

ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
และความพึงพอใจของพยาบาล



นางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-4440-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PERIOPERATIVE NURSING SERVICE MANAGEMENT MODEL EMPHASIZING
CARING FOR FAMILY ON ANXIETY OF PATIENTS AND FAMILIES,
AND NURSES' SATISFACTION

Mrs.Peinjit Bhumisirikul

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

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4440-4

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล : ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล (EFFECTS OF PERIOPERATIVE NURSING SERVICE MANAGEMENT MODEL EMPHASIZING CARING FOR FAMILY ON ANXIETY OF PATIENTS AND FAMILIES, AND NURSES' SATISFACTION) อ. ที่ปรึกษา : รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหพราน, 158 หน้า. ISBN 974-17-4440-4

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 40 คน ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 40 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักรฟื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับคู่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงการการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แผนการสอนเรื่อง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว วิดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป คู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด และแบบประเมินผลการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ แบบประเมินผลความวิตกกังวลของผู้ป่วย แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถาม เท่ากับ .89 , .92 และ .91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่ และสถิติทดสอบ Wilcoxon

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมาใช้ในการให้บริการจะช่วยลดความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

สาขาวิชา ...การบริหารการพยาบาล...

ปีการศึกษา ...2546...

ลายมือชื่อผู้ผลิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4577598336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: PERIOPERATIVE NURSING SERVICE MANAGEMENT MODEL/ PATIENTS' ANXIETY/ FAMILIES' ANXIETY/ NURSES' SATISFACTION

PEINJIT BHUMISIRIKUL: EFFECTS OF PERIOPERATIVE NURSING SERVICE MANAGEMENT MODEL EMPHASIZING CARING FOR FAMILY ON ANXIETY OF PATIENTS AND FAMILIES, AND NURSES' SATISFACTION. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. POLICE MAJOR PAUNGPHEN CHOONHAPRAN, Ph.D., 158 pp. ISBN 974-17-4440-4

The purposes of this quasi experimental research were to study the effects of perioperative nursing service management model emphasizing caring for family on anxiety of patients and families, and nurses' satisfaction. The research subjects consisted of 40 surgical patients, 40 family members and 10 professional nurses working in preoperating unit, operating room and post anesthetic care unit, Ramathibodi Hospital. The patients and their families were randomly assigned to experimental group and control group by matched pair technique. Research instruments were a perioperative nursing service management model emphasizing caring for family training project, lesson plan of perioperative nursing service management model emphasizing caring for family, handbook of perioperative nursing service practice, patient and family self-care instruction video, patient and family booklet and a questionnaire to evaluate perioperative nursing service management model. Research data were obtained by questionnaires of patients' anxiety, families' anxiety, and nurses' satisfaction. The instruments were validated by panel of experts. The Cronbach' s alpha coefficient of the questionnaires were .89, .92, and .91 respectively. Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test and Wilcoxon matched- pairs signed ranks test.

Majors results were as follows:

1. The patients' anxiety in the experimental group was significantly lower than that of the control group at the .05 level.
2. The families' anxiety in the experimental group was significantly lower than that of the control group at the .05 level.
3. The overall nurses' satisfaction after using perioperative nursing service management model emphasizing caring for family was significantly higher than before at the .05 level.

The implementation of perioperative nursing service management model emphasizing caring for family would help in reducing both patients' and families' anxiety. The perioperative nurses could also exhibit their professional independent role. This, intern, could enhance good relationship with the patients and families as well as reflected the quality of perioperative nursing care.

Field of study ...Nursing Administration....

Student's signature.....

Academic year ...2003...

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาและความดูแลอย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณวดี พุทธิวัฒนะ อาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผ่าน บาลโพธิ์ และคณาจารย์ทุก ๆ ท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ ที่มีประโยชน์แก่ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ และคุณปานตา อภิรักษ์นภานนท์ ที่ได้กรุณาเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่กลุ่มพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ ทำให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความราบรื่น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์วีณา บัลลังก์โพธิ์ หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด คุณศิริบุญญา ศรีศักดิ์พงษ์ หัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ คุณรัตนา หวานวารี หัวหน้าหน่วยห้องฟักฟื้นศัลยศาสตร์ พยาบาลประจำห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ และพยาบาลประจำห้องฟักฟื้นศัลยศาสตร์ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาครั้งนี้เป็นอย่างมาก ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุด เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี และขอบคุณทีมงานผู้ร่วมแสดงทุก ๆ ท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการผลิตเทปวีดิทัศน์ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าโรงพยาบาลรามธิบดีที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ และขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชา ภูมิสิริกุล สามีผู้ที่คอยช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านตลอดระยะเวลาการศึกษา รวมทั้งนายเทวิน ภูมิสิริกุล และเด็กชายกชกร ภูมิสิริกุล บุตรชาย ที่ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและความมุ่งมั่นในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ และขอขอบคุณท่านอื่น ๆ ที่ได้ช่วยเหลือและมีได้กล่าวถึงในที่นี้ ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดและการดูแลครอบครัว.....	13
แนวคิดทฤษฎีการดูแล.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การดำเนินการทดลอง.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74

สารบัญ (ต่อ)

๗

บทที่	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	94
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผลการวิจัย.....	98
ข้อเสนอแนะ.....	105
รายการอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	154
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	158



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่

หน้า

1. การจับคู่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของ เพศ อายุ และการผ่าตัด ส่วนครอบครัวผู้ป่วยจับคู่ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	48
2. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนก่อนกับคะแนนหลังการอบรม ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง (n = 10).....	60
3. คะแนนการรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย ของพยาบาลผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม (n=20)	65
4. คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลผ่าตัด ที่มีต่อโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ในด้าน ความรู้ที่ได้รับ และประโยชน์ในการนำไปใช้ (n=10)	69
5. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของผู้ป่วย/เดือน ประสบการณ์การผ่าตัด และการผ่าตัด.....	76
6. จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการรอผ่าตัด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	79
7. จำนวนและร้อยละของพยาบาลผ่าตัด จำแนกตามลักษณะ เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน (n=10).....	81
8. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง และความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่.....	83
9. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	84
10. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	85

สารบัญตาราง (ต่อ)

ญ

ตารางที่

หน้า

11. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง
และความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่..... 86
12. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 87
13. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการทดลอง..... 88
14. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนกับหลัง
การให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยรวมและรายด้าน (n = 10)..... 89
15. เปรียบเทียบความต่างของคู่ลำดับความพึงพอใจของพยาบาลผ่าตัด
ก่อนและหลังการจัดบริการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว..... 90
16. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบ
บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ 91

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานพิเศษซึ่งแตกต่างจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสถานที่ใช้ในการผ่าตัด ตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาโรคทางศัลยกรรม แต่ละปีมีผู้ป่วยที่ต้องมารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเป็นจำนวนมาก จากสถิติผู้ที่มารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งสิ้น 10,750 ราย (สถิติการผ่าตัดศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2545) ปัจจุบันแม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความปลอดภัยสูง เนื่องจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางศัลยกรรมและการดูแลที่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยมาก แต่ก็ยังคงทำให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดรู้สึกกลัววิตกกังวลเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤต ในทุกระยะของการผ่าตัดและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจผู้ป่วย (Leske, 1995; Pierantognetti, Covelli, and Vario, 2002) ผู้ป่วยนอกจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาจากการผ่าตัดด้วย เช่น กลัวความตาย กลัวการวางยาสลบ กลัวความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความพิการที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (AORN, 2001) ในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง (Cupple, 1991) ผู้ป่วยบางคนอาจนอนไม่หลับในคืนก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996 : 102) และในวันที่รอไปห้องผ่าตัด ก็เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก (Hyde, Bryden, and Asbury, 1998; Belbin, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่ต้องรออยู่ในห้องพักรอผ่าตัด (waiting room) ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมาก (Winter, Paskin, and Baker, 1994) ผู้ป่วยที่รอคอยการผ่าตัดนานจะมีความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกของผู้ป่วยทุกนาทีของการรอคอยการผ่าตัดนั้นยาวนานมาก การรอคอยเพียง 1 นาทีจะยาวนานเหมือนเป็นชั่วโมง (Atkinson and Fortunato, 1996: 102) ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่แปลกใหม่ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัวทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Green, 1996 cited in Yung, Chui-Kam, French, and Chan, 2002: 353) ผลของความวิตกกังวล ทำให้ระบบประสาท

ซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำงานมากขึ้น ร่างกายตอบสนองต่อการถูกกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม เช่น ความเย็น เสียงดัง มากขึ้น (Baker, Garvin, Kennedy, and Polivka, 1993) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายก่อให้เกิดปัญหาในระยะผ่าตัดได้ เช่น ทำให้ความต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดเพิ่มขึ้น การฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัดนานขึ้น (Totas, 1978 อ้างถึงใน กันยา ออประเสริฐ, 2541; Atkinson and Fortunato, 1996: 102; Baldwin, 1993 cited in Toogood, 1999) และยังมีผลต่อการหายของแผลผ่าตัดด้วย (Grieve, 2002) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Orr, 1986 cited in Augustin and Hains, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walding (1991) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวล สามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและช่วยให้ฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

ความวิตกกังวลไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวเจ็บป่วยและต้องได้รับการผ่าตัด จะส่งผลไปสู่สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวบางครั้งมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด (Leske, 1995) ถ้าครอบครัวไม่สามารถปรับตัวให้คลายความวิตกกังวลลงได้แล้วจะก่อให้เกิดการเสียความสมดุลทางอารมณ์ Fredericson (1989); Stuart and Sundeen (1995) และ Phipps, Cassmeyer, Sands, and Lehman (1995: 172) พบว่าความวิตกกังวลสามารถสื่อถึงกันได้ ความวิตกกังวลในระดับสูงของครอบครัวจะทำให้ครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและความวิตกกังวลของครอบครัวอาจถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล อันจะส่งผลให้ครอบครัวมีพลังในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คุณภาพบริการผ่าตัดจะเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการให้บริการของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในทีมผ่าตัดที่มีส่วนทำให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการของพยาบาลผ่าตัดซึ่งเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญ และเป็นบุคลากรที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการมากที่สุดทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันพบว่าในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ นั้น พยาบาลผ่าตัดมุ่งแต่ดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับครอบครัว เนื่องจากการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดยังไม่มีแนวคิด นโยบาย และพยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญของครอบครัว ประกอบกับโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่ต้องเป็นระบบปิดเพื่อ

ควบคุมความสะอาดภายในห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่น เมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว (Suchman, Botelho and Waiker, 1998) ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้มากโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการ (Robert, 1976 อ้างถึงในมารยาท วัชรเกียรติ, 2536: 6) การที่ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคนอื่นรักใคร่ เอื้ออาทร รู้สึกว่าปัญหาหรือความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญอยู่ ไม่ได้เผชิญอยู่แต่เพียงผู้เดียว แต่มีครอบครัวคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) พยาบาลผ่าตัดจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย รวมทั้งทางด้านความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่แตกต่างกัน โดยการช่วยกันพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เป็นแนวทางหนึ่ง ที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้

การจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เป็นการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่มีความเฉพาะเจาะจง พยาบาลผ่าตัดที่ให้บริการต้องใช้ความรู้ ทักษะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต ดังนั้นจึงควรเป็นการจัดบริการที่สามารถดูแลได้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยเฉพาะการดูแลครอบครัวในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่ครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงสุด จากการศึกษาของ Leske (1995) พบว่าผลการให้ข้อมูลกับครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ครอบครัวที่ได้รับทราบข้อมูล มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker (2002) พบว่าการให้ข้อมูลกับครอบครัว ทำให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวล ส่งผลให้สามารถสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Topp, Walsh, and Sanford (1998) พบว่าผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยขณะผ่าตัดแก่ครอบครัวทางเพจเจอร์ (digital pager) ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดช่วยให้ครอบครัวสามารถใช้เวลานอกห้องรอผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับการศึกษานี้เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวในประเทศยังมีน้อย มีเพียงการศึกษาของวรรณวิมล คงสุวรรณ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ วรรณีสัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ (2544) พบว่าครอบครัวที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงควรจัดให้มีขึ้นควบคู่ไปกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดด้วย แต่การให้การพยาบาลผ่าตัดในส่วนนี้ยังมีน้อยมาก

จากการศึกษาข้อมูลนำร่อง (Pilot study) ระหว่างวันที่ 17 เมษายน ถึง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 โดยการสุ่มสำรวจผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและครอบครัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ ความต้องการด้านบริการพยาบาลจากพยาบาลผ่าตัด กลุ่มละ 15 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 28-83 ปี ($\bar{X} = 51.40 \pm 16.18$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนระดับการศึกษาร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับประถม ในขณะที่ร้อยละ 46.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการ ดังนี้ ร้อยละ 86 มีความต้องการให้พยาบาลสอนการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ร้อยละ 53 มีความต้องการให้พยาบาลดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ 33 มีความต้องการทราบเวลาผ่าตัดที่แน่นอนและไม่อยากรอนาน เนื่องจากมีความวิตกกังวลในการที่ต้องรอคอย สำหรับครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จากการสัมภาษณ์ ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 34-72 ปี ($\bar{X} = 47.27 \pm 10.75$) ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 มีสถานภาพสมรสคู่ จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 20 ขณะที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา อาชีวศึกษา และมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3 20 และ 26.7 ตามลำดับ ส่วนประสบการณ์ในการรอผ่าตัด ครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 53.3 เคยมีประสบการณ์ในการรอผ่าตัดมาก่อน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.7 มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา ผลการสัมภาษณ์ พบว่าครอบครัวมีความต้องการ ดังนี้ ร้อยละ 86 มีความต้องการข้อมูลในเวลาที่รอผู้ป่วยผ่าตัด อยากทราบว่าผู้ป่วยจะผ่าตัดนานเท่าใด และจะเสร็จผ่าตัดเวลาใด ร้อยละ 80 มีความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจ และได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ร้อยละ 60 มีความต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเพราะมีความเป็นห่วงผู้ป่วยมาก

นอกจากนี้สุชญา โรจนดำรงค์ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่รอผ่าตัดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลา ไม่มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดที่เหมาะสม พยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเรื่องการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ผู้ป่วยต้องรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน ต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม ก่อให้เกิดความวิตกกังวลตลอดระยะเวลาที่รอผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับ Yung et al.(2002) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดในห้องพักรอผ่าตัดมักถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังคนเดียว ส่วนครอบครัวที่ต้องนั่งรอนอกห้องผ่าตัดนั้นก็ไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ไม่สามารถสื่อสารถึงกันได้ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น เหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้เกิดขึ้นที่ห้องผ่าตัดของหลาย ๆ โรงพยาบาลในประเทศไทย

จากสภาพการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการจัดบริการพยาบาลผ่าตัด ยังเป็นปัญหาที่ต้องการการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ทั้งนี้เพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลที่มีนโยบายจะพัฒนาคุณภาพบริการต้องคิดหาแนวทางในการปรับปรุงการจัดบริการพยาบาล ซึ่งการจัดบริการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการบริหารการพยาบาล อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์การพยาบาลในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534: 146) โดยการวางแผนเพื่อหาแนวคิดที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดบริการพยาบาลที่เป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลผ่าตัดมีแนวทางในการปฏิบัติงาน สามารถให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการจัดบริการพยาบาลโดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลป์ในการบริหารอย่างหนึ่ง จากการศึกษาพบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มผลผลิตและขวัญกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากการบริหารแบบมีส่วนร่วม ทำให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเองและผลงาน นอกจากนี้ยังมีผลในทางจิตวิทยาทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น มีการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (สัมฤทธิ์ กางเพ็ง, 2545; สมยศ นาวิกการ, 2545) การบริหารแบบมีส่วนร่วมยังมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นด้วย (สมยศ นาวิกการ, 2545; Swansburg, 2002: 370) เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว มั่นใจให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมากที่สุด (Messner, 1993)

การดูแลซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล เป็นเอกลักษณ์ และปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับพยาบาล การเจ็บป่วยไม่สามารถเกิดการหายได้ หากปราศจากการดูแล แต่การดูแลสามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่เกิดการรักษา (Leininger, 1981 cited in 1996: 72) พยาบาลผ่าตัดเป็นสมาชิกที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิ์ ให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งในด้านข้อมูล คำแนะนำ การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว (Rothrock, 1996: 140) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลของ Roach (1993) ที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเมตตา เอื้ออาทรพยาบาลได้ใช้สมรรถนะวิชาชีพทั้งความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ด้วยความเชื่อมั่น มีจิตสำนึกของความถูกต้องตามหลักจริยธรรม และพยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันในบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติกรพยาบาล ดังนั้นการนำแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลของ Roach (1993) มาใช้ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานประจำอยู่ที่ห้องผ่าตัด จึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการผ่าตัด โดยจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว โดย

นำหลักการการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Swansburg, 2002) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) และแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งคาดว่าจะการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ส่งผลดีช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันพยาบาลผ่าตัดมีความพึงพอใจในการให้บริการจากรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวที่ได้จัดขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (AORN, 2001) ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่แปลกใหม่ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Green, 1996 cited in Yung, Chui-Kam, French, and Chan, 2002: 353)

ความวิตกกังวลไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย และต้องได้รับการผ่าตัด จะส่งผลไปสู่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวบางครั้งมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในกรณีที่รอผู้ป่วยผ่าตัด (Leske, 1995) จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบข้อมูล ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล (วรรณวิมล

คงสุวรรณ, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, วรณี สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2544; Leske, 1995; Walker, 2002) ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ

การดูแลซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล เป็นเอกลักษณ์ และปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับพยาบาล การเจ็บป่วยไม่สามารถเกิดการหายได้ หากปราศจากการดูแล แต่การดูแลสามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่เกิดการรักษา (Leininger, 1981 cited in 1996: 72) พยาบาลผ่าตัดซึ่งมีทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับทีมดูแลสุขภาพอื่น และพยาบาลเป็นสมาชิกที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิ์ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งในด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Rothrock, 1996: 140) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) ซึ่งได้อธิบาย การดูแลว่า เป็นพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวลดความวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว มีความห่วงใย ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลได้ใช้ความรู้ สถิติปัญญา ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันทเวลา ให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน คำนึงถึงความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยา เคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพัน ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีความตั้งใจและเต็มใจ สำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการนำแนวคิดพฤติกรรมการดูแลของRoachมาใช้ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนั้น จะช่วยให้พยาบาลผ่าตัดสามารถดูแลได้ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวด้วย และสามารถให้การดูแลไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงสามารถให้การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลจะมีความพึงพอใจถ้าหากผู้ป่วยและครอบครัวมีอาการดีขึ้นจากการให้บริการพยาบาล

เป็นที่ยอมรับว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปการบริหารอย่างหนึ่งที่จะให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน นอกจากนี้ยังมีผลในทางจิตวิทยา ทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดการเสริมสร้างสัมพันธที่ดีต่อกัน (สมฤทธิ์ กางเพ็ง, 2545; สมยศ นาวิกการ, 2545) และการบริหารแบบมีส่วนร่วมยังมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นด้วย (สมยศ นาวิกการ, 2545; Swansburg, 2002: 370) จากการวิจัยพบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถจะเพิ่มทั้งผลผลิตและขวัญกำลังใจในการทำงาน ดังนั้นแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้ จึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทำให้ได้

แนวคิดการดูแลครอบครัวที่มีประโยชน์ เหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ที่พบว่าบุคคลจะพึงพอใจถ้าสามารถทำงานแล้วประสบผลสำเร็จ ได้ใช้ความรู้ความสามารถ มีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับ รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และในการทำงานนั้นถ้าได้ร่วมมือกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน ก็จะทำให้บรรยากาศในการทำงานดี ผู้ปฏิบัติงานก็มีความพึงพอใจในการทำงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว มั่นใจ ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมากที่สุด (Messner, 1993) ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จัดกระทำขึ้นที่ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา มี 3 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
 - 1.2 ครอบครัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
 - 1.3 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ที่ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ
 - 2.2.1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
 - 2.2.2 ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

2.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว** หมายถึง การจัดการกิจกรรมพยาบาลสำหรับพยาบาลผ่าตัด ตามขั้นตอนของการจัดการกิจกรรมใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ โดยให้พยาบาลผ่าตัดได้ร่วมกันจัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวขึ้น พยาบาลผ่าตัดได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดให้จัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นงานที่สำคัญ ทำทลายความสามารถของพยาบาล ทำให้พยาบาลได้เพิ่มคุณค่าของตนเอง และอยากทำงานให้สำเร็จ พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ กำหนดขอบเขต และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว รวมทั้งได้รับอิสระในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวด้วย ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีเนื้อหาในการให้บริการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) และแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว มีความห่วงใย ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลใช้ความรู้ สติปัญญา ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน คำนึงถึงความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยา เคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย มีความยึดมั่นผูกพัน มุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีความตั้งใจ และเต็มใจ สำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัว การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 จัดการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

1.2 พยาบาลร่วมกันจัด การวางแผนดำเนินการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยการประชุมกลุ่ม อภิปราย และกำหนดวิธีการ ขั้นตอนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

1.3 ร่วมกันจัดทำเทปวีดิทัศน์ คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

6. ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลผ่าตัด ต่อการให้บริการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด วัดโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาล ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

6.1 ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลในทางบวกต่อการที่ได้มุ่งมั่น ร่วมกันทำงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน มีแนวทางในการทำงานที่แตกต่างจากคนอื่น ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ความสามารถ ได้ทำงานที่ท้าทายความสามารถ และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ รู้สึกภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง

6.2 ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลในทางบวก ต่อการที่ได้รับมอบหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันในการให้บริการพยาบาล รู้สึกมีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ และสามารถควบคุมการทำงานให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

6.3 ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลในทางบวก ในการที่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน รู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ได้ใช้ความร่วมมือในการทำงานมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด ด้านอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้จัดแบ่งเนื้อหาและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดและการดูแลครอบครัว
 - 1.1 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว
 - 1.2 การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
 - 1.3 การบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 1.3.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 1.3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 1.3.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม
2. แนวคิดทฤษฎีการดูแล
 - 2.1 ความหมายการดูแล
 - 2.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 3.3 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 3.4 ระดับความวิตกกังวล
 - 3.5 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการผ่าตัด
 - 3.6 การแสดงออกของความวิตกกังวล
 - 3.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล
 - 3.8 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
 - 4.1 ความหมายของความพึงพอใจ
 - 4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงาน
 - 4.3 ความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแล

ครอบครัว

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลผู้ป่วย
- 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัว และการดูแลครอบครัว
- 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการ
- 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1. แนวคิดการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดและการดูแลครอบครัว

แนวคิดในการจัดบริการพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้รับบริการเป็นอย่างมาก ซึ่งแนวคิดในการออกแบบระบบการให้บริการนั้นเป็นกระบวนการคิดที่สร้างสรรค์ โดยต้องเริ่มต้นจากการที่มีแนวคิดและกลยุทธ์ที่จะให้บริการซึ่งแตกต่างจากการแข่งขัน การจะทำให้ประสบผลสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์นั้น จะต้องมีการจำแนกและวิเคราะห์ก่อนการตัดสินใจดำเนินการ ซึ่งการออกแบบระบบการให้บริการเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เช่น สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในขบวนการทำงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ และมีการวัดผลเพื่อให้แน่ใจในคุณภาพ (Fitzsimmons and Fitzsimmons, 2001: 109) ดังนั้นในการจัดบริการพยาบาลนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญ และมีแนวทางในการจัดบริการที่ชัดเจน

1.1 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว

มีแนวคิดในการให้การพยาบาลดังนี้

1.1.1 พยาบาลผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996: 302)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด การประเมินก่อนวันผ่าตัดโดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจริง และได้ทำความเข้าใจและแก้ไขความเชื่อผิด ๆ ซึ่งมีประโยชน์มาก ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่กังวลออกมา

ถึงแม้ว่าสถานที่เริ่มแรกของพยาบาลผ่าตัด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจะอยู่ในห้องผ่าตัด แต่การขยายบทบาทเชิงรุกของพยาบาลผ่าตัดให้กว้างขึ้นตั้งแต่ในช่วงก่อนผ่าตัด รวมทั้งการดูแลหลังผ่าตัดจะนำไปสู่ความต่อเนื่องของการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่ชำนาญการ การพัฒนาเทคนิค รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าไปในห้องผ่าตัด

การสอนก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996: 306-307)

การสอนเป็นหน้าที่ของพยาบาล เป็นกระบวนการกระทำที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การใช้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำระหว่างการเรียนรู้ก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดของผู้ป่วยคนนั้นโดยเฉพาะ รวมทั้งพยาบาลผ่าตัดสอนผู้ป่วยถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะเรียนรู้ด้วย ซึ่งการสอนก่อนผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1) การให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกทางกายซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น และคาดหวังอะไร และยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล

2) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การได้พูดคุยช่วยเพิ่มกลไกการต่อสู้กับความวิตกกังวล ความกลัว และทำให้อารมณ์ดีขึ้น

3) การฝึกทักษะ การแนะนำการปฏิบัติให้ผู้ป่วยปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้การฟื้นหลังผ่าตัดเร็วขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การสอนที่มีประสิทธิภาพนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยได้รับการเตรียมด้านจิตใจ และร่างกายเพื่อรับการผ่าตัดดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ มีผลทางบวกในการเรียนรู้การช่วยตนเอง วางแผนการจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สิ่งที่ตนคาดหวัง และสถานที่ซึ่งจะขอความช่วยเหลือหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น กลุ่มสนับสนุนต่างๆ

การสอนผู้ป่วยอาจจัดแบบไม่เป็นทางการ แล้วแต่ความถนัดของแต่ละบุคคล หรือจัดแบบเป็นทางการ เช่น การจัดการสอนแบบกลุ่ม เริ่มแรกพยาบาลผู้สอนจะต้องวางหลักสูตร มีการประสานกับสมาชิกคนอื่นๆ กำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนกับผลที่ให้กับผู้ป่วย การพัฒนาวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตั้งอยู่บนพื้นฐานการประเมินระดับความพร้อมทางอารมณ์ของผู้ป่วย และความสามารถทางสติปัญญา พยาบาลประเมินจากการสังเกต และการตอบสนองที่ปรากฏ การยอมรับปัญหาของผู้ป่วยเอง ระดับพัฒนาการ การมองเห็น การฟัง และอื่นๆ ก่อนการเริ่มอธิบายพยาบาลต้องดูว่าอะไรที่ผู้ป่วยรู้แล้ว อะไรที่ต้องรู้ และต้องการจะรู้ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่เข้าใจผู้ป่วยจะทำให้การเรียนการสอนง่ายขึ้น

พยาบาลต้องช่วยให้สมาชิกครอบครัวในการรับรู้ถึงสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวเหล่านั้นมีความสามารถเพิ่มขึ้น การรักษาจะสำเร็จหรือล้มเหลวบ่อยครั้งขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ความรู้ของครอบครัวผู้ป่วยและการเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ทักษะ การต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และความเต็มใจให้การช่วยเหลือของเหล่า

สมาชิกครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพักฟื้น การสอนต้องทำในระดับสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งทรัพยากร

1.1.2 การพยาบาลแรกรับก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัด

ผู้ป่วยบางคนอาจนอนไม่หลับในคืนก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996: 102) และในวันที่รอไปห้องผ่าตัด ก็เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก (Hyde, Bryden, and Asbury, 1998; Belbin, 2000) ดังนั้นพยาบาลผ่าตัด ควรให้ความสนใจผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องเตรียมผ่าตัด โดยการต้อนรับ และทักทายแสดงความเป็นกันเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเรียกชื่ออย่างสุภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ได้รับการยอมรับ ยิ้มให้อย่างเป็นมิตร ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีผ้าปิดปาก-จมูกก็อาจแสดงความเป็นมิตรด้วยสายตาและสัมผัส

ผู้ป่วยที่ต้องรออยู่ในห้องพักรอผ่าตัด จะเกิดความวิตกกังวลมาก (Winter, Paskin, and Baker, 1994) ผู้ป่วยที่รอคอยการผ่าตัดนานจะมีความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกของผู้ป่วยทุกนาทีของการรอคอยการผ่าตัดนั้นยาวนานมาก การรอคอยเพียง 1 นาที จะยาวนานเหมือนเป็นชั่วโมง (Atkinson and Fortunato, 1996 : 102) ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่แปลกใหม่ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Green, 1996 cited in Yung, Chui-Kam, French, and Chan, 2002: 353) ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยนอนรอการผ่าตัดอยู่เพียงคนเดียวเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งควรให้ข้อมูลผู้ป่วย และให้ข้อมูลครอบครัวในขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวด้วย

1.1.3 การพยาบาลระยะผ่าตัด

การพยาบาลในระยะผ่าตัดนั้น พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ซึ่งส่วนสำคัญของการพยาบาลระยะผ่าตัด ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วยสำหรับผ่าตัด การพยาบาลขณะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว โดยเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการติดเชื้อ ต้องปฏิบัติตามเทคนิคปลอดภัยอย่างเคร่งครัด การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากเครื่องจี้ไฟฟ้า การป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด และสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด เป็นต้น

ส่วนครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควรจัดสถานที่ให้ครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด และบอกเวลาเสร็จผ่าตัดโดยประมาณ

1.1.4 การพยาบาลหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น

การพยาบาลในห้องพักฟื้น ซึ่งเป็นระยะวิกฤตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย พยาบาลห้องพักฟื้นจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว มีการประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เช่น ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ความปวด ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งโดยการจัดท่านอนที่เหมาะสม ทันทีก่อนที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จและได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น พยาบาลควรแจ้งให้ครอบครัวทราบเพื่อให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวล

จะเห็นได้ว่าการจัดบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้น เริ่มตั้งแต่การที่พยาบาลผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย การสอนก่อนผ่าตัด การพยาบาลแรกรับก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง แต่ความวิตกกังวลไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวบางครั้งมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด (Leske, 1995) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการให้การดูแลทั้งผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน

1.2 การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

การให้บริการพยาบาลในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ให้การดูแลคนทั้งคนซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้บริการพยาบาลผ่าตัดจึงต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัว ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบในการจัดบริการพยาบาล จึงมีหน้าที่ในการส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้บุคลากรสามารถให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่ดูแลได้ทั้งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัว ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวเป็นการให้บริการเชิงรุก ที่สามารถให้บริการพยาบาลทั้งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัวผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวเจ็บป่วยและต้องได้รับการผ่าตัด จึงส่งผลไปสู่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งจากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบข้อมูล ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ลดความวิตกกังวลได้ (วรรณวิมล คงสุวรรณ, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, วรรณีย์ สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2544; Leske, 1995; Topp, Walsh, and Sanford, 1998; Walker, 2002) และยังทำให้ครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานบริการผ่าตัดยังไม่มีการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แต่การศึกษาส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลผ่าตัด การสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลผ่าตัดเป็นการประกันคุณภาพอย่างหนึ่งที่แตกต่างจากการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดบริการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด และแสดงถึงประสิทธิภาพของผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ในการบริหารงานนั้น ฟาริดา อิบราฮิม (2542: 13-14) ได้กล่าวว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีภาระงานที่เป็นความรับผิดชอบ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

1) การบริหารเพื่อการบริการพยาบาล เป็นการจัดการด้านการบริการพยาบาล จะเกี่ยวกับการวางระบบการบริการ เช่น วางแนวปฏิบัติการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การมอบหมายงาน เป็นต้น

2) การบริหารเพื่อการดำเนินงาน เป็นการจัดการเพื่อเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความคล่องตัวเพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ

3) การบริหารบุคคล เป็นการจัดการด้านการปกครองคนเพื่อประสิทธิภาพในการทำงาน บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงาน การจัดอบรมพยาบาล การศึกษาต่อเนื่องเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ และการประเมินผลงาน

ดังนั้นการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงเป็นการบริหารเพื่อการบริการพยาบาล การบริหารเพื่อการดำเนินงาน และการบริหารบุคลากรด้วย ทั้งนี้ผู้บริหารจะต้องหาวิธีการทำงานเพื่อให้งานบริการพยาบาลบังเกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการดำเนินการจัดการที่รัดกุมและมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สิ่งสำคัญที่ช่วยให้การจัดบริการพยาบาลประสบความสำเร็จก็คือ ความร่วมมือของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปการบริหารอย่างหนึ่ง ที่จะให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน นอกจากนี้ยังมีผลในทางจิตวิทยาทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะเดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (สัมฤทธิ์ กางเพ็ง, 2545; สมยศ นาวิกการ, 2545) การบริหารแบบมีส่วนร่วมยังมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นด้วย (สมยศ นาวิกการ, 2545; Swansburg, 2002: 370) การบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถจะเพิ่มทั้งผลผลิต และขวัญกำลังใจในการทำงาน ดังนั้นแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมจึงสามารถนำมาใช้ เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัด

ที่เน้นการดูแลครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทำให้ได้แนวคิดการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนครอบครัวที่มีประโยชน์ เหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริง และในการวิจัยนี้ได้จัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว โดยให้บริการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลของ Roach (1993) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว มีความห่วงใย ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลใช้ความรู้ สติปัญญา ในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันทเวลา ให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน คำนึงถึงความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยา เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นผูกพัน มุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีความตั้งใจและเต็มใจ สำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) จัดการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- 2) พยาบาลร่วมกันจัด การวางแผนดำเนินการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยการประชุมกลุ่ม อภิปราย และกำหนดวิธีการ ขั้นตอนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- 3) ร่วมกันจัดทำเทปวีดิทัศน์ คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- 4) ฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว โดยการเยี่ยมและสอนผู้ป่วยและครอบครัวก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว และแนะนำวิธีการที่ครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย
- 5) ประชุมแก้ไข ปรับปรุง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อแก้ไขปรับปรุงส่วนบกพร่อง
- 6) ดำเนินการ จัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว ภายหลังการแก้ไข และประกาศใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการ
- 7) ประเมินผล การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยพยาบาลทุกคนร่วมกันประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ ข้อดี ข้อเสีย ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

1.3 การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative management)

1.3.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะการบริหารแบบมีส่วนร่วม ได้มีผู้ศึกษาไว้ และให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

สมยศ นาวิกาน (2545: 1) กล่าวถึง การบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการของการให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคลในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการแก้ปัญหาที่สำคัญ

สอดคล้องกับ Anthony (1978: 3) และ Robbins (1998: 209) ที่ได้ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญ และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในอำนาจหน้าที่ที่ผู้บังคับบัญชามอบให้

นอกจากนี้ Swansberg (1996) ได้อธิบายไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการบริหารที่ผู้บริหารมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจลงสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา การบริหารลักษณะนี้ ผู้ใต้บังคับบัญชาจะได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีพันธะผูกพัน และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย โดยที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน มีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน และการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ และรับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้บริหารว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ

สรุปได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เสนอแนะความคิดเห็น และกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญและความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา โดยที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน มีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน รับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย และการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ

1.3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปะการบริหารอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้ทุกคนในองค์กร ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานสำหรับการบริหารแบบมีส่วนร่วม (สมยศ นาวิกาน, 2545:15) และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน

ตามแนวคิดของ Sashkin (1984: 5) กล่าวถึงการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แสดงบทบาทโดยตรง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตั้ง

เป้าหมาย (Setting goals) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Making decisions) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Solving problems) และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงในองค์การ (Making changes in the organization)

สำหรับการบริหารแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Swansburg (2002) จะให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม โดยการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจมิใช่ถูกบังคับ การบริหารแบบมีส่วนร่วม จะต้องประกอบด้วย

1) ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพราะบุคลากรที่ได้รับความไว้วางใจ จะมีความพร้อมในการทำงานที่รับผิดชอบ สามารถควบคุมการทำงานได้ด้วยตนเอง ผู้บังคับบัญชาเป็นเพียงผู้ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้งานมีความสมบูรณ์ตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้บริหารควรมีการกระจายงานหรือการกระจายการตัดสินใจให้มากเท่าที่จะทำได้ เช่น บริษัทโมโตโรล่า ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำแนวคิดพื้นฐานของความไว้วางใจมาใช้ในการบริหารงานโดยยึดหลักการที่ว่า 1) ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในงานของตนเองมากกว่าคนอื่น 2) บุคคลจะรับผิดชอบต่องานของตนเองหากผู้บริหารมอบหมายความรับผิดชอบให้เหมาะสม 3) สถิติปัญหาความเฉื่อยฉ้อฉล และความคิดสร้างสรรค์จะมีอยู่ในบุคลากรทุกระดับ

2) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนที่จะให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ซึ่งความยึดมั่นผูกพันที่เกิดขึ้น พัฒนามาจากความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทีมงาน บุคลากรที่มีความยึดมั่นผูกพันจะได้รับการจูงใจให้พัฒนาทักษะของตนเอง มีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น ต้องการที่จะประสบความสำเร็จรวมถึงการพัฒนางานด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กรที่กำหนดไว้

3) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and objectives) การที่คนมาทำงานอยู่ร่วมกันนั้นย่อมจะเกิดความขัดแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการแก้ไขความขัดแย้งจึงเป็นเป้าหมายหลักของการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา การโน้มน้าวต่อรอง การวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการให้คำปรึกษาบุคลากร

การบริหารแบบมีส่วนร่วม ยังช่วยให้บุคลากรใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ บุคลากรต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ไม่ต้องการทำหน้าที่ของผู้บริหาร ต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหาร สามารถพูดคุย ปรีกษาหารือกันได้ แต่ถ้าองค์กรใดขาดสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความไม่พอใจ ส่งผลต่อการขาดงานและผลผลิตของงานลดลง

นอกจากนี้การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับที่ตนเองรับผิดชอบ จากการได้เข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้บุคลากรสามารถกำหนดเป้าหมายของตนเองให้สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ

4) การมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) คือ การได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบในการทำงานของตนเอง ต้องการความเสมอภาคในการเป็นเพื่อนร่วมงานคนหนึ่งขององค์การ มีความต้องการตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเองตามงานที่ได้รับมอบหมาย และตามคุณสมบัติและความรู้ความสามารถของตนเอง

จากแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการบริหารดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ บางประการที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า องค์ประกอบการมีส่วนร่วมในการบริหารและแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ให้ความสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานมาก เน้นการสร้างสัมพันธภาพภายในงาน สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งคนและงานไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งหัวใจสำคัญของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือการให้บุคลากรในหน่วยงานมีความตระหนัก และให้ความสำคัญในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยให้บุคลากรร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดแนวทาง ขอบเขตความรับผิดชอบ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลร่วมกันดำเนินงาน และร่วมกันประเมินผลในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการบริหารแบบหนึ่งที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดบริการพยาบาลของหน่วยงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ และมีความพึงพอใจในการทำงาน

1.3.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์มากมาย ซึ่ง Swansburg (2002); Robbins (1998: 209); สมยศ นาวิกการ (2545: 22-23) และ สัมฤทธิ์ กางเพ็ง (2545) ได้สรุปไว้ ดังนี้

1) บุคลากรมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมีมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการบริหารมีผลในทางจิตวิทยา คือ ทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง บุคลากรจะผูกพันกับการเปลี่ยนแปลงมาก

2) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา ผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชา และผู้บริหาร มีความราบรื่นมากขึ้น การใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ความไม่พอใจของกลุ่มถูกเปิดเผยออกมา ซึ่งความไม่พอใจเหล่านี้สามารถยุติได้โดยการอภิปรายอย่างตรงไปตรงมา มีความไว้วางใจกันสูง และได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งความรู้สึกไว้วางใจเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างหนึ่งของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์การเพิ่มขึ้น การเข้ามามีส่วนร่วมทำให้รู้สึกว่าคุณค่าต่อองค์การมากขึ้น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ เพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การจากการที่มีทัศนคติต่อองค์การในทางที่ดี

4) การบริหารผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชามีความง่ายมากขึ้น ลดระดับของการบริหารงาน และถ้าหากว่าผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชามีความผูกพัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และไว้วางใจฝ่ายบริหารมากขึ้น การบริหารก็จะง่ายขึ้น

5) การตัดสินใจทางการบริหารมีคุณภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ซึ่งการรวมความรู้และความสามารถของบุคลากรหลายคนเข้าด้วยกันในการแก้ปัญหา จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่าการตัดสินใจของผู้บริหารเพียงคนเดียว

6) ลดความสับสนในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการปรับปรุงการติดต่อสื่อสารให้ดีขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

7) การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมช่วยปรับปรุงทีมงานให้ดีขึ้น มีการประสานงานระหว่างกัน

8) ความพอใจงานที่ทำมีมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากขึ้น การมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มขวัญและแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้มีความคิดริเริ่มในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากร

9) นิเทศงานด้วยตนเอง กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้วินิจฉัย และแก้ปัญหาให้ผู้ปฏิบัติงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นการพัฒนาอาชีพ (Career development) การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้เพิ่มความสามารถของแต่ละบุคคล เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ขององค์กร การปรับตัว และการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

10) ลดการสูญเสียขององค์การ เช่น การลาออกจากงาน การขาดงานน้อยลง เนื่องจากบุคลากรมีความพึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้น

11) การใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม ในการจัดตั้งทีมเพื่อบริหารจัดการของบุคลากร การออกแบบเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดและนำระบบการทำงานไปใช้ ส่งเสริมให้การปรับปรุงงานมีความเป็นไปได้สูง ตลอดจนผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์มาก ทำให้การบริหารผู้อยู่ได้บังคับบัญชาได้ง่ายมากขึ้น มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้อยู่ได้บังคับบัญชา ส่วนผู้ปฏิบัติงานเมื่อมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงก็จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากกว่า และเมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงทำให้มีความผูกพันกับงาน มีกำลังใจ และความพอใจในงานที่ทำมากขึ้น ส่งผลให้การลาออกหรือการขาดงานน้อยลง มีการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ และยังส่งเสริมให้การปรับปรุงงานมีความเป็นไปได้สูง ตลอดจนผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. แนวคิดทฤษฎีการดูแล

2.1 ความหมายการดูแล

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539) ให้ความหมาย การดูแลว่า เป็นวิถีทางการพยาบาลที่ให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อเป้าหมาย การมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

Myeroff (1971 cited in Leininger, 1981: 9) อธิบายว่า การดูแลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตและภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นขบวนการ เป็นแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในการพัฒนา ในขณะที่เดียวกันเกิดความเป็นเพื่อนให้ความช่วยเหลือไว้วางใจกัน ความลึกซึ้ง และสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีคุณภาพ

Watson (1989 cited in McGee, 1993) กล่าวถึง การดูแลว่า เป็นการแสดงถึงความสนใจผู้ป่วยในฐานะบุคคลและความเป็นปัจเจกบุคคล

Benner and Wrubel (1989 cited in Clarke and Wheeler, 1992: 1284) ให้ความหมายการดูแลว่า เป็นปรากฏการณ์การดูแลซึ่งเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความตระหนักรู้ ซึ่งสัมผัสไม่ได้ แต่บุคคลสามารถรับรู้ถึงการดูแลที่ได้รับได้

Roach (1993: 18) ได้อธิบายว่า การดูแล เป็นความจำเป็นในการพัฒนามนุษย์ และการอยู่รอด

Leininger (1996) ให้ความหมายการดูแลว่า เป็นนามธรรม และเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนแสดงออกในการช่วยเหลือ (Assistive) และสนับสนุน (Supportive) หรือเกื้อกูลที่ให้ต่อบุคคลหรือกลุ่มที่มีความต้องการเพื่อปรับปรุงวิถีในการดำเนินชีวิตของคนเหล่านั้น

สรุปได้ว่า การดูแลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี มีการแสดงพฤติกรรมพยาบาลที่มีคุณภาพในการช่วยเหลือ ส่งเสริม ปกป้อง ปกป้องบุคคล โดยเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบคลุม ด้วยความเมตตา เอื้ออาทร เอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือไว้วางใจกัน เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความตระหนักรู้ ซึ่งสัมผัสไม่ได้ แต่บุคคลสามารถรับรู้ถึงการดูแลที่ได้รับ

2.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแล

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล มีหลายทฤษฎีที่มีแนวคิดคล้ายคลึงกัน ได้แก่

2.2.1 แนวคิดการดูแลของ Watson

Watson (1985) ได้กล่าวถึงการดูแลว่า เป็นกระบวนการและวิธีการทางมนุษยธรรมระหว่างบุคคล มีความจำเป็นต่อสัมพันธภาพในการบำบัดรักษา ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งกระบวนการดูแลมนุษย์ทั้งบุคคล ครอบครัวยุ และกลุ่มคน เป็นจุดเน้นที่สำคัญของการพยาบาลที่ต้องมีความรักในความเป็นมนุษย์ เป็นการกระทำที่มีขอบเขตของความรู้ทางวิชาการ ศิลปะ และอุดมคติทางศีลธรรม (Moral ideal) ที่มีเป้าหมายในการป้องกัน เพิ่มพูน และการอนุรักษ์ศักดิ์ศรีของมนุษย์

ปัจจัยการดูแลเป็นปัจจัยที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการดูแล โดยปัจจัยการดูแลจะเป็นแนวทางสำหรับกระบวนการดูแลบุคคล ที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปัจจัยการดูแลจะต้องอาศัยความตั้งใจ (Intention) การให้คุณค่าต่อการดูแล (Caring values) ความรู้ (Knowledge) ความเต็มใจ (Will) สัมพันธภาพ (Relationship) และการกระทำ (Actions) นั่นคือกระบวนการดูแลจะต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการดูแลในการดำรงรักษา ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของบุคคล และจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางบวกเพื่อสวัสดิภาพของบุคคล ขณะเดียวกันพยาบาลก็จะมีพัฒนาการและได้รับผลประโยชน์จากการปฏิบัติกระบวนการดูแลด้วย

2.2.2 แนวคิดการดูแลของ Leininger

Leininger (1981: 9) นักทฤษฎีการพยาบาลผู้ริเริ่มทฤษฎีการดูแล และเจ้าของหลักการดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural nursing) ได้อธิบายว่าการดูแลเป็นกิจกรรมของการช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุน ปรึกษาประคอง (Supportive) และการอำนวยความสะดวก

(Facilitative) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตหรือสภาพของมนุษย์

Leininger (1981: 13) ได้แบ่งประเภทโครงสร้างของการดูแลไว้มากมาย ซึ่งเป็น การระบุจากประชาชน เป็นต้นว่า ความสุขสบาย (Comfort) ความเมตตาสงสาร (Compassion) ความเอาใจใส่ (Concern) การอำนวยความสะดวก (Facilitating) ความสนใจ (Interest) พฤติกรรมในการช่วยเหลือ (Helping Behaviors) ความรัก (Love) การสนับสนุน ปรึกษาปรึกษา (Support) และอื่น ๆ

2.2.3 แนวคิดการดูแลของ Roach (1993)

การพยาบาลตามแนวคิด 5C's ของ Roach หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดย การใช้แนวคิดในการดูแลที่เน้นหลักการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลผ่าตัด ผู้ป่วย และ ครอบครัว จากทฤษฎีวิจัยและการรักษา โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยความเมตตาเอาใจใส่ การใช้สมรรถนะวิชาชีพด้วยศีลธรรม จริยธรรม อย่างเชื่อมั่น และมีความยึดมั่นผูกพันในบทบาท เป็นการดูแลที่ส่งเสริมพัฒนาการเป็นมนุษย์และการอยู่รอด

Roach (1993) อธิบายว่า การดูแลเอาใจใส่เป็นคุณลักษณะของความเป็นมนุษย์ มนุษย์มีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อมุ่งให้บุคคลอื่นมีความเป็นอยู่ดี การแสดงออก จากการดูแลเอาใจใส่ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1) การมีสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่น (Compassion) คือ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย และครอบครัว พฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว มีความห่วงใย และตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

2) สมรรถนะในการดูแล (Competence) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการ ใช้ ความรู้ สถิติปัญหา ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชา การด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3) ความเชื่อมั่นไว้วางใจ (Confidence) พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความจริงใจต่อ ผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สร้างความเชื่อถือ การสื่อสาร ให้ข้อมูล ความหวัง และกำลังใจ

4) ความถูกต้องทางจริยธรรม (Conscience) พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความถูกต้อง ตามศีลธรรมจรรยา เคารพในสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สิทธิ์ผู้ป่วยในการ ตัดสินใจเลือกการรับการรักษาพยาบาล

5) ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (Commitment) พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความยึดมั่นผูกพัน ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย มีความตั้งใจและเต็มใจ สำคัญใน ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาล จากแนวคิดต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงกัน เน้นให้การพยาบาลด้วยความเมตตา เอื้ออาทร สร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือไว้วางใจ ใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล โดยให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่การดูแลตามแนวคิดของ Roach (1993) ได้เน้นถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความถูกต้องทางจริยธรรม (Conscience) การปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยความเสมอภาค และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลของ Roach (1993) มาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวแบบองค์รวม

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายประการ ดังนี้

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน ว่า "anxietas" ซึ่งมีความหมายว่า วิตกกังวลหรือยุ่งยาก (Antai, 1995: 192) เป็นผลมาจากบุคคลได้รับการคุกคามทางด้านจิตใจและความมั่นคงปลอดภัยก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายไม่เป็นสุข

Phipps et al. (1995: 172); Vacarolis (1998: 343) ให้ความเห็นว่า ความวิตกกังวล คือ การตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ยุ่งยากใจ ไม่แน่นอนและรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการรับรู้ โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

Taylor & Arnow (1988 cited in Potinkara & Paunonen, 1996: 327) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคาม โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน

นอกจากนี้ Paplau (1989 cited in Thelander, 1997: 26) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากไม่ได้พบกับสิ่งที่คาดหวังไว้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อที่จะลดความวิตกกังวล ซึ่งสามารถสังเกตเห็น อธิบายและเข้าใจได้

จากความหมายต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาจึงอาจสรุปความหมายของความวิตกกังวลได้ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคาม หรือมีอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์ที่เข้ามากระทบนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีความไม่สบาย หวั่นใจ กระวนกระวาย และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สรีระวิทยา พฤติกรรมการรับรู้

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

แบ่งตามสิ่งที่คุกคามร่างกายได้ 2 สาเหตุ ดังนี้ (Carpenito, 1992 cited in Shives, 1994: 277; Stuart and Sundeen, 1995: 333-334)

1) สิ่งที่คุณคามทางชีวภาพ (Physical integrity) เป็นการคุกคามที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และขัดขวางต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ ความอบอุ่น ซึ่งทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น

2) สิ่งที่คุณคามต่อความปลอดภัยของตนเอง เช่น คุกคามต่อความมั่นคง ความหวัง ศักดิ์ศรีของตน การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น การขาดทรัพย์สินเงินทอง หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง

ในงานวิจัยนี้ ความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด และครอบครัว ซึ่งเกิดจากสิ่งที่คุณคามทั้งทางชีวภาพ และสิ่งที่คุณคามความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย

3.3 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983: 1) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิภาพการเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดและครอบครัว จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความ และประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

Spielberger ได้ชี้ให้เห็นว่าความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิดมีความสัมพันธ์กัน คือ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล กระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งความวิตกกังวลแฝง จะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบ เมื่อประเมินได้ว่าสิ่งเร้าจะเข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามตนเอง จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์ดังกล่าวแสดงออกเป็นความวิตกกังวล บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) มีชื่อเรียกว่า State Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง สร้างโดย Spielberger และคณะในปีค.ศ. 1970 (STAI Form X) หลังจากนั้นได้ปรับเป็น STAI Form Y โดยทำให้ข้อคำถามทางบวกและทางลบสมดุลขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแบบวัด Form X นั้น ผู้สร้างพบว่ามีข้อบกพร่องอยู่ 3 ประการ คือ 1) ข้อคำถามบางข้อไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวลได้ 2) บางข้อคำถามนั้นผู้ตอบในกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจคำถาม 3) ข้อคำถามด้านบวกและลบของแบบวัดความวิตกกังวลแฝงไม่สมดุลกัน ซึ่งแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) นั้นมี 2 แนวคิด คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2)

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านบวก 10 ข้อ (ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) และข้อความด้านลบ 10 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-report measure of anxiety) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด ให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน มีบ้าง ให้ 2 คะแนน ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 20-39 แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 40-59 แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

3.4 ระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่เกิดในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน แม้ว่าจะเกิดจากสิ่งเร้าที่เหมือนกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต รวมทั้งความหมายของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการรับรู้ของแต่ละบุคคลอีกด้วย โดยทั่วไปแล้วระดับของความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Kneisl, 1992: 86-87; Shives, 1994: 279; Peplau, 1963 cited in Stuart & Sundern, 1995: 328-329; Vacarolis, 1998: 345-347)

1) ความรุนแรงในระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ ดีขึ้น ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการตัดสินใจดี สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและสุขสบาย

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ในขณะที่ความวิตกกังวลสูงขึ้น ความสามารถในการรับรู้จะแคบลง เลือกสนใจเฉพาะสถานการณ์บางส่วนที่จำกัดอยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่กำลังสนใจเท่านั้น สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จะถูกตัดออก ความสามารถในการเรียนรู้ และการแก้ปัญหาลดลง ความวิตกกังวลระดับนี้ถ้าได้รับความช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลง และความสามารถต่าง ๆ จะกลับดีขึ้น

3) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคบลงอย่างมาก รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน ไม่สามารถจับรายละเอียดในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ จุดสำคัญของเหตุการณ์จะมองข้ามไป บุคคลจะไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ระบบประสาทซิมพาเทติก

ทำงานมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาให้เห็น เช่น ปวดศีรษะ ตาลาย คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอาการหายใจหอบ (hyperventilation) และเกิดความรู้สึกหวั่นกลัวอันตรายที่กำลังจะมาถึง

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้การรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีความผิดปกติทางความคิด และบุคลิกภาพความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไป ไม่สามารถติดต่อกับผู้อื่น อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3.5 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (AORN, 2001) ในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (Cupple, 1991) และในวันที่รอไปห้องผ่าตัดก็เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก (Hyde, Bryden, and Asbury, 1998; Belbin, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่ต้องรออยู่ในห้องพักรอผ่าตัดผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมาก (Winter, Paskin, and Baker, 1994)

ส่วนครอบครัวผู้ป่วย ก็มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Carmody, et al, 1991) โดยเฉพาะในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด (Kathol, 1984; Leske, 1995)

3.6 การแสดงออกของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นผลรวมที่เกิดจากการประเมินกระบวนการทางปัญญาต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบว่าจะอันตรายหรือคุกคามตนเอง ผลรวมที่เกิดจากการประเมินกระบวนการทางปัญญาดังกล่าวที่สำคัญมี 3 ด้าน ถึงแม้ว่าจะรวมอยู่ในภาวะความวิตกกังวลแต่พอที่จะแยกให้เห็นชัดเจนแต่ละด้านดังนี้ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534: 27; Kneisl, 1992: 87; Stuart&Sundeen, 1995: 329-331)

1) การแสดงออกทางสรีระ เป็นลักษณะที่สังเกตได้ง่าย และผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะบ่นถึงอาการเหล่านี้โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้ตระหนักว่าอาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงความวิตกกังวลของตนเอง โดยลักษณะเหล่านี้อาจเกิดเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือบางลักษณะกับบุคคลเท่านั้น การแสดงออกทางสรีระนี้เป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายต่อการที่จะต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น กล้ามเนื้อตึงเครียด เช่น บริเวณ ท้อง ขา ศีรษะ เกิดจากมีการหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine จากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) และ Cortical hormone จากต่อมหมวกไตชั้นนอก ฮอโมนเหล่านี้จะกระตุ้นการทำงานของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจลำบากและช้าลง หรือหายใจหอบ ทำให้ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดยาวนานออกไป มีการสลายไกลโคเจนจากตับ การเปลี่ยนแปลง

ที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ในขณะที่เดียวกันต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่ง Antidiuretic hormone ที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ถ้าระดับความวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบ่อย

2) การแสดงออกทางด้านจิตใจ เป็นลักษณะที่รวมลักษณะไว้ 2 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และการคิด ที่แสดงออกเมื่อเกิดภาวะความวิตกกังวล

ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ ในภาวะความวิตกกังวล เช่น รู้สึกตกใจเหมือนจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวจะต้องอยู่กับภาวะนี้ต่อไป หรือรู้สึกเหมือนกับว่าปัญหาจะมากขึ้นจนตนเองจะสู้ไม่ไหว ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม ส่วนความรู้สึกกระสับกระส่าย ขุนเฉียว หงุดหงิด ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นความรู้สึกตื่นตัวของบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น

ลักษณะการแสดงออกทางความคิด ในภาวะความวิตกกังวล เช่น ความจำลดลง ความคิดไม่กว้าง หมกมุ่นความคิดอยู่กับเรื่องของตนเอง

3) การแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น หลีกหนีสถานการณ์หรือบุคคลที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ยับยั้งการแสดงพฤติกรรมบางอย่าง ทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ เช่น เดินไปมา หรือล้างมือบ่อยๆ ใช้จ่าย สุรา เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับภาวะวิตกกังวล มีพฤติกรรมการระแวงระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อบุคคลได้อย่างมากซึ่งแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแสดงออกแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การแปลความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ระดับความวิตกกังวลที่ต่างกันจะมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองที่ต่างกัน สำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายก่อให้เกิดปัญหาในระยะผ่าตัดได้ เช่น ทำให้ความต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดเพิ่มขึ้น การฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัดนานขึ้น (Totas, 1978 อ้างถึงใน กันยา ออประเสริฐ, 2541; Atkinson, and Fortunato, 1996: 102; Balduin, 1993 cited in Toogood, 1999) และยังส่งผลต่อการหายของแผลผ่าตัดด้วย (Grieve, 2002) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยให้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Orr, 1986 cited in Augustin & Hains, 1996)

3.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล สามารถประเมินได้ 2 ด้าน (Wilson – Barnet, 1992: 373 - 383)

3.7.1 การประเมินด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 2 วิธีคือ

3.7.1.1 การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self - report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยให้ตอบแบบสอบถามจากความรู้สึกตนเอง เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินแบบนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State -Trate Anxiety Inventory or A- State Inventory) ของ Spielberger (1983) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภทคือ

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory or A-State Inventory) เป็นแบบประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety Inventory or A - Trait Inventory) ใช้วัดความรู้สึกทั่ว ๆ ไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

3.7.1.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure of anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การรับรู้ เนื่องจากเชื่อว่าพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น ถอนหายใจ ลูกลึกลูกลน ร้องไห้ เป็นต้น

3.7.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา อันเนื่องจากความวิตกกังวล จะแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ การวัดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด เช่น วัดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต แต่การวัดแบบนี้ Lader (1975 cited in Wilson - Barnet, 1992: 378) กล่าวว่า การวัดโดยวิธีนี้วัดได้ยาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคล

แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในห้องพักรอผ่าตัด โดยใช้การประเมินทางด้านจิตใจ และการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Kaempf and Amodei, 1989; Augustin and Hains, 1996; Haun, Mainous and Looney, 2001; Yung, et al., 2002)

ในการวิจัยนี้ได้กำหนดให้ประเมินทางด้านจิตใจ โดยให้ประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้ประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยในวันที่ 2 เนื่องจากพบว่า ความเจ็บปวดของบาดแผลหลังผ่าตัด มักจะเจ็บปวดมากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Carr, 1990; Harkness and Dincher, 1999: 509)

3.8 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

พฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวล จะได้รับผลจากปัจจัย ดังต่อไปนี้ (Shives, 1994: 277; Varcarolis, 1998: 336-337)

1) เพศ เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Domar, Everett, and Keller, 1989: 766; Kindler, et al, 2000: 710; Shevde&Panagoponlos, 1991 cited in Walker, 2002: 568) โดยเป็นผลจากการหลังฮอร์โมนของต่อมหมวกไตต่างกัน

2) อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล ผู้ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า จากการศึกษาของชินิสฐา นาคะ (2534 :36) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al. (2000: 710) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Domar, Everett, and Keller (1989: 765) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

3) การศึกษา จากการศึกษาของชินิสฐา นาคะ (2534: 49) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสอดคล้องกับ Kindler et al. (2000) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำและไม่มีประกันชีวิตจะมีความวิตกกังวลสูง แต่จากการศึกษาของ Domar, Everett, and Keller (1989: 765) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

4) ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของชินิสฐา นาคะ (2534: 43) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน และในปัจจุบันประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al. (2000: 710) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ (Insurance coverage) จะมีความวิตกกังวลสูง

5) การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว (Suchman, Botelho, and Walker, 1998) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และพบว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนั้นเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการ (Robert, 1976 อ้างถึงในมารยาท วิชาเกียรติ, 2536: 6)

6) การผ่าตัด Domar, Everett, and Keller (1989: 765) พบว่าความวิตกกังวลไม่ได้สัมพันธ์กับชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kindler et al. (2000: 711) พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดที่จะได้รับ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้จับคู่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นเพศเดียวกัน อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน และการผ่าตัดที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้น ใช้การสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง เท่านั้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

4.1 ความหมายของความพึงพอใจ

Wolman (1973 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534: 38) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และ Shelly (1975 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534: 38) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก 2 ด้าน คือ ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้บุคคลมีความสุข

ความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลผ่าตัดที่มีต่อการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งเกิดจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว พร้อมทั้งการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัวเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว

4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน

การที่ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับแรงผลักดันหรือความต้องการต่าง ๆ ที่อยู่ภายในบุคคล ในฐานะที่เป็นแรงจูงใจการกระทำของบุคคล ทฤษฎีในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow Hierarchy of Needs) ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer (Alderfer's modified need hierarchy Theory) ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's two factors theory) และทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland's Theory of Needs)

4.2.1 ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow Hierarchy of Needs) (Griffin, 1996: 477-478; Cook, Hunsaker, and Coffey, 1997: 187-188; Robbins, 2001: 156)

Maslow เป็นนักจิตวิทยา ให้ข้อเสนอนี้ว่าความต้องการของคนจะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสูงใจ เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ เกิดจากความต้องการบางอย่างและเกิดความพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนอง Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็นลำดับขั้น ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว ความมั่นคงปลอดภัยจะเข้ามามีบทบาทในพฤติกรรมมนุษย์ มีความปรารถนาที่จะได้รับความคุ้มครองจากอันตรายต่าง ๆ และความมั่นคงจากการทำงาน ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกาย และความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัยได้รับอย่างเหมาะสมแล้ว บุคคลจะมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในองค์การและได้รับการยอมรับความเป็นมิตร และมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม มีการยกย่องชมเชย ความต้องการเกียรติยศและชื่อเสียง (Esteem needs) เป็นความต้องการที่อยากให้ผู้อื่นยกย่องสรรเสริญ และความต้องการให้การตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง หรือความก้าวหน้าทางด้านสถานการณื เช่น การมีอำนาจ ความสำเร็จ เป็นต้น และความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการที่บุคคลปรารถนาจะพบเห็นความสำเร็จในชีวิตของตนด้วยความรู้ความสามารถของตนเอง องค์การควรเปิดโอกาสให้พนักงานได้ทำงานที่ท้าทายความสามารถ มีโอกาสประสบความสำเร็จในงาน

4.2.2 ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer (Alderfer's modified need hierarchy Theory) (Griffin, 1996: 479; Cook, Hunsaker, and Coffey, 1997: 188-190; Robbins, 2001: 160-161) Alderfer ได้คิดทฤษฎีนี้ขึ้นในปี ค.ศ.1972 เรียกว่า ทฤษฎีอี อาร์ จี (ERG: Existence-Relatedness-Growth Theory) เนื่องจากได้มีการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ พบว่า ไม่ตรงกับทฤษฎี กล่าวคือ การตอบสนองความต้องการไม่เป็นไปตามลักษณะการลำดับขั้นของ Maslow Alderfer จึงได้เสนอทฤษฎีความต้องการ ERG ขึ้น โดยแบ่งความต้องการของบุคคลเป็น 3 ประการคือ ความต้องการมีชีวิตอยู่ (Existence needs) เป็นความต้องการที่จะ ตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ ความต้องการทางกายและความต้องการความปลอดภัย รวมถึงค่าจ้างความมั่นคงปลอดภัยด้วย ความต้องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น (Relatedness needs) เป็นความต้องการของบุคคลที่จะมีมิตรสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และความต้องการเจริญก้าวหน้า (Growth needs) เป็นความต้องการสูงสุดรวมถึงความต้องการได้รับการยกย่องและความสำเร็จในชีวิต

4.2.3 ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's two factors theory)

(Herzberg, 1993; Griffin, 1996: 480-481; Cook, Hunsaker, and Coffey, 1997: 190-192; Robbins, 2001: 158-160) เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่ศึกษาถึงสาเหตุจูงใจบุคคลให้ทำงาน พบว่ามี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงาน พัฒนามาจากแนวคิดในเรื่องของความต้องการของ Maslow โดย Herzberg (1993) เป็นผู้เสนอทฤษฎีสองปัจจัย ซึ่งเป็นผลสรุปจากการสัมภาษณ์ วิศวกรและนักบัญชี จำนวน 200 คน จากวงการธุรกิจและอุตสาหกรรม 11 แห่งทั่วเมืองพิทสเบิร์ก มลรัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา โดยใช้วิธีให้ประชากรพิจารณาเหตุการณ์ กล่าวคือ ในการเก็บ ข้อมูลและวิเคราะห์คำถามของผู้สัมภาษณ์เป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบคิดถึงเวลาที่เขามีความรู้สึกที่ดี หรือไม่ดีเกี่ยวกับงานที่ทำในปัจจุบัน หรืองานที่เขาได้เคยทำมาแล้ว โดยให้ผู้ตอบระบุองค์ประกอบ หรือสาเหตุที่ทำให้เขามีความพอใจและไม่พอใจในการทำงาน ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้พนักงานเกิดความพอใจนั้นมักเกิดจากตัวงานที่ทำ ซึ่ง Herzberg เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ส่วนปัจจัยที่พนักงานเกิดความรู้สึกไม่พอใจนั้น มักจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่ง Herzberg เรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors)

ซึ่งแนวคิดทฤษฎีของ Herzberg สรุปได้ว่า ถ้าผู้บริหารต้องการงานที่มีคุณภาพ ผู้บริหารต้องจัดให้มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางหรือเป็นการจูงใจ บุคลากรในองค์การให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.4 ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland's Theory of

Needs) (McClelland cited in Robbins, 2001: 162-164) โดยกล่าวถึงความต้องการ 3 ประการ ได้แก่

1) ความต้องการความสำเร็จ (Need for Achievement) หมายถึง ความต้องการที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของบุคคลที่ต้องการความสำเร็จมากกว่าการหวังผลตอบแทน เป็นรางวัล ต้องการงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน จากการศึกษาวิจัยของ McClelland พบว่าผู้ที่ประสบผลสำเร็จสูงจะมีแนวทางในการทำงานที่แตกต่างจากคนอื่น ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ความสามารถ การให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น และหาสถานการณ์ที่สามารถกำหนดความท้าทายในระดับปานกลาง ชอบความท้าทายในการแก้ปัญหา ผู้ที่ประสบ ความสำเร็จสูงจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อมองเห็นความเป็นไปได้ของความสำเร็จ 50-50 ไม่ชอบ ทำงานที่ไม่ท้าทาย ชอบทำงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของ งานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ

2) ความต้องการด้านอำนาจ (Need for Power) เป็นความต้องการให้มี ผลกระทบ มีอิทธิพล และควบคุมผู้อื่นได้ ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจกับการทำงาน

ที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะชอบเรื่องศักดิ์ศรี

3) ความต้องการด้านสัมพันธภาพ (Need for Affiliation) เป็นความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ชอบสถานการณ์ที่ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland ได้กล่าวถึงความต้องการซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และผลจากการปฏิบัติงานจะนำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งสามารถใช้ประเมินความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ทั้ง 3 ด้านในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการ คือ ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการด้านอำนาจ และความต้องการด้านสัมพันธภาพ

4.3 ความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ความพึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นหัวใจของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน พบว่า ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวได้เป็นอย่างดี เนื่องจากบุคคลจะพึงพอใจถ้าสามารถทำงานแล้วประสบผลสำเร็จ ได้ใช้ความรู้ความสามารถ มีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย และในการทำงานนั้นถ้าได้ร่วมมือกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน ก็จะทำให้บรรยากาศในการทำงานดี ผู้ปฏิบัติงานก็มีความพึงพอใจในการทำงาน ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงทำให้พยาบาลผ่าตัดได้มีโอกาสร่วมมือทำงานเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลผ่าตัด เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) ทำให้พยาบาลรู้สึกมั่นใจและนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความต้องการของ McClelland มาเป็นแนวทางใน

การสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวในการวิจัยนี้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลผู้ป่วย

ได้มีผู้ศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมากมาย โดยเฉพาะการสอนก่อนผ่าตัด และได้ผลดี เช่น Morrell (2001) ซึ่งได้ศึกษาผลการสอนก่อนผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โดยวัดความวิตกกังวลตามแบบของ Spielberger วัดความดันโลหิต ซีพจรและการหายใจ ก่อนและหลังได้รับการสอน พบว่า การสอนก่อนผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกได้ และ Peterson (1991) ก็ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนทำการสวนหัวใจ (cardiac catheterization) จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 30 ข้อ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากในระหว่างรอทำการสวนหัวใจ จากการสังเกตผู้ป่วย 72 คน ก่อนทำการสวนหัวใจ ผู้ป่วย 24 คนได้รับการสอน อีก 24 คนได้รับการสร้างสัมพันธภาพ และ 24 คนสุดท้ายเป็นกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนและกลุ่มที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการสอนเพื่อลดความวิตกกังวล นอกจากการสอนโดยทั่วไปแล้ว การใช้สื่อช่วยในการสอน เช่น วิดิทัศน์ ก็พบว่าได้ผลดีเช่นกัน เช่น Ayril et al. (2002) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้วยวิดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความทนต่อการชะล้างข้อด้วยกล้องในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และต้องทำการชะล้างข้อด้วยกล้องในห้องผ่าตัด โดยการสุ่มอย่างง่ายได้ผู้ป่วยมา 112 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 56 คน กลุ่มหนึ่ง ให้ผู้ป่วยดูวิดิทัศน์การชะล้างข้อเข่าด้วยกล้อง อีกกลุ่มไม่ให้ดูวิดิทัศน์ แล้ววัดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดด้วย Visual analog scale (VAS) และวัดความทนต่อการชะล้างเป็น 4 เกรด ผลปรากฏว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ดูวิดิทัศน์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงครึ่งหนึ่ง ความทนต่อการชะล้างข้อ ทนกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูวิดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังกล่าวแล้ว จากการศึกษพบว่า การสัมผัสผู้ป่วยก็สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้เช่นกัน และได้มีผู้ศึกษาแล้วในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ ภัสพร ขำวิชา (2534) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวชิร อายุ 18-60 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสัมผัสขณะที่อยู่ในห้องพักรอผ่าตัด แล้วให้ตอบแบบ

สัมภาษณ์วัดความวิตกกังวล แบบแผนการสัมผัส แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรวัดความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มไม่ได้รับการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับแล้วว่าการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย แต่ Huphes (2002) ก็ยังได้เสนอแนะว่า ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจะอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ดีถ้าไม่กังวลจนเกินไป

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้น ได้มีการศึกษากันมาก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างกัน แต่ก็พบว่าล้วนแล้วแต่เกิดผลดี สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทาง วางแผนในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นอย่างมาก

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย และการดูแลครอบครัวผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Carmody, Hickey, and Bookbinder (1991) ซึ่งได้สำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัด โดยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม The Perioperative Family Needs Questionnaire (PFNQ) ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด และส่งคืนเมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จ ผู้ตอบทั้งหมด 46 คน มีผลการจัดอันดับความสำคัญของความต้องการของครอบครัว อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ได้พูดคุยกับ ศัลยแพทย์เมื่อผ่าตัดเสร็จและให้รับทราบว่าช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร อันดับความต้องการต่ำสุดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย คือ ร้านกาแฟ การพูดระบายความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพันธ์ ธิญะธีระนันท์ และ วรณนิมิต คงสุวรรณ (2544) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยผ่าตัด ศัลยกรรม ตึกสยามมินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ 144 คน เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด การสมรส และอื่นๆ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการที่ญาติมีความต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการข้อมูล รองลงมา คือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการที่ญาติมีความต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่พักรอผ่าตัด รองลงมา คือ การเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในห้องคอยการผ่าตัด บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุด คือ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.82

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของครอบครัวได้ เช่น Raleigh, Lepczyk, and Rowley (1990) ศึกษาว่าใครที่ได้ประโยชน์จากการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยการวัดความรู้ และความวิตกกังวลของสามีหรือภรรยา และบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังเตรียมผ่าตัดหัวใจ บุคคลสำคัญของผู้ป่วย 72 คนจากผู้ป่วย 74 คน ผู้ป่วย และญาติได้รับการสอนในชั้นเรียนก่อนเข้าอยู่โรงพยาบาล โดยก่อนและหลังเรียนในชั้นให้ตอบแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและแบบทดสอบความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มญาติมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังเรียนพบว่าระดับความวิตกกังวลของกลุ่มญาติลดลง และแตกต่างจากคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจระหว่างผู้ป่วยและญาติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลสรุปพบว่า กลุ่มญาติได้รับประโยชน์จากการสอนก่อนผ่าตัด

ส่วนการศึกษากการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดก็พบว่าได้ผลดีเช่นกัน เช่น Leske (1995) ได้ศึกษาผลของการรายงานผู้ป่วยขณะผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม วัดผลด้วยแบบทดสอบหลังการทดลองเพื่อตรวจสอบผลการรายงานความก้าวหน้าของการผ่าตัด โดยเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตเลือดแดง (MAP) และอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างที่รอการผ่าตัดแบบตระเตรียมล่วงหน้า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มควบคุม 50 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 50 คนได้รับการรายงานความก้าวหน้าเป็นเวลา 10-15 นาทีเมื่อผ่าตัดไปแล้วครึ่งทาง กลุ่มที่เหลืออีก 50 คน เป็นกลุ่มสังเกต ผลพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรายงานความก้าวหน้า มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่า ($p < .001$) และมีระดับความดันโลหิตเลือดแดงเฉลี่ย ($p < .001$) อัตราการเต้นของหัวใจ ($p < 0.01$) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มสังเกต ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทยของ วรณวิมล คงสุวรรณ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ วรณวี สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อิศวรวิเศษ (2544) โดยศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติ ขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ณ บริเวณที่จัดไว้ ดีกสยามมินทร์ ชั้น5 โรงพยาบาลศิริราช เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้ 2 กลุ่ม ทดลองก่อน-หลังโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ จำนวน 20 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความกังวลขณะเผชิญของ Spielberger วิเคราะห์ข้อมูลหาความแตกต่างของความวิตกกังวลของญาติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขณะ ก่อน และหลังการ

ทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า ความวิตกกังวลของญาติในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ทั้งระหว่างและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เช่น การศึกษาของ Kathol (1984) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง 67 คน เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วย 60 คน ซึ่งได้รับการเตรียมเพื่อผ่าตัดใหญ่ วัดความวิตกกังวลด้วยเครื่องมือวัดความวิตกกังวลของ Spielberger และวัดการสนับสนุนทางสังคมด้วยดัชนีชี้วัดทางสังคมของ Caplan ให้สิ่งทดลอง 2 แบบ ชนิด 2×2 factorial วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าสหสัมพันธ์ พบว่าการให้ข้อมูลด้วยวีดิทัศน์ก่อนผ่าตัด สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัวผู้ป่วยมีผลบวกต่อการยอมรับการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยถูกผ่าตัดจะสูงกว่าระยะหลังผ่าตัด

นอกจากการให้ข้อมูลกับครอบครัวโดยตรงแล้ว ก็ได้มีการศึกษาการใช้อุปกรณ์การสื่อสารในการช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว โดย Topp et al. (1998) ได้ศึกษาการใช้เพจเจอร์ที่สามารถลดความวิตกกังวลในห้องรอผ่าตัดหรือไม่ ทดลองโดยให้ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 28 คน ได้รับการดูแลตามปกติในห้องรอผ่าตัด และครอบครัวอีก 29 คนได้รับข้อมูลระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้เพจเจอร์ ครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดได้ตอบแบบสอบถาม ประเมินความวิตกกังวล และการเผชิญภาวะถูกคุกคามขณะที่ผู้ป่วยกำลังถูกผ่าตัดอยู่ พบว่ากลุ่มที่ใช้เพจเจอร์มีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีเปอร์เซ็นต์การออกไปใช้เวลานอกห้องรอผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเพจเจอร์

จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัว และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยนั้น มีวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันหลากหลายวิธี แต่ผลการศึกษาส่วนมากแล้ว พบว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวให้เหมาะสม และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวด้วย

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิบัติงาน เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และการได้รับผลตอบแทน ซึ่งแตกต่างจากความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการที่ใช้ในการวิจัยนี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการมีน้อยมาก มีการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในด้านอื่นบ้าง เช่น การศึกษาของสมศิริ พรหมทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้แฟ้มสะสมผลงานต่อความพึงพอใจในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้ใช้ทฤษฎีความต้องการของMcClelland เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้แฟ้มสะสมผลงานสูงกว่าก่อนการใช้การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้แฟ้มสะสมผลงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในการประเมินผลการปฏิบัติงานและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ใช้แฟ้มสะสมผลงาน สูงกว่ากลุ่มที่ใช้การประเมินผลการปฏิบัติงานตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

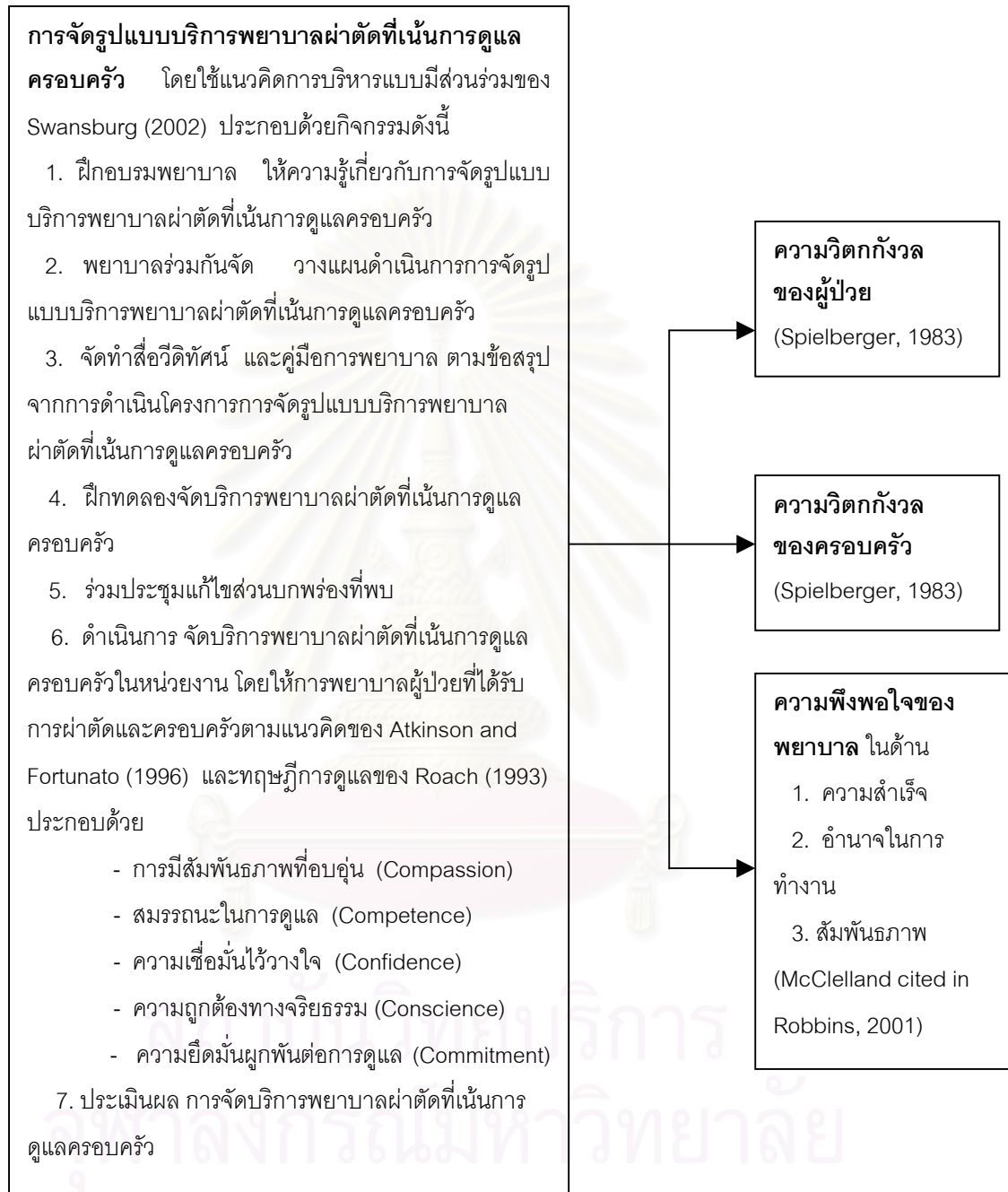
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม ส่วนมากได้ศึกษาในความสัมพันธ์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งล้วนให้ผลการศึกษาในทางบวก เช่น สุภาพร รอดถนอม (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกับประสิทธิผลขององค์กร ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับประสิทธิผลขององค์กร และการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลขององค์กร ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศิริกุล จันพุ่ม (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าพยาบาลกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน นอกจากนี้ ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารงานโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ นั่นคือ ถ้าพยาบาลวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการบริหารมากขึ้น จะทำให้ระดับความเครียดลดลง ต่อมา

กุลธิดา พรหมตุ่น (2545) ได้ศึกษาโครงการฝึกอบรม การบริหารแบบมีส่วนร่วม สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมพร พบว่า การปฏิบัติบทบาทการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของตนเอง และตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการหลังดำเนินโครงการ สูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาผู้สื่มีคุณค่าในตนเอง จากผลดีหลายประการของการบริหารแบบมีส่วนร่วมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวในการวิจัยนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

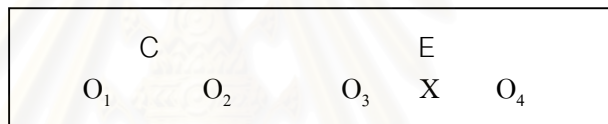


บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล ดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

แบบแผนการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Equivalent control group pretest and posttest design) ดังแบบแผน



C : กลุ่มควบคุม

E : กลุ่มทดลอง

O₁ : ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และครอบครัว ก่อนได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

O₂ : ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว หลังได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

O₃ : ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

O₄ : ระดับความวิตกกังวลผู้ป่วย ครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

X : การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
2. ครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
3. พยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานประจำที่ห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. **กลุ่มผู้ป่วย** เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - 1.1 มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคจิต และไม่มีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตเกิดขึ้น ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น การตายของสมาชิกในครอบครัว การหย่าร้าง เป็นต้น
 - 1.2 รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น
 - 1.3 อยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน และเตรียมรับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปทุกประเภท
 - 1.4 ให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. **กลุ่มครอบครัว** เป็นครอบครัวผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - 2.1 มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคจิต และไม่มีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตเกิดขึ้น ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น การตายของสมาชิกในครอบครัว การหย่าร้าง เป็นต้น
 - 2.2 ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง ถ้ามีบุคคลในครอบครัวหลายคน เลือกผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด
 - 2.3 สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น
 - 2.4 เป็นบุคคลเดียวกันที่อยู่กับผู้ป่วยวันก่อนผ่าตัด 1 วัน และเข้าวันผ่าตัด
 - 2.5 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. **กลุ่มพยาบาล** เป็นพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - 3.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ในหน่วยงานที่ทำการทดลอง
 - 3.2 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี
 - 3.3 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การจับคู่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

เลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม ทั้ง 20 คนก่อน เพื่อป้องกันปัญหาการปนเปื้อนของการทดลอง แล้วจึงเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่กลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ แต่คู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน และการผ่าตัดที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ส่วนครอบครัวจับคู่ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง ได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน รวมทั้งครอบครัวอีก 40 คน (ตารางที่ 1) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 การจับคู่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของ เพศ อายุ และการผ่าตัด ส่วนครอบครัวผู้ป่วยจับคู่ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ผู้ป่วย		ครอบครัว		ผู้ป่วย		ครอบครัว	
	เพศ	อายุ	การผ่าตัด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	เพศ	อายุ	การผ่าตัด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1	หญิง	23	Haemorrhoidectomy	พี่สาว	หญิง	29	Haemorrhoidectomy	มารดา
2	หญิง	45	Colectomy	สามี	หญิง	49	Colectomy	สามี
3	หญิง	54	Laparoscopic Cholecystectomy	บุตร	หญิง	58	Laparoscopic Cholecystectomy	สามี
4	หญิง	47	Mastectomy	บุตร	หญิง	50	Mastectomy	บุตร
5	ชาย	49	Laparoscopic Cholecystectomy	ภรรยา	ชาย	50	Laparoscopic Cholecystectomy	ภรรยา
6	ชาย	64	Laparoscopic Herniorrhaphy	ภรรยา	ชาย	66	Laparoscopic Herniorrhaphy	ภรรยา
7	ชาย	69	Gastrectomy	บุตร	ชาย	69	Gastrectomy	ภรรยา
8	ชาย	55	Colectomy	บุตร	ชาย	57	Colectomy	ภรรยา
9	หญิง	46	Mastectomy	บุตร	หญิง	47	Mastectomy	สามี
10	หญิง	40	Haemorrhoidectomy	สามี	หญิง	35	Haemorrhoidectomy	สามี
11	หญิง	53	Mastectomy	น้องสาว	หญิง	58	Mastectomy	บุตร
12	ชาย	45	Herniorrhaphy	ภรรยา	ชาย	45	Herniorrhaphy	ภรรยา
13	ชาย	51	Explor. Lap. with bypass	ภรรยา	ชาย	60	Explor. Lap. with bypass	ภรรยา
14	ชาย	52	Open Cholecystectomy	น้องสาว	ชาย	57	Open Cholecystectomy	ภรรยา
15	หญิง	50	Colectomy	สามี	หญิง	47	Colectomy	น้องสาว
16	หญิง	43	Thyroidectomy	สามี	หญิง	49	Thyroidectomy	สามี
17	ชาย	48	Haemorrhoidectomy	ภรรยา	ชาย	48	Haemorrhoidectomy	ภรรยา
18	หญิง	50	Colectomy	บุตร	หญิง	50	Colectomy	บุตร
19	หญิง	66	Hepatectomy	สามี	หญิง	64	Hepatectomy	บุตร
20	ชาย	56	Herniorrhaphy	ภรรยา	ชาย	59	Herniorrhaphy	บุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่

บ.ค. 1 โครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดย
ใช้หลักการการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ในการดำเนินโครงการ ร่วมกับให้การ
พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวตามแนวคิดของ Atkinson and Fortunato (1996)
และทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993)

บ.ค. 2 แผนการสอนพยาบาล เรื่อง 2.1) การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน 2.2)
การประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach (1993) ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการ
ดูแลครอบครัว และ 2.3) การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

บ.ค. 3 คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

บ.ค. 4 วิดีทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัด
ศัลยกรรมทั่วไป และภาพการดูแล ทั้ง 3 ระยะ คือ ห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น และ
การเตรียมจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

บ.ค. 5 คู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับ
การผ่าตัด

บ.ค. 6 แบบประเมินผล การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแล
ครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

บ.ค. 1.1 ใบงาน กิจกรรมในการอภิปรายกลุ่มของพยาบาลผ่าตัด

บ.ค. 1.2 ใบงาน การฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

บ.ค. 2.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการอบรมเรื่อง การจัดรูปแบบ
บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

บ.ค. 3.1 ใบรายการกิจกรรมการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว

บ.ค. 3.2 แบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

บ.ค. 7 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

บ.ค. 8 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว

บ.ค. 9 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือชุด บ.ค. 1 โครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด โดยให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว บ.ค. 2 แผนการสอนพยาบาลเรื่อง 2.1) การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน 2.2) การประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach (1993) ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และ 2.3) การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวตามแนวคิดของ Atkinson and Fortunato (1996) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด บ.ค. 3 คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และบ.ค. 5 คู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยไว้ทบทวนการปฏิบัติตนและการฝึกทักษะต่าง ๆ ภายหลังจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

การสร้างเครื่องมือ

โครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวตามแนวคิดของ Atkinson and Fortunato (1996) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) แผนการสอนพยาบาล และคู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จัดทำขึ้นตามแนวคิดการดูแลครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) และการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวตามแนวคิดของ Atkinson and Fortunato (1996) และคู่มือการเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด จัดทำขึ้นตามแนวคิดการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แผนการสอนพยาบาล คู่มือในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และคู่มือการเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการ

ผ่าตัด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผ่าตัด 2 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาล ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ผู้บริหารห้องผ่าตัด 1 ท่าน และหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด 1 ท่าน ดังรายนาม ในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ในโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แผนการสอนพยาบาล และคู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้

โครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ที่สร้างขึ้นได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

แผนการสอนพยาบาล เรื่อง 2.1) การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน 2.2) การประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach (1993) ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และ 2.3) การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีการปรับความชัดเจนของเนื้อหา เพิ่มกิจกรรมการสอน และแก้ไขสำนวนภาษาที่ใช้

คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีการปรับการเรียงหัวข้อเพื่อให้ต่อเนื่อง ปรับความชัดเจนของข้อความ ปรับคำพูดการสนทนา ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว และปรับภาพประกอบในคู่มือ 1 ภาพ เพื่อให้ภาพสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

คู่มือการเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด มีการปรับความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้

2) นำโครงการการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แผนการสอนพยาบาล คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และคู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

เครื่องมือชุด บ.ค. 4 วิดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัว เพื่อรับการผ่าตัด ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ศัลยกรรมทั่วไป ภาพการดูแล ทั้ง 3 ระยะ คือห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น และการเตรียมจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด โดยใช้ร่วมกับคู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อให้ได้คำแนะนำผู้ป่วยครบถ้วน เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้จริง

การสร้างเครื่องมือ

วิดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำวิดิทัศน์เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในด้านสื่อ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการผลิตสื่อ 1 ท่าน และหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด 1 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ซึ่งผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้

วิดิทัศน์เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ที่สร้างมีการปรับความชัดเจน และความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ปรับขนาดรูปแบบ และสีของตัวอักษร รวมทั้งปรับพื้นหลังของภาพเพื่อให้ตัวอักษรเด่นชัดขึ้น

2) นำวิดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาอีกครั้ง

3) นำวิดิทัศน์เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ที่แก้ไขแล้ว ไปใช้เป็นแนวทางร่วมกับการดำเนินโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวเพื่อให้พยาบาลร่วมกันระดมความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ระหว่างวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึง วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2547

4) นำผลสรุปจากการดำเนินโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มาปรับปรุงแก้ไขในเทปวิดิทัศน์เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด

5) นำวิดิทัศน์เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ไปทดลองใช้ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยการเยี่ยมและสอนผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนผ่าตัด 1 วัน รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึง วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2547 จำนวน 5 ราย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความเห็นในการแก้ไขปรับปรุง ซึ่งมีข้อปรับปรุง

ในเรื่องเสียงเบา ตัวอักษรเล็กไปเล็กน้อย และการเลือนของภาพเร็วเกินไป ผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องทั้งหมดก่อนนำไปใช้จริง

6) ประชุมแก้ไข ปรับปรุง จากการศึกษาที่ได้ฝึกทดลองร่วมกับการใช้วิธีทัศนในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อแก้ไขปรับปรุงส่วนบกพร่องก่อนที่จะนำไปดำเนินการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือชุด บ.ค. 2.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการอบรมเรื่อง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยจัดทำโครงสร้างของเนื้อหาของแผนการสอนพยาบาล เพื่อใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม แบ่งโครงสร้างเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน มีข้อทดสอบ 5 ข้อ 2) การประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach (1993) ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มี 5 ข้อ และ 3) การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มี 10 ข้อ เป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก สร้างตามเนื้อหาและจุดมุ่งหมายของการจัดอบรมพยาบาล ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) นำแบบทดสอบที่สร้างขึ้น ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลผ่าตัด จำนวน 5 ท่าน พิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2) นำแบบทดสอบที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่า ข้อสอบจำนวน 18 ข้อมีค่าอำนาจจำแนก และความยากง่าย ระหว่าง 0.2 - 0.8 มีข้อสอบเพียง 2 ข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์

3) ผู้วิจัยปรับแบบทดสอบ 2 ข้อ ที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง และได้ค่าอำนาจจำแนกและความยากง่าย ระหว่าง 0.2 - 0.8 และหาความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้ Split half method ได้ค่า = 0.76

เครื่องมือชุด บ.ค. 3.1 ใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และบ.ค. 3.2 แบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

การสร้างเครื่องมือ

ใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวสำหรับพยาบาลผ่าตัดใช้ประกอบการให้บริการพยาบาล โดยใช้ร่วมกับคู่มือการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และแบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว สำหรับพยาบาลใช้บันทึกการพยาบาลหลังจากให้บริการพยาบาล เครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้มีเนื้อหาครอบคลุมเช่นเดียวกับ คู่มือพยาบาลการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาล และแบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผ่าตัด 2 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ผู้บริหารห้องผ่าตัด 1 ท่าน และหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด 1 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ในใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาล และแบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้

ใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เห็นชอบทั้งหมดในด้านเนื้อหา และสำนวนภาษาที่ใช้

แบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว มีการปรับความชัดเจนของข้อความ และปรับสำนวนภาษาที่ใช้

2) นำแบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับความชัดเจนของข้อความ และสำนวนภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

3) แบบรายงานตนเอง ในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) กิจกรรมการให้บริการพยาบาลก่อนผ่าตัด (การเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วัน) มี 13 ข้อ 2) กิจกรรมการให้บริการพยาบาลระหว่างผ่าตัด มี 8 ข้อ และ 3) กิจกรรมการให้บริการพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น มี 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 31 ข้อ มีเกณฑ์การตัดสินผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้บริการพยาบาล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

ไม่มีเหตุการณ์ จะไม่คิดคะแนนและจำนวนข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง

เครื่องมือชุด บ.ค. 7 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย และ บ.ค. 8 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของผู้ป่วย/เดือน ประสบการณ์ในการผ่าตัด และการผ่าตัดที่ได้รับในครั้งนี โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการรอบบุคคลในครอบครัวผ่าตัด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2) แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย และแบบประเมินความวิตกกังวลครอบครัว เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเฉยใจ ของ Spielberg (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง สร้างโดย Spielberg และคณะในปีค.ศ. 1970 (STAI Form X) หลังจากนั้นได้ปรับเป็น STAI Form Y โดยทำให้ข้อคำถามทางบวกและทางลบสมดุลขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแบบวัด Form X นั้น ผู้สร้างพบว่ามีข้อบกพร่องอยู่ 3 ประการ คือ 1) ข้อคำถามบางข้อไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวลได้ 2) บางข้อคำถามนั้นผู้ตอบในกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจคำถาม 3) ข้อคำถามด้านบวกและลบของแบบวัดความวิตกกังวลแฝงไม่สมดุลกัน ซึ่งแบบวัดความวิตกกังวล ของ Spielberg (1983) นั้นมี 2 แนวคิด คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (STAI Form Y-1) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) แต่ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยประเมินเฉพาะความวิตกกังวลขณะเฉยใจของผู้ป่วย และความวิตกกังวลขณะเฉยใจของครอบครัวเท่านั้น

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (STAI Form Y-1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านบวก 10 ข้อ (ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) และข้อความด้านลบ 10 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-report measure of anxiety) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด ให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน มีบ้าง ให้ 2 คะแนน ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 20-39 แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 40-59 แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความวิตกกังวลได้ถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ดังนี้

Spielberger et al. (1983: 31) ได้นำแบบวัดชุดนี้ทั้งแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form y-1) และแบบวัดความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) ไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 424 ราย) และในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ (n = 1,701 ราย) ซึ่งกลุ่มหลังเป็นการทดสอบแบบวัดในสถานการณ์ที่เครียดมากกว่ากลุ่มแรก โดยให้ตอบแบบวัดภายหลังการฝึกโปรแกรมพื้นฐานทางการทหาร 2 วัน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ของกลุ่มทหาร ได้นำไปเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้วิธีหาปัจจัยความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของ Cattell's congruent factors (confactor) approach (1966) พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ของความสอดคล้องทุกองค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ซึ่งแสดงว่ามีความสอดคล้องกันในการวัดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน และเป็นเครื่องยืนยันการวัดความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Vagg et al., 1980 cited in Spielberger et al., 1983: 32)

สำหรับแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความวิตกกังวลแฝง ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 1983 (STAI Form Y-1, STAI Form Y-2) ฉบับภาษาไทยนั้นแปลโดยชาติรี นนทศักดิ์ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จีน แบรี แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษเพื่อตรวจสอบปรับความถูกต้องทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา และสมโภชน์ เขี่ยมสุภาชาติ ปรับความชัดเจนทั้งในด้านภาษา และความหมายทางจิตวิทยาซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้น ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534: 68) ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาล นครพิงค์เชียงใหม่ จำนวน 86 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และสุนันทา ตั้งปณิธานดี (2544) ได้นำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย และแบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว เท่ากับ .89 และ .92 ตามลำดับ

เครื่องมือชุด บ.ค. 9 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

การสร้างเครื่องมือ

1) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆที่เกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจ

2) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา

3) สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล โดยสร้างข้อคำถามตามแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผ่าตัด 2 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ผู้บริหารห้องผ่าตัด 1 ท่าน และหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัด 1 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล โดยหาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรง

เชิงเนื้อหา (CVI) = .91 ได้ปรับความชัดเจนของข้อความของแบบสอบถาม 5 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ

2) นำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล จำนวน 22 ข้อ

3) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน

4) วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาล มีค่า = .91

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล เครื่องมือมีลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งในแต่ละช่วงคำตอบ มีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจปานกลางที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล คือ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 22 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 110 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายความว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลมาก โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และแบ่งเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542: 73)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00	หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
- 1.2 เตรียมสถานที่ โดยการทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขออนุญาตหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด และหัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์ เพื่อขอทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตทำการวิจัยในผู้ป่วย และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยได้
- 1.3 ประชาขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ หัวหน้าหน่วยห้องฟกพื้นศัลยศาสตร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการเก็บข้อมูล
- 1.4 เตรียมบุคลากรพยาบาลผ่าตัด ติดต่อบุคลากรพยาบาลผ่าตัดที่สมัครใจร่วมในการวิจัย

2. การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มพยาบาล

เก็บรวบรวมข้อมูล ความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องฟกพื้นศัลยศาสตร์ ก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

หลังจากนั้นดำเนินการทดลองดังนี้

ขั้นที่ 1 ฝีกอบรมพยาบาลผ่าตัด ตามแผนการสอนพยาบาล เรื่อง 1) การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน 2) การประยุกต์แนวความคิดการดูแลของ Roach (1993) ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และ 3) การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

การกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในขั้นนี้ คือ แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการฝีกอบรม มีทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งถ้าคะแนนการทดสอบความรู้ของพยาบาลหลังการฝีกอบรมต่ำกว่าร้อยละ 60 ผู้วิจัยจะให้ความรู้พยาบาลผ่าตัดโดยการสอนเพิ่มเติมเฉพาะคนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ผลปรากฏว่า พยาบาลผ่าตัดที่เข้าอบรมผ่านเกณฑ์การประเมินทุกคน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนก่อนกับคะแนนหลังการอบรมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าคะแนนก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนก่อนกับคะแนนหลังการอบรม ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง (n = 10)

Ranks			
ของผลต่างของคะแนนก่อนกับ	N	Sum of Ranks	T
คะแนนหลังการอบรม			
Negative Ranks	0	.00	
Positive Ranks	10	55.00	2.809*
ties	0		

*p<.05

T = Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

จากตารางที่ 2 ผลจากการทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าคะแนนก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยให้พยาบาลผ่าตัด ร่วมกันวางแผนดำเนินการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ในขั้นนี้ได้ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพื่อช่วยให้ได้แนวคิดการดูแลครอบครัวที่มีประโยชน์และเหมาะสมในการนำไปใช้จริง โดยให้พยาบาลผ่าตัดได้ร่วมกันจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งพยาบาลผ่าตัดได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดให้จัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว นับว่าเป็นงานที่สำคัญ ทำทลายความสามารถของพยาบาล ทำให้พยาบาลได้เพิ่มคุณค่าของตนเองในการทำงาน เกิดความมั่นใจในการทำงาน และอยากทำงานให้สำเร็จ โดยพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ กำหนดขอบเขต และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในการให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ทำให้พยาบาลทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน และให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งพยาบาลผ่าตัดได้รับความอิสระในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ทำให้พยาบาลมีความเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ตามหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีเนื้อหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว ตามแนวคิดของ Atkinson and Fortunato (1996) และทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว มีความห่วงใย ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลใช้ความรู้ สติปัญญา ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยการคำนึงถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน คำนึงถึงความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยา เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย มีความยึดมั่นผูกพัน มุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีความตั้งใจและเต็มใจ สำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

โดยขั้นตอนดำเนินงานทดลอง จัดแบ่งพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อสะดวกในการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่ม 1 เป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานประจำที่ห้องรับ-ส่ง และห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์

กลุ่ม 2 เป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานประจำที่ห้องห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์

โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการดำเนินโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

- 2) เปิดโอกาสให้กลุ่มได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
 - 3) ระดมความคิดเห็น และอภิปราย เพื่อกำหนดขอบเขต ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
 - 4) กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
 - 5) ร่วมกันหาแนวทางใน การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ที่มีประโยชน์ เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ
- สรุปผลการดำเนินโครงการ โดยสรุปผลประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 2 กลุ่มร่วมกัน เพื่อปรับปรุงวิดิทัศน์ และคู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวให้ครบถ้วน

การกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในขั้นนี้ คือ ใบงาน กิจกรรมในการอภิปรายกลุ่มของพยาบาลผ่าตัด

จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า การอภิปรายกลุ่มของพยาบาลผ่าตัด ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง พร้อมทั้งระดมสมองในการจัดรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) บุคลากร กำหนดให้พยาบาลที่ทำงานประจำในห้องผ่าตัดไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนวันผ่าตัดในช่วงเวลา 15.00-16.00น รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด ส่วนพยาบาลที่ทำงานประจำในห้องรับส่งและห้องพักรักษา ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก่อนและหลังการผ่าตัด
- 2) สถานที่ ในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด ควรจัดสถานที่ ที่ใช้ในการสอนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเป็นส่วนตัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก
- 3) วัสดุ อุปกรณ์ สื่อ หลังจากสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูวิดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด
- 4) ให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ตามคู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ตามเนื้อหาที่พยาบาลผ่าตัดทุกคนได้ร่วมกันคิด และสรุปเป็นคำพูดมาตรฐาน และวิธีการนำไปใช้ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด

5) ทำแบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวหลังให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมในแต่ละวันหลังการทดลอง

ขั้นที่ 3 ปรับปรุงวิถีทัศน์และคู่มือการพยาบาล ตามข้อสรุปจากการดำเนินโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

สำหรับวิถีทัศน์นั้น พยาบาลผ่าตัดทุกคนเห็นด้วยกับสื่อวิถีทัศน์ที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้นทั้งหมด ส่วนคู่มือการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว ผลสรุปของกลุ่มพยาบาลผ่าตัด เห็นควรให้ปรับปรุงคำพูดมาตรฐาน จากคำว่า “ดิฉันจะให้ชมวิถีทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัด.....” เป็น “ดิฉันจะให้ชมวิดีโอ เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัด.....” และให้ปรับเปลี่ยนภาพในกิจกรรม 2 : ให้คำแนะนำครอบครัวเพื่อสามารถสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนเป็นภาพเช่นเดียวกับภาพกิจกรรม 1 (วัตถุประสงค์ที่ 1.3 และ 1.4) เนื่องจากเป็นเรื่องการสอนผู้ป่วยและครอบครัวที่ต่อเนื่องกัน

ขั้นที่ 4 ฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ภายใต้การตรวจสอบ และควบคุมของผู้วิจัย โดยมีกิจกรรมดังนี้

4.1 การดูแลก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรม ขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพิทักษ์สิทธิก่อนการดำเนินการทุกราย เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวอนุญาตจึงดำเนินการ โดยการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินความต้องการและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลการเตรียมตัวผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย สรุปคำแนะนำและข้อมูลที่ให้ พร้อมทั้งการให้คำแนะนำครอบครัวในการให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำวิธีการที่ครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย

4.2 การดูแลระหว่างผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรม พยาบาลผ่าตัดรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด ประเมินและวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลในขณะผ่าตัด

4.3 การดูแลหลังผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรม การดูแลหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น และให้ข้อมูลกับครอบครัวที่รอผ่าตัด

การกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในขั้นนี้ คือ ใบงานการฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ผลจากการฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว พบว่าบรรยากาศในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดีมาก มีความเป็นกันเอง และเป็นส่วนตัวเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ขอใช้ห้องประชุมของแต่ละหอผู้ป่วย ในการสนทนาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเมื่อได้ดูวีดิทัศน์ ได้กล่าวชื่นชมที่ได้รับบริการแบบนี้ พร้อมทั้งบอกว่าการที่ได้ดูภาพประกอบและมีเสียงคำบรรยาย ทำให้เข้าใจได้ง่าย สามารถทำตามได้ ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นมาก ผู้ป่วยและครอบครัวบางคนพอใจมากบอกว่าไปโรงพยาบาลเอกชนก็ยังไม่ดีเท่านี้ และเมื่อผู้ป่วยได้รับเอกสารคู่มือการเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยแสดงความดีใจ ยิ้ม กล่าวคำขอบคุณ และบอกว่าโครงการนี้ดีมากทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดี มีความสบายใจขึ้น ความวิตกกังวลลดน้อยลง และการที่พยาบาลผ่าตัดมาเยี่ยมช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอบอุ่นใจและเกิดความมั่นใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด

ขั้นที่ 5 ร่วมประชุมแก้ไขส่วนบกพร่องที่พบจากการฝึกทดลองใช้ ซึ่งจากการฝึกทดลองใช้ พบว่า

- 1) ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในช่วงเวลา 15.00-16.00 น จะเป็นเวลาเดียวกับที่แพทย์ประจำบ้านมาเยี่ยมผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรเยี่ยมสลับหอผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนหรือหลังจากการเยี่ยมของแพทย์ประจำบ้าน
- 2) การบอกเวลาเริ่มผ่าตัดที่แน่นอนมักทำได้ยาก เนื่องจากตารางผ่าตัดไม่แน่นอนและศัลยแพทย์อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ดังนั้นจึงให้พยาบาลผ่าตัดบอกเวลาผ่าตัดเป็นช่วงเช้า หรือช่วงบ่ายแทน

ขั้นที่ 6 พยาบาลผ่าตัดร่วมกันจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ภายหลังจากปรับปรุงแก้ไข

การกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในขั้นนี้ คือ ใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และแบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งผลการรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว แสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนการรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย ของพยาบาลผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม (n= 20)

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์
กิจกรรมการให้บริการพยาบาลก่อนผ่าตัด(การเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วัน)			
1. ท่านแนะนำตนเองก่อนให้การพยาบาล	20 (100%)	-	-
2. ท่านบอกวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	20 (100%)	-	-
3. ท่านประเมินความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว วินิจฉัยให้การพยาบาล (Competence)	20 (100%)	-	-
4. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดโดยใช้เทปวีดิทัศน์ที่จัดทำขึ้น	20 (100%)	-	-
5. ท่านให้คำแนะนำด้วยความเสมอภาค (Conscience)	20 (100%)	-	-
6. ท่านรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจ (Compassion)	20 (100%)	-	-
7. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยตอบคำถามตามความเป็นจริงที่เหมาะสม ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล เพื่อส่งเสริมความไว้วางใจ (Confidence)	20 (100%)	-	-
8. ท่านไม่เปิดเผยเรื่องราวของผู้ป่วยและครอบครัว (Conscience)	20 (100%)	-	-
9. ท่านใช้การสัมผัสเมื่อผู้ป่วยและ ครอบครัวรู้สึกกังวล (Compassion)	17 (85%)	3 (15%)	-
10.ท่านให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ด้วยวาจาอ่อนโยน สบตาในขณะที่พูด (Compassion)	20 (100%)	-	-
11. ท่านให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และให้ครอบครัวมีความเชื่อมั่น(Confidence)	20 (100%)	-	-
12. ท่านร่วมพิจารณาแผนการดูแล กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กำหนดความคาดหวังและผลลัพธ์ที่ต้องการขึ้น	20 (100%)	-	-
13. ท่านให้ข้อมูลครอบครัว เกี่ยวกับกำหนดเวลาผ่าตัดโดยประมาณ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ	20 (100%)	-	-

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์
กิจกรรมการให้บริการพยาบาลระหว่างผ่าตัด			
1. ท่านทักทายผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด	20 (100%)	-	-
2. ท่านเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด	13 (65%)	2 (10%)	5 (25%)
3. ท่านประเมินผู้ป่วย วินิจฉัยให้การพยาบาล	20 (100%)	-	-
4. ท่านสัมผัสผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	20 (100%)	-	-
5. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก	20 (100%)	-	-
6. ท่านให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาในการผ่าตัด	17 (85%)	-	3 (15%)
7. ท่านได้แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ที่ครอบครัวสามารถติดต่อสอบถามได้ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด	16 (80%)	-	4 (20%)
8. ท่านให้ความเสมอภาคกับครอบครัวผู้ป่วยทุกคน ที่มารอผู้ป่วยผ่าตัด	20 (100%)	-	-

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์
กิจกรรมการให้บริการพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น			
1. ท่านประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย	18 (90%)	-	2 (10%)
2. ท่านติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุก 5-15 นาที	18 (90%)	-	2 (10%)
3. ท่านประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และให้ความช่วยเหลือ	18 (90%)	-	2 (10%)
4. ท่านประเมินภาวะความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	18 (90%)	-	2 (10%)
5. ท่านตรวจดูแผลผ่าตัด การซึมของเลือดจากแผล สังเกตสีและปริมาณของเลือด และสารน้ำจากท่อระบายต่าง ๆ	18 (90%)	-	2 (10%)
6. ท่านให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเกิดความมั่นใจ	18 (90%)	-	2 (10%)
7. ท่านดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและสุขสบาย	18 (90%)	-	2 (10%)
8. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ	15 (75%)	-	5 (25%)
9. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ	11 (55%)	-	9 (45%)
10. ท่านให้ข้อมูลกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น	14 (70%)	-	6 (30%)

จากตารางที่ 3 คะแนนจากผลการรายงานตนเอง พบว่า กิจกรรมการให้บริการพยาบาล ก่อนผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดได้ให้บริการพยาบาลตามกิจกรรมการให้บริการพยาบาลส่วนใหญ่ 12 กิจกรรมครบถ้วน มีเพียง 1 กิจกรรม คือ การสัมผัสเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกกังวล ซึ่งพยาบาลได้ทำกิจกรรมนี้เพียงร้อยละ 85 ส่วนกิจกรรมการให้บริการพยาบาลระหว่างผ่าตัดนั้น พยาบาลผ่าตัดได้ให้บริการพยาบาลตามกิจกรรมการให้บริการพยาบาลส่วนใหญ่ 5 กิจกรรมครบถ้วน ไม่ได้ปฏิบัติ 1 กิจกรรม คือกิจกรรมการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และไม่มีเหตุการณ์ 3 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 20 เนื่องจากครอบครัวมาไม่ทันผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด สำหรับกิจกรรมการให้บริการพยาบาลหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น พยาบาลผ่าตัดได้ให้บริการพยาบาลตามกิจกรรมการให้บริการพยาบาลส่วนใหญ่ 7 กิจกรรมได้ถึงร้อยละ 90 มีเพียง 3 กิจกรรมที่ไม่มีเหตุการณ์ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนกิจกรรมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 45 และกิจกรรมการให้ข้อมูลกับครอบครัว เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 30 เนื่องจากครอบครัวไม่ได้อยู่รอในขณะนั้น และผู้ป่วยเสร็จสิ้นการผ่าตัดนอกเวลาราชการ

ขั้นที่ 7 ประเมินผล การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยให้พยาบาลผ่าตัดกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ในด้านความรู้ที่ได้รับและประโยชน์ในการนำไปใช้ ผลการประเมินผลโครงการฯ แสดงตารางที่ 4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลผ่าตัดที่มีต่อโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ในด้านความรู้ที่ได้รับ และประโยชน์ในการนำไปใช้ (n= 10)

หัวข้อที่ประเมิน	ความรู้ที่ได้รับ			ประโยชน์ในการนำไปใช้		
	\bar{X}	S.D.	ระดับความเห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับความเห็นด้วย
1. การบรรยายเรื่อง การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน	4.40	.52	มาก	4.40	.52	มาก
2. การบรรยายเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีของ Roach	4.50	.53	มากที่สุด	4.60	.52	มากที่สุด
3. การบรรยาย เรื่อง แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว	4.60	.52	มากที่สุด	4.70	.48	มากที่สุด
4. การอภิปราย วัตถุประสงค์ของการจัด บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว	4.40	.52	มาก	4.60	.52	มากที่สุด
5. การมีส่วนร่วมของท่านในการจัด บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว	4.80	.42	มากที่สุด	4.80	.42	มากที่สุด
6. วิธีการนำการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวไปใช้ในการปฏิบัติ	4.60	.70	มากที่สุด	4.60	.70	มากที่สุด
7. ประโยชน์ของการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว	4.90	.32	มากที่สุด	4.90	.32	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลผ่าตัดที่มีต่อโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ในด้านความรู้ที่ได้รับ และประโยชน์ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 5 หัวข้อ และเห็นด้วยมาก 2 หัวข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในหัวข้อประโยชน์ของการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ($\bar{X}=4.90 \pm .32$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของพยาบาลผ่าตัดในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ($\bar{X}=4.80 \pm .42$)

สำหรับข้อคำถามปลายเปิด พบว่า พยาบาลผ่าตัดได้ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะ	จำนวนคนที่ให้ ข้อเสนอแนะ (n=10)
1. ห้องผ่าตัดควรมีนโยบายไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทุกราย	9
2. ควรจัดอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาตรฐาน และมีการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	5
3. ควรจัดมีห้องรอก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าห้องผ่าตัด และมีเจ้าหน้าที่ดูแล	5
4. ควรจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูวิดีโอ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัดเป็นกลุ่ม จัดที่หอผู้ป่วย หลังจากนั้นพยาบาลผ่าตัดจึงให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล	4
5. ควรมีทีมพยาบาลผ่าตัดสำหรับเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดโดยเฉพาะ	3
6. ควรทำเป็นโครงการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน	3
7. ควรเสนอให้มีนโยบายในการจัดบริการที่เน้นการดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกำหนดบทบาท และขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ไว้ให้ชัดเจน	3
8. ควรแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ ที่ครอบครัวสามารถติดต่อได้ เพื่อให้ครอบครัวมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพิ่มขึ้น	2

หลังจากจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จนกระทั่งได้จำนวนผู้ป่วย และครอบครัวในกลุ่มทดลองครบทั้ง 20 คู่ ผู้วิจัยจะประเมินความพึงพอใจ ในการให้บริการ พยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน อีกครั้งหนึ่ง

กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

วันก่อนผ่าตัด

1. ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มทดลองโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขออนุญาตทำการวิจัย อธิบายให้ทราบวิธีการวิจัย เวลาที่ใช้ และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัย หรือลาออกจากการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ครอบครัว พร้อมทั้งให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และครอบครัว ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการทดลอง สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่การมองเห็นไม่ดี ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ผู้ป่วยและครอบครัวตอบ

3. พยาบาลผ่าตัดให้การสนับสนุนด้านข้อมูล เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด และภาพการดูแล ในห้องผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการให้ชมวีดิทัศน์

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย

5. สรุปคำแนะนำและข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

หลังจากนั้นพยาบาลให้คำแนะนำครอบครัว เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย ในวันผ่าตัด พยาบาลแนะนำให้ครอบครัวได้มีส่วนช่วยผู้ป่วยโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ แนะนำวิธีให้กำลังใจผู้ป่วย เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วยถึงความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย หรือการสัมผัสผู้ป่วย เป็นต้น

วันผ่าตัด

เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาในห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัดนั้น พยาบาลผ่าตัดสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าไปในห้องผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดแจ้งให้ครอบครัวทราบเวลาในการทำผ่าตัดโดยประมาณ และครอบครัวสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลได้จากพยาบาล พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่ครอบครัวสามารถติดต่อสอบถามได้โดยตรง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น พยาบาลผ่าตัดจะแจ้งให้ครอบครัวทราบอีกครั้ง

หลังผ่าตัดวันที่ 2

ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และประเมินระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลอง

ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มควบคุม

หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และประเมินระดับความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 40 คน ครอบครัวผู้ป่วย 40 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน รวมเป็น 90 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

1. ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติ

1.2 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอถอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อารได้รับการบริการ หรือการรักษาพยาบาลแต่ประการใด

1.3 ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในรูปผลการวิจัยเท่านั้น

2. ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

เนื่องจากในช่วงเวลาของการทดลอง จะคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติจับคู่ได้กับกลุ่มควบคุม จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับสิ่งทดลอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการดูแล ผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่านั้น

ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



การจัดบริการพยาบาลกำจัดขนตามปกติ

การดูแลก่อนกำจัด

1. พยาบาลตรวจสอบตารางการกำจัด และเยี่ยมผู้ป่วยก่อนกำจัดขนตามปกติโดยการพูดคุย โดยไม่ได้ให้ข้อมูลครอบครัว และไม่ได้รับการสนับสนุนให้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ป่วย
2. เจ้าหน้าที่ห้องกำจัด ไปรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมายังห้องกำจัด เพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนเวลากำจัด ประมาณ 1 ชั่วโมง
3. เมื่อมาถึงห้องกำจัด ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องกำจัด โดยให้ครอบครัวรอนอกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า
4. หลังจากเปลี่ยนเสื้อผ้าแล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งไปนอนรออยู่หน้าห้องกำจัด จนกว่าจะเข้าห้องกำจัด โดยครอบครัวรอผู้ป่วยอยู่นอกห้องกำจัด และไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้

การดูแลขณะกำจัด

1. พยาบาลจะนำผู้ป่วยไปนอนบนเตียงกำจัดและวางสื่อกลางไฟฟ้าที่ต้นขาหรือน่อง พร้อมกับรัดเข็มขัดเหน็บขาเพื่อป้องกันการตกเตียง
2. วิศวแพทย์เตรียมให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย
3. ศัลยแพทย์จะเริ่มกำจัดเมื่อวิศวแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว
4. พยาบาลกำจัดส่งเครื่องมือกำจัดตามมาตรฐานการพยาบาลกำจัด

ขณะกำจัด ครอบครัว รอผู้ป่วยอยู่นอกห้องกำจัด โดยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

การดูแลหลังกำจัด

1. หลังกำจัดนำผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น
2. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน และตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ ทุก 15 นาที และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
3. ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้หายใจเข้าลึกๆเป็นระยะๆ และกระตุ้นให้อดเพื่อขับเสมหะ
4. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและปลอดภัยแล้ว นำผู้ป่วยออกจากห้องกำจัดไปส่งที่หอผู้ป่วย โดยครอบครัวตามไปและเฝ้าคอยอยู่หน้าหอผู้ป่วยจนกว่าจะถึงเวลาเยี่ยม

การจัดรูปแบบบริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว

ขั้นที่ 1 ผูกอบรมพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว

ขั้นที่ 2 พยาบาลร่วมกันวางแผนดำเนินการ และสร้างรูปแบบการจัดบริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการจัดดำเนินโครงการ และให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวคิดของ Atkinson and Fortunato (1996) และทฤษฎีการ ดูแลของ Roach (1993)

ขั้นที่ 3 จัดทำสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการพยาบาลตามข้อสรุปจากการดำเนินโครงการจัดรูปแบบบริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว

ขั้นที่ 4 ผูกทดลองจัดบริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยมีการตรวจสอบและควบคุมการใช้จากผู้วิจัยทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังการกำจัด

ขั้นที่ 5 ร่วมประชุมแก่ไขว่ส่วนปกครองที่พบจากการทดลองใช้

ขั้นที่ 6 พยาบาลกำจัดร่วมกันจัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวไปใช้ โดยให้บริการพยาบาลดังนี้

- 6.1 การดูแลก่อนกำจัด ประกอบด้วยกิจกรรม การเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกำจัด เพื่อประเมิน และให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในด้านข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ พร้อมทั้งพยาบาลสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนเข้ารับการกำจัด
- 6.2 การดูแลระหว่างกำจัด ประกอบด้วยกิจกรรม พยาบาลกำจัดรับผู้ป่วยที่ห้องกำจัด ทบทวนและประเมินก่อนกำจัด และให้การพยาบาลในขณะกำจัด ให้ข้อมูลครอบครัวที่คอยอยู่นอกห้องกำจัดเป็นระยะ
- 6.3 การดูแลหลังกำจัด ประกอบด้วยกิจกรรม การดูแลหลังกำจัดทันทีในห้องพักฟื้น และให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยที่รอรับผู้ป่วยหลังการกำจัด

ขั้นที่ 7 ประเมินผล การจัดบริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว

ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย หลังการทดลอง (หลังกำจัดวันที่ 2)
ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลกำจัดขนที่เน้นการดูแลครอบครัว หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 11 (Statistical Package for Social Science) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย คะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย และคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย คะแนนความวิตกกังวลครอบครัว ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบค่าที (t-test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการ ทดสอบความแตกต่าง ระหว่างก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ด้วยสถิติทดสอบของ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล ดำเนินการวิจัยโดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 40 คน ครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน รวมผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมด 80 คน และพยาบาลผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 90 คน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของผู้ป่วย/เดือน ประสบการณ์การผ่าตัด และการผ่าตัด

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	9	45	9	45	18	45
หญิง	11	55	11	55	22	55
รวม	20	100	20	100	40	100
2. อายุ (ปี)						
20-30	1	5	1	5	2	5
31-40	1	5	1	5	2	5
41-50	9	45	9	45	18	45
51-60	6	30	6	30	12	30
61-70	3	15	3	15	6	15
รวม	20	100	20	100	40	100
3. สถานภาพสมรส						
โสด	3	15	1	5	4	10
คู่	15	75	17	85	32	80
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	2	10	2	10	4	10
รวม	20	100	20	100	40	100
4. การศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50	8	40	18	45
มัธยมศึกษา	4	20	5	25	9	22.5
อาชีวศึกษา	2	10	3	15	5	12.5
อุดมศึกษา	4	20	4	20	8	20
รวม	20	100	20	100	40	100

