

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ

นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2555

**The Development of a Nursing Service with Caring Model of Professional Nurses
at a Medical In-patient Department Chiangkham Hospital**

Miss Wanpen Boonprasert



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing


Sukhothai Thammathirat Open University

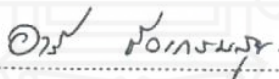
2012

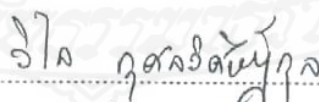
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงค้ำ
ชื่อและนามสกุล นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข
2. รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล


วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2556

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)



ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงค้ำ

ผู้วิจัย นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ **รหัสนักศึกษา** 2525100042 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2) รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิเศษณ์กุล **ปีการศึกษา** 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงค้ำ (2) พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพและ (3) ศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 คน คือ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น (2) โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง (3) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) โรงพยาบาลเชิงค้ำยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรมโดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.46) (2) รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นใหม่เป็นแบบแผนของการบริการพยาบาลที่บูรณาการด้วย 1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการพยาบาล และ 3) การดูแลอย่างเอื้ออาทรของสเวนนสัน มีการบริการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเข้าถึงและ เข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจ และ 5) การประเมินผล ในแต่ละขั้นตอนจะบูรณาการการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย และ (3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น โดยรวมและรายด้านสูงกว่ารูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ การพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาล การดูแลอย่างเอื้ออาทร แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม

Thesis title: The Development of a Nursing Service with Caring Model of Professional Nurses at a Medical In-patient Department Chiangkham Hospital

Researcher: Miss Wanpen Boonprasert; **ID:** 2525100042; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor; (2) Ms. Wilai Kusolvisitkul, Associate Professor; **Academic year:** 2012

Abstract

The objectives of this research and development were: (1) to analyze situations of a nursing service with caring model of professional nurses working at a Medical In-patient Department in Chiangkham Hospital, (2) to develop a new nursing service with caring model for professional nurses, and (3) to explore and to compare the patient perception of nursing service with caring behaviors of professional nurses between an experimental group and a control group.

The samples were selected by the purposive sampling technique to include the patients at the Medical In-patient Department. They were divided into two groups: (1) 30 patients who received the new nursing service with caring model as the experimental group, and the other 30 patients who were provided with a routine nursing service model as the control group. Three research tools consisted of (1) the developed nursing service with caring model, (2) two training projects, and (3) a questionnaire for patient perception of nursing service with caring behaviors of professional nurses. All tools were tested for validity and reliability. The reliability of the questionnaire was 0.95. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Independent t-test.

The major findings were as follows. (1) Chiangkham hospital did not have a practical and concrete nursing service with caring model. The mean score of the patient perception of nursing service with caring behaviors of professional nurses in the control group at the moderate level. ($M = 3.46$). (2) The new nursing service with caring model was developed, and the nursing care pattern was integrated by 1) patient care processes, 2) the nursing process, and 3) the caring process of Swanson. The model included 5 steps: 1) access and entry, 2) assessment, 3) Implementation and discharge planning, 4) giving information and empowerment, and 5) evaluation. Each step was integrated with five caring processes: knowing, being with, doing for, enabling, and maintaining belief. Finally, (3) the mean score of the patient perception of nursing service with caring behaviors of professional nurses was significantly higher than the previous model at the level 0.01 ($p < 0.01$).

Keywords: Development, Nursing service model, Caring, In-patient department, Medicine

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล อาจารย์ร่วมที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและแนะแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่าจนประสบผลสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและรูปแบบการบริการพยาบาล อย่างเอื้ออาทร รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเชิงค้ำ แพทย์หญิงฤทัย วรรณวินิจที่อนุญาตให้ดำเนินการในหน่วยงานของโรงพยาบาลเชิงค้ำ นางพรรณมา สุปินะเจริญ หัวหน้าพยาบาล นางระพีพรรณ อนุกุล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

วันเพ็ญ บุญประเสริฐ
กรกฎาคม 2556

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ | ฉ |
| สารบัญตาราง | ฅ |
| สารบัญภาพ | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 4 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 4 |
| สมมติฐานการวิจัย | 6 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 6 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 7 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 9 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 10 |
| การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | 11 |
| แนวคิดที่ใช้พัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | 21 |
| โรงพยาบาลเชิงคำ | 24 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 28 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 32 |
| รูปแบบการวิจัย | 32 |
| ประชากรและกลุ่มที่ศึกษา | 33 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 34 |
| ขั้นตอนดำเนินการวิจัย | 42 |
| การรวบรวมข้อมูล | 44 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 46 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 47 |
| ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล | 47 |
| ตอนที่ 2 สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนการพัฒนา | 51 |
| ตอนที่ 3 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชิงคำที่พัฒนาขึ้น | 56 |
| ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาล อย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม | 58 |
| บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 67 |
| สรุปการวิจัย | 67 |
| อภิปรายผล | 73 |
| ข้อเสนอแนะ | 76 |
| บรรณานุกรม | 78 |
| ภาคผนวก | 83 |
| ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ | 84 |
| ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | 86 |
| ค ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและ ตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย | 88 |
| ง ตารางผนวกที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล | 93 |
| จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 95 |
| ประวัติผู้วิจัย | 111 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามระยะพัฒนา | 35 |
| ตารางที่ 3.2 การบูรณาการแนวคิดของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาล เป็นการบริการพยาบาล | 38 |
| ตารางที่ 3.3 การบูรณาการขั้นตอนของการบริการพยาบาลกับแนวคิด การดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแกนสัน | 39 |
| ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม คุณลักษณะส่วนบุคคล | 48 |
| ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล | 50 |
| ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มควบคุม | 52 |
| ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นรายชื่อของกลุ่มควบคุม | 53 |
| ตารางที่ 4.5 ประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบ การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | 55 |
| ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม | 58 |
| ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการรู้จักผู้ป่วยจำแนกเป็นรายชื่อ | 59 |
| ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการอยู่กับผู้ป่วยจำแนกเป็นรายชื่อ | 60 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

| | | |
|---------------|--|----|
| ตารางที่ 4.9 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ..... | 62 |
| ตารางที่ 4.10 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ..... | 64 |
| ตารางที่ 4.11 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ..... | 65 |



สารบัญภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 5 |
| ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการบริหารงาน โรงพยาบาลเชียงคำ | 25 |
| ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 45 |
| ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | 57 |



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) เป็นหัวใจสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นเอกลักษณ์วิชาชีพที่จำเป็นของพยาบาล เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการแสดงออกของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1985; สมจิต หนูเจริญกุล 2544) การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นการให้ความสำคัญของการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเอื้ออาทรผสมผสานไปกับปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดผลดีต่อการดูแลและการรักษาพยาบาลรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1999) โดยความผาสุกด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขพ้นหายจากโรคเร็วขึ้น ความผาสุกด้านจิตใจผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยรู้สึกถึงพยาบาลเข้าใจในความเจ็บป่วยของตน (Swanson, 1999) ส่วนความผาสุกทางด้านสังคม การดูแลอย่างเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีส่วนร่วมในการรักษา (อารี ชิวเกษมสุข 2542) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจ มีพลังอำนาจ มีเกียรติและมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ (พยอม อยู่สวัสดิ์ 2539) ดังนั้นการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจึงเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล และเป็นอุดมคติในการพยาบาลเพื่อปกป้องส่งเสริมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Watson, 1985 อ้างถึงใน พรทิพย์ มาลาธรรม 2553) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วนแบบองค์รวม ในทางตรงกันข้าม หากพยาบาลแสดงออกถึงพฤติกรรมบริการพยาบาลที่ไม่มีการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยจะเกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อวิชาชีพพยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะในปัจจุบันผู้ป่วยตระหนักถึงสิทธิในการรับบริการและให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลมากขึ้น หากพยาบาลให้การพยาบาลอย่างไม่มีความเอื้ออาทรก็จะไม่สามารถตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยได้ และอาจทำให้มีปัญหาด้านการร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล (สำนักการพยาบาล 2550) จะเห็นได้ว่าการที่พยาบาลให้การพยาบาลโดยไม่มีความ

เอื้ออาทรจะส่งผลเสียทั้งต่อพยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบตามมาหลายประการ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรจากพยาบาลผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ จะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจพบว่า ทำให้การฟื้นฟูหายจากโรคช้าลง ใช้เวลารักษานานขึ้น และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิตกกังวล และเครียดมากขึ้น ส่วนผลกระทบด้านสังคมผู้ป่วยรู้สึกว่า มีความห่างเหินจากพยาบาล และผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เสียเกียรติ ไร้คุณค่า สูญสิ้นความหวัง และจดจำประสบการณ์ที่ไม่ดี (Swanson, 1999) โดยเฉพาะใน สถานการณ์ที่เร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉิน พยาบาลมุ่งจะให้บริการ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เป็นสำคัญทำให้ผู้ป่วยมักจะถูกละเลยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทั้งทางด้านการใช้คำพูด ภาษา และท่าทาง (Wiman, 2004) มีข้อสนับสนุนจากผลการศึกษาของฮอลล์คอสคอตเทียร์ (Halldorsdottir, 1996) พบว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ป่วย รวมถึงทักษะ ในการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความร่วมมือ ความนับถือและความเห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี เมื่อพยาบาลให้การดูแลด้วยความไม่เอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจ ไม่ให้ความร่วมมือ และปฏิเสธที่จะติดต่อสื่อสารด้วย ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้หมดหวังและหมดกำลังใจ โดยสรุปจะเห็นว่า พยาบาลที่ไม่มีความเอื้ออาทรส่งผลเสียต่อผู้ป่วยแบบองค์รวม ปัจจุบันจึงมีความพยายามพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศพบว่า รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขยังมีจำนวนไม่มากนัก การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับองค์กรวิชาชีพพยาบาลที่ต้องพัฒนาให้เป็นรูปธรรมนำไปสู่การปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานบริการสาธารณสุขของแต่ละแห่ง ดังเช่น การศึกษาของก๊อดคิน (Godkin, 2004) พบว่า ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบนี้ประกอบด้วย การจัดทำรูปแบบและคู่มือปฏิบัติ การนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ เยเกล (Yeakel, 2003) พบว่า มีวิธีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ได้แก่ การฝึกอบรมในงาน ระบุเป้าหมายอย่างชัดเจน มีการเสริมแรง มีการบริหารคุณภาพโดยรวม และมีการประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลโดยประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วย หรือประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (Kipp, 2001; William, 1998; Yeakel, 2003; กุสุมา ปิยะศิริภักดิ์ 2545; มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ 2549; อิชยา สุวรรณกุล และนงนุช เซาวนศิลป์ 2542) จากตัวอย่างผลการวิจัยที่กล่าวมา

พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมีการดำเนินการอยู่บ้างบางส่วน แต่รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นยังไม่ใช้ต้นแบบของโรงพยาบาลต่างๆ และมีความเฉพาะในบริบทที่ทำการพัฒนาเท่านั้น เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเชิงคำซึ่งยังไม่มีพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรอย่างเป็นรูปธรรม และยังต้องการการพัฒนาให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเชิงคำ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 225 เตียงเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งอยู่ในอำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยาให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอำเภอเชิงคำ และอำเภอภูซางรวมทั้งประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงมารับบริการด้านสุขภาพซึ่งได้แก่ ประชาชนจากอำเภอจุน อำเภอปง อำเภอเชียงม่วน อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย และประชาชนจากแขวงไซบุรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ยังให้บริการครอบคลุมมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา ทำให้มีผู้รับบริการในสถานบริการภาครัฐเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (อำพล จินดาวัฒนะ 2542) ปริมาณงานและภาระงานเพิ่มขึ้นเกิดผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการของพยาบาล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเชิงคำ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากกว่าแผนกอื่นๆ และมีอัตราครองเตียงสูงกว่าแผนกอื่นๆ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชิงคำ 2555) ในด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเชิงคำได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2548 และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Hospital reaccreditation) จนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเชิงคำจะผ่านการรับรองคุณภาพแล้วก็ตาม การให้บริการพยาบาลยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเชิงคำ ที่กล่าวไว้ว่า“โรงพยาบาลคุณภาพในการสร้างเสริมและดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐานด้วยสภาวะแห่งความเอื้ออาทร”

โดยสรุปการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรจะส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคช้าลง ใช้เวลารักษานานขึ้น และส่งผลกระทบต่อทางลบตามมาอีกหลายประการ สถานบริการสาธารณสุขหลายแห่งจึงมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรขึ้นแต่ในปัจจุบันก็ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเชิงคำ ซึ่งยังไม่เคยมีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในฐานะคณะกรรมการบริหารของกลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลเชิงคำจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งจะส่งผลดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาล และวิชาชีพพยาบาลต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมโรงพยาบาลเชิงคำ
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ บูรณาการกับแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551) กระบวนการพยาบาล (อารี ชิวเกษมสุข 2551) เพื่อให้ครอบคลุมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย และเรียกการบูรณาการแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาลนี้ว่า “การบริการพยาบาล” ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การวางแผนดูแลผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย 4) การดูแลผู้ป่วย 5) การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และ 6) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

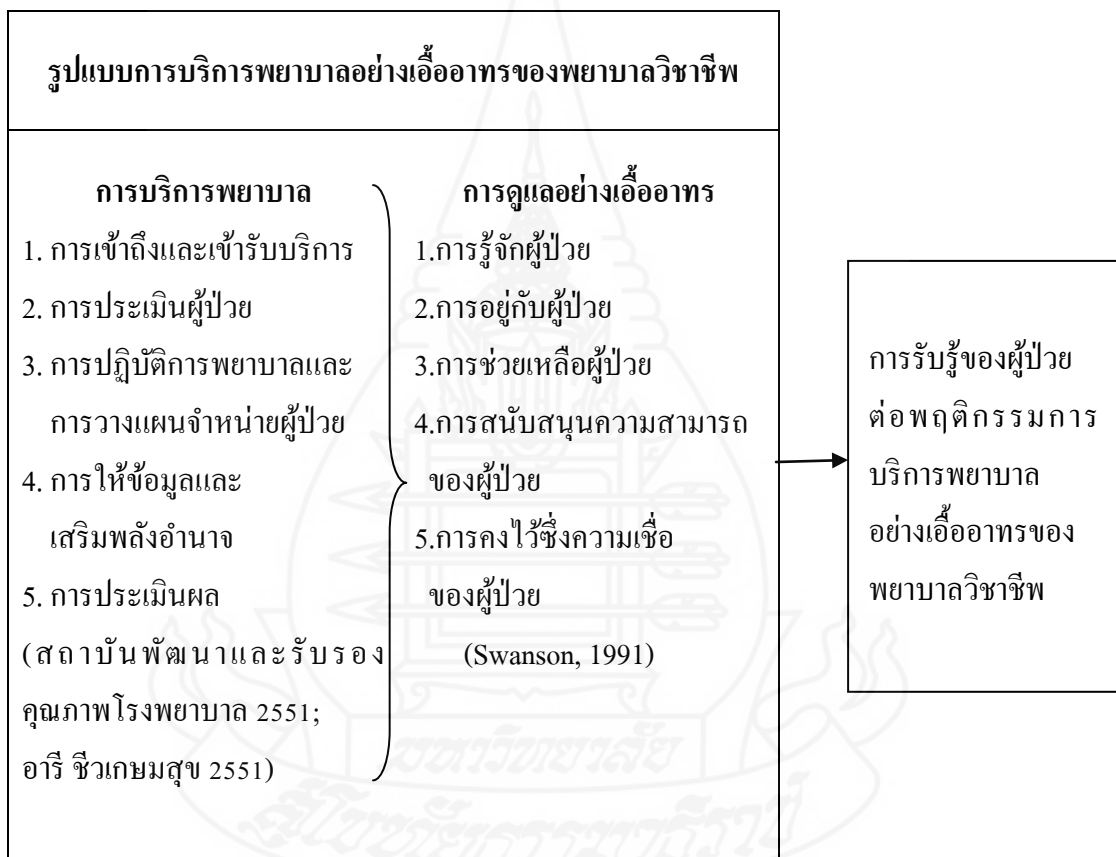
นอกจากนี้การบริการพยาบาลได้บูรณาการกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991) เนื่องจากการบริการพยาบาลเป็นกระบวนการดูแลเชิงวิทยาศาสตร์ที่มีการแก้ไขปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์ แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรจะบูรณาการกับทุกขั้นตอนของการบริการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างศิลปะของการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้การบริการพยาบาลเป็นรูปธรรมและผู้ป่วยรับรู้ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร

แบ่งเป็น 5 ด้านได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย

โดยสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยมีการบูรณาการ 3 แนวคิดที่กล่าวมาได้เป็นรูปแบบซึ่งมี 5 ขั้นตอนบูรณาการกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5 ด้านในการบริการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนดังแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเป็นภาพที่ 1.1 ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ารูปแบบเดิม

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิด Posttest only group design แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนเมษายน 2556 รวมระยะเวลา 9 เดือน โดยมีขอบเขต ดังนี้

5.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญประเภทผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำในช่วงเวลาที่ศึกษา

5.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมในการวิจัยครั้งนี้ คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม กลุ่มละ 30 คน ได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ (Matching)

5.3. ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่

5.3.1 *ตัวแปรต้น* ได้แก่ รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

5.3.2 *ตัวแปรตาม* ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร หมายถึง แบบแผนของพฤติกรรมกรบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการ 3 แนวคิดระหว่างกระบวนการดูแลผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551) กระบวนการพยาบาล (อารี ชิวเกษมสุข 2551) และแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991) รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรประกอบด้วย การบริการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจ และ 5) การประเมินผล แต่ละขั้นตอนของการบริการพยาบาลบูรณาการด้วยการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5 ด้านของสแวนสัน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย (ภาคผนวก จ)

6.2 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการช่วยเหลือ สนับสนุน และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดีและมีชีวิตอย่างปกติสุข ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991) แบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้

6.2.1. การรู้จักผู้ป่วย (Knowing) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลเข้าใจสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและความเป็นบุคคลที่แท้จริงของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย และประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลและผู้ป่วยเปิดเผยความเป็นบุคคลตามบทบาทหน้าที่ต่อกันและกัน

6.2.2 การอยู่กับผู้ป่วย (Being with) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลอยู่กับผู้ป่วย และมาพบผู้ป่วยเป็นระยะๆอย่างเหมาะสม และมีความพร้อมที่จะรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ

6.2.3 การช่วยเหลือผู้ป่วย (Doing for) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลช่วยทำกิจกรรมต่างๆให้ผู้ป่วยตามความจำเป็นได้แก่ การดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ตอบสนองความต้องการและให้การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล

6.2.4 การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย (Enabling) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยได้ ให้ข้อมูลและประคับประคองทางอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาของตนเอง ค้นหาทางเลือกและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

6.2.5 การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย (Maintaining belief) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลธำรงรักษาไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาต่อความสามารถของผู้ป่วย ในการเผชิญปัญหาและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งการบรรลุความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการ

6.3 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในสาขาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สภากาพยาบาลรับรองและขึ้นทะเบียน เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเชียงคำ ให้บริการพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และช่วยแพทย์ในการรักษาโรค

6.4 แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม หมายถึง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นหอผู้ป่วยสามัญ ให้บริการครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพรับผู้ป่วยผู้ใหญ่เพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไปโดยมีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยการให้ยาเป็นหลักได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ นอกจากนี้ยังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการบำบัด เป็นต้น

6.5 โรงพยาบาลเชียงคำ หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 225 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ต้นสังกัดพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และผู้ป่วยเฉพาะโรคได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก จักษุ จิตเวช และผู้ป่วยอุบัติเหตุ รวมทั้งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลเชิงคำต่อไปและเป็นต้นแบบสำหรับพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาลเชิงคำ เช่นแผนกศัลยกรรม และแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นต้น

7.2 เป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้าง ปลูกฝัง ค่านิยม ด้านพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรสืบต่อไป

7.3 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรในโรงพยาบาลอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเชิงคำ



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงค้ำ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีสาระสำคัญที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

- 1.1 ความหมายของรูปแบบ
- 1.2 หลักการพัฒนารูปแบบ
- 1.3 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร
- 1.4 วิธีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

2. แนวคิดที่ใช้พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

- 2.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- 2.2 กระบวนการพยาบาล

3. โรงพยาบาลเชิงค้ำ

- 3.1 บริบทของโรงพยาบาลเชิงค้ำ
- 3.2 โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลเชิงค้ำ
- 3.3 วิสัยทัศน์
- 3.4 พันธกิจ
- 3.5 เป้าประสงค์
- 3.6 การให้บริการพยาบาลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
- 3.7 การบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
- 3.8 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
- 3.9 กระบวนการทำงานของการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างมืออาชีพ

1.1 ความหมายของรูปแบบ (Model)

นักวิชาการต่างๆ ได้ให้ความหมายของรูปแบบได้แก่

กู๊ด (Good, 1973) ได้ให้ความหมายของ รูปแบบ หมายถึง แบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เป็นแผนภูมิหรือหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการ หรือแนวคิด เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม หรือรูปแบบคือแบบจำลองของสิ่งที่

