



ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อ
การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า
ของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อ
การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า
ของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**THE EFFECTS OF PARTICIPATORY NURSING MODEL ON NURSES'
PERCEPTION OF PROFESSIONAL VALUE AND DECISION FOR
ADVANCE CARE PLANNING OF PATIENTS WITH
RISK OF STROKE**



ZAINOON MAMAD

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

Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College

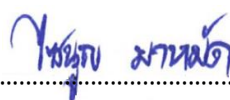
Academic Year 2565

Copyright of Saint Louis College

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ
และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
ที่ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
วันที่ 3 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565



ไชยชญ มาหมัด

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, Ph.D.

ประธานสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ศ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



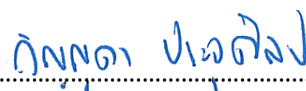
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ ละออบกษิณ, Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ศ.

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุกีศิลป, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก อาจารย์ ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักยณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาให้ความรู้ แนวคิดและคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เป็นอย่างดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น รวมถึงคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และมอบประสบการณ์ที่มีค่าให้กับผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิธร เจริญวุฒิพงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล อาจารย์ นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา อาจารย์ สายสมร บริสุทธิ์ และอาจารย์ เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเลิดสิน ที่ให้การสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงบุคลากรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและเอื้อเฟื้อเรื่องตารางงาน ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเลิดสินที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในครั้งนี้เป็นอย่างดี และส่งเสริมให้โอกาสจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่น้อง สามี และลูก ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือให้การสนับสนุนตลอดการศึกษา และขอขอบพระคุณเพื่อนๆ กัลยาณมิตรทุกคนที่คอยช่วยเหลือและสนับสนุนทุกๆ อย่างด้วยดี ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นคุณความดีแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในทางานวิจัยนี้สำเร็จไปด้วยดี

ไชนูญ มาหมัด

ผู้วิจัย

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 180301006; สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารทางการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: ไชบุญ มาหมัด
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: THE EFFECTS OF PARTICIPATORY NURSING MODEL ON NURSES' PERCEPTION FOR PROFESSIONAL VALUE AND DECISION FOR ADVANCE CARE PLANNING OF PATIENT WITH RISK OF STROKE
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: ปานดา อภิรักษ์ภานนท์, ปร.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ สุวรรณิ ละออปีภิมณ, กศ.ด.
คำสำคัญ	: รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวน	: 88 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 25 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลแบบเดิม จำนวน 20 ราย 2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง มีดังนี้ 1.1 รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาซकिन (Sashkin, 1982) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1.2 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และ 2) แบบทดสอบความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการ โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ให้บริการ หลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของยอน อินจา และคณะ (Yeon et al., 2005) และ 2.2 แบบประเมินความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการตัดสินใจล่วงหน้าของผู้ป่วยโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร วิเคราะห์โดย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา โดยวิธีแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) เปรียบเทียบความรู้

และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยรวมไม่สูงขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ด้าน คือ (1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ (2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม และ (3) บทบาทในการบริการพยาบาล ส่วนการรับรู้คุณค่าวิชาชีพรายด้านที่ไม่สูงขึ้น มี 2 ด้าน คือ (1) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล และ (2) ด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม ($\bar{X} = 6.65$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ไม่แตกต่างกัน



ACADEMIC CODE	: 180301006; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S., (NURSING ADMINISTRATION)
STUDENT'S NAME	: ZAINOON MAMAD
TITLE OF THESIS	: THE EFFECTS OF PARTICIPATORY NURSING MODEL ON NURSES' PERCEPTION FOR PROFESSIONAL VALUE AND DECISION FOR ADVANCE CARE PLANNING OF PATIENT WITH RISK OF STROKE
THESIS ADVISOR	: PANTA APIRUKNAPANOND, Ph.D.
THESIS CO-ADVISOR	: ASSOC. PROF. SUWANNEE LAORPAKSIN, Ed.D.
KEY WORDS	: PARTICIPATORY NURSING MODEL, PERCEIVED PROFESSIONAL VALUE OF NURSING, DECISION FOR ADVANCE CARE PLANNING, OF PATIENT WITH RISK OF STROKE : 88 PAGES

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of participatory nursing model on nurses' perception for professional value and knowledge and decision for advance care planning of patient with risk of stroke. The sample group was divided into 2 groups, namely a group of 25 professional nurses working in an internal medicine ward and a group of service users as follows: 1) Control group, a group where 20 users received traditional nursing care model. 2) The experimental group was a group in which the received nursing care by participatory nursing model, totally 20 patients. The research instruments consisted of 2 parts as follows: part 1 Tools used in the experiment and tools used to direct the experiment were as follows: 1.1 Participatory nursing model, using the concept of Sashkin's (1982), developed by the researcher and operated with the participation of medicine nurses. 1.2 Tools used to direct the experiment were 1) knowledge test about stroke and decision for advance care planning of nurses, pre and post to develop a participatory nursing model. And 2) Knowledge test about stroke and decision for advance care planning of risk stroke patients post to develop a participatory nursing model. Part 2 The data collection tools were as follows: 2.1 Nursing Professional Value test of Yeum et al., (2005). And 2.2 Knowledge test about stroke and decision for advance care planning of patient with risk of stroke by the researcher developed and a record decision for advance care planning of patient with risk of stroke written as writing. Analyzed by 1. Personal data were analyzed by descriptive statistics 2. Compare perceived professional value of nursing pre and post using participatory nursing model by descriptive statistics. And 3. Comparison of knowledge and decision for advance care planning of the sample group between after receiving traditional nursing care model and after using participatory nursing model by Mamm-Whitney U test

The result is as follows: 1) nurses' perception for professional value before using the participatory nursing model the overall not significant. When considering each aspect, it was found that nurses' perception for professional value after using the participatory nursing model higher than before using the participatory nursing model with statistical significance 0.05, there were 3 aspects: (1) Self-concept of the profession (2) Social awareness and (3) Role of nursing service. The participatory nursing model not significant there were two aspects: (1) Professionalism of nursing and (2) Creativity in nursing. 2) The sample group after use participatory nursing model have knowledge with stroke and decision for advance care planning higher after using the traditional nursing care model ($\bar{X} = 6.65$) there was a significant difference, but the number of samples with decision for advance care planning between receiving traditional nursing care model and using participatory nursing model. there was no significant difference.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.3 ขอบเขตของงานวิจัย.....	5
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.5 คำถามการวิจัย.....	8
1.6 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม.....	10
2.2 แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจและการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า.....	12
2.3 คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล.....	15
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	24
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ)	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ.....	38
4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ใช้บริการ.....	38
4.3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	41
4.4 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการเข้ารับรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	43
4.5 ผลการเปรียบเทียบการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการเข้ารับรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	44
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	45
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	47
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	48
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	51
บรรณานุกรม.....	52
ภาคผนวก.....	59
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	60
ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	62
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
ง หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก (ต่อ)	
จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล เพื่อการวิจัย.....	85
ประวัติผู้วิจัย.....	88



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ.....	38
2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (n=20).....	38
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามด้าน.....	41
4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามรายด้าน.....	42
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	43
6 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	43
7 ผลการเปรียบเทียบการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ให้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	44

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	22



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของปัญหา

การพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข, 2564) วิชาชีพการพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องให้บริการสุขภาพแก่ผู้มาใช้บริการให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เป้าหมายสำคัญคือความปลอดภัยของผู้ใช้บริการการพัฒนาความรู้ในการจัดการการดูแลตนเองและครอบครัว (กนกพร จิวประสาท, 2558) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ และนำแผนการรักษาถึงผู้ป่วยอย่างปลอดภัย [สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560] ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องมีการวางแผน ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเพื่อให้เกิดคุณภาพสูงสุด การบริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (จารุณี ดาวังปา และมณีรัตน์ ภาครูป, 2560) เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ (2558) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วย ครอบครัว โดยการให้ความรู้ และการพยาบาลที่ถูกต้อง แม่นยำ ปลอดภัย มีความเมตตา กรุณา และเป็นมิตรต่อผู้ใช้บริการ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงคุณค่าวิชาชีพ และภาพลักษณ์ด้านบริการ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ และมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคม เพื่อให้สังคมได้ตระหนักถึงคุณค่าของงานการพยาบาล พยาบาลต้องรับรู้ถึงคุณค่าในงานพยาบาล เกิดความรัก ความภูมิใจในวิชาชีพ นำมาซึ่งคุณภาพการดูแล คุณภาพบริการพยาบาลที่ดี (กนกอร ชารา และคณะ, 2552) พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพโดยคำนึงถึงความคาดหวังของผู้ใช้บริการ จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) ได้นำแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และถูกกำหนดให้เป็นนโยบายด้านการบริการสาธารณสุข ซึ่งการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการบริการที่ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญระหว่างผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยให้ความรู้ สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ทรรศนันท์ ไทยอัฐวิถิ และอภิญา จำปามูล, 2562)

การตัดสินใจเป็นกระบวนการที่บุคคลต้องเลือกกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากการตัดสินใจนั้นเป็นการตัดสินใจที่มีผลต่อชีวิตในระยะยาว ผู้ตัดสินใจควรเป็นตัวผู้ป่วยเองและญาติสนิท และผู้ตัดสินใจ

ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี อีกทั้งต้องรับรู้ถึงผลกระทบต่อการตัดสินใจนั้น ทั้งนี้อาจต้องใช้เวลาไตร่ตรอง (สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติ และต้องตัดสินใจเพื่อรับการรักษา หากการตัดสินใจนั้นเป็นการตัดสินใจที่มีผลต่อชีวิตในระยะยาว ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจร่วมจึงมีความวิตกกังวล เนื่องจากอยู่ในช่วงเวลาที่เร่งรีบและคับขัน (ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และผลกระทบของการตัดสินใจนั้นอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ การตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญและอาจมีผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลสำคัญ กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจจำเป็นต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรคจากบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ การสนับสนุนทางสังคม และเวลาที่เพียงพอ ที่จะทำให้ผู้ที่ต้องตัดสินใจมีความมั่นใจต่อการตัดสินใจนั้น (กนกพร จิวประสาท, 2558) ทั้งนี้เพื่อลดความรู้สึกไม่มั่นใจ ที่ส่งผลต่อความอ่อนไหว ความรู้สึกตึงเครียด บีบคั้น หากมีกระบวนการที่เหมาะสม ทั้งการให้ข้อมูลที่เพียงพอ มีผลต่อการเลือกเพื่อการตัดสินใจ และสามารถปรับเปลี่ยนการตัดสินใจได้เมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม (จินดา ยิ่งไพบุลย์สุข และคณะ, 2560) และไม่เคยวางแผนล่วงหน้าเพื่อรับการรักษาเมื่อเกิดภาวะ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) มาก่อน ทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยมีความล่าช้าถึงร้อยละ 33.33

การตัดสินใจวางแผนเพื่อการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) เป็นกระบวนการวางแผนล่วงหน้าเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาด้วยตัวผู้ป่วยเอง หรือได้ปรึกษากับญาติสนิท เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลและรักษาให้ทันในเวลาที่ดีที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolysis) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาที่จะได้ผลดี ต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว

การตัดสินใจใดใดก็ตามต้องยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลสำคัญ และการให้เวลากับผู้ที่ต้องตัดสินใจ เพื่อทำความเข้าใจ จากการได้รับข้อมูลจากบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ และระยะเวลาที่เพียงพอ พร้อมข้อมูลทางเลือกที่เน้นประโยชน์ของผู้ป่วย และโอกาสในการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติม จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลสำคัญ ได้ทำความเข้าใจล่วงหน้า (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนรеча และคณะ, 2560) และเมื่อเกิดภาวะวิกฤติการวางแผนล่วงหน้าโดยการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ และในกรณี que ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ก็จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นแก่ครอบครัว บุคคลสำคัญสามารถใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจ ตามความต้องการของผู้ป่วยได้ การตัดสินใจที่รวดเร็วทันเวลา หมายถึงโอกาสการสูญเสียที่น้อยลง (ปวันนุช กลิ่นมาลี, 2559)

ผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตและต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทันทีจากทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อลดอัตราการตายและพิการลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ที่มาถึงโรงพยาบาล และต้องการการตัดสินใจรับการรักษาเร่งด่วน ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลา และอาศัยผู้ดูแลที่มีอำนาจในการตัดสินใจรับการรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยปกติมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยนอกและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการของโรคต่างๆ นั้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ในปี 2564 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเพิ่มเป็นเงาตามตัวกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น คือ มีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2579 ขึ้นไปเป็นร้อยละ 30 จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองย่อมมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 40 เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งร้อยละ 73.34 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 66.67 มีระดับ LDL สูงกว่า 100 mg/dl ร้อยละ 80 มีระดับ Total Cholesterol สูงกว่า 200 mg/dl (พันทิพพา บุญเศษ และฉันทวิปิยะบัณฑิตกุล, 2561) และร้อยละ 60 มักพบในเพศหญิงเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว และคณะ, 2558) จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยตายด้วยโรคไม่ติดต่อ มีการเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 38 ล้านคน เป็น 41 ล้านคน ซึ่งโดยทั่วไปการปฏิบัติการพยาบาลมักเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองให้สามารถ ควบคุมอาการของโรคที่นำมา ซึ่งการเป็นผู้ป่วยในในครั้งนั้น จึงไม่ได้รับข้อมูลและการวางแผน เพื่อเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง และการรักษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รายงานขององค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน (World health Organization, 2015) อัตราการตายในประเทศไทยเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนร้อยละ 69 เสียชีวิต และในอัตราส่วนร้อยละ 31 ที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 90 และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน (2560) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolysis) สามารถลดอัตราการตายหรือลดความพิการลงได้ หากผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ คือ ซาที่ใบหน้า อ่อนแรงแขนขาครึ่งซีก พูดจาสับสน พูดลำบาก พูดไม่ออก ปากเบี้ยว ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน สูญเสียการมองเห็นอย่างทันทีทันใด เดินเซ เดินลำบาก สูญเสียการทรงตัวอย่างทันทีทันใด (อังคณา บุญศรี และสุกัญญา ทองบุผา, 2563) ทั้งนี้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolysis) อย่างรวดเร็วภายหลังมีอาการ (American Stroke Association, 2018) ภายในระยะเวลาที่เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามมาตรฐานคุณภาพ (Fast Track) โดย ประมาณไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง และพบว่าผลของการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolysis) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที จะช่วยลดความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ร้อยละ 33.90 (อุไร คำมาก และศิริอร สินธุ, 2558)

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 615 เตียง มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นสถาบันชั้นนำทางการแพทย์และวิชาการระดับอาเซียน ภายในปี พ.ศ. 2568 พันธกิจของโรงพยาบาลเลิดสิน ได้แก่ 1) ศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2) ถ่ายทอดสนับสนุน ด้านวิชาการ ทักษะ ระบบบริการแก่เขตสุขภาพอย่างเสมอภาค พร้อมทั้งยกระดับสู่อาเซียน 3) ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าทุกสาขาวิชา โดยเฉพาะด้านกระดูกและข้อ และ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอย่างมีคุณภาพชั้นนำระดับประเทศ และยุทธศาสตร์สำคัญ คือ พัฒนาระบบการรักษาอย่างครบวงจรและไร้รอยต่อ จึงได้เริ่มจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จำนวนเพียง 11 เตียง และมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นลำดับคือ ในปีพ.ศ. 2559 จำนวน 299 ราย ปีพ.ศ. 2560 จำนวน 329 ราย ปีพ.ศ. 2561 จำนวน 389 ราย และปีพ.ศ. 2562 จำนวน 386 ราย เพื่อจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลและภารกิจด้านการพยาบาลได้ร่วมพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง และได้วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินการจากการวิเคราะห์ระบบ Stroke Fast Track เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) พบว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาวิกฤติ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องตัดสินใจ ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 พบปัญหาการตัดสินใจล่าช้า จากการวิเคราะห์ระบบ Stroke Fast Track ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) มีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย มีจำนวน 6 ราย ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolysis) เกินระยะเวลาที่กำหนดมากกว่า 60 นาที คิดเป็น

มากกว่าร้อยละ 17 และมีจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 33.33 ที่เกิดจากการตัดสินใจล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง และเสียโอกาสการรักษาตามมาตรฐาน

ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่มีอำนาจการตัดสินใจโดยใช้เวลาเพียงไม่เกิน 10 นาที รวมถึงความพร้อมของผู้มีอำนาจตัดสินใจ ในเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ตัดสินใจเองไม่ได้ ความไม่เข้าใจต่อการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ ขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดำเนินของโรค และแนวทางการรักษาเมื่อเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่ผู้ป่วยต้องตัดสินใจ เพื่อการดูแลรักษาอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายและความพิการหลงเหลืออยู่ นอกจากผลลัพธ์ต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลต่อโรงพยาบาล คือระยะเวลาการครองเตียงเพิ่มขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เพิ่มสูงขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อโรงพยาบาล และผู้ป่วย และทั้งต้นทุนทางตรง และทางอ้อม ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของซาส์ชกิน (Sashkin, 1982) ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างพยาบาลกับพยาบาล และพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) ของผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke)

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

1.3 ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการบริหารงานบุคลากร เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาส์คิน (Sashkin, 1982) ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Participation in goal setting) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งผู้บริหารและบุคลากรในทีม ที่มีส่วนร่วมในงานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้ประชุมปรึกษาเพื่อกำหนดเป้าหมายของงานร่วมกันเพื่อให้บุคลากรในทีมรับรู้ และร่วมกันพยายามทำให้งานหรือการปฏิบัติงานนั้นบรรลุเป้าหมายที่วางไว้และเกิดผลงานที่ดี

2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เป็นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีม และผู้บริหารมีส่วนร่วม ให้คำปรึกษาหารือในการตัดสินใจร่วมกันและรับผิดชอบในทางเลือกของวิธีการตัดสินใจ ตลอดจนการตรวจสอบและประเมินทางเลือกในการตัดสินใจร่วมกัน

3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in problem solving) เป็นการจัดการเมื่อเกิดปัญหา บุคลากรในทีม และผู้บริหารของหน่วยงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาแนวคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาคำถามการทำงาน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล และกระตุ้นให้มีความคิดริเริ่ม เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน

4) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Participation in change) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงนี้ถือว่าสำคัญที่สุด โดยภายหลังจากการดำเนินการและทีมบุคลากรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และผู้บริหารของหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมกันในการวิเคราะห์ แปลความหมายของข้อมูล และสรุปรูปแบบการดูแล เพื่อนำมาปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกภูมิใจ เกิดความรักในงาน พึงพอใจในงานและรู้สึกอยากทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบวิชาชีพโดยใช้ความรู้ ความสามารถและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอน อีนา และคณะ (Yeun et al., 2005) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ปัจจัย คือ

1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ (Self-concept of the profession) หมายถึง มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ พยายามแสวงหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง มีบุคลิกภาพที่ดี มีวุฒิภาวะสมบูรณ์พร้อม ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอย่างมี

2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม (Social awareness) หมายถึง การยอมรับความแตกต่างที่หลากหลายของผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา สังคม วัฒนธรรม บรรทัดฐาน แต่ละสังคม เคารพในสิทธิของผู้อื่น และให้การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ

3) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล (Professionalism of nursing) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานความรู้ของวิชาชีพการพยาบาล

4) บทบาทในการให้บริการพยาบาล (The roles of nursing service) หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างรวดเร็วและแม่นยำ

5) ความคิดริเริ่มของพยาบาล (Originality of nursing) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ครบตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ด้วยจิตวิญญาณ และได้รับการยอมรับนับถือในความเป็นมืออาชีพจากสาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาล

การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้ และตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางโรคหลอดเลือดคั่งคั่ง โดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรไว้กับตนเองและโรงพยาบาล ซึ่งการตัดสินใจของผู้ป่วยนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างอิสระ

ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดคั่งคั่ง หมายถึง ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล เลิศสิน ที่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคั่งคั่ง คัดค้น ปี 2562 กล่าวคือ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดคั่งคั่งประกอบด้วย

- 1) ความดันโลหิตสูง คือ ความดันตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป
- 2) เป็นโรคเบาหวาน HbA1C มากกว่า 6.4
- 3) ไขมันในเลือดสูง คือ Cholesterol ในร่างกายมากกว่า 200 mg% และไขมันชนิดไม่ดี หรือ LDL มากกว่า 100 mg%
- 4) เป็นโรคอ้วน คือ ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 kg/m² และรอบเอวมากกว่า 32 นิ้วในผู้หญิง หรือ 36 นิ้วในผู้ชาย
- 5) เป็นโรคหัวใจ
- 6) สูบบุหรี่
- 7) ดื่มแอลกอฮอล์

1.5 คำถามการวิจัย

- 1) รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร
- 2) การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบหรือไม่
- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ และตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าเมื่อเกิดภาวะวิกฤติสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิมหรือไม่

1.6 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1.6.1 แนวคิดเหตุผลการวิจัย

จากแนวคิดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของซาซกิน (Sashkin, 1982) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของทุกคนในการกำหนดเป้าหมาย (Participation in Goal Setting) การตัดสินใจ (Participation in Decision Making) ร่วมกันแก้ไขปัญหา (Participation in Problem Solving) และพัฒนารูปแบบ (Participation in Change) สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุสนีย์ ไวยากรณ์ และคณะ (2562) กล่าวว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถพัฒนางานไปสู่จุดมุ่งหมาย และความสำเร็จได้ตามวิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งยังเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของผู้บริหารทางการพยาบาลได้เป็นอย่างมาก การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น สามารถเป็นแบบอย่างในด้านการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติได้อย่างต่อเนื่อง และยังส่งผลอย่างมากต่อการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย (เบ็ญจพรไพบุลย์พลาย้อย, 2558) ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกภูมิใจ เกิดความรักในงาน พึงพอใจในงานและรู้สึกอยากทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบวิชาชีพโดยใช้ความรู้ ความสามารถและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (ทรศนันท์ ไทยอัฐวิถิ และอภิญา จำปามูล, 2562)

1.6.2 สมมติฐานของการวิจัย

- 1) การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ และตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เป็นการพัฒนาระบบให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติและผู้ให้บริการ
- 2) เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล พยาบาลเกิดความมั่นใจในการจัดบริการการพยาบาล
- 3) ส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) นำไปสู่การปฏิบัติบริการพยาบาลขั้นสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจและการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า
- 2.3 คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม

2.1.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาได้ให้คำนิยามและความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

นิเวศน์ วงศ์สุวรรณ และอินตา ศิริวรรณ (2561) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการบริหาร ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ

ยี่งขวัญ อยู่รัตน์ (2553) ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า การที่ผู้บริหารกระจายอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ

เบ็ญจพร ไพบูรณ์พลายชัย (2558) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้เป้าหมายและนโยบายขององค์กร

นุชนาด สอนสง และสงวน อินทร์รักษ์ (2561) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร

ซึ่งสรุปได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการทำงานที่เน้นการบริหาร แบบผู้ปฏิบัติจากล่างขึ้นบน และบนลงล่าง และหมายรวมถึง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทำงานร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการกำหนดวัตถุประสงค์ การตัดสินใจ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

2.1.2 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาส์ชกิน (Sashkin, 1982)

ซาส์ชกิน (Sashkin, 1982) กล่าวถึงการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องการให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีการวางแผน และควบคุมกิจกรรมการปฏิบัติงานด้วยตนเอง ซึ่งผู้ใต้บังคับบัญชาก็จะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และควบคุมงานได้ในลักษณะต่างๆ ตามความสำคัญที่แตกต่างกันไป ในลักษณะวิธีการสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Participation in goal setting) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับผู้บังคับบัญชา ระดับบุคคล และระดับกลุ่ม ที่มีส่วนร่วมในงาน ในการกำหนดเป้าหมายของงานเพื่อที่พวกเขาจะได้พยายามทำให้งานหรือการปฏิบัติงานนั้นบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และเกิดผลงานที่ดี

2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เป็นการมีส่วนร่วมของผู้ใต้บังคับบัญชาในการมีส่วนร่วม ให้คำปรึกษาหารือหลายๆ โอกาส มีอิทธิพลในการกำหนดเป้าหมายของงาน มีส่วนร่วมรับผิดชอบในทางเลือก ของวิธีการตัดสินใจ ตลอดจนการตรวจสอบและประเมินทางเลือกในการตัดสินใจต่างๆ

3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in problem solving) เป็นความต้องการให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาแนวคิดใหม่ๆ ในการทำงาน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลนั้นๆ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิดใหม่ๆ เพื่อพัฒนางานปรับปรุงงานอยู่เสมอ

4) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Participation in change) การมีส่วนร่วมนี้มีความยาก ซับซ้อน และถือว่าสำคัญที่สุด โดยภายหลังจากการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมกัน ในการวิเคราะห์ แปลความหมายของข้อมูล และสรุปเพื่อนำมาปรับปรุง หรือสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการแก้ปัญหานั้นสู่ความสำเร็จ

2.1.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาต่อไป ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) ทุกคนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมกันประเมินผล
- 2) เกิดความยืดหยุ่นในการทำงาน
- 3) เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนได้เสนอความคิดเห็น
- 4) บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย และมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน
- 5) บุคลากร ได้แสดงภาวะผู้นำในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น
- 6) การมีส่วนร่วมจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากร
- 7) ก่อให้เกิดการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ
- 8) ทำให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ที่ใหม่ๆ ในการทำงาน และนำไปสู่การปรับปรุงทักษะในการทำงานที่นอกเหนือจากหน้าที่ของตน
- 9) ช่วยสร้างความสามัคคีของบุคลากรในองค์กร
- 10) องค์กรบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล ให้มีความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร ในการนำไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจและการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

2.2.1 ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Theory)

คือ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจที่ดี ด้วยวิธีการเชิงวิเคราะห์ และเชิงระบบ โดยใช้หลักการทฤษฎีด้วยการพิจารณาข้อมูลและทางเลือก ที่เป็นไปได้ทั้งหมด บางครั้งอาจได้ผลลัพธ์ที่ไม่น่าพอใจ หรือผลลัพธ์ที่ไม่ได้คาดคะเนไว้ (สำราญ บุญเจริญ, 2552)

1) การตัดสินใจ (Decision making) หมายถึง การเลือกที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบในการนำไปสู่ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ เป็นการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ การตัดสินใจแบ่งออกได้ 2 ชนิด ได้แก่

1.1) การตัดสินใจอย่างมีแบบแผน (Programmed Decision) เป็นการตัดสินใจที่ใช้กันเป็นประจำทุกวัน มีแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน เป็นระเบียบและข้อบังคับ มีการกำหนดวัตถุประสงค์มาตรฐาน กฎเกณฑ์ และนโยบายต่างๆ ขึ้นมาเพื่อช่วยให้การตัดสินใจง่ายขึ้น และเพื่อให้ผู้ที่ทำงานยึดถือเป็นหลัก เป็นกรอบการตัดสินใจ

1.2) การตัดสินใจอย่างไม่มีแบบแผน (Non- Programmed Decision) เป็นการตัดสินใจนอกเหนือจากปกติ มักมีความซับซ้อนเกิดขึ้น ผู้ตัดสินใจจะต้องใช้ความสามารถในการแก้ปัญหา ใช้ความคิดริเริ่ม และประสบการณ์อย่างมากในการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ ต้องการแก้ปัญหา

ใหม่ ๆ โดยไม่สามารถกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ ระเบียบ และข้อบังคับ นอกจากนี้ยังอาจมีความเกี่ยวพันถึงอนาคตระยะยาวด้วย (Shermerhorn, 2002)

ไซมอน (Simon, 1977) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การกำหนดปัญหาและทางเลือก คือ การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเพื่อให้เกิดความชัดเจน การกำหนดปัญหาได้ชัดเจน โดยจะต้องมีการกลั่นกรองข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทั้งหมด

2) การประเมินผลทางเลือก คือ เป็นแนวทางการนำปัญหาไปสู่การแก้ไข ซึ่งผู้ตัดสินใจจำเป็นต้องวิเคราะห์และประเมินทางเลือกใดสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีที่สุด จะต้องพิจารณาด้วยว่าการตัดสินใจในทางเลือกหนึ่ง ย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาอื่นๆ ตามมาได้

3) การเลือกตัดสินใจ คือ เป็นการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดและมีความเหมาะสมมากที่สุด จากนั้นนำผลการตัดสินใจสู่การปฏิบัติและประเมินผลต่อไป

4) การประเมินผลที่เกิดจากทางเลือกนั้นๆ คือ การประเมินตัวเลือกจากการพิจารณาคุณค่าของตัวเลือกนั้น โดยคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นผลดีหรือผลเสียอย่างไร

2.2.2 การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care planning)

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care planning) คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรืออยู่ในสถานะที่ไม่สามารถสื่อสารได้ (The National Council for Palliative Care [NCPC], 2008)

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care planning) หมายถึง กระบวนการของการสนับสนุนผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของสุขภาพ และการวางแผนดูแลตนเองในอนาคตมีความเป็นอิสระ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014; Izumi, 2017)

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เทียสุพรรณ (2560) กล่าวว่า การวางแผนสุขภาพระยะท้าย คือ การที่ผู้ป่วยบอกแนวทางการรักษาระยะท้ายที่ต้องการกับทีมสุขภาพและครอบครัวเอาไว้ว่า หากตอนนั้นไม่มีสติ ไม่รับรู้ ต้องการให้ดูแลแบบใด เป็นแนวทางแต่ไม่ได้เป็นกฎหมาย

1) การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยวิกฤต

การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยวิกฤต เป็นการตัดสินใจที่มีบุคคลสำคัญเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงต้องคำนึงถึงบุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจ สิทธิของผู้ป่วย กระบวนการตัดสินใจ ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปวันนุช กลิ่นมาลี, 2559) ซึ่งมีดังนี้

2) บุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

บุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ซึ่งตามกฎหมายแล้วผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอำนาจโดยชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิ

ในการได้รับความคุ้มครองหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 32 (ราชกิจจานุเบกษา, 2550) “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” และผู้ป่วยมีสิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา สิทธิปฏิเสธการรักษา และสิทธิส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 หมวดที่ 1 มาตรา 8 (ราชกิจจานุเบกษา, 2550) แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีสติรู้ตัวมีความสามารถในการตัดสินใจ โดยดำเนินการตามสิทธิของตนเองหรือแต่งตั้งตัวแทนเพื่อดำเนินการตัดสินใจตามสิทธิของตน เว้นแต่ ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมายที่จะแสดงเจตนา จากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 10 กล่าวว่า บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิการตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

สิทธิเป็นอำนาจของบุคคลที่จะกระทำการใดๆ ได้อย่างอิสระโดยได้รับการรับรองจากกฎหมาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลก็เป็นสิทธิอย่างหนึ่งที่บุคคลพึงได้รับในการเลือก ตัดสินใจรักษาหรือไม่รักษาพยาบาล โดยสิทธิการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ประกอบด้วย

1) สิทธิของผู้ป่วยมีหลักสำคัญ คือ บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยถือว่าเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการได้รับข้อมูลต่างๆ เพื่อสมควรประกอบการตัดสินใจของตนเอง

2) สิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 หมวดที่ 1 มาตรา 12 (ราชกิจจานุเบกษา, 2550) กล่าวว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

3) สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจหรือยุติการรักษาพยาบาล คือ การแสดงเจตนาจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า (Advance directive) ซึ่งเป็นคำสั่งจำเพาะที่เป็นลายลักษณ์อักษรของบุคคลหนึ่งเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ (Starks et al., 2011) แบ่งเป็น 4 แบบ คือ พันัยกรรมชีวิต (Living will) การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทน (Power of attorney) การเขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร (Advance directives) และการสื่อสาร (Conversation)

ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรู้ตัวรอบคร้วที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือญาติสายตรงของผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (วารสาร คงสุวรรณ, 2559) การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาผู้ป่วยมักมีความเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ การให้ข้อมูลถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก (Vig et al., 2006)

ทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพนั้น อาจประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลสามารถที่จะให้คำปรึกษา รวมทั้งให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ เนื่องจากเชื่อในความสามารถและไว้วางใจ รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษา การพยากรณ์โรค (นิกิริหมีะ นิจินิกิริ และคณะ, 2551)

การตัดสินใจเพื่อการวางแผนการรักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ จึงมีความสำคัญ หากผู้ป่วยไม่มีความรู้ ไม่ได้รับรู้มาก่อนว่า การรักษาเมื่อเกิดวิกฤติของภาวะ โรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางการรักษาอย่างไร จะให้ใครตัดสินใจ และผู้ป่วยมีแนวทางการตัดสินใจในกรณีวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการกำหนดเป้าหมายการตัดสินใจด้วย ตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งเข้าใจทางเลือกต่างๆ ในการตัดสินใจ ด้วยความเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและมีความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการตัดสินใจนี้หากผู้ป่วยมีการตัดสินใจไว้วางใจจะทำให้ทีมรักษาพยาบาลใช้เวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่สั้นลง และจากการศึกษาของ อูไร คัมมาก และศิริอร ลินธุ (2558) กล่าวว่า ผู้ป่วยและญาติที่มีความรู้และตระหนักในความรุนแรงของโรค มีผลต่อเวลาในการมาถึงโรงพยาบาลที่รวดเร็ว สามารถลดความล่าช้าได้เท่ากับ 1.9 เท่า

2.3 คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล

คุณค่าวิชาชีพพยาบาล หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกรับผิดชอบและภูมิใจในความสารถตามแบบบรรทัดฐานของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลที่มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพสูงต้องยอมรับในความเป็นวิชาชีพซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับวิชาชีพการพยาบาลโดยสมบูรณ์

ฮอฟฟาร์ท และวูด (Hoffart & Wood, 1996) กล่าวว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน (Autonomy) มีการตัดสินใจ การมอบหมายงาน เป็นอิสระจากการควบคุมของวิชาชีพสาขาอื่น และตระหนักว่าผู้อื่นมีสิทธิ์เหมือนกัน
- 2) ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน (Accountability) มีระบบตามสายงานบังคับบัญชา ซึ่งพยาบาลต้องบอกได้ถึงมาตรฐานของการปฏิบัติพยาบาล การใช้ความรู้ทางการปฏิบัติการ
- 3) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การทำให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ สามารถแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการได้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลกำหนดขึ้น ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจและกลับมาใช้บริการอีก
- 4) การพัฒนาวิชาชีพ คือการพัฒนาภาพลักษณ์ของวิชาชีพ จากผลกระทบทางเทคโนโลยี และคุณภาพการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเอง

ยอน อีนา และคณะ (Yeun et al., 2005) กล่าวถึง การรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่

1) อัตมโนทัศน์ของวิชาชีพ (Self-concept of the profession) การที่พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล มีทักษะที่ดี มีความกระตือรือร้น มีบุคลิกภาพที่ดีเยี่ยม มีความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน

2) การรับรู้ทางสังคม (Social awareness) พยาบาลมีความอิสระในการปฏิบัติงาน ทำงานอย่างมืออาชีพกับสหสาขา พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีส่วนช่วยเหลือสังคมเป็นอย่างมาก พยาบาลได้รับการสนับสนุนและยอมรับจากองค์กร

3) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาลวิชาชีพ (Professionalism of nursing) พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างซื่อสัตย์และเข้าถึงผู้ป่วย มีความจริงใจ อบอุ่น อารี และการปฏิบัติการพยาบาลได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้และทักษะที่เฉพาะเท่านั้นที่จะสามารถกระทำได้

4) บทบาทของการบริการพยาบาล (Roles of nursing service) พยาบาลวิชาชีพมีความเป็นผู้นำ แสดงการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ

5) ความคิดริเริ่มของพยาบาลวิชาชีพ (Originality of nursing) พยาบาลมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษา ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของยอน อีนา และคณะ (Yeun et al., (2005) มาปรับใช้กับงานวิจัยเนื่องจากมีความเหมาะสมกับการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลเลิดสิน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ (2558) กล่าวว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร มีท่าทีเป็นมิตรต่อผู้ป่วย ยึดมั่นในกรอบจรรยาบรรณของวิชาชีพ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศมีความกระตือรือร้น ดูแลเอาใจใส่ สามารถเป็นต้นแบบในการปฏิบัติ มีความเป็นมืออาชีพ สามารถให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมแก่ผู้ป่วย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยวิกฤติเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อน โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีอัตราตายสูง หากรอดชีวิตมักมีความพิการร่วมด้วย จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย จากการตรวจสอบสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ

10.10 (รายงานการศึกษาสาเหตุการตายของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3)

2.4.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นทันทีอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากการลดลงของการไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดขึ้นจากการถูกขัดขวางการจัดส่งออกซิเจน เข้าสู่สมองทำให้ออกซิเจน ไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อระบบประสาทในสมองทำให้เซลล์สมองขาดไกลโคเจน ดังนั้นพลังงานจะลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในสมอง (Hickey, 2009; Holmes, 2006; Hauser & Josephson, 2010) ซึ่งพบว่าร้อยละ 85-87 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบขาดเลือด

2.4.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Classification) การแบ่งโรคของหลอดเลือดสมองแบ่งได้หลายวิธี โดยแบ่งตามลักษณะของการเกิด พยาธิสภาพ ระยะเวลา และสาเหตุของการเกิด ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กัน

1) แบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ (Pathological Classification)

1.1) Hemorrhage

(1) Intracerebral hemorrhage

(1.1) Supratentorial

(1.2) Infratentorial

(2) Subarachnoid hemorrhage

1.2) Infarction

(1) Cerebral embolism

(2) Cerebral thrombosis

(3) Ischemia

2) แบ่งตามระยะเวลาของการดำเนินโรค (Clinical Classification)

2.1) Transient ischemic attack (TIA) อาการเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

2.2) Reversible ischemic neurological deficit (RIND) อาการเกิดขึ้นจะคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง แต่หายไปภายใน 3 สัปดาห์

2.3) Progressive Stroke อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

2.4) Complete Stroke อาการคงเดิมและไม่เป็นมากขึ้นอีก (กลุ่ม 3 และ 4 เป็นกลุ่มที่ irreversible หรือเป็นกลุ่มที่มี infarction นั้นเอง)

2.4.3 สาเหตุของการเกิดโรคโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันสามารถแบ่งแยกประเภทตามสาเหตุของการเกิดโรคตาม TOAST Classification (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) ได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

1) Large Artery AtheroSclerotic (หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง) พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 ของการเกิดโรค โดยเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดที่มี Atheroma Plaque ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สมองเกิดการขาดเลือดในสมองตามมา (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

2) Small Artery Occlusion or Lacunar Infarcts (หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ) พบได้ประมาณ ร้อยละ 20-25 โดยพบว่า เกิดจากมีการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่อยู่ลึกเข้าไปในเนื้อสมองที่เกิดขึ้นหลังจากมีการตายของเนื้อเยื่อ เป็นผลทำให้หลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นผลทำให้หลอดเลือดสมองขาดเลือด (Hickey, 2009; Hauser & Josephson, 2010)

3) Cardioembolism (ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ) พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลจาก Cardiogenic Embolism จากภาวะ Atrial Fibrillation ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย (Hickey, 2009)

4) Other Determined Etiology (สาเหตุที่พบบ่อย) พบได้ประมาณ ร้อยละ 5 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบโลหิต, ภาวะการหดเกร็งของหลอดเลือด และการใช้สารเสพติด (Hickey, 2009)

5) ไม่ทราบสาเหตุพบว่าประมาณ ร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่ไม่แน่นอน ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มที่ให้การวินิจฉัยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ชัดเจน (Hickey, 2009)

2.4.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 ประเภท ใหญ่ๆ คือ

1) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1.1) อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.2) เพศ เกือบทุกช่วงอายุเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง (Hickey, 2009)

1.3) พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ (Cotter & Strumpf, 2002)

2) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนและปรับเปลี่ยนได้

2.1) ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันเลือดที่สูงขึ้น (สุมาลี ชื่อธนาพรกุล, 2552)

2.2) โรคหัวใจ

ภาวะ Atrial Fibrillation (AF) เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยพบความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน (พรภัทร ชรรมสโรช และเพิ่มพันธุ์ ชรรมสโรช, 2552)

โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าประมาณร้อยละ 20 เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Hauser & Josephson, 2010)

2.3) ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Carotid พบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Hauser & Josephson, 2010)

2.4) การสูบบุหรี่ ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 1.8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ที่มีปัจจัยอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน (Hauser & Josephson, 2010)

2.5) โรคเบาหวาน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ใกล้เคียงกัน

2.6) ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากส่งผลให้เกิดภาวะ Atherosclerosis จากระดับ LDL Cholesterol (สุมาลี ชื่อธนาพรกุล, 2552)

2.7) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าอัตราการเกิดเป็นซ้ำมีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่าในช่วง 1 ปีแรก ภายหลังการเกิดโรค (Carrozzella & Jauch, 2002)

3) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนน้อยที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้

3.1) โรคอ้วน ปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าภาวะอ้วนแบบลงพุง มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีส่วนปกติก่อนอายุเดียวกัน 2.3 เท่า (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

3.2) การขาดการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอวันละ 30-60 นาที จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.3) การดื่มสุรา มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเกร็ดเลือดเกาะกลุ่มทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น อาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (Cotter & Strumpf, 2002; Port & Matfin, 2009)

3.4) การใช้ยาคุมกำเนิด มีการศึกษาในยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Holmes, 2006)

2.4.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

1) ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงทันทีทันใด อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยวร่วมด้วย

2) ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันที

3) ผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด อาจบ่นปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดศีรษะซีกเดียว มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาค่อยๆ อ่อนแรง อาจชักและหมดสติในเวลารวดเร็ว

4) อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งเกิดได้จาก หลัก BEFAST

B = Balance การทรงตัวผิดปกติ

E = Eyes การมองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด มืด โดยเฉพาะตาข้างเดียว เห็นภาพซ้อน ตาเหล่

F = Face ชาที่ใบหน้า

A = Arms แขน ขา อ่อนแรง

S = Speech ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทานอาหารแล้วสำลัก

T = Time ระยะเวลาที่เกิดอาการ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรรวรรณ พรคณาปราชญ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า 1) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมพงษ์ จันทร์โอวาท และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกด้า จังหวัดมหาสารคาม พบว่าระดับคุณภาพชีวิตชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.69 จึงมีโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐาน

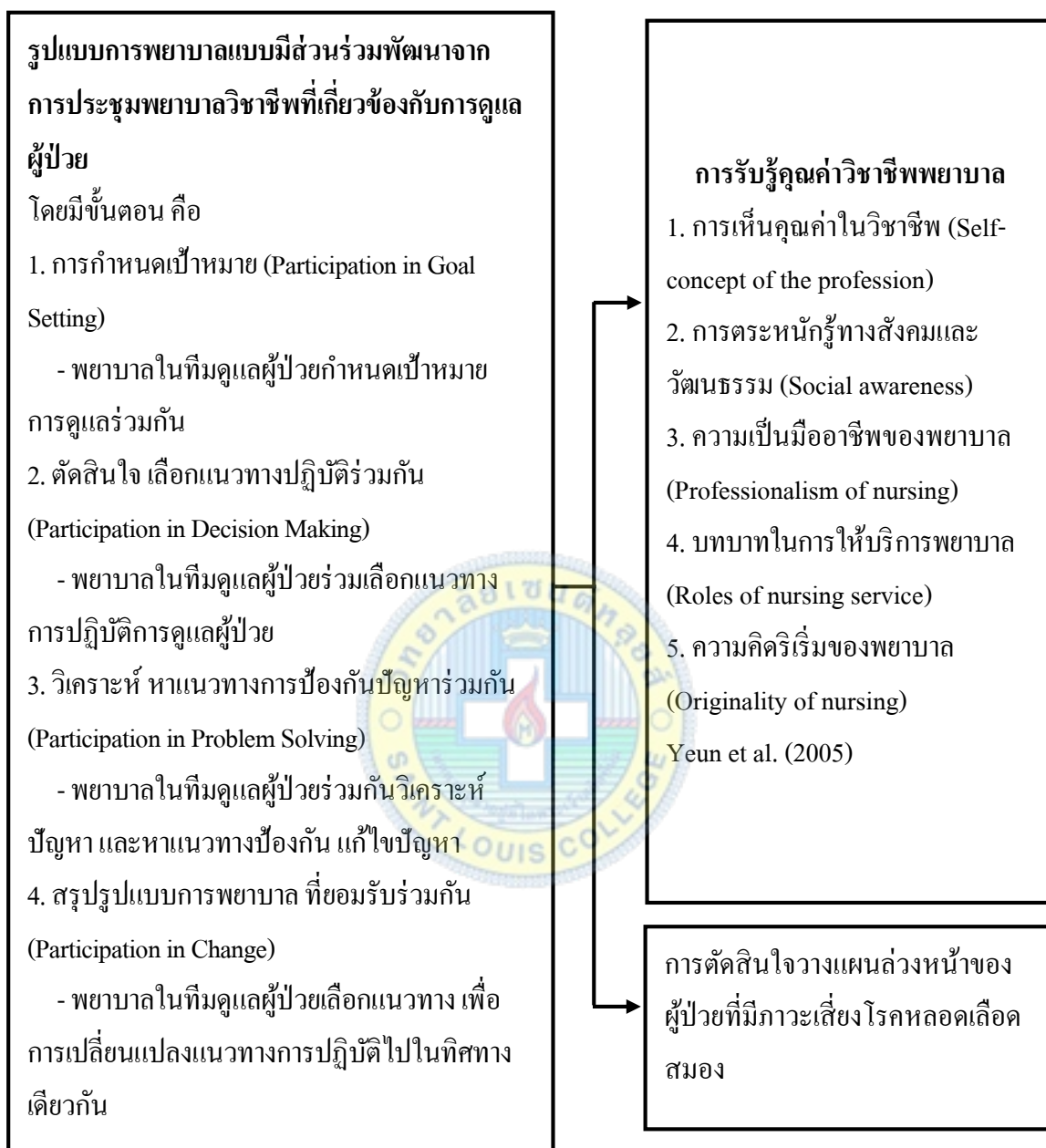
ช่อพกา ปุยขาว (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษา พบว่า 1) คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

เบ็ญจพร ไพบูลย์พลาย้อย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพก่อน ในระยะก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมพัฒนาของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน โดยพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันจัดทำรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของซาซकिन (Sashkin, 1982) และนำรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมไปทดลองใช้ด้วยวิธีทดลองใช้เสมือนจริง

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1) เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (The Pretest-Posttest control group design) โดยมีแบบแผนทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง O1 X_o O2

O1 หมายถึง การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

O2 หมายถึง การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

X_o หมายถึง รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมและการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ใช้สองกลุ่มหลังการทดลอง (Two groups posttest design) มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม X O_c

กลุ่มทดลอง X₁ O_e

O_c หมายถึง การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม

O_e หมายถึง การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

X หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม

X₁ หมายถึง ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรมี 2 กลุ่ม คือ 1) ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน และ 2) กลุ่มผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้ (Inclusion criteria)

- (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน
- (2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- (3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองได้ครบกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่

- (1) ได้รับการเลื่อนตำแหน่งเป็นผู้บริหาร
- (2) ย้ายไปปฏิบัติที่หน่วยงานอื่น
- (3) ป่วย หรือ ลางาน ช่วงการดำเนินการทดลองมากกว่า ร้อยละ 20 ของการทำงาน

2) กลุ่มผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-80 ปี

คุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ (Inclusion criteria)

(1) รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น

- (2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- (3) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ดังนี้
 - a. มีความดันโลหิตสูง คือ ความดันตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป
 - b. เป็นโรคเบาหวาน HbA1C มากกว่า 6.4
 - c. ไขมันในเลือดสูง คือ Cholesterol ในร่างกายมากกว่า 200 mg% และไขมันชนิดไม่ดีหรือ LDL มากกว่า 100 mg%
 - d. เป็นโรคอ้วน คือ ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 kg/m² และรอบเอวมากกว่า 32 นิ้วในผู้หญิง หรือ 36 นิ้วในผู้ชาย
 - e. เป็นโรคหัวใจ

f. สูบบุหรี่

g. คีมีแอสแอลกอฮอล์

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ

3.1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยที่ใช้ในการทดลองและใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่สุ่มมาได้ จากการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 25 คน

2) กลุ่มผู้ใช้บริการ

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก สุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย (2546) กล่าวว่า “การวิจัยกึ่งทดลอง ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละไม่น้อยกว่า 20 คน” ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มผู้ใช้บริการทั้งหมดจำนวน 40 ราย แบ่งออกดังนี้

(1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลแบบเดิมโดยคัดเลือกจากการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ใช้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลดลิน ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย

(2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยคัดเลือกจากการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ใช้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลดลิน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย

การป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เมื่อเก็บข้อมูลครบ จึงเริ่มการทดลอง ดังนั้นผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นคนละกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Matched pair group โดยจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ แบ่งเป็นเพศชาย เพศหญิง ในเรื่องของอายุ แบ่งเป็นช่วงอายุ คือ อายุ 21-40 ปี อายุ 41-60 ปี อายุ 61-80 ปี

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง มีดังนี้

1.1) รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาซकिन (Sashkin, 1982) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

1.2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

1.2.1) แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

1.2.2) แบบทดสอบความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ใช้บริการ หลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบประเมินการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของยอน อินจา และคณะ (Yeun et al., 2005)

2.2) แบบประเมินความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการตัดสินใจล่วงหน้าโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

3.2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาซकिन (Sashkin, 1982)

ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Participation in Goal Setting)

(1.1) ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพมีการแลกเปลี่ยนการประเมินปัญหาการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่พบในการปฏิบัติงานแต่ละวัน ให้บุคลากรในทีมรับรู้ร่วมกัน

(1.2) ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของโรงพยาบาล ผลจากการประชุมพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมการวิจัยมีความเห็นว่าควรพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ให้ไปในทิศทางเดียวกัน

(1.3) เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าให้ความรู้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 87.71 ($\bar{X} = 12.28$) เป็น ร้อยละ 93.14 ($\bar{X} = 13.04$)

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นตัดสินใจร่วมกัน (Participation in Decision Making)

(2.1) ผู้วิจัยร่วมประชุมกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อตัดสินใจและหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และได้ข้อตกลง ดังนี้

(2.1.1) วันที่ 1 พยาบาลวิชาชีพประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดประมาณ 5 นาที

(2.1.2) วันที่ 2 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดประมาณ 10 นาที

(2.1.3) วันที่ 3 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แลกเปลี่ยนข้อมูล ประเมินผลโดยให้กลุ่มผู้ใช้บริการทวนกลับ และให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทำแบบประเมินความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการตัดสินใจล่วงหน้าโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร รายละเอียดประมาณ 15 นาที

(2.2) ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการร่วมกันอภิปรายผล เพื่อนำรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่ได้ นำไปทดลองปฏิบัติตามบริบทของโรงพยาบาลร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (Participation in Problem Solving)

(3.1) พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่กำหนดไปปฏิบัติใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

(3.2) ประเมินรูปแบบการพยาบาลร่วมกัน โดยประเมินปัญหาและแก้ไขรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทมากที่สุด เพื่อให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นพัฒนารูปแบบการพยาบาล (Participation in Change)

(4.1) เมื่อได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหอผู้ป่วย บุคลากรในทีมนำรูปแบบที่ได้ไปปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มผู้ใช้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินความรู้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ ตามกำหนดก่อนการดำเนินการทดลอง และหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประเมินก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

(1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรค
หลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

(2) ผู้วิจัยนำความรู้จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำราเอกสารและงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้ามาสร้างเป็นแบบทดสอบ
ปรนัยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยใช้แนวคิดของ Bloom's taxonomy ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ 3 ชั้นแรก ได้แก่
ความรู้ความจำ (remembering) ความเข้าใจ (understanding) และการนำไปใช้ (applying) วิเคราะห์ สังเคราะห์
และประเมินค่าได้ ซึ่งเป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิด ลักษณะคำถามให้ความหมายทางบวกและลบ มี
จำนวน 14 ข้อ โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก กำหนดการให้คะแนนดังนี้ ตอบ ใช่ (ถูก) ได้
1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่รู้ ได้ 0 คะแนน ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
13, 14 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ กำหนดการให้คะแนนดังนี้ ตอบ ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่ใช่
(ถูก) ได้ 1 คะแนน และตอบ ไม่รู้ ได้ 0 คะแนน ได้แก่ข้อคำถามที่ 2, 11 ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับ

ความรู้ความจำ (remembering) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 8, 14

ความเข้าใจ (understanding) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 7, 10, 11

การนำไปใช้ (applying) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 9, 12, 13

โดยใช้หลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) กำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ
ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 61-79

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบทดสอบความรู้
ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้าง
เสนออาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษา และนำไปให้
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการบริหาร
การพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์แพทย์สาขาอายุรกรรมประสาท จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง
แก้ไข จากนั้นผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจ

วางแผนล่วงหน้า มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้แบบประเมินมา 14 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้เท่ากับ 0.92

(2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาความเที่ยง โดยวิธีคูเดอร์ (Kuder Richardson method) ใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.93

2.2) แบบทดสอบความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ของ ผู้ใช้บริการหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้ประเมินหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

(1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

(2) ผู้วิจัยนำความรู้จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า มาสร้างเป็นแบบทดสอบปรนัยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยใช้แนวคิดของ Bloom's taxonomy ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ 3 ชั้นแรก ได้แก่ ความรู้ความจำ (Remembering) ความเข้าใจ (Understanding) และการนำไปใช้ (Applying) วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าได้ ซึ่งเป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิด ลักษณะคำถามให้ความหมายทางบวก มีจำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก กำหนดการให้คะแนน ดังนี้ ตอบ ใช่ (ถูก) ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่รู้ ได้ 0 คะแนน

โดยใช้หลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) กำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 61-79
ระดับต่ำ	หมายถึง	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้าง เสนออาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษา และนำไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการบริหาร การพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์แพทย์สาขาอายุรกรรมประสาท จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข จากนั้นผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ได้แบบประเมินมา 10 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้เท่ากับ 0.85

(2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาความเที่ยง โดยวิธีคูเดอร์ (Kuder Richardson method) ใช้สูตร KR-20 ได้ เท่ากับ 0.92

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอน อินจา และคณะ (Yeun et al., 2005) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ เป็นเอกสาร และผู้วิจัยได้ดัดแปลงและ นำแบบสอบถามแปลแบบย้อนกลับ (Back-Translation) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1.1) การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาดั้งเดิม (source language) เป็นภาษาเป้าหมาย (target language) คือ แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

2.1.2) การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Review of the translated version by reviewer) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและ เหมาะสมของภาษา

2.1.3) การแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้แปลเป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษาอังกฤษและภาษาไทยเป็นอย่างดี

2.1.4) การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated Version) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา

ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอน อินจา และคณะ (Yeun et al., 2005) ที่ผ่านการแปลแบบย้อนกลับ (Back-Translation) มีจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ดังนี้

(1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ จำนวน 9 ข้อ ข้อที่ 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 19

(2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 8 ข้อ ข้อที่ 1, 4, 5, 15, 23, 26, 27, 29

(3) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ข้อที่ 13, 18, 21, 22, 28

(4) บทบาทในการให้บริการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ 9, 12, 17, 25

(5) ความคิดริเริ่มของรพพยาบาล จำนวน 3 ข้อ ข้อที่ 16, 20, 24

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งในแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล คือ คะแนนต่ำสุด 29 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 145 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีคุณค่าวิชาชีพการพยาบาลมาก (ยิ่งสูงยิ่งดี) ข้อที่มีความหมายเชิงลบต้องปรับคะแนนย้อนกลับเชิงบวก คือ ข้อที่ 16, 20, 24 ปรับเป็นดังนี้

คะแนน 1	ปรับเป็น	5 คะแนน
คะแนน 2	ปรับเป็น	4 คะแนน
คะแนน 3	ปรับเป็น	3 คะแนน
คะแนน 4	ปรับเป็น	2 คะแนน
คะแนน 5	ปรับเป็น	1 คะแนน

ในการแปลผลการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้การแบ่งลำดับคะแนน โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.00 – 1.80	คะแนน หมายถึง	มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพอยู่ในระดับน้อยมาก
1.81 – 2.60	คะแนน หมายถึง	มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพอยู่ในระดับน้อย
2.61 – 3.40	คะแนน หมายถึง	มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง
3.41 – 4.20	คะแนน หมายถึง	มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพอยู่ในระดับสูง
4.21 – 5.00	คะแนน หมายถึง	มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพอยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล เสนออาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาภาษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์แพทย์สาขาอายุรกรรมประสาท จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้แบบประเมินมา 29 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้เท่ากับ 0.86

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

2.2) ความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วย และบันทึกการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้รับบริการ โดยลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลที่ผู้ป่วยสรุปการตัดสินใจโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือ
- 2) ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการการกิจการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการจัดทำวิจัย

3) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและเครื่องมือวิจัย

4) สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ระหว่างทีมผู้วิจัยกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงแนวทางการพัฒนาโครงการวิจัย และร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

5) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามจนหมดข้อสงสัย

6) ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการทดลอง

3.3.2 ขั้นตอนการทดลอง

ระยะที่ 1

กลุ่มผู้ใช้บริการ

กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม โดยคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลจำนวน 20 คน

ระยะที่ 2

กลุ่มพยาบาล

1) แจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลองก่อนอบรม (Pre-test) และทำแบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของชอน อินจา และคณะ (Yeun et al., 2005) ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2) อบรมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า โดยผู้เชี่ยวชาญ

3) ให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบทดสอบความรู้ โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า หลังอบรม (Post-test) และพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

4) ให้พยาบาลวิชาชีพแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน

5) หลังจากนั้นให้พยาบาลวิชาชีพมีการวางแผน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันประชุมปรึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบ

มีส่วนร่วม ในบริบทของโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของซาส์คิน (Sashkin, 1982) มีขั้นตอนดังนี้

5.1) พยาบาลทุกคนร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (Participation in Goal Setting) โดยพยาบาลทุกคนมีการแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบเจอในแต่ละวันให้บุคลากรในทีมรับรู้ร่วมกัน พยาบาลทุกคนประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกัน

5.2) พยาบาลทุกคนร่วมกันตัดสินใจ (Participation in Decision Making) บุคลากรในทีมเปิดโอกาสให้ทุกคนในทีมได้ซักถามประกอบการตัดสินใจ เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วย

5.3) พยาบาลทุกคนร่วมกันแก้ไขปัญหา (Participation in Problem Solving) บุคลากรในทีมนำรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่ผ่านการพัฒนามาแล้วตามบริบทของหอผู้ป่วยไปปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มผู้ใช้บริการ จากนั้นมีการประเมินรูปแบบการพยาบาลร่วมกัน โดยประเมินปัญหาและแก้ไขรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทมากที่สุด เพื่อให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

5.4) ร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาล (Participation in Change) เมื่อได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหอผู้ป่วย บุคลากรในทีมนำรูปแบบที่ได้ไปปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มผู้ใช้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ระยะที่ 3

กลุ่มพยาบาล

1) วันที่ 1 พยาบาลวิชาชีพประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (5 นาที)

2) วันที่ 2 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (10 นาที)

3) วันที่ 3 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แลกเปลี่ยนข้อมูล และประเมินผล โดยให้กลุ่มผู้ใช้บริการทวนกลับ (15 นาที)

4) ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลการเยี่ยมตรวจพยาบาลวิชาชีพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

3.3.3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

กลุ่มพยาบาล

ทำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอน อีนา และคณะ (Yeun et al., 2005) หลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มผู้ใช้บริการ

กลุ่มทดลอง หลังผู้ใช้บริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า โดยคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลจำนวน 20 คน

ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการขอเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและไม่มีเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการ โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยได้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัด เรียบร้อยแล้ว เลขที่รับรอง E.008/2564

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) เช่น วิธีแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่าง
หลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยสถิติ
Mann-Whitney U Test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (The Pretest-Posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ใช้บริการ

4.3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

4.4 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

4.5 ผลการเปรียบเทียบการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	25	100
อายุ		
21-40 ปี	19	76
46-60 ปี	6	24
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	$\bar{X} = 35$	S.D.= 8.89
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	5	20
5 ปี - น้อยกว่า 10 ปี	9	36
10 ปี และมากกว่า 10 ปี	11	44

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนมากมีอายุเฉลี่ยที่ 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 76 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44

4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	65	12	60
หญิง	7	35	12	60
อายุ				
21-40 ปี	3	15	2	10

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ต่อ)				
41-60 ปี	13	65	11	55
61-80 ปี	4	20	7	35
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	$\bar{X}=47$	S.D.= 12.22	$\bar{X}=42$	S.D. = 11.99
สถานภาพสมรส				
โสด	1	5	5	25
คู่	17	85	14	70
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	10	1	5
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6	2	10	3	15
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	1	5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	40	8	40
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0	3	15
ปริญญาตรี	6	30	5	25
อาชีพ				
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	1	5	2	10
พนักงานบริษัท	8	40	9	45
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ	9	45	5	25
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10	4	20
รายได้ต่อเดือน				
เพียงพอ	8	40	14	70
ไม่เพียงพอ (มีหนี้สิน)	12	30	6	30
สิทธิการรักษาพยาบาล				
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของ	2	10	2	10
ข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)				

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล (ต่อ)				
สิทธิประกันสังคม (ปกส)	12	60	13	65
สิทธิประกันสุขภาพบัตรทอง (30 บาท)	6	30	5	25
ประวัติโรคประจำตัว				
โรคเบาหวาน	1	5	2	10
โรคความดันโลหิตสูง	3	15	0	0
โรคไขมันในเลือดสูง	6	30	5	25
โรคหัวใจ	4	20	3	15
โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง	3	15	0	0
โรคเบาหวานและ โรคหัวใจ	0	0	1	5
โรคไขมันในเลือดสูงและ โรคหัวใจ	1	5	0	5
โรคความดันโลหิตสูงและ โรคไขมันใน	0	0	3	15
เลือดสูง				
โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง,	1	5	3	15
โรคไขมันในเลือดสูง				
โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง,	1	5	0	0
โรคหัวใจ				
โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันใน	0	0	2	10
เลือดสูง, โรคหัวใจ				
โรคเบาหวาน, โรคความดันในเลือดสูง,	0	0	1	5
โรคไขมันในเลือดสูง, โรคหัวใจ				
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	10	50	11	55
สูบบุหรี่	8	40	6	30
เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 6 เดือน	2	10	3	15

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่ม	6	30	12	60
ดื่มสุรา	9	45	5	25
เลิกดื่มสุรามากกว่า 6 เดือน	5	25	3	15

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด โดยผู้ให้บริการมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.50 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 40 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการและพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 45 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 10,000-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนเพียงพอ สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม (ปกส) มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ และส่วนไม่ดื่มสุรา

4.3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามด้าน

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ	4.17	0.64	สูง	4.49	0.37	สูงมาก
การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม	3.93	0.62	สูง	4.34	0.48	สูงมาก
ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล	4.18	0.69	สูง	4.40	0.55	สูงมาก
บทบาทในการให้บริการพยาบาล	4.02	0.75	สูง	4.41	0.41	สูงมาก
ความคิดริเริ่มของพยาบาล	3.53	0.91	สูง	4.08	2.67	สูง
โดยรวม	3.97	0.72	สูง	4.34	0.89	สูงมาก

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$, S.D.= 0.72) และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.34$, S.D.= 0.89) ซึ่งการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีการเพิ่มขึ้น โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมด้าน ความเป็นมืออาชีพของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.18$, S.D.= 0.69) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.53$, S.D.= 0.91) และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการเห็นคุณค่าในวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.49$, S.D.= 0.37) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.08$, S.D.= 2.67)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามรายด้าน

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t-value	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ	4.17	0.648	4.49	0.375	48	2.135	0.019
การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม	3.93	0.620	4.34	0.482	48	2.756	0.006
ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล	4.18	0.690	4.40	0.553	48	1.220	0.114
บทบาทในการให้บริการพยาบาล	4.02	0.756	4.41	0.413	48	2.261	0.018
ความคิดริเริ่มของพยาบาล	3.53	0.917	4.08	2.674	48	0.967	0.169
โดยรวม	3.97	0.726	4.34	0.899	48	1.445	0.064

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพมีค่าเท่ากับ 3.97 (S.D.= 0.726) และหลังการทดลองมีค่า เท่ากับ 4.34 (S.D.=0.899) โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3 ด้าน คือ การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม และบทบาทในการบริการพยาบาล

4.4 ผลการเปรียบเทียบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	\bar{X}	ร้อยละ	ระดับ	\bar{X}	ร้อยละ	ระดับ
ความรู้	3.70	37	ต่ำ	6.65	66.5	กลาง

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงกว่าหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิม อยู่ในระดับกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ความรู้	Mann-Whitney U	Z	Asymp.Sig (1-tailed)
	99.000	2.744	0.006 *

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของกลุ่มผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.5 ผลการเปรียบเทียบการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

การตัดสินใจ	Mann-Whitney U	Z	Asymp.Sig (1-tailed)
	17.500	2.744	0.416

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ไม่แตกต่างกัน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิมและแบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานวิจัย

- 1) การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ และตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มพยาบาล

สุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยเพื่อการทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จากการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน

กลุ่มผู้ใช้บริการ

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก สุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย (2546) กล่าวว่า “การวิจัยกึ่งทดลองขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละไม่น้อยกว่า 20 คน” ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มผู้ใช้บริการทั้งหมดจำนวน 40 ราย แบ่งออกดังนี้

1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลแบบเดิม โดยคัดเลือกจากการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลดลิน ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ราย

2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยคัดเลือกจากการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลดลิน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย

การป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เมื่อเก็บข้อมูลครบ จึงเริ่มการทดลอง ดังนั้นผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นคนละกลุ่มกันเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Matched pair group โดยจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ แบ่งเป็น เพศชาย เพศหญิง ในเรื่องของอายุ แบ่งเป็น อายุ 21-40 ปี อายุ 41-60 ปี อายุ 61-80 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง มีดังนี้

1.1) รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาส์กิน (Sashkin, 1982) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลดลิน

1.2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

1.2.1) แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

1.2.2) แบบทดสอบความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ หลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอน อินจา และคณะ (Yeun et al., 2005)

2.2) แบบประเมินความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการตัดสินใจล่วงหน้าของผู้ป่วยโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) โดยวิธีแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) เปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยสถิติ Mann-Whitney U Test

5.1 สรุปผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนมากมีอายุเฉลี่ยที่ 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 76 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44

ผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด โดยผู้ใช้บริการมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.50 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 40 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการและพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 45 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 10,000-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนเพียงพอ สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา

2) ผลการวิเคราะห์การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยรวมไม่สูงขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพรายด้านที่สูงขึ้นหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ด้าน คือ 1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ 2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม และ 3) บทบาทในการบริการพยาบาล ส่วนการรับรู้คุณค่าวิชาชีพที่ไม่สูงขึ้น มี 2 ด้าน คือ ด้านความเป็นมืออาชีพของพยาบาล และด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล

3) ผลการวิเคราะห์ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงกว่าหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับการพยาบาล

แบบมีส่วนร่วมมีความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ผลการวิเคราะห์การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ไม่แตกต่างกัน

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล และความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยรวมไม่สูงขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ด้าน คือ

1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ หมายถึง ความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ พยายามแสวงหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง มีบุคลิกภาพที่ดี มีวุฒิภาวะสมบูรณ์พร้อม ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอย่างมีอาชีพ และเป็นวิชาชีพเดียวที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยความรู้และทักษะผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มาลี คำคง และคณะ (2563) กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะทางเทคนิคในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถสอนและให้ข้อมูลที่ต่อเนื่อง มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำงานเป็นทีม มีภาวะความเป็นผู้นำ กล้าแสดงออก และมีความเมตตา กรุณา พยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมความรู้และทักษะที่เหมาะสมแก่พยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง (อัญชนี ศิริ, 2565) พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานด้วยความตั้งใจความมุ่งมั่น ยอมรับในความหลากหลาย ดูแลเอาใจใส่ประจักษ์ ญาติมิตร เข้าใจในความต่างของศาสนา และวัฒนธรรม ดูแลอย่างเท่าเทียมกัน พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีประสบการณ์และความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล มีความมุ่งมั่น อดทน เสียสละ และกระตือรือร้นต่องานที่ทำ (อังคณา วังทอง และคณะ, 2556) จากข้อมูลดังกล่าว สอดคล้องกับการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมคือ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมเน้นการกำหนดเป้าหมาย

ร่วมกันในการทำงาน ตัดสินใจ แก้ปัญหา และกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกันพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงความรู้ ทักษะการวางแผนตัดสินใจรับการรักษาล่วงหน้าเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยที่สามารถลดความพิการได้ หากผู้ป่วยได้ตัดสินใจรับการรักษาภายใน 60 นาที (กันติมภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และถัดดา อะโนศรี, 2560)

2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง ความเข้าใจผู้ที่มีความเห็นที่แตกต่าง หลากหลาย ทั้งด้านเชื้อชาติ ศาสนา สังคม วัฒนธรรม บรรทัดฐานของแต่ละบุคคล สังคม เคารพใน สิทธิของผู้อื่น และให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ทั้งสหสาขาวิชาชีพและสหวิทยาการ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุกัญญา สิริ โสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2557) ที่กล่าวว่าพยาบาลให้การดูแล พยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้หลักศาสนาเข้ามาเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ไม่เลือกชนชั้นวรรณะ เป็นสื่อกลางในการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และรับรู้ทุกช่วงของการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและ เกิดความไว้วางใจ ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ให้การยอมรับ นับถือ และได้รับการสนับสนุนทาง สังคม ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าและมีความเชื่อมั่นในการทำงาน รู้สึกมีความสุข ในการทำงาน (มงคล เอกพันธ์ และคณะ, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมจึงมีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจและยอมรับในความแตกต่าง ส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพด้านการตระหนักรู้ต่อผู้ใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นจาก ($\bar{X} = 3.93$, S.D.= 0.62) เป็น ($\bar{X} = 4.34$, S.D.= 0.48) และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3) บทบาทในการบริการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบใน หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างรวดเร็วและแม่นยำ จากงานวิจัยของ สมปรารถนา ดาผา และคณะ (2563) กล่าวว่า การปฏิบัติงานที่แสดงออกความเป็นผู้นำในการทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วทำให้การบริการมีคุณภาพ การมีบุคลิกภาพที่ดี มีความรอบคอบ และมีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการให้การพยาบาล มีการทำงาน เป็นขั้นเป็นตอนอย่างระมัดระวัง ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในการทำงาน (อดิเรก ช่างเพียร และคณะ, 2563)

ซึ่งรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มความรู้และทักษะให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในงานที่ทำมากยิ่งขึ้น และส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการทางบวก จึงสามารถสรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของ พยาบาลวิชาชีพด้านบทบาทในการบริการพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพรายด้านที่ไม่สูงขึ้นทางสถิติ พบว่ามี 2 ด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานความรู้ของวิชาชีพการพยาบาล การที่พยาบาลจะเกิดความรู้ความชำนาญต้องใช้เวลาในการพัฒนาทักษะ เป็นระยะเวลาที่ยาวนานแตกต่างกันของแต่ละบุคคล งานวิจัยของ นุชนาถ ศรีสุวรรณ และคณะ (2558) กล่าวว่า ความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ อายุมากประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นด้วย พยาบาลที่มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ ไม่มีวิธีการบริหารจัดการต่อผู้มาใช้บริการ ทำให้พยาบาลวิชาชีพขาดความมั่นใจในการทำงาน กตกร ประสารวรรณ และคณะ (2561) ทำให้พยาบาลวิชาชีพขาดการรับรู้ถึงความเป็นมืออาชีพ การดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีข้อจำกัดในระยะเวลาดำเนินการวิจัยที่ต้องดำเนินการให้เสร็จภายใน 1 เดือน

2) ด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ได้ครบตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการด้วยจิตวิญญาณ และได้รับการยอมรับนับถือในความเป็นมืออาชีพจากสาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยวดี เจียเจริญ และชนิษฐา วรธงชัย (2561) กล่าวว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อความน่าเชื่อถือ ด้านความเชื่อมั่น และความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการบริการ ทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เกิดอุบัติเหตุและข้อร้องเรียนได้ เนื่องจากช่วงเวลากการทดลองมีเวลาจำกัด และจำนวนผู้ป่วยที่น้อยเพียง 20 คน ต่อพยาบาลวิชาชีพ 25 คน ทำให้ประสบการณ์การแก้ไขปัญหาโดยใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของพยาบาลวิชาชีพยังไม่เด่นชัดพอ

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่รับรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่เมื่อได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากพยาบาลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือนและการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรค

หลอดเลือดสมองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (อาณัติ วรณะ และคณะ, 2563) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ชัดเจน ทำให้ความเสี่ยงในการเสียชีวิตหรือพิการลดลง และการจัดทำโครงการอบรมพยาบาลทำให้พยาบาลมีทักษะเพิ่มมากขึ้น และทำให้กระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (จินดา ยิ่งไพบุลย์สุข และคณะ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

แต่จำนวนผู้ป่วยที่มีการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม มีจำนวนสูงขึ้นจาก 12 คน เป็น 17 คน แต่ไม่สูงขึ้น จากงานวิจัยของ สุริยา ฟองเกิด และคณะ (2559) กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยมักต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย จากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รัก และในภาวะวิกฤตของชีวิตมักต้องการความช่วยเหลือ และการตัดสินใจจากครอบครัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับความเชื่อทางศาสนา โดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน (ลาตีเฟห์ เจ๊ะเถาะ และคณะ, 2562) การตัดสินใจของคนไทยมักจะขอความเห็น และมอบการตัดสินใจให้ครอบครัว หรือให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของคนในครอบครัว (กนกพร จิวประสาท, 2558) และการวิจัยครั้งนี้เป็นการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในระหว่างการระบาดหนักของโควิด 19 ทำให้ญาติ และครอบครัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านบริหาร

ผู้บริหารสามารถนำรูปแบบการพยาบาลไปปรับใช้กับหน่วยงานที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

5.3.2 ด้านการวิจัย

- 1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและผู้ตัดสินใจแทน
- 2) ควรศึกษาวิจัยที่มีทั้งผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อศึกษาความรู้ และการตัดสินใจล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพด้านความเป็นมืออาชีพ และด้านความกตริเริ่มของพยาบาล
- 4) ศึกษาวิจัยโดยเพิ่มระยะเวลาการทดลองให้ยาวขึ้น และศึกษาการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านความเป็นมืออาชีพของพยาบาล และด้านความกตริเริ่ม

บรรณานุกรม

- กตกร ประสารวรรณ, อัจฉริยา ปทุมวรรณ, และ เรณู พุกบุญมี. (2561). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 24(1), 37-50.
- กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกรักษาในระยะ สุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 26-27(2), 1-2.
- กนกอร ชารา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). คุณค่าในงานพยาบาล: ความหมายและประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 25(2).
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรา, ศิริธร ยิ่งเรือง, จันทิมา เขียวแก้ว, กัญชรัตน์ อุบลวรรณ, เนตยา แจ่มทิม, และ วรนาถ พรหมสุวรรณ. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และ สื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(พิเศษ). 12-22.
- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญคนนท์, และ วินัส ลิฬหกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้การเตือนและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 40-56.
- กัณติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และ ลัดดา อะโนศรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(3), 26-45.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เอ็น.พี. เพรส
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). *ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติคตีบตัน*. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข. (2564). *คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2563 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล)*. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุณี คาวังปา และ มณีรัตน์ ภาครูป. (2560). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วย ประกันสังคม โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์น*, 11(2), 215-226.
- จินดา ยิ่งไพบุรุษสุข และคณะ. (2560). การเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษหลวงปู่ศุข 3 โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร. *โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร*.
- ช่อผกา ปุขขาว. (2557). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).doi. 10.14457/ CU.the.2014.1291
- ทรรศนันท์ ไทยอัฐวิติ และ อภิญญา จำปากุล. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 198-204.
- นิกริหมี นิจินิการี, อรัญญา เชาวลิต, และ อุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร วารสารวิชาการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 26(5), 431-439.
- นิเวศน์ วงศ์สุวรรณ และ อินตา ศิริวรรณ. (2561). การบริหารแบบมีส่วนร่วม (The Participative Management). *วารสารมหาจุฬาลงกรณ์*, 4(1), 176-187.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เขียวรัตน์ มัชฌิม, และ กิตติกร นิลมานัต. (2558). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.

- นุชนาด สอนสง และ สงวน อินทร์รักษ์. (2561). การบริหารแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายส่งเสริมประสิทธิภาพการจัดการมัธยมศึกษาจังหวัด. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 14(1), 115-132
- เบ็ญจพร ไพบูลย์พลาย้อย. (2558). ผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน).
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, วรศรา คุ้มานนท์, เพชรรัตน์ เนตรมูย, และ ปาริชาติ คำรงค์. (2558). การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณค่าและความศรัทธา ในวิชาชีพการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 41(1), 122-131.
- ปฐมวดี สิงห์คง และ ชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต : การวิจัยเชิงคุณภาพ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 18(3), 404-417.
- ปวันนุช กลิ่นมาลี. (2559). การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- ปิยาวดี เจียเจริญ และ ขนิษฐา วรชงชัย. (2561). ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 128-137.
- พรภัทร ธรรมสโรช และ เพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช. (2552). *ประสาทวิทยาทางคลินิก = Clinical neurology*. จรัลสันติทวงศ์การพิมพ์.
- พันทิพพา บุญเศษ และ ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 28-41.
- มงคล เอกพันธ์, การุณ พงศ์ศาสตร์, และอภิรติ คำไต้. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันวิชาชีพพยาบาลกรณีศึกษา : โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9(1), 54-77.

- มาลี คำคง, ปฐมา มาศ โขติบัณฑิต, และ ธิดารัตน์ สิงห์ศรี. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 10(2), 183-193.
- ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. (2553). ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดต่อการรับรู้คุณค่าทางวิชาชีพพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลรามธิบดี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 3 (19 มีนาคม 2550).
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 18 พุทธศักราช 2550. (24 สิงหาคม 2550). เล่มที่ 124 ตอนที่ 47 หน้า 8-9.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์
- รุสนีย์ ไวยากรณ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และ เบญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเอกชน. *พยาบาลสาร*, 46(2), 142-151.
- ลาตีพะห์ เจ๊ะเลาะ, กิตติกร นิลมานัต, และ วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2563). กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(3), 82-92.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2559). การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ ปาริชาติ เพ็ญสุวรรณ. (2560). แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลระดับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุณรักษ์. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

- สุกัญญา ศิริ โสภารักษ์ และ อารียวรรณ อ่วมธานี. (2557). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 289-297.
- สุมาลี ชี้อรรณาพรกุล. (2552). Stroke Rehabilitation. ใน ภัทรารุช อินทรกำแหง (บรรณาธิการ). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู (หน้า 139-149)*. นำอักษรการพิมพ์.
- สุริยา ฟองเกิด, สุภรา หิมามันโต, และ สืบตระกูล ตันตลานุกุล. (2559). การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(ฉบับเพิ่มเติม), 170-178.
- สุวิมล ว่องวานิช และ นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมปรารถนา ดาผา, จิตภินันท์ ศรีจักร โคตร, และ วรรณชนก จันทชุม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(2), 115-125.
- สมพงษ์ จันท์โอวาท, สุภาพร สุโพธิ์, และ นวรัตน์ บุญนาน. (2557). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 394-402.
- สำราญ บุญเจริญ. (2552). *ทฤษฎีการตัดสินใจ*. มหาวิทยาลัยภาคกลางกองวิชาการและฝึกอบรมการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย.
- อดิเรก ช่างเพ็ชร, กุลวดี อภิชาติบุตร, และเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2563). ลักษณะบุคลิกภาพและการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 192-203.
- อรรวรรณ พรคณาปราชญ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- อังคณา บุญศรี และ สุกัญญา ทองบุผา. (2563). ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ Stroke Digital service. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 5(3), 36-44.
- อังคณา ว่างทอง, อนุชิต ว่างทอง, ส่วนฮานานิ วัดเส้น, และ วันดี สุทธรังษี. (2556). มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข / สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(3), 35-44.
- อัญชนิ ศิริ. (2565). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะท้ายโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. (รายงานการวิจัย). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- อาณัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, และ รัชณี นามจันทร์. (2563). การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. APHEIT Journal of Nursing and Health, 2(1), 30-44.
- อุไร คำมาก และ ศิริอร สิ้นธุ. (2558). ระยะเวลาการใช้ยาละลายลิ่มเลือดต่อการฟื้นตัวด้านระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 106-113.
- American Stroke Association : ASA. (2018). AHA/ASA Guideline : 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. American Stroke Association, doi: 10.1161/STR.000000000000158.
- Bloom, B. (1971). *Mastery learning*. Holt, Rinehart & Winston.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & Van Der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000-1025. doi: 10.1177/0269216314526272.
- Carrozzella, J., & Jauch, E. C. (2002). Emergency stroke management: a new era. *The Nursing clinics of North America*, 37(1), 35-57, vi. doi: 10.1016/s0029-6465(03)00081-1.
- Cotter, V. T., & Strumpf, N. E. (2002). *Advanced Practice Nursing with Older Adults*. McGraw Hill.
- Hauser, S. L., & Josephson, S. A. (2010). *Harrison's Neurology in Clinical Medicine*. (2nd ed.). McGraw-Hill.

- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (6th ed.). J.B. Lippincott.
- Hoffart, N., & Wood, C. Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing*, 12(6), 354-364. doi. 10.1016/S8755-7223(96)80083-4.
- Holmes, H. N. (2006). *Managing Chronic Disorders*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Izumi, S. (2017). Advance Care Planning: The Nurse's Role. *The American journal of nursing*, 117(6), 56-61. doi: 10.1097/01.NAJ.0000520255.65083.35.
- Port, C. M., & Matfin, G. (2009). *Pathophysiology: Concepts of Altered Health States*. (8th edition). Williams and Wilkins. 479-487.
- Sashkin, M. (1982). *A manager's guide to participative management*. AMA. Membership Publications Division.
- Shermerhorn, J. R. (2002). *Management*. (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Simon, H. A. (1977). *The new science of management decision*. (2nd ed.). Prentice Hall.
- Starks, H., Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2011). Advance care planning. In L. L. Emanuel & S. L. Librach (Eds.), *Palliative care: Core skills and clinical competencies* (2nd ed., pp. 270-283). Elsevier Saunders.
- The National Council for Palliative Care [NCPCC]. (2008). *Advance care planning: A guide for health and social care staff*. (2nd ed.). <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>.
- Vig, E. K., Taylor, J. S., Starks, H., Hopley, E. K., & Fryer-Edwards, K. (2006). Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end-of-life decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(11), 1688-1693. doi.10.1111/j.1532-5415.2006.00911.x
- World health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. World health Organization.
- Yeun, Eun-Ja., Kwon, Young-Mi., & Ahn, Ok-Hee. (2005). Development of a Nursing Professional Values Scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(6), 1091-1100.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา
 การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต (อายุรศาสตร์)
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาประสาทวิทยา
 กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล
 การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ความเป็นเลิศทาง
 การแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์
 การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสุขภาพ)
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน อาจารย์ประจำ
 สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์
 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
4. นางสาวสมร บริสุทธิ์
 การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
 ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน รองผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา
5. นางสาวเพ็ญศรี อุ๋นสวัสดิพงษ์
 การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน พยาบาลชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนัก
 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ
หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง	ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมอง
หัวหน้าโครงการวิจัย	นางสาวไชบุญ มหามัด
สังกัดหน่วยงาน	นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
เลขที่รับรอง	E. 008/2564

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย
เซนต์หลุยส์ โดยได้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัดเรียบร้อยแล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2564

(ดร.นงคราญ วงษ์ศรี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

INFORMED CONSENT FORM

การวิจัยเรื่อง ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี.....เดือน.....อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้าลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยเรื่องนี้ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบจากเอกสาร และคำอธิบาย จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยโดยตลอดแล้ว มีความเข้าใจดี อีกทั้งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ไม่ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยนำข้อมูลจากข้าพเจ้าไปใช้ได้ตาม วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และขอสงวนสิทธิ์ที่จะยกเลิก การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อ

ผู้วิจัยได้ให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลความเป็นส่วนตัวเกี่ยวกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผย เฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปผลการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากเกิดอันตรายหรือความเสียหายที่มีโอกาสการณได้ ซึ่งพิสูจน์ได้ ในภายหลังว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลตามที่จะตกลงกัน

ผู้วิจัยแจ้งด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาวไชบุญ มาหมัด โรงพยาบาลเลิดสิน (หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชั้น 13) 190 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500 โทรศัพท์ 02-353-9867 โทรสาร 02-353-9868 มือถือ 087-475-3843 E-mail Address : zainoon0@gmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ต่อ หน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมเป็นตัวอย่างในโครงการวิจัย
(.....)

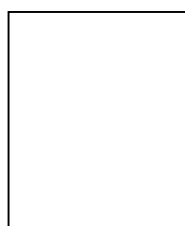
ลงนาม.....ผู้วิจัย/นักศึกษา
(นางสาวไชบุญ มาหมัด)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายนิ้วมือแทน
ดังนี้

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในหนังสือแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ลายมือชื่อผู้อธิบาย/อ่านข้อความ

(.....)

พยาน (ไม่ใช่ผู้วิจัย)

.....

(.....)

ประทับลายนิ้วมือของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Consent form)**

ข้าพเจ้า.....ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัย/ค้นคว้า เรื่อง ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัย นางสาวไชนุญ มาหมัด ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามทุกประการที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยและผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้ และรับรองว่า หากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับถ้าหากข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวไชนุญ มาหมัด โทรศัพท์ 087-4753843 อีเมลล์ zainoon0@gmail.com

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ยินยอม

ลงนาม.....

(.....)

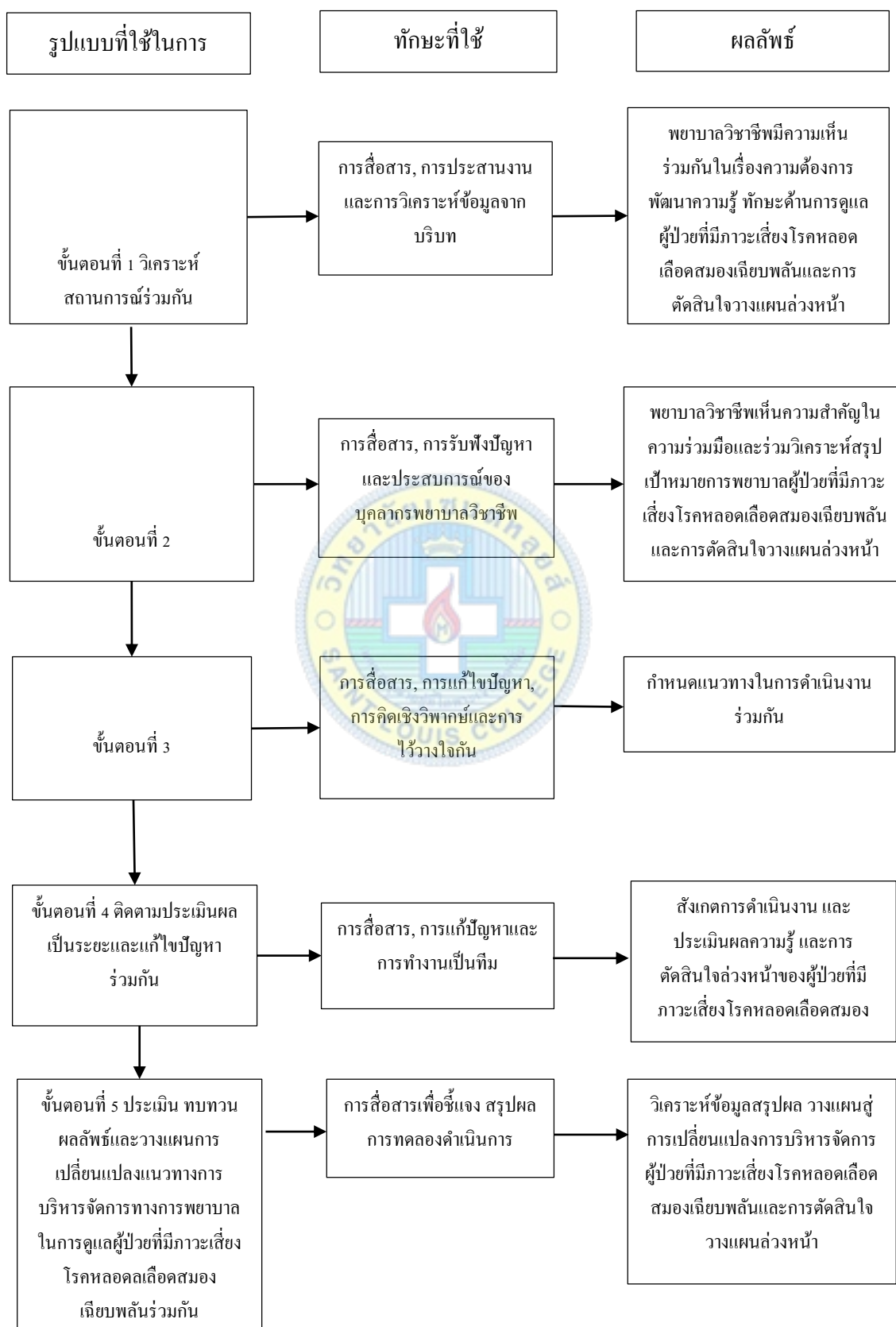
พยาน

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แผนผังแสดงการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม



แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

เรื่อง ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

- แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำนวน 29 ข้อ
- โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน ทุกข้อ และตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อจะได้ นำข้อมูลที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาให้มากที่สุด คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งทางบวก และทางลบ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาวไชบุญ มาหมัด
 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการบริหารทางการพยาบาล
 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงการตอบ : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำ
ในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ประสบการณ์การทำงาน.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

(Advance Care Planning)

คำชี้แจงการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 14 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาข้อความต่อไปนี้และ
ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เลือก
เพียงคำตอบเดียว โปรดตอบทุกข้อ

- ใช่ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบทุกประการ
ไม่รู้ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

2.1 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่รู้	ไม่ใช่
1. การทรงตัวผิดปกติ มองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด ซาที่ใบหน้า แขน ขา อ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัดทันทีทันใดเป็นสัญญาณเตือนของ โรคหลอดเลือด สมอง			
2. อาการเจ็บแน่นหน้าอก อย่างทันทีทันใดเป็นสัญญาณเตือนของโรค หลอดเลือดสมอง			
3. การมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อการเฝ้าระวังอาการระยะเริ่มแรก ซึ่งลดความพิการและเสียชีวิตได้			
4. การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง			
5. เมื่อมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เดินเซ ปวด ศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ต้องรีบพบแพทย์ทันที หากปล่อยทิ้งไว้จะเป็น อันตรายถึงพิการหรือชีวิตได้			

2.2 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่รู้	ไม่ใช่
6. การตัดสินใจล่วงหน้าเป็นสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วย และครอบครัว			
7. การตัดสินใจล่วงหน้ามีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรม			
8. พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ต้องให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย			
9. หากผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แพทย์ และพยาบาลต้องปฏิบัติตามการตัดสินใจล่วงหน้าในการยอมรับการรักษาของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด			
10. การตัดสินใจยอมรับรักษาล่วงหน้า หากผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แพทย์ และพยาบาลต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และครอบครัวก่อนการดำเนินการรักษา			
11. การตัดสินใจล่วงหน้า หากผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรตามที่โรงพยาบาลกำหนดเท่านั้น			
12. เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติ จากโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แพทย์ และพยาบาลต้องให้ญาติและครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย			
13. แพทย์ และพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนการตัดสินใจในภาวะวิกฤติจากโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ด้วยการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่ครอบคลุมและตรงไปตรงมา			
14. ข้อมูลการดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นกุญแจสำคัญ และเป็นแนวทางสนับสนุนในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ			

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล

คำชี้แจงการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 29 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีระดับความคิดเห็นให้เลือกตอบ 5 ระดับ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 3 | หมายถึง | เป็นกลาง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยปานกลาง/พอสมควร |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. คิดว่าสถานภาพทางสังคมของพยาบาลอยู่ในระดับสูง					
2. พยาบาลเต็มใจที่จะใช้ความรู้ ทักษะและเวลาให้กับผู้ป่วย					
3. เชื่อกันว่าผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล					
4. พยาบาลแสดงลักษณะที่เป็นมืออาชีพ โดยร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ในสาขาทางการแพทย์ เช่น แพทย์					
5. สังคมมองว่าพยาบาลมีความเป็นอิสระและมีอิสรภาพทางความคิดในการปฏิบัติงาน					
6. พยาบาลจะเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะอย่างกระตือรือร้น					
7. พยาบาลมีบุคลิกภาพที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์พร้อมด้วยความเมตตา กรุณา ปรานีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี					
8. พยาบาลในบทบาทผู้เชี่ยวชาญต้องพยายามแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง					
9. พยาบาลแสดงความเป็นผู้นำในการแสดงความคิดเห็นของตนเองในการปฏิบัติงาน					
10. พยาบาลควรพยายามพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจะมีบุคลิกภาพที่ดียอดเยี่ยม					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
11. เครื่องแบบพยาบาล ทำให้พยาบาลมีลักษณะของความเป็นมืออาชีพ					
12. พยาบาลแสดงออกถึงการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพด้วยบุคลิกภาพที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ และสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับอาชีพอื่นๆ					
13. การพยาบาลเป็นบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอย่างมืออาชีพ					
14. สังคมยอมรับว่าพยาบาลเป็นมืออาชีพเนื่องจากพยาบาลทำงานหนักด้วยทัศนคติในเชิงบวก					
15. พยาบาลได้รับการยอมรับนับถือในฐานะมืออาชีพจากวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาล					
16. การทำงานหนักไม่ได้แสดงถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญของวิชาชีพการพยาบาล					
17. พยาบาลแสดงความเป็นมืออาชีพในการแก้ปัญหของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและแม่นยำ					
18. พยาบาลแสดงความรับผิดชอบและจริงจังในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในฐานะมืออาชีพ					
19. พยาบาลแสดงความรับผิดชอบด้านจริยธรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล					
20. การพยาบาลไม่ถือเป็นบทบาทในระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นอิสระ					
21. การพยาบาลเป็นงานที่ซับซ้อนและยากมากซึ่งเป็นเพียงวิชาชีพเดียวที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยความรู้และทักษะที่เชี่ยวชาญ					
22. การพยาบาลเป็นศาสตร์ที่ใช้ในการปฏิบัติดูแลด้วยจิตวิญญาณจากภายในที่แสดงออกถึงความรักและความเมตตา					
23. สังคมมองพยาบาลว่าเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ					
24. การพยาบาลไม่ใช่งานวิชาชีพเพราะเป็นผู้ประสานงานในกลุ่มต่างๆ ของวิชาชีพในองค์กร					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
25. การพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลที่มีความเฉพาะสำหรับประเทศนั้นๆ การพยาบาลจะเป็นบริการทางการสุขภาพที่สามารถแข่งขันในตลาด บริการทางการสุขภาพแก่ต่างชาติ					
26. สังคมให้การยอมรับวิชาชีพพยาบาล					
27. วิชาชีพพยาบาลมีส่วนช่วยเหลือสังคมอย่างมากด้วยพลังอำนาจ ของวิชาชีพเอง					
28. การพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นความรู้และทักษะเฉพาะที่มี เพียงพยาบาลเท่านั้นที่สามารถกระทำได้					
29. วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับในความสำเร็จใน การดูแลทางด้านจิตวิญญาณทั้งจากสังคมและองค์กร					



แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
เรื่อง ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ
และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการ โรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน ทุกข้อ และตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อจะได้ นำข้อมูลที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ต่อการศึกษามากที่สุด คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งทางบวก และทางลบ

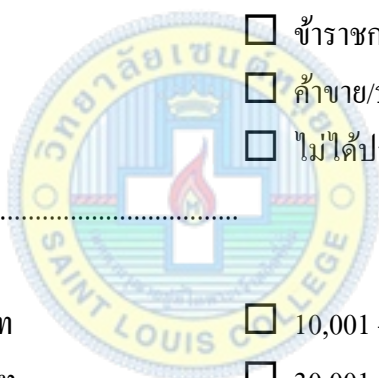
ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาว ไขณุญ มาหมัด
 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการบริหารทางการพยาบาล
 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงการตอบ : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำ
ในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 ต่ำกว่าหรือเทียบเท่า ป.6 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 นักเรียน/นักศึกษา ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ
 พนักงานบริษัท ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ
 เกษตรกร ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 อื่น ๆ.....
6. รายได้ต่อเดือน
 น้อยกว่า 10,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท
 20,001 – 30,000 บาท 30,001 – 40,000 บาท
 มากกว่า 40,000 บาท
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ (มีหนี้สิน) เหลือเก็บ
7. สิทธิการรักษาพยาบาล
 สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)
 สิทธิประกันสังคม (ปกส)
 สิทธิหลักประกันสุขภาพบัตรทอง (30 บาท)
 อื่น ๆ.....
8. ประวัติโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
 โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ
 อื่น ๆ.....



9. การสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ในระยะเวลา 6 เดือน)

- ไม่เคยสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 6 เดือน
 ไม่เคยดื่มสุรา ดื่มสุรา เลิกดื่มสุรามากกว่า 6 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจงการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 10 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียว โปรดตอบทุกข้อ

ใช่ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบทุกประการ

ไม่รู้ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่รู้	ไม่ใช่
1. โรคหลอดเลือดสมองเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย			
2. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง			
3. ผู้ที่มีรูปร่างอ้วนลงพุง (ผู้หญิงมีรอบเอวเกิน 80 ซม. ผู้ชายมีรอบเอวเกิน 90 ซม.) มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง			
4. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง			
5. การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม และดื่มน้ำ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง			
6. อาการที่ต้องคิดถึงฉุกเฉิน 1669 ในทันที คือ อาการแขนขาชา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
7. ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจ ในทันทีทันใด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
8. เดินเซ เวียนศีรษะ ทันทีทันใด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
9. ตาเห็นภาพซ้อน หรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
10. ปวดศีรษะรุนแรง ทันทีทันใด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			

ส่วนที่ 3 การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

ท่าน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในอนาคต เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของท่าน ได้แก่

ดังนั้น หากท่านมีอาการดังต่อไปนี้เพียงอาการใดอาการหนึ่งขึ้นมาทันที ได้แก่ “พูดลำบาก ปากตก ขกแขนขาไม่ขึ้น” ท่านต้องมาโรงพยาบาลทันที เพื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างรวดเร็ว

หากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน ซึ่งสามารถรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ โดยไม่มีข้อห้าม

1. ท่านจะเลือกรับการรักษานี้หรือไม่ เพราะอะไร

- เลือกรับ เพราะ.....
- ไม่เลือกรับ เพราะ.....
- ยังตัดสินใจเลือกไม่ได้ เพราะ.....

2. หากแพทย์ให้ข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงของการรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแล้ว ว่าโอกาสที่ท่านได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแล้ว 1 ใน 3 จะมีอาการดีขึ้น และ 6 ใน 100 คน อาจมีเลือดออกได้ ท่านคิดว่าจะตัดสินใจรับการรักษานี้หรือไม่ เพราะอะไร

- เลือกรับ เพราะ.....
- ไม่เลือกรับ เพราะ.....
- ยังตัดสินใจเลือกไม่ได้ เพราะ.....

ภาคผนวก ง

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)003/2564

4 มีนาคม 2564

เรื่อง เรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 ชุด
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวไขบุญ มหามัต นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง" โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และอยู่ในขั้นตอนตรวจสอบตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือวิจัยที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อการศึกษา เรื่อง "ผล
ของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์
บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

An An

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์

ปบ

ผู้ประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)003/2564

4 มีนาคม 2564

เรื่อง เรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- | | | |
|------------------|------------------------------------|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. โครงร่างการวิจัย | จำนวน 1 ชุด |
| | 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล | จำนวน 1 ชุด |

ด้วย นางสาวไขบุญ มานะมัต นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้อนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง” โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และอยู่ในขั้นตอนสอบตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือวิจัยที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อการศึกษา เรื่อง “ผล
ของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์
บรรลิตชิตกุล บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิตชิตกุล

ป.ป

ผู้ประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)003/2564

4 มีนาคม 2564

เรียน เรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวไชนัญ มหาหมัด นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้อนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง" โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และอยู่ในขั้นตอนสอบตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือวิจัยที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อการศึกษา เรื่อง "ผล
ของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอเรียนเชิญ นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา บุคลากรใน
สังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

An An

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญอวัชชัย)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : นายแพทย์ปิยะศักดิ์ น่วมนา

กปบ

ผู้ประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)003/2564

4 มีนาคม 2564

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน นางสาวสมร บริสุทธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 ชุด
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวไชนุญ มาหมัด นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้อนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง" โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และอยู่ในขั้นตอนสอบตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือวิจัยที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อการศึกษา เรื่อง "ผล
ของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีออนรุตวิชัย)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปบ

ผู้ประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)003/2564

4 มีนาคม 2564

เรื่อง เรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวไชญญา มหาหมัด นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้อนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง" โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และอยู่ในขั้นตอนสอบตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือวิจัยที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อการศึกษา เรื่อง "ผล
ของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอเรียนเชิญ นางสาวเพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์ บุคลากรใน
สังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : นางสาวเพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์

ปบ

ผู้ประสานงาน : นางบิรมัธมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณา อยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และ
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.24/198/2564

22 พฤศจิกายน 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการงานวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวไชนุญ มาหมัด นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง
โรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.008/2564 เรียบร้อยแล้ว และอยู่ระหว่างการดำเนินการทดลองใช้
เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม เรื่อง “ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการ
รับรู้คุณค่าวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง” ใช้สำหรับกลุ่ม
ตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) แบบสอบถามสำหรับพยาบาล และแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด
สมอง

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ณ โรงพยาบาลเลิดสิน
เนื่องจากเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จันทนา อัจฉรินทร์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

/ปป

บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3118
โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณา อยู่ที่ได้ พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.24/199/2564

24 พฤศจิกายน 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการงานวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวไชนุญ มาหมัด นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
ทางการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ
การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง
โรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.008/2564 เรียบร้อยแล้ว

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวไชนุญ มาหมัด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ
การวิจัยโดยการประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลด้วยตนเอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ
ระดับปฏิบัติการขึ้นไปทั้งหมด จำนวน 25 คน (ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม) 2) ผู้ใช้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรม
ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อัจฉินเทียะ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

/ปบ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวไชนุญ มหามัต
วัน เดือน ปี เกิด	27 มีนาคม พ.ศ. 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดปัตตานี
ประวัติการศึกษา	
2558	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
2561	การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 6 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
ทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	
พ.ศ. 2558 – ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน