



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิด
ความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตนต่อการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึก
ของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล



ชัชวีร์ ชัยศิลป์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิด
ความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตนต่อการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก
ของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล



ชัชวีร์ ชัยศิลป์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL FOR CARE-GIVER OF
PALLIATIVE PATIENT THAT INTEGRATES PARTICIPATIVE CONCEPT
AND WATSON'S CARING THEORY ON EMPHATIC BEHAVIOR
EXPRESSED BY PROFESSIONAL NURSE AS
PERCEIVED BY CARE-GIVER**



CHATCHAREEPORN CHAISIL

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand
Academic Year 2013
Copyright Belong to Saint Louis College**

สารนิพนธ์
เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการ
แนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสันต่อการแสดง
พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมใจของพยาบาลวิชาชีพ
ตามการรายงานของผู้ดูแล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 25 สิงหาคม 2556

ให้
1.

นางสาวชัชริพร ชัยศิลป์
ผู้วิจัย

นอ.ร. ๑๑

อาจารย์นาวาเอกหญิง ดร.ธนพร แหม่มสุตา, ค.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

๑๑

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

๑๑

อาจารย์ ดร.มนสกรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

๑๑

อาจารย์ ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ด.
รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

๑๑

อาจารย์เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.
ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัย มาโดยตลอด รวมทั้งคำสั่งสอน ความเอาใจใส่ดูแลลูกศิษย์ คอยกระตุ้นให้ศิษย์มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ คอยกระตุ้นเตือนให้ศิษย์มีความเพียรพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคทั้งปวง จนสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้กับศิษย์มาตลอดผู้วิจัยจะนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาการพยาบาลให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น และยึดถือท่านเป็นแบบอย่างในการทำงานวิชาชีพการพยาบาล

ขอกราบขอบพระคุณประธานและกรรมการสอบสารนิพนธ์ รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาชี้แนะข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลา เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทุกแห่งที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ ร่วมวิชาชีพทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัย และเป็นกำลังใจให้กันมาโดยตลอด ขอขอบคุณทีมพยาบาลที่เสียสละเวลาและสนับสนุนให้การทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จ ลงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ที่ให้การสนับสนุน ให้การดูแล คอยให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างเสมอมาจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ชัชวีร์ ชัยศิลป์

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 090301030 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ; พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: ชัชวีร์ ชัยศิลป์
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันต่อการแสดงพฤติกรรม การร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL FOR CARE-GIVER OF PALLIATIVE PATIENT THAT INTEGRATES PARTICIPATIVE CONCEPT AND WATSON'S CARING THEORY ON EMPHATIC BEHAVIOR EXPRESSED BY PROFESSIONAL NURSE AS PERCEIVED BY CARE-GIVER
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณา อนุสันติ Ph.D. : มนสภรณ์ วิฑูรเมธา ค.ค.
คำสำคัญ	: รูปแบบการบริการการพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดความมีส่วนร่วม ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน พฤติกรรมการร่วมรู้สึก
จำนวน	: 154 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม(Sullivan, 1998) ของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson, 1989)และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐบาล มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คนเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงด้วยการคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล เครื่องมือทั้งสองแบบนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.884 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตาม

การรายงานของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า:- 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ไม่แตกต่างกัน 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ACADEMIC CODE : 090301030 NURSING ADMINISTRATION : M.N.S. (NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT NAME : MISS.CHATCHAREEPORN CHAISIL

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL FOR CARE-GIVER OF PALLIATIVE PATIENT THAT INTEGRATES PARTICIPATIVE CONCEPT AND WATSON'S CARING THEORY ON EMPHATIC BEHAVIOR EXPRESSED BY PROFESSIONAL NURSE AS PERCEIVED BY CARE-GIVER

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : ASST. PROF. SUWANNA ANUSANTI, Ph.D.
: MANASAPORN VITONMATHA, Ph.D.

KEY WORD : NURSING SERVICE MODEL, PALLIATIVE PATIENT, PARTICIPATIVE CONCEPT, WATSON'S CARING THEORY, EMPHATIC BEHAVIOR
: 154 PAGES

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to study and compare mean of perception on Emphatic Behavior Expressed by Professional Nurse as Perceived by care-giver between experimental group who received before and after nursing services model for care-giver of Palliative Patient that integrates Participative Concept (Sullivan, 1998) and Watson's Caring Theory (Watson, 1989) and control group who nurse and care-giver treat patients according to their own decision. The purposive sample was divided into 10 experimental and control subjects of care-giver of Palliative Patient select by matched pair. The experimental instrument and the questionnaires on Emphatic Behavior Expressed by Professional Nurse as Perceived by care-giver were tested for content validity by 3 experts and reliability coefficient was 0.884. It was analyzed after experimentation between experimental and control groups using Mann – Whitney U Test and means between pre and post experimentation in experimental groups using Wilcoxon Signed Rank Test.

The study results indicated as follows: 1) The mean of perception of Emphatic Behavior Expressed by Professional Nurse as Perceived by care-giver after experimentation in experimental group and control group was no difference. 2) The mean of perception of Emphatic Behavior Expressed by Professional Nurse as Perceived by care-giver after experimentation in experimental group was statistically significant highest than before experimentation at 0.05 level.

สารบัญ

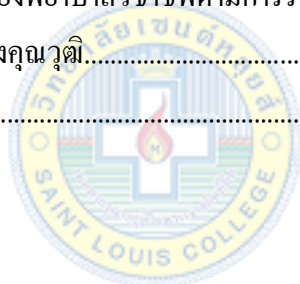
	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.3 แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	9
2.2 ทฤษฎีการดูแลของวัตน.....	13
2.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	19
2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาล.....	23
2.5 พฤติกรรมการร่วมรู้สึกรักของพยาบาลวิชาชีพ.....	26
2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วม และทฤษฎีการดูแลของวัตนต่อการแสดงพฤติกรรม การร่วมรู้สึกรักของพยาบาลวิชาชีพ.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	35

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ)	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	58
3.4 จริยธรรมการวิจัย.....	59
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	60
3.6 การรวบรวมข้อมูล.....	64
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของ ผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาล วิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการ พยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎี การดูแลของวัตสัน.....	69
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองและกลุ่ม ทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการ แนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Mann–Whitney U Test.....	79
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบการบริการการ พยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎี การดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	85
5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	91
5.2 อภิปรายผล.....	100
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	104
บรรณานุกรม.....	106

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	108
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	111
ค เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	114
ง ตัวอย่างเครื่องมือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดย บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน.....	119
จ โครงการอบรมวิชาการ เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสันต่อการแสดง พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล.....	128
ฉ หนังสือขอเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	132
ประวัติผู้วิจัย.....	135



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่าง.....	33
2 แสดงข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมกัน.....	34
3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการ แนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน.....	36
4 ตารางแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือนี้อธิบายและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน.....	52
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาล วิชาชีพ โดยผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความ ต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสันโดยรวมและ รายด้าน.....	69
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาล วิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่ง ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยและรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือนี้อธิบายและทฤษฎีการดูแลของผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ.....	70
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความ ต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยและรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสันด้านพยาบาลแสดง ออกถึงความร่วมมือนี้อธิบายและทฤษฎีการดูแลของผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจำแนกเป็นรายข้อ.....	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยและรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน โดยรวมและรายด้าน.....	74
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยและรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ.....	75
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยและรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสันด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจำแนกเป็นรายข้อ.....	77
11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน โดยรวมและรายด้าน.....	79
12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายด้าน.....	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการ รายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกายของผู้ป่วยกับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันด้านพยาบาล แสดงออกถึงความร่วมมือผู้ดูแลเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย.....	82
14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการ รายงานของผู้ดูแลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยรวมและ รายด้าน.....	85
15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการ รายงานของผู้ดูแลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาล แสดงออกถึงความร่วมมือผู้ดูแลเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกตาม รายข้อ.....	86
16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการ รายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาล แสดงออกถึงความร่วมมือผู้ดูแลเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกตามรายข้อ.....	88

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	30
2 ขั้นตอนในการดำเนิน โครงการวิจัย.....	67



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งมีความเจ็บป่วยที่เรื้อรังมากขึ้น สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ มาเป็นโรคมะเร็ง โรคระบบหลอดเลือด แต่ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยก้าวหน้าขึ้น ทำให้มีการรักษาโรคได้มากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยบางรายสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือเรียกว่าการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่ยังพอรักษาได้ แต่บางรายอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยื้อความตายออกไปได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น "ผู้ป่วยที่หมดหวัง" ที่ไม่มีวิธีการรักษาใดๆเพิ่มเติม

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือป่วยในระยะสุดท้าย ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและ ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการที่วิกฤตและได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จะมีการเข้าเยี่ยมที่เป็นเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ดูแลไม่ได้เข้าเยี่ยม จะทราบก็ต่อเมื่อพยาบาลแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการที่แย่ลง ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การให้สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล โดยให้ความเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาของผู้ป่วยแต่ละรายและผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแล ผู้ดูแลด้วย มีความจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลด้วย เพราะเป็นผู้ที่ได้เห็นประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต (กิตติพล นาควิโรจน์และดาริน จตุรภัทรพร, 2555)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์จากการเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างมีความหมายมากที่สุดจนถึงวันที่เขาจากไป การดูแล ผู้ดูแลของผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม นั่นคือเอกลักษณ์ของการพยาบาล หมายความว่าสิทธิอันเฉพาะของพยาบาลที่จะกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในอันที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ (Preservation and maintenance of life and health in man) ภายใต้ข้อกำหนดหรือกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยพยาบาลเพื่อพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, น. 53) พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องช่วยให้ ผู้ดูแลของผู้ป่วย มีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้ป่วย สามารถเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความทุกข์ ความสูญเสีย รวมทั้งการตัดสินใจด้านจริยธรรม เช่น กรณีที่แผนการรักษาของแพทย์ต้องการช่วยชีวิต เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย และ ผู้ดูแลของผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า จนถึงวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยวหรืออ้างว้าง หากพยาบาลให้ความสนใจ พุดคุย สังเกตความต้องการของผู้ดูแล และให้ความช่วยเหลือโดยไม่ละเลย การตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและให้การยอมรับว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญของผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพต้องจัดให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการวางแผน การแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้วยความไว้วางใจ ความเข้าใจ โดยเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ร่วมกันโดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพในการทำงานของพยาบาลเองว่า การบริการที่ให้กับผู้ดูแลนั้นทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจหรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักในการทำงานของตน และนำผลการประเมินนั้นมาปรับปรุงดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีคุณค่าในสังคม มีความสำคัญและสัมพันธ์กับชีวิตความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วย การดูแลเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลที่ต้องมีในวิชาชีพการพยาบาล และสอดคล้องอยู่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกกิจกรรม (เครือวัลย์ นิ่มพิก, 2552, น. 3) การพยาบาลองค์รวมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการกระทำและแสดงความรู้สึกลึกซึ้งอย่างจริงใจ ระหว่างบุคคล พยาบาล และผู้ป่วยต่างมีศักยภาพ ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแลเอาใจใส่ เป็นการเอาใจใส่ ความรับผิดชอบ และความสนใจดูแลทั่วไป อันเป็นความหมายเชิงบวก เพื่อแสดงถึงความรู้สึกดี ๆ ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยโดยกระบวนการดูแลทั้งบุคคล ครอบครัวที่พยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความรักความเป็นมนุษย์ ความเอาใจใส่ต่อกัน เน้นความรู้สึกด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยความรู้ทางวิชาชีพและศีลธรรม (เครือวัลย์ นิ่มพิก, 2552, น. 3)

ปัจจุบันพยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความเครียด ความเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่ายโดยไม่รู้ตัว ความเคยชินกับการปฏิบัติงานภายใต้แนวคิดทางการแพทย์ ที่มุ่งการรักษาโรค การจัดการกับเทคโนโลยีมากกว่ามุ่งเน้นการดูแลบุคคล จึงทำให้ความรู้สึกเอือออาทร ความรู้สึกไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการค่อยๆ ลดน้อยลง ทำให้ขาดความกระตือรือร้นและเกิด ความเสี่ยงของข้อผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้อาจเป็นเพราะการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ดูแลเป็นภาวะที่ลำบากใจ จึงทำให้พยาบาลพยายามหลีกเลี่ยง รวมทั้งการขาดความชัดเจนใน บทบาทของตนที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าเป็นผู้รักษา จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ทำให้พยาบาลขาด ความเข้าใจในปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการปฏิบัติงานของพยาบาล บ่อยครั้งที่พยาบาลแสดงพฤติกรรมร่วมรู้สึกกับผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้ได้ เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนเองให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองสามารถปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ ทั้งพยาบาลและผู้ดูแลปฏิบัติโดยต่างคน ต่างทำตามหน้าที่ของตน ขาดการสื่อสารระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล

การร่วมรู้สึกของพยาบาล คือ ความสามารถของพยาบาลที่จะรับรู้และเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแลอย่างแท้จริงที่กำลังเป็นอยู่ขณะนั้นเสมือนเป็นตัวผู้ดูแลเอง พยาบาลต้องมีความเข้าใจใน การสื่อสารและการแสดงออกของผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลเศร้าโศกเสียใจเมื่อความตายของผู้ป่วยใกล้เข้ามาถึง พยาบาลต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ายพยาบาลเข้าใจ แสดงพฤติกรรมที่แสดงออกให้ผู้ดูแลรับรู้ จึงจะเข้าใจ ความรู้สึกหรือร่วมรู้สึกกับผู้ดูแล ถ้าพยาบาลสามารถเข้าใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะสามารถผ่อนคลาย และเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความทุกข์ ความสูญเสียได้มากขึ้น

นอกจากนี้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องมีความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล วิชาชีพในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยความไว้วางใจ ความเข้าใจเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ และ รับผิดชอบต่อผลลัพธ์ร่วมกัน ตอบสนองความต้องการทุกด้านของผู้ดูแลโดยการรักษาความเชื่อของ ผู้ดูแลมากที่สุด ดังนั้นความร่วมมือ/การมีส่วนร่วมการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล ของผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามที่ (Sullivan , 1998) กล่าวว่า ความร่วมมือ เป็นความจำเป็นที่ต้องมีในระบบการดูแลสุขภาพ และให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ในการแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) และผลประโยชน์อย่างเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ซึ่งกันและกัน เพื่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ นำไปสู่ ความสำเร็จในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน และนำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการปฏิบัติการด้วย ความรักเพื่อการดูแล /ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 2008) ดังนั้นพยาบาลมีความสำคัญใน การกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพยาบาลนำปัจจัยการดูแล 10 ประการ

มาใช้ในการดูแลผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความทุกข์ ความสูญเสีย และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า จนถึงวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและนำปัจจัยการดูแล 10 ประการมาใช้ในการดูแลผู้ดูแล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล เป็นการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และนำปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัดสันมาชี ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และศึกษาว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัดสันมาชีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่ เพื่อจะได้หาแนวทางส่งเสริมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความร่วมมือและนำปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัดสันมาชี ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล และหน่วยงานต่อไป

1.1.1 ปัญหาการวิจัย

1) ระดับการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัดสัน และในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง เป็นอย่างไร

2) การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัดสัน สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง หรือไม่

3.การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัดสัน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัดสัน หรือไม่

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

2) เพื่อเปรียบเทียบการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

3) เพื่อเปรียบเทียบการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

1.3 แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย

1.3.1 แนวคิดการวิจัย

ความร่วมมือ เป็นความจำเป็นที่ต้องมีในระบบการดูแลสุขภาพ และให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ในการแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) และผลประโยชน์อย่างเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ซึ่งกันและกัน เพื่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการนำไปสู่ความสำเร็จในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน และนำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล/ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 2008) ดังนั้นพยาบาลมีความสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพยาบาลนำปัจจัยการดูแล 10 ประการมาใช้ในการดูแลผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความทุกข์ ความสูญเสีย และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า จนถึงวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย

การร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลต้องมีความเข้าใจในการสื่อสารและการแสดงออกของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลเศร้าโศกเสียใจเมื่อความตายของผู้ป่วยใกล้เข้ามาถึง พยาบาลต้องแสดงให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ายพยาบาลเข้าใจ แสดงพฤติกรรมที่แสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ จึงจะเข้าใจความรู้สึกหรือร่วมรู้สึกร่วมกับผู้ดูแล ถ้าพยาบาลสามารถเข้าใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะสามารถผ่อนคลาย และเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความทุกข์ ความสูญเสียได้มากขึ้น

1.3.2 สมมติฐานการวิจัย

1) การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

2) การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อน-หลัง (Two-Group, Pre Test-Post Test Design)

2) ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3) กลุ่มตัวอย่าง ของงานวิจัยนี้ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนเตียงในหอผู้ป่วย อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

4) ตัวแปรที่ศึกษา

4.1) ตัวแปรต้น คือ

4.1.1) รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

4.1.2) รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

4.2) ตัวแปรตาม คือ การแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของ Watson (1990) หมายถึง ชุดของกิจกรรมการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของ Sullivan (1998) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Watson (1990) โดยสร้างความสำเร็จตามเป้าหมายเดียวกัน แนวคิดในการใช้ความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแล ด้วยความมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลต้องรับรองผลการปฏิบัติงานของตนเอง (Power sharing) และแนวคิดการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลที่ดำเนินไปได้ ขึ้นหมกกันและกัน สนับสนุนความสนใจ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลที่เกิดขึ้นอย่างเปิดเผย และจริงใจ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลต้องมีความพึงพอใจร่วมกันต่อข้อสรุปในการทำงาน ซึ่งจะมีผลมาจากความแตกต่างทางความคิด (Partnership) ร่วมกับการดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล จิตวิญญาณ โดยใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten Carative Factors) ใช้กระบวนการพยาบาลอิงกระบวนการวิจัย เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหา พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น โดยพิจารณาตาม 2 กลุ่ม คือ Higher Order Need และ Lower Order Need ให้ความสำคัญประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา (Phenomenological) รักษาคุณค่าเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น สร้างความศรัทธาและความหวัง ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันตอบสนองตามความต้องการด้านความรักความผูกพันของผู้ป่วย ผู้ดูแลสำเร็จร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง หมายถึง แบบแผนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตามการตัดสินใจของตนเอง โดยไม่ได้ใช้รูปแบบที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพโดยผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่มีต่อการกระทำของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกโดยการสื่อสารทางวาจา และท่าทาง ที่เกิดขึ้น

ในขณะที่มีการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลสังเกตการพูดจา การสัมผัส การกระทำต่อร่างกาย และเครื่องมือที่ติดกับร่างกายผู้ป่วย และพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงออกถึงความเข้าใจพฤติกรรม การตอบโต้ต่อการปฏิบัติการรักษาและการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลเชื่อมโยง และตีความหมายจากพฤติกรรมของพยาบาลได้ โดยใช้แนวคิดความรู้สึก (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลมีการสื่อสารโดยตรงกับผู้ดูแล เมื่อมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยร่วมกัน จากการพูดจา การสัมผัส การกระทำต่อร่างกาย และเครื่องมือที่ติดกับร่างกายผู้ป่วย และพฤติกรรมของพยาบาล ซึ่งเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกจากการได้ยิน ได้เห็น รับรู้การกระทำของพยาบาล

2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลมีการสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วย เมื่อมีการปฏิบัติกับผู้ป่วย จากการพูดจา การสัมผัส การกระทำต่อร่างกาย และเครื่องมือที่ติดกับร่างกายผู้ป่วย และพฤติกรรมของพยาบาล ซึ่งเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกจากการได้ยิน ได้เห็น รับรู้การกระทำของพยาบาล

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองมาเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

2) เป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในการแสดงพฤติกรรมความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล

3) เป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมและสรุปเป็นสาระสำคัญ โดยเรียงลำดับดังนี้

2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม

2.2 ทฤษฎีการดูแลของวาทสัน

2.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.4 รูปแบบการบริการพยาบาล

2.5 พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ

2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วม และทฤษฎีการดูแลของวาทสัน กับการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ



2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการวางแผน การแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้วยความไว้วางใจ ความเข้าใจ โดยเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายในการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการร่วมมือ คือ การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