คีฟส์ (Keeves, 1988) กล่าวว่า ว่าเป็นรูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างชุดของปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ หรือองค์ประกอบที่สำคัญในเชิงความสัมพันธ์หรือเหตุผลซึ่งกันและกันเพื่อช่วยให้เข้าใจข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ในเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

เยวดี ราชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) ให้ความหมาย รูปแบบหรือแบบจำลอง หมายถึง วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย ในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราวประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

ประภากร ธาราศักดิ์ (2546) ให้ความหมายของรูปแบบ ว่าเป็นแบบหรือแผนงานเป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลต่างๆ มาหาความสัมพันธ์กัน ทำให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมดอย่างเป็นระบบ แสดงให้เห็นทางเลือก แนวทางการดำเนินงาน

โดยสรุป รูปแบบ หมายถึง แบบอย่าง ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ เป็นแผนภูมิหรือแผนภาพ เพื่อสื่อให้เข้าใจง่าย

1.2 หลักการพัฒนารูปแบบ

คีฟส์ (Keeves, 1988) ได้กล่าวถึงหลักการอย่างกว้างๆ เพื่อกำกับการสร้างรูปแบบทั่วไปไว้ 4 ประการคือ

1.2.1 รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นธรรมดา อย่างไรก็ตามความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้น มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

1.2.2 รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อมูลสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

1.2.3 รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่กำลังศึกษาดังนั้นนอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

1.2.4 รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่

การพัฒนา รูปแบบของสิ่งใดๆขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา หรือออกแบบจากแนวคิดทฤษฎีและหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบ

1.3 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร

1.3.1 ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทร

การดูแล (Caring) หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การปกครอง เอื้อ หมายถึง เอาใจใส่ มีน้ำใจ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2546) อาทร หมายถึง ความเอื้อเพื่อ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2546)

จากความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลอย่างเอื้ออาทร จึงหมายถึง การเอาใจใส่ ด้วยความเอื้ออาทร หรือ การเอาใจใส่ด้วยความห่วงใย

นอกจากความหมายตามพจนานุกรมแล้วยังมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการดูแลไว้ ดังนี้

ไลนิงเจอร์ (Lininger, 1988) ได้กล่าวถึง การดูแลอย่างเอื้ออาทร ไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรม การช่วยเหลือ การสนับสนุน คำจุน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถให้กับบุคคล หรือกลุ่มคนตามความต้องการ เพื่อปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

สแวนสัน (Swanson, 1991) กล่าวว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ส่งเสริมสนับสนุนคุณค่าแก่บุคคลอื่น ซึ่งกระทำโดยบุคคลที่มีความมุ่งมั่น มีพันธะสัญญา และมีความรับผิดชอบต่อบุคคลนั้น

วัตสัน (Watson, 1999) ให้ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่า เป็นศาสตร์และศิลป์ในการกระทำแสดงความรู้สึกอย่างจริงใจระหว่างบุคคลทั้งพยาบาลและผู้ให้บริการต่างก็มีศักยภาพ และได้รับประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแลอย่างเอื้ออาทร

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539) กล่าวถึงความหมายโดยทั่วไปของการดูแลว่าเป็นการ

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่างๆตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคมโดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ และความเอาใจใส่เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตและสรรพสิ่ง

อารี ชิวเกษมสุข (2541) การดูแลอย่างเอื้ออาทร หมายถึง การกระทำใดๆที่ช่วยเหลือ ประคับประคองและเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่า

รัตนา ทองสวัสดิ์ (2541) ได้ให้ความหมายของการดูแลแล้ว เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ในเชิงปฏิบัติที่มีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลมีความรักความเอื้ออาทรเป็นพื้นฐาน และมีความไว้วางใจกัน เพราะเป็นวิถีทางสนับสนุนให้มีการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดี และมีพลังอำนาจที่จะช่วยให้หายจากโรคร้ายได้เมื่อมีการเจ็บป่วย

สิวลี ศิริไล (2553) การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นการแสดงออกถึงความอ่อนโยน ความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย ความห่วงใยและการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเอื้ออาทรก่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเองและอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย

โดยสรุป การดูแลอย่างเอื้ออาทร หมายถึง การช่วยเหลือ สนับสนุน และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดีและมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขความเอาใจใส่ดูแลด้วยความเมตตาส่งเสริมให้เกิดคุณค่าสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกที่ตระหว่างบุคคล

การพยาบาลและการดูแลมักใช้ควบคู่กัน โดยการดูแลเป็นองค์ประกอบของการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล สภากาพยาบาล (2551) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาล หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยการฟื้นฟูสภาพการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

1.3.2 พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติกาพยาบาลและการกระทำของพยาบาลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สภากาพยาบาลระหว่างประเทศได้จำแนกการกระทำการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการบำบัดทางการพยาบาลไว้ดังนี้

(International Classification of Nursing Practice: ICNP, 1996 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2544)

1. การช่วยเหลือ (Assisting) เป็นการเอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitating) การสนับสนุน (Supporting) ได้แก่ การสนับสนุนให้มีความมั่นใจ มีความหวัง มีกำลังใจ การช่วยเหลือให้แข็งแกร่งขึ้น

2. การปฏิบัติ (Treating) หมายถึง การดูแลโดยการทำให้ลดลง การทำให้สิ้นสุดการขจัด การช่วยสร้างให้กลับดีดั้งเดิมด้วยการแบ่งเบาโดยการทำให้อดทนต่อสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น การบรรเทา การซ่อมสร้างโดยการชุบชีวิตใหม่ การฟื้นฟูสภาพ

3. การป้องกัน (Preventing) ได้แก่ การปกป้อง (Protecting) การหลีกเลี่ยง (Avoiding)

4. ความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่อง (Relating) เป็นการติดต่อสื่อสารโดยการรับฟัง การรายงาน สำหรับการอยู่ด้วยคือ การมีเวลาให้เมื่อผู้ป่วยต้องการ การยอมรับ ยกย่อง การให้ความสุขสบายและการสัมผัสผู้ให้บริการ

การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพต้องแสดงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรแก่ผู้รับบริการ ทั้งคำพูด กิริยาท่าทางและการปฏิบัติเทคนิควิธีการพยาบาล (พยอม อยู่สวัสดิ์ 2537

อ้างถึงใน จิราภรณ์ กุลยรัตน์ 2550) พฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมที่แสดงออกทางสีหน้าท่าทาง หมายถึงการแสดงออกทางกิริยาท่าทาง รวมถึง สีหน้า แววตาที่บ่งบอกถึงความสนใจ เอาใจใส่ผู้บริการ

2. พฤติกรรมที่แสดงออกทางคำพูด หมายถึงการใช้คำพูดที่แสดงเจตนาในการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างแท้จริง โดยเคารพในศักดิ์ศรี และให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ผู้รับบริการ

3. พฤติกรรมที่แสดงออกในการกระทำเทคนิควิธีการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติที่เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยใช้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนในสถานการณ์ต่างๆ

การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลบุคคลต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคลและคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องการความรู้ การให้พันธะสัญญาต่อกันซึ่งเป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทร ตัวอย่างทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่จะนำเสนอในที่นี้มีดังนี้

1.3.3 ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson)

วัตสัน (Watson, 1985) ได้เสนอทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นคุณธรรมที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกันและในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น การดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการถือเป็นคุณธรรมที่พยาบาลต้องยึดมั่นในการให้บริการพยาบาล พยาบาลต้องปฏิบัติกระบวนการพยาบาลที่เข้าถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้

หายจากการเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเองตลอดจนพิทักษ์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการกระบวนการพยาบาลบุคคลต้องใช้ปัจจัย 10 ประการ (Ten Carative Factors) (Watson, 1989) ได้แก่

1. สร้างระบบค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของคนอื่น (Humanistic – Altruistic Values) เป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลอย่างเอื้ออาทรมนุษย์ โดยเน้นความพึงพอใจในการให้ผู้อื่นมากกว่าการรับ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าสิ่งที่ต้องทุ่มเททุกสิ่งทุกอย่างที่มีอยู่เพื่อผู้อื่น แต่เป็นผลจากความมีวุฒิภาวะของบุคคล โดยการที่บุคคลได้รับความรัก ความเมตตา ปรานี และความเข้าใจมาตั้งแต่วัยเด็กและบุคคลนั้นเกิดความชื่นชมในสิ่งที่ตนได้รับและมีความพึงพอใจที่จะให้สิ่งที่ตนได้รับแก่ผู้อื่น ทำให้บุคคลเข้าใจและยอมรับ

2. การสร้างศรัทธาและความหวัง (Faith and Hope) ศรัทธาและความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดพลังใจในตนเอง พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดศรัทธาและความหวังในความสามารถของพยาบาลหรือการรักษาตามที่ผู้ป่วยได้รับและความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนือตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง

3. ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Sensitivity to self and others) การที่พยาบาล จะสามารถเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยได้พยาบาลจะต้องมีการเรียนรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนว่าเป็นเช่นไร ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและมีการพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยและยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานอย่างเต็มกำลังความสามารถ

4. การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจเพื่อการดูแลบุคคล (Human care relationship) เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพจะเกิดขึ้นได้ เมื่อพยาบาลมองผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกนึกคิด ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ที่อาจจะเหมือนหรือไม่เหมือนกับพยาบาลก็ได้ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความโอบอ้อมผ่อนตาม ตลอดจนการรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจจะอาศัยการสื่อสารที่มีคุณภาพทั้งการใช้คำพูดท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงความยินดีความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่จากพยาบาลและเกิดความไว้วางใจ

5. การแสดงออกถึงการยอมรับทั้งทางบวกและทางลบ (Expression of Positive and Negative Feeling) ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจแสดงความรู้สึกทั้งสองด้านและความรู้สึกนั้นมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกันพยาบาลอาจแสดงพฤติกรรมเพื่อปกป้องความรู้สึกของตนเองพฤติกรรมนี้อาจขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย ดังนั้น

พยาบาลต้องรับรู้ ยอมรับความรู้สึกของตนเอง ของผู้ป่วย ตามความเป็นจริงทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้ ก็สามารถยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยได้เช่น การยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ตำหนิ ค่นวดัดสันใจแทน การให้เวลา ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยรวมทั้งการอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งเมื่อผู้ป่วยเป็นทุกข์แสดงอารมณ์ไม่ดี หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

6. ใช้กระบวนการดูแลในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Creative Problem Solving Caring Process) การปฏิบัติดูแลอย่างเอื้ออาทรต้องอาศัยกระบวนการดูแลในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งทุกขั้นตอนต้องอาศัยองค์ความรู้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ สุนทรียศาสตร์ สัญชาตญาณ เจตคติ และ จริยศาสตร์ จึงจะทำให้การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

7. การเรียนรู้เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Caring Relational Teaching Learning) การปฏิบัติดูแลพยาบาลนั้นควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้

8. การสนับสนุน การป้องกัน และ/หรือแก้ไขสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความผาสุกด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ (Supportive, Protective, and/or corrective Healing) การปฏิบัติดูแลพยาบาลนั้นต้องสนใจสถานการณ์ภายนอก ที่อยู่รอบตัวผู้รับบริการ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่สะอาด สวยงามเพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ที่ดี เป็นการสนใจในองค์รวมของบุคคล ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ

9. การให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของมนุษย์ (Gratification of Human Needs) บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตลอดจนการส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการ สามารถจำแนกความต้องการของมนุษย์เป็นความต้องการเพื่อการมีชีวิต (Survival need) ความต้องการการทำหน้าที่ (Functional need) ความต้องการเชิงบูรณาการ (Integrative need) และความต้องการแสวงหาการเจริญเติบโต (The growth seeking need) ที่ครอบคลุมความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคลการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณตลอดจนการเป็นตัวของตัวเองซึ่งความต้องการต่างๆเหล่านี้มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกัน บุคคลแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันถึงแม้การเป็นตัวของตัวเอง จะเป็นความต้องการระดับสูงก็ตาม ในการดูแล

เพื่อตอบสนองความต้องการจะต้องถือว่าความต้องการทุกอย่างมีค่าเท่าเทียมกันทั้งนี้เนื่องจากการดูแลอย่างเอื้ออาทรมุ่งเน้นเรื่องภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและความกลมกลืนกัน

10. การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่

(Existential Phenomenological Spiritual Dimensions) พยาบาลต้องทำความเข้าใจโลกภายในบุคคลตลอดจนความหมายในชีวิตของเขา โดยการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่บุคคลนั้นได้ประสบมาเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งและพร้อมที่จะเผชิญต่อภาวะการเจ็บป่วยและความตาย ทั้งนี้ พยาบาลต้องเรียนรู้ที่จะค้นหาความหมายในชีวิตของตนให้ได้เสียก่อนจึงจะสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน ก่อนข้างเป็นอุดมคติและเน้นจิตวิสัย คือ ความรู้สึกนึกคิด ภูมิหลังของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลอย่างมาก

1.3.4 ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของไลนิงเจอร์ (Leininger)

ไลนิงเจอร์ ได้ริเริ่มสร้างทฤษฎีการดูแลมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 และในปี ค.ศ. 1985 ได้ตีพิมพ์ทฤษฎีการดูแลที่เข้าถึงวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) และได้พัฒนาต่อมาจนกระทั่งปี ค.ศ. 1991 ได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็นทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลโดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการดูแลของไลนิงเจอร์ (Leininger, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2544) มีดังนี้

1. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เป็นหัวใจ และเป็นจุดเน้นของการพยาบาล
2. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นต่อความผาสุก สุขภาพ การฟื้นฟู การเจริญเติบโต การรอดชีวิตและการเผชิญกับความคับข้องใจและความตายของมนุษย์
3. การดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นสื่อที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมและเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล
4. การพยาบาลเป็นสาขาวิชาและเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ของการดูแลมนุษย์ในวัฒนธรรมที่หลากหลาย
5. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาและการฟื้นฟู ดังนั้นการรักษาให้หายจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากการดูแล
6. การดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล คือ มีอยู่ในทุกวัฒนธรรม แต่ความหมายการแสดงออก รูปแบบ กระบวนการ และโครงสร้างอาจแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม
7. ในทุกวัฒนธรรมของมนุษย์จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลของสามัญชน การดูแลที่บ้าน และการดูแลของวิชาชีพอยู่ด้วยกันเสมอ แต่การปฏิบัติอาจแตกต่างกันไปแต่ละวัฒนธรรม

8. ค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติ ภาษา ศาสนา เครือญาติ การเมืองหรือกฎหมาย การศึกษา เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ชาติพันธุ์ และบริบททางด้านสิ่งแวดล้อมของวัฒนธรรมที่เฉพาะ

9. ประโยชน์และความพึงพอใจ ที่ได้รับจากการดูแลทางการแพทย์พยาบาลมีส่วนช่วยให้เกิดความผูกพันกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชนในบริบทของสิ่งแวดล้อมนั้นๆ

10. การดูแลทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องตามวัฒนธรรมจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อพยาบาลได้ทราบเกี่ยวกับค่านิยม การปฏิบัติ หรือรูปแบบการดูแลตามวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และนำมาใช้อย่างเหมาะสม

11. ความคล้ายคลึงและความแตกต่างในทัศนคติการดูแลตามวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพและของประชาชนผู้รับการดูแล มีอยู่ทั่วไปในการดูแลมนุษย์

ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของไลนินเจอร์ เน้นความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการดูแลของแต่ละบุคคล การดูแลจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย พยาบาลกับผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น ความเชื่อ ค่านิยมต่อกัน

1.3.5 แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson)

สแวนสัน (Swanson, 1991) ได้นำแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของวัตสันไปพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติมากขึ้น โดยได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มมารดาหลังแท้งบุตร 2) กลุ่มผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกคลอด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) และ 3) กลุ่มมารดาอายุน้อย สแวนสัน ได้สรุปความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่าเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ส่งเสริมสนับสนุนคุณค่าแก่บุคคลอื่นซึ่งกระทำโดยบุคคลที่มีความมุ่งมั่นมีพันธะสัญญา และมีความรับผิดชอบต่อบุคคลนั้นซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5 ด้าน ได้แก่

1. การรู้จักบุคคล (Knowing) หมายถึง ความพยายามที่จะทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่มีความหมายในชีวิตของบุคคล โดยผู้ให้การดูแลหลีกเลี่ยงการสันนิษฐานล่วงหน้าเกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล ยึดบุคคลที่ถูกดูแลเป็นศูนย์กลาง และมีการประเมินประสบการณ์ของบุคคลที่ถูกดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ให้การดูแลจะเริ่มจากมีความต้องการทำความเข้าใจความเป็นบุคคลที่แท้จริงของบุคคล ตระหนักถึงความสำคัญของความเป็นบุคคลที่แท้จริงของบุคคล เมื่อมีการรู้จักบุคคลเกิดขึ้น จะทำให้มีการใช้ความเป็นตัวตนของผู้ให้การดูแลและบุคคลที่ถูกดูแล

2. การอยู่กับบุคคล (Being with) หมายถึง การปรากฏตัวอยู่กับบุคคล รวมถึงการเข้าถึงได้ง่าย และพร้อมที่จะแบ่งปันความรู้สึกร่วมกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ก็ตาม การอยู่กับบุคคลเกิดขึ้นหลังจาก มีการทำความรู้จักกันของผู้ให้การดูแลและผู้ถูกดูแลมากขึ้น และสิ่งที่มีการสื่อสารในขณะนี้คือ การสื่อสารประสบการณ์ของบุคคลผู้ให้การดูแลทราบ

3. การช่วยเหลือบุคคล (Doing for) หมายถึง การทำกิจกรรมต่างๆ ให้บุคคลเท่าที่เป็นไปได้ ปฏิบัติด้วยความสามารถ ทักษะความเชี่ยวชาญของผู้ให้การดูแล ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับความสบาย ความคาดหวัง การปกป้องคุ้มครอง

4. การสนับสนุนความสามารถของบุคคล (Enabling) หมายถึง การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยในชีวิต โดยผู้ให้การดูแลใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญในการช่วยเหลือให้บุคคลดีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถที่จะเติบโต เยียวยาและ/หรือดูแลตนเองได้ รวมถึงการให้ข้อมูล อธิบาย ประคับประคองอารมณ์โดยให้บุคคลรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงและช่วยให้บุคคลใส่ใจสิ่งที่สนใจ ค้นหาทางเลือกและวิธีการปฏิบัติต่อสถานการณ์ต่างๆ

5. การคงไว้ซึ่งความเชื่อของบุคคล (Maintaining belief) หมายถึง การคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาต่อความสามารถของบุคคล ที่จะก้าวผ่านเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ และช่วยเหลือให้บุคคลคงไว้หรือได้มาซึ่งความหมายของประสบการณ์ด้านสุขภาพและด้านความเจ็บป่วยของบุคคล

แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่เน้นการอธิบายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และสะท้อนถึงการปฏิบัติทางคลินิก สามารถใช้ได้กับผู้รับบริการหลายกลุ่มและใช้ได้กับสถานการณ์ทางการพยาบาลหลายอย่าง จัดเป็นแนวคิดที่เป็นรูปธรรม และสามารถทดสอบได้ จากแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรดังกล่าว ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ว่าได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรจากการกระทำของพยาบาลขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะสื่อให้ ผู้ป่วยได้รับรู้ (Swanson 1991)

โดยสรุป การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยการช่วยเหลือ สนับสนุน และเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ ในความเป็นจริงพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งยังไม่มีต้นแบบของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่เหมาะสมที่จะใช้เป็นแนวทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเชียงคำ ซึ่งยังไม่เคยมีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมาก่อนและจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไป

1.4 วิธีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ดังนี้

1.4.1 เยเกล (Yeakel, 2003) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย มีวิธีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยการพัฒนาบุคลากรพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกอบรมในงาน 2) ระบุเป้าหมายที่ชัดเจน 3) การเสริมแรง 4) การบริหารคุณภาพโดยรวม และ 5) การวัดพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังให้ความรู้ และวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลในการแสดงออกต่อผู้ป่วยได้แก่ ให้การยอมรับด้วยความสุภาพ การแนะนำตัว การอธิบาย การตอบคำถาม การแสดงออกที่ดี และการให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

1.4.2 มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์และคณะ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลด้วยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผนการพยาบาล 2) ขณะปฏิบัติการพยาบาล และ 3) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลต่อผู้ป่วย ได้แก่ การให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ขณะปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยและพยาบาลเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

1.4.3 จิราภรณ์ กุวลัยรัตน์ (2550) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริการอย่างเอื้ออาทรสำหรับผู้ป่วยในหน่วยตรวจโรคเนื้องอกวิทยา โรงพยาบาลศิริราช โดยมีกิจกรรมบริการพยาบาลใน 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การต้อนรับ การประเมินคัดกรอง และการช่วยเหลือฉุกเฉิน 2) การสอนสุขศึกษา 3) การประเมินอาการเจ็บป่วยสำคัญ 4) การให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 5) การนัดมารับการผ่าตัดทางเนื้องอก และ 6) การสอนสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยมีการจัดทำรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยใช้ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน มีขั้นตอนการดำเนินการ ได้แก่ 1) การสร้างรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร 2) การใช้แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ 3) การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบ 4) การจัดอบรมแก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร 5) การประเมินความรู้พยาบาล ก่อนและหลังการอบรม 6) การทดลองการปฏิบัติการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร 1 สัปดาห์ก่อนการใช้รูปแบบในการปฏิบัติจริง และ 7) วัดความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เป็นต้น

2. แนวคิดที่ใช้พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมีการบูรณาการตามแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการพยาบาล และ 3) แนวคิดและทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

2.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient care process)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กล่าวถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยไว้มีองค์ประกอบดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551)

2.1.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and entry) เป็นขั้นตอนที่ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2.1.2 การประเมินผู้ป่วย (Patient assessment) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

2.1.3 การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนที่ประกอบด้วย 1) การวางแผนดูแลผู้ป่วย (Planning of care) โดยทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดี และมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และ 2) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.1.4 การดูแลทั่วไป (Patient care delivery) เป็นขั้นตอนที่ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่า 1) การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วถึง ปลอดภัย เหมาะสมและตามมาตรฐานวิชาชีพ และ 2) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลและให้บริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและ 3) การดูแลเฉพาะ ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการที่สำคัญอย่างทันทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.1.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (Information and empowerment for patient/ family) เป็นขั้นตอนที่ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย / ครอบครัว และการทำกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัว ให้มี

ความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพ เข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

2.1.6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) เป็นขั้นตอนที่ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี

2.2 กระบวนการพยาบาล (Nursing process)

กระบวนการพยาบาล เป็นหัวใจของการพยาบาล เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง และเป็นระบบ มีการแก้ไขปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ ต้องอาศัยความรู้ความสามารถทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจนเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในที่นี้จะนำเสนอเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในด้านความหมายของกระบวนการพยาบาล ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล และขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

2.2.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล มีผู้ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาลไว้พอสังเขป ดังนี้

อัลฟาโร-ลีเฟอรี (Alfaro-LeFere, 1998 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551) กล่าวว่า เป็นวิธีการให้การดูแลบุคคลอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์อย่างคุ้มค่า

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) กล่าวว่า เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) ให้ความหมายว่าเป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ในการรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล

อารี ชิวเกษมสุข (2551) ให้ความหมายว่าเป็นวิธีการที่เป็นระบบระเบียบ สำหรับการวางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

โดยสรุป กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้บริการอย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของผู้บริการ

2.2.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล มีความสำคัญต่อทั้งพยาบาล ผู้บริการ และวิชาชีพ (อารี ชิวเกษมสุข 2551) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอจะทำงานพยาบาลโดยใช้ความคิดเป็นหลัก (Thought-oriented) มากกว่าจะทำงานโดยเน้นงาน(Task-oriented) ซึ่งมุ่งงานประจำโดยพยาบาลจะทำงานเป็นระบบและตื่นตัวที่จะใช้ความรู้ความสามารถอยู่บนพื้นฐานของการคิดเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือ ผลที่ตามมาคือ ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจต่องานที่ทำ

2) ด้านผู้ป่วย การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการจะทำให้การดูแลมีคุณภาพสูงขึ้น คือ (Alfaro-LeFere, 2002 อ้างถึงใน อารี ชิวเกษมสุข 2551)

(1) ป้องกันโรคและส่งเสริมฟื้นฟูและดำรงรักษาภาวะสุขภาพ เช่น ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดแผลกดทับในรายผู้ป่วยนอนเตียงนานๆ โดยไม่เคลื่อนไหว

(2) ช่วยให้ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และมีประสิทธิผล โดยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

(3) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ

3) ด้านวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อันจะนำมาซึ่งความมีชื่อเสียงของวิชาชีพ โดยภาพรวมด้วย

2.2.3 **ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล** ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อารี ชิวเกษมสุข 2551) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) **การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment)** เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ที่มีความสำคัญที่สุดเพราะการประเมินสภาพจะเป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2) **การวินิจฉัย (Diagnosis)** หรือการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องแปลข้อมูล โดยการวิเคราะห์ก่อนกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการตัดสินใจทางคลินิกถึงการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและกระบวนการของชีวิตตามที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3) **การวางแผน (Planning)** เป็นขั้นตอนการวางแผนกิจกรรมที่ใช้แก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนระยะ โดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยใหม่ และมีการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเดิมและปัญหาเดิม และการวางแผนเพื่อจำหน่ายเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งจะกระทำตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษา

4) การปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในการปฏิบัติการพยาบาลใดๆต่อผู้ใช้บริการก็ตาม การดำเนินการในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องกระทำให้ถูกต้องให้ถูกต้องตามหลักวิชาการสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาล เป็นการตัดสินใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

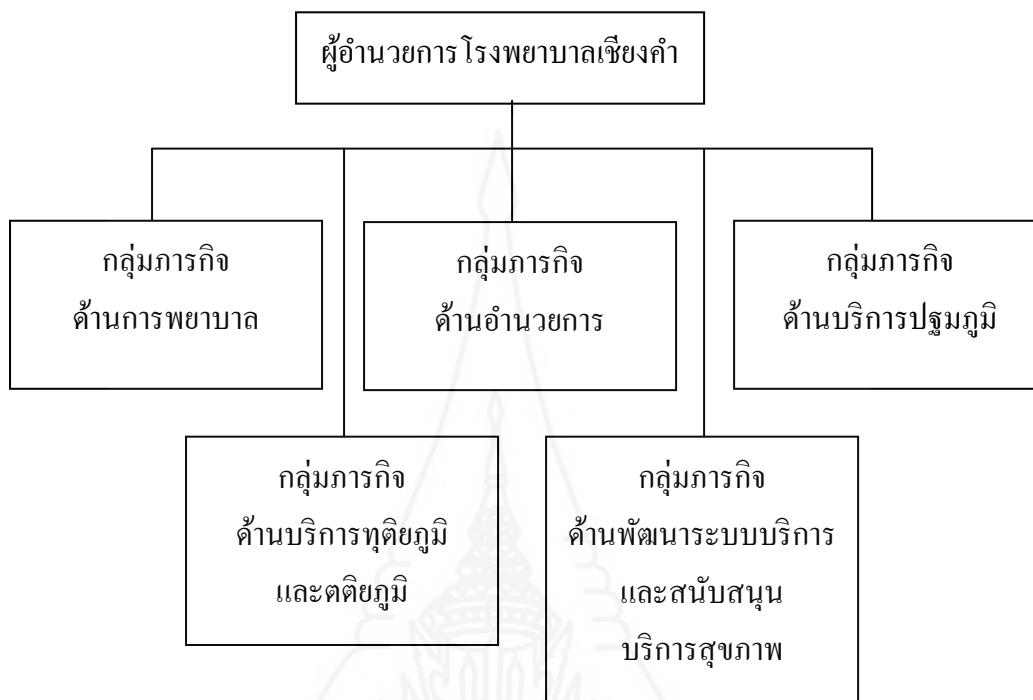
จะเห็นได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่เป็นระบบระเบียบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตามการใช้กระบวนการพยาบาลจะเน้นด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพเชิงวิทยาศาสตร์และยังต้องอาศัยศิลปะในการนำไปประยุกต์ใช้ ดังนั้นหากมีการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งเป็นศิลปะอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญทั้งมิติของจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. โรงพยาบาลเชียงคำ

3.1 บริบทของโรงพยาบาลเชียงคำ

โรงพยาบาลเชียงคำ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนเตียงรับผู้ป่วย 225 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 244 หมู่ที่ 4 ถนนสิทธิประชาราษฎร์ ตำบลห้วยน อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพื้นที่ ทั้งหมด 47 ไร่ 98 ตารางวา ทำพิธีเปิดโรงพยาบาลโดยอธิบดีกรมการแพทย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว เมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2505 ประชาชนที่มารับบริการในพื้นที่อำเภอเชียงคำ อำเภอใกล้เคียงในจังหวัดพะเยาได้แก่ อำเภอกุซาง อำเภอบุน อำเภอบง อำเภอเชียงม่วน อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย และ แขวงไชยบุรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (โรงพยาบาลเชียงคำ 2543) โดยมีโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลเชียงคำ ดังนี้

3.2 โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลเชิงคำ



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการบริหารงาน โรงพยาบาลเชิงคำ (โรงพยาบาลเชิงคำ 2556)

การจัดโครงสร้างงานบริหารโรงพยาบาลเชิงคำ เป็นการจัดโครงสร้างการบริหารงานตามแนวทางการบริหารราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มภารกิจคือ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพและกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

3.3 วิสัยทัศน์ ตามแผนพัฒนาโรงพยาบาลเชิงคำ ปี 2556 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเชิงคำ โดยกล่าวไว้ว่า “โรงพยาบาลคุณภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐานด้วยสภาวะแห่งความเอื้ออาทร” (โรงพยาบาลเชิงคำ 2556)

3.4 พันธกิจ พันธกิจโรงพยาบาลเชิงคำ ปี 2556 กล่าวไว้ ดังนี้

3.4.1 พัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและรักษา

3.4.2 บริหารจัดการบุคลากรมีสมรรถนะและเพียงพอต่อภาระงาน

3.4.3 ประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลัง

3.5 เป้าประสงค์ เป้าประสงค์โรงพยาบาลเชียงคำ ปี 2556 มีดังนี้

3.5.1 ร่วมพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามนโยบาย

3.5.2 บุคลากรมีสุขภาพะ และการทำงานที่เหมาะสม

3.5.3 พัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานและเอื้ออาทร

3.6 การให้บริการพยาบาลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลหรือกลุ่มการพยาบาลได้กำหนดนโยบายและทิศทางการจัดบริการพยาบาล แผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การบริหารทรัพยากรบุคคลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การสนับสนุนให้บริการพยาบาลแบบองค์รวมและผสมผสานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตลอดจนเชื่อมโยงสู่ชุมชนในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านติดตามควบคุมกำกับปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการจัดอัตรากำลังเป็นบุคลากรทางการพยาบาลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 260 คน พยาบาลเทคนิค 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้และคนงาน การจัดบริการหน่วยงานประกอบด้วยงานผู้ป่วยนอก งานห้องคลอด งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องผู้ป่วยหนัก งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษ 4 พิเศษ 5 พิเศษ ไมตรีจิต หน่วยไตเทียม งานจ่ายกลางและงานผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง กุมารเวชกรรม บริบาลทารก อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยกัลยาณมิตร (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงคำ 2556)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป ครอบครัว และชุมชน การป้องกันโรคสำหรับบุคคลทั่วไปโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคนั้น การช่วยเหลือดูแลเมื่อบุคคลเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ และการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่อาการทุเลาลง ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ รวมทั้งการปฏิบัติด้วยศาสตร์และศิลป์ในการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลทั่วไป ผู้ป่วย หรือผู้พิการ หายหรือทุเลาจากความเจ็บป่วย จนสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเหมาะสมตามอรรถภาพของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล ดังนั้นการบริการพยาบาลเป็นพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำจากใจร่วมกับการแสดงความสามารถความรู้และความชำนาญที่กำหนดตามบทบาทเชิงวิชาชีพการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลแสดงถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คุณภาพของการปฏิบัติ และการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เพื่อดูแลด้านร่างกาย จิตปัญญา และสังคมของผู้ใช้บริการผู้ดูแลรวมทั้งครอบครัวและชุมชน (พัสมณฑิ คุ่มทวีพร 2552)

3.7 การบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย มีการจัดระบบบริการ ดังนี้

3.7.1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ตั้งอยู่บนชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาล

เชิงคำ ให้บริการผู้ป่วยในที่นอนรับการรักษา มีจำนวนเตียง 30 เตียง ห้องแยกโรค 2 ห้อง

3.7.2 บุคลากร อายุรแพทย์ 3 คน แพทย์ทั่วไป 1 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน และคนงาน 1 คน

3.7.3 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 2,965 คน เฉลี่ย 247 คน ต่อเดือน อัตราการครองเตียง 92.47% สถิติ 5 อันดับ โรคแรกได้แก่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดอักเสบ ไตวายเรื้อรัง ระบบทางเดินอาหาร และโรคหัวใจ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชิงคำ 2555) ให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งเป็น 3 เวร คือ เวรดึก ตั้งแต่เวลา 00.00 - 8.00 น. เวรเช้า ตั้งแต่เวลา 8.00 - 16.00 น. และเวรบ่าย ตั้งแต่เวลา 16.00 - 24.00 น.

3.7.4 ขอบเขตการให้บริการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นหอผู้ป่วยสามัญ ให้บริการครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รับผู้ป่วยผู้ใหญ่เพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไปโดยมีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องบำบัดรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการบำบัดได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้บริการวิชาการโดยเป็นแหล่งสนับสนุนการศึกษาคุณงานและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลและมีการพัฒนาควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.8 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีดังนี้

3.8.1 การรับใหม่หรือรับย้ายให้การต้อนรับผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยงานพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ทักทายผู้ป่วยแสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการ พูดยกับผู้ป่วยด้วยวาจาสุภาพ ให้เกียรติ และแนะนำขั้นตอนการรับบริการ

3.8.2 ชักประวัติถามอาการสำคัญประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

3.8.3 ให้การพยาบาลตามอาการสภาพปัญหา และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

3.8.4 ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในขั้นตอนการรับบริการและวิธีปฏิบัติตน

3.8.5 ดูแลให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงความปลอดภัยขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย

3.8.6 การวางแผนผู้ป่วยจำหน่าย เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3.9 กระบวนการทำงานของการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอายุรกรรม

3.9.1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ เป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลด้วยความเหมาะสมได้รับการดูแลอย่างทันทั่วถึงและได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน

3.9.2 การประเมินและการวินิจฉัย ผู้ป่วยได้รับการประเมินการวินิจฉัยที่ถูกต้องเหมาะสมครบถ้วน และมีประสิทธิภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.9.3 การวางแผน ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่อง

3.9.4 การดูแลรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้องปลอดภัยรวดเร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3.9.5 วางแผนจำหน่าย มีการวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา

3.9.6 การสื่อสารและการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

3.9.7 การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งประโยชน์ในชุมชน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ มีดังต่อไปนี้

วิลเลียม (William, 1998) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการดูแลของผู้ให้การดูแลพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยแตกต่างจากผู้ให้การดูแล ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยเห็นว่า คุณภาพการพยาบาลขึ้นอยู่กับ การดูแลเอื้ออาทร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ให้การดูแล ส่วนมุมมองของผู้ให้การดูแลเห็นว่าอยู่ที่ความสามารถในการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

คิป (Kipp, 2001) ศึกษามาตรฐานการดูแลเอื้ออาทรในหน่วยฉุกเฉินโดยศึกษาจากพฤติกรรมดูแลของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเสมียนประจำหอผู้ป่วย โดยนำมาตรฐานการดูแลเอื้ออาทรให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากงานวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลที่ช่วยกันพัฒนาพฤติกรรมดูแลซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และเป็นการวัดผลลัพธ์ของคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ

เยเกิล (Yeakel, 2003) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังการพัฒนาบุคลากรด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ 1) การฝึกอบรมในงาน (In-service training) 2) ระบุเป้าหมาย (Goals) 3) การเสริมแรง (Reinforcement) 4) การบริหารคุณภาพโดยรวม (Total quality management) และ 5) การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) โดยพยาบาลแสดงออกของพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ได้แก่ การให้การดูแลด้วยการยอมรับและสุภาพ การแนะนำตัวและอธิบายเรื่องต่างๆตามบทบาท การตอบคำถามต่างๆการแสดงออกที่ดี และการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลภายหลังการพัฒนาสูงกว่าพยาบาลกลุ่มไม่ได้รับการพัฒนา

ก็อดคิน (Godkin, 2004) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล พบว่าพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นทั้งพฤติกรรม เจตคติ และความรู้แฝงที่สามารถเสริมสร้างได้โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยประเมินคุณลักษณะการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล 2) การสังเกตพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลในทุกบริบท 3) การแสดงออกของพยาบาลที่เป็น การดูแลอย่างเอื้ออาทรเชิงวิชาชีพหรือรูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทร 4) การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5) การนำรูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทรไปทดลองใช้ 6) การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทรให้สามารถนำไปใช้ตามสถานการณ์จริง 7) การจัดทำเป็นคู่มือการดูแลอย่างเอื้ออาทร 8) การนำรูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทรไปใช้ในการพัฒนาพยาบาล

อิชยา สุวรรณกุล และนางนุช เซาวนศิลป์ (2542) ศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลระยอง โดยนำแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัตสันมาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแล พบว่า พฤติกรรมดูแลโดยรวมและรายด้าน 8 ด้านสูงกว่าผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลเทคนิค พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลในแผนกอื่นๆ และผู้ให้บริการในแผนกการพยาบาลอายุรกรรมรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของพยาบาลต่ำกว่าผู้ให้บริการในแผนกอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลต่างกันรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาลไม่แตกต่างกัน

กฤษมา ปิยะศิริภักดิ์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้กับการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักผลการวิจัยพบว่า

1) ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในระดับสูง 2) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย 3) เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาลควรให้การพยาบาลที่มีคุณภาพที่รวมการดูแลเอื้ออาทรที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ไว้ด้วย

วันทนีย์ เสถียรวันทนีย์ (2546) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลตามทัศนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความหมายของการดูแลเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาล 3 ลักษณะ คือ 1) อยู่ในสายเลือดของการพยาบาล 2) ทำด้วยใจ ไม่ใช่เพียงหน้าที่ 3) เป็นการปฏิบัติที่ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ การแสดงออกของพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรมี 4 ประเด็น คือ 1) เกิดจากความรู้สึกภายใน 2) มีวิธีการแสดงออกของพฤติกรรม 3) เป็นการกระทำที่ผสมผสานไปกับการปฏิบัติการพยาบาล 4) เป็นวิธีการบำบัดทางพยาบาล ผลลัพธ์พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรต่อผู้ใช้บริการ ได้แก่ 1) ด้านร่างกายคือ เพิ่มความสุขสบาย บรรเทาความทุกข์ ทรมาน 2) ด้านจิตใจ เช่น ให้ความไว้วางใจ มีความพึงพอใจ มีกำลังใจ อบอุ่นใจ 3) ด้านเศรษฐกิจช่วยลดค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) มีความสุข ภูมิใจ สบายใจ 2) เป็นพลัง มีกำลังใจทำต่อเนื่อง 3) ภาพพจน์พยาบาลดีขึ้น 4) ภาพพจน์โรงพยาบาลดีขึ้น พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรแก่บุคลากรพยาบาล 6 วิธี คือ 1) เป็นแบบอย่างในการดูแลเอื้ออาทร 2) ให้ความใกล้ชิดและดูแลเอื้ออาทรในทุกๆเรื่อง 3) มีความยึดหยุ่นบนพื้นฐานของเหตุผล 4) สั่งการและให้คำแนะนำ 5) ปลุกจิตสำนึก 6) ต่อรองการปฏิบัติที่ดี

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์และคณะ (2549) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลด้วยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล มีขึ้น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผนการพยาบาล 2) ขณะปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมร่วมกันทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

อารีญา ด้านผาทอง (2549) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การรับรู้การให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับจังหวัด พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรดังนี้ 1) ความหมายการให้บริการอย่างเอื้ออาทรมี 5 องค์ประกอบ คือ (1) ดูแลจากใจถึงใจ (2) เอาใจใส่ดูแล (3) ช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายคลายจากปัญหา (4) ปฏิบัติด้วยความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ และ (5) เป็นสิ่งที่ต้องปลูกฝังและเรียนรู้ และประจักษ์

ในผลลัพธ์ที่พึงพอใจ 2) การแสดงออกในการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมี 4 ลักษณะ คือ (1) สร้างความคุ้นเคยและเป็นมิตร (2) ใส่ใจสอบถามเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา (3) ให้การบำบัดเยียวยา และตอบสนองความต้องการ และ (4) ให้ข้อมูลและสอนที่เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยและญาติ 3) ปัจจัยส่งเสริมการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมี 7 ประการ คือ (1) ความพร้อมของผู้ให้บริการ (2) บรรยากาศการทำงานแบบที่แบบนื่อง (3) นโยบายส่งเสริมคุณธรรมและความเอื้ออาทร (4) ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (5) อุปกรณ์พร้อมใช้ (6) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และ (7) ความชื่นชมจากผู้ป่วยและญาติ

จิราภรณ์ กุลชัยรัตน์ (2550) ศึกษาเรื่อง ผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจโรคปริทันต์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช พบว่า 1) พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจโรคปริทันต์วิทยาก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณที่มีความแตกต่างกัน 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรไม่แตกต่างกัน 3) ผู้ป่วยรู้สึกประทับใจในพฤติกรรมบริการพยาบาลอยู่สามประเด็น คือ เอาใจใส่ในการบริการ การพูดจาไพเราะ และการให้คำแนะนำ โดยหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ผู้ป่วยประทับใจการเอาใจใส่การบริการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบสิ่ง que ผู้ป่วยรู้สึกไม่ประทับใจมี 2 ประเด็น ได้แก่ ความสะดวกสบาย และการพูดจาหรือแสดงท่าทีที่ไม่ดี

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความสำคัญมากในการปฏิบัติควบคู่ไปกับการพยาบาล โดยทั่วไป จำเป็นต้องมีรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อเป็นแบบแผนในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่เหมาะสม จึงมีการศึกษาและพัฒนาการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจำนวนพอสมควร อย่างไรก็ตามการพัฒนาารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจำเป็นต้องพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเชียงคำซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งซึ่งยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงคำและเป็นคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรขึ้น โดยบูรณาการแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยกระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสเวนสัน โดยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยวิธีการดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดที่จะเสนอในบทที่ 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ และเพื่อพัฒนาและเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนเมษายน 2556 รวมระยะเวลา 9 เดือน โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

ออกแบบการวิจัยเป็นแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research Design) ชนิด Posttest only group design (พรศรี ศรีอัญญาพร และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) แบ่งเป็นสองกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง _____ X _____ O₁
กลุ่มควบคุม _____ O₂

โดยกำหนดค่าต่างๆ ดังนี้

X หมายถึง รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น

O₁ หมายถึง คะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

O₂ หมายถึง คะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

2. ประชากรและกลุ่มที่ศึกษา

2.1 ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

ประเภทผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเชียงคำ

2.2 กลุ่มที่ศึกษา ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ ทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เป็นหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร และกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม โดยมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ให้การดูแล มีการคัดเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

2.2.1 นอนรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

2.2.2 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2.2.3 พูดและเขียนภาษาไทยสามารถตอบแบบสอบถามได้

2.2.4 ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

2.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดให้ขนาดตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน และทดสอบด้านเดียว (วิลด์ กุศลวิศิษฐ์กุล 2549) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$m = \frac{2s_p^2(z_\alpha + z_\beta)^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

โดยกำหนด $n_1 = n_2 = m$

n_1 = ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดตัวอย่างกลุ่มควบคุม

m = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรขนาดตัวอย่าง

\bar{x}_1 = ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลอง

\bar{x}_2 = ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มควบคุม

s_p^2 = ความแปรปรวนร่วมของทั้ง 2 กลุ่ม โดย $s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$

กำหนดให้

ระดับความเชื่อมั่น = 95 % ดังนั้น $Z_\alpha = 1.645$

กำลังของการทดสอบ = 90 % ดังนั้น $Z_\beta = 1.282$

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของจิราภรณ์ กุลย์รัตน์ (2550) ศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าความแปรปรวนร่วม $s_p^2 = 0.21825$ และค่า $\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 0.125$ นำมาแทนค่าได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} m &= \frac{2s_p^2(z_\alpha + z_\beta)^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2} \\ &= \frac{2 \times 0.21825(8.567329)}{0.125} \\ &= \frac{3.7396}{0.125} \\ &= 29.9 \\ &= 30 \end{aligned}$$

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนต่อกลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติของทั้ง 2 กลุ่มให้ใกล้เคียงกัน โดยการจับคู่ (Matching) ในกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม (รัตนศิริ ทาโต 2551) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และรายได้ (ตารางผนวกที่ 1 ของภาคผนวก ง) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่อยู่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทประกอบด้วยได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่

3.1.1 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร (ภาคผนวก จ)

3.1.2 **โครงการอบรม** เรื่องการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร (ภาคผนวก จ) แบ่งเป็น 2 ครั้งได้แก่

1) อบรมครั้งที่ 1 เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

ก่อนพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

2) อบรมครั้งที่ 2 เรื่อง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อ

พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ (ภาคผนวก จ) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลมีการนำไปใช้ในระยะเวลาพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามระยะพัฒนา

| ระยะก่อนการพัฒนา | ระยะเตรียมและดำเนินการพัฒนา | ระยะหลังการพัฒนา |
|---|--|--|
| แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ วัดในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม | 1. การใช้รูปแบบพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนา 2. โครงการอบรม 2 เรื่องได้แก่ 2.1 การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนการพัฒนารูปแบบ 2.2 การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้ | แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ วัดในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง |

3.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1) รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เป็นรูปแบบการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวคิด กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพยาบาล และบูรณาการแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสเวเนสันในการบริการพยาบาล มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

(1) ศึกษาวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เป็นแบบแผนการบริการพยาบาลที่บูรณาการด้วย 3 แนวคิด ดังนี้ (1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2551) (2) กระบวนการพยาบาล และ (3) การดูแลอย่างเอื้ออาทรของสเวเนสัน (Swanson, 1991)

(2) วิเคราะห์สภาพการณ์ของพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิธีการต่างๆ ดังนี้ (1) แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิมหรือผู้ป่วยอายุกรรมชาย จำนวน 30 คน ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำมาวิเคราะห์สภาพการณ์โดยประเมินคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพก่อนการพัฒนารูปแบบ (2) ประชุมพยาบาลวิชาชีพ โดยนำผลการประเมินคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมดังกล่าวมาใช้ประกอบการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นในส่วนที่เป็นปัญหา เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

(3) จัดอบรมครั้งที่ 1 เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เป็นการอบรมก่อนพัฒนารูปแบบเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยผู้วิจัยร่าง โครงการและนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำมาดำเนินการ

(4) พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ดังนี้ 1) ใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามที่แจกให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และ 2) วิเคราะห์สภาพการณ์จากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) และให้คำปรึกษาการพัฒนาการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

(5) นำกร่างรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนให้ผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และสำนวนภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม

(6) นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข ทั้งเนื้อหาและสำนวนภาษาหลังจากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษาเพิ่มเติม ก่อนนำรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นไปใช้

2) *จัดอบรมครั้งที่ 2* เรื่อง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เป็นรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น และทำการทดลองฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) *แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาล* อย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนา ดังนี้

(1) *ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง* โดยศึกษาและพัฒนาเป็นรูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เป็นแบบแผนการบริการพยาบาล ที่บูรณาการด้วยแนวคิด 3 ประการดังนี้ (1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care process) (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551) (2) กระบวนการพยาบาล (Nursing process) และ (3) การดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991) ได้เป็น “การบริการพยาบาล 5 ขั้นตอน” ได้แก่ (1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (2) การประเมินผู้ป่วย (3) การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (4) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจ และ (5) การประเมินผล ในแต่ละขั้นตอนจะบูรณาการ การดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสันทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ (1) การรู้จักผู้ป่วย (Knowing) (2) การอยู่กับผู้ป่วย (Being with) (3) การช่วยเหลือผู้ป่วย (Doing for) (4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย (Enabling) และ (5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย (Maintaining belief) การบูรณาการนำ 2 แนวคิดดังกล่าวมาเป็น “การบริการพยาบาล” ดังแสดงในตารางที่ 3.2 ดังนี้



ตารางที่ 3.2 การบูรณาการแนวคิดของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาล
เป็นการบริการพยาบาล

| กระบวนการดูแลผู้ป่วย | กระบวนการพยาบาล | การบริการพยาบาล |
|--|---|--|
| 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and entry) | 1. การประเมินสภาวะสุขภาพ (Health Assessment) | 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and entry) |
| 2. การประเมินผู้ป่วย (Patient assessment) | 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) | 2. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) |
| 3.1 วางแผนดูแลผู้ป่วย (Planning of care) | 3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) | 3. การปฏิบัติการพยาบาลและ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Implementation |
| 3.2 วางแผนจำหน่าย (Discharge planning) | 4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) | and discharge planning) |
| 4. การดูแลผู้ป่วย (Care) | 5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) | 4. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง อำนาจ (Information and empowerment) |
| 5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง (Information and empowerment for Patients / Families) | | 5. การประเมินผล (Evaluation) |
| 6. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care) | | |

จากตารางที่ 3.2 การประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นการให้บริการพยาบาลตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยจนถึงการจำหน่าย แต่ยังคงความต่อเนื่องจึงใช้กระบวนการพยาบาลร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ได้การบริการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำการบริการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนมาบูรณาการการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแกนสันทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ (1) การรู้จักผู้ป่วย (Knowing) (2) การอยู่กับผู้ป่วย (Being with) (3) การช่วยเหลือผู้ป่วย (Doing for) (4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย (Enabling) และ (5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย (Maintaining belief) ในแต่ละขั้นตอนของการบริการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3.3 ดังนี้

ตารางที่ 3.3 การบูรณาการขั้นตอนของการบริการพยาบาลกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร
ของสแกนสัน

| ขั้นตอนของการบริการพยาบาล | แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแกนสัน |
|--|--|
| 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and entry) | 1. การรู้จักผู้ป่วย (Knowing) 2. การอยู่กับผู้ป่วย (Being with) 3. การช่วยเหลือผู้ป่วย (Doing for) 4. การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย (Enabling) 5. การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย (Maintaining belief) |
| 2. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) | |
| 3. การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย (Implementation and discharge planning) | |
| 4. การให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจ (Information and empowerment) | |
| 5. การประเมินผล (Evaluation) | |

(2) สร้างข้อคำถามในแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการ
บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิ
การรักษาโดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามข้อเท็จจริง

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการ
บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 ด้านจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย

การรู้จักผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ (1-7)

การอยู่กับผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ (8-13)

การช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ (14-21)

การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ (22-27)

การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ (28-32)

โดยแต่ละข้อคำถามเป็นการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน (สุพัตร์ พิบูลย์ 2552) ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด (81 – 100 %)
- 4 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก (61 – 80 %)
- 3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง (41 – 60 %)
- 2 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย (21 – 40 %)
- 1 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด (1 – 20 %)

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ กำหนดตามระดับค่าเฉลี่ย ซึ่งแบ่งเป็นช่วงต่างๆตามลำดับค่าพิสัยของคะแนน (Best, 1970) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

(3) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ก. นำแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบรายละเอียดความเหมาะสมและพัฒนาข้อคำถามก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร จากสถาบันต่างๆ ได้แก่ 1) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 3) ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท 4) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และ 5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลศิริราช (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของแบบสอบถาม และ

สำนวนภาษาโดยถือเกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับตัวแปร (The index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนรายข้อคำถามตามสูตรการคำนวณหาค่า IOC

สูตรการคำนวณหาค่า IOC

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

เมื่อ IC หรือ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

หากผลลัพธ์ของค่า IOC ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเชื่อมั่นว่า เนื้อหานั้นตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด (นิรัตน์ อิมามิ 2549) โดยกำหนดให้

- + 1 เมื่อคำถามนั้น ตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา
- 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้
- 1 เมื่อข้อคำถามนั้น ไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

ข. นำแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งหนึ่ง เพื่อแก้ไขสำนวนภาษาให้สมบูรณ์ต่อไป

ค. การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเชิงคำ จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งยอมรับความเที่ยงที่มีค่า 0.80 ขึ้นไป (นิรัตน์ อิมามิ 2549) มีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

- α หมายถึง ค่าความสอดคล้องภายใน
 n หมายถึง จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S_t^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์แบบสอบถามจากจำนวนตัวอย่าง 30 ชุด ข้อมูลสมบูรณ์ทั้ง 30 ชุด จำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจึงสามารถนำข้อคำถามชุดนี้ไปรวบรวมข้อมูลได้

4. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการพัฒนาแบบ 2) ระยะพัฒนาแบบ และ 3) ระยะทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยใช้ระยะเวลา 9 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ระยะก่อนการพัฒนา

4.1.1 ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงค้ำ เพื่อขออนุญาตดำเนินการพัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

4.1.2 เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงค้ำ อนุญาตให้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงเรียนหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย

4.1.3 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความตรงตามเนื้อหาในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงใน

เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังกล่าวข้างต้นปรับปรุงจนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

4.1.4 เก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลด้วยตนเองในแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม จำนวน 30 คนในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555

4.1.5 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบรายละเอียดความถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหาแล้วนำรูปแบบการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งหนึ่ง เพื่อแก้ไขสำนวนภาษาให้สมบูรณ์ต่อไป

4.2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

4.2.1 **ประชุมพยาบาลวิชาชีพ** จำนวน 15 คน เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์โดยนำผลการประเมินคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมดังกล่าวมาใช้ประกอบการอภิปรายร่วมกัน เกี่ยวกับประเด็นในส่วนที่เป็นปัญหา เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

4.2.2 **จัดอบรมครั้งที่ 1** ให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

4.2.3 **พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร** โดยให้พยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันระดมสมองในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเสนอแนะแล้วนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งหนึ่งเพื่อปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาให้สมบูรณ์

4.2.4 **จัดอบรมครั้งที่ 2** เรื่อง การใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2556

4.2.5 **ฝึกให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร** ที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำตอบข้อสงสัยในการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

5.3 ระยะทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

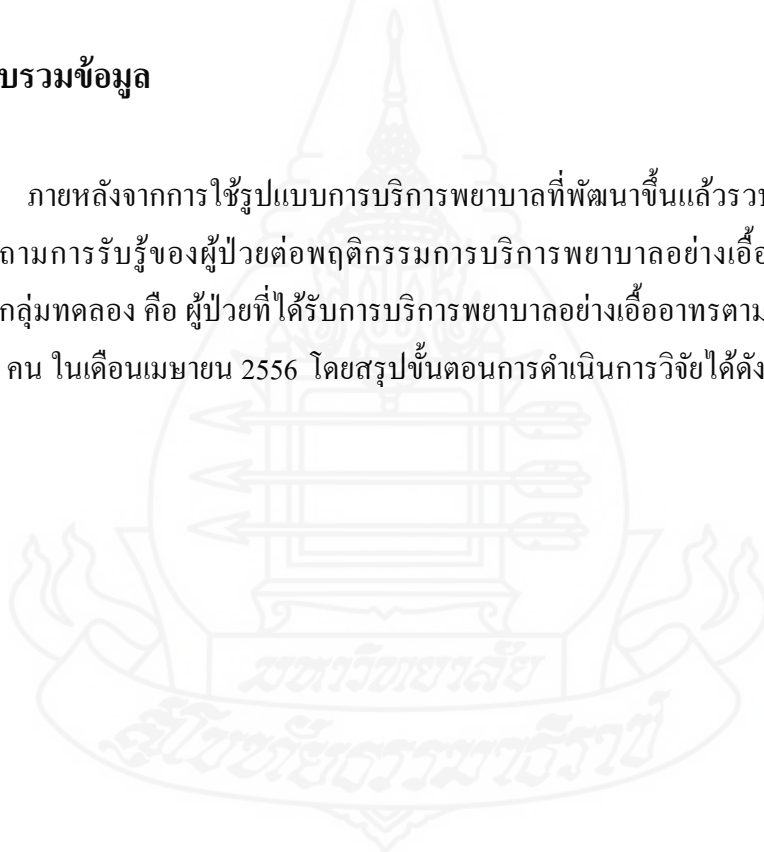
5.3.1 กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรปฏิบัติจริงเป็นเวลา 1 เดือนในเดือนเมษายน 2556

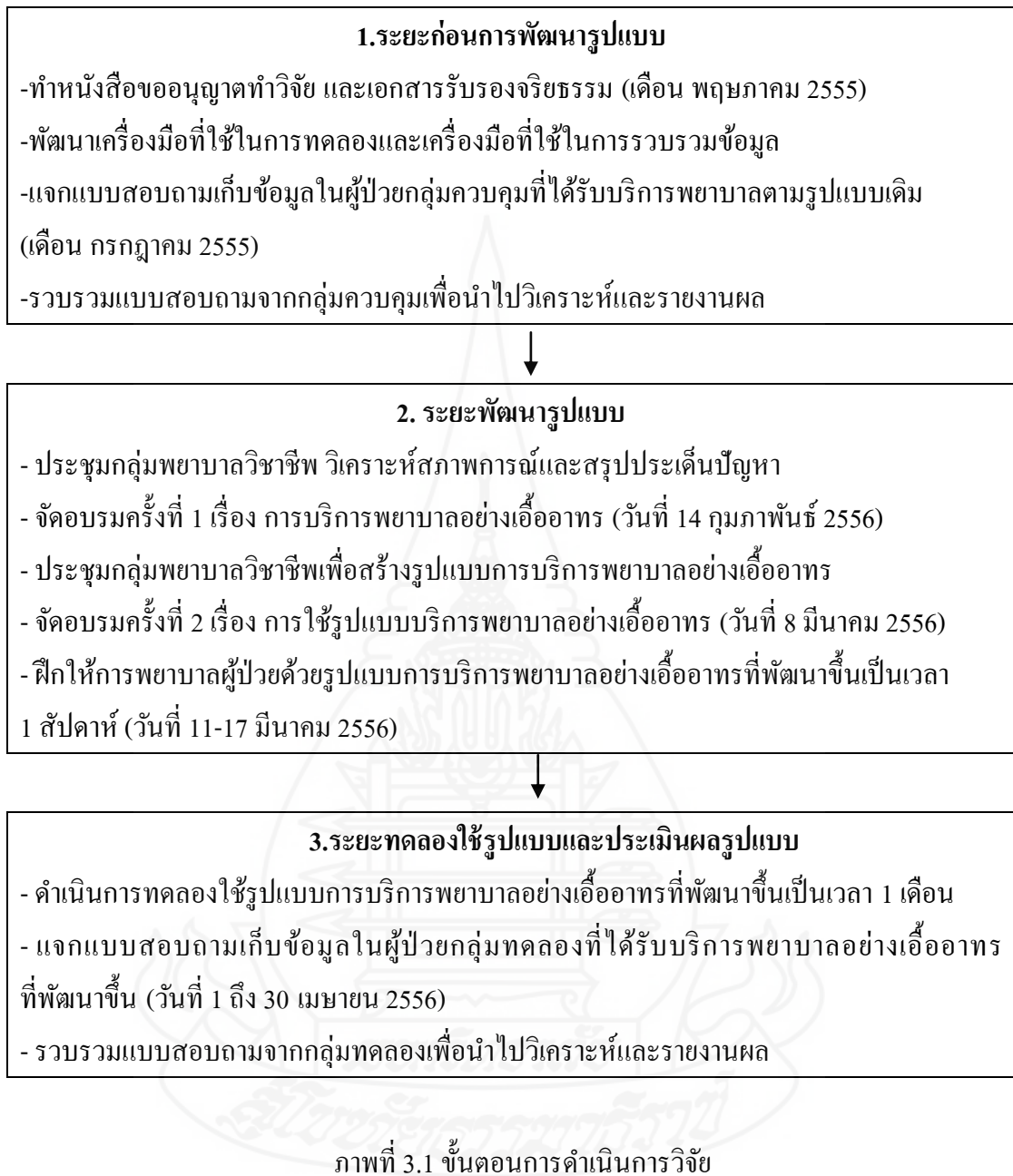
5.3.2 เก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลด้วยตนเองในแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน ในเดือนเมษายน 2556

5.3.3 รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยในข้อ 2 เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

5. การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแล้วรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน ในเดือนเมษายน 2556 โดยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้ดังภาพที่ 3.1 ดังนี้





6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ โดยคำนวณหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ และวิเคราะห์ ข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งราย ด้านและรายข้อ โดยคำนวณหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อ พฤติกรรมกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

6.2 คำนวณการเปรียบเทียบการกระจายของข้อมูล (Test of homogeneity) ของ คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการบริการ พยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ ทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมโรงพยาบาลเชิงคำ เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ กึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ และ เพื่อพัฒนาและเปรียบเทียบ ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม มีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนเมษายน 2556 รวมระยะเวลา 9 เดือนทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนการพัฒนา

ตอนที่ 3 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลเชิงคำที่พัฒนาขึ้น

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้อ
อาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเชิงคำ แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการ พยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ พยาบาลตามรูปแบบเดิม จำนวน 30 คน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|--|------------|--------------|-------------|--------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุ (ปี) | | | | |
| 20 -39 | 9 | 30.0 | 5 | 16.7 |
| 40 -59 | 14 | 46.7 | 19 | 63.3 |
| 60 ⁺ | 7 | 23.3 | 6 | 20.0 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 48.20 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.39 ปี อายุต่ำสุด-สูงสุด 22-74 ปี | | | | |
| กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 50.40 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.60 ปี อายุต่ำสุด-สูงสุด 26-76 ปี | | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| โสด | 2 | 6.7 | 4 | 13.3 |
| สมรส | 28 | 93.3 | 24 | 80.0 |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 0 | 0.0 | 2 | 6.7 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | 13 | 43.3 | 19 | 63.3 |
| มัธยมศึกษา | 12 | 40.0 | 9 | 30.0 |
| อนุปริญญาปริญญาตรี | 14 | 3.313.3 | 20 | 6.70.0 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| อาชีพ | | | | |
| เกษตรกร | 13 | 43.3 | 18 | 60.0 |
| ค้าขาย | 4 | 13.3 | 2 | 6.7 |
| รับราชการ | 3 | 10.0 | 0 | 0.0 |
| รับจ้าง | 1 | 3.3 | 0 | 0.0 |
| นักศึกษา | 1 | 3.3 | 0 | 0.0 |
| ว่างงาน | 8 | 26.7 | 10 | 33.3 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|---|------------|--------------|-------------|--------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| สิทธิการรักษา | 23 | 76.7 | 27 | 90.0 |
| หลักประกัน | | | | |
| สุขภาพแห่งชาติ | 4 | 13.3 | 2 | 6.7 |
| ประกันสังคม | 3 | 10.0 | 1 | 3.3 |
| เบิกจากต้นสังกัด | | | | |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| รายได้ (บาท) | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 3 | 10.0 | 2 | 6.7 |
| มีรายได้ | 27 | 90.0 | 28 | 93.3 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| มีรายได้ | | | | |
| < 5,000 | 0 | 0.0 | 2 | 7.1 |
| 5,000-9,999 | 15 | 55.6 | 21 | 75.0 |
| 10,000 ⁺ | 12 | 44.4 | 5 | 17.9 |
| กลุ่มทดลอง | | | | |
| มัธยฐานรายได้ 9,000 บาท ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ 1,000 บาท ค่าต่ำสุด-สูงสุด 8,000 –20,000 บาท | | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | |
| มัธยฐานรายได้ 6,000 บาท ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ 2,000 บาท ค่าต่ำสุด-สูงสุด 3,000 –20,000 บาท | | | | |

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 48.20 ปี และ 50.40 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ) ใช้สิทธิการรักษาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับ) และมีรายได้ต่อเดือน 9,000 บาท และ 6,000 บาท ตามลำดับ

เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test of homogeneity) พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และรายได้ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการคัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matching) ทำให้ได้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่ไม่แตกต่างกันทั้งในด้านอายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และรายได้ (รายละเอียดแสดงในตารางผนวกที่ 1 ในภาคผนวก ง)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเชิงคำในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาจำนวน 15 คน โดยมีข้อมูลส่วนบุคคล แสดงในตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-----------|--------------|
| อายุ (ปี) | | |
| 25 - 29 | 7 | 46.7 |
| 30 - 39 | 6 | 40.0 |
| 40 - 49 | 2 | 13.3 |
| รวม | 15 | 100.0 |
| อายุเฉลี่ย 32.53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 ปี อายุต่ำสุด-สูงสุด 26-44 ปี | | |
| เพศ | | |
| หญิง | 13 | 86.7 |
| ชาย | 2 | 13.3 |
| รวม | 15 | 100.0 |
| การศึกษา | | |
| ปริญญาตรี | 15 | 100.0 |
| ประสบการณ์ทำงาน (ปี) | | |
| ≤ 5 | 6 | 40.0 |
| 6-10 | 1 | 6.7 |

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-----------|--------------|
| 11-15 | 6 | 40.0 |
| 16-20 | 1 | 6.7 |
| 21-25 | 1 | 6.7 |
| รวม | 15 | 100.0 |
| ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 ปี | | |
| ประสบการณ์ทำงาน ต่ำสุด-สูงสุด 3-21 ปี | | |

จากตารางที่ 4.2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ช่วงเวลาที่ศึกษา มีอายุเฉลี่ย 32.53 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 และเพศชาย ร้อยละ 13.3 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100.0 และมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.53 ปี

ตอนที่ 2 สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนการพัฒนา

สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลก่อนการพัฒนายังไม่มีรูปแบบ การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม ได้ข้อมูลสนับสนุนจาก 2 แหล่ง ได้แก่ 1) จากการแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิมตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และ 2) จากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการวิเคราะห์สภาพการณ์การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร มีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลจากการรวบรวมแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิมมีรายละเอียด ดังแสดงต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการ
 พยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายด้าน และ โดยรวม
 ของกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | กลุ่มควบคุม | | ระดับ |
|---------------------------------------|-------------|-------------|----------------|
| | \bar{x} | SD | |
| การรู้จักผู้ป่วย | 3.75 | 0.61 | มาก |
| การอยู่กับผู้ป่วย | 3.66 | 0.70 | มาก |
| การช่วยเหลือผู้ป่วย | 3.33 | 0.69 | ปานกลาง |
| การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย | 3.20 | 0.68 | ปานกลาง |
| การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย | 3.30 | 0.64 | ปานกลาง |
| รวม | 3.46 | 0.57 | ปานกลาง |

จากตารางที่ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการ
 พยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มควบคุม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
 ($\bar{x} = 3.46$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรู้จักผู้ป่วย และด้านการอยู่กับผู้ป่วยอยู่ใน
 ระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$ และ 3.75 ตามลำดับ) แต่ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านการสนับสนุน
 ความสามารถของผู้ป่วย และด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.20$
 ถึง 3.33) (ตารางที่ 4.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการ
 พยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง
 (จำนวน 20 ใน 32 ข้อ) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการ
พยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นรายชื่อของกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | กลุ่มควบคุม | | ระดับ |
|---|-------------|------|---------|
| | \bar{X} | SD | |
| 1. ด้านการรู้จักผู้ป่วย | | | |
| 1. กล่าวทักทายชื่อของท่านได้ถูกต้อง | 4.17 | 0.79 | มาก |
| 2. พุดคุยกับท่านด้วยคำพูดสุภาพ | 4.13 | 0.86 | มาก |
| 3. บอกหรืออธิบายให้ท่านทราบทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล | 3.83 | 0.83 | มาก |
| 4. รับฟังปัญหาหรือสิ่งที่ท่านบอกด้วยความตั้งใจ | 3.73 | 0.94 | มาก |
| 5. ทราบว่า สิ่งใดที่มีความสำคัญในชีวิตของท่าน | 3.47 | 0.86 | ปานกลาง |
| 6. มีการซักถามว่า ท่านชอบหรือไม่ชอบสิ่งใด | 2.83 | 0.91 | ปานกลาง |
| 7. ปฏิบัติต่อท่านด้วยความเคารพความเป็นบุคคลของท่าน | 4.10 | 0.88 | มาก |
| 2. ด้านการอยู่กับผู้ป่วย | | | |
| 8. คอยสอบถามอาการหรือปัญหาของท่านเป็นระยะๆ | 3.83 | 0.91 | มาก |
| 9. คอยดูแลท่านอย่างต่อเนื่อง | 3.90 | 0.92 | มาก |
| 10. อยู่กับท่านขณะที่แพทย์ตรวจหรือให้การรักษา | 4.10 | 0.99 | มาก |
| 11. พร้อมที่จะรับฟังความไม่สุขสบาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของท่าน | 3.27 | 0.98 | ปานกลาง |
| 12. ให้อาหารกับ ท่านในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ โดยไม่เร่งรีบ | 3.50 | 0.78 | มาก |
| 13. ไม่ละทิ้งท่านให้อยู่ตามลำพังขณะที่ท่านมีปัญหา | 3.37 | 0.96 | ปานกลาง |
| 3. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย | | | |
| 14. ให้ความช่วยเหลือท่านในการปฏิบัติ กิจกรรมที่ท่านไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง | 3.13 | 0.78 | ปานกลาง |
| 15. ดูแลให้ท่านได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ | 3.47 | 0.94 | ปานกลาง |
| 16. ตอบสนองความต้องการของท่านได้อย่างเหมาะสม | 3.37 | 0.96 | ปานกลาง |
| 17. คอยเฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน | 3.10 | 0.96 | ปานกลาง |
| 18. ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความรู้ ที่มีประโยชน์ต่อท่าน | 2.97 | 0.81 | ปานกลาง |
| 19. แนะนำถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยแก่ท่าน | 2.97 | 0.96 | ปานกลาง |
| 20. เมื่อท่านมีปัญหาพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านอย่างเต็มใจ | 3.67 | 0.88 | ปานกลาง |
| 21. ให้การดูแลช่วยเหลือท่านได้อย่างถูกต้องด้วยความ ชำนาญ | 3.97 | 0.89 | มาก |

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

| พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | กลุ่มควบคุม | | ระดับ |
|--|-------------|------|---------|
| | \bar{X} | SD | |
| 4. ด้านการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย | | | |
| 22. อธิบายและให้ข้อมูลเมื่อท่านสงสัย | 3.33 | 0.92 | ปานกลาง |
| 23. ให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจขณะที่ท่านได้รับการตรวจหรือการรักษาจากแพทย์ | 3.40 | 0.89 | มาก |
| 24. อธิบายและเตรียมท่านก่อนได้รับการตรวจและ/หรือการรักษาที่ท่านไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน | 3.33 | 0.99 | ปานกลาง |
| 25. รับฟังและ/หรือพูดให้กำลังใจท่าน เมื่อท่านวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ | 3.30 | 0.68 | ปานกลาง |
| 26. ให้คำปรึกษาและช่วยให้ท่านได้รับรู้ปัญหาของท่านด้วยตนเอง | 2.90 | 0.84 | ปานกลาง |
| 27. ช่วยให้ท่านรับรู้ปัญหาของตนเองและเลือกวิธีแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองได้ | 3.07 | 0.87 | ปานกลาง |
| 5. การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย | | | |
| 28. ขอมรับหรือเคารพต่อความเชื่อของท่าน | 3.57 | 0.68 | มาก |
| 29. พูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง | 3.33 | 0.92 | ปานกลาง |
| 30. พูดและ/หรือ แสดงท่าทีศรัทธาและเชื่อมั่นว่าท่านสามารถเผชิญปัญหาของตนเองได้ | 3.30 | 0.84 | ปานกลาง |
| 31. กระตุ้นหรือชี้แนะให้ท่านเห็นว่าท่านมีความสามารถในตนเอง เมื่อท่าน เกิดความไม่มั่นใจ | 3.03 | 0.67 | ปานกลาง |
| 32. พูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถบรรลุผลในสิ่งที่ต้องการได้ เมื่อท่านมุ่งมั่นปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล | 3.27 | 0.98 | ปานกลาง |

2. ข้อมูลจากการสรุปผลจากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมพบว่า การบริการพยาบาลที่ใช้อยู่ยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม รวมทั้งผลสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ดังแสดงในตารางที่ 4.5 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

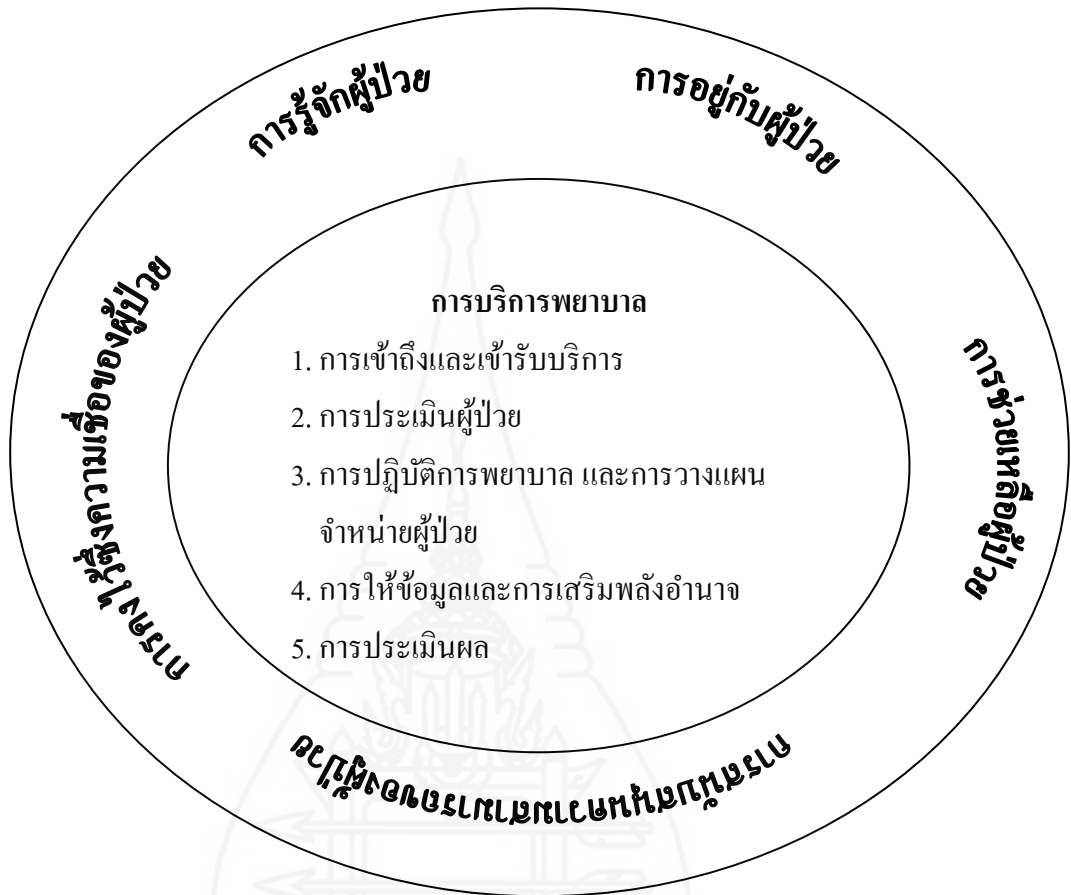
| ประเด็นปัญหารูปแบบการบริการพยาบาล อย่างเอื้ออาทรในหอผู้ป่วยอายุรกรรม | แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร |
|---|--|
| <p>1. ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและ ไม่เป็นรูปธรรม</p> | <p>1. ใช้แนวคิดของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และ กระบวนการพยาบาล มาจัดทำเป็นแนวทางการใช้ รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของ พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่เป็น 5 ขั้นตอนได้แก่</p> <p>1.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ เป็นการต้อนรับ ให้การดูแลและให้ข้อมูลเบื้องต้นขณะรับผู้ป่วยใหม่ (กระบวนการดูแลผู้ป่วย)</p> <p>1.2 การประเมินผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลและ ประสานงานเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และการ วินิจฉัยทางการพยาบาล (กระบวนการการพยาบาล)</p> <p>1.3 การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย เป็นการให้บริการพยาบาลแบบองค์รวมอย่าง ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้ง ประสานงานภายในทีมพยาบาล กำหนดและปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการเตรียมจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (กระบวนการการพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย)</p> <p>1.4 การให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจ เป็นการให้ ข้อมูล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและให้การ ช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจและจิตวิญญาณ (กระบวนการดูแลผู้ป่วย)</p> <p>1.5 การประเมินผล เป็นการติดตามผลการปฏิบัติการ พยาบาลว่าสามารถปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วย ได้หรือไม่ (กระบวนการการพยาบาล)</p> |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

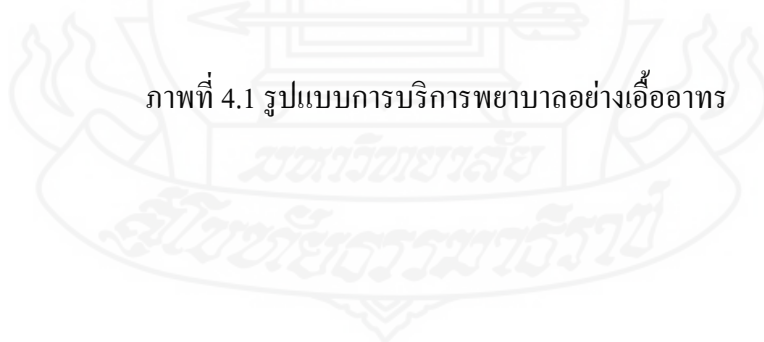
| ประเด็นปัญหา รูปแบบการบริการพยาบาลอย่าง เอื้ออาทรในหอผู้ป่วยอายุรกรรม | แนวทางการแก้ไขการบริการพยาบาลอย่าง เอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น |
|--|--|
| 2. ขาดการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการ พยาบาลอย่างเอื้ออาทรด้านการบูรณาการผู้การ ปฏิบัติในงานประจำ และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อ พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับ ปานกลาง | 2. บูรณาการการบริการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน กับการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามแนวคิดของ สแวนสัน (Swanson) ซึ่งมี 5 ด้าน ดังนี้ 2.1 การรู้จักผู้ป่วย 2.2 การอยู่กับผู้ป่วย 2.3 การช่วยเหลือผู้ป่วย 2.4 การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย 2.5 การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย |

ตอนที่ 3 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงคำ ที่พัฒนาขึ้น

ข้อมูลสรุปผลจากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผลการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิมพบว่า การบริการพยาบาลที่ใช้อยู่ยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนไม่เป็นรูปธรรมและได้สรุปประเด็นปัญหาดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร (ตารางที่ 4.5) ทำให้ได้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบจริงและจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่บูรณาการด้วย 3 แนวคิด ดังนี้ 1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการพยาบาล และ 3) การดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสันในการบริการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจ และ 5) การประเมินผล โดยแต่ละขั้นตอนมีการบูรณาการการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่ 4.1 ดังนี้



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร



ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรประเมิน โดยใช้แบบสอบถาม
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงใน
ตารางที่ 4.6 ดังนี้

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

| ด้าน | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|---|------------|------|-----------|-------------|------|---------|------|----------|
| | \bar{x} | SD | ระดับ | \bar{x} | SD | ระดับ | | |
| 1.การรู้จักผู้ป่วย | 4.48 | 0.25 | มาก | 3.75 | 0.61 | มาก | 6.12 | <0.001** |
| 2.การอยู่กับผู้ป่วย | 4.68 | 0.33 | มากที่สุด | 3.66 | 0.70 | มาก | 7.22 | <0.001** |
| 3.การช่วยเหลือ ผู้ป่วย | 4.59 | 0.37 | มากที่สุด | 3.33 | 0.69 | ปานกลาง | 8.82 | <0.001** |
| 4.การสนับสนุน ความสามารถ ของผู้ป่วย | 4.56 | 0.33 | มากที่สุด | 3.20 | 0.68 | ปานกลาง | 9.88 | <0.001** |
| 5.การคงไว้ซึ่ง ความเชื่อของผู้ป่วย | 4.43 | 0.33 | มาก | 3.30 | 0.64 | ปานกลาง | 8.56 | <0.001** |
| รวม | 4.56 | 0.26 | มากที่สุด | 3.46 | 0.57 | ปานกลาง | 9.60 | <0.001** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.56$ และ $\bar{X} = 3.46$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพทุกด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการรู้จักผู้ป่วยจำแนกเป็นรายชื่อ

| การรู้จักผู้ป่วย | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|--|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------------|
| | \bar{X} | SD | ระดับ | \bar{X} | SD | ระดับ | | |
| 1.กล่าวทักทายชื่อของท่าน ได้ถูกต้อง | 4.87 | 0.34 | มากที่สุด | 4.17 | 0.79 | มาก | 4.44 | <0.001** |
| 2.พูดคุยกับท่านด้วยคำพูดสุภาพ † | 4.53 | 0.68 | มากที่สุด | | | | | |
| 3.บอกหรืออธิบายให้ท่านทราบทุกครั้ง ก่อนและหลังให้การพยาบาล | 4.53 | 0.51 | มากที่สุด | 4.13 | 0.86 | มาก | 1.99 | 0.026* |
| 4.รับฟังปัญหาหรือสิ่งที่ท่านบอกด้วยความตั้งใจ | 4.23 | 0.43 | มาก | 3.83 | 0.83 | มาก | 3.93 | <0.001** |
| 5.ทราบว่า สิ่งใดที่มีความสำคัญในชีวิตของท่าน | 4.20 | 0.55 | มาก | 3.73 | 0.94 | มาก | 2.64 | 0.006** |
| 6.มีการซักถามว่าท่านชอบหรือไม่ชอบสิ่งใด †† | 4.10 | 0.48 | มาก | 3.47 | 0.86 | ปานกลาง | 3.93 | <0.001** |
| 7.ปฏิบัติต่อท่านด้วยความเคารพความเป็นบุคคลของท่าน | 4.93 | 0.25 | มากที่สุด | 2.83 | 0.91 | ปานกลาง | 6.72 | <0.001** |
| | | | | 4.10 | 0.88 | มาก | | <0.001** |
| รวม | 4.48 | 0.25 | มาก | 3.75 | 0.61 | มาก | 4.96 | <0.001** |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

†† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด

† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพด้านการรู้จักผู้ป่วยโดยรวมของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$ และ $\bar{x} = 3.75$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ มีการซักถามว่าท่านชอบหรือไม่ชอบสิ่งใด ($\bar{x} = 4.10$ และ $\bar{x} = 2.83$ ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุดคือ พุดคุยกับท่านด้วยคำพูดสุภาพ ($\bar{x} = 4.53$ และ $\bar{x} = 4.13$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพด้านการอยู่กับผู้ป่วยจำแนกเป็นรายข้อ

| การอยู่กับผู้ป่วย | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|---|------------|------|-----------|-------------|------|----------------|------|----------|
| | \bar{x} | SD | ระดับ | \bar{x} | SD | ระดับ | | |
| 1. คอยสอบถามอาการ หรือ ปัญหาของ ท่านเป็นระยะๆ | 4.80 | 0.41 | มากที่สุด | 3.83 | 0.91 | มาก | 5.30 | <0.001** |
| 2. คอยดูแลท่านอย่าง ต่อเนื่อง | 4.80 | 0.41 | มากที่สุด | 3.90 | 0.92 | มาก | 4.89 | <0.001** |
| 3. อยู่กับท่านขณะที่แพทย์ ตรวจหรือให้การรักษา † | 4.87 | 0.34 | มากที่สุด | 4.10 | 0.99 | มาก | 3.99 | <0.001** |
| 4. พร้อมที่จะรับฟังความ ไม่สุขสบายทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ | 4.47 | 0.51 | มาก | 3.27 | 0.98 | ปานกลาง มาก | 5.95 | <0.001** |
| 5. ให้เวลากับ ท่านในการ ปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ โดยไม่เร่งรีบ †† | 4.57 | 0.57 | มากที่สุด | 3.50 | 0.78 | | 6.31 | <0.001** |
| 6. ไม่ละทิ้งท่านให้อยู่ตาม ลำพังขณะที่ท่านมีปัญหา | 4.57 | 0.50 | มากที่สุด | 3.37 | 0.96 | ปานกลาง | 6.04 | <0.001** |
| รวม | 4.68 | 0.33 | มากที่สุด | 3.66 | 0.70 | มาก | 7.22 | <0.001** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

†† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด

† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการอยู่กับผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.68$ และ $\bar{x} = 3.66$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ ให้เวลากับท่านในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ โดยไม่เร่งรีบ ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.50$ ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ อยู่กับท่านขณะที่แพทย์ตรวจหรือให้การรักษา ($\bar{x} = 4.87$ และ $\bar{x} = 4.10$ ตามลำดับ)



ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

| การช่วยเหลือผู้ป่วย | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|--|------------|------|-----------|-------------|------|---------|------|----------|
| | \bar{X} | SD | ระดับ | \bar{X} | SD | ระดับ | | |
| 1.ให้ความช่วยเหลือท่านในกิจกรรมที่ท่านไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง | 4.43 | 0.63 | มาก | 3.13 | 0.78 | ปานกลาง | 7.14 | <0.001** |
| 2.ดูแลให้ท่านได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ | 4.60 | 0.50 | มากที่สุด | 3.47 | 0.94 | ปานกลาง | 5.85 | <0.001** |
| 3.ตอบสนองความต้องการของท่านได้อย่างเหมาะสม | 4.50 | 0.63 | มากที่สุด | 3.37 | 0.96 | ปานกลาง | 5.39 | <0.001** |
| 4.คอยเฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน | 4.60 | 0.50 | มากที่สุด | 3.10 | 0.96 | ปานกลาง | 7.60 | <0.001** |
| 6.แนะนำถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย | 4.50 | 0.51 | มากที่สุด | 2.97 | 0.81 | ปานกลาง | 8.79 | <0.001** |
| แก่ท่าน †† | 4.53 | 0.51 | มากที่สุด | 2.97 | 0.96 | ปานกลาง | 7.87 | <0.001** |
| 7.เมื่อท่านมีปัญหามาหาให้ความช่วยเหลือท่านอย่างเต็มใจ | 4.80 | 0.41 | มากที่สุด | 3.67 | 0.88 | ปานกลาง | 6.38 | <0.001** |
| 8.ให้การดูแลช่วยเหลือท่านได้อย่างถูกต้องด้วยความชำนาญ † | 4.73 | 0.45 | มากที่สุด | 3.97 | 0.89 | มาก | 4.21 | <0.001** |
| รวม | 4.59 | 0.37 | มากที่สุด | 3.33 | 0.69 | ปานกลาง | 8.82 | <0.001** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

†† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด

† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.59$ และ $\bar{x} = 3.33$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความรู้ที่มีประโยชน์ต่อท่าน ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.50$ ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ ให้การดูแลช่วยเหลือท่านได้อย่างถูกต้องด้วยความชำนาญ ($\bar{x} = 4.73$ และ $\bar{x} = 3.97$ ตามลำดับ)



ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

| การสนับสนุนความสามารถของ ผู้ป่วย | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|---|------------|------|-----------|-------------|------|---------|------|----------|
| | \bar{X} | SD | ระดับ | \bar{X} | SD | ระดับ | | |
| 1.อธิบายและให้ข้อมูล เมื่อท่านสงสัย † | 4.57 | 0.57 | มากที่สุด | 3.33 | 0.92 | ปานกลาง | 6.24 | <0.001** |
| 2.ให้กำลังใจและ เสริมสร้างความ มั่นใจขณะที่ท่านได้รับการ ตรวจหรือการรักษาจากแพทย์ | 4.77 | 0.43 | มากที่สุด | 3.40 | 0.89 | มาก | 7.54 | <0.001** |
| 3.อธิบายและเตรียมท่านก่อน ได้รับการตรวจ และ/หรือการ รักษาที่ ท่านไม่เคยมี ประสบการณ์มาก่อน | 4.70 | 0.47 | มากที่สุด | 3.33 | 0.99 | ปานกลาง | 6.82 | <0.001** |
| 4.รับฟังและ/หรือพูดให้ กำลังใจท่านเมื่อท่าน วิตกกังวลหรือไม่สบายใจ | 4.40 | 0.62 | มาก | 3.30 | 0.68 | ปานกลาง | 6.49 | <0.001** |
| 5.ให้คำปรึกษาและช่วย ให้ท่านได้รับรู้ปัญหา ของท่านด้วยตนเอง †† | 4.40 | 0.50 | มาก | 2.90 | 0.84 | ปานกลาง | 8.38 | <0.001** |
| 6.ช่วยให้ท่านรับรู้ปัญหาของ ตนเองและเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ด้วยตนเองได้ | 4.50 | 0.51 | มากที่สุด | 3.07 | 0.87 | ปานกลาง | 7.80 | <0.001** |
| รวม | 4.56 | 0.33 | มากที่สุด | 3.20 | 0.68 | ปานกลาง | 9.88 | <0.001** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

†† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด

† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.56$ และ $\bar{x} = 3.20$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ ให้คำปรึกษาและช่วยให้ท่านได้รับรู้ปัญหาของท่านด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.40$ และ $\bar{x} = 2.90$ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุดคือ อธิบายและให้ข้อมูลเมื่อท่านสงสัย ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.33$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ

| การคงไว้ซึ่ง ความเชื่อของผู้ป่วย | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|---|------------|------|-----------|-------------|---------|---------|----------|----------|
| | \bar{x} | SD | ระดับ | \bar{x} | SD | ระดับ | | |
| 1.ยอมรับหรือเคารพต่อความเชื่อ ของท่าน † | 4.27 | 0.52 | มาก | 3.57 | 0.68 | มาก | 4.48 | <0.001** |
| 2.พูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่น ว่าท่านสามารถ แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง | 4.43 | 0.57 | มาก | 3.33 | 0.92 | ปานกลาง | 5.56 | <0.001** |
| 3.พูดและ/หรือแสดงท่าทีศรัทธา และเชื่อมั่นว่าท่านสามารถเผชิญ ปัญหาของตนเองได้ | 4.17 | 0.59 | มาก | 3.30 | 0.84 | ปานกลาง | 4.63 | <0.001** |
| 4.กระตุ้นหรือชี้แนะให้ท่านเห็นว่าท่าน มีความสามารถในตนเองเมื่อท่าน เกิดความไม่มั่นใจ †† | 4.57 | 0.50 | มากที่สุด | 3.03 | 0.67 | ปานกลาง | 10.03 | <0.001** |
| 5.พูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถบรรลุผลในสิ่ง ที่ต้องการได้ เมื่อท่านมุ่งมั่นปฏิบัติ ตนตามแผนการรักษาพยาบาล | 4.70 | 0.47 | มากที่สุด | 3.27 | 0.98 | ปานกลาง | 7.23 | <0.001** |
| รวม | 4.43 | 0.33 | มาก | 0.64 | ปานกลาง | 8.56 | <0.001** | |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

†† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด

† ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.43$ และ $\bar{x} = 3.30$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ กระตุ้นหรือชี้แนะให้ท่านเห็นว่าท่านมีความสามารถในตนเอง เมื่อท่านเกิดความไม่มั่นใจ ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.03$ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ ขอมรับหรือเคารพต่อความเชื่อของท่าน ($\bar{x} = 4.27$ และ $\bar{x} = 3.57$ ตามลำดับ)



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) ชนิด Posttest only group design แบ่งเป็น 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลด้วยรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ และเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสาระสำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 วิเคราะห์สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ

1.1.2 พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ

1.1.3 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.2 สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น สูงกว่ารูปแบบเดิม

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ประเภทผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเชียงคำ

2) กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ ทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เป็นหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม โดยมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คนให้การดูแล คัดเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป พูดและเขียนภาษาไทยสามารถตอบแบบสอบถามได้และ ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มี 2 ประเภท ได้แก่

(1) รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น (ภาคผนวก จ)

(2) โครงการอบรม โดยดำเนินการอบรม 2 ครั้ง ดังนี้

ก. อบรมครั้งที่ 1 เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

ก่อนพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

ข. อบรมครั้งที่ 2 เรื่อง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรู้จักผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ 2) การอยู่กับผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความครอบคลุม จำนวนภาษา และแก้ไขข้อต้น จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา หลังจาก

นั้นได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ป่วยไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ตอบแบบสอบถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเท่ากับ 0.95

1.3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 และหลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามในเดือนเมษายน 2556

1.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ โดยคำนวณหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัชฌิม และส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ และวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพทั้งรายด้านและรายข้อ โดยคำนวณหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

2) คำนวณการเปรียบเทียบการกระจายของข้อมูล (Test of homogeneity) ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

1.4 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเชียงใหม่แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม จำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 48.20 ปีและ 50.40 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ) ใช้สิทธิการรักษาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับ) และมีรายได้ต่อเดือน 9,000 บาท และ 6,000 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 4.1)

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเชียงใหม่ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาจำนวน 15 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 32.53 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 และเพศชาย ร้อยละ 13.3 การศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.53 ปี (ตารางที่ 4.2)

เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test of homogeneity) พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และรายได้ ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการคัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matching) ทำให้ได้ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่ไม่แตกต่างกัน ในด้านอายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และรายได้ (รายละเอียดแสดงในตารางผนวกที่ 1 ในภาคผนวก ง)

1.4.2 สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก่อนการพัฒนา

สภาพการณ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลก่อนการพัฒนายังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม ได้ข้อมูลสนับสนุนจาก 2 แหล่งได้แก่ 1) จากการแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม รวบรวมข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และ 2) จากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการวิเคราะห์สภาพการณ์การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.46$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความรู้จักผู้ป่วย และด้านการอยู่กับผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (\bar{x} ระหว่าง 3.66 ถึง 3.75) แต่ในด้าน

ช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} ระหว่าง 3.20 ถึง 3.33) (ตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (จำนวน 20 ใน 32 ข้อ)

1.4.3 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำพัฒนาขึ้นโดยให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรบนพื้นฐานข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ และนำข้อมูลเหล่านั้นมาประกอบการประชุมกลุ่มเพื่อสรุปปัญหาและแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยเลือกแนวคิดของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และกระบวนการพยาบาล มาจัดทำเป็นแนวทางการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจ และ 5) การประเมินผล ในแต่ละขั้นตอนมีการบูรณาการกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแกนสันซึ่งมี 5 ด้านได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย

1.4.4 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีดังนี้

ผลของการเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.56$ และ $\bar{x} = 3.46$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและรายข้อพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพทุกด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.6 ถึง ตารางที่ 4.11)

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งรายด้านและรายข้อของกลุ่ม

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4.7 ถึง ตารางที่ 4.11) มีผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

(1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพด้านการรู้จักผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.48$ และ $\bar{x} = 3.75$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ มีการซักถามว่าท่านชอบหรือไม่ชอบสิ่งใด ($\bar{x} = 4.10$ และ $\bar{x} = 2.83$ ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุดคือ พูดคุยกับท่านด้วยคำพูดสุภาพ ($\bar{x} = 4.53$ และ $\bar{x} = 4.13$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.7)

(2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการอยู่กับผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.68$ และ $\bar{x} = 3.66$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ ให้ความกับท่านในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยไม่เร่งรีบ ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.50$ ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ อยู่กับท่านขณะที่แพทย์ตรวจหรือให้การรักษา ($\bar{x} = 4.87$ และ $\bar{x} = 4.10$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.8)

(3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.59$ และ $\bar{x} = 3.33$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความรู้ที่มีประโยชน์ต่อท่าน ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.50$ ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ ให้การดูแลช่วยเหลือท่านได้อย่างถูกต้องด้วยความชำนาญ ($\bar{x} = 4.73$ และ $\bar{x} = 3.97$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.9)

(4) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพด้านการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่ม

ทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.56$ และ $\bar{x} = 3.20$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ ให้คำปรึกษาและช่วยให้ท่านได้รับรู้ปัญหาของท่านด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.40$ และ $\bar{x} = 2.90$ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ อธิบายและให้ข้อมูลเมื่อท่านสงสัย ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.33$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.10)

(5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วยโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.43$ และ $\bar{x} = 3.30$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ กระตุ้นหรือชี้แนะให้ท่านเห็นว่าท่านมีความสามารถในตนเอง เมื่อท่านเกิดความไม่มั่นใจ ($\bar{x} = 4.57$ และ $\bar{x} = 3.03$ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมน้อยที่สุด คือ ยอมรับหรือเคารพต่อความเชื่อของท่าน ($\bar{x} = 4.27$ และ $\bar{x} = 3.57$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.11)

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ พบว่า

2.1 สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา ยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ชัดเจนและค่าเฉลี่ยของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.3) เนื่องจากเหตุผลดังนี้

2.1.1 ผลการประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (จำนวน 3 ใน 5 ด้าน) (ตารางที่ 4.3) และรายข้อ (จำนวน 20 ใน 32 ข้อ) (ตารางที่ 4.4)

2.1.2 ยังไม่เคยมีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมาก่อนและพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มุ่งให้การบริการด้านคลินิกตามบทบาทหน้าที่

2.1.3 มีข้อจำกัดด้านการมีอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานเร่งรีบในการปฏิบัติ

ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอและใส่ใจเกี่ยวกับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร สอดคล้องกับการวิจัยของวิแมน (Wiman, 2004) ที่พบว่าในสถานการณ์ที่เร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยมักจะถูกละเลย ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทั้งทางด้านการใช้คำพูด ภาษา และท่าทาง เป็นต้น

2.2 รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนของการบริการพยาบาลที่บูรณาการตามแนวคิด 3 ประการได้แก่ 1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการพยาบาล และ 3) แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน ได้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจำแนกเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจ และ 5) การประเมินผล โดยบูรณาการกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย ทำให้ได้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรได้ชัดเจนกว่าการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิมที่โรงพยาบาลเชิงคำใช้อยู่ (ภาคผนวก จ) เนื่องจากเหตุผล 3 ประการดังนี้ 1) พัฒนามาจากการประเมินด้วยแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนการพัฒนาทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงการบริการพยาบาลได้ 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้บริการพยาบาลมีส่วนร่วมในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ทำให้ได้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริงได้ (ภาคผนวก จ) และ 3) รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นทุกขั้นตอนของการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้พฤติกรรมบริการอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างชัดเจนกว่ารูปแบบเดิม (ตารางที่ 4.6 ถึง ตารางที่ 4.11) สอดคล้องกับงานวิจัยของ คิป (Kipp, 2001) ที่ได้พัฒนาการจัดทำมาตรฐานการดูแลอย่างเอื้ออาทรและนำมาตรฐานให้พยาบาลไปปฏิบัติพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากงานวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลที่ช่วยกันพัฒนาพฤติกรรมดูแลซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และเป็นการวัดผลลัพธ์ของคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ นอกจากนี้จากการศึกษาของ ก๊อดคิน (Godkin, 2004) ในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล พบว่าพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นทั้งพฤติกรรม เจตคติ และความรู้แฝงที่สามารถเสริมสร้างได้โดยการจัดทำเป็นคู่มือการดูแลอย่างเอื้ออาทรและการนำรูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทรไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลได้จริง

2.3 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นสามารถอภิปรายผลการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังนี้

2.3.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจาก 1) พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแต่ละด้าน ได้แก่ การรู้จักผู้ป่วย การอยู่กับผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และการคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง และ 2) พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเป็นกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนีย์ เสดียวันทนีย์ (2546) ที่พบว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในสายเลือดของการพยาบาล ทำด้วยใจไม่ใช่เพียงหน้าที่ และเป็นการปฏิบัติที่ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ ในการแสดงออกของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ชัดเจนและเป็นการกระทำที่ผสมผสานไปกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เยเกล (Yeakel, 2003) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจากพยาบาลที่ได้รับการพัฒนามีความพึงพอใจพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราภรณ์ กุศลย์รัตน์ (จิราภรณ์ กุศลย์รัตน์ 2550) ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยมีความประทับใจในการบริการพยาบาลสูงกว่ารูปแบบเดิม

2.3.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ของกลุ่มทดลองเมื่อจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจาก 1) พฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยการช่วยเหลือ สนับสนุนและเอื้ออำนวยสิ่งต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล อยู่กับผู้ป่วยขณะที่แพทย์ตรวจหรือให้การรักษา คอยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คอยเฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และพยาบาลคอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมบริการอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอย่างชัดเจนทุกด้านและทุกราย

ข้อ 2) พฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรม และหลังจากการอบรมมีการฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ก่อนมีการประยุกต์ใช้จริง โดยมีแนวทางการปฏิบัติ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถชี้บททวน การอบรมด้วยวิธีการดังกล่าว และการมีแนวทาง ปฏิบัติเช่นนี้ ทำให้พยาบาลเกิดทักษะของการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรและสามารถนำไปใช้ได้ จริง สอดคล้องกับการวิจัยของ ก็อดคิน (Godkin, 2004) พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริการ พยาบาลอย่างเอื้ออาทร เมื่อได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแล้วได้นำรูปแบบไปทดลองใช้ มีการจัดทำเป็น คู่มือการดูแลอย่างเอื้ออาทรและการนำรูปแบบการดูแลอย่างเอื้ออาทรไปใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาลซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างชัดเจนในสถานการณ์จริง

2.4 ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการวิจัย ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกันและการเก็บข้อมูลช่วงระยะเวลาห่างกัน ดังนั้น อาจส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการศึกษาใน เพศเดียวกัน คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด นอกจากนี้ยังใช้วิธีการลดความไม่เท่าเทียมกัน ของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การจับคู่ (Matching) ด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส สิทธิการรักษา และรายได้ ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล วิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ มีข้อเสนอแนะดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการ บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยรวมและ รายด้านสูงกว่าการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ตารางที่ 4.6) ดังนั้นผู้บริหาร การพยาบาลควรนำรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นนี้ไปปฏิบัติได้จริงกับ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาและหอผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลเชิงคำ รวมทั้งส่งเสริมและ สนับสนุนให้ใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นนี้อย่างต่อเนื่อง

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการ บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยรวม รายด้าน

และรายชื่อสูงกว่าการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ตารางที่ 4.6 ถึง ตารางที่ 4.11) ดังนั้นผู้บริหารขององค์กรพยาบาลควรส่งเสริม สนับสนุน และสร้างไว้ให้มีการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรอย่างต่อเนื่องทั้งในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาและหอผู้ป่วยอื่นๆดังนี้

1) หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ควรส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยการมีการทบทวนทุกปี และฝึกอบรม ฝึกอบรมพยาบาลใหม่ตามรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรอย่างต่อเนื่อง

2) หอผู้ป่วยอื่นๆ ควรพัฒนาทักษะของพยาบาลวิชาชีพใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น เช่น การจัดประชุมวิชาการเรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร และมีการฝึกอบรมในหน่วยงานจะเกิดทักษะและปฏิบัติได้จริง เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเพื่อดูความต่อเนื่องการปฏิบัติ ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี ในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

3.2.2 ควรใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นต้นแบบในการศึกษาวิจัยสำหรับหอผู้ป่วยอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

3.2.3 ควรมีการประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นนี้โดยวัดตัวแปรอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงคำ (2556) “โครงสร้างบริหารงานกลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลเชียงคำ” (คู่มือปฐมนิเทศกลุ่มการพยาบาล)
- กุสุมา ปิยะศิริภักดิ์ (2545) “พฤติกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย
ในหอผู้ป่วยหนัก” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จิราภรณ์ กุวลัยรัตน์ (2550) “ผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของ
ผู้ป่วยและพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจ
โรคนรีเวชวิทยาโรงพยาบาลศิริราช” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- นิรัตน์ อิมามิ (2549) “เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการ
พยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 4 หน้า.....นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ประภากร ธารศักดิ์ (2546) “การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น
- พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539) “การดูแล: แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม”
วารสารพยาบาลศาสตร์ 14, 1: 62-69
- พรทิพย์ มาลาธรรม (2553) “การดูแลอย่างเอื้ออาทร: Watson’s Transpersonal Caring Theory”
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารประกอบการสอน)
- พรศรี ศรีอัญญาพรและสมใจพุทธรักษาพิทักษ์ผล “การออกแบบวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวล
สาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 3
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร (2552) *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
ฮายานุสา

- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่นๆ (2549) “การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการด้วยพฤติกรรมดูแล
อย่างเอื้ออาทรในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี” ราชบุรี วิทยาลัยพยาบาล-
บรมราชชนนีนีราชบุรี
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ
กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัตน์ศิริ ทาโต (2551) การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ กรุงเทพมหานคร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัตนา ทองสวัสดิ์ (2541) วิชาชีพการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้ม เชียงใหม่ ธนบรรณการพิมพ์
โรงพยาบาลเชียงคำ (2543) “ที่ระลึกในงานพิธีเปิดอาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา”
(หนังสือที่ระลึก)
- _____. (2556) “แผนพัฒนาโรงพยาบาลเชียงคำ ปี 2556” (อัดสำเนา)
- วันทนีย์ เสถียรวันทนีย์ (2546) “พฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลตามทศนะ
ของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัย
นเรศวร
- วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล (2549) “การสุ่มตัวอย่างและการหาขนาดตัวอย่าง” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 5 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงคำ (2555) รายงานประจำปี 2555 โรงพยาบาลเชียงคำ (อัดสำเนา)
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) *มาตรฐานโรงพยาบาลและและบริการ
สุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี* นนทบุรี หนังสือคิววัน
- สภาการพยาบาล (2551) *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528
และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง* พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี
- สำนักการพยาบาล (2550) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* ปรับปรุงครั้งที่ 2 นนทบุรี
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สมจิต หนูเจริญกุล (2540) “กระบวนการแก้ปัญหาในการพยาบาล” ใน *สุปราณี เสนาดิสัย
(บรรณาธิการ) การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 9
กรุงเทพมหานคร จุฑทอง

- สมจิต หนูเจริญกุล (2544) *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
วีเจ พรินต์ติ้ง
- สิวลี สิริไล (2553) *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 11 กรุงเทพมหานคร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุพัตร์ พิบูลย์ (2552) “การพัฒนาเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating scale) ใน
งานวิจัย” ใน *เอกสารเสริมชุดวิชาการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวิจัยและการ
ประเมิน* นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์และสุภาภรณ์ อุคมลักษณ์ (2543) *กระบวนการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2
โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก นนทบุรี ประชุมช่าง
- อารี ชิวเกษมสุข (2541) “การนำศาสตร์การดูแลไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล”
วารสารพยาบาลศาสตร์ 16, 4: 15-21
- _____. (2542) “การนำทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันไปใช้ในการเรียนการสอน
ทางการพยาบาล” *วารสารพยาบาลศาสตร์* 11, 1: 6-19
- _____. (2551) *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- อารีญา ค่านผาทอง (2549) “การรับรู้การให้พยาบาลพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลระดับจังหวัด” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล* มหาวิทยาลัยนเรศวร
- อิชยา สุวรรณกุล และนางนุช เชาว์ศิลป์ (2542) “พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล
และผู้ใช้บริการ” *วารสารวิจัยทางการพยาบาล* 3, 1 (มกราคม-เมษายน): 45 - 60
- อำพล จินดาวัฒน์ (2542) *ผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ*
นนทบุรี สถาบันบรมราชชนก
- Best, J.W. (1970). *Research in Education*. New Jersey: Prentice - Hall.
- Halldostottir S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care -
Developing a theory*. Linkoping, Sweden: Linkoping University.
- Godkin, J. & Godkin, L. (2004). “Caring Behavior Among Nurse: Fostering a
conversation of Gestures” *Healthcare Management* 29,3.
- Good, C.V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw - Hill Book.
- Keeves, J.P. (1988). *Education Research and Methodology and Measurement: An International
Handbook*. Oxford: Pergamon Press.

- Kipp, K.M. (2001). "Implementing nursing caring standards in the emergency department"
Journal of Nursing Administration. 31, 2: 85-89.
- Leininger (1988). *Caring an essential human need: Proceeding the three national caring conference*. Detroit: Wayne state university Press.
- Swanson, K.M. (1991). "Empirical development of a middle range theory of caring."
Nursing Research. 40, 3 9 (May – June): 161-166.
- _____. (1999). *What is known about caring in nursing science: a literature meta – analysis* in Hinshaw, A.S., Feedtham, S.L., Shaver, J.F.L. (Eds.). Hand book of clinical nursing research. California: Thousand Oaks.
- Watson, J. (1985). *Nursing the Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Colorado Associated University press.
- _____. (1989). *Watson's philosophy and theory of human caring in nursing in* J.P.Riehl-Sisca. (Eds.). *Conceptual Models for Nursing Practice*. New York: Appleton & Lange.
- _____. (1999). *Nursing Science and Care: a theory of nursing*. Boston: Nation League for nursing.
- Williams, S.A. (1998). "Quality and care: patients' perception." *J Nurs Care Qual*. 12, 6; 18-25.
- Wiman, E., Wikblad, K. (2004). "Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department." *Journal of Clinical Nursing*. 13, 4: 422-429.
- Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R., and Coulombe, K. (2003). "Nurse caring behaviors and patient satisfaction: Improvement after a multifaceted staff intervention." *Journal of Nursing Administration*. 33, 9: 434-436.



ภาคผนวก

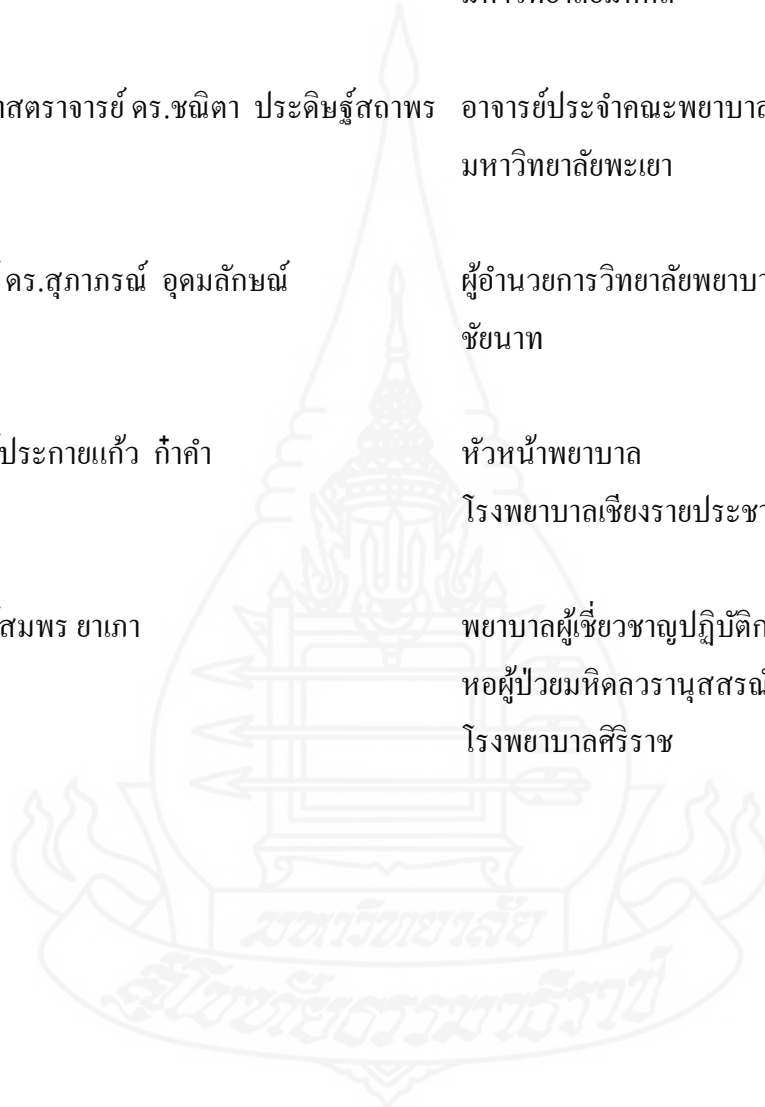
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยพะเยา
3. อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ชัยนาท
4. อาจารย์ประกายแก้ว กำคำ หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์
5. อาจารย์สมพร ขาภา พยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
หอผู้ป่วยมหิดลวรานุสรณ์-วิบูลย์รักษ์ 2
โรงพยาบาลศิริราช



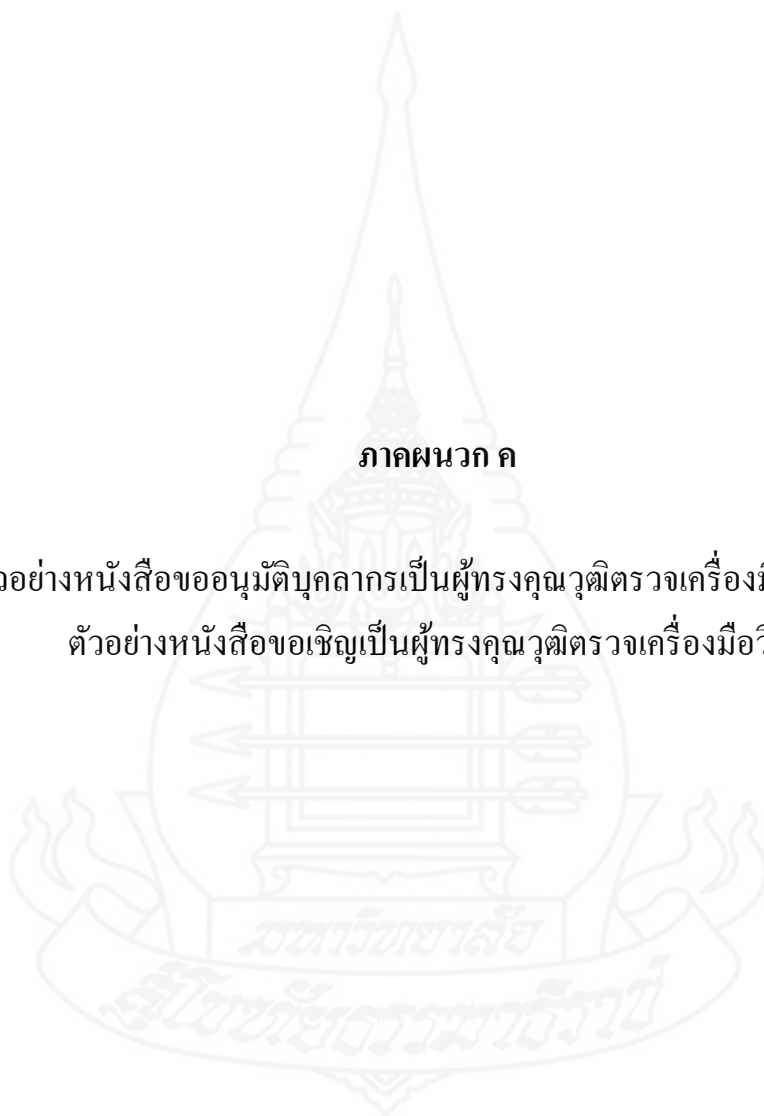
ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยและ
ตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ว 5๐6

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

/8 เมษายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุกรรมโรงพยาบาลเชียงคำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฮารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-179-69082 (นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ)

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม



ที่ ศธ 0522.26/ว 5๐7

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

18 เมษายน 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม

ด้วยนางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริน เอี่ยมสวัสดิกุล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-179-69082 (นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ)



| |
|---------------------|
| โรงพยาบาลเชิงคำ |
| รับ 338/ |
| วันที่ 23 พ.ค. 2555 |
| เวลา 15.00 |

ที่ ศธ 0522.26 / 675

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

๑๕ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงคำ

ด้วยนางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวพงษ์สุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขออนุมัติครุภัณฑ์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

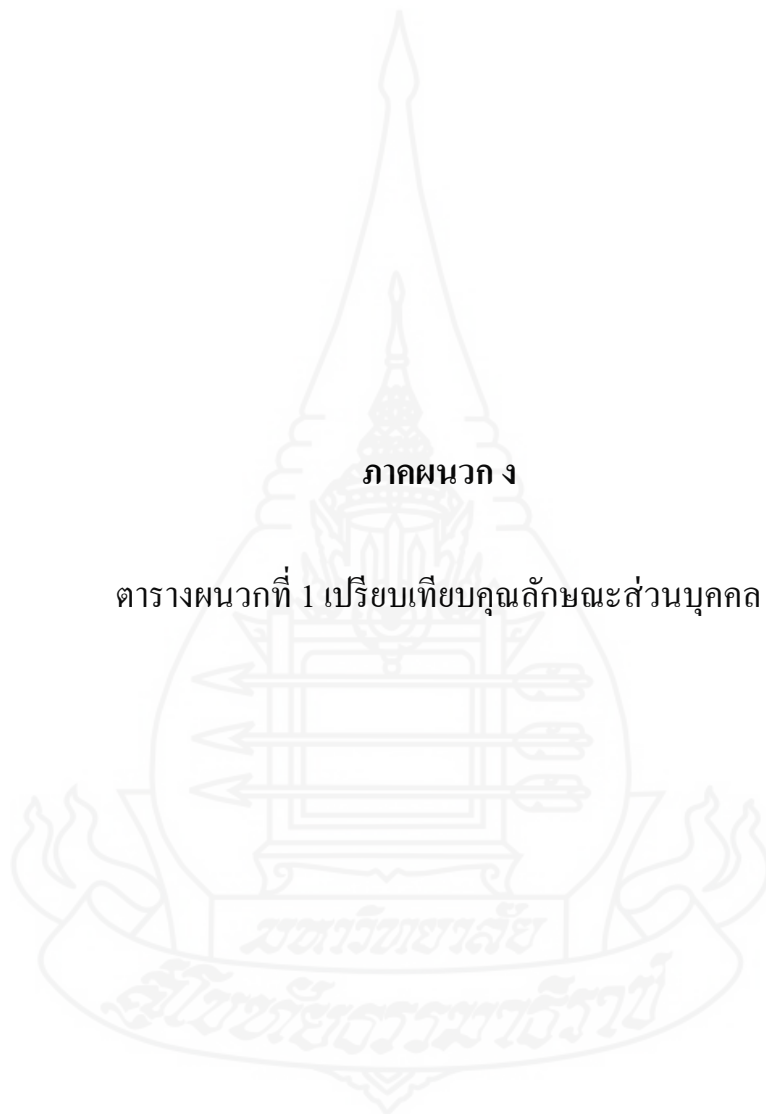
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุมัติครุภัณฑ์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

| | |
|---|---|
| เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเชิงคำ | ขอแสดงความนับถือ |
| <input checked="" type="checkbox"/> เพื่อไปทราบ |  (รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล) ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| <input checked="" type="checkbox"/> เพื่อไปพิจารณา | |
| <input checked="" type="checkbox"/> เห็นความจำเป็น..... | |
| 1. <u>นางพิมพ์ชนก ชลมาตย์</u> | <input checked="" type="checkbox"/> ทราบ |
| 2. _____ | <input checked="" type="checkbox"/> ส่งมอบครุภัณฑ์ |
| 3. _____ | มอบ..... |
| สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ | |
| โทร. 0-2504-8036-7, 0-2504-8096 | |
| โทรสาร 0-25032620 | |

ว.ค.ป.๒๓.๕๐.๖๘

ภาคผนวก ง

ตารางผนวกที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล



ตารางผนวกที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|------------------------------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุ (ปี) | | | | |
| 20 -39 | 9 | 30.0 | 5 | 16.7 |
| 40 -59 | 14 | 46.7 | 19 | 63.3 |
| 60 ⁺ | 7 | 23.3 | 6 | 20.0 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| $\chi^2 = 1.977$ p-value = 0.372 | | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| โสด | 2 | 6.7 | 4 | 13.3 |
| สมรส | 28 | 93.3 | 26 | 86.7 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| Fisher exact test p-value = 0.671 | | | | |
| สิทธิการรักษา | | | | |
| หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) | 23 | 76.7 | 27 | 90.0 |
| อื่นๆ | 7 | 23.3 | 3 | 10.0 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| $\chi^2_c = 1.080$ p-value = 0.299 | | | | |
| รายได้ (บาท) | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 3 | 10.0 | 2 | 6.7 |
| มีรายได้ | 27 | 90.0 | 28 | 93.3 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |
| Fisher exact test p-value = 1 | | | | |

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้วิจัย



แบบสอบถามเลขที่

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล
วิชาชีพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล วิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล

วิชาชีพ

ทั้ง 5 ด้าน จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| 1. การรู้จักผู้ป่วย | จำนวน 7 ข้อ |
| 2. การอยู่กับผู้ป่วย | จำนวน 6 ข้อ |
| 3. การช่วยเหลือผู้ป่วย | จำนวน 8 ข้อ |
| 4. การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย | จำนวน 6 ข้อ |
| 5. การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย | จำนวน 5 ข้อ |

เพื่อให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไปพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นการตอบแบบสอบถามของท่านจึงเป็นประโยชน์กับการวิจัยเป็นอย่างมาก คำตอบของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผยใดๆผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายประการใดต่อท่าน ผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ

นักศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล
วิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน หรือ เติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1.ปัจจุบันท่านอายุปี

2.สถานภาพสมรส

1. โสด
 2. คู่
 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

3.ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา
 2. มัธยมศึกษา
 3. อนุปริญญา
 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี

4.อาชีพ

1. เกษตรกรรม
 2. ค้าขาย
 3. รับราชการ
 4. รับจ้าง
 5. นักศึกษา
 6.ว่างงาน

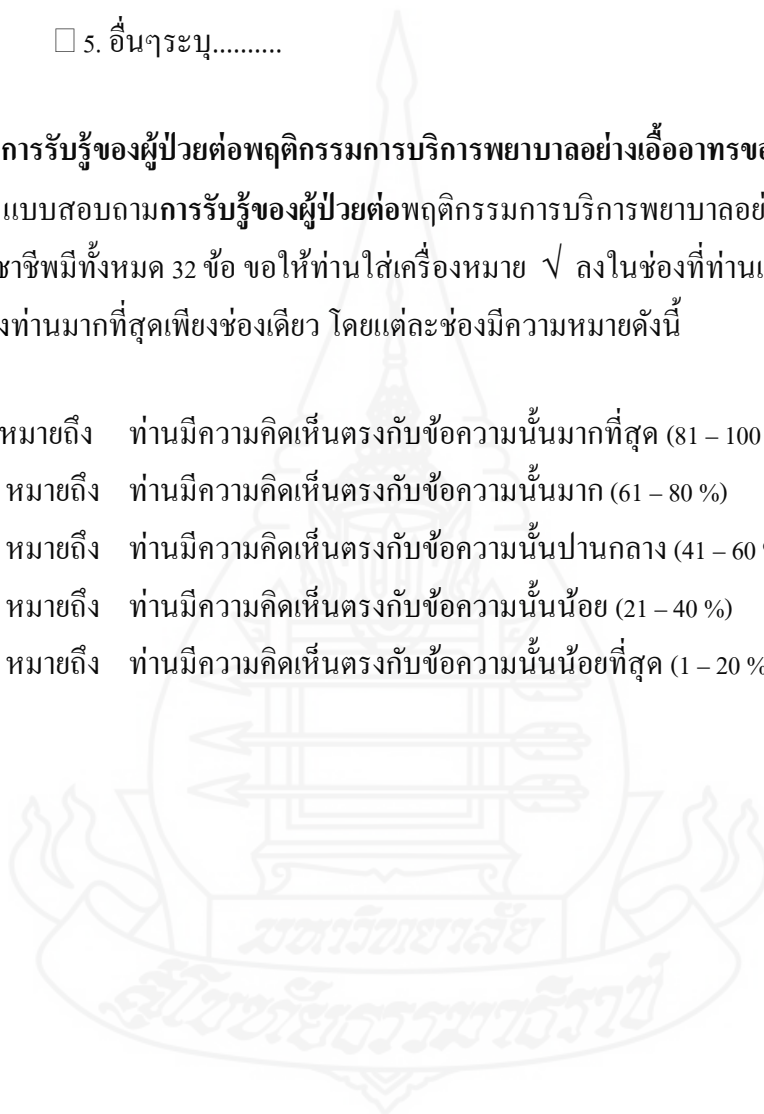
5.รายได้.....บาท/เดือน

6.สิทธิการรักษา

- 1. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2. ประกันสังคม
- 3. สิทธิข้าราชการ
- 4. ชำระเงิน
- 5. อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
คำชี้แจง แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของ
พยาบาลวิชาชีพมีทั้งหมด 32 ข้อ ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิด
เห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด (81 – 100 %)
- 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก (61 – 80 %)
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง (41 – 60 %)
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย (21 – 40 %)
- 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด (1 – 20 %)



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพ

| ข้อคำถาม | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|--|------------------|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ก. การรู้จักผู้ป่วย | | | | | |
| 1.พยาบาลกล่าวทักทายชื่อของท่านได้ถูกต้อง | | | | | |
| 2.พยาบาลพูดคุยกับท่านด้วยคำพูดสุภาพ | | | | | |
| 3.พยาบาลบอกหรืออธิบายให้ท่านทราบทุกครั้ง ก่อนและหลังให้การพยาบาล | | | | | |
| 4.พยาบาลรับฟังปัญหาหรือสิ่งที่ท่านบอกด้วยความตั้งใจ | | | | | |
| 5.พยาบาลทราบว่าสิ่งใดที่มีความสำคัญในชีวิตของท่าน | | | | | |
| 6.พยาบาลมีการซักถามว่าท่านชอบหรือไม่ชอบสิ่งใด | | | | | |
| 7.พยาบาลปฏิบัติต่อท่านด้วยความเคารพความเป็นบุคคล ของท่าน เช่น ไม่เปิดเผยร่างกายของท่านรักษาความเป็น ส่วนตัวของท่าน เป็นต้น | | | | | |
| ข. การอยู่กับผู้ป่วย | | | | | |
| 8.พยาบาลคอยสอบถามอาการหรือปัญหาของท่านเป็น ระยะๆ | | | | | |
| 9.พยาบาลคอยดูแลท่านอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 10.พยาบาลอยู่กับท่านขณะที่แพทย์ตรวจหรือให้การรักษา | | | | | |
| 11.พยาบาลพร้อมที่จะรับฟังความไม่สบายทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจของท่าน | | | | | |
| 12.พยาบาลให้เวลากับท่านในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยไม่เร่งรีบ | | | | | |
| 13.พยาบาลไม่ละทิ้งท่านให้อยู่ตามลำพังขณะที่ท่านมี ปัญหา | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|------------------|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ค. การช่วยเหลือผู้ป่วย | | | | | |
| 14. พยายามให้ความช่วยเหลือท่านในการปฏิบัติ กิจกรรมที่ท่านไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง | | | | | |
| 15. พยายามดูแลให้ท่านได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ | | | | | |
| 16. พยายามตอบสนองความต้องการของท่านได้อย่างเหมาะสม | | | | | |
| 17. พยายามคอยเฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน | | | | | |
| 18. พยายามให้คำปรึกษา แนะนำ และให้ความรู้ที่มีประโยชน์ต่อท่าน | | | | | |
| 19. พยายามแนะนำถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยแก่ท่าน | | | | | |
| 20. เมื่อท่านมีปัญหาพยายามให้ความช่วยเหลือท่านอย่างเต็มใจ | | | | | |
| 21. พยายามให้การดูแลช่วยเหลือท่านได้อย่างถูกต้องด้วยความชำนาญ | | | | | |
| ง. การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย | | | | | |
| 22. พยายามอธิบายและให้ข้อมูลเมื่อท่านสงสัย | | | | | |
| 23. พยายามให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจขณะที่ท่านได้รับการตรวจหรือการรักษาจากแพทย์ | | | | | |
| 24. พยายามอธิบายและเตรียมท่านก่อนได้รับการตรวจและ/หรือการรักษาที่ท่านไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|--|------------------|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25.พยาบาลรับฟังและ/หรือพูดให้กำลังใจท่านเมื่อท่านวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ | | | | | |
| 26.พยาบาลให้คำปรึกษาและช่วยให้ท่านได้รับรู้ปัญหาของท่านด้วยตนเอง | | | | | |
| 27.พยาบาลช่วยให้ท่านรับรู้ปัญหาของตนเองและเลือกวิธีแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองได้ | | | | | |
| จ. การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย | | | | | |
| 28.พยาบาลยอมรับหรือเคารพต่อความเชื่อของท่าน | | | | | |
| 29.พยาบาลพูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่นว่าท่านสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง | | | | | |
| 30.พยาบาลพูดและ/หรือแสดงท่าทีศรัทธาและเชื่อมั่นว่าท่านสามารถเผชิญปัญหาของตนเองได้ | | | | | |
| 31.พยาบาลกระตุ้นหรือชี้แนะให้ท่านเห็นว่าท่านมีความสามารถในตนเองเมื่อท่านเกิดความไม่มั่นใจ | | | | | |
| 32.พยาบาลพูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่นว่าท่านสามารถบรรลุผลในสิ่งที่ต้องการได้ เมื่อท่านมุ่งมั่นปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล | | | | | |



แนวทางการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ

คำชี้แจงรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรพัฒนามาจาก กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของสแกนสัน ซึ่งแบ่งการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจ และ 5) การประเมินผล ดังนั้นเนื้อหาสาระของการบริการพยาบาลจะอยู่บนพื้นฐานของพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรทฤษฎีของสแกนสัน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วย 2) การอยู่กับผู้ป่วย 3) การช่วยเหลือผู้ป่วย 4) การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย และ 5) การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย

| การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | วิธีการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | ทฤษฎีของสแกนสัน |
|---|--|-------------------------|
| ขั้นตอนที่ 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ เป็นการต้อนรับ ให้การดูแล และให้ข้อมูลเบื้องต้นขณะรับผู้ป่วยใหม่ | 1. ทักทายเรียกชื่อของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มองสบตา สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ตรวจดูป้ายชื่อที่ข้อมือผู้ป่วย และเอกสารยินยอมการรักษาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้ามาหอผู้ป่วย (1) | การรู้จักผู้ป่วย |
| | 2. พูดใช้คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย และลงท้ายคำพูดด้วยคำว่า “ค่ะ” หรือ “ครับ” และ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพ น้ำเสียงนุ่มนวล (2) | การรู้จักผู้ป่วย |
| | 3. สอบถามอาการผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพ (2) | การรู้จักผู้ป่วย |
| | 4. บอกรับและอธิบายขั้นตอนการเข้ารับบริการในหอผู้ป่วย การแนะนำสถานที่ต่างๆอย่าง ชัดเจนด้วยคำพูดและท่าทีที่สุภาพ (18*) | การช่วยเหลือ ผู้ป่วย |

หมายเหตุ หมายเลขในวงเล็บ () หมายถึง พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามแบบสอบถามพฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล
วิชาชีพ

สัญลักษณ์ * หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนของการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้ป่วยประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง
หากไม่มี * หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนของการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรฯ อยู่ในระดับมาก

| การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | วิธีการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | ทฤษฎีของสเวเนสัน |
|--|--|-------------------|
| ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลและประสานงานเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และการวินิจฉัยทางการพยาบาล | 1. ชักประวัติความเจ็บป่วย อาการสำคัญ สังเกตอาการผู้ป่วย และวัดสัญญาณชีพอย่างสุภาพ นูนมวล (8) | การอยู่กับผู้ป่วย |
| | 2. รับฟังปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า (4) รวมถึงความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยความตั้งใจ (11*) | การรู้จักผู้ป่วย |
| | 3. สอบถามสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนการดูแลด้านจิตวิญญาณ (5*) | การรู้จักผู้ป่วย |
| | 4. สอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบ เพื่อนำไปประกอบการวางแผนการพยาบาล (6*) | การรู้จักผู้ป่วย |
| ขั้นตอนที่ 3 การดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการให้บริการ | 1. เรียกชื่อออกหรืออธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (3) | การรู้จักผู้ป่วย |
| | 2. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ เคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น ไม่เปิดเผยร่างกาย | การรู้จักผู้ป่วย |

| การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | วิธีการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | ทฤษฎีของสเวนสัน |
|---|---|---|
| <p>พยาบาลแบบองค์รวมอย่างปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งประสานงานภายในทีมพยาบาล กำหนดและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> | ผู้ป่วยใช้ม่านกั้นหรือปฏิบัติกิจกรรมในสถานที่เป็นส่วนตัว เป็นต้น (7) | |
| | 3. อยู่กับผู้ป่วย (10) และพูดคุยให้กำลังใจขณะแพทย์ตรวจให้การรักษา และ/หรือทำหัตถการ (23*) | การอยู่กับผู้ป่วยและการสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย |
| | 4. ให้การดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องด้วยความชำนาญอย่างต่อเนื่อง (9 และ 21) | การอยู่กับผู้ป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 5. ฝ้าระวังอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (17*) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 6. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (14*) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกาย และจิตใจ (15*) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 8. ปฏิบัติกิจกรรมและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มใจ ไม่เร่งรีบและไม่เพิกเฉยต่อผู้ป่วย (12 และ 20) | การอยู่กับผู้ป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 9. ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล (16*) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 10. สอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในแต่ละเวร (8) ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง ขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหา (13*) | การอยู่กับผู้ป่วย |
| | 11. อธิบายและให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยสงสัย (22*) | การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย |

| การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | วิธีการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | ทฤษฎีของสเวเนสัน |
|--|---|---------------------------------|
| | 12. อธิบายและเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจและ/หรือการรักษาที่ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (24*) | การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย |
| | 13. สอน แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย (19*) และการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายโดยใช้วิธีการสอน สาธิต การใช้สื่อต่างๆทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 14. มีการรายงานส่งเวรผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีมการพยาบาล (9) | การอยู่กับผู้ป่วย |
| ขั้นตอนที่ 4 การให้ข้อมูลและเสริมพลังเป็นการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจและจิตวิญญาณ | 1. รับฟังและ/หรือพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ (25*) | การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย |
| | 2. ให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้ที่มีประโยชน์อื่นๆแก่ผู้ป่วย (18*) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 3. ให้คำปรึกษาและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (26* และ 27*) | การสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย |
| | 4. ให้การยอมรับ หรือเคารพต่อความเชื่อของผู้ป่วย และญาติ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น (28) | การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย |
| | 5. พูดและ/หรือแสดงท่าทีเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และบรรลุผลในสิ่งที่ต้องการได้ เมื่อผู้ป่วยมุ่งมั่น ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (29* 30* และ 32*) | การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย |
| | 6. เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจคอยกระตุ้นหรือชี้แนะผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแล | การคงไว้ซึ่งความเชื่อ |

| การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | วิธีการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร | ทฤษฎีของสเวนสัน |
|--|---|---------------------|
| | ตนเอง (31*) | ของผู้ป่วย |
| ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล เป็นการติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยได้หรือไม่ | 1. สอบถามว่าการช่วยเหลือของพยาบาลช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร (16*) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |
| | 2. ประเมินผลการบริการพยาบาลว่าช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร (20) | การช่วยเหลือผู้ป่วย |



ชื่อโครงการ การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

หลักการและเหตุผล

การดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) เป็นหัวใจสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นเอกลักษณ์วิชาชีพที่จำเป็นของพยาบาล เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการแสดงออกของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1985; สมจิต หนูเจริญกุล 2544) การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นการให้ความสำคัญของการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเอื้ออาทรผสมผสานไปกับปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดผลดีต่อการดูแลและการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Watson, 1999) โดยความผาสุกด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขพ้นหายจากโรคเร็วขึ้น ความผาสุกด้านจิตใจผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยรู้สึกถึงพยาบาลเข้าใจในความเจ็บป่วยของตน (Swanson, 1999) ส่วนความผาสุกทางด้านสังคม การดูแลอย่างเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีส่วนร่วมในการรักษา (อารี ชิวเกษมสุข 2542) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจ มีพลังอำนาจ มีเกียรติและมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ (พยอม อยู่สวัสดิ์ 2539) ดังนั้น การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรจึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วนแบบองค์รวม

ในทางตรงกันข้าม หากพยาบาลแสดงออกถึงพฤติกรรมบริการพยาบาลที่ไม่มีการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยจะเกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อวิชาชีพพยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะในปัจจุบันผู้ป่วยตระหนักถึงสิทธิในการรับบริการและให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลมากขึ้น หากพยาบาลให้การพยาบาลอย่างไม่เอื้ออาทรก็จะไม่สามารถตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยได้ และอาจทำให้มีปัญหาด้านการร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล (สำนักการพยาบาล 2550) จะเห็นว่า การที่พยาบาลให้การพยาบาลอย่างไม่เอื้ออาทรจะส่งผลเสียทั้งต่อพยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบตามมาหลายประการ

การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร แต่ในความเป็นจริงพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่เหมาะสม และยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ เนื่องจากยังมีการพัฒนาในโรงพยาบาลเท่านั้น

เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลเชียงคำ ซึ่งยังไม่เคยมีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในฐานะคณะกรรมการบริหารของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงคำจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งจะส่ง ผลดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาล และวิชาชีพพยาบาล ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการอบรม ครั้งที่ 1 เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร
2. มีความสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

วิธีการดำเนินการ

1. จัดทำโครงการเสนอเพื่อขออนุมัติ
2. ประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายเพื่อแจ้งผลการประเมิน การบริการอย่างเอื้ออาทร ตามปกติก่อนการพัฒนารูปแบบ ประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2556
3. อบรมพยาบาลวิชาชีพ ครั้งที่ 1 เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2556
4. พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร โดยพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการ พัฒนา

ผลที่คาดว่าจะได้รับของการอบรม ครั้งที่ 1

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร
2. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้และแนวคิดไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร

วัตถุประสงค์ของการอบรม ครั้งที่ 2 เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น
2. มีความสามารถปฏิบัติบทบาทสมมติตามรูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น

วิธีการดำเนินงาน

1. อบรมพยาบาลวิชาชีพ ครั้งที่ 2 เรื่อง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร และฝึกปฏิบัติใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น วันที่ 8 มีนาคม 2556
2. สรุปรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุกรรม วันที่ 15 มีนาคม 2556
3. ทดลองใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร 1 สัปดาห์
4. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 เดือนระหว่าง วันที่ 1 – 30 เมษายน 2556 ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

ผลที่คาดว่าจะได้รับของการอบรม ครั้งที่ 2

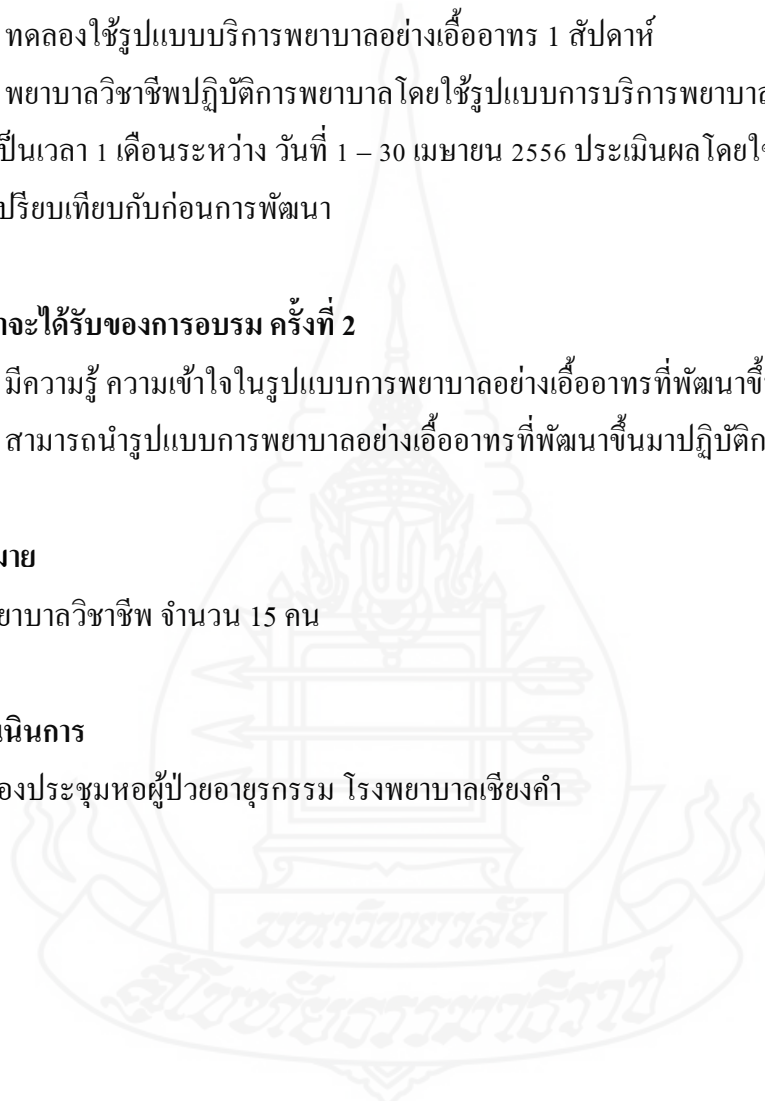
1. มีความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น
2. สามารถนำรูปแบบการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้นมาปฏิบัติการพยาบาลได้

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน

สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุมสำหรับผู้สูงอายุกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ

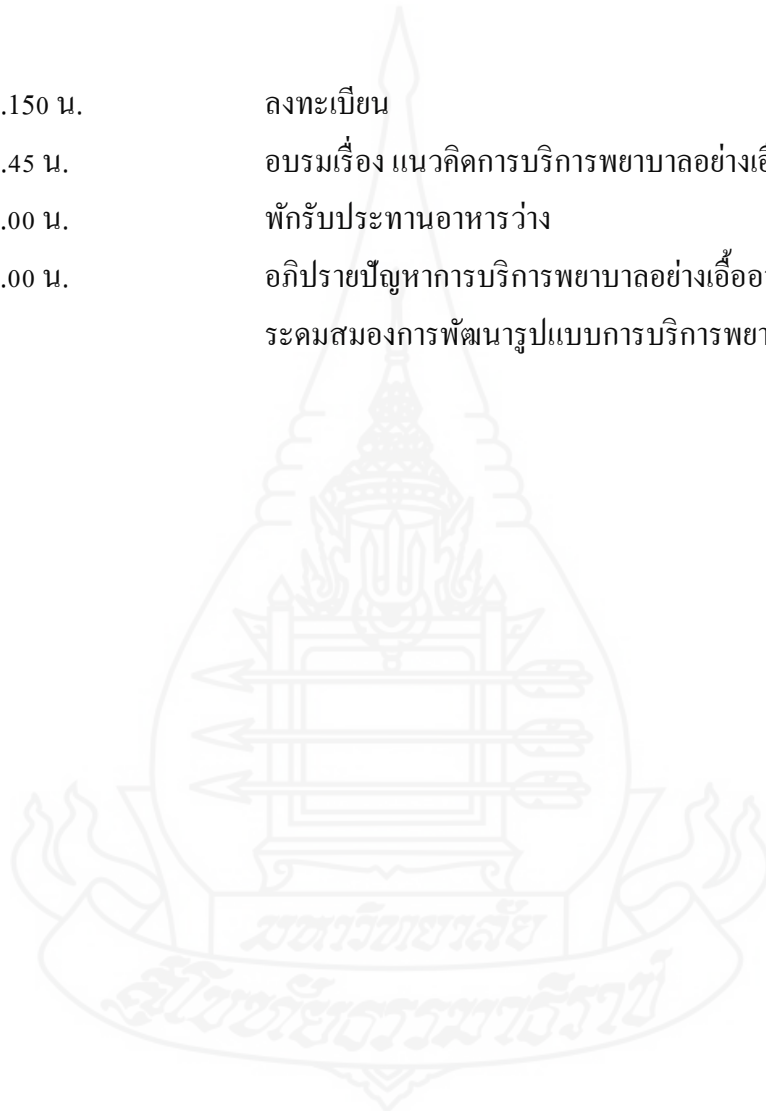


กำหนดการอบรม ครั้งที่ 1
เรื่อง การบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร
วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2556 ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ

.....

เวลา

| | |
|-------------------|--|
| 13.00 – 13.150 น. | ลงทะเบียน |
| 13.15 – 14.45 น. | อบรมเรื่อง แนวคิดการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร |
| 14.45 – 15.00 น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| 15.00 – 16.00 น. | อภิปรายปัญหาการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร และ ระดมสมองการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร |

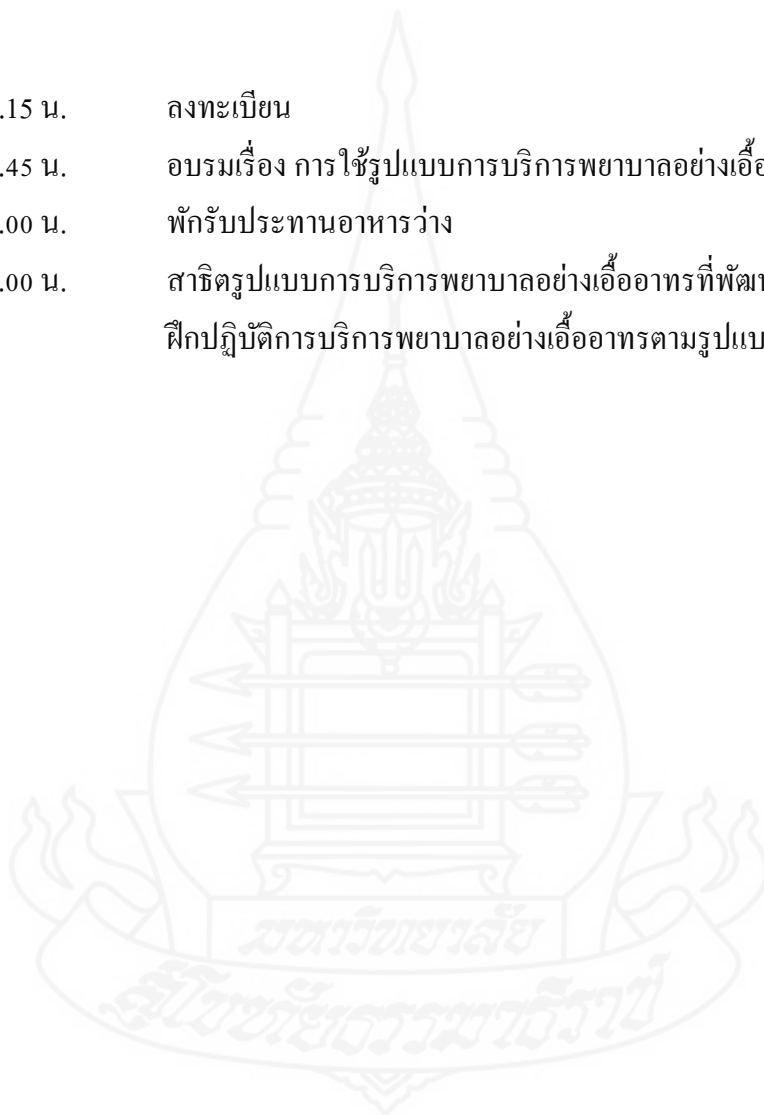


กำหนดการอบรม ครั้งที่ 2
เรื่อง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร
วันที่ 8 มีนาคม 2556 ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงคำ

.....

เวลา

| | |
|------------------|--|
| 13.00 – 13.15 น. | ลงทะเบียน |
| 13.15 – 14.45 น. | อบรมเรื่อง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร |
| 14.45 – 15.00 น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| 15.00 – 16.00 น. | สาธิตรูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่พัฒนาขึ้น และ ฝึกปฏิบัติการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น |



ประวัติผู้วิจัย

| | |
|------------------|---|
| ชื่อ | นางสาววันเพ็ญ บุญประเสริฐ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 26 มีนาคม 2506 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดเชียงราย |
| ประวัติการศึกษา | พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง พ.ศ. 2529 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2532 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดต่อ แขนงระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542 |
| สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ |