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของผู้ป่วย/เดือน ประสบการณ์การผ่าตัด และการผ่าตัด (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้ของผู้ป่วย/เดือน						
<10,000 บาท	10	50	9	45	19	47.5
10,001-20,000 บาท	8	40	8	40	16	40
20,001-30,000 บาท	1	5	3	15	4	10
>30,000 บาท	1	5	-	-	1	2.5
รวม	20	100	20	100	40	100
6. ประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน						
เคย	7	35	13	60	20	50
ไม่เคย	13	65	7	40	20	50
รวม	20	100	20	100	40	100
7. การผ่าตัด						
- Open Cholecystectomy	1	5	1	5	2	5
-Laparoscopic Cholecystectomy	2	10	2	10	4	10
- Open Herniorrhaphy	2	10	2	10	4	10
- Laparoscopic Herniorrhaphy	1	5	1	5	2	5
- Mastectomy	3	15	3	15	6	15
- Gastrectomy	1	5	1	5	2	5
- Colectomy	4	20	4	20	8	20
- Explor. lap. with bypass	1	5	1	5	2	5
- Haemorrhoidectomy	3	15	3	15	6	15
- Thyroidectomy	1	5	1	5	2	5
- Hepatectomy	1	5	1	5	2	5
รวม	20	100	20	100	40	100

จากตารางที่ 5 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 45 เป็นเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 30 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 45 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน และมีรายได้ 10,001 -20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.5 และร้อยละ 40 ตามลำดับ ส่วนประสบการณ์ในการทำผ่าตัดมาก่อนนั้นพบว่าร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการทำผ่าตัดมาก่อน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำผ่าตัดมาก่อน การผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร้อยละ 20 เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ (Colectomy) รองลงมา คือ การผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Mastectomy) และริดสีดวงทวาร (Haemorrhoidectomy) มีจำนวนกลุ่มละเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 15



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการรอผ่าตัด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	8	40	9	45	17	42.5
หญิง	12	60	11	55	23	57.5
รวม	20	100	20	100	40	100
2. อายุ (ปี)						
20-30	4	20	3	15	7	17.5
31-40	3	15	3	15	6	15
41-50	9	45	7	35	16	40
51-60	3	15	4	20	7	17.5
61-70	1	5	3	15	4	10
รวม	20	100	20	100	40	100
3. สถานภาพสมรส						
โสด	6	30	4	20	10	25
คู่	14	70	16	80	30	75
รวม	20	100	20	100	40	100
4. การศึกษา						
ประถมศึกษา	7	35	6	30	13	32.5
มัธยมศึกษา	6	30	3	15	9	22.5
อาชีวศึกษา	3	15	3	15	6	15
อุดมศึกษา	4	20	8	40	12	30
รวม	20	100	20	100	40	100

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการรอฟ่าตัด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. ประสบการณ์ในการรอฟ่าตัด						
เคย	6	30	7	35	13	32.5
ไม่เคย	14	70	13	65	27	67.5
รวม	20	100	20	100	40	100
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา / มารดา	0	0	1	5	1	2.5
สามี / ภรรยา	11	55	13	60	24	60
พี่ / น้อง	3	15	1	5	4	10
บุตร	6	30	5	25	11	27.5
รวม	20	100	20	100	40	100

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 41-50ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.5 ขณะที่การศึกษาระดับอุดมศึกษา และมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 และ 22.5 ตามลำดับ ส่วนประสบการณ์ในการรอฟ่าตัด ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.5 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการรอฟ่าตัดมาก่อน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลผ่าตัด จำแนกตามลักษณะ เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน (n= 10)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	10	100
รวม	10	100
2. อายุ (ปี)		
22-30	7	70
31-40	1	10
41-50	2	20
รวม	10	100
3. สถานภาพสมรส		
โสด	7	70
คู่	3	30
รวม	10	100
4. การศึกษา		
ปริญญาตรี	7	70
ปริญญาโท	3	30
รวม	10	100
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน (ปี)		
3 – 5	7	70
6 – 10	2	20
11 – 15	0	0
16 – 20	1	1
รวม	10	100

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากพยาบาลผ่าตัดที่เข้าร่วมในโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จำนวน 10 คน พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 22-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 สถานภาพโสด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และประสบการณ์การทำงาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อยู่ในช่วง 3-5 ปี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง และ
ความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่

ผู้ป่วย คู่ที่	กลุ่มควบคุม			ผู้ป่วย คู่ที่	กลุ่มทดลอง		
	คะแนนความวิตกกังวล				คะแนนความวิตกกังวล		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ความ แตกต่าง		ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ความ แตกต่าง
1	50	46	-4	1	51	21	-30
2	39	38	-1	2	51	24	-27
3	53	45	-8	3	53	21	-32
4	42	45	3	4	52	23	-29
5	48	52	4	5	39	24	-15
6	39	29	-10	6	39	24	-15
7	36	41	5	7	51	23	-28
8	36	34	-2	8	47	26	-21
9	40	49	9	9	44	23	-21
10	61	40	-21	10	39	26	-13
11	33	30	-3	11	55	26	-29
12	41	40	-1	12	41	30	-11
13	30	25	-5	13	41	31	-10
14	31	43	12	14	33	22	-11
15	47	55	8	15	55	24	-31
16	52	55	3	16	41	28	-13
17	50	53	3	17	43	23	-20
18	51	46	-5	18	41	22	-19
19	28	49	21	19	39	24	-15
20	36	32	-4	20	42	24	-18
\bar{X}	42.15	42.35	.20		44.85	24.45	-20.40
S.D.	8.96	8.88	8.88		6.45	2.70	7.54

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงทุกคน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดลดลง 11 คน (ร้อยละ 55) และคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง 9 คน (ร้อยละ 45)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ก่อนการทดลอง	42.15	8.96	44.85	6.45	-1.094
หลังการทดลอง	42.35	8.88	24.45	2.70	8.628*
ความแตกต่างก่อน-หลังการทดลอง	.20	8.88	-20.40	7.54	7.909*

*p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความวิตกกังวล ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนการทดลอง</u>				
ระดับสูง (60-80)	1	5	0	0
ระดับกลาง (40-59)	9	45	15	75
ระดับต่ำ (20-39)	10	50	5	25
<u>หลังการทดลอง</u>				
ระดับสูง (60-80)	0	0	0	0
ระดับกลาง (40-59)	14	70	0	0
ระดับต่ำ (20-39)	6	30	20	100

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 50 ตามลำดับ และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75

หลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70 แต่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง และความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			คู่ที่	กลุ่มทดลอง		
	คะแนนความวิตกกังวล				คะแนนความวิตกกังวล		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ความแตกต่าง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ความแตกต่าง
1	50	53	3	1	52	29	-23
2	48	38	-10	2	42	20	-22
3	51	43	-8	3	42	22	-20
4	44	41	-3	4	34	27	-7
5	32	44	12	5	49	29	-20
6	44	30	-14	6	35	24	-11
7	27	34	7	7	47	22	-25
8	59	58	-1	8	47	23	-24
9	46	40	-6	9	44	29	-15
10	57	37	-20	10	40	27	-13
11	34	35	1	11	40	26	-14
12	53	41	-12	12	49	32	-17
13	42	42	0	13	36	24	-12
14	34	43	9	14	35	21	-14
15	38	27	-11	15	65	47	-18
16	49	44	-5	16	41	27	-14
17	48	25	-23	17	38	30	-8
18	38	38	0	18	52	39	-13
19	35	40	5	19	50	31	-19
20	43	34	-9	20	40	24	-16
\bar{X}	43.60	39.35	-4.25		43.90	27.65	-16.25
S.D.	8.61	7.78	9.33		7.61	6.39	5.09

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงทุกคน ส่วนครอบครัวในกลุ่มควบคุมจำนวน 6 คน (ร้อยละ30)มีคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ก่อนการทดลอง	43.60	8.61	43.90	7.61	-1.17
หลังการทดลอง	39.35	7.78	27.65	6.39	5.198*
ความแตกต่างก่อน-หลังการทดลอง	-4.25	9.33	-16.25	5.09	5.050*

*p<.05

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความวิตกกังวล ของครอบครัว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนการทดลอง</u>				
ระดับสูง (60-80)	0	0	1	5
ระดับกลาง (40-59)	13	65	14	70
ระดับต่ำ (20-39)	7	35	5	25
<u>หลังการทดลอง</u>				
ระดับสูง (60-80)	0	0	0	0
ระดับกลาง (40-59)	11	55	1	5
ระดับต่ำ (20-39)	9	45	19	95

จากตารางที่ 13 พบว่า ก่อนการทดลองครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65 และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70

หลังการทดลองครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45 ในขณะที่ร้อยละ 55 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง แต่ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 95

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนกับหลังการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยรวมและรายด้าน (n = 10)

Ranks	N	Sum of Ranks	T
ของผลต่างของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนกับหลังการให้บริการพยาบาล			
1. ด้านความสำเร็จ			
Negative Ranks	1	1.50	
Positive Ranks	9	53.50	2.655*
ties	0		
2. ด้านอำนาจในการทำงาน			
Negative Ranks	1	1.00	
Positive Ranks	7	35.00	2.386*
ties	2		
3. ด้านสัมพันธภาพ			
Negative Ranks	0	.00	
Positive Ranks	9	45.00	2.673*
ties	1		
รวม			
Negative Ranks	0	.00	
Positive Ranks	10	55.00	2.809*
ties	0		

*p<.05

T = Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

จากตารางที่ 14 ผลจากการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว พบว่า คะแนนความพึงพอใจหลังการจัดบริการพยาบาลฯ สูงกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความต่างของคู่ลำดับความพึงพอใจของพยาบาลผ่าตัด ก่อนและหลังการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ความพึงพอใจของพยาบาล		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9	คนที่ 10	T
1. ด้านความสำเร็จ	Post-test	43	45	38	45	44	37	42	41	37	42	2.655*
	Pre-test	28	39	39	39	40	30	35	40	35	34	
	Di	+15	+6	-1	+6	+4	+7	+7	+1	+2	+8	
2. ด้านอำนาจในการทำงาน	Post-test	23	20	20	25	24	19	20	19	20	22	2.387*
	Pre-test	13	18	20	20	20	15	18	20	20	19	
	Di	+10	+2	0	+5	+4	+4	+2	-1	0	+3	
3. ด้านสัมพันธภาพ	Post-test	39	34	33	39	39	34	35	34	32	34	2.673*
	Pre-test	27	28	31	34	32	27	30	32	32	30	
	Di	+12	+6	2+	+5	+7	+7	+5	+2	0	+4	
รวม	Post-test	105	99	91	109	107	90	97	94	89	98	2.809*
	Pre-test	68	85	90	93	92	72	83	92	87	83	
	Di	+37	+14	+1	+16	+15	+18	+14	+2	+2	+15	

*p<.05

T = Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

จากตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเกือบทุกคนและทุกด้าน ยกเว้นพยาบาลคนที่ 3 ที่คะแนนความพึงพอใจด้านความสำเร็จหลังการทดลองลดน้อยลง 1 คะแนน และพยาบาลคนที่ 8 คะแนนความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงานหลังการทดลองลดน้อยลง 1 คะแนนเช่นกัน

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบ
บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จำแนกเป็นรายชื่อ

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนการจัดรูปแบบ		หลังการจัดรูปแบบ		T
	บริการพยาบาลผ่าตัดที่		บริการพยาบาลผ่าตัดที่		
	เน้นการดูแลครอบครัว		เน้นการดูแลครอบครัว		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ					
1. ท่านมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับบริการพยาบาลที่ดี	4.60	.52	4.90	.32	1.732
2. ท่านมีโอกาสส่วนกันทำงานให้มี ประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมา ก่อน	3.70	.68	4.40	.52	2.070*
3. ท่านได้ทำงานที่แตกต่างจาก พยาบาลผ่าตัดทั่วไป	3.60	.84	4.70	.48	2.232*
4. ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถใน การแก้ปัญหาการทำงาน	4.20	.42	4.20	.42	.000
5. ท่านได้ทำงานที่ทำให้หายความ สามารถ	3.70	.48	4.30	.68	2.449*
6. ท่านพึงพอใจในความสำเร็จของ งาน	3.70	.68	4.60	.52	2.530*
7. ท่านภาคภูมิใจในการให้การ พยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ	4.20	.79	4.80	.42	2.121*
8. ท่านภาคภูมิใจในการให้การ พยาบาลที่ทำให้ครอบครัวพึงพอใจ	4.00	.94	4.80	.42	2.060*
9. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อได้ ให้บริการพยาบาล	4.20	.63	4.70	.48	1.890

*p<.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบ
บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนการจัดรูปแบบ		หลังการจัดรูปแบบ		T
	บริการพยาบาลผ่าตัดที่		บริการพยาบาลผ่าตัดที่		
	เน้นการดูแลครอบครัว		เน้นการดูแลครอบครัว		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ความพึงพอใจด้านอำนาจในการ					
ทำงาน					
10. ท่านพึงพอใจในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	3.70	.48	4.20	.42	2.236*
11. ท่านพึงพอใจที่ได้รับผิดชอบร่วมกันในการให้บริการพยาบาล	3.80	.42	4.30	.48	2.236*
12. ท่านพึงพอใจที่ได้บริหารจัดการเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาล	3.60	.70	4.30	.48	2.121*
13. ท่านสามารถจูงใจผู้ร่วมงานให้ร่วมกันทำงานตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน	3.40	.52	4.10	.74	2.111*
14. ท่านสามารถควบคุมการทำงานให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด	3.80	.92	4.30	.48	-1.414
ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ					
15. ผู้ร่วมงานให้การยอมรับในความรู้ความสามารถของท่าน	3.80	.42	4.30	.68	1.890
16. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้ทำงานร่วมกับคนอื่นในห้องผ่าตัด	3.30	.68	4.30	.48	2.714*
17. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน	3.90	.32	4.40	.52	2.236*

*p<.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบ บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนการจัดรูปแบบ		หลังการจัดรูปแบบ		T
	บริการพยาบาลผ่าตัดที่		บริการพยาบาลผ่าตัดที่		
	เน้นการดูแลครอบครัว		เน้นการดูแลครอบครัว		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
18. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	4.10	.32	4.70	.48	2.449*
19. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	3.80	.42	4.60	.52	2.271*
20. ท่านยินดีช่วยเหลือผู้ร่วมงานเมื่อมีการผ่าตัดฉุกเฉิน	4.10	.32	4.50	.53	2.000*
21. เมื่องานประสบความสำเร็จท่านยินดีให้เครดิตกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานนั้น	3.90	.57	4.40	.52	1.890
22. พยาบาลผ่าตัดมีความเข้าใจในเป้าหมายของหน่วยงานร่วมกัน	3.40	.70	4.10	.32	2.121*

*p<.05

T = Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

จากตารางที่ 16 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลองส่วนใหญ่ 16 ข้อ เพิ่มขึ้นจากก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดหลังการทดลอง ได้แก่ พยาบาลผ่าตัด พึงพอใจที่ได้มุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการพยาบาลที่ดี ($\bar{X}= 4.90 \pm .32$) ส่วนข้อที่พยาบาลผ่าตัดมีความพึงพอใจน้อยที่สุด แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความพึงพอใจด้านความสามารถในการจูงใจผู้ร่วมงานให้ร่วมกันทำงานตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ($\bar{X}= 4.10 \pm .74$) และความพึงพอใจในด้านความเข้าใจในเป้าหมายของหน่วยงานร่วมกัน ($\bar{X}= 4.10 \pm .32$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มพยาบาลผ่าตัดที่ร่วมในการจัดและให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ
2. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการ ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ
2. ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ
3. ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป และพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานประจำที่ห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ห้องผ่าตัดศัลยกรรม แ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 40 คู่ รวม 80 คน โดยผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มผู้ป่วยให้มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดตามลักษณะ เพศ อายุ และการผ่าตัด ส่วนครอบครัวผู้ป่วยจับคู่ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ปฏิบัติงานประจำที่ห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้นศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ บ.ค.1 โครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ในการดำเนินโครงการ การจัดบริการพยาบาล และให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) บ.ค. 2 แผนการสอนพยาบาล บ.ค. 3 คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว บ.ค. 4 วิดีทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป บ.ค. 5 คู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด และบ.ค. 6 แบบประเมินผล การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

2. **เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง** ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ บ.ค. 1.1 ใบงานกิจกรรมในการอภิปรายกลุ่มของพยาบาลผ่าตัด บ.ค.1.2 ใบงานการฝึกทดลองจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว บ.ค. 2.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังอบรม บ.ค. 3.1 ใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และ บ.ค. 3.2 แบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย** มี 3 ชุด ได้แก่ บ.ค. 7 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย บ.ค. 8 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว และ บ.ค. 9 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยเริ่มจาก วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ด้วยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและครอบครัว เลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยก่อนผ่าตัด 1 วันผู้วิจัยขออนุญาตในการวิจัยจากกลุ่มควบคุม แล้วให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลอง

ในวันผ่าตัดผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลผ่าตัดจากพยาบาลตามปกติ

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง โดยได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

2. กลุ่มทดลอง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและครอบครัว เลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนด ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมเป็นคู่ ๆ ตามลักษณะเพศ อายุ และการผ่าตัด ส่วนครอบครัวจับคู่ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยต้องมีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง เท่านั้น โดยก่อนผ่าตัด 1 วันผู้วิจัยขออนุญาตในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการทดลอง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ในวันผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว หลังการทดลอง

2.2 พยาบาลผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แล้วพยาบาลผ่าตัดได้รับการฝึกอบรมตามแผนการสอนพยาบาล แล้วดำเนินตามโครงการการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว หลังจากนั้นเมื่อดำเนินการทดลองจนกระทั่งได้จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มทดลองครบทั้ง 20 คนแล้ว ผู้วิจัยให้พยาบาลผ่าตัดประเมินความพึงพอใจหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวอีกครั้งหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย คะแนนความวิตกกังวลของครอบครัว และคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที (t-test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed ranks test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล ผลการวิจัยมีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ตารางที่9) โดยค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของครอบครัวในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12) โดยค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งระบุว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ

3. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 14) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลโดย

รวมและรายด้าน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งระบุว่า ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่าความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 โดยค่าความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองของผู้ป่วย ที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมีผลทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล เมื่อพิจารณาอธิบายได้ว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ใช้แนวความคิดการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) ร่วมกับบูรณาการ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีของ Roach (1993) ทำให้จัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และให้บริการได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

การจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ คำแนะนำจากพยาบาลผ่าตัดในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ได้ฝึกทักษะการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารขา ได้ทราบขั้นตอนและเห็นภาพการดูแลจากวีดิทัศน์ รวมทั้งได้ทราบกำหนดเวลาในการทำผ่าตัดและระยะเวลาในการทำผ่าตัดโดยประมาณ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการรับรู้และเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด จึงช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ ถึงแม้ว่าการศึกษานี้เน้นเฉพาะการให้บริการก่อนผ่าตัด ดังเช่น การศึกษาของ Morrell (2001) ที่ได้ศึกษาผลการสอนก่อนผ่าตัด ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ Peterson (1991) ที่ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนทำการสวนหัวใจ จากการสังเกตผู้ป่วย 72 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการ

สอน กลุ่มได้รับการสร้างสัมพันธ์ภาพ และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนและกลุ่มที่ได้รับการสร้างสัมพันธ์ภาพ มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ พยาบาลผ่าตัดยังได้แนะนำวิธีการที่ครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วย ก่อนที่จะเข้าห้องผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดและช่วยเหลือกัน ดังที่ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองคนที่ 2 ได้แสดงความคิดเห็นว่า “การที่ได้เข้าร่วมโครงการนี้ ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการเสริมสร้างกำลังใจผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และเกิดความมั่นใจที่จะรับการผ่าตัด” สอดคล้องกับที่ Suchmann, Botelho and Walker(1998) กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนั้นเป็นภาวะวิกฤต ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการ (Robert, 1976 อ้างถึงใน มารยาท วัชรเกียรติ, 2536: 6) ดังนั้นการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวจึงช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้

การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัดที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้ใช้สื่อวีดิทัศน์ ที่ผู้วิจัยและกลุ่มพยาบาลผ่าตัดร่วมกันสร้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นภาพ พร้อมกับเสียงคำบรรยาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์นั้นเป็นการเรียนด้วยการเห็น การได้ยิน ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 75 ที่ได้จากการฟังอย่างเดียว และร้อยละ 40 จากการมองเห็นอย่างเดียว (Fletcher, 1990 อ้างถึงใน วิธนา จีระแพทย์, 2544) ดังที่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลาย ๆ คน ได้กล่าวว่า “หลังจากดูวีดิทัศน์แล้ว ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ด้วย รู้สึกว่ามีประโยชน์มาก ทำให้คลายความวิตกกังวลด้วย” ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ayrat et al. (2002) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้วย วีดิทัศน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความทนต่อการชะล้างข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ดูวีดิทัศน์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงครึ่งหนึ่ง ความทนต่อการชะล้างข้อเข่าทนกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ผู้วิจัยได้สำรวจความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Pilot study) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นต้น

2. ผลการทดลอง พบว่า ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีผลทำให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดโดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัว จัดว่าเป็นการจัดบริการที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการให้บริการผ่าตัด เพราะสามารถดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัว ช่วยลดความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน

เมื่อพิจารณา พบว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ ครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในด้านข้อมูลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวนั้น ทำให้ครอบครัวได้ทราบเหตุการณ์ตามความเป็นจริง ไม่คิดไปเองในทางที่น่ากลัว อีกทั้งพยาบาลผ่าตัดได้แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ที่ครอบครัวสามารถติดต่อพยาบาลได้โดยตรงขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด ช่วยให้ครอบครัวมีช่องทางในการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และในระยะหลังผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นนั้นพยาบาลก็ได้แจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบทันที ทำให้ครอบครัวมีความหวังในการรอคอยและลดความวิตกกังวล ดังเช่น ครอบครัวกลุ่มทดลองคู่ที่ 12 ได้กล่าวว่า “รู้สึกคลายความวิตกกังวลเมื่อได้รับการพยาบาลแบบนี้ ซึ่งดีมาก มีความสบายใจ” อีกทั้งการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ พยาบาลผ่าตัดได้สนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ครอบครัวผู้ป่วยได้เห็นการทำงานของพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี จึงทำให้ครอบครัวลดความวิตกกังวล และเมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวหลังการทดลอง พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 95 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีผลให้ระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว น้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ถึงแม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะมุ่งศึกษาการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเฉพาะในขณะรอผ่าตัดเท่านั้น ดังเช่น การศึกษาของ Leske (1995) ซึ่งได้ศึกษาผลของการรายงานความก้าวหน้าของการผ่าตัดแก่ครอบครัวขณะรอผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีอัตราการเดินของหัวใจต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ (2544) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวขณะรอผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสภาพการณ์ตามปกตินั้น การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้มีน้อยมาก โดยเฉพาะในขณะที่ครอบครัวรอผู้ป่วยผ่าตัดพยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเมื่อครอบครัวสอบถามเท่านั้น แต่การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวที่ใช้ในการวิจัยนี้ ครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากพยาบาลตามขั้นตอนที่เป็นจริงในทุกๆระยะตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสมกับครอบครัว เป็นสิ่งที่จำเป็นอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ครอบครัวลดความวิตกกังวล และการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนั้น ยังเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นับเป็นการนำแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย (ทศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540: 112) นอกจากนี้การที่ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมและรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้ครอบครัวค่อย ๆ ยอมรับ และมีการเตรียมความพร้อมในการที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้ หากการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ของครอบครัว และนำแนวคิดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวไปใช้ทั้งองค์การ

3. ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล หลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าความพึงพอใจของพยาบาล หลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวในทุกด้าน นั่นคือ พยาบาลมีความพึงพอใจในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ในระดับสูงกว่า ($\bar{X} = 97.90 \pm 7.17$ จากคะแนนเต็ม 110) ก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ($\bar{X} = 84.50 \pm 8.53$ จากคะแนนเต็ม 110)