2.1.1 การแบ่งปันอำนาจ

การแบ่งปันอำนาจเป็นการแสดงความสามารถในด้านความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมความร่วมมือของคน 2 คน หรือมากกว่าที่แตกต่างกัน แต่มีความต้องการเท่ากัน ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และมีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็นตามบทบาทอิสระของบุคคลหรือวิชาชีพ (Autonomy) ด้วยความรับผิดชอบ (Accountability) ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อเสริมพลัง (Empowered) ระหว่างบุคคลหรือครอบครัวในการดำเนินชีวิต อธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

1) ความเป็นอิสระ เป็นการทำให้เกิดความมีอิสระในการตัดสินใจตามความรู้และทักษะโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นตัดสินใจแทน และมีอิสระในการสั่งการในขอบเขตอำนาจที่มีอยู่ในการปฏิบัติงาน

ร่วมกัน ภายใต้หลักการและความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในอันที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์

2) ความรับผิดชอบ เป็นลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเอาใจใส่ ตั้งใจ มุ่งมั่นต่อบทบาทหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ร่วมกันกำหนด ด้วยการยอมรับผลการปฏิบัติทั้งผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นร่วมกัน รวมถึงการปรับปรุงการปฏิบัติให้ดีขึ้น

3) การเสริมพลัง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ช่วยในการพัฒนาศักยภาพในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบุคคล โดยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกของบุคคลที่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนหรือช่วยเหลือให้บุคคลมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตได้ โดยการช่วยเหลือเริ่มจากจุดแข็งและความสามารถที่มีอยู่ของบุคคลหรือครอบครัว

2.1.2 ความเป็นหุ้นส่วน

ความเป็นหุ้นส่วน เปรียบเสมือนเป็นเครื่องหมายของการปฏิบัติความร่วมมือที่เป็นไปได้จริง (Miccolo and Spanier, 1993, p. 452; อ้างใน Sullivan, 1998) เพราะความเป็นหุ้นส่วนเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic) ของความร่วมมือที่ต่อเนื่องของคน 2 คน หรือมากกว่า ที่มีผลประโยชน์ สิทธิ และความรับผิดชอบเท่าเทียมกัน ด้วยการทำงานร่วมกัน (Working together) มีการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) มีการสื่อสาร (Communication) มีสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน (Partnership Relationship) และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Respecting and Trusting each other) อธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

1) การทำงานร่วมกัน เป็นการปฏิบัติภารกิจร่วมกันที่ทุกๆ คนมีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จร่วมกัน ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างเปิดเผยซื่อสัตย์ซึ่งกันและกัน หรือมีการเจรจาต่อรองจนเกิดข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับค่านิยมและการจัดการที่แตกต่างกันของบุคคลเนื่องจากความแตกต่างเหล่านี้ จะนำไปสู่การเกิดแนวทางแก้ไขที่สร้างสรรค์ การค้นหาความเข้าใจและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี

2) การกำหนดเป้าหมาย เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติภารกิจของบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ โดยสมาชิกแต่ละคนต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบไว้ให้ชัดเจน โดยทุกคนรับทราบ ยอมรับ ตระหนักและเข้าใจ ตลอดจนยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องและดำเนินไปในทิศทางเดียวกันอยู่เสมอ การกำหนดเป้าหมายเพื่อให้มีทิศทางในการกระทำและสามารถกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานได้ โดยเป้าหมายที่กำหนดต้องมีความเป็นไปได้ คำนึงถึงความสามารถที่จะช่วยให้ไปถึงเป้าหมายและเรียนรู้ที่จะขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือจากผู้อื่นที่มีอำนาจสูงกว่า เพื่อพาไปสู่เป้าหมายนั้น ซึ่งต่างฝ่ายต่างรับรู้ตรงกันว่า การให้การดูแลหรือแก้ไขปัญหามีคุณภาพ

แต่ละฝ่ายต้องกำหนดเป้าหมายย่อยของตนเองในการปฏิบัติ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายหลักอย่างมีคุณภาพสูงสุด ทำให้การปฏิบัติภารกิจร่วมกันดำเนินไปด้วยความราบรื่น ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือที่ดี

3) การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และความคิดเห็นระหว่างกันแบบสองทางอย่างต่อเนื่องที่ต้องรับฟังและแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม เกิดความเสมอภาคและอิสระในการปฏิบัติ สามารถต่อรองหาข้อสรุปที่มีความชัดเจนเหมาะสมได้ นำไปสู่ความไว้วางใจและเกิดข้อตกลงร่วมกัน การสื่อสารเพื่อให้การเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานมีลักษณะที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้าใจ การเจรจาต่อรองโดยพิจารณาถึงผลที่ได้รับ มีการอภิปรายแบบเผชิญหน้ากัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพในการจัดการปัญหา หรือความขัดแย้ง เพิ่มอำนาจการตัดสินใจ ส่งผลต่อการควบคุมอำนาจร่วมกัน กระชับความสัมพันธ์ระหว่างกัน และเกิดการพัฒนาการสร้างความร่วมมือให้มากยิ่งขึ้น การสื่อสารก่อให้เกิดประโยชน์ 2 ด้าน คือ การได้สาระของข่าวสาร และความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการสื่อสารนั้น การสื่อสารที่เน้นความสัมพันธ์จะประกอบไปด้วยพฤติกรรม 4 รูปแบบ คือ การไม่ยืนยันข่าวสาร ความก้าวร้าว การยืนยันรับรองข่าวสาร และการร่วมมือกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1) การไม่ยืนยันข่าวสาร (Disconfirmation) เกิดจากการเพิกเฉย และข้อจำกัดของผู้ส่งสาร ดังเช่น เมื่อพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ถ้าพยาบาลไม่ตระหนักว่าตนเองมีหน้าที่อะไรก็จะไม่ทำตาม ทำให้เกิดลักษณะการไม่ยืนยันในข่าวสาร

3.2) ความก้าวร้าว (Aggression) คือ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะทำลาย บุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความก้าวร้าวที่แสดงออกทางการกระทำและคำพูด และความก้าวร้าวที่ปรากฏในความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และจินตนาการ พฤติกรรม ความก้าวร้าวทางการกระทำและคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง การตะโกนด้วยความโกรธ การพุดจาจุกจิก การสบประมาทผู้อื่น จะส่งผลต่อผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกผิด สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง อาจส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายในงาน

3.3) การยืนยันหรือรับรองข่าวสาร (Affirmation) เป็นรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบเปิด โดยการยอมรับ ตระหนัก และมีการลงนามรับรองข่าวสารนั้น และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น

3.4) การร่วมมือกัน (Collaboration) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่สมบูรณ์ที่สุด คือ มีพฤติกรรมสื่อสารแบบความร่วมมือที่บุคคลจะนำเสนอความคิดเห็น และปกป้องตนเองตามฐานะบุคคลนั้น เมื่อเกิดความไม่เห็นด้วยกับผู้อื่น โดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน หรืออาจเรียกว่า รูปแบบการโต้แย้งโดยการใช้เหตุผล ซึ่งการโต้แย้งนั้นหมายถึงการใช้พลังความสามารถใน

การจัดการกับสถานการณ์นั้น มีอิสระแสดงความคิดเห็นเมื่ออีกฝ่ายลังเล สงสัย โดยมีแนวคิดที่สัมพันธ์กับสิทธิของบุคคลในการแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างมีอิสระ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

การสื่อสารเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญมากสำหรับพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในงานบริการพยาบาลที่ต้องใช้การสื่อสารอยู่ตลอดเวลาทั้งกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ การสื่อสารที่ถูกต้องสมบูรณ์จะสนับสนุนการตัดสินใจ ยังมีข้อมูลมากการตัดสินใจก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นที่มาของอำนาจ บุคคลที่มีข้อมูลข่าวสารจากการติดต่อสื่อสารมากจึงเป็นผู้มีอำนาจ ดังนั้นพยาบาลควรมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ที่แต่ละบุคคลมีอยู่ เพื่อใช้ในการดูแลหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันที่แสดงสัมพันธภาพที่พร้อมจะเข้าใจ ยอมรับแนวคิดของแต่ละฝ่าย โดยอาศัยโอกาสและเวลาที่เหมาะสมในการสื่อสาร

4) สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน เป็นความสัมพันธ์ของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ในการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยสนิทสนม เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงานและเกิดประโยชน์ร่วมกัน มีกระบวนการที่ชัดเจน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ ก่อให้เกิดบรรยากาศแบบ “หุ้นส่วน” โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานของสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน 5 ประการ ดังนี้

4.1) บุคลิกภาพของผู้ที่จะร่วมมือกันต้องเหมาะสม มีความจริง

4.2) สัมพันธภาพต้องก่อให้เกิดประโยชน์ตามที่ระบุไว้ (เช่น การสร้างเป้าหมายร่วมกัน) อย่างชัดเจน

4.3) มีการทำข้อตกลงถึงบทบาทของแต่ละฝ่าย หากมีการเปลี่ยนแปลงก็ต้องตกลงกันใหม่ (Key Performance Indicator) ของแต่ละฝ่ายควรสร้างมาจากเป้าหมายร่วม

4.4) องค์กรที่แต่ละฝ่ายสังกัดต้องสนับสนุนให้มีความร่วมมือ

4.5) มีกระบวนการที่ชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ

5) ความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกเชื่อถือและมั่นใจในลักษณะส่วนบุคคล คุณธรรม ความรู้ความสามารถของบุคคลอื่นที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการบรรลุผลของงาน ด้วยการทำความเข้าใจบทบาทและความคาดหวังของกันและกัน ยอมรับในค่านิยม (Value) ความรู้ความสามารถ (Competence) และจุดแข็ง (Strength) ของแต่ละคน

2.2 ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน หมายถึง การนำของปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors) / กระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ไปใช้ในการพยาบาล ประกอบด้วย

1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ / ปลุกฝังการปฏิบัติด้วยรักและความเมตตาและมีจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตนเองและผู้อื่น ให้เสมือนเป็นพื้นฐานของความรักที่มีสติ : พยาบาลต้องหมั่นสำรวจความคิด ความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความเป็นคนที่ไม่เห็นแก่ตัว ฟังพอใจในการเป็นผู้ให้ เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลต้องตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็มีมุมมองของชีวิตที่ต่างกัน มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อชีวิตและความเจ็บป่วยที่ต่างกัน อันเกิดจาก ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และปรัชญาชีวิตที่ต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายสามารถยอมรับความจริงได้ แต่บางรายไม่อาจยอมรับได้ พยาบาลจึงต้องยึดมั่นในค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพน่ารังเกียจสักเพียงใด มีความอดทนและเพียรรอคอยเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตนเอง และยอมรับต่อสภาพของตนตามที่แท้จริง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครสักคนอยู่กับเขาเสมอ ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทันที โดยคำนึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วย คือ เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือและความรัก

2) สร้างความศรัทธาและความหวัง/ มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปแห่งอติวิสัยของชีวิตบนโลก ทั้งของตนเองและผู้อื่น : พยาบาล คือ ผู้ที่เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ที่ต้องมีทั้งความสุขและความทุกข์ ชีวิตอยู่ได้ด้วยพลังของศรัทธาและความหวัง เปรียบเสมือนอำนาจที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ พยาบาลที่คงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิตจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน แต่ก่อนเราเชื่อว่ายาเป็นสิ่งเดียวเท่านั้นที่ทำให้หายโรค แต่ปัจจุบันคนส่วนใหญ่เริ่มมีความเชื่อในสิ่งที่เหนือธรรมชาติว่ามีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และได้พิสูจน์กันจนเป็นที่ยอมรับ เช่น การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด เทคนิคการให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น และเนื่องจากความศรัทธาความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่เคยสิ้นสุด แม้หมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้ พยาบาลจึงต้องปลุกฝังความหวัง

ให้กับผู้ป่วยอยู่เสมอ และควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ ส่วนความศรัทธาในศาสนานั้น พยาบาลควรประเมินว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความการมีชีวิตอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ พยาบาลจึงควรจะทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการสร้างศรัทธาและความหวังความเชื่อของเขา

3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลุกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเองให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน : พยาบาลต้องเป็นผู้ที่รู้จักความรู้สึกของตนเองและไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น วัตถุประสงค์เสริมให้มีการระบายความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยอันเป็นพฤติกรรมที่สำคัญเพื่อก้าวพ้นอัตตาแห่งตน และช่วยให้การดูแลประสบความสำเร็จ หนทางที่พยาบาลจะพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นคือ การรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนในขณะนั้น ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่การมองเข้าไปในตนเอง และรับรู้ตนเองตามสภาพที่เป็นจริง พยาบาลที่มีการพัฒนาตนเองให้ไวต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้เป็นอย่างดี และเข้าใจการมองโลก เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของผู้ป่วยที่อาจแตกต่างกับพยาบาล ถ้าหากพยาบาลไม่มีพฤติกรรมการดูแลตามลักษณะดังกล่าว การดูแลนั้นก็ประสบกับความล้มเหลวได้มาก พยาบาลยังตื่นตัวอยู่เสมอต่อความรู้สึกของตัวเองที่อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เพื่อจะได้รับรู้และเข้าใจความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้ป่วย และนำไปใช้ประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง

4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ / สร้างสัมพันธภาพ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ เพื่อการดูแล: พยาบาลต้องสร้างให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการให้การเกื้อหนุนดูแล เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความรู้สึกอบอุ่น โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้ากันได้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจและความอบอุ่นใจ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดังมีรายละเอียดดังนี้

4.1) การสื่อสารอย่างมีคุณภาพเป็นเครื่องมือบำบัดเยียวยาที่สำคัญ เพราะสภาพจิตใจของผู้ป่วย มักแฝงไว้ด้วยความผิหว้างลึกๆ ที่แอบซ่อนไว้อยู่ภายใน การบอกกล่าวที่มากหรือน้อยเกินไป จะทำให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยได้ง่าย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพบกับความขัดแย้งระหว่างความต้องการกำลังใจจากการสนทนา และความต้องการที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบอกความจริงเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ และถ้าช้าเกินไป ผู้ป่วยอาจจะสงสัยหรือทราบได้เองจากอาการที่ทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่แท้จริงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองที่เหมาะสมมีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2) ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (Congruence) การที่พยาบาลจะสามารถเข้ากับผู้ป่วยได้ ย่อมขึ้นกับลักษณะของพยาบาลที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (Nurse's being) พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตน และกล้าเปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา จะยิ่งกระชับสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้รู้จักกันและปรับตัวให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น แต่ถ้าพยาบาลแอบซ่อนหรืออำพรางความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกทางด้านลบอื่นๆ จะกลับยิ่งเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาในหลายรูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยพัก หรือแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น ในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลจะเป็นผู้ทำลายสัมพันธ์ภาพเสียเอง ซึ่งมีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพการดูแล

4.3) ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการรับสัมผัส (Sense) กับโลกภายในของผู้ป่วยเสมือนหนึ่งว่าเป็นโลกภายในของตน กล่าวง่าย ๆ ก็คือ “การรู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจตน” เพื่อจะรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งความเจ็บป่วย ความทุกข์ ความสุข จะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งด้วยคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.4) ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและพัฒนาการเจริญเติบโตทางอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่น โดยแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงเหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าที่เป็นมิตร เปิดเผย ผ่อนคลาย เป็นต้น

5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ / ส่งเสริมให้มีการแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางบวกและลบ แลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ : อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรมีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ สำหรับปัจจัยการดูแลประการนี้จึงมุ่งไปที่ความรู้สึกของพยาบาล เพราะในสถานการณ์ปัจจุบันพยาบาลมักมีพฤติกรรมปกป้องความรู้สึกของตน โดยเฉพาะความรู้สึกทางด้านลบ ซึ่งพยาบาลมักจะอำพรางไว้เพื่อก่อให้เกิดภาพพจน์ที่ดีกับตนเอง แต่พฤติกรรมดังกล่าว นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดความขัดแย้งของสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกไม่ใช่ความจริง ขาดความจริงใจ แต่ถ้าพยาบาลสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองตามที่เป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นด้านบวกหรือลบ พยาบาลจะค่อยๆ พัฒนาในการรู้จักตนเอง และยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลที่สามารถยอมรับตนเองได้ ทั้งทางบวกและลบจะมีใจเปิดกว้างในการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและลบได้เช่นกัน

ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าคุณภาพของตนถูกคุกคาม ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ต่างๆ กัน บางคนแสดงอารมณ์โกรธ ขุนเคียว ปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และตำหนิตีติตนบ่นว่าทีมสุขภาพ ในขณะที่บางรายยอมรับว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีสิทธิและมีความต้องการที่จะระบายความรู้สึกเหล่านั้นออกมาด้วย พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนจะไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยได้อย่างจริงใจ สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ ยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ตำหนิตีติตนหรือตัดสิน ให้ความและโอกาสกับผู้ป่วยอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ / ใช้ตนเองและทุกวิถีแห่งความรู้ ให้เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เชื่อมต่อกับความสามารถทางศิลปะแห่งการพยาบาลด้วยความรัก : การนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันพบว่ากระบวนการพยาบาลเป็นองค์ประกอบหลักของการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific problem solving) มาช่วยในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงต้องรู้จักประเมินโดยการถาม พูดคุย และสังเกต ทั้งจากตัวผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวมของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆ มาใช้ในการวางแผน ให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ และความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจสำหรับผู้ป่วย เพราะการใช้ข้อมูลด้านร่างกายอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์และสถานการณ์การพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) (Watson, 1988)

7) ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น / ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ให้ความสนใจกับความเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตและความหมายแบบองค์รวม ให้ความใส่ใจและอยู่กับกรอบอ้างอิงของผู้อื่น : การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ แต่การเรียนรู้ยังมีอะไรที่มากกว่านั้น ประสบการณ์ของผู้ป่วยคือสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ พยาบาลจึงต้องอยู่ทั้งในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอนเพื่อที่จะทราบปัญหาของผู้ป่วย ทั้งโดยการสังเกตและเรียนรู้จากผู้ป่วย

โดยเฉพาะการสร้างความรู้สึกร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย พยาบาลที่มีส่วนรับรู้ในความรู้สึกร่วมของผู้ป่วยจะทราบว่าควรสอนและบอกผู้ป่วยอย่างไร และเวลาใดที่จะเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของโรคและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก คือรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Open awareness) สามารถประคับประคองสถานการณ์ และมีกลไกในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียด อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้พยาบาลไม่ควรปิดบังความจริงกับผู้ป่วย แม้การปิดบังความจริงอาจก่อให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยบางรายและในบางเวลา แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ความจริงได้เอง จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและวิธีการรักษา การไม่ปิดบังความจริงต่อกันทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำรงชีวิตตามแบบแผนที่ต้องการได้

สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้าร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วย

8) ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ / สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด : สิ่งแวดล้อมคือสิ่งที่ช่วยการป้องกัน ประคับประคอง แก้ไขปัญหาด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องประเมินและเฝ้าอำนวยความสะดวกปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อให้ประคับประคองความรู้สึกของสุขภาพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนภายนอกของบุคคลส่วนจิตใจและจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการดำรงชีวิตและการฟื้นฟูของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแลครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อตนเอง อันเนื่องมาจากการเอาใจใส่ประคับประคองดูแลของพยาบาล สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ (1) ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก สนใจท่านอน ลักษณะของเตียง และการจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก (2) บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การประคบร้อนเย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี สนทนากับผู้ป่วยอื่น เป็นต้น (3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ให้เวลาและความเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ในการอยู่กับ

ครอบครัว หรือในการผ่อนคลายอารมณ์ (4) ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วย ทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือเครื่องใช้และสภาพจิตใจ เช่น อุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น / ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล : โรงพยาบาลต้องตอบสนองความต้องการทุกด้าน โดยเริ่มจากความต้องการระดับพื้นฐานก่อน และค่อยๆ เพิ่มความต้องการที่สูงขึ้น จากความต้องการทางชีวภาพ ทางกาย-จิต ทางจิต-สังคม และทางด้านสัมพันธภาพภายในระหว่างบุคคล ไปจนถึงความต้องการด้านการยอมรับ วัตสันอธิบายว่าความต้องการเป็นสิ่งที่คู่กับมนุษย์เสมอมาไม่มีที่สิ้นสุดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย เป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่พยายามให้บรรลุถึงความต้องการนั้น ความต้องการของผู้ป่วยก็เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป จะแตกต่างกันบ้างก็ตรงที่ว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตใจอย่างมาก และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง การให้ผู้ป่วยได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในเรื่องที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกและพัฒนาการเจริญเติบโตภายในให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และจากไปอย่างสงบสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ ตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ตอบสนองความต้องการกายทั้งภายในบุคคลและความต้องการที่ต้องหลอมรวมกันของคนสองคน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตน โดยการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโรคจักรวาลกับผู้อื่น และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ / เปิดรับพลังทางจิตวิญญาณ สิ่งลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายอันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย : ปัจจัยการดูแลและกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแลข้อนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและเข้าใจยากที่สุด ทั้งนี้เพราะศาสตร์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ถึงความสำคัญของชีวิตและการเสียชีวิต เพราะการมีชีวิตไม่ใช่เพียงการอยู่และแก้ไขปัญหากแต่การมีชีวิตยังเป็นความลึกลับซับซ้อนที่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ ด้วยความมีสติแห่งความรัก โรงพยาบาลต้องยอมรับในปาฏิหาริย์ (Allow for a miracle) (Watson, 2008) ผู้ป่วยมักจะมีประสบการณ์ว่าวัน วิกฤตกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ความเจ็บป่วยที่ประสบกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วย พลังจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจความหมายของชีวิตตามสถานภาพของการเป็นมนุษย์ที่ต้องมีเงื่อนไขและข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะข้อจำกัดที่ว่ามนุษย์ทุกคนต้องประสบกับความตาย โรงพยาบาลเป็น

แหล่งที่มีคุณภาพและเป็นความแข็งแกร่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องค้นหาความหมายของชีวิตจากประสบการณ์ของตนในแต่ละวัน มีความเข้าใจในชีวิตและความเป็นไปของโลก มีพลังสติปัญญา พลังจิต และพลังกายที่ได้จากปรัชญา ความเชื่อ วัฒนธรรม การศึกษา และประสบการณ์ชีวิตของพยาบาล เพื่อถ่ายทอดพลังนี้ให้กับผู้ป่วยและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังให้แก่ตนเอง เพื่อบำบัดเยียวยาตนเอง และพัฒนาแก่นที่อยู่ภายในตน (Inner self) ให้แข็งแกร่ง สำหรับเผชิญกับภาวะของโรค ความทุกข์ทรมาน และความตาย เพื่อรักษาความกลมกลืนทั้งภายในและภายนอกตนให้คงอยู่จวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และได้จากไปอย่างสงบ สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ ช่วยผู้ป่วยให้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญาและสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้ผู้ป่วยค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะเวลาที่มีอยู่จำกัด แนะนำและให้โอกาสผู้ป่วยแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ที่เป็แหล่งของความหวังและกำลังใจ นำ ผู้ป่วยให้ค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตน ค้นพบสัจธรรมของชีวิต และนำเข้าสู่การไ้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า

2.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3.1 หัวใจหรือหลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4C” ดังนี้

1) ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Center at patient and family) ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัยหัตถการหรือกิจกรรมใดใดจะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่ท่อให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือได้ผิวหนัง รวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต เป็นต้น

2) ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกายและจิตใจ สังคมและวิญญาณ (Comprehensive) นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจแตกต่างไปจากผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การได้ปรณินิบัติบิคา มารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม

ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดได้ตามคำพัง มีบางครั้งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้ความรู้
แก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

3) เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม (Coordinated) งานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามี
ส่วนร่วมในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี
องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่
ร่วมดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก
เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่างๆ

4) มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ (Continuous) การดูแลควรครอบคลุม
อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไป
แล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้
ความช่วยเหลือ ดูแลรักษา จึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพ
ของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

**2.3.2 ขั้นตอนการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของ (Kubler-Ross, 1969) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน
ดังนี้**

1) **การปฏิเสธ(Denial)** เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ถึงข้อมูลว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตผู้ดูแล
จะมีพฤติกรรมต่อต้านและไม่ยอมรับความจริง จะพยายามบอกตนเองว่ายังมีโอกาสรักษาให้หายได้

2) **ความโกรธ(Anger)** เป็นการตอบสนองต่อความไม่สมหวัง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะรู้สึกไม่ได้
รับความยุติธรรม รู้สึกหมดทางสู้ เกิดเป็นความโกรธ อาจโกรธและกล่าวหาตนเอง อาจถูกโยกย้าย
ถ่ายเทและมุ่งไปยังผู้ที่ ช่วยให้การดูแล หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ ผู้ให้การดูแล
ควรปฏิบัติตนเป็นกลาง

3) **การต่อรอง (Bargaining)** ผู้ป่วยและผู้ดูแลเริ่มยอมรับความจริง โดยเริ่มต้นด้วยการใช้
ความพยายามในการให้สัญญาหรือตกลงบางอย่าง เช่น ขอมเลิกการกระทำ หรือการปฏิบัติตนบางอย่าง
เพื่อแลกกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การต่อรองส่วนมากจะกระทำกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เชื่อ เช่น การบน
การทำพิธีทางศาสนาที่เคารพนับถือ

4) **อาการสลดหดหู่/ความเศร้าโศก (Depression)** เมื่อบุคคลตระหนักถึงความจริงที่ไม่สามารถ
หลีกเลี่ยงได้ จะเกิดมีความกล้ำในการยอมรับถึงความสูญเสีย และยอมเผชิญหน้ากับความจริง โดยจะ
แสดงออกถึงความโศกเศร้า อาจมีพฤติกรรมถอนใจจากสังคม จากบุคคลอื่น ต้องการอยู่ลำพัง

5) **การยอมรับ (Acceptance)** เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้การยอมรับถึงความสูญเสีย
โดยเฉพาะเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ร่วมกับ

คนที่เขารักใคร่ รวมถึงบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยต้องการให้อยู่ใกล้ และสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือ การถูกละทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว

2.3.3 แนวคิดหรือปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนหลักทางจริยธรรมและกฎหมายในสังคมไทย

1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยหนักไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยๆและเสียชีวิตในที่สุด

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะอื่นที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันและมีข้อบ่งชี้ว่าจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นานนัก (คือ ระยะเวลา เป็นวัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือน)

1.1) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

1.1.1) ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพียงพอและสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาของผู้ป่วยได้

1.1.2) ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานทางกายต่างๆ น้อยที่สุด

1.1.3) ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ

1.1.4) ญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งก่อน และหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

1.2) การให้การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา

1.2.1) การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องกระทำโดยแพทย์หรือคณะแพทย์โดยมีอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้อย่างน้อย 1 ท่านเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2.2) เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วควรมีการประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อกำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นหลักและควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการกำหนดแนวทางการรักษาด้วย

1.2.3) มีการประเมินและทบทวนปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการดูแลตามที่เหมาะสม

2.3.4 ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยหนักไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย

นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ ได้ให้คำนิยามของคำว่า ผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก และ/หรือ ผู้ป่วยที่หมดหวัง

1) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนักมาก ประกอบด้วย

- 2.1) หดสติและคล้ำชีพจรไม่ได้
- 2.2) หอบเหนื่อยจนพูดไม่ได้ หรือหายใจช้าและลำบากมาก หรือหยุดหายใจ
- 2.3) ชักตลอดเวลา
- 2.4) ตกเลือดอย่างรุนแรง

2) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนักรองลงไป ประกอบด้วย

- 2.1) หดสติ ชัก กระสับกระส่ายและ/หรือ ไม่ค่อยรู้สึกตัว
- 2.2) หายใจลำบาก หรือหายใจมากกว่า 30 – 40 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 3-4 ครั้ง/นาที
- 2.3) มือเท้าเย็น มีเหงื่อตามใบหน้าและมือเท้า
- 2.4) ชีพจรเต้นๆ หยุดๆ หรือเต้นเร็วมากกว่า 160-180 ครั้ง/นาที หรือช้ากว่า 30-40 ครั้ง/นาที ร่วมกับอาการหอบเหนื่อยหน้ามืดเป็นลม
- 2.5) ความดันโลหิตที่สูงมากกว่าหรือต่ำกว่า
- 2.6) ไข้สูงมาก

3) คำจำกัดความของผู้ป่วยที่หมดหวัง คือ ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นทุกซ์ทรมาน และไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและแก่ผู้อื่นอีกได้

3.1) ความตายเป็นขบวนการธรรมชาติ ทุกคนต้องเผชิญไม่ช้าก็เร็ว เกิดขึ้นกับทุกเพศ ทุกวัยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ การเตรียมให้พร้อมที่จะเผชิญความจริงในบั้นปลายชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงกระทำและทุกคนล้วนปรารถนาที่จะตายอย่างสงบนิ่งที่เรียกว่าตายดี (Good Death) สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ตายในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แวดล้อมด้วยคนรัก และญาติมิตรและมีสติ ดังคำกล่าวของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ “ขณะนี้ทั่วโลกกำลังตื่นตัว หันมาให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบ Palliative care ควบคู่ไปกับ Curative treatment (การรักษาแบบจำเพาะเพื่อให้หายขาดจากโรค) อย่างแพร่หลายมากขึ้น เพราะในปัจจุบันมีแนวโน้มว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หายขาดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยเหล่านี้รวมทั้งครอบครัวล้วนมีความทุกข์ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ยิ่งเมื่อโรคลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยเน้นที่คุณภาพชีวิตก็มีความสำคัญ และเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ถึงเวลาที่ต้องจากไป แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ก็ควรที่จะมีส่วนช่วยให้เขาเสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี หรือที่เราเรียกว่า “ตายดี”

3.2) “Dying” เป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิต ในทรรศนะของแพทย์ จุดเริ่มต้นของการใกล้ตายอยู่ที่การเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผิดไปจากปกติของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถ

ให้การบำบัดรักษาให้หายได้และไม่สามารถหลีกเลี่ยงจุดจบ คือ ความตาย หรือหมายถึงขั้นตอนสุดท้ายของโรคร้าย Dying ถ้าแปลตามความเข้าใจทั่วไป คือ กำลังจะตาย จวนตาย กำลังจะดับ ร่อแร่ กำลังจะสูญสิ้น และการตายเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ดำเนินไปตามช่วงเวลาที่ดำเนินไป ซึ่งต่างไปจากคำว่า Death ซึ่งหมายถึง ความตายหรือมรณกรรมนั้นเป็นเหตุการณ์โดยปกติ หลายคนในช่วงชีวิตที่เติบโตขึ้นมา ไม่เคยพบกับสถานะใกล้ตาย หรือกำลังจะตายของคนใกล้ชิดมากพอจะรับรู้ได้ว่า ความตายนั้นเป็นอย่างไร อีกหลายคนอาจเคยพบหรือเคยเห็นการตายบ้าง อาจจะสังเกตพบว่า การตายมักจะดำเนินไปกับความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามวันเวลาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นแล้ว ทักษะที่มีต่อความตาย และท่าทีต่อความตายในวัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคลยังมีความแตกต่างกันออกไปอย่างมาก

2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาล (Nursing Service Model)

2.4.1 รูปแบบการบริการการพยาบาล หมายถึง ชุดของกิจกรรมขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ออกแบบเป็นคู่มือกำกับให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในการให้บริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อผลลัพธ์ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย

1) รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของ Watson (1990) หมายถึง ชุดของกิจกรรมการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมของ Sullivan (1998) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Watson (1990) โดยสร้างความสำเร็จตามเป้าหมายเดียวกัน แนวคิดในการใช้ความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแล ด้วยความมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลต้องรับรองผลการปฏิบัติงานของตนเอง (Power sharing) และแนวคิดการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลที่ดำเนินไปได้ ชื่นชมกันและกัน สนับสนุนความสนใจ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลที่เกิดขึ้นอย่างเปิดเผย และจริงใจ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลต้องมีความพึงพอใจร่วมกันต่อข้อสรุปในการทำงาน ซึ่งจะมีผลมาจากความแตกต่างทางความคิด (Partnership) ร่วมกับการดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล จิตวิญญาณ โดยใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten Carative Factors) ใช้กระบวนการพยาบาลอิงกระบวนการวิจัย เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหา พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น โดยพิจารณาตาม 2 กลุ่ม คือ Higher Order Need และ Lower Order Need ให้ความสำคัญประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา (Phenomenological) รักษาค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น สร้างความศรัทธาและความหวัง ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ

ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น ปรารถนาประกอบ สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย กิจกรรมต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง การใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล ในการร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยรุนแรง โดยใช้ปฏิสัมพันธ์อย่างมีสัมพันธภาพที่ดี ที่เชื่อมโยงกับสภาวะของผู้ป่วยในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้มีความสำเร็จร่วมกัน หมายถึง พยาบาลและผู้ดูแลค้นหาถึงความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วย ที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยรักที่สุด สิ่งของ เสื้อผ้า เพลงที่ชอบ โดยพยาบาล ค้นหาข้อมูลจากการซักถามผู้ดูแล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลต้องแสดงออกถึงการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ตามเป้าหมาย และผลลัพธ์ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน หมายถึง พยาบาลช่วยเหลือผู้ดูแล และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในสถานะที่เป็นจริง

2.4.2 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง หมายถึง แบบแผนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตามการตัดสินใจของตนเอง โดยไม่ได้ใช้รูปแบบที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

รูปแบบการให้การพยาบาล ได้มีการพัฒนามาโดยตลอด รูปแบบการให้การพยาบาลที่กล่าวถึงกันมากมีทั้งหมด 5 รูปแบบ ดังนี้

1) การให้การพยาบาลเป็นรายผู้ป่วย (Case method or total patient care) เป็นรูปแบบการมอบหมายงานที่เก่าที่สุดในการพยาบาล เป็นวิธีการให้การพยาบาลโดยมีพยาบาลหนึ่งคนเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในช่วงเวลาการปฏิบัติงานของคนๆ นั้น โดยให้การพยาบาลเป็นองค์รวมตลอดระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร (Yoder-wise, 1999) เป็นรูปแบบที่มีค่าใช้จ่ายสูง และมีพยาบาลไม่เพียงพอ หัวหน้าเตียงต้องมีความสามารถในการเลือกพยาบาลผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะทางด้านการสื่อสารและการประสานงานที่เหมาะสม รูปแบบนี้นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยหนักและเป็นที่นิยมมากในการสอนนักศึกษาพยาบาล

2) **การให้การพยาบาลตามหน้าที่ (Function nursing)** หรือการให้การพยาบาลแบบมุ่งงาน เป็นวิธีการให้การพยาบาลโดยบุคลากรพยาบาลแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติงานเฉพาะอย่างหรือหลาย ๆ อย่างแก่ผู้ป่วยทุกคน เช่น ทำแผล วัดสัญญาณชีพ การบริการการพยาบาลแบบมุ่งงาน เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบหน้าที่ไม่ส่งเสริมการใช้แผนการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีผู้ได้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยเฉพาะ ไม่มีใครให้การพยาบาลทุกอย่างในผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ ต่างคนปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายไม่ได้ดูแลคนทั้งคน ไม่คำนึงว่าผู้ป่วยเป็นบุคคล ความต้องการผู้ป่วยจะถูกกละเลย การพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยก็จะขาดความต่อเนื่องส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลขาดความกระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่มที่จะแก้ปัญหาผู้ป่วยหวังเพียงแต่ทำงานให้เสร็จสิ้นเท่านั้น และการให้การพยาบาลแบบมุ่งงานหรือการให้การพยาบาลตามหน้าที่เพื่อตอบสนองระบบขององค์กรที่ต้องการผลผลิตจำนวนมาก ผู้ป่วยรายหนึ่งจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลหลายคน แต่ไม่มีผู้ใดที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยรายนั้นทั้งหมด

3) **การให้การพยาบาลเป็นทีม (Team Nursing)** เป็นวิธีการให้การพยาบาลโดยกลุ่มบุคลากรพยาบาลทุกประเภททั้งพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำกลุ่มควบคุมทีมดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้นำทีมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ร่วมกันให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยๆ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการรายงานให้ผู้ร่วมงานไปปฏิบัติพยาบาลหัวหน้าทีมจะต้องรู้การวินิจฉัยโรค ยา คำสั่งการรักษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกรายในทีมนั้นๆ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบในการวางแผนสำหรับผู้ร่วมงานในทีม

4) **การให้การพยาบาลระบบเจ้าของไข้ (Primary nursing)** เป็นวิธีการให้การพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพคนหนึ่งๆ เป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจำนวนหนึ่ง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลคนหนึ่งคนอาจรับผิดชอบผู้ป่วย 4-5 คน แม้จะมีการมอบหมายให้บุคลากรผู้อื่นดูแลผู้ป่วยขณะพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงานแต่ความรับผิดชอบจะยังมีอยู่ เป็นระยะพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล การให้การพยาบาลเจ้าของไข้มีความคล้ายคลึงกับการรายงานเป็นรายผู้ป่วยต่างกันตรงที่พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายไม่ใช่เพียงในแต่ละเวรนั้นๆ คือ พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ให้การพยาบาลทั้งหมดแก่ผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ใช้บริการอยู่ในโรงพยาบาล

5) **การจัดการเป็นรายผู้ป่วย (Nursing case management)** รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นเรื่องใหม่มีการนำมาใช้ในประเทศไทยยังไม่แพร่หลาย แต่มีการใช้มานานกว่า 20 ปี แล้วในสหรัฐอเมริกา และมีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ หลักการสำคัญของการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วย คือ มั่นใจในคุณภาพ ซึ่งรวมทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ของการให้บริการ การพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วย เป็นการให้บริการอย่างหนึ่งในด้านสุขภาพอนามัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการบริการที่แสดงถึงการปฏิบัติวิชาชีพอย่างอิสระของพยาบาล

สรุปได้ว่า การจัดการรูปแบบการบริการการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและนโยบายของหน่วยงาน ความพร้อมของบุคลากรทั้งทางด้านทักษะ ประสบการณ์และกลุ่มผู้ป่วยที่ให้อาการ การจัดการเรื่องการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ควรตระหนักและร่วมมือกันและการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาล ที่ต้องดำเนินการบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานประสิทธิผลและประสิทธิภาพ สะท้อนถึงคุณภาพของผลผลิตทางการพยาบาลที่เกิดจากพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติ

2.5 พฤติกรรมการร่วมรู้ลึกของพยาบาลวิชาชีพ

พฤติกรรมการร่วมรู้ลึกของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การกระทำที่แสดงออกถึงความเข้าใจ ความรู้สึก นึกคิด ทักษะ และค่านิยมของบุคคลอื่น ไม่ใช่ใช้ความคิดเห็นของตนเอง โดยรับรู้ ความรู้สึกและความหมายอย่างถูกต้อง เทียบตรง และตรงกับความรู้สึก

2.5.1 ความหมายของการร่วมรู้ลึก

Fortinash & Holoday-Worret (2012) กล่าวถึงการร่วมรู้ลึกหรือการเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก คือ ความสามารถของพยาบาลที่จะมองเห็นเรื่องราวจากความคิดเห็นและการสื่อสารที่เข้าใจผู้ป่วย ความร่วมรู้ลึกมี 2 ชนิด

ชนิดที่ 1 ธรรมชาติ อุปนิสัยหรือพื้นฐานความรู้สึก มีความหมายว่า ความร่วมรู้ลึก เป็นอุปนิสัยที่เห็นได้ชัดของมนุษย์โดยกำเนิดในระดับต่างๆ ในทุกคน บางวิจัยแนะนำว่าความรู้สึกเป็นมรดกอย่างเป็นธรรมชาติที่เป็นไปได้ จะเติบโตเต็มที่ระหว่างที่มีการเจริญเติบโต คำแนะนำจากความเห็นนี้ ว่าพวกเรามีความไวของสัญชาตญาณจะปรากฏออกมาในตัวบุคคล

ชนิดที่ 2 ฝึกหรือร่วมรู้ลึกทางคลินิก พุถึงการสร้างระดับของการร่วมรู้ลึกของตัวพยาบาล การฝึกการร่วมรู้ลึกเป็นการใช้การเรียนรู้ทักษะอย่างมีสติต่อความสำเร็จในการรักษา บางวิจัยแนะนำว่านักศึกษาพยาบาลควรจะต้องทดสอบสำหรับระดับพื้นฐานของพวกเขา หรือความรู้สึกที่เป็นธรรมชาติก่อนที่จะสอนเทคนิคความรู้สึกทางคลินิก ต่อการตัดสินใจที่มีศักยภาพที่เป็นระดับปัญหา นั่นเป็นแต่ละความต่ำความสูง ซึ่งเป็นการทดสอบตัวชี้พื้นฐานก่อนการฝึกการร่วมรู้ลึกต่อการตัดสินใจควมมีประสิทธิภาพของคำแนะนำ ธรรมชาติของความรู้สึกระดับสูง อาจจะชี้ว่าพยาบาลมีแนวโน้มจะระบุตัวมากขึ้น ดังนั้นจึงมีผลต่อปัญหาของผู้ป่วย ระดับต่ำอาจจะชี้ว่าพยาบาล

ไม่สามารถแสดงความเอาใจใส่ที่แท้จริงต่อผู้ป่วยไม่เพียงพอ การให้ข้อมูลเป็นการช่วยเหลือที่ดีกว่าของพยาบาลใหม่ในช่วงประเมินตนเอง

ความร่วมมือรู้สึกไม่ควรจะสับสนกับความเห็นอกเห็นใจ ความเห็นอกเห็นใจเกี่ยวพันมากเกินไป และการแบ่งปันความรู้สึกของตัวเองหลังจากที่ได้ยินเกี่ยวกับประสบการณ์ที่คล้ายกันของบุคคลอื่น มันไม่ใช่วัตถุประสงค์ และวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อลดความทุกข์ส่วนหนึ่งของตัวเอง

การตอบสนองความร่วมมือรู้สึกเป็นการชื่นชมยินดีและตระหนักถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและรักษามุ่งเน้นที่ผู้ป่วย

ความร่วมมือรู้สึกประกอบด้วย 2 ขั้นตอน หากผู้ป่วยบอกอารมณ์ที่สำคัญและไม่สบายใจอย่างแรกที่พยาบาลควรจะได้รับรู้ได้ในการทำความเข้าใจการสื่อสารของผู้ป่วยโดยการใส่ตัวเองในสถานะของผู้ป่วย ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลต้องมีปัญหาเดียวกันหรือความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง จากนั้นหลังจากที่ก้าวกลับเข้ามามีบทบาทเป็นมืออาชีพพยาบาลจะต้องสามารถที่จะสื่อสารความเข้าใจซึ่งแสดงให้เห็นความเที่ยงธรรมและความไวต่อผู้ป่วย ความเข้าใจนี้สะท้อนตัวตนของผู้ป่วยและเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุผลบวก ทักษะต่อไปนี้จะช่วยพยาบาลในการพัฒนาตอบสนองความร่วมมือรู้สึกมากขึ้น

1) การเอาใจใส่ด้านร่างกายของผู้ป่วยด้วยการนั่งในด้านหน้าของผู้ป่วยที่มุมเล็กน้อย ฟิงไปข้างหน้าเล็กน้อยด้วยมือและแขนในท่าเปิด

2) การเอาใจใส่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยการปราศจากความคิดของส่วนบุคคลหรือธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับงานอื่นๆ และมุ่งเน้นความสนใจไปที่ผู้ป่วย

3) ตั้งใจฟังโดยการให้การตอบสนองในแต่ละของการสื่อสารทางวาจาและไม่ใช้วาจาของผู้ป่วย

4) มุ่งเน้นไปที่จุดแข็งของผู้ป่วย

5) ถ่ายทอดความห่วงใย ความอบอุ่น แสดงความสนใจและผ่านพฤติกรรมที่ไม่ใช้วาจา

6) เลือกจุดที่สำคัญที่สุดของสิ่งที่ผู้ป่วยจะพยายามที่จะพูด

7) แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกันระหว่างการสื่อสารไม่ใช้วาจาและใช้วาจาของตัวเอง

8) การตรวจสอบไม่ว่าจะเป็นหนึ่งของการตอบสนองความร่วมมือรู้สึกที่มีประสิทธิภาพโดยการมองหาสำหรับใช้วาจาและไม่ใช้วาจา

สอดคล้องกับการร่วมมือรู้สึกคือการฟังอย่างกระตือรือร้น เพราะรวมทั้งไม่ใช้วาจาและใช้วาจาทั้งที่จำเป็นสำหรับการสื่อสารในการรักษา ไม่ใช้วาจา, พยาบาลจะโงกไปข้างหน้าเล็กน้อย หันหน้าไปทางผู้ป่วย ใช้สวดกสบาย สบตา พยักหน้าและใช้วาจาลึ เช่น ฉันเข้าใจ ฟังอย่างกระตือรือร้นส่งผล

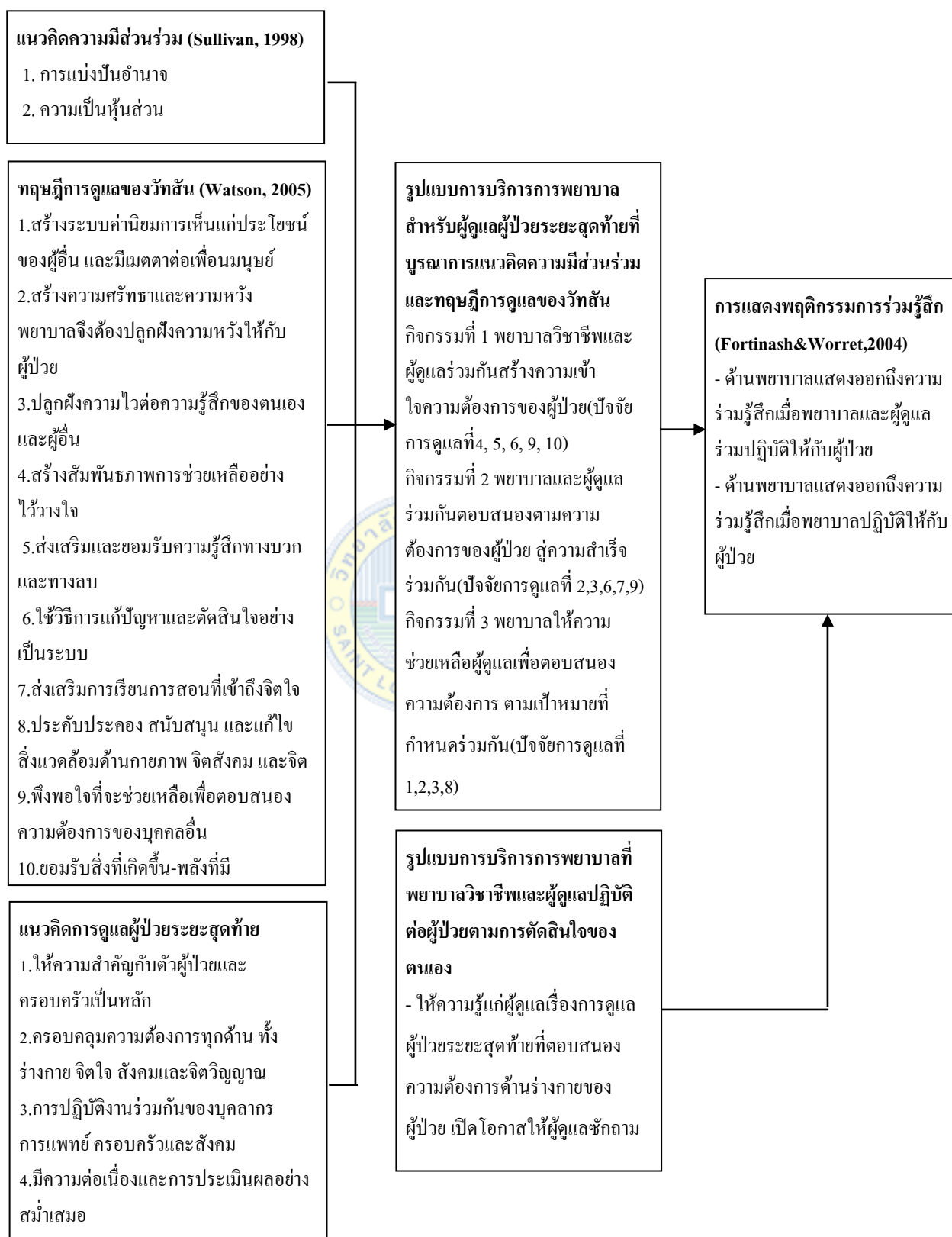
ให้เป็นการเชื่อมความรู้สึกของผู้ป่วย โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีความรู้ว่ายพบาลยอมรับว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกและความพยายามที่จะเข้าใจในเรื่องนี้ พยาบาลที่รับฟังอย่างกระตือรือร้นยังแสดงความสนใจ ผู้ป่วยที่พยายามที่จะทำงานผ่านปัญหาความต้องการที่จะรู้ว่ายพบาลจะมีการช่วยเหลือและอยาจะช่วยเหลือ (Fortinash & Holoday-Worret, 2004)

Sheila L. Videbeck (Videbeck, 2008) กล่าวถึงการร่วมรู้สึกของพยาบาลต่อผู้ดูแลว่าพยาบาลต้องมีความเข้าใจใน การสื่อสารและการแสดงออกของผู้ดูแล เช่น พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้ดูแลว่ามีความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจอย่างไรเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ และความสามารถในการเข้าใจความหมายว่าเมื่อผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจะรู้สึกอย่างไร พยาบาลต้องแสดงให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ายพบาลเข้าใจ และพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ดูแลรับทราบและแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกให้ผู้ดูแลรับรู้ เช่น จับมือ อยู่ใกล้ๆ และแสดงออกให้ผู้ดูแลรับรู้ ขณะจับมือนั้นต้องจ้องตาผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลอ่านสายตาว่ายพบาลมีความเข้าใจผู้ดูแล ซึ่งการแสดงออกนั้นต้องใช้ทั้งคำพูดและการสัมผัส โดยพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาทักษะจากประสบการณ์ และความรู้ เหมือนเราเคยมีประสบการณ์ต่างๆ เหล่านั้นมาก่อน แต่ไม่ได้หมายความว่า พยาบาลเป็นผู้ประสบการณ์จริงกับผู้ดูแล ไม่จำเป็นที่พยาบาลจะต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว จึงจะเข้าใจความรู้สึกหรือร่วมรู้สึกกับผู้ดูแล แต่พยาบาลจะใช้ความรู้จากงานวิจัยหรือวิธีอื่นๆ ที่จะทำให้พยาบาลสามารถร่วมรู้สึกกับผู้ดูแลได้ อย่างไรก็ตามเทคนิคที่จะช่วย คือ การฟัง การรับความรู้สึก ถ้าสถานการณ์ใดที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก พยาบาลจะต้องจินตนาการให้ได้ว่า ประสบการณ์นี้เป็นอย่างไร พยาบาลจะต้องแสดงพฤติกรรมให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ายพบาลร่วมรู้สึกด้วยโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยยอมรับและสอบถามความรู้สึกผู้ดูแลตลอดเวลา เพื่อรับทราบว่าผู้ดูแลคิดอย่างไร และต้องมีการประเมินความรู้สึกของผู้ดูแลทุกเวอร์ ถ้าพยาบาลเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล จะเปรียบเสมือนว่ายพบาลและผู้ดูแลให้ของขวัญซึ่งกันและกัน คือ พยาบาลมีความเข้าใจและร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแล ผู้ดูแลเข้าใจและยินยอมปฏิบัติตาม ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองและมีความรู้สึกไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น

2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน กับการแสดงพฤติกรรม การร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ

การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพต้องให้ความสนใจ พุดคุย ตั้งคำถามความต้องการของผู้ดูแล และให้ความช่วยเหลือโดยไม่ละเลยการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแล

เกิดความไว้วางใจและให้การยอมรับว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพต้องจัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการวางแผนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้วยความไว้วางใจ ความเข้าใจ โดยเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลที่ต้องมีในวิชาชีพการพยาบาลและสอดแทรกอยู่ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกกิจกรรมการพยาบาลองค์รวมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการกระทำและแสดงความรู้สึกลึกซึ้งอย่างจริงใจ ระหว่างบุคคลและพยาบาลและผู้ป่วยต่างมีศักยภาพ และได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแลเอาใจใส่ เป็นการเอาใจใส่ความรับผิดชอบ และความสนใจดูแลทั่วไป อันเป็นความหมายเชิงบวก เพื่อแสดงถึงความรู้สึกลึกซึ้ง ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยโดยกระบวนการดูแลทั้งบุคคล ครอบครัวที่พยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความรักความเป็นมนุษย์ ความเอาใจใส่ต่อกัน เน้นความรู้สึกลึกซึ้งด้านจิตใจและอารมณ์ ด้วยความรู้ทางวิชาชีพและศีลธรรม โดยพยาบาลต้องมีการร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย ซึ่งการร่วมรู้สึกของพยาบาลต่อผู้ป่วยและผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความเข้าใจในการสื่อสารและการแสดงออกของผู้ป่วยและผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลเศร้าโศกเสียใจเมื่อความตายของผู้ป่วยใกล้เข้ามาถึง พยาบาลต้องแสดงให้ผู้ดูแลรับรู้ที่พยาบาลเข้าใจ แสดงพฤติกรรมที่แสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ จึงจะเข้าใจความรู้สึกหรือร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย ถ้าพยาบาลสามารถเข้าใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะสามารถผ่อนคลาย และเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความทุกข์ ความสูญเสียได้มากขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อน-หลัง (Two-Group PreTest-PostTest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสันต่อการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรัฐบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน

3.1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและคุณสมบัติของผู้ป่วย

1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึง เดือน สิงหาคม 2556 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1.1) เป็นบุตรของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 1.2) มีอายุอยู่ระหว่าง 25-45 ปี
- 1.3) มีความสามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
- 1.4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2) เกณฑ์ในการคัดเลือกรออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 2.1) ผู้ดูแลแสดงความต้องการขอยกจากการวิจัยครั้งนี้
- 2.2) ผู้ดูแลไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบ

3) คุณสมบัติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 3.1) แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยถึงรู้สึกรับ
- 3.2) แพทย์รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยดำเนินการได้เสร็จสิ้น

3.1.4 ขั้นตอนการเลือกขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว จะทำการจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 ราย โดยกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย กลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มารับบริการที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ผู้วิจัยได้เข้าสัมภาษณ์เก็บข้อมูล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุม แต่ละคนระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม - 8 สิงหาคม 2556 จนครบ 10 ราย

2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มารับบริการที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ผู้วิจัยได้เข้าสัมภาษณ์เก็บข้อมูล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุม แต่ละคนระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม - 8 สิงหาคม 2556 จนครบ 10 ราย

3) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มารับบริการที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ผู้วิจัยได้เข้าสัมภาษณ์เก็บข้อมูล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก เป็นกลุ่มทดลองแต่ละคน จับคู่ตามคุณสมบัติให้ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ในแต่ละคู่ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม - 8 สิงหาคม 2556 จนครบ 10 ราย

4) การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched Pair) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยให้แต่ละคู่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ มีเพศเดียวกัน อายุอยู่ในช่วงเดียวกันกำหนดช่วงห่างของอายุไม่เกิน 5 ปี และการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้วและคัดเลือกกลุ่มควบคุมที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ดำเนินการวิจัยไปพร้อมๆกันทั้งสองที่และจัดให้เข้ากันเป็นคู่ไปเรื่อยๆจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดคือ 10 คู่ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา
1	กลุ่มควบคุม	ชาย	45	มัธยมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	ชาย	44	มัธยมศึกษา
2	กลุ่มควบคุม	หญิง	40	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	40	ประถมศึกษา
3	กลุ่มควบคุม	หญิง	41	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	41	ประถมศึกษา
4	กลุ่มควบคุม	หญิง	45	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	45	ประถมศึกษา
5	กลุ่มควบคุม	หญิง	35	มัธยมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	36	มัธยมศึกษา
6	กลุ่มควบคุม	หญิง	45	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	44	ประถมศึกษา
7	กลุ่มควบคุม	หญิง	45	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	45	ประถมศึกษา
8	กลุ่มควบคุม	หญิง	38	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	41	ประถมศึกษา
9	กลุ่มควบคุม	ชาย	42	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	ชาย	45	ประถมศึกษา
10	กลุ่มควบคุม	หญิง	25	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	28	ประถมศึกษา

จากตารางที่ 1 การจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คู่ เป็นไปตามเกณฑ์จับคู่เรื่องเพศไม่แตกต่างกันมีจำนวน 10 คู่ การจับคู่เรื่องอายุ มี 4 คู่ อายุไม่แตกต่างกัน มีอายุต่างกัน 1 ปี จำนวน 3 คู่ มีอายุต่างกัน 3 ปี จำนวน 3 คู่ การจับคู่เรื่องการศึกษาไม่แตกต่างกันมีจำนวน 10 คู่

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมบ้าน (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย						
หญิง	8	80	8	80	16	80
ชาย	2	20	2	20	4	20
รวม	10	100	10	100	20	100
2. อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย						
25-30 ปี	1	10	1	10	2	10
31-40 ปี	3	30	2	20	5	25
41-45 ปี	6	60	7	70	13	65
รวม	10	100	10	100	20	100
3. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	0	0	0	0	0	0
ประถมศึกษา	7	70	7	70	14	70
มัธยมศึกษา	3	30	3	30	6	30
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
รวม	10	100	10	100	20	100
4. จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมบ้าน						
1-2 คน	2	20	1	10	3	15
3-4 คน	3	30	6	30	9	45
4-5 คน	3	30	3	30	6	30
5-6 คน	2	20	0	0	2	10
รวม	10	100	10	100	10	100

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 อายุของผู้ดูแลเฉลี่ย 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และมีจำนวนสมาชิกที่อาศัย ร่วมบ้าน โดยเฉลี่ย 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 45

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากแนวคิดการร่วมรู้สึก (Fortinash & Holoday-Worret, 2004, p. 122-123)

3.2.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สร้างขึ้นโดยผู้ศึกษา ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากคำรา วารสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวคิดความมีส่วนร่วมของ Sullivan (1998) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Watson (1990) แล้วบูรณาการแนวคิดเข้าด้วยกันนำไปสร้างเป็นตารางที่เรียกว่า “ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน” รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	กิจกรรม
1. ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Center at patient and family) ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดใดจะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด	1.การแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) 1.1 ความเป็นอิสระ เป็นการทำให้เกิดความมีอิสระ ในการตัดสินใจตามความรู้ และทักษะโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นตัดสินใจแทน 2. ความเป็นหุ้นส่วน (Partner - ship) 2.3 การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และความคิดเห็นระหว่างกันแบบสองทางอย่างต่อเนื่องที่ต้องรับฟังและแสดงความคิดเห็น	ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์และการดูแลประกอบด้วยบุคคล เป็นองค์รวมประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นตัวของตัวเอง เกิดความตระหนักด้วยตนเอง มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าในตนเอง ควรได้รับการดูแลนับถือความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือ สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมดุลกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มีความสอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวตามการรับรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับสุขภาพเป็น ภาวะที่มีความสุขด้านร่างกาย จิตและสังคม ซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้สูงสุด และปรับตัวในการปฏิบัติกิจวัตร	พยาบาลนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาปัญหา ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและมีอิสระในการตัดสินใจการดูแลรักษาของผู้ป่วย โดยมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วย พยาบาลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ยอมรับความรู้สึทางบวกและลบของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจพยาบาล	1.พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย การใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยรุนแรง โดยใช้ปฏิสัมพันธ์อย่างมีสัมพันธภาพที่ดีที่เชื่อมโยงกับสถานะของผู้ป่วยในปัจจุบัน

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	กิจกรรม
	อย่างเหมาะสม รับฟังและแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม 2.5 ความไว้วางใจเป็นความรู้สึกเชื่อถือและมั่นใจในลักษณะส่วนบุคคล คุณธรรม ความรู้ความสามารถของบุคคลอื่นที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการบรรลุผลของงาน ด้วยการทำความเข้าใจบทบาทและความคาดหวังของกันและกัน ขอมรับในค่านิยม (Value) ความรู้ความสามารถ (Competence)	ประจำวัน และมีชีวิตอยู่โดยไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สิ่งแวดล้อม มนุษย์และสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวโยงกันตลอดเวลา ในที่สนะของ วัทสัน สิ่งแวดล้อมเป็นอะไรก็ได้ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีชีวิต การดำรงอยู่ของมนุษย์เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และสามารถทำหน้าที่ได้สูงสุด พร้อมทั้งการปรับตัวเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง การพยาบาล เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพเป้าหมายในการดูแลเพื่อให้เกิด		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
	และจุดแข็ง (Strenght) ของแต่ละคน	ความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถทำหน้าที่ได้สูงสุด พร้อมทั้งการปรับตัวเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองเคารพนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง พยาบาลวิชาชีพค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติในเวรที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ ใช้กระบวนการพยาบาลรวบรวมปัญหาที่เหลื่อมมาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนประเมินผลการพยาบาลตอบสนองตามความต้องการการพยาบาล (ปัจจัยการดูแลที่ 6) พยาบาลวิชาชีพค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติในเวรที่ผ่านมาตาม		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
		ความต้องการขั้นต่ำ (Lower Order Needs) และความต้องการขั้นสูง (Higher Order Needs) ความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล (Intrapersonal and Interpersonal) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลที่ผู้ป่วยรัก(ปัจจัยการดูแลที่ 9) พยาบาลวิชาชีพค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติด้านการประคับประคองสนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ (ปัจจัยการดูแลที่ 8) สร้างสัมพันธภาพช่วยเหลืออย่างไว้วางใจพยาบาลต้อง		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
		สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ พยาบาลต้องสร้างให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการให้การเกื้อหนุนดูแลเอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความรู้สึกรอบอุ่น โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้ากันได้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ความเห็นอกเห็นใจและความอบอุ่นใจ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน (ปัจจัยการดูแลที่ 4) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึगतบวกลบและทางลบผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่ตำหนิติเตียนหรือตัดสินใจให้เวลาและโอกาส		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
		กับผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งขณะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนจะไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย และผู้ดูแล และยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยได้อย่างจริงจัง สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและผู้ดูแลและเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ดูแล พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก (ปัจจัยการดูแลที่ 5) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น-พลังที่มีอยู่ สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ ช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนาปรัชญาและสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้ผู้ป่วยค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิตและ		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	กิจกรรม
		เข้าใจชีวิตและกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะเวลาที่มีอยู่ จำกัด แนะนำและให้โอกาสผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพ กับครอบครัวหรือผู้ที่เป็แหล่งของความหวังและกำลังใจนำผู้ป่วยให้ค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตน ค้นพบสัจธรรมของชีวิต และนำเข้าสู่การใช้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า (ปัจจัยการดูแลที่ 10)		
2. ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกายและจิตใจ สังคมและวิญญาณ (Comprehensive) นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์	1. การแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) 1.3 การเสริมพลัง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ช่วยในการพัฒนา	บุคคล,สุขภาพ,สิ่งแวดล้อม,การพยาบาล (ดังรายละเอียดข้างต้น) พยาบาลวิชาชีพ ค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติในเวรที่ผ่าน มาในการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ อย่างสร้างสรรค์ใช้กระบวนการพยาบาล	พยาบาลนำกระบวนการ พยาบาลมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อค้นหา ปัญหา ตลอดจนความต้องการของ ผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม และวิญญาณ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแล	2. พยาบาลและผู้ดูแล ร่วมกันตอบสนองตาม ความต้องการความรักและ ผูกพันของผู้ป่วย สู่ความสำเร็จร่วมกันพยาบาลและ

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
ทรมาณทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับ ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติ ส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา ที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจแตกต่างกันจากผู้ดูแลรักษาเช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดา	ศักยภาพในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบ ต่อบุคคล โดยการช่วยเหลือเริ่มจากจุดแข็งและความสามารถที่มีอยู่ของบุคคล หรือครอบครัว 2. ความเป็นหุ้นส่วน (Partner-ship) 2.1 การทำงานร่วมกัน เป็นการปฏิบัติการกิจกรรมร่วมกันที่ทุกๆ คนมีส่วนร่วมปรับพิชชอบและมีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จร่วมกันด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างเปิดเผย	รวบรวมปัญหาที่เหลื่อมวิเคราะห้วางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนประเมินผลการพยาบาล ตอบสนองตามความต้องการการพยาบาล (ปัจจัยการดูแลที่ 6) พยาบาลวิชาชีพ ค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติในเวทีผ่าน มาตามความต้องการขั้นต่ำ (Lower Order Needs) และความต้องการขั้นสูง (Higher Order Needs) ความต้องการภายในบุคคล และระหว่างบุคคล (Intrapersonal and Interpersonal) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลที่ผู้ป่วยรัก(ปัจจัยการดูแลที่ 9)	มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล มีส่วนร่วมรับพิชชอบและมีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จร่วมกัน พยาบาลไวต่อความรู้สึกของผู้ดูแล ให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อการบรรลุผลของงาน	ผู้ดูแลค้นหาถึงความ ต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยรักที่สุดสิ่งของ เสื้อผ้า เพลงที่ชอบ โดยพยาบาลค้นหาข้อมูลจากการซักถามผู้ดูแล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันของพยาบาล

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	กิจกรรม
ด้วยตนเองของบุตร หรือ ความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเอง โดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต	ร่วมกัน ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างเปิดเผย 2.2 การกำหนดเป้าหมาย เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติภารกิจของบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ โดยสมาชิกแต่ละคนต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไว้ให้ชัดเจน โดยทุกคนรับทราบ ยอมรับ ตระหนัก	วางแผนปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การประเมินความรู้และ ประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนการแนะนำ/สอน เลือกเวลาที่เหมาะสมในการแนะนำ/สอน (ปัจจัยการดูแลที่ 7) สร้างความศรัทธาและความหวัง ความศรัทธา ความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่เคย สิ้นสุด แม้หมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้พยาบาลจึงต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยเป็นความหวังที่เห็นเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ ส่วนความศรัทธาในศาสนานั้น พยาบาลควรและผู้ดูแลอยู่เสมอและควรประเมินดูว่า		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
	และเข้าใจ ตลอดจนยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องและดำเนินไปในทิศทางเดียวกันอยู่เสมอ 2.4 สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนเป็นความสัมพันธ์ของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ในการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงานและเกิดประโยชน์ 2.5 ความไว้วางใจเป็นความรู้สึกเชื่อถือและมั่นใจในลักษณะส่วนบุคคล คุณธรรม ความรู้	ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับความการมีชีวิตอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ พยาบาลจึงควรจะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสิทธิเลือกวิธีการสร้างศรัทธาและความหวังความเชื่อของเขา (ปัจจัยการดูแลที่2)ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น พยาบาลต้องเป็นผู้ที่รู้จักความรู้สึกของตนเองและไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น วัดสันส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยอันเป็นพฤติกรรมที่สำคัญเพื่อก้าวพ้นอันตรายของตน และช่วยให้การดูแลประสบความสำเร็จ (ปัจจัยการดูแลที่ 3)		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	กิจกรรม
	ความสามารถของบุคคลอื่นที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการบรรลุผลของงาน ด้วยการทำความเข้าใจบทบาทและความคาดหวังของกันและกัน ขอมรับในค่านิยม (Value) ความรู้ความสามารถ (Competence) และจุดแข็ง (Strenght) ของแต่ละคน			
3. เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม (Coordinated) งานหลายด้านต้องอาศัย	1.การแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) 1.2 ความรับผิดชอบแสดงออกถึงความเอาใจใส่ตั้งใจ มุ่งมั่นต่อบทบาท	บุคคล,สุขภาพ,สิ่งแวดล้อม,การพยาบาล (ดังรายละเอียดข้างต้น) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อชีวิตและ	พยาบาลช่วยเหลือแนะนำ ส่งเสริมการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สำเร็จตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานอย่างต่อเนื่อง	

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	กิจกรรม
ความเชี่ยวชาญของแพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและ เพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก	หน้าที่อย่างเต็มความสามารถเพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ร่วมกันกำหนด ด้วยการยอมรับผลการปฏิบัติทั้งผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นร่วมกัน รวมถึงการปรับปรุงการปฏิบัติให้ดีขึ้น 2. ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) 2.1 การทำงานร่วมกันเป็น การปฏิบัติภาระกิจร่วมกันที่ทุกๆ คนมีส่วนร่วม รับผิดชอบและมีเป้าหมาย เพื่อความสำเร็จร่วมกัน	ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน อันเกิดจากค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน พยาบาลต้องมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อชีวิตและความผู้ป่วยและผู้ดูแลตามมุมมองของเขา เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีความอดทนและเพียรรอคอยเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ค้นพบตนเอง และยอมรับต่อสภาพของผู้ป่วยตามที่เป็นจริง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกว่ามีใครสักคนอยู่กับเขาเสมอ ดูแลเอา		3. พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันพยาบาลช่วยเหลือผู้ดูแล และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	กิจกรรม
เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่างๆ 4. มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ (Continuous) การดูแลครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ดูแลทุกคนในทุกสถานการณ์	ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างเปิดเผย 2.2 การกำหนดเป้าหมายเป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติภาระกิจของบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ โดยสมาชิกแต่ละคนต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไว้ให้ชัดเจน โดยทุกคนรับทราบยอมรับตระหนักและเข้าใจ	ใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทนปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลทันที (ปัจจัยการดูแลที่ 1) สร้างความศรัทธาและความหวัง ความศรัทธา ความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่เคย สิ้นสุด แม้หมดหวังไปแล้วก็ยัง สามารถสร้างความหวัง ใหม่ได้ พยาบาลจึงต้องปลุกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่เสมอ และควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ ส่วนความศรัทธาในศาสนานั้น พยาบาลควรประเมินดูว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับความการมีชีวิตอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มี		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	กิจกรรม
การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษา จูงใจขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา	ตลอดจนยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องและดำเนินไปในทิศทางเดียวกันอยู่เสมอ 2.4 สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน เป็นความสัมพันธ์ของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงานและเกิดประโยชน์ 2.5 ความไว้วางใจเป็นความรู้สึกเชื่อถือและมั่นใจในลักษณะส่วนบุคคล คุณธรรม ความรู้	ต่อศาสนาหรือไม่ พยาบาลจึงควรจะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสิทธิเลือกวิธีการสร้างศรัทธาและความหวังความเชื่อของเขา (ปัจจัยการดูแลที่ 2) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น พยาบาลต้องเป็นผู้ที่รู้จักความรู้สึกของตนเองและไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น วัตสันส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยอันเป็นพฤติกรรมที่สำคัญเพื่อก้าวพ้นอดีตแห่งตน และช่วยให้การดูแลประสบความสำเร็จ (ปัจจัยการดูแลที่ 3) วางแผนปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ ประสบการณ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การประเมินความรู้และประสบการณ์ของ		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความมีส่วนร่วม	ทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	กิจกรรม
	ความสามารถของบุคคลอื่นที่ จำเป็นต้องใช้เพื่อการบรรลุผลของงาน ด้วยการทำความเข้าใจบทบาทและความคาดหวังของกันและกัน ยอมรับในค่านิยม (Value) ความรู้ความสามารถ (Competence) และจุดแข็ง (Strenght) ของแต่ละคน	ผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนการแนะนำ/สอนเลือกเวลาที่เหมาะสมในการแนะนำ/สอน (ปัจจัยการดูแลที่ 7) 		

1.2) เลือกแนวคิดมาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยนำไปบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของSullivan และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

1.3) ผู้วิจัยจัดทำเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานที่เรียกว่า “คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน” ซึ่งมีคำแนะนำในการใช้รูปแบบประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ตารางแสดงพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้ตรงตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยมอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างให้พยาบาลหัวหน้าทีม การมอบหมายงาน พยาบาลหัวหน้าทีมมอบหมายงานเป็นรายผู้ป่วย (Case assignment) ให้กับพยาบาลวิชาชีพในโครงการวิจัยโดยใช้ใบมอบหมายงาน (Assignment sheet) ผู้วิจัยพบพยาบาลวิชาชีพ เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับมอบหมาย - พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสัน โดยมีกิจกรรมดังนี้		-ใบมอบหมายงาน (Assignment sheet)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวัตสัน	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 1 พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย การใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยรุนแรง โดยใช้ปฏิสัมพันธ์อย่างมีสัมพันธภาพที่ดี ที่เชื่อมโยงกับสถานะของผู้ป่วยในปัจจุบัน	1.พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงเรื่องประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิด 2.พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกต่อกันถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยรุนแรงของคนใกล้ชิด 3.พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับผู้ดูแลถึงความต้องการของผู้ป่วยในสถานะปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน เพื่อสร้างความคิดทางบวกของผู้ดูแล 4.พยาบาลวิชาชีพให้ผู้ดูแลสังเกตการกระทำของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาล และพยาบาลพูดคุยถึงถึงความต้องการของผู้ป่วยในสถานะปัจจุบัน 5.พยาบาลวิชาชีพแจ้งแก่ผู้ดูแลว่าผู้ดูแลสามารถเข้ามาปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วยได้ โดยปฏิบัติร่วมกับพยาบาลคนอื่นๆ ได้ตลอดเวลา 6.พยาบาลวิชาชีพแจ้งผู้ดูแลว่า พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้อีกในเรื่องอื่นๆ	- ผู้ดูแลมีความคิดกับการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นไปในทางบวก	- แบบบันทึก “การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย”

ตารางที่ 4 ตารางแสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันตอบสนองตามความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ดูแลค้นหาถึงความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของ พยาบาลและผู้ดูแลค้นหาถึงความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของ ต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยรักที่สุดสิ่งของ เสื้อผ้า เพลงที่ชอบ โดยพยาบาลค้นหาข้อมูลจากการซักถามผู้ดูแล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันของพยาบาล	1. พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการทำให้ผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ 2. พยาบาลพูดคุยกับผู้ดูแลถึงสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วยเมื่อวานนี้ว่ามีความรู้สึกอย่างไร และได้ความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นความเฉพาะหรือไม่ 3. พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากเรื่องง่ายไปสู่เรื่องที่ยาก สังเกตและพูดคุยให้ได้ข้อมูลความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยรักมากที่สุด ต้องการพบมากที่สุด สิ่งของที่ชอบ เครื่องประดับ เสื้อผ้า เพลงที่ชอบ จากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การเช็ดตัว, การพลิกตะแคงตัว, การเปลี่ยนเสื้อผ้า, การให้อาหารทางสายยาง	- พยาบาลค้นหาถึงความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลต้องการทำให้ผู้ป่วยมากที่สุด จากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล	- แบบบันทึก “การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย”

ตารางที่ 4 ตารางแสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 3 พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน พยาบาลช่วยเหลือผู้ดูแล และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง	1.พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง 2.พยาบาลวิชาชีพช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริงโดยลดหย่อนระเบียบการเยี่ยม, แนะนำให้ผู้ดูแลพบผู้ป่วยได้ตลอดเวลา 3.พยาบาลวิชาชีพให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง โดยให้ผู้ดูแลแนะนำเรื่องการมาเยี่ยมผู้ป่วยแก่ผู้ร่วมงานที่ผู้ป่วยใกล้ชิด,ผู้บังคับบัญชา เพื่อแสดงความรักและความเข้าใจผู้ป่วย 4.พยาบาลพูดคุยสร้างความเข้าใจและร่วมกันประเมินปัญหา ความของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง	- ผู้ดูแลได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง	- แบบบันทึก “การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย”

1.4) ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรียกว่า คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ภายในคู่มือประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน วิธีใช้คู่มือ คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าทีม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5) นำเสนอคู่มือต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้สร้างรูปแบบที่ถูกต้องของเนื้อหา ปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณา

2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัทสัน แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมกัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการ ศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัย และใช้แนวคิดของ (Fortinash & Holoday-Worret, 2004) ที่ศึกษาการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ และ 2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ

ซึ่งแบบประเมินการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) และเกณฑ์การให้คะแนน มี 5 ระดับ คือ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 โดยให้เลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตาม ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตาม ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งหนึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตาม ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการ ให้ ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตาม ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับ คะแนนเท่ากับ 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนของการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 5
ระดับ รายข้อและโดยรวม ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมีตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ผู้วิจัยใช้สูตร
ช่วงคะแนนชั้น = ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยระดับการแบ่ง (ยูดี ภาษา และคณะ,
2537, น. 145) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนชั้น} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

เมื่อได้ช่วงคะแนนแล้ว จึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนน ดังแสดง
รายละเอียด การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ
ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00	หมายถึง การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20	หมายถึง การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40	หมายถึง การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60	หมายถึง การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80	หมายถึง การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำการตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเนื้อหาในสาขาเฉพาะจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลตรวจสอบ เพื่อให้ได้เนื้อหาสาระที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและครอบคลุมเนื้อหาตามขอบเขตของคำจำกัดความในครั้งนี้ รวบรวมข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ปรับปรุงภาษาและสำนวนที่ใช้ แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ และ 2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ รวมข้อคำถาม 30 ข้อ ไม่เพิ่มหรือลดจำนวนข้อคำถาม ปรับปรุงภาษาและสำนวนที่ใช้ในข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

3.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 20 ราย และโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 ราย โดยนำหนังสือพร้อมแบบโครงร่างการศึกษา อีสรถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha Coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.884 และค่าความเที่ยงรายด้าน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย เท่ากับ 0.752 และด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย เท่ากับ 0.898

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมการศึกษา ดังต่อไปนี้

1) การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบขกเว้น (Expectation Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5) (ภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือขออนุมัติโครงร่างการศึกษาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิจัยระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อยินยอมดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือดังนี้

2.1) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

2.2) โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด

2.3) โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

2.4) โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

3) เตรียมเอกสารประกอบการขออนุมัติ ดังนี้

3.1) โครงร่างการศึกษาอิสระ

3.2) หนังสืออนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์

3.3) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการสารนิพนธ์และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการสารนิพนธ์

3.4) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4) ขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

5) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการวิจัยว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้จะเป็นความลับและไม่มีผลต่อการรักษา โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใดซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

เข้าร่วมการวิจัยตามแบบพหุศาสตร์ของกลุ่ตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

6) ผู้วิจัยอธิบายพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยอย่างละเอียด ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในภาพรวมของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของพยาบาลวิชาชีพจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นเตรียมก่อนการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1) เตรียมเอกสาร

1.1.1) หนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.1.2) แบบฟอร์มแสดงความยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย

1.1.3) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตน

1.1.4) แบบสอบถามการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมใจของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล

1.2) เตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

1.2.1) ผู้วิจัยเลือกทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ให้การพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างโดย

(1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นถึงคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากตัวแปรต่างๆระหว่างพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(2) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและเลือกหอผู้ป่วยที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการทุกคนเพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการศึกษา

1.2.2) เตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้การพยาบาลในกลุ่มทดลองโดย

จัดทำโครงการอบรมเรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

(1) ผู้วิจัยเขียนโครงการอบรม

(2) เสนอโครงการอบรมแก่อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมและ
ความถูกต้อง และปรับปรุงโครงการตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

(3) เสนอโครงการต่อหัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
สระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

(4) จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชสระแก้ว จำนวน 3 คน โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาบรรยายเรื่อง รูปแบบการบริการ
การพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแล
ของวัตสัน

1.2.3) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันแก่พยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 3 คน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและพร้อมปฏิบัติงาน

1.2.4) จัดให้ฝึกทดลองปฏิบัติงานตามคู่มือกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่
เป็นที่ปรึกษาตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติในกลุ่มทดลองโดยใช้รูปแบบตามคู่มือกับผู้ดูแลคนละ
1 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองดังนี้

2.1) กลุ่มทดลอง

2.1.1) พยาบาลผู้ปฏิบัติ ศึกษาและทำความเข้าใจในรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับ
ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันที่ผู้วิจัย
จัดทำขึ้น

2.1.2) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหน่วยงานมอบหมายพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมงานวิจัย ให้
ดำเนินการตามคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมอบหมายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยคนละไม่เกิน 3 รายต่อการปฏิบัติงาน
ในเวรหนึ่งๆและผู้วิจัยจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เพิ่มเติมในระหว่างทดลอง

2.1.3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างใน
กลุ่มทดลอง โดยการมอบหมายงานของหัวหน้าทีม ซึ่งพิจารณาตามความรู้ความสามารถ ประสบการณ์
และทักษะความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิด
ความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน รวมถึงการรับผิชอบผลของการปฏิบัติการดูแลที่
เกิดขึ้นและผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน

และการเยี่ยมชมทางกายภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

2.1.4) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

หมายถึง การใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยรุนแรง โดยใช้ปฏิสัมพันธ์อย่างมีสัมพันธภาพที่ดี ที่เชื่อมโยงกับสถานะของผู้ป่วยในปัจจุบัน

(1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงเรื่องประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิด

(2) พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกต่อกัน ถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยรุนแรงของคนใกล้ชิด

(3) พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับผู้ดูแลถึงความต้องการของผู้ป่วยในสถานะปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน เพื่อสร้างความคิดทางบวกของผู้ดูแล

(4) พยาบาลวิชาชีพให้ผู้ดูแลสังเกตการกระทำของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลพูดคุยถึงความต้องการของผู้ป่วยในสถานะปัจจุบัน

(5) พยาบาลวิชาชีพแจ้งแก่ผู้ดูแลว่าผู้ดูแลสามารถเข้ามาปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วยได้ โดยปฏิบัติร่วมกับพยาบาลคนอื่นๆ ได้ตลอดเวลา

(6) พยาบาลวิชาชีพแจ้งผู้ดูแลว่า พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้อีกในเรื่องอื่นๆ

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันตอบสนองตามความต้องการด้านความรักความผูกพันของผู้ป่วย ความสำเร็จร่วมกัน หมายถึง พยาบาลและผู้ดูแลค้นหาถึงความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยรักที่สุด สิ่งของ เสื้อผ้า เพลงที่ชอบ โดยพยาบาลค้นหาข้อมูลจากการซักถามผู้ดูแล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลต้องแสดงออกถึงการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ตามเป้าหมาย และผลลัพธ์ร่วมกัน

(1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการทำให้ผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ

(2) พยาบาลพูดคุยกับผู้ดูแลถึงสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วยเมื่อวานนี้ว่ามีความรู้สึกอย่างไร และได้ความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นความเฉพาะหรือไม่

(3) พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากเรื่องที่ย้ายไปสู่เรื่องที่ยาก ตั้งเกิดและพูดคุยให้ได้ข้อมูลความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยรักมากที่สุด ต้องการพบมากที่สุด สิ่งของที่ชอบ เครื่องประดับ เสื้อผ้า เพลงที่ชอบ จากการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารทางสายยาง และการดูดเสมหะ

(4) พยาบาลและผู้ดูแลพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการปฏิบัติให้ผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ

(5) พยาบาลและผู้ดูแลพูดคุยให้ได้ความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ นำมาสรุปร่วมกันเพื่อวางแผนเพื่อความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ

(6) พยาบาลและผู้ดูแลตั้งเป้าหมายร่วมกัน ตามความต้องการที่ผู้ดูแลต้องการให้ความสำเร็จ ได้แก่ ผู้ป่วยได้พบบุคคลที่รัก ได้ใส่เสื้อผ้าที่ชอบ ได้ฟังเพลงที่ชอบ

(7) พยาบาลร่วมพูดคุยกับพยาบาลในทีม วิเคราะห์ถึงความต้องการความรักและผูกพันของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลและสิ่งของต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องการทำให้ผู้ป่วยมากที่สุด จากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล เพื่อวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายให้กับผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน หมายถึง พยาบาลช่วยเหลือผู้ดูแล และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง

(1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง

(2) พยาบาลวิชาชีพช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริงโดยลดหย่อนระเบียบการเยี่ยม, แนะนำให้ผู้ดูแลพบผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

(3) พยาบาลวิชาชีพให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง โดยให้ผู้ดูแลแนะนำเรื่องการมาเยี่ยมผู้ป่วยแก่ผู้ร่วมงานที่ผู้ป่วยใกล้ชิด ผู้บังคับบัญชา เพื่อแสดงความรักและความเข้าใจผู้ป่วย

(4) พยาบาลพูดคุยสร้างความเข้าใจและร่วมกันประเมินปัญหา ความของผู้ป่วยในสถานะที่เป็นจริง

2.2) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เลือกผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยตามที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม คือ การดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม

3.6 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง โดยปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูลและทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ดูแลเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ในใบพิกัดสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย และแจกแบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมการร่วมรู้สิทธิของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล

2) ผู้วิจัยอธิบายถึงเกณฑ์การให้คะแนนแก่กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ และอ่านข้อคำถามแต่ละข้อให้ฟัง และให้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม

3) ผู้วิจัยปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยแบ่งเป็น

3.1) กลุ่มควบคุม

3.1.1) ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

3.1.2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมการร่วมรู้สิทธิของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ครั้งแรกในวันที่เข้าพักรักษา ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม – 8 สิงหาคม 2556

3.1.3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนในการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

3.1.4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ซึ่งเป็นกลุ่มเดิม ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม – 8 สิงหาคม 2556

3.2) กลุ่มทดลอง

3.2.1) ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

3.2.2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ครั้งแรกในวันที่เข้าพักรักษา ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม – 8 สิงหาคม 2556

3.2.3) พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนในการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

3.2.4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามการแสดงผลพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มเดิม ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม – 8 สิงหาคม 2556

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

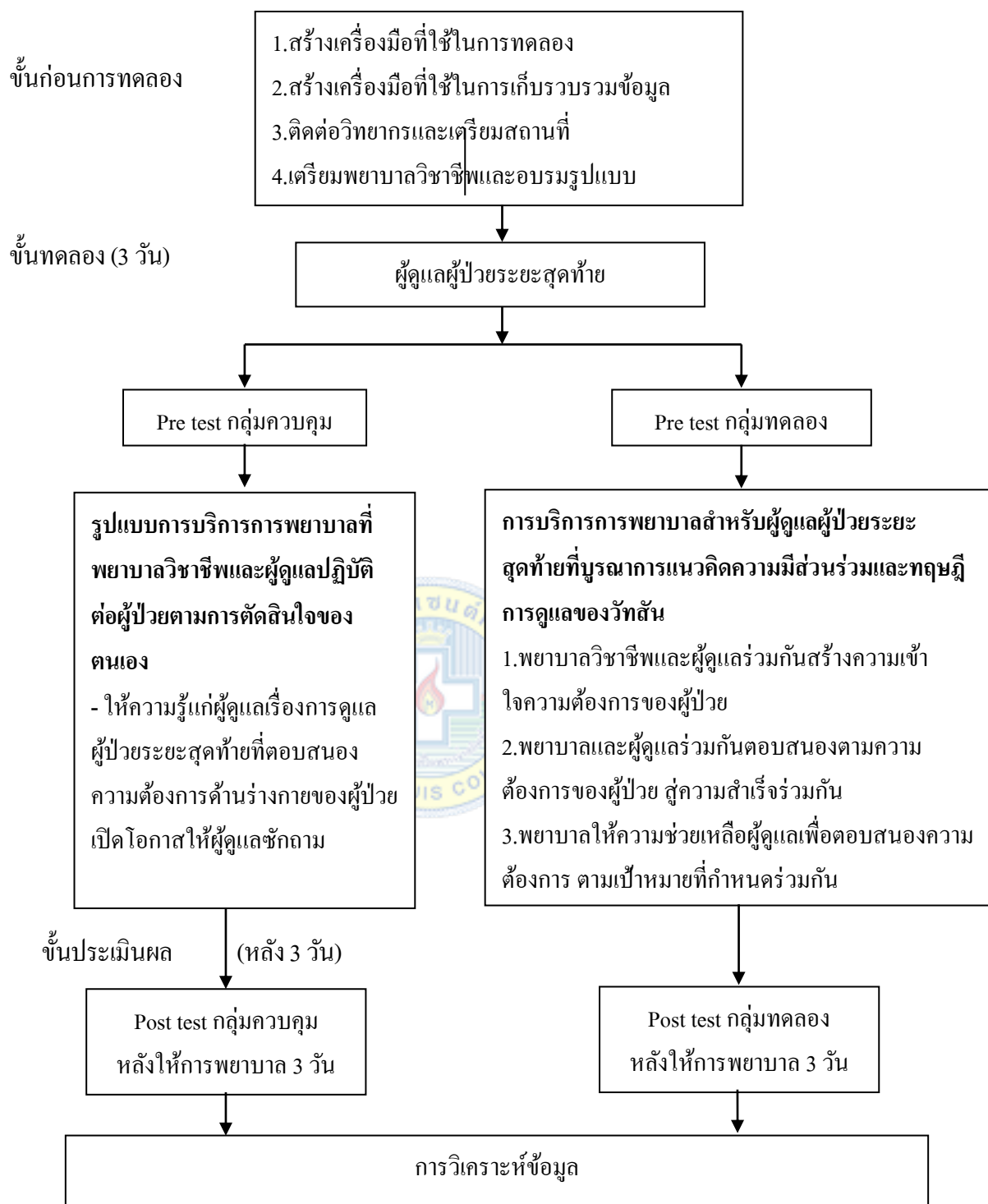
การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

- 1) แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
- 2) หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแสดงผลพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างของสองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Nonparametric Statistic ของ Mann – Whitney U Test

4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการแสดงพฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัทสัน โดยใช้สถิติ Nonparametric Statistic ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon Signed Rank Test





ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินโครงการวิจัย

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Two Groups Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสันและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (ตารางที่ 5-10)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test (ตารางที่ 11-13)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ 14-16)

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของ พยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงาน ของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วม รู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วย	4.673	1.404	มากที่สุด	4.333	0.590	มากที่สุด
2.ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วม รู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	4.340	0.808	มากที่สุด	4.526	1.447	มากที่สุด
โดยรวม	4.506	0.971	มากที่สุด	4.430	0.941	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองในกลุ่มควบคุมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การแสดงออกทุกด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ในกลุ่มทดลองโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การแสดงออกทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึก เมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว	3.40	1.174	ปานกลาง	3.60	1.265	มาก
2.พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ ควรเปิดเผย	4.50	0.850	มากที่สุด	4.80	0.422	มากที่สุด
3.พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัว ผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่	4.40	0.843	มากที่สุด	4.50	0.707	มากที่สุด
4.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงแป้ง ที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ	5.00	0.000	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
5. ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับ อยู่ พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย	4.70	0.675	มากที่สุด	4.50	0.707	มากที่สุด
6.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วย ในเรื่อง ความบอຍในการพลิกตะแคงตัว	4.20	1.398	มาก	4.30	1.337	มากที่สุด
7. ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย	4.10	1.524	มาก	4.20	1.317	มาก
8.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่อง การจัดเสื้อผ้าให้สุภาพ โดยดึงเสื้อผ้าให้ เรียบตึง	4.20	1.398	มาก	4.30	1.337	มากที่สุด
9.พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเป็นผล ให้ร่างกายอบอุ่น	4.90	0.316	มากที่สุด	4.50	0.707	มากที่สุด
10.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยใน เรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแล ให้มากที่สุด	3.70	1.418	มาก	4.10	1.287	มาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึก เมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11.ก่อนนัดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลผสมยาให้มีความเจือจางมากที่สุดและเดินยาช้าๆ	4.50	0.850	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด
12.พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว	4.80	0.422	มากที่สุด	4.60	0.699	มากที่สุด
13.ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สุขสบาย	4.60	1.265	มากที่สุด	3.90	1.595	มาก
14.ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ในการทำทำความสะอาด	4.00	0.667	มาก	4.00	0.667	มาก
15.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ	4.10	0.876	มาก	4.10	0.994	มาก
รวม	4.673	1.404	มากที่สุด	4.333	0.590	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 ระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง โดยรวมด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยรวมด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 9 ข้อ อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึก เมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง	4.50	1.269	มากที่สุด	4.50	1.269	มากที่สุด
2.หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ ผู้ป่วยในแต่ละครั้งพยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด	4.50	1.269	มากที่สุด	4.50	1.269	มากที่สุด
3.ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง	4.10	0.876	มาก	3.30	0.823	ปานกลาง
4.ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายสบายในการนอน	4.10	0.876	มาก	3.60	0.699	มาก
5.พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ	4.50	1.269	มากที่สุด	4.60	0.699	มากที่สุด
6.พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที	4.30	1.252	มากที่สุด	4.50	1.269	มากที่สุด
7.พยาบาลจัดทำนอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง	4.30	1.252	มากที่สุด	4.50	1.269	มากที่สุด
8.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของทำนอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง	4.30	1.252	มากที่สุด	4.50	1.269	มากที่สุด

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือรู้สึก เมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9.ก่อนพยาบาลดูแลคนไข้ให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่ เกิดความ เจ็บปวด	4.00	1.633	มาก	4.00	1.491	มาก
10.พยาบาลสอบถามความไม่ สบายภายใน การดูแลคนไข้ และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ ทำให้ผู้ป่วยสบาย	4.00	1.633	มาก	4.00	1.491	มาก
11.พยาบาลสอบถามความต้องการในการ ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และ ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง	4.60	0.699	มากที่สุด	4.10	0.876	มาก
12.ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อฉีดยา ให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด
13.ขณะสระผมให้ผู้ผู้ป่วย พยาบาลสอบถาม ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย	3.80	1.033	มาก	3.50	1.269	มาก
14.ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัดทำอาหารสูง ให้ผู้ผู้ป่วย	4.80	0.632	มากที่สุด	4.20	0.919	มาก
15.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง	4.40	0.699	มากที่สุด	4.40	0.843	มากที่สุด
รวม	4.340	0.808	มากที่สุด	4.526	1.447	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ในกลุ่มควบคุม โดยรวมด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 10 ข้อ อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยรวมด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของ พยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงาน ของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	4.47	0.551	มากที่สุด	4.913	0.370	มากที่สุด
2.ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วม เมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	4.733	1.099	มากที่สุด	4.713	0.288	มากที่สุด
โดยรวม	4.603	0.655	มากที่สุด	4.813	0.123	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 ระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองในกลุ่มควบคุม โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การแสดงออกทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ในกลุ่มทดลองโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การแสดงออกทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึก เมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว	3.70	0.823	มาก	4.30	0.675	มากที่สุด
2.พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ ควรเปิดเผย	4.50	0.850	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
3.พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัว ผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่	4.40	0.843	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
4.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงแป้ง ที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ	5.00	0.000	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
5.ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับ อยู่ พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย	4.80	0.632	มากที่สุด	4.70	0.675	มากที่สุด
6.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่อง ความบอຍในการพลิกตะแคงตัว	4.40	0.843	มากที่สุด	4.70	0.675	มากที่สุด
7.ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย	4.20	1.317	มาก	4.70	0.675	มากที่สุด
8.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่อง การจัดเสื้อผ้าให้สุขสบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้ เรียบตึง	4.30	1.160	มากที่สุด	4.60	0.699	มากที่สุด
9.พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเป็นผล ให้ร่างกายอบอุ่น	4.90	0.316	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
10.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่อง การลดความเจ็บปวดในการดูแลเพื่อให้ มากที่สุด	4.00	1.333	มาก	4.60	0.699	มากที่สุด

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึก เมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11.ก่อนนัดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาล ผสมยาให้มีความเจือจางมากที่สุดและเดิน ยาช้าๆ	4.50	0.850	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
12.พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้ อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว	4.80	0.422	มากที่สุด	4.80	0.422	มากที่สุด
13.ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ ผู้ป่วยพยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความ ไม่สุขสบาย	4.60	0.966	มากที่สุด	4.60	0.699	มากที่สุด
14.ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะ สืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่อง น้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาด	4.10	0.738	มาก	4.40	0.516	มากที่สุด
15.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึง การออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ	4.30	0.949	มากที่สุด	4.50	0.527	มากที่สุด
รวม	4.473	0.551	มากที่สุด	4.913	0.370	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของ ในกลุ่มควบคุมโดยรวมด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 11 ข้อ อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยรวมด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 15 ข้อ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อ ความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของ ร่างกายทุกครั้ง	4.60	0.966	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
2.หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละ ครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด	4.60	0.966	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
3.ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไป หาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อ การนอนหลับทุกครั้ง	4.10	0.876	มาก	4.20	0.632	มาก
4.ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วยพยาบาล ปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายใน การนอน	4.20	0.632	มาก	4.10	0.738	มาก
5.พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ ผู้ป่วยต้องการ	4.50	0.850	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
6.พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของ ผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการ ทันที	4.40	0.966	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
7. พยาบาลจัดทำนอนให้ผู้ป่วย และสอบถาม ความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง	4.40	0.966	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
8.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของทำ นอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง	4.40	0.966	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9.ก่อนพยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด	4.40	0.966	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด
10.พยาบาลสอบถามความไม่สบายในการ ดูแล และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ ผู้ป่วยสบาย	4.40	0.966	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด
11.พยาบาลสอบถามความต้องการในการ ปฏิบัติกิจกรรมตามเชื่อของผู้ป่วย และ ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง	4.70	0.675	มากที่สุด	4.80	0.422	มากที่สุด
12.ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อฉีดยา ให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึง วิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
13.ขณะสระผมให้ผู้ป่วยพยาบาลสอบถาม ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย	3.90	0.738	มาก	4.20	0.632	มาก
14.ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูงให้ ผู้ป่วย	4.80	0.632	มากที่สุด	4.80	0.422	มากที่สุด
15.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง	4.50	0.707	มากที่สุด	4.80	0.422	มากที่สุด
รวม	4.733	1.099	มากที่สุด	4.713	0.288	มากที่สุด

จากตารางที่ 10 ระดับการรับรู้รับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ตามการตัดสินใจของตนเอง ในกลุ่มควบคุมโดยรวมด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 12 ข้อ อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแล ของวัทสัน โดยรวมด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 12 ข้อ อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ
ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง และ กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการ รายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาล วิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึก	ควบคุม	10	4.473	0.551	9	90	-1.152
เมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับ	ทดลอง	10	4.913	0.370	12	120	
ผู้ป่วย							
2.ด้านพยาบาล แสดงออกถึงความร่วมรู้สึก	ควบคุม	10	4.733	1.099	9	90	-1.146
เมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	ทดลอง	10	4.713	0.288	12	120	
โดยรวม	ควบคุม	10	4.603	0.655	8.95	89.50	-1.178
	ทดลอง	10	4.813	0.123	12.05	120.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวม พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและ

ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 2 ด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank	Sum of Ranks	Z
1.พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว	ควบคุม	10	3.70	0.823	8.40	84.00		-1.688*
	ทดลอง	10	4.30	0.675	12.60	126.00		
2.พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ ไม่ควรเปิดเผย	ควบคุม	10	4.50	0.850	9.00	90.00		-1.826*
	ทดลอง	10	5.00	0.000	12.00	120.00		
3.พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัว ผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่	ควบคุม	10	4.40	0.843	8.90	89.00		-1.595
	ทดลอง	10	4.90	0.316	12.10	121.00		
4.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึง แป้งที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ	ควบคุม	10	5.00	0.000	10.50	105.00		0.000
	ทดลอง	10	5.00	0.000	10.50	105.00		
5. ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอน หลับอยู่ พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.80	0.632	10.95	109.50		-0.548
	ทดลอง	10	4.70	0.675	10.05	100.50		
6.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยใน เรื่องความบอຍในการพลิกตะแคงตัว	ควบคุม	10	4.40	0.843	9.50	95.00		-0.936
	ทดลอง	10	4.70	0.675	11.50	115.00		
7.ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคง ตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.20	1.317	9.75	97.50		-0.746
	ทดลอง	10	4.70	0.675	11.25	112.50		
8.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่อง การจัดเสื้อผ้าให้สุขสบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้ เรียบตึง	ควบคุม	10	4.30	1.160	10.15	101.50		-0.327
	ทดลอง	10	4.60	0.699	10.85	108.50		
9.พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นผลให้ร่างกายอบอุ่น	ควบคุม	10	4.90	0.316	10.00	100.00		-1.000
	ทดลอง	10	5.00	0.000	11.00	110.00		

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
10.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแล เสมอให้มากที่สุด	ควบคุม	10	4.00	1.333	9.50	95.00	-0.890
	ทดลอง	10	4.60	0.699	11.50	115.00	
11.ก่อนนัดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาล ผสมยาให้มีความเจือจางมากที่สุดและเดิน ยาช้าๆ	ควบคุม	10	4.50	0.850	9.40	94.00	-1.191
	ทดลอง	10	4.90	0.316	11.60	116.00	
12.พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วยถึงการได้ อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว	ควบคุม	10	4.80	0.422	10.50	105.00	0.000
	ทดลอง	10	4.80	0.422	10.50	105.00	
13.ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความ ไม่สุขสบาย	ควบคุม	10	4.60	0.966	10.90	109.00	-0.398
	ทดลอง	10	4.60	0.699	10.10	101.00	
14.ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะ สืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่อง น้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาด	ควบคุม	10	4.10	0.738	9.40	94.00	-0.935
	ทดลอง	10	4.40	0.516	11.60	116.00	
15.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึง การออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ	ควบคุม	10	4.30	0.949	10.25	102.50	-0.211
	ทดลอง	10	4.50	0.527	10.75	107.50	
รวม	ควบคุม	10	4.473	0.551	9.00	90.00	-1.152
	ทดลอง	10	4.913	0.370	12.00	120.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีเพียง 2 ข้อ หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีจำนวน 13 ข้อ ที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank	Sum of Ranks	Z
1.พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อ ความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของ ร่างกายทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.60	0.966	9.95	99.50		-0.669
	ทดลอง	10	4.90	0.316	11.05	110.50		
2.หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด	ควบคุม	10	4.60	0.966	9.95	99.50		-0.669
	ทดลอง	10	4.90	0.316	11.05	110.50		
3.ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.10	0.876	10.45	104.50		-0.043
	ทดลอง	10	4.20	0.632	10.55	105.50		
4.ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วย สุขสบายในการนอน	ควบคุม	10	4.20	0.632	10.85	108.50		-0.295
	ทดลอง	10	4.10	0.738	10.15	101.50		
5.พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคล ที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยม ตามที่ผู้ป่วยต้องการ	ควบคุม	10	4.50	0.850	9.00	90.00		-1.826*
	ทดลอง	10	5.00	0.000	12.00	120.00		

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank Ranks	Z
6.พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบาย ของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทา อาการทันที	ควบคุม	10	4.40	0.966	8.95	89.50	-1.550
	ทดลอง	10	4.90	0.316	12.05	120.50	
7.พยาบาลจัดทำอนให้ผู้ป่วยและสอบถาม ความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.40	0.966	8.95	89.50	-1.550
	ทดลอง	10	4.90	0.316	12.05	120.50	
8.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของ ทำนองที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง	ควบคุม	10	4.60	0.966	9.95	99.50	-0.669
	ทดลอง	10	4.90	0.316	11.05	110.50	
9.ก่อนพยาบาลดูแลห่มห่มให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความ เจ็บปวด	ควบคุม	10	4.40	1.265	10.70	107.00	-0.199
	ทดลอง	10	4.70	0.483	10.30	103.00	
10.พยาบาลสอบถามความไม่สุขสบาย ในการดูแลห่ม และขอให้ผู้ช่วยเสนอวิธี ที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย	ควบคุม	10	4.40	1.265	10.70	107.00	-0.199
	ทดลอง	10	4.70	0.483	10.30	103.00	
11.พยาบาลสอบถามความต้องการในการ ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.70	0.675	10.40	104.00	-0.108
	ทดลอง	10	4.80	0.422	10.60	106.00	
12.ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อ ฉีดยาให้ผู้ช่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับ ผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด	ควบคุม	10	4.90	0.316	10.50	105.00	0.000
	ทดลอง	10	4.90	0.316	10.50	105.00	
13.ขณะสระผมให้ผู้ช่วย พยาบาลสอบถาม ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย	ควบคุม	10	3.90	0.738	9.55	95.50	-0.890
	ทดลอง	10	4.20	0.632	11.45	114.50	

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank Ranks	Z
14.ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูง ให้ผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.80	0.632	10.90	109.00	-0.487
	ทดลอง	10	4.80	0.422	10.10	101.00	
15.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง	ควบคุม	10	4.50	0.707	9.40	94.00	-1.037
	ทดลอง	10	4.80	0.422	11.60	116.00	
รวม	ควบคุม	10	4.733	1.099	9.00	90.00	-1.146
	ทดลอง	10	4.713	0.288	12.00	120.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ดูแล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสันไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีเพียง 1 ข้อ หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีจำนวน 14 ข้อ ที่ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและ ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการ รายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน โดยรวมและรายด้าน (n=10)

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของ พยาบาลวิชาชีพตามการรายงาน ของผู้ดูแล	การ ทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank	Z
1.พยาบาลผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย แสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อพยาบาล และผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	ก่อน	4.333	0.590	5.50	55.00	-2.807*
	หลัง	4.913	0.370	0.00	0.00	
2.พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อ พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	ก่อน	4.526	1.447	5.00	45.00	-1.786*
	หลัง	4.713	0.288	10.00	10.00	
รวม	ก่อน	4.430	0.941	5.11	46.00	-1.887*
	หลัง	4.813	0.123	9.00	9.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกละเมือพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกตามรายข้อ (n=10)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกละเมือ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank	Sum of Ranks	Z
1.พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการซึ่ง ได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว	ก่อน	3.60	1.265	3.50	21.00		-2.333*
	หลัง	4.30	0.675	0.00	0.00		
2.พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควร เปิดเผย	ก่อน	4.80	0.422	1.50	3.00		-1.414
	หลัง	5.00	0.000	0.00	0.00		
3.พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วย เคลื่อนออกจากที่	ก่อน	4.50	0.707	2.50	10.00		-2.000*
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00		
4.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องที่ ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ	ก่อน	4.90	0.316	1.00	1.00		-1.000
	หลัง	5.00	0.000	0.00	0.00		
5.ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่ พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย	ก่อน	4.50	0.707	1.50	3.00		-1.414
	หลัง	4.70	0.675	0.00	0.00		
6.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความ บอຍในการพลิกตะแคงตัว	ก่อน	4.30	1.337	2.00	6.00		-1.633
	หลัง	4.70	0.675	0.00	0.00		
7.ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย	ก่อน	4.20	1.317	2.50	10.00		-1.890*
	หลัง	4.70	0.675	0.00	0.00		
8.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการ จัดเสื้อผ้าให้สุขสบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง	ก่อน	4.30	1.337	1.50	3.00		-1.342
	หลัง	4.60	0.699	0.00	0.00		
9.พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเป็นผลให้ ร่างกายอบอุ่น	ก่อน	4.50	0.707	2.50	10.00		-1.890*
	หลัง	5.00	0.000	0.00	0.00		
10.พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการ ลดความเจ็บปวดในการดูแลหะให้มากที่สุด	ก่อน	4.10	1.287	2.50	10.00		-1.890*
	หลัง	4.60	0.699	0.00	0.00		
11.ก่อนนวดให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพยายาม ให้มีความเือจางมากที่สุดและนวดเบาๆ	ก่อน	4.70	0.483	1.50	3.00		-1.414
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00		
12.พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้ ุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว	ก่อน	4.60	0.699	1.50	3.00		-1.414
	หลัง	4.80	0.422	0.00	0.00		

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
รายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วม
รู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกตามรายชื่อ (n=10) (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of Rank	Sum of Ranks	Z
13. ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย	ก่อน	3.90	1.595	2.50	10.00		-1.890*
พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สุขสบาย	หลัง	4.60	0.699	0.00	0.00		
14. ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	ก่อน	4.00	0.667	2.50	10.00		-2.000*
ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ใน	หลัง	4.40	0.516	0.00	0.00		
การทำความสะอาด							
15. พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออก	ก่อน	4.10	0.994	2.50	10.00		-2.000*
กำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ	หลัง	4.50	0.527	0.00	0.00		
รวม	ก่อน	4.333	0.590	5.50	55.00		-2.807*
	หลัง	4.913	0.370	0.00	0.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแล
ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมด้าน พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าก่อนใช้
รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม
และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ามี 7 ข้อ
ที่ไม่แตกต่าง

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกตามรายชื่อ (n=10)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความ สะอาดหลังการเช็ดตัวทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง	ก่อน	4.50	1.269	1.50	3.00	-1.342
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00	
2.หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึก ได้ว่ายังไม่สะอาด	ก่อน	4.50	1.269	1.50	3.00	-1.342
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00	
3.ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไป หาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อ การนอนหลับทุกครั้ง	ก่อน	3.30	0.823	4.50	36.00	-2.714*
	หลัง	4.20	0.632	0.00	0.00	
4.ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วยพยาบาลปรับ อุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายในการนอน	ก่อน	3.60	0.699	3.00	15.00	-2.236*
	หลัง	4.10	0.738	0.00	0.00	
5.พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ ผู้ป่วยต้องการ	ก่อน	4.60	0.699	2.00	6.00	-1.633
	หลัง	5.00	0.000	0.00	0.00	
6.พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของ ผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที	ก่อน	4.50	1.269	1.50	3.00	-1.342
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00	
7. พยาบาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยและสอบถาม ความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง	ก่อน	4.50	1.269	1.50	3.00	-1.342
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00	
8.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของท่านอน ที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง	ก่อน	4.50	1.269	1.50	3.00	-1.342
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00	
9.ก่อนพยาบาลดูแลห่มห่มให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด	ก่อน	4.00	1.491	2.50	10.00	-1.841*
	หลัง	4.70	0.483	0.00	0.00	
10.พยาบาลสอบถามความ ไม่สุขสบายในการ ดูแลห่ม และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ ผู้ป่วยสุขสบาย	ก่อน	4.00	1.491	2.50	10.00	-1.841*
	หลัง	4.70	0.483	0.00	0.00	

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกตามรายชื่อ (n=10) (ต่อ)

พยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อ พยาบาลให้กับผู้ป่วย	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
11.พยาบาลสอบถามความต้องการในการปฏิบัติ กิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วยและช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม ความต้องการทุกครั้ง	ก่อน	4.10	0.876	3.50	21.00	-2.333*
	หลัง	4.80	0.422	0.00	0.00	
12.ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อฉีดยา ให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึง วิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด	ก่อน	4.70	0.483	1.50	3.00	-1.414
	หลัง	4.90	0.316	0.00	0.00	
13.ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยาบาลสอบถาม ความรู้สึกก่อนคลายของผู้ป่วย	ก่อน	3.50	1.269	2.50	10.00	-1.890*
	หลัง	4.20	0.632	0.00	0.00	
14.ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ทุกครั้ง พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย	ก่อน	4.20	0.919	2.50	10.00	-1.857*
	หลัง	4.80	0.422	0.00	0.00	
15.พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง	ก่อน	4.40	0.843	2.00	6.00	-1.633
	หลัง	4.80	0.422	0.00	0.00	
รวม	ก่อน	4.526	1.447	5.00	45.00	-1.786*
	หลัง	4.713	0.288	10.00	10.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวมด้าน พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ามี 8 ข้อที่ไม่แตกต่าง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อน-หลัง (Two-Group PreTest-PostTest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสันต่อการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับบริการในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลรัฐบาล ตั้งกัศกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับบริการในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 10 คนเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยจับคู่กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยวิธีการจับคู่แบบรายคู่ ด้วยเกณฑ์ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของ Sullivan (1998) และทฤษฎีการดูแลของ Watson (1990) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Fortinash & Holoday-Worret (2004) ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.898

การดำเนินการทดลอง หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมการวิจัยและอบรมพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการทดลอง จำนวน 3 คน เพื่อฝึกใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เริ่มทดลองโดยพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ได้รับมอบหมายงานจากพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม ให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน โดยใช้เวลาในชั้นทดลอง 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมให้ได้รับการดูแลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ เช่นเดียวกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเองทั้ง 2 กลุ่ม โดยเก็บในกลุ่มทดลองก่อนเริ่มเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (Pretest) ก่อนทดลองที่ ด้วยแบบสอบถามการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Posttest) หลังการทดลองในกลุ่มทดลองเมื่อผู้ป่วยได้รับการตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือของผู้ดูแล และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ครบ 3 วัน สำหรับกลุ่มควบคุมเริ่มเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (Pretest) ก่อนทดลอง ในช่วงเวลาเดียวกันเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่หอผู้ป่วยหนัก และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการบริการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ครบ 4 สัปดาห์ ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันทั้งสองกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ภายในกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

1) ระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน รายละเอียด ดังนี้

1.1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย” ข้อคำถาม “พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงแบ่งที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ” ข้อคำถาม “ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นผลให้ร่างกายอบอุ่น” ข้อคำถาม “ก่อนฉีดยาให้ผู้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลผสมยาให้

ความเงิองมากที่สุดและเดินย่ำๆ” ข้อคำถาม “พยายาลเงิองท่านและผู้ป่วย ถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว” และข้อคำถาม “ทุกระั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยายาลพุดคุยในเรื่องการลดความไม่สุขสบาย” อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยายาลพุดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความบ่อยในการพลิกตะแคงตัว” ข้อคำถาม “ทุกระั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยายาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยายาลพุดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการจัดเสื้อผ้าให้สุขสบายโดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง” ข้อคำถาม “พยายาลพุดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแลหะให้มากที่สุด” ข้อคำถาม “ทุกระั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยายาลพุดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาด” และข้อคำถาม “พยายาลพุดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ” และอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยายาลได้เตรียมน้ำตามที่คุณป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว”

1.2) ด้านพยายาลแสดงออกถึงความร่วมมือรู้สึกเมื่อพยายาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจำเนกรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยายาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกระั้ง” ข้อคำถาม “หลังจากพยายาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยายาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด” ข้อคำถาม “พยายาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ” ข้อคำถาม “พยายาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที” ข้อคำถาม “พยายาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกระั้ง” ข้อคำถาม “พยายาลพุดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของท่านอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง” ข้อคำถาม “พยายาลสอบถามความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกระั้ง” ข้อคำถาม “ขณะพยายาลเปิดหลอดเลือดค้ำเพื่อฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกระั้ง พยายาลพุดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด” ข้อคำถาม “ก่อนพยายาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยทุกระั้ง พยายาลจัดท่านอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “พยายาลพุดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง” และอยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยายาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกระั้ง” ข้อคำถาม “ทุกระั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยายาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายในการนอน” ข้อคำถาม “ก่อนพยายาลดูแลหะให้ผู้ป่วยทุกระั้งพยายาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด” ข้อคำถาม “พยายาลสอบถามความไม่สุขสบายในการดูแลหะ และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย” และข้อคำถาม “ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยายาลสอบถามความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย”

2) ระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน รายละเอียด ดังนี้

2.1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย” ข้อคำถาม “พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบนํ้า” ข้อคำถาม “ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความบอຍในการพลิกตะแคงตัว” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการจัดเสื้อผ้าให้สุขสบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง” ข้อคำถาม “พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเป็นผลให้ร่างกายอบอุ่น” ข้อคำถาม “ก่อนนวดให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพยายามให้ความเจือจางมากที่สุดและเดินย่ำๆ” และข้อคำถาม “พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว” และอยู่ในระดับมาก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลได้เตรียมนํ้าตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูดเสมหะให้มากที่สุด” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สุขสบาย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องนํ้าที่ใช้ในการทำสะอาด” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกําลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ”

2.2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง” ข้อคำถาม “หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด” ข้อคำถาม “พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ” ข้อคำถาม “พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที” ข้อคำถาม “พยาบาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของท่านอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง” ข้อคำถาม “ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้นํ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด”

และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง” อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายในการนอน” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลดูดเสมหะให้ผู้ป่วยทุกครั้งพยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความไม่สุขสบายในการดูดเสมหะ และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความต้องการในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย” และอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง”

3) ระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียด ดังนี้

3.1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 11 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย” ข้อคำถาม “พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ” ข้อคำถาม “ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความบอຍในการพลิกตะแคงตัว” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการจัดเสื้อผ้าให้สุขสบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง” ข้อคำถาม “พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเป็นผลให้ร่างกายอบอุ่น” ข้อคำถาม “ก่อนฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพยายามให้มีความเจ็บปวดมากที่สุดและเดินยาช้าๆ” ข้อคำถาม “พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สุขสบาย” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ” และอยู่ในระดับมาก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูดเสมหะให้

มากที่สุด” และข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดด้วยวิธีที่ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาด”

3.2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 12 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง” ข้อคำถาม “หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด” ข้อคำถาม “พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ” ข้อคำถาม “พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที” ข้อคำถาม “พยาบาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของท่านอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลดูแลผู้ป่วยทุกครั้งพยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความไม่สุขสบายในการดูแล และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง” และอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายในการนอน” และข้อคำถาม “ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย”

4) ระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียด ดังนี้

4.1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 15 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว” ข้อคำถาม “พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย” ข้อคำถาม “พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ” ข้อคำถาม “ก่อน

พลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่าน และผู้ป่วยในเรื่องความบอຍในการพลิกตะแคงตัว” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการจัดเสื้อผ้า ให้สบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง” ข้อคำถาม “พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นผลให้ร่างกาย อบอุ่น” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแลห้ มากที่สุด” ข้อคำถาม “ก่อนนวดให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพยายามให้มีความเจ็บมากที่สุดและนวดเบา ๆ” ข้อคำถาม “พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว” ข้อคำถาม “ทุกครั้ง ที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สบาย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาด” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ ”

4.2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนก รายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 12 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อ ความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง” ข้อคำถาม “หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วย ในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด” ข้อคำถาม “พยาบาลได้ ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ” ข้อคำถาม “พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที” ข้อคำถาม “พยาบาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของท่านอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาล ดูแลห้ให้ผู้ป่วยทุกครั้งพยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด” ข้อคำถาม “พยาบาล สอบถามความไม่สบายในการดูแลห้ และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และ ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ขณะพยาบาล เปิดหลอดเลือดดำเพื่อนวดให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง” และอยู่ใน ระดับมาก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถาม การปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาล ปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายในการนอน” และข้อคำถาม “ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยาบาล สอบถามความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย”

5.1.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยรวม พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 2 ด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว” และข้อคำถาม “พยาบาลปกป้องร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย” และมีจำนวน 13 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ” ข้อคำถาม “ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความบอຍในการพลิกตะแคงตัว” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการจัดเสื้อผ้าให้สบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง” ข้อคำถาม “พยาบาลได้เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นผลให้ร่างกายอบอุ่น” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแลห่มห่มให้มากที่สุด” ข้อคำถาม “ก่อนนวดให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลผสมยาให้มีความเจือจางมากที่สุดและเดินยาช้าๆ” ข้อคำถาม “พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วย ถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สบาย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ในการทำสะอาด” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ”

2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมมือรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ” และมีจำนวน 14 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง” ข้อคำถาม “หลังจากพยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้วยังไม่สะอาด” ข้อคำถาม “ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายในการนอน” ข้อคำถาม “พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการทันที” ข้อคำถาม “พยาบาลจัดทำนอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของทำนองที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยทุกครั้งพยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความไม่สุขสบายในการดูแลเสมหะ และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด” ข้อคำถาม “ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ทุกครั้ง พยาบาลจัดทำนอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากอาหารทางสายยาง”

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย

1) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่คุณต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว” ข้อคำถาม “พยาบาลไม่ทำให้เครื่องมือที่ติดกับตัวผู้ป่วยเคลื่อนออกจากที่” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่คุณพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย พยาบาลใช้หมอนหนุนหลังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นผลให้ร่างกายอบอุ่น” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแลให้มากที่สุด” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่คุณทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องการลดความไม่สบาย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่คุณทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วย พยาบาลพูดคุยในเรื่องน้ำยาที่ใช้ในการทำความสะอาด” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงการออกกำลังกายบริเวณข้อพับต่างๆ” และมีจำนวน 7 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลปกปิดร่างกายผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการใช้หลังอาบน้ำ” ข้อคำถาม “ก่อนพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยนอนหลับอยู่พยาบาลไม่รบกวนผู้ป่วย” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความบอຍในการพลิกตะแคงตัว” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยถึงเรื่องการจัดเสื้อผ้าให้สบาย โดยดึงเสื้อผ้าให้เรียบตึง” ข้อคำถาม “ก่อนนวดให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพยายามให้มีความเ็จจางมากที่สุดและเดินยาช้าๆ” และข้อคำถาม “พยาบาลแจ้งท่านและผู้ป่วยถึงการได้อุ่นอาหารมาให้ผู้ป่วยแล้ว”

2) ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จำแนกรายข้อ พบว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย และสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลปรับอุณหภูมิห้องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายในการนอน” ข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลอธิบายวิธีที่ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถามความไม่สบายในการดูแล และขอให้ผู้ป่วยเสนอวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถาม

ความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วย ได้ปฏิบัติตามความต้องการทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ขณะสระผมให้ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความรู้สึก ผ่อนคลายของผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ก่อนพยาบาลให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลจัด ท่านอนศีรษะสูงให้ผู้ป่วย” และมีจำนวน 8 ข้อที่ไม่แตกต่างกันได้แก่ ข้อคำถาม “พยาบาลสอบถาม ผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่อความสะอาดหลังการเช็ดตัว ทุกส่วนของร่างกายทุกครั้ง” ข้อคำถาม “หลังจาก พยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงบริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ายังไม่สะอาด” ข้อคำถาม “พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ ผู้ป่วยต้องการ” ข้อคำถาม “พยาบาลสังเกตพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือ บรรเทาอาการทันที” ข้อคำถาม “พยาบาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสุขสบายของ ผู้ป่วยทุกครั้ง” ข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลของท่านอนที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง” ข้อคำถาม “ขณะพยาบาลเปิดหลอดเลือดดำเพื่อฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงวิธีที่ ทำให้เจ็บปวดน้อยที่สุด” และข้อคำถาม “พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจาก อาหารทางสายยาง”

5.2 อภิปรายผล

5.2.2 การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกละเอียดของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม และทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน มีผลทำให้รับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกละเอียดของ พยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลสูงขึ้น เนื่องจากรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ทำให้ บุคคลมีภาวะดุลยภาพทางกาย จิต และจิตวิญญาณ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้และการดูแลเยียวยาตนเอง ทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแล การดูแลตามแนวคิดของวัตสันเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมทางกาย จิตวิญญาณที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนาม ปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลในสถานการณ์เฉพาะที่ทั้งสองคนต้องเข้าใจกันและกันมี การรับรู้ตรงกันมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล ซึ่งพยาบาล และผู้ดูแลมีบทบาทในการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการใน

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติมากที่สุด อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในวาระสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบ ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแล พยาบาลให้การพยาบาลช่วยเหลือ โดยแสดงออกถึงพฤติกรรม ดูแลเอาใจใส่ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เอื้ออาทรต่อความทุกข์ทรมาน สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ จากการศึกษาของ พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) พบว่า การดูแลเยียวผู้ป่วย มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เห็นได้ 3 ประการ คือ 1) พฤติกรรมที่แสดงออกได้ทางสีหน้าท่าทาง 2) พฤติกรรมที่แสดงออกได้ทางคำพูด และ 3) พฤติกรรมที่แสดงออกในการกระทำการพยาบาลซึ่งทั้ง 3 พฤติกรรมต้องมีความสัมพันธ์กลมกลืนกันเป็นการแสดงให้เห็นถึงเจตนาหรือความปรารถนาดีที่พยาบาลต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสมัย สุธีรสานต์ (2534) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพสูง จะมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ การเข้าใจถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พยาบาลได้ปฏิบัติการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและขั้นสูงเพื่อดำรงไว้ซึ่งจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ เกิดผลดีต่อผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์กายทุกข์ใจ รวมถึงการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้พยาบาล และผู้ดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคิดว่ายังไม่ได้พบหน้าบุตรชายคนเล็ก ซึ่งผู้ป่วยห่วงมาก และผู้ดูแลคิดว่ายังไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง และรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมใจของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมใจเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 15) อธิบายได้ว่า รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเป็นคนอ้วน เมื่อนอนตะแคงจะไม่สุขสบายเพราะต้องรับน้ำหนักมาก จึงต้องมีหมอนหรือผ้ามาพยุงหลัง ซึ่งการบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันค้นหาความต้องการของผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือโดยแสดงออกถึงพฤติกรรม ดูแลเอาใจใส่ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เอื้ออาทรต่อความทุกข์ทรมาน สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ให้การพยาบาลด้วยการสื่อสารทางวาจา ท่าทางของพยาบาลและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกว่าพยาบาลมีความเข้าใจการเจ็บป่วย เข้าใจคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และได้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล ด้านพยาบาล แสดงออกถึงความร่วมรู้สึกร่วมเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 16) อธิบายได้ว่า รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เมื่อพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโดยไม่มีผู้เข้ามามีส่วนร่วม แต่ผู้ดูแลสามารถรับรู้พฤติกรรมดูแลเอาใจใส่ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เอื้ออาทรต่อความทุกข์ทรมาน สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ที่พยาบาลแสดงออกได้ เช่น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ ผ่อนคลาย

จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ทำให้การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านสูงขึ้น เมื่อผู้ดูแลรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ จะนำไปสู่ความเข้าใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล ถึงความต้องการของผู้ป่วยและร่วมกันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

5.2.2 การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สูงกว่าหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเอง

อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ไม่มีผลทำให้รับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแลสูงขึ้น เนื่องจากรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวความคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันเน้นที่การดูแลความเป็นมนุษย์ ด้วยความรักความเมตตา โดยมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลขณะให้การดูแล ประกอบกับการใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการของ Watson (1989) และแนวความคิดความมีส่วนร่วม (Sullivan, 1998) กล่าวว่าความร่วมมือเป็นความจำเป็นที่ต้องมีในระบบดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ในการแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) และผลประโยชน์อย่างเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ชึ่งกันและกัน เพื่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ นำไปสู่ความสำเร็จในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน ร่วมกับแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และผู้ดูแล ประเมินปัญหา ความต้องการ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ปัจจัยการดูแลที่ 10) โดยเน้นการให้คุณค่าของมนุษย์ ความเมตตา ความห่วงใย ความเห็นใจ ความรักต่อตนเองและผู้อื่น พยาบาลแสดงถึงความเข้าใจและยอมรับบุคคลตามมุมมองของผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า ได้รับการปฏิบัติ สิ่งที่ดี

ที่สุด และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัจจัยการดูแลที่ 1) ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล (ปัจจัยการดูแลที่ 9) พยาบาลรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ความต้องการและนำมาวางแผนให้การดูแล และให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และผู้ดูแลจนเกิดความเข้าใจ (ปัจจัยการดูแลที่ 6) ยอมรับในความแตกต่างของบุคคล โดยพยาบาลไวต่อความรู้สึกเข้าใจความทุกข์ ความทรมานของผู้ป่วย (ปัจจัยการดูแลที่ 3) ให้ความสำคัญกับการแสดงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบของผู้ป่วยและครอบครัว (ปัจจัยการดูแลที่ 5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและความเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อน ส่งเสริมการหลับพักผ่อน ดำรงไว้ซึ่งจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ (ปัจจัยการดูแลที่ 8) พยาบาลร่วมรู้สึกต่อความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือทำให้เกิดความไว้วางใจ (ปัจจัยการดูแลที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ เป็นแก้ว (2552, น. 92) เรื่องผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสัน สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมุ่งงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบริการการพยาบาลที่ผู้ดูแลมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย ที่เน้นให้บริการการพยาบาลทางด้านร่างกายตามภาระงานที่ได้รับมอบหมาย และไม่มีการพยาบาลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 12) อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พยาบาลจึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเป็นช่วงๆ จึงทำให้ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองไม่แตกต่างกัน

การรับรู้พฤติกรรมการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของผู้ดูแล ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน กับหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตาม

การตัดสินใจของตนเองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 13) อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พยาบาลจึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเป็นช่วงๆ จึงทำให้ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามการตัดสินใจของตนเองไม่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูล การให้ความช่วยเหลือโดยแสดงออกถึงพฤติกรรม

ดูแลเอาใจใส่ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เอื้ออาทรต่อความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สามารถป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ส่งผลต่อการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามการรายงานของผู้ดูแล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

1) ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน อย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความครอบคลุมให้มากขึ้น เนื่องจากแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล ที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถวัดผลได้

2) ผู้บริหารทางการพยาบาล นำแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันไปบูรณาการใช้ในการจัดรูปแบบการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่หยา เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น เนื่องจากแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยลดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการได้

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ใช้เป็นรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมบริการของพยาบาลที่ดีต่อไป

2) ใช้เป็นแนวทางให้กับพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดทำรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เป็นองค์ความรู้ที่ใช้เป็นฐานเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการในรายอื่นๆ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระในเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพพยาบาล

5.3.2 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1) ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตนในกลุ่มผู้ป่วยอื่น

2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อดูกระบวนการคิด กระบวนการปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลด้วยการใช้แนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตนต่อการรับรู้พฤติกรรม การร่วมรู้สึกรองพยาบาลวิชาชีพ



บรรณานุกรม

กิตติพล นาควิโรจน์ และคาริน จตุรภัทรพร. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ตอนที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2556, จากเว็บไซต์: <https://th-th.facebook.com/ChiwitLaeaKhwaMtay/posts/181354268656587/>

เครือวัลย์ นิ่มพิก. (2522). ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการร่วมรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวใส่ท่อช่วยหายใจต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

พยอม อยู่สวัสดิ์. (2537). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ:การศึกษาเชิงคุณภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). 50 ปี ชีวิตและงานอาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูปรินท์

ยุวดี ฤาชา, และคณะ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2547). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมใจ แป้นแก้ว. (2552). ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวัตนศาสตร์การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

สมสมัย สุธีรสานต์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาลัย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพร ดาวดี, และคณะ. (2554). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

- Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Scribner.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration: A health care imperative*. New York: McGraw-Hill.
- Videbeck, S. L. (2008). *Psychiatric-mental health nursing*. (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston, Little Brown.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care*. New York, NY: National League for Nursing Ptrss.
- Watson, J. (1989). Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring in Nursing. In Riehl-Sisea, P. (Ed.). *Conceptual Models for Nursing practice*. (3rd ed.), p.219-236). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Watson, J. (1990). Caring knowledge and informed moral passion. *ANS advances in Nursing Science*, 15(1), 13-24.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, Cololado: University Press of Colorado. U.S.A.
- Yoder-wise, P. S. (1999). *Leading and Managing in Nursing*. St. Louis: Mosby.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.คุณทลี จิรียาปยุตต์เลิศ

การศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครุศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

มหาวิทยาลัยบูรพา

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผศ.ดร.จินตนา อัจฉริยะ

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาล)

มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

มหาวิทยาลัยมหิดล

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

(การพยาบาลสาธารณสุข หลักสูตรนานาชาติ)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำสาขาวิชานามัยชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

3. อาจารย์ อัจฉรา ตันศิริรัตนวงศ์

การศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ
แบบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 20/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัดสันตการแสงพฤติกรรมกรร่วมรู้สึกร่วมใจของพยาบาล
ตามการรายงานของผู้ดูแล”

ของ: นางสาวชัชวีพร ชัยศิลป์

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรื่อโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวชัชวีร์ ชัยศิลป์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ต่อการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัตสันของผู้ดูแลที่มาใช้บริการ ที่หอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปพัฒนาระบบงานด้านการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยให้เกิดผลเสียหายต่อท่าน ทั้งในหน้าที่การงานและโดยส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นด้วยความสมัครใจ หากท่านต้องการยกเลิก ท่านสามารถบอกยกเลิกโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จากผู้วิจัยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล



แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือศึกษาของพยาบาลวิชาชีพโดยผู้ดูแล



ชื่อผู้วิจัย นางสาวชรีพร ชัยศิลป์

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือศึกษาของพยาบาลวิชาชีพโดยผู้ดูแล

แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมความร่วมมือศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตอบคำถามตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา.....
4. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้ศึกษา	☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ ปริญญาตรีขึ้นไป	
5. ลักษณะที่อยู่อาศัย

☐ บ้านตนเอง	☐ บ้านเช่า	☐ อาศัยกับบุคคลอื่น
------------------------------------	-----------------------------------	--
6. จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมบ้าน.....คน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมกรรมการร่วมรัฐกิจของพยาบาลวิชาชีพโดยผู้ดูแล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแต่ละข้อความให้แก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังเมื่ออ่านจบแล้ว ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อรายการ ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยมีการให้คะแนน ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมดให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
- น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของพยาบาลซึ่งพยาบาลปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
- น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ท่านนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง	✓				

แบบสอบถาม

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
	<u>ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลและผู้ดูแลร่วมปฏิบัติให้กับผู้ป่วย</u>					
1.	พยาบาลได้เตรียมน้ำตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วยมาก่อนแล้ว					
6.	พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องความบ่อยในการพลิกตะแคงตัว					
10.	พยาบาลพูดคุยกับท่านและผู้ป่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวดในการดูแลหะให้มากที่สุด					
	<u>ด้านพยาบาลแสดงออกถึงความร่วมรู้สึกเมื่อพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วย</u>					
18.	ก่อนถึงเวลานอนของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วยและสอบถามการปิดและเปิดไฟเพื่อการนอนหลับทุกครั้ง					
20.	พยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เข้าเยี่ยม ได้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ					
22.	พยาบาลจัดท่านนอนให้ผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกสบายของผู้ป่วยทุกครั้ง					

ภาคผนวก ง

(ตัวอย่าง) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดย
บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดย
บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

โดย



อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

การศึกษาอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

พ.ศ. 2556

คำนำ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษาศรี ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาล สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน เพื่อเป็นคู่มือให้กับพยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการบริการการพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เป็นการใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน โดยใช้ชื่อคู่มือว่า “รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน”

ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี และการปฏิบัติมีความถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเป็นแนวทางการปฏิบัติให้กับพยาบาลวิชาชีพต่อไป



ชัชวีพร ชัยศิลป์

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2556

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
วัตถุประสงค์	1
วิธีการใช้คู่มือ	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	2
ส่วนประกอบของคู่มือ	2
1 รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบูรณาการแนวคิด ความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	2
1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	2
1.1.1 แนวคิดความร่วมมือ	3
1.1.2 ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	4
1.1.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	6
1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือ และทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	7
2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	9
2.1 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล กับทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	9
2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	54
3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมวิจัย	60
3.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าทีม	60
3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ	61
บรรณานุกรม	61

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก

62

แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ

ใบมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (CASE ASSIGNMENT SHEET)

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

แบบบันทึกการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

แบบประเมินบันทึกการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ตารางรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	11
2 ตารางแสดงพฤติกรรมการณ์การปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวัทสัน	55



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิด ความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน หมายถึง เอกสารที่เป็นชุดของกิจกรรมการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของวัทสันที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของการพยาบาลวิชาชีพในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือนี้ เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสันในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือ สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือ ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และครอบคลุม

วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน
3. ปรึกษาผู้วิจัยเมื่อพบข้อสงสัยหรือต้องการความชัดเจนในเนื้อหาสาระของคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน
4. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แนวคิดความร่วมมือ	ทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลกับทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	กิจกรรม
1. ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Center at patient and family) ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดใดจะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์	1.การแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) 1.1 ความเป็นอิสระ เป็นการทำให้เกิดความมีอิสระในการตัดสินใจตามความรู้และทักษะโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นตัดสินใจแทน 2.ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership)	ทฤษฎีการดูแลของวาทสัน ศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์และการดูแล ประกอบด้วย บุคคล เป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นตัวของตัวเอง เกิดความตระหนักด้วยตนเอง มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าในตนเอง ควรได้รับการดูแลนับถือความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือ	พยาบาลนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและมีอิสระในการตัดสินใจการดูแลรักษาของ	1.พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย การใช้ประสบการณ์ การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมกัน

ตารางที่ 2 ตารางแสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวาทสัน	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 1 พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล ร่วมกันสร้างความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย การใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยรุนแรง โดยใช้ปฏิสัมพันธ์	1.พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-3 คน ทำกิจกรรม Pre-conference โดยพูดคุยกันถึงเรื่องประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงของคนใกล้ชิด 2.พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกร่วมกัน ถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยรุนแรงของคนใกล้ชิด 3.พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับผู้ดูแลถึงความต้องการของผู้ป่วยในสภาวะปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลสภาวะสุขภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน เพื่อสร้างความคิดทางบวกของผู้ดูแล 4.พยาบาลวิชาชีพให้ผู้ดูแลสังเกตการกระทำของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลพูดคุยถึงถึงความ	-ผู้ดูแลมีความคิดกับการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นไปในทางบวก	- แบบบันทึก ”การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย”

ภาคผนวก จ

โครงการอบรมวิชาการเรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวปฏิบัติของ
การบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการ
แนวคิดความมีส่วนร่วมและทฤษฎีการดูแลของวาทสัน



โครงการ

อบรมวิชาการ : เรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวปฏิบัติของ
การบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการ
แนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการวิกฤตและได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและ ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะมีการเข้าเยี่ยมที่เป็นเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ดูแลไม่ได้เข้าเยี่ยม จะทราบก็ต่อเมื่อพยาบาลแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการที่แย่ง ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การให้สิทธิผู้ป่วยและ ผู้ดูแลในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล โดยให้ความสำคัญในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาของผู้ป่วยแต่ละรายและผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแล ผู้ดูแลด้วย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์จากการเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างมีความหมายมากที่สุดจนถึงวันที่เขาจากไป การดูแล ผู้ดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เห็นความสำคัญของความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก จึงจัดประชุมวิชาการดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการอบรม

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้เชิงแนวคิดการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน
2. เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการบริการการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย : พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต 3 จำนวน 3 คน

ขอบเขตและสาระ

นำเสนอแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การผสมผสานแนวคิดความร่วมมือของผู้ดูแล พร้อมกับวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถสร้างสรรค์การบริการที่มีคุณภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในระยะสั้น

1. ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ แนวคิด ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้เข้าอบรมเข้าใจบทบาทหน้าที่การให้บริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน
3. ผู้เข้าอบรมสามารถปฏิบัติตามคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ได้อย่างถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในระยะยาว

1. ผู้เข้าอบรมสามารถให้บริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัทสัน
2. ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ
3. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแล และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

(นางสาวชัชวีร์พร ชัยศิลป์)

ผู้เขียน โครงการฯ

กำหนดการอบรม

เรื่อง : แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแนวปฏิบัติของการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบุคลากรแนวคิดความร่วมมือและทฤษฎีการดูแลของวัดสัน

วันที่ 12 กรกฎาคม 2556

สถานที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ห้องประชุมต้นแก้ว

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นางสาวชัชรีพร ชัยศิลป์

- 09.00 – 09.45 น. ลงทะเบียน
- 09.45 – 10.00 น. เปิดการประชุม
- 10.00 – 12.00 น. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแนวปฏิบัติของการบริการการพยาบาล
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบุคลากรแนวคิดความร่วมมือและ
ทฤษฎีการดูแลของวัดสัน โดยศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
- 12.00 น. กล่าวขอบคุณและปิดการประชุม



ภาคผนวก ก

หนังสือขอเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd., Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0703

12 มิถุนายน 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวชัชวีร์ ลาภพรหมรัตน์ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือมีส่วนร่วม และทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ต่อการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กุณฑล จริยาปยุกต์เลิศ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวชัชวีร์ ลาภพรหมรัตน์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กุณฑล จริยาปยุกต์เลิศ

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ฉล



บันทึกข้อความ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

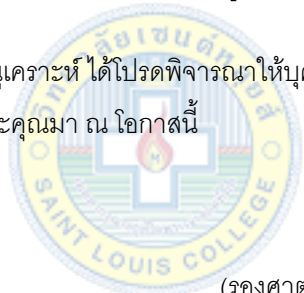
วันที่ 7 พฤษภาคม 2556

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 2 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 4 ฉบับ

ด้วย นางสาวชัชวีร์ ลาภพรหมรัตน์ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม และทฤษฎีการดูแลของวัทสัน ต่อการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกรักของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ดูแล”** โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษขอเรียนเชิญ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ และ อาจารย์อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์** เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวชัชวีร์ ลาภพรหมรัตน์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ และ อาจารย์อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวชัชวีพร ชัยศิลป์
วัน เดือน ปี เกิด	15 เมษายน 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดปราจีนบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2544	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
พ.ศ. 2556	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ตำแหน่ง /สถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จ.สระแก้ว