral pc, Omepra 20 (20) 1 x 2 oral pc, Lasix (40) 1/2 tab oral pc เข้า, Deoxycycline (100) 1x 2 oral pc, Bactrim 2 x 3 oral pc. และ RI ตาม protocol หลังรับเข้าดูแล 1 วัน ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 2 ครั้ง ตื่นมากขึ้น หายใจเร็วขึ้น มีไข้ต่ำๆ ยังคงสับสนแต่ไม่ต้องผูกตรึงข้อมือให้อาหารทางสายยางรับได้หมด น้ำตาล



ในเลือดยังคงสูง (170-305 mg/dL) Intake-Output สมดุล มารดาผู้ป่วยมาเฝ้าดูแลเป็นระยะ เมื่อกระตุ้นให้ มารดาเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วยหรือขอความคิดเห็นเพื่อเลือกแผนการดูแลรักษา มารดาไม่กล้าทำ และบอกว่า “แล้วแต่คุณหมออะ...ถ้าเห็นว่าดีก็ทำได้เลย”

## การประยุกต์ใช้ Synergy Model

### 1. Patient Characteristics

**1.1 Complexity = 1 มีความซับซ้อนของการเจ็บป่วยสูง** ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหลายระบบของร่างกาย เช่น ตับเสียหายที่จนมีสารพิษคั่งในร่างกาย และรบกวนการทำงานของระบบประสาท เสียสมดุลของน้ำและ electrolytes มีการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดลดลง มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีน้ำตาลในเลือดสูงและขาดพลังงาน การดูแลแก้ไขต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ เหล่านี้ไปพร้อมๆ กันทำให้มีความซับซ้อนสูง

**1.2 Vulnerability = 3 มีความเปราะบางปานกลาง** มีหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีระดับความเปราะบางสูงขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ มีระดับการรู้สติลดลง มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดอักเสบและปอดขยายตัวลดลงเพราะมีมาน้ำ มี portal hypertension มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และตับเสียหายที่หลายด้านโดยเฉพาะในการกำจัดของเสีย ดังนั้นผู้ป่วยค่อนข้างจะมีความไวต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่เนื่องจากอยู่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดและผู้ป่วยก็แสดงออกถึงการตอบสนองที่พึงประสงค์ต่อการรักษาจึงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเปราะบางปานกลาง

**1.3 Stability = 3 มีเสถียรภาพปานกลาง** ถึงแม้จะมีความซับซ้อนของการเจ็บป่วยและมีความเปราะบางสูงแต่หลังรับเข้าดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อแผนการรักษาในทิศทางที่พึงประสงค์และไม่มีสัญญาณแสดงว่าอาการทรุดหนักลง จึงสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างคงที่

**1.4 Resiliency = 3 มีความทนทานปานกลาง** การที่ผู้ป่วยอายุยังไม่มากนัก ประกอบกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยโดยมีการปรับชดเชยของร่างกายบางระบบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีทุนสำรอง

หรือความสามารถในการฟื้นกลับของร่างกายในการต่อต้านการเจ็บป่วย

**1.5 Predictability = 3 มีการพยากรณ์ความเจ็บป่วยได้บางส่วน** ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการฟื้นกลับในทิศทางที่คาดหมายจึงทำให้สามารถพยากรณ์การเจ็บป่วยได้บ้าง แต่เนื่องจากมีความซับซ้อนของการเจ็บป่วยสูงประกอบกับผู้ป่วยเองมีความเปราะบางสูงจึงทำให้ยังมีความไม่แน่นอนของการดำเนินการเจ็บป่วยอยู่บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากจากการที่ตับเสียหายที่ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะ septic shock เป็นต้น

**1.6 Resource availability = 3 มีทรัพยากรปานกลาง** ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทองสำหรับการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตลอดจนยาต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลรักษาได้ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมีมารดามาเฝ้าแต่ก็มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยเนื่องจากการเจ็บป่วยยังอยู่ในระยะรุนแรง ผู้ป่วยเองมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะระดับการรู้สติลดลงและร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระยะการเจ็บป่วยที่อาจคุกคามชีวิต

**1.7 Participation in care = 1 - 2 มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระดับต่ำ** ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเพราะระดับการรู้สติลดลงและอยู่ในระยะการเจ็บป่วยวิกฤต ญาติซึ่งก็คือมารดาที่มาเฝ้าดูแลมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลรักษาเพราะในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่อาศัยทักษะทางวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพ จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยบ้างเท่านั้น

**1.8 Participation in decision making = 1-2 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่ำ** ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพราะระดับการรู้สติลดลงและอยู่ในระยะการเจ็บป่วยวิกฤต มารดาผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาบ้าง ดังที่มารดาผู้ป่วยกล่าวว่า “แล้วแต่คุณหมอ...ถ้าเห็นว่าดีก็ทำได้เลย”

### 2. Nurse Competencies

**2.1 Clinical judgment  $\geq 3$**  พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกในระดับชำนาญ (ระดับ 3) ขึ้นไป เพราะแม้ว่าผู้ป่วย



จะมีเสถียรภาพ ความทนทาน และการพยากรณ์ความเจ็บป่วยในระดับปานกลางและมีการตอบสนองที่พึงประสงค์ต่อการดูแลรักษา แต่ว่าอาการเจ็บป่วยยังคงมีความซับซ้อนสูง และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติก็มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลรักษาน้อยมาก พยาบาลจึงควรมีความสามารถในการรวบรวมและแปลความหมายข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ความสนใจในประเด็นที่สำคัญ ต้องปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติต่างๆ อย่างเหมาะสม และต้องสามารถตัดสินใจและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมองหาแบบแผนและแนวโน้มที่อาจใช้พยากรณ์การทิศทางของการเจ็บป่วย ตระหนักถึงข้อจำกัดของตนและขอความช่วยเหลือตามความเหมาะสม สามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ไม่คาดหวัง ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น septic shock, diabetic emergency การที่มี pneumonia ซึ่งอาจนำไปสู่ respiratory failure และต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ หรือ hypovolemic shock จาก severe hemorrhage พยาบาลต้องสามารถตัดสินใจได้เร็วโดยมองสถานการณ์แบบองค์รวม และใช้ประสบการณ์เพื่อคาดเดาทำนายการเกิดปัญหาได้

**2.2 Advocacy/moral agency = 5** เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมน้อยในการตัดสินใจและการดูแลรักษาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติจึงต้องการพยาบาลที่สามารถกระทำการแทนตามหลักศีลธรรมในระดับสูงสุด (ระดับ 5) คือต้องสามารถปฏิบัติงานเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว ในการพิทักษ์สิทธิในการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมในขณะที่ต้องคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและญาติ ถึงแม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะเกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราและการไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พยาบาลยังคงต้องให้การดูแลโดยยึดมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ไม่ว่าจะเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองของตนหรือไม่ก็ตาม และใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในประเด็นต่างๆ อย่างเหมาะสมกับหลักศีลธรรม เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถกระทำการใดๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องปฏิบัติงานและสร้าง

ความสัมพันธ์กับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกสถานบริการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและวิชาชีพพยาบาล

**2.3 Caring practices = 5** ผู้ป่วยนี้และญาติต้องการพยาบาลที่สามารถให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรในระดับสูง เพราะอาการเจ็บป่วยยังอยู่ในระยะวิกฤต มีการเปลี่ยนแปลงและเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการร่วมตัดสินใจและดูแลรักษาในระดับต่ำ ดังนั้นจึงต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการตระหนักและหยั่งการความเปลี่ยนแปลงของอาการและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลให้เป็นไปด้วยความเอื้ออาทรเกิดความปลอดภัยและความสุขสบายตลอดช่วงของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องสอนและจัดให้มีการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่จำเป็นแก่ญาติเพื่อใช้ในการร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น การสังเกตอาการ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการให้กำลังใจ

**2.4 Collaboration = 3-5** ความซับซ้อน ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย และความเปราะบางของผู้ป่วยทำให้ต้องการพยาบาลที่มีระดับความสามารถที่สูงกว่าระดับเริ่มต้นปฏิบัติงาน นอกเหนือจากการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของอวัยวะและระบบสำคัญของร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แล้ว พยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้จะต้องเป็นผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์สูงสุด ซึ่งรวมถึงการรับผิดชอบในการค้นหา ริเริ่มและติดต่อประสานความช่วยเหลือต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลโดยใช้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นตัวกำหนด ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมสหภาพในการประชุมและอภิปรายเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และการดูแลผู้ป่วย แสวงหาทรัพยากรการดูแลรักษาจากแหล่งต่างๆ ของสหสาขาวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องเป็นแบบอย่าง สอน และ/หรือ ให้การฝึกฝนผู้ร่วมงานที่ประสบการณ์น้อยกว่าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ภาวะผู้นำทางวิชาชีพและความรับผิดชอบต่องานทางพยาบาลภายในทีมสหวิชาชีพอีกด้วย



**2.5 System thinking = 3-5** ผู้ป่วยรายนี้ อยู่ในระยะวิกฤต มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต พยาบาลต้องมองการเจ็บป่วยและบริบทการให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม เมื่อประเมินความต้องการในการดูแลและประเมินความเสี่ยงต่างๆแล้ว พยาบาลต้องสามารถใช้องค์ความรู้และเครื่องมือหรือวิธีการต่างๆที่ได้มาตรฐานในการให้การดูแลโดยยึดความต้องการและจุดแข็งของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก และต้องเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆของระบบบริการสุขภาพเพื่อใช้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้หลักการของ practice-based decisions ต้องรู้ว่าจะต้องรู้เรื่องการดูแลรักษาเมื่อไหร่และอย่างไรในนามของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ พยาบาลต้องพัฒนาแผนการดูแลหลักล่วงหน้า เช่น สร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยดับเสียงหน้าที่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับความเป็นไปได้ทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ กำหนดทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลรักษา และวิธีการเสาะหาและใช้ทรัพยากรดังกล่าว

**2.6 Response to diversity = 3-5** ถึงแม้การเจ็บป่วยอาจจะมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงจนทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยจากการที่ดับเสียงหน้าที่ พยาบาลต้องสามารถให้การดูแลแม้ว่าจะขัดต่อความเชื่อและความรู้สึกของตน พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสำคัญกับความต้องการการดูแลด้านต่างๆอย่างเป็นองค์รวมตามมุมมองของผู้ป่วยและญาติ ผสมผสานค่านิยมความเชื่อของผู้ป่วย/ครอบครัวเข้ากับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลสูงสุด เช่น ในเรื่องความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณเมื่อมารดาผู้ป่วยวางเงินไว้ใต้ที่นอนผู้ป่วยเพื่อ “ซื้อชีวิต” ผู้ป่วย พยาบาลอาจจะถือเป็นโอกาสที่จะนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการขอให้มารดาผู้ป่วยเฝ้าและพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าจะอยู่ระหว่างการเจ็บป่วยที่วิกฤต (เป็นการเพิ่มพลังอำนาจแก่ญาติและสนับสนุนแนวคิด “being there”) เป็นต้น ในขณะที่

เดียวกันพยาบาลต้องแนะนำครอบครัว (และผู้ป่วยเมื่อระดับการรู้สดีขึ้น) ให้เข้าใจวัฒนธรรมของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม

**2.7 Clinical inquiry = 3-5** เพราะผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและอาจจะคุกคามชีวิต พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้นอกจากจะต้องสามารถตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (แม้จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย) ปฏิบัติงานตามนโยบาย มาตรฐาน และแนวปฏิบัติต่างๆอย่างเคร่งครัดแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการปรับนโยบาย มาตรฐาน และแนวปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (evidence-based practice) และต้องรู้ว่าเมื่อไหร่ต้องมองหาความช่วยเหลือในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและวิธีแก้ไข

**2.8 Facilitator of learning = 3-5** ในระยะนี้พยาบาลต้องประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของญาติเป็นหลักและส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้านต่างๆที่จำเป็น เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลผิวหนัง และให้คำปรึกษาด้านต่างๆแก่ญาติผู้ป่วย พยาบาลต้องปรับแผนการสอนหรือโปรแกรมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านข้อมูลของญาติโดยต้องสร้างแผนการสอนที่เฉพาะเจาะจง ให้ความรู้ที่ครอบคลุมและมีความจำเพาะต่อตัวผู้ป่วย/ครอบครัว ประเมินความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้และปรับปรุงแผนการให้ความรู้ต่อไป นอกจากนี้ยังต้องประสานงานและรวมความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆเข้าไว้ในแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

### 3. Outcomes

พยาบาลสามารถกำหนดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

**3.1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วยและญาติ** เช่น ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและลงมือร่วมดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ญาติมีความไว้วางใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ญาติ (และผู้ป่วยเมื่อการรู้สดีขึ้น) ได้รับการแนะนำและสอนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามแผนการพยาบาลและแผนการจำหน่าย มีความสุขสบายมากขึ้น ลดความเจ็บปวดต่างๆ จนมีระดับการรู้สดีขึ้น และ



สามารถกลับมาทำหน้าที่ด้านต่างๆ และกิจวัตรประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ

**3.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของพยาบาล** เช่น ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในทิศทางที่พึงประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใหม่ ภาวะแทรกซ้อนเดิมได้รับการดูแลจนบรรเทาลงหรือหายขาด และพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลบรรลุเป้าหมายของการดูแลที่ตั้งไว้

**3.3 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของระบบบริการสุขภาพ** ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับรักษาด้วยอาการ / ภาวะแทรกซ้อนเดิม ภายใน 28 วัน (หรือมากกว่า) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นไปตามที่มาตรฐานการดูแลควรจะใช้จ่าย (ไม่สิ้นเปลืองเกินความจำเป็น เช่น ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น หรืออาการผู้ป่วยทรุดหนักลงหลังจากได้รับรักษา) พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและผลสัมฤทธิ์ของการดูแล

## สรุป

The Synergy Model สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ลักษณะของผู้ป่วย 8 ประการ และสมรรถนะของพยาบาล 8 ประการ ช่วยเอื้อให้บุคลากรสุขภาพสามารถกำหนดแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้สามารถประเมินระดับสมรรถนะด้านต่างๆ ของพยาบาล และระบุระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ผลที่ตามมาคือช่วยให้สถานบริการสุขภาพสามารถจัดอัตรากำลังบุคลากรได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการดูแลจนสามารถบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จุดเด่นของ Synergy Model คือความเรียบง่ายโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และกำหนดระดับทักษะด้านต่างๆ ที่พยาบาลต้องใช้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ Synergy Model ยังให้ความสำคัญกับความคาดหวังของระบบสุขภาพในเรื่องผลลัพธ์ของผู้ป่วยและยังตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. AACN Certification Corporation. The AACN Synergy Model for patient care [online] 2008 [cite 2008 October 10]. Available from: <http://www.certcorp.org/certcorp/certcorp.nsf/vwdoc/SynModel>.
2. Molter NC. Professional caring and ethical practice. In Chulay, M. & Burns, S.M. (Eds.). AACN essentials of critical care nursing. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2006.
3. Reed KD, Cline M, Kerfoot K. Implementation of the Synergy Model in critical care. In Kaplow, R. & Hardin, S.R. Critical care nursing: Synergy for optimal outcomes. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett; 2007.
4. Curley MAQ. Patient-nurse synergy: Optimizing patients' outcomes. American journal of critical care 1998; 7(1):64-72.
5. Hardin S, Hussey L. AACN Synergy Model for Patient Care: Case study of a CHF patient. Critical Care Nurse 2003; 32(1): 73-76.
6. Markey DW. Applying the Synergy Model: Clinical Strategies. Critical care nurse 2001; 21(3).
7. Becker D. Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: American Association of Critical Care Nurses Study of Practice. American journal of critical care 2006; 15(2): 130-148.
8. Edwards DF. The Synergy Model: Linking patient needs to nurse competencies. Critical Care Nurse 1999; 19(1).