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น เมื่อพิจารณากระบวนการจะ

เห็นว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนั้น ผู้วิจัยได้ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการฯ ทำให้พยาบาลผ่าตัดได้มีโอกาสร่วมกันจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวขึ้น โดยพยาบาลได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดให้จัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นงานที่สำคัญ ทำทนายความสามารถของพยาบาล ทำให้พยาบาลได้เพิ่มคุณค่าของตนเอง และอยากทำงานให้สำเร็จ มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ทุ่มเทและเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ตามความรับผิดชอบ ผลลัพธ์คือพยาบาลมีความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา พรหมตุ่น (2545) ได้ศึกษาโครงการฝึกอบรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมพร พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ได้บังคับบัญชา รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ ขอบเขต และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในการให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว รวมทั้งได้รับความอิสระในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวด้วย มีผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น หากพิจารณาความพึงพอใจของพยาบาลผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล พบว่า ระดับความพึงพอใจจะแตกต่างกัน โดยพยาบาลผ่าตัด ร้อยละ 60 มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในระดับที่ใกล้เคียงกัน (14-18 คะแนน) แต่มีพยาบาลผ่าตัด 1 คนที่ระดับความพึงพอใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากถึง 37 คะแนน ในขณะที่พยาบาลอีก ร้อยละ 30 ระดับความพึงพอใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (1-2 คะแนน) การที่ระดับความพึงพอใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างกันนั้นอธิบายได้ว่าขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ เช่น ขึ้นอยู่กับระดับความพึงพอใจก่อนการทดลองของพยาบาลแต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลผ่าตัดคนที่ระดับความพึงพอใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากถึง 37 คะแนนนั้น มีระดับความพึงพอใจก่อนการทดลองค่อนข้างต่ำ (68 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มที่มีระดับความพึงพอใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อยนั้น มีระดับความพึงพอใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (87-92 คะแนน) นอกจากนี้ยังอาจขึ้นอยู่กับระดับการมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวด้วย โดยพยาบาลที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการมาก ก็อาจทำให้มีความพึงพอใจในการให้บริการหลังการทดลองมากขึ้นด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของพยาบาลผ่าตัดแต่ละคนก็อาจแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ และระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการพยาบาลขณะดำเนินการทดลอง ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้เวลาในการดำเนินโครงการฯ เป็นเวลานาน 9 สัปดาห์ สอดคล้องกับที่ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2546) ได้กล่าวไว้ว่า ในการพัฒนาคุณภาพบริการนั้น ทุกคนต้องแสดงควมมีส่วนร่วมอย่างธรรมชาติ และต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง สอดประสานอยู่ในบทบาทของพยาบาลทุกคน และเมื่อพิจารณาระดับความพึง

พอใจหลังการทดลองแล้ว พบว่า คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดบริการพยาบาลฯ สูงกว่าคะแนนความพึงพอใจ ก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน จึงอาจสรุปได้ว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ มีผลทำให้พยาบาลผ่าตัดพึงพอใจ ในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

นอกจากนี้ การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดพฤติกรรมศาสตร์ของ Roach (1993) มาใช้ในการให้การพยาบาล ทำให้พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความไว้วางใจ พยาบาลเกิดความรู้สึกภูมิใจ สุขใจที่ได้ให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และก่อนการจัดบริการตามแนวคิดการดูแลครอบครัว พยาบาลยังได้รับความรู้จากการฝึกอบรม ตามโครงการการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ซึ่งจากการเปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จึงอาจสรุปได้ว่าการที่พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ดังนั้นความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

หากพิจารณาถึง ความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวเป็นรายด้านก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยพยาบาลมีความพึงพอใจหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน และความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ

ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ พยาบาลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ดังที่ Robbins (2001: 80) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานก่อให้เกิดผลผลิตสูง ดังนั้นการสร้าง ความพึงพอใจในการทำงานจึงเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความสมัครใจ และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดยังมีอิสระในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแล

ครอบครัว สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับที่ Slavit et al. (1978) กล่าวว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพคือ ปัจจัยด้านความอิสระในการทำงาน ปัจจัยด้านความต้องการของงาน หรือลักษณะงาน คือ ได้ปฏิบัติงานที่ทำหายความสามารถ ได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งพยาบาลผ่าตัดก็ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี ช่วยลดความวิตกกังวล ดังนั้นความพึงพอใจของพยาบาลในด้านความต้องการความสำเร็จ หลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แต่ผลการวิจัยนี้แตกต่างจาก Bateman and Snell (2002: 430) ที่ได้ให้ความคิดเห็นไว้ว่า ความพึงพอใจของบุคลากรนั้นไม่จำเป็นต้องทำให้เกิดผลผลิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความพึงพอใจในงาน บางครั้งบุคคลมีความสุขในงานเพราะเขาไม่ต้องทำงานหนัก ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนั้น ถึงแม้ว่าจะเป็นการเพิ่มภาระงานของพยาบาล แต่ก็ยังคงทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลมากขึ้น

ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน รวมถึงด้านความรับผิดชอบ ซึ่งการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ พยาบาลผ่าตัดได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการจัดบริการพยาบาล และร่วมกันจัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงทำให้พยาบาลผ่าตัดรู้สึกพึงพอใจในการให้บริการ สอดคล้องกับที่ Larson, Lee, Brown, and Shorr (1984) พบว่า ความอิสระในการทำงาน และการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในงาน ถึงแม้ว่าการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวนี้ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น พยาบาลผ่าตัดก็ยังคงมีความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว สอดคล้องกับที่ Robbins (2001: 82) กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการยอมรับในงานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มขึ้นทำให้มีความพึงพอใจในการทำงาน ดังนั้นความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงานหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงมากกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ พยาบาลผ่าตัดได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้สึกพึงพอใจในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สอดคล้องกับ Robbins (1998: 152) กล่าวว่า ความเป็นมิตร และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดที่มาร่วมในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้ทำงานร่วมกันมานานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ทำให้เกิดความสนิทสนม และพร้อมที่จะร่วมกันทำงาน สอดคล้องกับที่ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535: 151) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วม

งานทำให้คนเรามีความสุขในที่ทำงาน สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนจึงเป็นความสำคัญและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ดังนั้นความพึงพอใจของพยาบาลด้านสัมพันธภาพหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว จึงมากกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สนับสนุนแนวคิดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว กล่าวคือ การให้บริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นกว่าการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ ซึ่งเมื่อพยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานก็จะให้การพยาบาลที่ดี ทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ พยาบาลได้รับการยอมรับทั้งจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและครอบครัวให้การยกย่องชมเชย ส่งผลให้พยาบาลได้รับผลตอบแทนจากหน่วยงานทั้งด้านรางวัล และการสนับสนุนให้มีความก้าวหน้า ในขณะที่เดียวกันผลจากการได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ก็ทำให้นุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานยิ่งขึ้น ดังนั้น ความพึงพอใจในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจและประเมินความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นระยะ ๆ เมื่อพยาบาลมีความพึงพอใจในการให้บริการแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี คลายความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นกลับสู่สภาพปกติเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้วย

แต่ในการริเริ่มโครงการใดๆก็ตาม สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ต้องคำนึง คือ มีการทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกคนให้รับทราบขั้นตอนการปฏิบัติ มีความเข้าใจและปฏิบัติไปในแนวเดียวกัน ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวจึงทำให้พยาบาลผ่าตัดมีความเข้าใจ และเต็มใจที่จะดำเนินการ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการพยาบาลที่ดีและลดความวิตกกังวล เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลเกิดแนวทางที่ชัดเจนในการวางแผนการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากร ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุง / พัฒนาการให้บริการพยาบาลต่าง ๆ ในหน่วยงาน โดยเริ่มต้นจากการระดมสมอง ร่วมกันหาโอกาสพัฒนา

เพื่อให้เกิดความคิดที่สร้างสรรค์ มีความราบรื่นในการดำเนินงาน และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่สามารถดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วย ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ทำให้พยาบาลผ่าตัดมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ควรนำแนวคิดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเด็ก กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว กลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องรับการผ่าตัดฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (Day care surgery) เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มที่มาใช้บริการผ่าตัด
2. ควรศึกษาการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อตัวแปรอื่น เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของครอบครัว และนำมาปรับปรุงให้เกิดประโยชน์เหมาะสม ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา ออประเสริฐ. 2541. กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 3** (มกราคม-มิถุนายน): 1-5.
- กุลธิดา พรหมตุน. 2545. **โครงการฝึกอบรม เรื่องการบริหารแบบมีส่วนร่วม สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ชนิษฐา นาคะ. 2534. **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. 2534. **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. 2540. **ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22 (2): 110-115.**
- ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร. 2544. **การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ประคอง กรรณสูต. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2535. **จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพฯ.**
- ปานตา อภิรักษ์นภานนท์. 2542. **ผลของการพยาบาลตามแนวคิด 5 ซีของโรชที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- พยอม อยู่สวัสดิ์. 2539. **การดูแล: แนวคิด และทฤษฎีการพยาบาลเพื่อมนุษยนิยม วารสารพยาบาลศาสตร์ 14 (1): 26-32.**

- พวงรัตน์ บุญญานุกักร์. 2546. ทิศทางการบริหารคุณภาพการพยาบาลไทยสู่สากล. ใน **นานาสาระการบรหาร**, หน้า 44-52. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พี เอ ลีฟวิ่ง.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. **สาระการบรหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ภัสพร ขำวิชา. 2534. **ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารยาท วัชรเกียรติ. 2536. **ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้** กรุงเทพมหานคร : วีเจพรีนติ้ง.
- วรรณวิมล คงสุวรรณ, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ. 2545. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 7 (1): 56-64.
- วีณา จีระแพทย์. 2544. **สารสนเทศทางการพยาบาล&ทางสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริกุล จันทุม. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าพยาบาล กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิตติการผ่าตัดศัลยศาสตร์ หน่วยเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2545. **สถิติผู้ป่วยประจำปี 2545**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพันธ์ หิญาธีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ. 2544. ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 6 (1): 42 – 51.
- สมยศ นาวิการ. 2545. **การบริหารแบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ.

สมศิริ พรหมทอง. 2545. ผลของการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้แฟ้มสะสมผลงาน ต่อ ความพึงพอใจในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สัมฤทธิ์ กางเพ็ง. 2545. รูปแบบการมีส่วนร่วมในสถานศึกษา. วารสารวิชาการ 5 (4): 8-13.

สุชญา โจนดำรงค์. 2542. การลดระยะเวลารอและการพยาบาลเพื่อตอบสนองของความต้องการ ของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด. การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 เรื่องพยาบาลห้องผ่าตัด: บทบาทเชิงรุก, หน้า 63 – 73. ณ ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพมหานคร.

สุนันทา ตั้งปณิธานดี. 2544. ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อความวิตก กังวล ขณะเผชิญของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาพร รอดถนอม. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการ บริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการวิทยาลัย กับประสิทธิผลองค์การ ตาม การรับรู้ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2534. กระบวนการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Antai, D. 1995. Psychiatric nursing: Biological and behavior concept. London: W.B. Saunders.

Anthony, W. P. 1978. Participative management. Massachusetts: Addison-Wesley.

Atkinson, L. J., and Fortunato, N. H. 1996. Operating room technique. 8th ed. St Louis: Mosby.

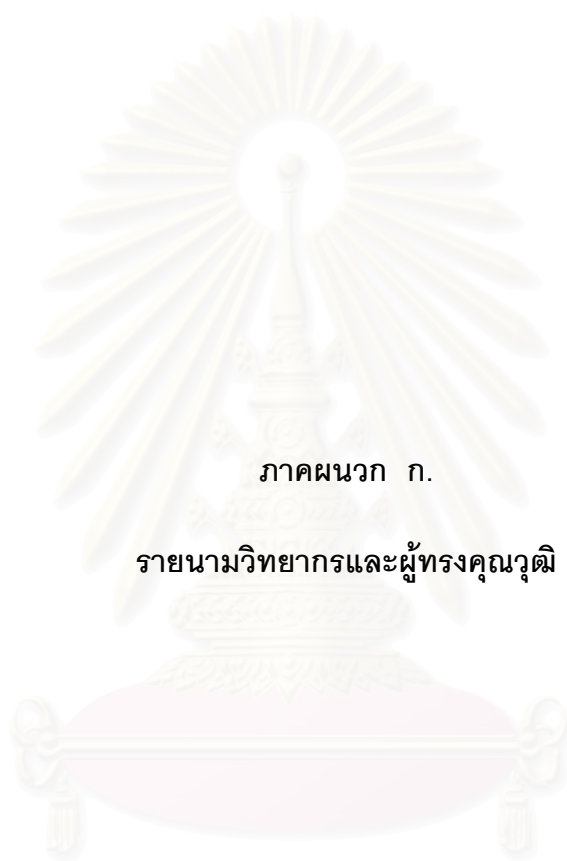
Augustin, P., and Hains, A. A. 1996. Effect of music on ambulatory surgery patients' preoperation anxiety. AORN 63 (4): 750 – 758.

- Ayral, X., et al. 2002. Effects of video information on preoperative anxiety level and tolerability of joint lavage in knee osteoarthritis. **Arthritis Rheum** 47 (4): 380-382.
- Baker, C. F., Garvin, B. J., Kennedy, C. W., and Polivka, B. J. 1993. The effect of environmental sound and communication on CCU patients' heart rate and blood pressure. **Research in Nursing & Health** 16 (6): 415-421.
- Bateman, T. S., and Snell, S. A. 2002. **Management: Competing in the new era**. 5th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Carmody, S., Hickey, P., and Bookbinder, M. 1991. Perioperative needs of families. **AORN** 54 (3): 561-567.
- Carr, E. C. J. 1990. Postoperative pain: Patients' expectations and experiences. **Journal of Advanced Nursing** 15 (1): 89-100.
- Clarke, J. B., and Wheeler, S. J. 1992. A view of the phenomenon of caring in nursing practice. **Journal of Advanced Nursing** 17 (nov): 1283-1290.
- Cook, C. W., Hunsaker, P. L., and Coffey, R. E. 1997. **Management and organizational behavior**. 2nd ed. Chicago: McGraw-Hill.
- Coping with the stress of surgery. 2001. **AORN** 73 (5): 946 – 951.
- Cupples, S. A. 1991. Effects of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. **Heart & Lung** 20 (6): 654-660.
- Domar, A. D., Everett, L. L., and Keller, M. G. 1989. Preoperative anxiety: Is it a predictable entity? **Anesth Analg** 69 (6): 763-767.
- Fitzsimmons, J. A., and Fitzsimmons, M. J. 2001. **Service management: Operations, strategy, and information technology**. 3rd ed. Boston: McGraw-Hill.
- Fredericson, K. 1989. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. **Heart & Lung** 18 (6): 617-622.
- Grieve, R. J. 2002. Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. **Br J Nurs** 11 (10): 670-678.
- Griffin, R. W. 1996. **Management**. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin.

- Harkness, G. A., and Dincher, J. R. 1999. **Medical surgical nursing: Total patient care.** 10th ed. St. Louis: Mosby.
- Haun, M., Mainous, R. O., and Looney, S. W. 2001. Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. **Behav med** 27 (3): 127-132.
- Herzberg, F., Mausner, B., and Synderman, B. B. 1993. **The motivation to work.** New Jersey: Transaction.
- Huphes, S. 2002. The effects of giving patients pre-operative information. **Nurs Stand** 16 (28): 33-37.
- Hyde, R., Bryden, F., and Asbury, A. J. 1998. How would patients prefer to spend the waiting time before their operations. **Anesthesia** 53 (2): 192 –195.
- Kaempf, G., and Amodei, M. E. 1989. The effect of music on anxiety. **AORN** 5 (1): 112-118.
- Kathol, D. K. 1984. Anxiety in surgical patients' families. **AORN** 40 (1): 131-137.
- Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., and Scheidegger, D. 2000. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. **International Anesthesia Research Society** 90 (3): 706-712.
- Kneisl, C. R. 1992. Stress, anxiety, and coping. In Wilson, H. S., and Kneisl, C.R. (eds.), **Psychiatric nursing**, 4th ed., pp79-98. California: Addison-Wesley.
- Larson, E., Lee, P. C., Brown, M. N., and Shorr, J. 1984. Job satisfaction: Assumptions and complexities. **JONA** 14 (1): 31-37.
- Leininger, M. 1981. **Caring: An essential human need.** New Jersey: Charles B. Slack.
- Leininger, M. 1996. Cultural care theory, research and practice. **Nursing science Quarterly** 9 (Summer): 9-15.
- Leske, J. S. 1995. Effects of intraoperative progress reports on anxiety levels of surgical patients, family members. **Applies Nursing Research Journal** 8 (4): 169 -173.
- McGee, R. F. 1993. **Caring nursing.** 3rd ed. London: Jones and Bartlett.
- Messner, R. L. 1993. What patients really want from their nurses. **AJN** 93 (8): 38-41.
- Morrell, G. 2001. Effects of structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataract surgery. **Insight** 26 (1): 4-9.

- Peterson, M. 1991. Patient anxiety before cardiac catheterization: An intervention study. **Heart & Lung** 20 (6): 643-647.
- Phipps, W. J., Cassmeyer, V. L., Sands, J. K., and Lehman, M. K. 1995. **Medical surgical nursing: Concepts and clinical practice**. 5th ed. St.Louis: Mosby.
- Pierantognetti, P., Covelli, G., and Vario, M. 2002. Anxiety, stress and preoperative surgical nursing. **Prof Inferm** 55 (3): 180-191.
- Potinkara, H., and Paunonen, M. 1996. Alleviating anxiety in nursing patients' significant others. **Intensive and Critical Care Nursing** 12 (6): 327-334.
- Raleigh, E. H., Lepczyk, M., and Rowley, C. 1990. Significant others benefit from preoperative information. **Journal of Advanced Nursing** 15 (8): 941-945.
- Roach, M. S. 1993. **The human act of caring**. Ottawa Ontario: Canadian Hospital Association.
- Robbins, S. P. 1998. **Organizational behavior**. 8th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Robbins, S. P. 2001. **Organizational behavior**. 9th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Rothrock, J. C. 1996. **Perioperative nursing care planning**. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Sashkin, M. 1984. Participative management: Is an ethical imperative. **Organizational Dynamics** 12 (4): 5-22.
- shives, L. R. 1994. **Basic concept of psychiatric mental health nursing**. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Slavit, D. B., Stamps, P. L. 1978. Nurse satisfaction with their work situation. **Nursing Research** 27: 114-120.
- Spielberger, C. D. 1983 . **The measurement of State and Trait Anxiety: Conceptual and methodological issue in emotion**. New York: Ravan Press.
- Stuart, G. W., and Sundeen, S. J. 1995. **Principles and practice of psychiatric nursing**. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Suchman, A. L., Botelho, R. J., and Walker, P. H. 1998. **Partnerships in healthcare: Transforming relational process**. New York: University of Rochester Press.
- Swansburg, R. C. 1996. **Management and leadership for nurse managers**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett.

- Swansburg, R. C. 2002. Decentralization and participatory management. In Swansburg, R. C., and Richard, R. J. (eds.), **Management and leadership for nurse managers**, 3rd ed., pp. 359-382. Boston: Jones and Bartlett.
- Thelander, B. L. 1997. The psychotherapy of Hildegard Peplau in the treatment of people with serious mental illness. **Perspectives in Psychiatric Care** 33 (3): 24-32.
- Topp, R., Walsh, E., and Sanford C. 1998. Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? **AORN** 67 (4): 852-861.
- Toogood, L. 1999. While - knuckle side to theatre. **Nurs times** 95 (14): 50-51.
- Vacarolis, E. M. 1998. **Foundations of psychiatric mental health nursing**. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Walding, M, F. 1991. Pain, anxiety and powerlessness. **Journal of Advanced Nursing** 16 (4): 388-397.
- Walker, J. A. 2002 . Emotion and psychological preoperative preparation in adults. **British Journal of Nursing** 11 (8): 567-575.
- Watson, J. 1985. **Nursing: Human science and human care**. Norwalk: Appleton Century Crafts.
- Wilson - Barnett, J. 1992. Anxiety. In Brooking, J. I., Riher, S. A. H., and Thomas, B. L. (eds.), **A textbook of psychiatric and mental health nursing** , pp. 373 - 383. New York: Churchill Livingstone.
- Winter, M. J., Paskin, S., and Baker, T. 1994. Music reduces stress and anxiety of patients in the surgical holding area. **Journal of Post Anesthesia Nursing** 9 (6) : 340 – 343.
- Yung, P. M. B., Chui-Kam, S., French, P., and Chan, T. M. F. 2002. A controlled trial of music and preoperative anxiety in Chinese men undergoing transurethral resection of the prostate. **Journal of Advanced Nursing** 39 (4): 352-359.



ภาคผนวก ก.

รายนามวิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามวิทยากรในการอบรมพยาบาล

1. รศ. สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. นางปานตา อภีร์กษณ์ภานนท์ หัวหน้าหอผู้ป่วยผ่าตัดสีรินธร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชุดเครื่องมือที่ตรวจสอบ

- ส.ค. 1 โครงการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค. 2 แผนการสอนพยาบาล
- ส.ค. 2.1 การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน
- ส.ค. 2.2 การประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach (1993) ในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค. 2.3 การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค. 2.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการอบรมเรื่อง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค. 3 คู่มือ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค. 3.1 ใบรายการ กิจกรรมการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค.3.2 แบบรายงานตนเองในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ส.ค. 5 คู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด
- ส.ค. 9 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. รศ. สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ | รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2. รศ. พินิจ ปรีชานนท์ | รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. ผศ. ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 4. นางสาวภรณ์ ประกอบกิจ | ผู้ช่วยหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 5. นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยผ่าตัดสีรินธร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ชุดเครื่องมือที่ตรวจสอบ

ชุดวีดิทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด

ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. รศ. วิณา บัลลังก์โพธิ์ | หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 2. อาจารย์ไพยม บัลลังก์โพธิ์ | อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 3. นางสาวบงกช ทองวรินทร์ | หัวหน้างานโสตทัศนศึกษา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างเครื่องมือในการทดลอง
และตัวอย่างเครื่องมือในการประเมินผลการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการ

การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ห้องผ่าตัดศัลยกรรม งานการพยาบาลผ่าตัด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันแม้ว่าการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมีความปลอดภัยสูง เนื่องจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางศัลยกรรมและการดูแลที่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยมาก แต่ก็ยังคงทำให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและครอบครัว รู้สึกกลัว วิตกกังวลเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัด จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบข้อมูล ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ลดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด จึงควรจัดให้มีควบคู่ไปกับการให้บริการพยาบาล ผู้ป่วยในห้องผ่าตัดด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เป็นแนวความคิดจัดบริการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี ทั้งในระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เน้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดบริการพยาบาล ทำให้พยาบาลทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้การปฏิบัติมีความเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของบุคลากร ยังมีผลให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว มั่นใจ ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนา การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
2. เพื่อนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด
3. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

ที่ปรึกษาโครงการ

รองศาสตราจารย์วัฒนา บัลลังก์โพธิ์

หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นางสาวหิรัญญา ศรีศักดิ์พงษ์

หัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผ่าตัด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นางรัตนา หวานวารี่

หัวหน้าหน่วยห้องฟักฟื้นศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผ่าตัด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องรับ-ส่ง ห้องผ่าตัด และห้องฟักฟื้นศัลยศาสตร์
ที่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ 10 คน ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1. นางสาวรุ่งจิต เต็มศิริกุลชัย | พยาบาลระดับ 6 |
| 2. นางจิตาภา จารุสินธุ์ชัย | พยาบาลระดับ 6 |
| 3. นางประภาพรรณ ประถมบุตร | พยาบาลระดับ 6 |
| 4. นางสาวกานต์ เวชกรณ์ | พยาบาลระดับ 5 |
| 5. นางสาวนทีชา ปิ่นยะกุล | พยาบาลระดับ 4 |
| 6. นางสาวกียาลักษณ์ ทาระลัย | พนักงานมหาวิทยาลัย |
| 7. นางสาวชาลิลา พรหมทอง | พนักงานมหาวิทยาลัย |
| 8. นางสาวกุสุมา อุปการ | พนักงานมหาวิทยาลัย |
| 9. นางสาวเสาวลักษณ์ สุกทัน | พนักงานมหาวิทยาลัย |
| 10. นางสาวปฐมา ตีรณัตถพงษ์ | พนักงานมหาวิทยาลัย |

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ใช้เวลาในการดำเนินโครงการ รวมทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินการ

ดำเนินโครงการ โดยแบ่งขั้นตอนดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว จากตำราวิชาการ วารสาร ฐานข้อมูลจากWeb site และเอกสารต่าง ๆ พร้อมทั้งศึกษาหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) และแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ของ Roach (1993) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

1.2 ปรึกษาขอความเห็นชอบ และความร่วมมือจากหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้าหน่วยห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ และหัวหน้าหน่วยห้องฟักฟื้นศัลยศาสตร์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

การจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการดำเนินโครงการ การจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว (2 ชั่วโมง) แก่พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
2. ฝึกอบรมพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ตามแผนการสอนเรื่องการจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน (2 ชั่วโมง) การประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach(1993)ในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว (2 ชั่วโมง) และการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว (3 ชั่วโมง)
3. พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ร่วมกันอภิปรายและวางแผนดำเนินการ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว (3 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยการเยี่ยมและสอนผู้ป่วยและครอบครัว ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (4 วัน ฝึกทดลองจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นเวลา 4 วัน วันละ 1-2 คน รวมผู้ป่วยในทั้งสิ้น 5 คน) และมีการอภิปรายภายหลังการใช้และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการใช้การจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว ภายหลังการปรับปรุงแก้ไข และประกาศใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการ โดยให้พยาบาลทุกคนในโครงการมีโอกาสใช้ การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวกับผู้ป่วยและครอบครัว คนละอย่างน้อย 2 ราย โดยในช่วง 5 วันแรกของการทดลองจัดบริการ จะมีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ทำการปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้อีก 10 วัน (รวมทั้งสิ้น 15 วัน วันละ 8 ชั่วโมง รวมเป็น 120 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกคนร่วมกันประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับ ข้อดี ข้อเสีย ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว และปรับปรุงวิธีการดำเนินงานให้ดีขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่มีคุณภาพ และลดความวิตกกังวลในการผ่าตัด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน เรื่อง การจัดการพยาบาลในยุคแข่งขัน

- เรื่อง** การจัดการพยาบาลในยุคแข่งขัน
- วิธีการสอน** การบรรยาย
- ผู้สอน** รองศาสตราจารย์สุจินต์ วิจิตรกาญจน์
- ผู้เรียน** พยาบาล ห้องรับส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักรักษาผู้ป่วย
- สถานที่** ห้อง 207 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
วันพุธที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2547 เวลา 14.00-16.00 น
- วัตถุประสงค์** เมื่อฟังบรรยายจบแล้วพยาบาลประจำการสามารถ
1. ตระหนักความสำคัญของการจัดการพยาบาลในยุคแข่งขัน
 2. อธิบายลักษณะของการจัดการพยาบาลในยุคแข่งขัน
 3. ประยุกต์แนวคิดการจัดการพยาบาล ในยุคแข่งขัน ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ (Objective)	เนื้อหา (Content)	กิจกรรมการสอน (Methods)	สื่อการสอน (Media selected)	การประเมินผล (Evaluation)
<p>1. พยาบาลสามารถอธิบายความสำคัญของการจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน</p>	<p>ในสภาวะการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย มีปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการพยาบาลซึ่งเป็นระบบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพโดยรวมมากที่สุด</p> <p>จากข้อเขียนของอัลวิน ทอฟเฟเลอร์ (1992) ในหนังสือ “คลื่นลูกที่สาม” ได้แสดงให้เห็นว่าในศตวรรษที่ 21 นี้ เป็นยุคสังคมเทคโนโลยีข่าวสาร ดังนั้นการบริการสุขภาพควรมีเป้าหมายอยู่ที่การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ และการบริการสุขภาพควรมุ่งที่การบริการอย่างเอื้ออาทรในแนว “สัมผัสใจมนุษย์” จากเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การสัมผัสขั้นสูง (High-tech High-touch) กล่าวคือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>บรรยาย</p> <p>ระดมสมองพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการพยาบาล</p>	<p>Power point</p>	<p>-พยาบาลอธิบายแนวคิดการจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>-พยาบาลบอกปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการพยาบาล ได้อย่างน้อย 3 ปัจจัย</p>

วัตถุประสงค์ (Objective)	เนื้อหา (Content)	กิจกรรมการสอน (Methods)	สื่อการสอน (Media selected)	การประเมินผล (Evaluation)
<p>2. พยาบาลสามารถอธิบายลักษณะของการจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน</p>	<p>จุดเปลี่ยนแปลงงานบริการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ซึ่งจากการวิเคราะห์ประเด็นและปัญหาการบริการสุขภาพและการบริการพยาบาล ทำให้เห็นจุดเปลี่ยนของการบริการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2543: 13-14) ดังนี้..... จะเห็นได้ว่าการจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขันนั้น จะต้องให้ความสำคัญทั้งคุณภาพบริการ ผู้รับบริการ มีการนำแนวคิดต่าง ๆ เช่น แนวคิดการให้บริการ แนวคิดธุรกิจ มาใช้ร่วมกัน รวมทั้งการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการปฏิบัติด้วย ประกอบกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร จึงจะทำให้ การจัดบริการพยาบาลเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ประทับใจต่อการบริการพยาบาล พร้อมทั้งมีการบอกต่อ และเลือกใช้บริการตลอดไป</p>	<p>บรรยาย</p>	<p>Power point</p>	<p>-พยาบาลบอกลักษณะของการจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน ได้อย่างถูกต้อง</p>

แผนการสอน เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลของ Roach
ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว

- เรื่อง** การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลของ Roach ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว
- วิธีการสอน** การบรรยาย อภิปราย
- ผู้สอน** นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์ หัวหน้าหอผู้ป่วยผ่าตัดสีรินธร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ผู้เรียน** พยาบาล ประจำห้องรับส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์
- สถานที่** ห้อง 207 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
วันจันทร์ที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2547 เวลา 14.00-16.00 น
- วัตถุประสงค์** เมื่อฟังบรรยาย จบแล้วพยาบาลประจำการสามารถ
1. อธิบายแนวคิดการดูแลของ Roach ได้
 2. ประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach มาใช้ในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
- ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ (Objective)	เนื้อหา (Content)	กิจกรรมการสอน (Methods)	สื่อการสอน (Media selected)	การประเมินผล (Evaluation)
1. พยาบาลสามารถอธิบายแนวคิดการดูแลของ Roach ได้	<p>การดูแลซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล เป็นเอกลักษณ์และปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับพยาบาล การเจ็บป่วยไม่สามารถเกิดการหายได้ หากปราศจากการดูแล แต่การดูแลสามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่เกิดการรักษา (Leininger, 1981 cited in 1996: 72)</p> <p>การดูแลเป็นการปฏิบัติการพยาบาล มีการแสดงพฤติกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพในการช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกัน ปกป้องบุคคลโดยเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว ด้วยความเมตตา เอื้ออาทร เอาใจใส่ เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพ และการมีคุณภาพที่ดีของบุคคลและครอบครัว</p> <p>แนวคิดการดูแลของ Roach (1993)</p> <p>การพยาบาลตามแนวคิด 5C's ของ Roach หมายถึง.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	บรรยาย	Power point	- พยาบาลสามารถอธิบายแนวคิดการดูแลของ Roach ได้อย่างถูกต้อง
2. พยาบาลสามารถประยุกต์แนวคิดการดูแลของ Roach ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และครอบครัวได้	<p>พฤติกรรมกรรมการดูแลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว ดังนี้.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>-บรรยาย</p> <p>-อภิปราย และ ยกตัวอย่างประกอบ</p> <p>-แจกเอกสารประกอบการสอน</p>	<p>-Power point</p> <p>-เอกสารประกอบการสอน</p>	<p>-พยาบาลสามารถบอกวิธีการนำแนวคิดของ Roach ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์ (Objective)	เนื้อหา (Content)	กิจกรรมการสอน (Methods)	สื่อการสอน (Media selected)	การประเมินผล (Evaluation)
	<p>สรุป พยาบาลผ่าตัดมีทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับทีม ดูแลสุขภาพอื่น พยาบาลเป็นสมาชิกที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิ การดูแล ช่วยเหลือ ทั้งในด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ และ การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว (Rothrock, 1996: 140) ดังนั้นการดูแลที่ดีของพยาบาล</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน เรื่อง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

เรื่อง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

วิธีการสอน การบรรยาย อภิปราย ระดมสมอง

ผู้สอน นางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล

ผู้เรียน พยาบาล ห้องรับส่ง ห้องผ่าตัด และห้องพักรฟื้นศัลยศาสตร์

สถานที่ ห้อง 207 โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

วันพุธที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2547 เวลา 14.00-16.00 น

และวันจันทร์ที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2547 เวลา 14.00-15.00 น

วัตถุประสงค์ เมื่อฟังบรรยายจบแล้วพยาบาลประจำการสามารถ

1. ตระหนักถึงความสำคัญในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว
2. อธิบายแนวคิดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวได้ถูกต้อง
3. นำแนวคิดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ (Objective)	เนื้อหา (Content)	กิจกรรมการสอน (Methods)	สื่อการสอน (Media selected)	การประเมินผล (Evaluation)
<p>1.พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว</p>	<p>ปัจจุบันแม้ว่าการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมีความปลอดภัยสูง เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางศัลยกรรมและการดูแลที่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยมาก แต่ก็ยังคงทำให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและครอบครัว รู้สึกกลัววิตกกังวล.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ระดมสมอง เกี่ยวกับประสบการณ์ในการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนผ่าตัด</p>	<p>Power point</p>	<p>- พยาบาลสามารถบอกถึงผลเสียที่เกิดจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว</p>
<p>2. พยาบาลสามารถอธิบายแนวคิดการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวได้ถูกต้อง</p>	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการ (Robert, 1976 อ้างถึงใน มารยาท วิชาเกียรติ, 2536: 6) ผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>จะเห็นได้ว่าการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้น เริ่มตั้งแต่การที่พยาบาลผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย การสอนก่อนผ่าตัด การพยาบาลแรกรับก่อนผ่าตัด.....</p>	<p>- พยาบาลศึกษาผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยสรุปเอกสารงานวิจัยตัวอย่างที่นำมาอภิปราย</p>	<p>- Power point - เอกสารงานวิจัยตัวอย่างที่นำมาอภิปราย</p>	<p>- พยาบาลอธิบายแนวคิดในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้อง</p>

คู่มือการพยาบาล
การจัดบริการพยาบาลผ่าตัด
ที่เน้นการดูแลครอบครัว



จัดทำโดย

เพชรจิตต์ ภูมิสิริกุล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. ทนิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

คำชี้แจง

คู่มือการพยาบาล “การจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว” จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว และเพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวได้ครบถ้วน เข้าใจง่าย และเป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริง จึงได้จัดทำเทพริดิทัศน์เรื่อง “การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด” ใช้ร่วมกับคู่มือการพยาบาลนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าต้องเข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล ซึ่งเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยนอกจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาจากการผ่าตัดด้วย เช่น กลัวการวางยาสลบ กลัวความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความพิการที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผลของความวิตกกังวล ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก ทำงานมากขึ้น ต้องการยาระงับความรู้สึก ระหว่างการผ่าตัดเพิ่มขึ้น การฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัดนานขึ้น ความวิตกกังวลไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยและต้องได้รับการผ่าตัด จะส่งผลไปสู่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัว บางครั้งมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด การได้รับความรู้และมีการเตรียมตัวล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการผ่าตัดนั้น จะช่วยลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยสังเกตอาการผิดปกติ และช่วยดูแลผู้ป่วยให้การพักผ่อนหลังผ่าตัดกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน โดยการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
คำชี้แจง.....	ก
คำนำ.....	ข
การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว.....	1
ตารางการจัดกิจกรรม การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัด ที่เน้นการดูแลครอบครัว.....	3
วัตถุประสงค์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
เนื้อหาของบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัว	
การบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวก่อนผ่าตัด.....	6
การบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวระหว่างผ่าตัด.....	16
การบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวหลังผ่าตัด.....	23
แผนการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด....	27
บรรณานุกรม.....	28

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
2. เพื่อนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด
3. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

เนื้อหาของคู่มือนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. การบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวก่อนผ่าตัด
2. การบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวระหว่างผ่าตัด
3. การบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวหลังผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทวิดิทัศน์ เรื่อง “การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด”

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
1	LOGO คณะพยาบาลศาสตร์ (ตราพระเกี้ยว) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทย ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	เสียงดนตรี
2	Caption ชื่อเรื่อง การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัวเพื่อรับการ ผ่าตัด	เสียงดนตรี
3	Caption: ชื่อเรื่อง ภาพผู้รับบริการที่ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์	เสียงดนตรี
4	Caption: ผู้ดำเนินงาน -เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล นิสิตหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุนหปราน ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจวิดิทัศน์ -รศ. วิณา บัลลังก์โพธิ์ หัวหน้างานการ พยาบาลผ่าตัด -อาจารย์ไพบม บัลลังก์โพธิ์ อาจารย์พยาบาล -นางสาวบงกช ทองวรินทร์ หัวหน้างาน โสตทัศนศึกษา	เสียงดนตรี
5	Caption : ผู้ร่วมแสดงเทปวิดิทัศน์ 1. นางสาวสุวิรัช รัตนมณีโชติ หัวหน้าหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 2. อาจารย์ไสว นรสาร อาจารย์พยาบาล 3. อาจารย์กิริติกานต์ ป้ายงูเหลื่อม อาจารย์ พยาบาล 4. นางกนกกานต์ กอบกิจสุขมงคล พยาบาล ประจำหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู 5. พยาบาลจากห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น ศัลยศาสตร์ ได้แก่	เสียงดนตรี

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
	-นางสาวรุ่งจิต เต็มศิริกุลชัย -นางจิตามา จารุสินธุ์ชัย -นางประภาพรพรณ ประถมบุตร -นางชลธิชา สิงห์สถิต -นางสาวกานต์ เวชกรณ์ -นางสาวนทีชา ปิ่นยะกุล -นางสาวกียาลักษณ์ ทาระลัย -นางสาวชาลิตา พรหมทอง -นางสาวอรชума เพื่อนฝูง -นางสาวกุสุมา อุปการ -นางสาวเสาวลักษณ์ สุขทัน -นางสาวปฐมา ตีรณัตตพงษ์ และ นายเป็ลียน เรืองคณะ พนักงานประจำ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์	
6	วัตถุประสงค์ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ดู วิดีทัศน์จบแล้วสามารถ 1. อธิบายวิธีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้ ถูกต้อง 2. อธิบายวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้ ถูกต้อง 3. อธิบายการช่วยเหลือที่ครอบครัว ควรช่วย เหลือให้แก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง 4. ลดความวิตกกังวลของตนเองและครอบครัว ที่มีต่อการผ่าตัดได้	
7	-ภาพโรงพยาบาลรามาริบัติและห้องผ่าตัด -ภาพมุมกว้างเห็นผู้ป่วยเดินเข้ามาใน โรงพยาบาล -ภาพผู้ป่วยนั่งรอตรวจที่ หน่วยตรวจผู้ป่วย นอกศัลยศาสตร์	ความมุ่งหวังของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลก็ เพื่อต้องการให้ตนเองหายจากโรคที่เป็นอยู่ หลายโรคสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยา แต่บางโรคก็จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาด้วยการ ผ่าตัด

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
8	<p>-ภาพพยาบาลผ่าตัดพุดเกรินน้ำ</p> <p>-ภาพหน้าคนไข้ที่มีความวิตกกังวล</p> <p>-ภาพพยาบาลกำลังวัดความดันโลหิต</p> <p>-ภาพบรรยากาศภายในห้องผ่าตัด</p>	<p>ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าจะต้องเข้ารับการผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล ซึ่งเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ การได้รับความรู้และมีการเตรียมตัวล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการผ่าตัดนั้นจะช่วยลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งช่วยให้การผ่าตัดและการพักฟื้นหลังผ่าตัดกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วได้</p> <p>ความวิตกกังวล</p> <p>ผู้ป่วยนอกจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาจากการผ่าตัดด้วย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
9	<p>ภาพที่หอผู้ป่วย โดยถ่ายผู้ป่วยมุมกว้าง</p> <p>-ภาพถ่ายบริเวณหัวเตียงที่มีป้ายคอาหารและน้ำดื่มแขวน</p>	<p>การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด</p> <p>1. ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิด หลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพราะต้องการให้กระเพาะอาหารว่าง</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
17	<p>-ภาพเจ้าหน้าที่กำลังเซ็นเปลผู้ป่วยเข้ามายังบริเวณรับ-ส่ง ผู้ป่วย</p> <p>-ภาพผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด โดยมีครอบครัวอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจ ก่อนจะส่งผู้ป่วยเข้าไปในห้องผ่าตัด</p>	<p>เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด</p> <p>ห้องผ่าตัดแบ่งออกเป็น 3 บริเวณ</p> <p>บริเวณแรกเป็นบริเวณรับส่งผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วยจะได้รับการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด จากนั้นเจ้าหน้าที่จะพาไปส่งที่ห้องผ่าตัดซึ่งมีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดคอยช่วยเหลือตลอดเวลา.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
22	<p>ภาพพยาบาลเดินเข้ามา ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีอ้อมกอดผู้ป่วย</p>	<p>การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด</p> <p>1. การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทันที</p> <p>หลังจากกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน</p>

ห้องผ่าตัด ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มี ทีมแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญ และเครื่องมือ อุปกรณ์ พร้อมทั้งจะ ช่วยให้การผ่าตัดปลอดภัย ขอให้ท่านมั่นใจในทีมผ่าตัดของโรงพยาบาล รามาธิบดี ทุกคนจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีที่สุด

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำเป็น ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ทั้งการ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาพปกติ โดยเร็ว

ขอให้ท่านหายป่วยและกลับไปปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติในเร็ววัน

-----ขอให้กำลังใจ-----



ขอขอบคุณผู้ร่วมแสดง

นางสาวสุวิรัช	รัตนมณี โชติ
นางสาวรุ่งจิต	เต็มศิริกุลชัย
อาจารย์กิริติกานต์	ป้ายงเหลื่อม
นายเปลี่ยน	เรืองคณะ



การเตรียมผู้ป่วยในและครอบครัว เพื่อรับการผ่าตัด

โดย

เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ

แบบประเมินผล
การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กรุณาใส่เครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อการประเมิน	ความรู้ที่ได้รับ					ประโยชน์ในการนำไปใช้				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. การบรรยายเรื่อง การจัดบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน										
2. การบรรยายเรื่อง การประยุกต์แนวความคิดการดูแลของ Roach ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว										
3.										
4.										

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล”

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล

นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือกรอกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

1. เพศ ชาย
 หญิง
2. ปัจจุบันอายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด
 คู่
 หม้าย หย่า แยก
4. สำเร็จการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา/ปวช.,ปวส.
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. รายได้ของผู้ป่วย.....บาท/เดือน
6. ประสบการณ์ในการผ่าตัด
 ไม่เคย
 เคย _____ ครั้ง

การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับครั้งนี้ คือ

การผ่าตัด.....

ศูนย์บริการ
สุขภาพแม่เหล็ก

แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

กลุ่ม

ควบคุม

ทดลอง

Pre-test วันที่.....เวลา.....

Post-test วันที่.....เวลา.....

ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด.....

สามัญ

พิเศษ

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ให้ท่านใช้เวลาสักครู่ นึกถึงความรู้สึกของท่านในขณะนี้ จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง **ไม่มีเลย** คือ ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้

หมายเลข 2 หมายถึง **มีบ้าง** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง **ค่อนข้างมาก** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก

หมายเลข 4 หมายถึง **มากที่สุด** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มากที่สุด

ความวิตกกังวลของผู้ป่วย	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้าง มาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4.				
5.				



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล”

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล

นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือกรอกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

1. เพศ ชาย
 หญิง
2. ปัจจุบันอายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด
 คู่
 หม้าย หย่า แยก
4. สำเร็จการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา/ปวช.,ปวส.
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ประสบการณ์ในการรื้อผ้าตัด ไม่เคย
 เคย _____ ครั้ง

การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับครั้งนี้ คือ

การผ่าตัด.....

6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บิดา/มารดา
 สามี/ภรรยา
 พี่น้อง
 บุตร
 อื่นๆ ระบุ.....

แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว

กลุ่ม

ควบคุม

ทดลอง

Pre-test วันที่.....เวลา.....

Post-test วันที่.....เวลา.....

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง **ไม่มีเลย** คือ ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้

หมายเลข 2 หมายถึง **มีบ้าง** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง **ค่อนข้างมาก** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก

หมายเลข 4 หมายถึง **มากที่สุด** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความวิตกกังวลของครอบครัว	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้าง มาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4.				
5.				



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการสนับสนุนครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล ”

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

เพ็ญรจิตต์ ภูมิสิริกุล

นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง แต่ละข้อความเพียงข้อเดียว

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี (เต็ม)
2. สถานภาพสมรส
 - โสด
 - คู่
 - หม้าย/หย่า/แยก
3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน
 - รับส่งผู้ป่วย/ห้องพักรักษา
 - ห้องผ่าตัด
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ปริญญาตรี
 - ปริญญาโท
 - ปริญญาเอก
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ปี (ในหน่วยงานปัจจุบันที่ทำงาน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลมีทั้งหมด 22 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อ และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

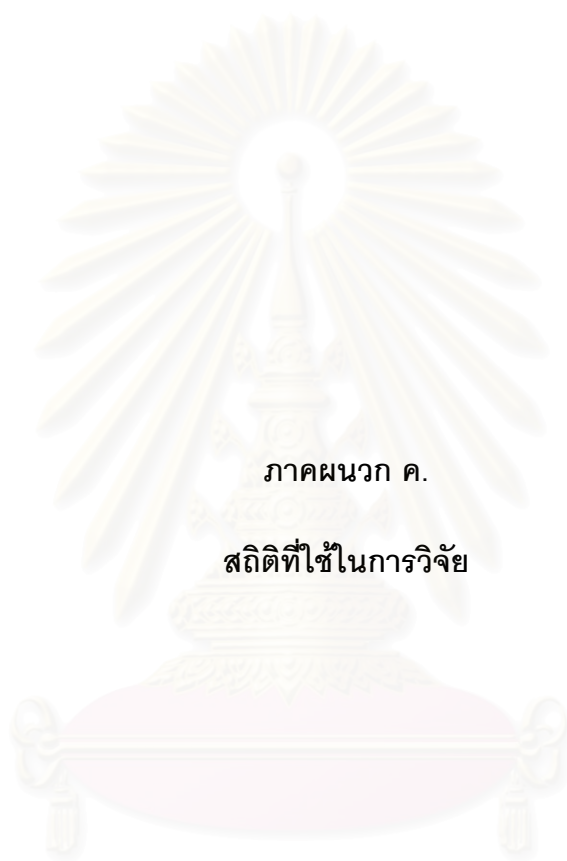
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจปานกลางที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความพึงพอใจในการ ให้บริการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ					
1. ท่านมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ บริการพยาบาลที่ดี					
2. ท่านมีโอกาสร่วมงานกันทำงานให้มีประสิทธิภาพ มากกว่าที่เคยทำมาก่อน					
3.					
ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน					
10. ท่านพึงพอใจในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย					
11. ท่านพึงพอใจที่ได้รับผิดชอบร่วมกันในการให้ บริการพยาบาล					
12.					
ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ					
15. ผู้ร่วมงานให้การยอมรับในความรู้ความ สามารถของท่าน					
16. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้ทำงานร่วมกับคนอื่นใน ห้องผ่าตัด					
17.					



ภาคผนวก ค.

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรดังนี้

สูตร

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

เมื่อ	α	=	สัมประสิทธิ์ความเที่ยง
	n	=	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
	S_i^2	=	ความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
	S^2	=	ความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สูตรคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean)

สูตร $\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$

เมื่อ	\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ย
	$\sum x$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 สูตรคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

$$\text{สูตร} \quad \text{S.D.} = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S.D.	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum x$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	$\sum x^2$	=	ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t-test (Independent sample)

$$\text{สูตร} \quad t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\left[\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right] \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ	df	=	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
		=	$n_1 + n_2 - 2$
	X_1	=	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	X_2	=	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	n_1	=	ขนาดของกลุ่มทดลอง
	n_2	=	ขนาดของกลุ่มควบคุม
	S_1^2	=	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาทดสอบ (กลุ่มทดลอง)
	S_2^2	=	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาทดสอบ (กลุ่มควบคุม)

2.4 สถิติทดสอบของ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pair signed ranks test)

สูตร $d_i = X_i - Y_i$ ($i = 1, 2, 3, \dots, n$)

เมื่อ $d_i =$ ค่าความแตกต่างของข้อมูลแต่ละข้อ

$X_i =$ ข้อมูลก่อนการทดลอง

$Y_i =$ ข้อมูลหลังการทดลอง

$$T^- = \frac{n(n-1)}{2} - T^+$$

เมื่อ $T^+ = \sum d_i$ (d_i คือ เครื่องหมาย +)

$T^- = \sum d_i$ (d_i คือ เครื่องหมาย -)

ผลรวมของตำแหน่ง $= \frac{n(n+1)}{2}$

เมื่อ $n =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. คำนวณค่าระดับความยากง่ายของแบบวัดความรู้ของพยาบาล โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ค่าระดับความยากง่ายและการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก

สูตร $D_i = \frac{R_H + R_L}{N}$

เมื่อ $D_i =$ ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบแต่ละข้อ

$R_H =$ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง

$R_L =$ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ

$N =$ จำนวนคนทั้งหมด

สูตร $V_i = \frac{R_H - R_L}{N}$

เมื่อ $V_i =$ ดัชนีอำนาจจำแนกของแบบทดสอบแต่ละข้อ

$R_H =$ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง

$R_L =$ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ

$N =$ จำนวนคนทั้งหมด

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล เกิดวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2502 ที่จังหวัดภูเก็ต สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2525 (เกียรตินิยมอันดับ 2) เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการระดับ 8 ห้องผ่าตัดศัลยกรรมศัลยกรรมพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย