



ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวिकฤตที่บูรณาการทฤษฎี
การพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ



มยุรี ทับทิม

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวिकฤตที่บูรณาการทฤษฎี
การพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ



มยุรี ทับทิม

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL FOR RELATIVES
THAT INTEGRATES KING'S NURSING THEORY OF SPIRITUAL
WELL- BEING AS BY SEMI-CRITICAL PATIENTS**



MAYUREE TAPTIM

**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 Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการ
ทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วันที่ 27 สิงหาคม 2556

 มยุรี ทับทิม

ผู้วิจัย





พลเรือตรีหญิง ดร.อนงค์นุช ภูยานนท์, ค.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ด.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ ให้ประสบการณ์ที่ได้ยากที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในการทำงานและการดำเนินชีวิต ท่านเป็นครูของลูกศิษย์ได้ตลอดเวลา ท่านมีความเสียสละทุ่มเททุกอย่างให้กับการสอนเพื่อความสำเร็จของนักศึกษาและสร้างผู้บริหารทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง ท่านหวังให้วิชาชีพพยาบาลเติบโตได้อย่างสง่างามในสังคมทั้งในและนอกประเทศ ท่านไม่เคยแสดงออกถึงความอ่อนแอหรือย่อท้อแม้แต่น้อย ทำให้ผู้วิจัยมีพลังที่จะศึกษาและสร้างผลงานสารนิพนธ์ให้สำเร็จ พร้อมที่จะนำความรู้ประสบการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และในการบริหารงานทางการแพทย์ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ผู้ที่ลูกศิษย์ให้ความเคารพรักเป็นอย่างสูงและเรียกท่านว่า “อาจารย์แม่”

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร. มนสภรณ์ วิฑูรเมธา ที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น เติมเต็มในสิ่งที่ขาดทั้งวิชาความรู้และงานการวิจัย และเป็นกำลังใจสำคัญในความสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา และแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัยซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือ และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ ดร.อนัญญา มานิตย์ อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ และอาจารย์วรณี จิระวานิชย์กุล ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลอินทร์บุรีที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จเป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความใฝ่รู้ในการศึกษา ให้ความรัก ความห่วงใย และกำลังใจเสมอมา ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดความรู้จนประสบความสำเร็จในการศึกษาในครั้งนี้ขอขอบพระคุณ พันโทไพรัช ทับทิม และเพื่อนๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจด้วยดีมาโดยตลอด

มยุรี ทับทิม

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 110301014; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: มยุรี ทับทิม
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้อยูรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL FOR RELATIVES THAT INTEGRATES KING'S NURSING THEORY OF SPIRITUAL WELL-BEING AS BY SEMI-CRITICAL PATIENTS.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
คำสำคัญ	: รูปแบบบริการการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
จำนวน	: 147 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณและเปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลพุทธภูมิของรัฐ จำนวนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน เลือกอย่างเฉพาะเจาะจงด้วยการกำหนดคุณลักษณะ เครื่องมือในการดำเนินการทดลองคือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Paloutzian & Ellison, 1982) เครื่องมือทั้งสองอย่างนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon-Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า: 1) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้อยูรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการใช้อยูรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญในกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับมาก 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้อยูรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในกลุ่มทดลองสูงกว่า หลังการใช้อยูรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้อยูรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้อยูรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ACADEMIC CODE : 10301014; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT NAME : MAYUREE TAPTIM

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL FOR
RELATIVES THAT INTEGRATES KING'S NURSING THEORY OF
SPIRITUAL WELL-BEING AS BY SEMI-CRITICAL PATIENTS.

THEMATIC PAPER ADVISOR : MANASAPON VITHUMETHA, Ph.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : ASSOC. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D.

KEY WORD : NURSING SERVICE MODEL, KING'S NURSING THEORY,
SEMI-CRITICAL PATIENTS, SPIRITUAL WELL-BEING

: 147 PAGES

ABSTRACT

The purposes of this Quasi-Experimental research were to study and compare means spiritual well-being for Relatives as perceived by Semi-Critical Patients between experimental group who received nursing service model that integrates King's Nursing Theory (1981) and control group who received nursing service model to helping patients is important practice dedicated selected by purposive method. Experimental were the nursing service model that integrates King's Nursing Theory on Spiritual well-being as by Semi-Critical Patients and Spiritual well-being questionnaires for relatives developed by investigator base on Paloutzian & Ellison (1982). The experimental instruments consisted of the model and questionnaires were validated by 3 experts and reliability coefficient was 0.92. The comparison of mean of spiritual well-being was analyzed after between experimental and control group using Man-Whitney U Test and means between pre-experimentation and post-experimentation in experimentation group using Wilcoxon -Signed Ranks Test

The study Results indicated as follows: 1) The mean of perception of spiritual well-being after experimentation in experimental group was at the highest level significant but in control groups was at high level. 2) The mean of perception of spiritual well-being after experimentation in experimental group was statistically significant higher than in control group at 0.05 level. 3) The mean of perception of spiritual well-being post-experimentation in experimental group was statistically significant higher than pre-experimentation 0.05

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต.....	8
2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	19
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ.....	23
2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของคิง.....	29
2.5 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย.....	29
2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎี การพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	30
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33

สารบัญ(ต่อ)

บทที่.....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
3.3 จริยธรรมในการวิจัย.....	55
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	56
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	62
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ส่วนที่ 1 ระดับและค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงคว่นของผู้ป่วย.....	65
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือของอาการเรงคว่นผู้ป่วย ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test.....	71
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Wilcoxon –Signe Ranks test.....	77
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงคว่นของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	82
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	88
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	89
5.2 การอภิปรายผลการวิจัย.....	96
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	98

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม.....	100
ภาคผนวก.....	105
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมการวิจัย.....	108
ค คู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	111
ง โครงการอบรมการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	116
จ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	121
ฉ (ตัวอย่าง) หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	128
ประวัติผู้วิจัย.....	132

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานะ.....	35
2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	36
3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	38
4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	46
5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและจำแนกรายด้าน.....	65
6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้าน.....	66
7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ด้านการมีที่สงัดเห็นใจทางจิตใจในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ.....	66
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงจำแนกรายข้อ.....	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายชื่อ.....	69
10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	71
11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีที่ลี้ภัยเห็นใจทางจิตใจของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายชื่อ.....	72
12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการรับรู้คุณค่าของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายชื่อ.....	73
13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิต ของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายชื่อ..	75
14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้าน.....	77
15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในด้านการมีที่ลี้ภัยเห็นใจทางจิตใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายชื่อ.....	78

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตในด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ.....	79
17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตในด้าน การปรับให้เข้ากับสถานะของชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ.....	80
18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายด้าน.....	82
19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา ของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ.....	83
20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ.....	84
21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ.....	86

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	32
2 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	63



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยร่างกายจะพยายามปรับตัวด้วยกลไกธรรมชาติภายในตนเอง เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายไว้ แต่เมื่อความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเกินความสามารถในการปรับตัวของบุคคลจนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่รบกวน คือ ความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการของโรค จากเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือชีวิต กิจกรรมการรักษาพยาบาล การพลัดพรากจากสมาชิกในครอบครัว ความวิตกกังวลกลัวตายเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้ป่วยต้องถูกยึดตรึงด้วยอุปกรณ์ทั้งหลาย มีเครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้สารน้ำ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ อีกทั้งสายสวนต่างๆ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติสื่อสารกันไม่เข้าใจจากการคาท่อช่วยหายใจ การถูกผูกมัด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สร้างความอึดอัด กระวนกระวายใจ ทั้งมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนญาติพี่น้องทันทีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ไม่ทราบว่าจะมีอะไรที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เหมือนที่เคยปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสมาชิกที่เหลือในครอบครัวด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด และเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล (Gallo & Morton, 1998; อ้างในช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536, น. 177)

สมาชิกในครอบครัวสามารถรับรู้และรู้สึกกับภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด คุ้นเคย รู้ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับผู้ป่วย สามารถสื่อสารและให้การดูแลผู้ป่วยได้ (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระการ, 2541) และการที่ญาติผู้ป่วยให้การดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วยมาโดยตลอด ครั้นเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกลับไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมือนที่ปฏิบัติมาก่อน ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักมีสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ญาติรับรู้ได้ในความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่รักและผูกพันที่สุด เมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมาน ขาดความเป็นอิสระ ญาติผู้ใกล้ชิดคิดเสมอจะอย่างไร จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์จากความเจ็บป่วยได้ หรืออย่างไรผู้ป่วยจึงจะผ่อนคลาย และพักผ่อนนอนหลับได้ ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลใจให้กับญาติเป็นอย่างยิ่ง ทั้งที่ต้องการ

ทำในหลายสิ่งหลายอย่างให้กับผู้ป่วยแต่เกรงว่าจะไม่ถูกต้อง จะขัดต่อการรักษาพยาบาลหรือเป็นอันตรายกับผู้ป่วย ขาดความเป็นอิสระในการดูแลผู้ป่วยจากกฎระเบียบของการเยี่ยม ความรู้สึกที่เป็นความห่วงใย ความวิตกกังวล จึงอยู่ในใจของผู้เป็นญาติผู้ดูแลใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของญาติจากการเผชิญในการเจ็บป่วยของผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด พยาบาลเป็นบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุด เนื่องจากพยาบาลต้องมีการติดต่อและปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ (ขนิษฐา ทรทุรานนท์, 2552) จึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติให้คลายจากความวิตกกังวล ให้ญาติได้มีส่วนในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้ เช่น มีความผ่อนคลาย มีความสุขได้แม้ในยามเจ็บป่วยส่งผลให้ญาติมีความสุขที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การที่จะให้เกิดผลที่ดีให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ได้ต้องใช้การสื่อสารหลายรูปแบบ ต้องพูดคุย ต้องได้พบปะกันบ่อยๆ ต้องมีการสัมผัส พยาบาลและญาติผู้ป่วยจึงต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเป็นอย่างมาก จึงจะเกิดความสำเร็จได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) สอดคล้องกับการใช้ทักษะที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลที่จะช่วยให้การดูแลสุขภาพครอบครัวประสบความสำเร็จ คือ การใช้ทักษะของการทำความเข้าใจ ทักษะการใช้ความคิดเพื่อจับประเด็นและทักษะการจัดการต่อภาวะสุขภาพภายใต้บรรยากาศของการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งทักษะเหล่านี้จะช่วยให้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพครอบครัวสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วนิดา ครุฑฤทธิชัย, 2549)

การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาล ญาติและผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตรงกันช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการรับรู้ของกันและกัน เพื่อให้สามารถทราบถึงจุดมุ่งหมาย ปัญหา และวิธีการแก้ไขที่แท้จริงของญาติ การตั้งจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน โดยเป็นที่ยอมรับของทั้งพยาบาลและญาติ ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย แต่ถ้าวการรับรู้ของพยาบาลไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ จะทำให้พยาบาลให้คำแนะนำหรือให้การพยาบาลไปตามการรับรู้ของพยาบาลเท่านั้น ซึ่งอาจไม่ใช่ตรงกับปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติทำให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้ (King, 1981) พยาบาลจึงต้องให้โอกาสญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิด ได้มีส่วนแสดงความคิดเห็นบอกเรื่องราวต่างๆ ที่อยากจะบอกสนับสนุนให้ญาติได้แสดงออกถึงความรักความปรารถนาดีและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสิ่งที่ต้องการตามความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลายจากความทุกข์

และได้รับความสุขสบาย ญาติได้คลายความทุกข์กังวล มีพลังความคิด มีความหวัง มีกำลังใจ และมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วยควบคู่กับยังคงมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต และกึ่งวิกฤตทางด้านอายุรกรรม มีจำนวนเตียง 8 เตียง อัตราส่วนการดูแลของพยาบาลและผู้ป่วยเป็น 1 : 2 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน 30-40 ราย พยาบาลผ่านการอบรม และมีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในบริบทของงานการพยาบาลที่เร่งรีบเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ บ่อยครั้งที่ญาติไม่มีโอกาสร่วมคิด และตัดสินใจกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ขณะเดียวกันความรักความห่วงใย การเฝ้ารอคอยด้วยจิตใจจดจ่อที่จะได้รับรู้เรื่องราวการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่ญาติไม่ได้มาเยี่ยม การรับรู้ข้อมูลจากพยาบาลบางครั้งถูกการจำกัดด้วยเวลา ข้อมูลที่ญาติได้รับไม่มากพอที่ญาติจะรับรู้และเข้าใจได้ ประกอบกับญาติที่กำลังวิตกกังวล ว้าวุ่นใจไม่มีสมาธิในการรับฟังข้อมูลได้ทั้งหมด จึงไม่เกิดผลดีต่อการรับรู้เพื่อร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้การตอบสนองต่อผู้ป่วยและญาติไม่ตรงกับความคาดหวัง อาจทำให้ญาติไม่พึงพอใจ และเกิดการฟ้องร้องเสียหายต่อองค์กรได้ จากการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในช่วงหกเดือนแรกของปี 2556 พบว่า คะแนนความพึงพอใจของหน่วยงานลดลงในหัวข้อโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการเลือกและตัดสินใจในวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย สถิติที่ผ่านมาในภาพรวมของโรงพยาบาลพบว่าในจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด มากกว่า 70% เป็นเรื่องความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการของบุคลากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตก่อนและหลังรับบริการของกลุ่มที่ใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย เป็นอย่างไร
- 2) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย หรือไม่
- 3) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.4 แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในหอผู้ป่วยหนักแม้ว่าจะมีเครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิดที่จะช่วยค้นหาความผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้รวดเร็ว มีผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นก็ตาม แต่การเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติของตน เพราะความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก ขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ญาติ พี่น้องการพลัดพรากจากผู้ป่วย การขาดความต่อเนื่องในการดูแล ประสพการณ์ที่ผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตแม้จะผ่านไปแล้วก็ไม่ได้หมายความว่าญาติจะรับรู้เข้าใจและยอมรับได้ ความคับข้องใจ การขาดการมีปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างญาติและพยาบาล ทำให้ญาติไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่วิตกกังวลได้ แม้การได้รับข้อมูลจากพยาบาลอยู่บ้างก็ยังไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการส่งผลถึงความรู้สึกนึกคิดภายในจิตใจที่ไม่พึงพอใจ เกิดความทุกข์ กระวนกระวายใจ และส่งผลต่อพฤติกรรม คำพูด การกระทำที่แสดงออกจากภาวะความเจ็บป่วยการเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักนั้นโดยทั่วไปการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน การบริการเน้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นหลัก กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและญาติมีเวลาพูดคุยกันน้อย ทำให้ละเลยข้อมูลความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งระหว่างผู้ป่วยและญาติ ความเป็นส่วนตัวที่ไม่เหมือนใคร ความรัก ความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่เหนือธรรมชาติ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในเวลาที่มีความทุกข์ วิธีชีวิตที่ชอบ ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยและญาติ ที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย พักผ่อนนอนหลับได้ ญาติรับรู้ความสุข ความพอใจ ภูมิใจที่ได้มีส่วนดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อย่างมีวิธี โดยมีพยาบาลให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การพยาบาลที่นำมาใช้เพื่อเชื่อมโยงที่จะนำมาซึ่งการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ญาติและผู้ป่วย สารสำคัญของทฤษฎีคือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับญาติอย่างมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ภายใต้การรับรู้และความเข้าใจจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน มีการกำหนดปัญหา ตั้งเป้าหมายและค้นหาวิธีการปฏิบัติร่วมกัน รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่นำไปสู่การบรรลุตามเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันประกอบด้วย มโนคติหลัก คือ การรับรู้ การตัดสินใจและการกระทำของญาติและพยาบาลให้การพยาบาลมุ่งที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ในอันที่จะทำให้คนอยู่ในสภาพที่ดีที่สุด สามารถทำหน้าที่ในบทบาทของสังคมได้ตามจุดมุ่งหมายของแต่ละคน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ญาติและผู้ป่วยถึงวิกฤต

โดยผู้วิจัยวัดผลลัพธ์ของการพยาบาล คือ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่กำหนด ในการรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในสิ่งที่ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยเชื่อมโยงความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานดังนี้

1) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย

2) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.5 นิยามศัพท์ ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง หมายถึง ชุดกิจกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สำหรับปฏิบัติต่อผู้ป่วยถึงวิกฤตโดยมุ่งที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ญาติและผู้ป่วย ที่เน้นการรับรู้ระดับบุคคลโดยให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และการสื่อสารสองทางระหว่างกันทั้งในระดับระหว่างบุคคล ในครอบครัวและในชุมชน มุ่งที่การทำงานระหว่างผู้ป่วย ญาติและพยาบาลด้วยการมีข้อตกลงร่วมกันในเป้าหมายการทำงาน หาวีจัดการต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกัน สร้างผลลัพธ์ของ

เป้าหมายร่วมกันที่มีผลต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤต โดยบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยให้กับญาติด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 2 กำหนดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่พยาบาลและญาติปฏิบัติร่วมกันด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์จากสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาวิธีการและนำไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันของพยาบาล ญาติและ ผู้ป่วยต่อภาวะ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบัน

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย หมายถึง รูปแบบบริการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินให้ปลอดภัยจากอาการรบกวน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ให้ครบถ้วนไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด จากบริบทดังกล่าวผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ญาติผู้ป่วยถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม มีโอกาสเลือกและตัดสินใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบและการยินยอมในการรักษา การสื่อสารกับญาติส่วนมากเป็นการสื่อสารทางเดียว ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลสั้นๆ ไม่ต่อเนื่อง ในช่วงเวลาที่ญาติไม่ได้เข้าเยี่ยม ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ห่วงใย ขาดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยชีวิตในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะกึ่งวิกฤต ป้องกันภาวะเจ็บป่วยรุนแรงซ้ำ

กิจกรรมที่ 3 ให้การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักรู้สึกตัว ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ยังต้องสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดให้การดูแลรักษาเพื่อประคับประคองอาการของโรคให้พ้นหาย ป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ให้เข้าสู่ระยะวิกฤต

ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หมายถึง ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีบทบาทเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ต่อการที่ได้ปฏิบัติใกล้ชิดในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ในขณะนั้นให้ได้รับการผ่อนคลายจากความทุกข์ ได้รับความสุขสบายโดยเชื่อมโยงความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความพอใจในการดำเนินชีวิตของตนในปัจจุบัน วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) มี 3 องค์ประกอบ คือ การมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและญาติสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 2) เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาในการบริการการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและญาติต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการ การพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต
- 2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
- 2.3 แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
- 2.4 รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
- 2.5 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย
- 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

2.1.1 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการการเจ็บป่วยที่อาจเข้าสู่ภาวะอันตรายได้ง่าย หรือสงสัยว่าจะมีอันตรายร้ายแรงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

- 1) มีสัญญาณชีพ ดังนี้ ความดันโลหิต ระหว่าง 90/60 ถึง 140/90 mmHg ชีพจร 60-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-35 ครั้ง/นาที
- 2) ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 3) มีระดับความรู้สึกตัวที่ประเมินจาก Glasgow Coma Scale (GCS) อยู่ในระดับคะแนนมากกว่าและเท่ากับ 9T รู้สึกตัวใส่ท่อช่วยหายใจ
- 4) ผู้ป่วยหลังทำการหัตถการที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงแรก เช่น Tracheostomy หรือได้รับการทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะท้อง เจาะตับ เจาะหลัง

2.1.2 การประเมินระดับความรู้สึกตัว

เครื่องมือมาตรฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยคือ Glasgow Coma Scale (GCS) โดยการประเมินคุณลักษณะการตอบสนอง 3 อย่าง คือ การลืมตา (eye opening) การตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว (motor response) และการตอบสนองด้วยการพูด (verbal response) แล้วให้เป็นคะแนน การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (จาก Teasdale, G., & Jennett, B. 1974, p. 81-83; อ้างในโสพรรณ โพทะยะ, 2549)

หัวข้อประเมิน	พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย	ค่าคะแนน
การลืมตา (E) (eye opening)	ลืมตาได้เอง (Spontaneous opening)	4
	ลืมตาเมื่อเรียก (To speech)	3
	ลืมตาเมื่อเจ็บ (To pain)	2
	ไม่ลืมตาเลย (None)	1
การสื่อสารที่ดีที่สุด (V) (best verbal response)	พูดคุยได้ไม่สับสน (Oriented)	5
	พูดคุยได้แต่สับสน (Confused)	4
	พูดเป็นคำๆ (Inappropriate words)	3
	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Incomprehensible sounds)	2
	ไม่ออกเสียงเลย (None)	1
การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M) (best motor response)	ทำตามคำสั่ง (Obays commands)	6
	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localizes pain)	5
	ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ (Withdraws to pain)	4
	แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (Decorticate response)	3
	แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (Decerebrate response)	2
	ไม่มีการเคลื่อนไหว (No response)	1

ซึ่งค่าคะแนนสูงสุดของ GCS มีค่าเท่ากับ 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะการรับรู้ สติดี และคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยหมดสติ การประเมินให้คะแนนตามการตอบสนองที่ดีที่สุดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลม หากไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าสื่อสารได้ให้บันทึก T ในช่อง 1 คะแนน

2.1.3 การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

ในหอผู้ป่วยหนักสามารถแบ่งผู้ป่วยออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหนักต้องการการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการล้มเหลวของระบบอวัยวะสำคัญในร่างกาย โดยมีการพยากรณ์โรคที่มีความไม่แน่นอน มีแนวโน้มที่จะหายขาดหากได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึงเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน มีอาการบาดเจ็บ

หรือมีอาการกำเริบของโรค ที่ได้รับการแก้ไขภาวะเฉียบพลันไปแล้วแต่ต้องการ การรักษาที่ซับซ้อน เพื่อประคับประคองในระยะยาว หรืออาจมีการพัฒนาของโรคเข้าสู่ภาวะเรื้อรัง ทำให้ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยถึงวิกฤตที่ประเมิน GCS อยู่ในระดับคะแนนไม่น้อยกว่า 9T เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ลืมตาเองหรือลืมตาเมื่อเรียก ทำตามคำสั่งได้ และใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube หรือ Tracheostomy tube) ยังต้องการการดูแลเฝ้าติดตามและสังเกตอาการและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ต้องการการดูแลระบบหายใจที่ซับซ้อนเกินกว่าที่หอผู้ป่วยสามัญจะให้การดูแลได้ ซึ่งอาจเป็น ความต้องการการใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องการการดูแลด้านระบบไหลเวียน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในระบบต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยบางส่วนอาจต้องการ การรักษาเพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง และบางส่วนอาจต้องการการรักษาที่มีความซับซ้อนเพื่อประคับประคอง อาการเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ต้องการพึ่งพาเครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงในการติดตามประเมิน อาการ แต่มีความต้องการการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (รุจิ รัตนเสถียร, 2550)

การพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยหนัก (Phipps, Long & Woods, 1983, p. 1926-1932; อ้างใน วิยะดา รัตนสุวรรณ, 2550, น. 369-374) ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยถึงวิกฤต ได้ดังนี้

1) ส่งเสริมและประคับประคองอวัยวะที่สำคัญของร่างกายให้ทำงานได้ตามปกติ โดยให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

1.1) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ส่งเสริมให้อวัยวะทางเดินหายใจทำหน้าที่ได้ตามปกติ เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อในร่างกาย

1.2) ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมให้หัวใจสูบฉีดเลือด ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอ

1.3) ดูแลให้ไตทำหน้าที่ตามปกติโดยส่งเสริมให้มีอัตราการกรองของเลือดผ่าน โกลเมอรูลัสอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะไตวาย

1.4) สังเกตและติดตามตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของหัวใจ ทางเดินหายใจ

1.5) บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง

1.6) เก็บตัวอย่างส่งตรวจ ได้แก่ ปัสสาวะ เลือด เป็นต้น ตามแผนการรักษาและติดตาม ผลการตรวจ

2) ส่งเสริมความสุขสบายทางด้านร่างกายและป้องกันภาวะบาดเจ็บ ที่จะเกิดกับร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกายและอาจ ได้รับอันตรายจากภาวะแวดล้อมได้ ซึ่งพยาบาลควรจะดูแล ดังนี้

2.1) ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปและสิ่งแวดลอม

- 2.2) พลิกตัวให้บ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- 2.3) ดูแลให้ยาบรรเทาปวด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้
- 2.4) จัดเรียงลำดับกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยโดยหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยบ่อยๆ โดยไม่จำเป็นโดยเฉพาะเวลาพัก
- 2.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและปราศจากอุบัติเหตุจากการตกเตียง
- 2.6) ดูแลการให้ยากระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและหัวใจอย่างถูกต้อง สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น
- 2.7) ดูแลปริมาณน้ำที่ให้และขับออกจากร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและน้ำเกิน

2.8) ดูแลและป้องกันการเกิดการติดเชื้อขึ้นในร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกายอ่อนเพลียและจากการได้รับยาปฏิชีวนะหลายชนิด ตลอดจนยาสเตียรอยด์ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย การรักษาบางอย่างที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ พยาบาลควรระมัดระวังในการใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการให้การพยาบาล และสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น มีไข้และสังเกตจำนวนลักษณะสี กลิ่นของสารคัดหลั่ง เป็นต้น

3) ดำรงและส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ผู้ป่วยมักจะนอนอยู่บนเตียงนานๆ และมีสิ่งกีดขวางทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น พยาบาลจึงควรดูแลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และการป้องกันการแตกทำลายของผิวหนัง ดังนี้

3.1) ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยว่ามีความสามารถในการออกกำลังกายได้มากน้อยเพียงใดโดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

3.2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ลุกเดิน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติและไม่มีข้อห้ามโดยพยาบาลคอยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความตื่นตัวของกล้ามเนื้อ ลดการจับของแคลเซียมที่บริเวณเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ

4) ส่งเสริมและคงความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ผู้ป่วยมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากความเจ็บปวด และภาวะเครียดจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่มีผลต่อร่างกาย ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งแบบชั่วคราวและถาวรของรูปแบบการกินอาหารและการขับถ่ายตลอดจนถึงขบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย เช่น ภาวะไตขาดเลือดไปเลี้ยง หรือภาวะไตวาย การมีภาวะขาดน้ำที่อวัยวะทางเดินอาหาร ภาวะลำไส้ไม่ทำงาน ตลอดจนการเพิ่มการสูญเสียทางปอดและผิวหนัง ทำให้มีผลต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวควรให้การดูแล ดังนี้

4.1) ดูแลให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา ปรับอัตราของจำนวนสารน้ำ
ที่ให้ตามจำนวนปัสสาวะที่ขับออก

4.2) บันทึกปริมาณน้ำที่ให้เข้าไป และขับออกจากร่างกายทุกชนิดทุกวัน

4.3) ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยวันละครั้ง

4.4) บันทึกสัญญาณชีพและวัดแรงดันเลือดค่าส่วนกลางอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง สังเกต
อาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและน้ำเกินในร่างกาย

4.5) ติดตามผลการตรวจหาความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

5) ส่งเสริมความสมดุลของภาวะโภชนาการและหน้าที่ระบบขับถ่ายอุจจาระในร่างกาย

ผู้ป่วยมักจะมีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของจำนวน และชนิดของ
อาหารที่ให้ มีความผิดปกติของการย่อย การดูดซึมอาหาร และการขับถ่าย ตลอดจนมีการเพิ่มอัตรา
การเผาผลาญสารอาหารในร่างกายจากภาวะที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ร่างกายไม่มีการ
เคลื่อนไหวทำให้เพิ่มการทำลายของเนื้อเยื่อและเซลล์ทำให้มีการสูญเสียโปรตีน ผู้ป่วยมีอาการเบื่อ
อาหาร จึงควรให้การดูแล ดังนี้

5.1) ดูแลความสะอาดปาก ฟัน เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

5.2) ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่รับประทานอาหารเองไม่ได้
ตามแผนการรักษา ดูแลให้อาหารทางสายยางทางกระเพาะอาหาร

5.3) ดูแลให้สารอาหารและวิตามินทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
สังเกตอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ

5.4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและรับประทานอาหารที่มีกากอย่างเพียงพอเพื่อช่วยในการ
ขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติ

6) ดูแลและป้องกันภาวะเครียดทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติในภาวะวิกฤต

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดภาวะเครียดจากความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เมื่อสัญญาณชีพ
เริ่มปกติ พยาบาลควรป้องกันและลดสิ่งเร้าต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

6.1) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยการสร้าง
สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ชักถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

6.2) ขอมรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกอย่างอิสระโดยการพูด
ระบายออกมาอย่างอิสระ โดยพยาบาลเป็นฝ่ายรับฟัง และขอมรับ สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ
ไม่สามารถพูดออกมาได้ก็ให้เขียนด้วยปากกาเพื่อระบายความรู้สึก พยาบาลควรชี้แนะและให้เหตุผล
ของกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องทำกับผู้ป่วย ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและควรให้ความเคารพนับถือในความเป็น
บุคคลของเขา โดยบอกและขออนุญาตทุกครั้งที่จะให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

6.3) ให้ข้อมูลและชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับสถานะของโรคและแผนการพยาบาลและวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล

6.4) กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกแผนการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและลดความวิตกกังวล ญาติให้ความร่วมมือในการดูแลให้ความรักและความสนใจผู้ป่วย ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ

6.5) ส่งเสริมและควบคุมความสมดุลของการรับความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม มักจะมีสิ่งเร้าจากภายนอกที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะเครียดได้ พยาบาลจึงควรได้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป เช่น เสียง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ และจัดสิ่งเร้าที่จำเป็นในการกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น นาฬิกาติดฝาผนังและปฏิทินที่ใหญ่พอที่จะมองเห็นได้ง่าย เป็นต้น และการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับบุคคล สถานที่และเวลาในขณะที่ให้การพยาบาลทุกวัน

6.6) ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายมีความผิดปกติเกี่ยวกับรูปแบบของการคิด มีอาการหลงผิด หวาดกลัว จากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป พยาบาลควรให้การดูแลโดยในระยะแรกอาจต้องให้ยาช่วยให้หลับพัก หลังจากนั้นจึงอธิบายถึงสิ่งเป็นจริง โดยมีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อย ๆ เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของผู้ป่วย

7) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

7.1) ควรพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการจำหน่ายหรือย้ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ก่อนวันจำหน่ายจริง

7.2) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบถึงลักษณะหอผู้ป่วย ที่จะย้ายออกไปอยู่ใหม่

7.3) แนะนำพยาบาลที่อยู่ในหอผู้ป่วยใหม่ได้รู้จักกับผู้ป่วยและญาติ ก่อนที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.1.4 การกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลกระทบที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจมากที่สุด (Johnson & Sexton, 1990) ได้แก่

- 1) การพูดไม่ได้
- 2) ความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สุขสบายจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ
- 3) การได้รับการดูแลเหมาะสม
- 4) การไม่ทราบวันเวลา
- 5) การมีเสียงรบกวน เช่น เสียงจากผู้ป่วยอื่น การพูดคุยของแพทย์ พยาบาล เสียงโทรศัพท์

2.1.5 ความต้องการของญาติเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย (ชุดิมา อรุโณทยานันท์, 2547, น. 609–610; อ้างในวนิดา ชูรักษา, 2552)

การเผชิญปัญหาของครอบครัว เป็นหน้าที่จำเป็นจะต้องพยายามปฏิบัติหรือปรับตัวให้เกิดความสมดุลภายในครอบครัว และเพื่อที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัวในขณะที่ครอบครัวเผชิญกับความเจ็บป่วยนั้น ครอบครัวมีความต้องการหลายประการในอันที่จะลดความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งความต้องการของครอบครัวได้แก่

1) ความต้องการทราบเรื่องราวของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การตรวจวินิจฉัย และอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น เช่น ผู้ป่วยนอนหลับหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด สิ่งที่ครอบครัวต้องการทราบนั้นครอบครัวต้องการทราบเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง จะเห็นว่าครอบครัวจะถามทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพราะจะทำให้ครอบครัวสามารถคาดคะเนหรือวางแผนในการคอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อที่จะลดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ครอบครัวยังต้องการทราบอาการผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และครอบครัวมีความหวังว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะโทรศัพท์หรือสามารถติดต่อกับครอบครัวได้ทันทีถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่เป็นที่ไว้วางใจ เมื่อครอบครัวทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้และสามารถลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเพื่อปรับระบบครอบครัวให้อยู่ในภาวะสมดุลได้

2) ความต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วย ครอบครัวต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งตลอดเวลาของการรับใหม่ และระยะเวลาของการตรวจวินิจฉัย เพื่อจะได้ทราบความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์โรค นอกจากความต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ อิทธิพลจากพุทธศาสนาทำให้คนไทยมีความกตัญญูเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจิตใจโอบอ้อมอารีต่อคนทั่วไป

3) ความต้องการที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่ออยู่ในสภาวะวิกฤตสมาชิกครอบครัว จะไม่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ต่างก็พยายามที่จะช่วยเหลือกันซึ่งเป็นบทบาทของครอบครัวระหว่างอยู่ในสภาวะวิกฤตบุคคลจะมีการรับรู้ลดลงความสามารถในการเรียนรู้จะลดลงด้วยจึงเป็นการยากที่จะให้สมาชิกของครอบครัวเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ในขณะนั้นพยาบาลต้องส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลกันได้ เพื่อที่ครอบครัวจะสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวจะมีอัตราการรอดสูง และสามารถหายจากโรคได้เร็วขึ้น

4) ความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ครอบครัวมักไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดี เพราะความเข้าใจของครอบครัวนั้นเจ้าหน้าที่ที่ไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อน ดังนั้น การให้เวลาครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยจะทำให้ครอบครัวเห็นการทำงานของพยาบาลเข้าใจลักษณะของการทำงานของเจ้าหน้าที่ได้ดีขึ้น จะทำให้ครอบครัวไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี

สรุปความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็น 4 ด้าน (Gaglione, 1984, p. 427-432; อ้างใน วารุณี บัวมีรูป, 2551) ดังนี้

1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information need) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระบุว่ามีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบและเวลาของการเข้าเยี่ยม ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เหตุผลของการใช้เครื่องมือ การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาล และต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

2) ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายต่างๆ ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนเองมากนักเนื่องจากมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของสมาชิกครอบครัว

3) ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล

4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ เช่น การยึดมั่นในศาสนา หรือความเชื่อของบุคคล โดยสมาชิกครอบครัวต้องการให้พระมาเยี่ยม ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาได้บ้างในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤต ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลาในการรักษาน้อยลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ นอกจากนั้นยังให้การดูแลครอบคลุมไปถึงญาติผู้ป่วย ได้ให้ญาติเข้ามามีส่วนในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะเครียดทางด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2.1.6 การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย (ชุดิมา อรุโณทยานันท์, 2547, น. 610-612)

1) พยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วย เมื่อพบว่าครอบครัวผู้ป่วย มีความเศร้าหมอง พยาบาลควรปลดปล่อยความทุกข์นี้ให้เขาโดยการพูดคุยให้ญาติมีความรู้สึกที่ดีขึ้น พยาบาลควรระมัดระวังคำพูดกิริยาท่าทางที่อาจทำให้ญาติแปลได้ว่าพยาบาลไม่เข้าใจ ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และไม่เข้าใจความทุกข์ของญาติ ถ้าเป็นเช่นนี้เขาจะยังรู้สึกทวิความเศร้าหมองมากขึ้น เพราะเขาตระหนักว่าตัวเองจะต้องเผชิญความรู้สึกเป็นทุกข์นี้เพียงฝ่ายเดียว พยาบาลไม่ได้มีส่วนร่วมในความรู้สึกนี้ ตัวอย่างประโยคที่ควรระมัดระวังก็คือ “อย่าโศกเศร้าไปเลย” หรือ “อย่างน้อยคนไข้ก็ไม่ได้รู้สึกเจ็บปวดอะไรเลย” ซึ่งคำกล่าวเหล่านี้ ผู้ฟังอาจจะแปลความหมายว่า พยาบาลไม่ได้สนใจความรู้สึกของญาติซึ่งบางครั้งผู้กล่าวมีเจตนาจะให้ญาติรู้สึกดีก็ตาม สิ่งที่จะช่วยแก้ไขความรู้สึกเป็นทุกข์ทางอารมณ์และความรู้สึกเศร้านี้ก็คือเวลาและความเข้าใจพยาบาลต้องแสดงให้ญาติเห็นว่าเข้าใจถึงความเศร้าหมองของเขา และต้องการให้เขาระบายความรู้สึกออกมา

2) อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย คำอธิบายเหล่านี้จะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล และช่วยให้ญาติกล้าที่จะให้ความร่วมมือในเรื่องการดูแลด้านร่างกาย การอธิบายควรอธิบายคร่าวๆ ให้เข้าใจหลักการและเหตุผลง่ายๆ ภาษาควรเข้าใจได้ง่าย ส่วนใหญ่แล้วญาติผู้ป่วยต้องการเพียง 4 คำตอบซึ่ง ได้แก่

- 2.1) ใส่ท่อหรือเครื่องมือเข้าตรงส่วนไหนของร่างกาย
- 2.2) มีอันตรายหรือเจ็บปวดหรือไม่ อย่างไร
- 2.3) มีความจำเป็นอย่างไรจึงต้องใช้เครื่องมือเหล่านี้
- 2.4) เมื่อไรจะเอาเครื่องมือเหล่านี้ออกจากผู้ป่วยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาทุกชนิดมีส่วนที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และความกลัวให้ญาติผู้ป่วยเสมอ สิ่งเหล่านี้ทำให้ความวิตกกังวลถูกสะสมไว้เป็นเวลานานๆ และพบว่าความวิตกกังวลจะหายไปทันทีเมื่อได้รับคำอธิบายที่ถูกต้อง พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่าการให้ข้อมูลที่มากเกินไปหรือน้อยไปทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ถ้าข้อมูลที่น้อยเกินไปจะทำให้ญาติหาข้อสรุปเอาเอง ซึ่งอาจแปลผิดๆ ส่วนข้อมูลที่มากเกินไปบางครั้งจะไม่เกิดประโยชน์อันใด เพราะจะทำให้ญาติเกิดความสับสนมากยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาล ควรพิจารณาญาติผู้ป่วยแต่ละคนถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจและสภาพทางจิตใจ อารมณ์ขณะรับฟังการอธิบายด้วย

3) ใช้ภาษาและคำพูดที่ญาติมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว ในขณะที่เผชิญกับภาวะวิกฤต ญาติมักควบคุมอารมณ์ไม่ได้จะพบว่าญาติแสดงออกทางการใช้คำพูดที่เปลี่ยนไป

4) พยาบาลให้เป้าหมายของญาติผู้ป่วยเคลมลง บางครั้งเรามักพบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากมายในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง หรือในสิ่งที่ไกลตัวออกไป เช่น ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เมื่อออกจาก

โรงพยาบาลไปแล้ว และบางครั้งสิ่งที่เขากลัวนั้นก็มิได้เกิดขึ้นดังเช่นที่เขากังวล ผลก็คือเขาจะมีความเหนื่อยล้ามากโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และไม่สามารถช่วยเหลืออะไรแก่ผู้ป่วยได้เลย พยาบาลควรมีส่วนช่วยญาติในการมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อนไม่ควรขยายวงกว้างออกไป

การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยปกติญาติมีความต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายเพียงแต่ไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอุปสรรคต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย สิ่งที่ยาบาลจะช่วยสร้างให้เกิดขึ้นก่อนให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ในที่นี้จะกล่าวถึงแนวคิดเรื่องการสัมผัส (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546) ดังนี้

2.1.7 แนวคิดเรื่องการสัมผัส (Touch)

พยาบาลจำนวนน้อยที่จะเข้าใจแนวคิดว่าการสัมผัสสามารถถ่ายทอดอะไรหลายๆ อย่างได้ เช่น ช่วยลดความตึงเครียดและวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ด้วยช่องทางการสื่อสาร หรือการผ่อนคลาย เป็นที่เข้าใจกันดีว่า การสัมผัสได้ใช้ในการพยาบาลในอดีตมากกว่าปัจจุบัน เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ จึงได้มีการใช้เครื่องมือตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่ทันสมัยมากขึ้น จึงบดบังการสัมผัสและสัมผัสระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลไปได้อันมาก และพยาบาลจะต้องทำงานกับเครื่องมือมากกว่าผู้ป่วย การสัมผัสจึงค่อยๆ จางหายไปจากการพยาบาลในรูปแบบการแสดงถึงสัมพันธภาพหรือการช่วยเหลือเพื่อสร้างความสุขสบาย แต่มีการสัมผัสในส่วนที่เกิดขึ้นพร้อมกับการใช้เครื่องมือมากกว่า จึงมีความจำเป็นมากขึ้นที่จะสร้างความเข้าใจเรื่องการสัมผัสให้มากขึ้น การสัมผัสคือ การสื่อสารในตนเองรูปแบบหนึ่งที่ช่วยเสริมคุณภาพของการสื่อสารด้วยวาจาแล้วช่วยถ่ายทอดความรู้สึกร่วม (Empathy) ได้อย่างดี (Watson, 1989) กล่าวคือ “การสัมผัส คือ การแสดงออกถึงความมีส่วนร่วมของพยาบาลต่อประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้อื่น” การสื่อสารด้วยการสัมผัสเกิดประโยชน์มากกับผู้ป่วยหลายๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าของตนลดต่ำลง ผู้ที่มีความกังวลสูง ผู้ที่ต้องพึ่งพาและผู้ที่อยู่ในระยะของการตายเป็นต้น การสัมผัสจึงมีความสำคัญกับพยาบาล และพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนในเรื่องการสื่อสารด้วยการสัมผัส และจะต้องพิจารณาถึงความต้องการการเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยไปพร้อมกันด้วย

ด้วยแนวคิดของการสัมผัสดังกล่าวแล้ว จึงได้มีวิธีปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ ขึ้นที่เห็นได้ชัด คือ การนวด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะไม่ทำให้ความหมายของการสื่อสารด้วยการสัมผัสเบี่ยงเบนไปในการปฏิบัติการพยาบาลได้จัดการนวดไว้ในวิธีการของการพยาบาล เช่น การอาบน้ำโดยมีการนวดหลัง การสระผมและมีการนวดหนังศีรษะ การนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเฉพาะที่ เป็นต้น

การสัมผัสได้จัดไว้เป็นการแสดงออกถึง “พฤติกรรมการดูแล” ที่สำคัญ ในการแสดงออกของพยาบาลในหลายๆ โอกาส โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์หรือมีความไม่สุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การแสดงพฤติกรรมการดูแลโดยมีการสัมผัสร่วมด้วย จะเกิด

ประโยชน์กับผู้ป่วยมากทีเดียว รวมทั้งพฤติกรรมทางสังคมโดยทั่วไปการสัมผัสเพื่อสื่อสารการร่วมรู้สึกถึงความทุกข์และความสุขต่อกัน ก็จะเกิดขึ้นได้บ่อย และสร้างความเข้าใจต่อกันได้ดียิ่งขึ้น การสัมผัสจึงมีบทบาทสำคัญในวิธีปฏิบัติการรักษาทางเลือกที่สำคัญ คือการนวด ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

2.1.8 แนวคิดเรื่องการนวด (Massage)

ได้มีการกล่าวถึงการนวดมาตั้งแต่สมัยกรีกและโรมัน และได้เจริญมากในศตวรรษที่ 19 อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้ใช้การนวดน้อยกว่าใช้เครื่องมือทางไฟฟ้า และยาสมัยใหม่ เนื่องจากได้มีความเข้าใจกันมากกว่าการนวด คือ การปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายธรรมชาติไม่ได้เกิดผลใดๆ ทางการรักษา ในปัจจุบันความเข้าใจเรื่องคุณค่าของการนวดเปลี่ยนแปลงไปมาก และเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางยอมรับว่าเป็นทางเลือกของการรักษาที่แทนวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันบางอย่างได้ การนวดคล้ายคลึงกับการสัมผัสที่เป็นสื่อการสร้างความสุขสบายให้แก่ผู้ที่เจ็บป่วย และช่วยเหลือเพื่อผ่อนคลายอาการที่ไม่สุขสบายได้ ซึ่งเกิดขึ้นเหมือนกับแม่เอามือลูบบริเวณที่เจ็บให้กับลูกเมื่อลูกหกล้ม ความรู้สึกเจ็บปวดร่างกายส่วนนั้นของลูกจะเบาบางลงได้ เหตุผลธรรมชาติคือ เมื่อมีการถูหรือนวดที่บริเวณใดตรงส่วนนั้นก็จะมึลือคมาเลี้ยงมากขึ้น กล้ามเนื้อที่ตึงเครียดจะผ่อนคลายลง ซึ่งบุคคลจะรู้สึกได้โดยไม่ต้องใช้คำพูดว่าได้รับการดูแล การนวดเบาๆ ช่วยสร้างความรู้สึกสบาย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่อนคลาย มีผลให้พักผ่อนได้ดีและนอนหลับดีด้วย ในระยะที่มีการผ่อนคลาย ร่างกายจะลดความตึงเครียดลงและจะทำให้อารมณ์ผ่อนคลายลง โดยจะเชื่อมโยงไปสู่ความเจ็บป่วยและความวิตกกังวลที่ได้เก็บมานาน ผู้ที่ใช้วิธีการนวดจะมีประสบการณ์ว่าอารมณ์จะผ่อนคลายเมื่อกำลังเนื้อที่ตึงเครียดได้รับการนวดและร่างกายทั้งหมดจะรู้สึกผ่อนคลายได้เมื่อบริเวณเล็กๆ บางส่วนของร่างกายได้รับการนวด เช่น มือ หน้า ศีรษะหรือเท้า

การใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่อนคลาย (Relaxation therapy) นั้น ควรจัดในห้องที่มีความสงบ มีสิ่งแวดล้อมที่สบายกาย สบายตา และสบายใจ แม้ว่าพยาบาลจะไม่มีความรู้เรื่องวิธีนวดเลยก็สามารถใช้การนวดอย่างธรรมดา เช่น กดบริเวณหน้าผากด้วยฝ่ามือ กดบริเวณมือและเท้า เป็นต้น การใช้น้ำมันหอมหรือครีมทาผิว ทำให้มือเคลื่อนไหว อบอุ่น บริเวณที่สัมผัสได้นุ่มนวลขึ้น การเคลื่อนไหวทั้งกดและหมุนไปเป็นวงกลมโดยใช้แรงกดเบาๆ ก็ใช้ได้ผลดี ในขณะที่ปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายนั้น ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นเพียงพอจึงอาจใช้ผ้าขนหนูร้อนหุ้มเท้าไว้ก็จะมีประโยชน์ และควรแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจช้าๆ โดยวางมือไว้บริเวณต่ำกว่าอกเล็กน้อย (Solar plexus)

การนวดเกิดผลดีต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและเพื่อน เนื่องจากว่าปัญหาของการสื่อสารเกิดขึ้นได้ง่ายในเรื่องของการปกปิดความจริงต่อกันด้วยความกลัวอะไรบางอย่างที่บอกไม่ได้ ดังนั้น ถ้าสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเรียนรู้วิธีนวดง่ายๆ แล้วพยายามใช้กับผู้ป่วยก็จะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ได้ดีขึ้นมาก ทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับ หรือแม้แต่การใช้การสัมผัสที่มี

ความแรงในระดับหนึ่งที่มีแรงกดดันกล้ำเนื้อ ก็จะทำให้เกิดการผ่อนคลายได้ ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน จึงควรได้สอนผู้ดูแลที่บ้านเรื่องวิธีการนวดและวิธีสัมผัส ซึ่งผู้ดูแลควรได้ปรึกษาหารือกับผู้รักษาด้วยวิธีการผ่อนคลายได้เสมอเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อที่จะได้เรียนรู้และฝึกฝนวิธีนวดมากขึ้น จากการทำมีทักษะของการนวดและใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นประจำ จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าสู่กระบวนการบรรเทาความทุกข์ สร้างความสุขสบาย (Healing process) ได้ดี ไม่ว่าจะเป็นหนทางไปสู่การมีชีวิตรอด หรือสู่การตายก็ตาม

สรุป การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย สิ่งที่พยาบาลจะช่วยสร้างให้เกิดขึ้นก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงจัดรูปแบบบริการ การพยาบาลญาติผู้ป่วยทั้งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาใช้

2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Nursing Theory) หรือทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment) มโนทัศน์หลักตามแนวคิดของคิง (King, 1981) มีองค์ประกอบดังนี้

(1) บุคคล (Human being) บุคคลแต่ละบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีเหตุผลมีความรู้สึกทางประสาทสัมผัส มีการรับรู้ มีความคิด มีความรู้สึกทางอารมณ์ มีความสามารถในการเลือกกระทำ วางเป้าหมาย เลือกวิธีการที่จะดำเนินการสู่เป้าหมาย มีความสามารถในการตัดสินใจ การใช้สัญลักษณ์ในการสื่อความคิด การกระทำ การดำเนินชีวิต และความเชื่อ มีการรับรู้เวลา มีการตอบสนอง ซึ่งการตอบสนองของบุคคล ขึ้นกับการรับรู้ ความคาดหวัง และความต้องการของแต่ละบุคคล (King, 1981) บุคคลเป็นระบบเปิด ที่มีการถ่ายทอดกัน ข้ามเขตกันได้ มีการแลกเปลี่ยนสารพลังงานและข้อมูลกับสิ่งแวดล้อม (King, 1971; อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2528, น. 22)

บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นด้วยการเป็นสมาชิก ครอบครัวและภายในครอบครัว บุคคลเรียนรู้ ที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐาน โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ กับสมาชิกภายในครอบครัว การรับรู้สิ่งแวดล้อมด้วยการใช้การติดต่อสื่อสารทั้งใช้วาจาและไม่ใช้วาจา ทำให้บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์หลายทาง ทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและจากบุคคลภายนอก การปฏิสัมพันธ์ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ซึ่งการเข้าใจตรงกันเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย อันจะก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับเป้าหมายทางการพยาบาลนั้นจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องผ่านการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ระหว่างการพยาบาลและผู้รับบริการ มีการค้นหา เลือกวิธีดำเนินการ และช่วยเหลือกันในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผลจากการเกิดความเข้าใจที่ตรงกันนี้ ทำให้เกิดความพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และยังทำให้บุคคล ประสบความสำเร็จทั้งในการกระทำ

ที่ดำเนินการไปสู่เป้าหมายระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่และบทบาทหลายรูปแบบหลายประการ

(2) สิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมมีทั้งภายนอกและภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมภายในจะนำพลังงานที่มีอยู่มาใช้ในการช่วยเหลือบุคคลปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้อย่างต่อเนื่อง และในกระบวนการนี้อาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เราสามารถสังเกต ประเมินและวัดด้วยวิธีต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการรักษาภาวะสุขภาพที่ดีไว้

(3) ภาวะสุขภาพ (Health) ภาวะสุขภาพ คือ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ไม่มีการหยุดนิ่ง เป็นการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง และใช้แหล่งทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างคุ้มค่า เพื่อการบรรลุศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิต

(4) การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการของการกระทำ การตอบสนอง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการสื่อสารซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทราบถึงจุดหมายและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการจำเป็นต้องร่วมกันหาวิธีการและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีจุดหมาย เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่ายในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหาของผู้รับบริการ

2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติหลักทั้ง 4 มโนคติ กล่าวคือ

1) ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสุขภาพ พยาบาลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ พยาบาลมีหน้าที่ให้การบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมด้วยการสอน แนะนำ และให้คำปรึกษาแก่คนและกลุ่มคนเพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ที่ต้องการฟื้นฟูตนเองให้สามารถใช้ศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และร่วมมือกับครอบครัวของผู้รับบริการในการวางแผนให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

2) ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับคน กล่าวว่ามนุษย์มีความต้องการด้านสุขภาพ 3 ประการ คือ ต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ต้องการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง ต้องการความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลเกี่ยวข้องกับความต้องการดังกล่าวในการประเมินความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก และการกระทำใดๆ ของคนในการรักษาสุขภาพที่ดีไว้

3) ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อมมีทั้งภายในและภายนอก สิ่งแวดล้อมภายในจะเปลี่ยนพลังงานภายในบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการนี้อาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกต ประเมิน และวัดด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการรักษาสุขภาพที่ดีได้

2.2.2 กรอบแนวคิดสำหรับการพยาบาล

กรอบแนวคิดของคิง (King, 1981) เน้นที่คนซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาและเจาะจงที่กระบวนการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ผู้ให้บริการ (พยาบาล) กับผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ) ในกรอบแนวคิดของคิงนั้นประกอบด้วยระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 3 ระบบ คือ

1) ระบบบุคคล บุคคลมีแบบแผนเฉพาะของตนเองในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะรอบตัวบุคคล บุคคลจะมีการปรับแผนของการรับรู้การมองตนเองหรืออรรถภาพลักษณะของตนเอง มีการปรับกาลเทศะ มีการพัฒนาการเรียนรู้และมีการเจริญเติบโตทั้งด้านวุฒิภาวะและร่างกาย

2) ระบบระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม 2-3 คนขึ้นไป จะมีการเปลี่ยนแบบแผนการปฏิสัมพันธ์ร่วมกันโดยมีการปรับบทบาท มีการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยน มีการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย อาจจะมีภาวะเครียดเมื่อเกิดความขัดแย้งกันขึ้น

3. ระบบสังคม (Social Systems) เมื่อมีกลุ่มคนหลายๆ กลุ่ม ซึ่งมีจุดหมายคล้ายๆ กัน จะผลักดันให้มีการจัดองค์กร มีการจัดแบ่งอำนาจและตำแหน่งในสังคมขึ้น เพื่อประโยชน์ของการตัดสินใจหรือวางนโยบายร่วมกันในสังคมอย่างราบรื่นและได้ผลงาน ตัวอย่างระบบทางสังคมที่มีความสำคัญต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ให้บริการ คือ ระบบครอบครัว ระบบโรงเรียน ระบบการทำงาน ระบบของโรงพยาบาลและระบบของสถานบริการสุขภาพ ระบบปฏิสัมพันธ์ย่อยทั้งสามระบบ เป็นระบบเปิด มีการปรับเปลี่ยนและเกี่ยวพันกันตลอดเวลา จึงเรียกว่า Dynamic Interaction ซึ่งถือว่าเป็นโมเดลทางการพยาบาลของคิง

จากโมเดลที่กล่าวถึงระบบของกระบวนการการปฏิสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คิงได้เสนอทฤษฎีที่ชื่อว่า “ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย” ซึ่งหลักสำคัญของทฤษฎีเน้นระบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่กล่าวว่า คน 2 คนที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนมาพบกันในองค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ มีการให้และรับช่วยเหลือเพื่อการคงสุขภาพที่ดีไว้ ซึ่งจะทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามบทบาทได้ตามปกติ

ทฤษฎีกล่าวถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการจะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ความสำเร็จเป้าหมายจะเกิดขึ้นได้ เมื่อพยาบาลประเมินปัญหา ความกังวลใจ ความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การรับรู้ปัญหา และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันทั้งสองฝ่าย เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ แม้แต่ผู้รับบริการที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจา หรือดูแลตนเองไม่ได้ คิงได้เสนอให้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับญาติแทน (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2550)

2.2.3 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคิง คือ

1) ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับบุคคล บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นผู้มีความนึกคิด มีเหตุ มีผล มีการรับรู้และการแสดงออก สามารถควบคุมตนได้ มีจุดมุ่งหมายในตนเอง

2) ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ การรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ มีเป้าหมาย ความต้องการและค่านิยมของพยาบาล และผู้ใช้บริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ผู้ใช้บริการมีสิทธิ์ที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีสิทธิ์ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องที่มีผลกระทบต่อชีวิต ภาวะสุขภาพและบริการในชุมชนตนเอง บุคลากรในทีมสุขภาพมีหน้าที่ที่จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพได้ ผู้รับบริการมีสิทธิ์ที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการบริการด้านสุขภาพ เป้าหมายของบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้รับบริการอาจไม่สอดคล้องกันในบางครั้ง

2.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ

จึงได้นำมโนทัศน์หลักในกรอบแนวคิดของเขามาอธิบายระบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นจุดเน้นของทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 มโนทัศน์ คือ การรับรู้ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เวลา อาณาเขต อัดดาหรือตัวตน การปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย บทบาทและความเครียด โดยกำหนดความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ ดังนี้

(1) ถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ย่อมเกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย

(2) เมื่อเกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายย่อมจะบรรลุเป้าหมายได้

(3) เมื่อมีการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ย่อมหมายถึงการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

(4) เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายจะทำให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ

(5) พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมย่อมจะทำให้เกิดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

(6) การที่เกิดปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายและดำเนินการไปสู่เป้าหมายได้นั้นจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เลือกวิธีที่จะไปสู่เป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

(7) ถ้าบทบาทในความคาดหวังกับบทบาทที่เป็นจริงที่ตรงกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย

(8) ถ้ามีความขัดข้องเกิดขึ้นในกระบวนการปฏิสัมพันธ์จะทำให้เกิดภาวะความเครียด

(9) การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลและเทศะจะนำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย

(10) การเรียนรู้เกี่ยวกับอิตตาของบุคคล จะช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในระบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ทั้งสองฝ่ายจะมีระบบส่วนบุคคลที่นำมาใช้ร่วมกัน คือ ต่างฝ่ายก็ต่างมีการรับรู้และการติดต่อสื่อสารของตนเอง

1) การปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้รับบริการเกิดกระบวนการซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1.1) พฤติกรรมของผู้รับบริการ(Action)

1.2) ปฏิกริยาของผู้รับบริการ(Reaction)

1.3) ปัญหาหรือสิ่งที่มารบกวนผู้รับบริการ (Disturbance) ซึ่งทำให้เขาต้องมารับบริการในโรงพยาบาล

จากกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ พยาบาลจะเข้ามามีส่วนร่วม คือ

(1) พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมกันหาและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ (Mutual Goal setting)

(2) พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการค้นคิดหาวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ร่วมกัน (Explore Means to Achieve Goal)

(3) ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลจะต้องมีความเห็นพ้องกันและยอมรับในการปฏิบัติดังกล่าว (Agree to Means)

(4) พฤติกรรมที่แสดงออก (Transactions) เป็นขั้นสุดท้ายซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าจุดมุ่งหมายนั้นสำเร็จตามที่ตั้งไว้ ผู้รับบริการจะพ้นจากปัญหาที่รบกวนและพยาบาลก็จะเป็นผู้ส่งเสริมให้เขาปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อให้อยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความสมดุลของร่างกาย ภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง ชีวิตมีความหวัง พึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองยึดเหนี่ยว พึงพอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน ภาวภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีส่วนร่วมที่ต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ รับรู้ความหมายของชีวิต คือการที่บุคคลมีเป้าหมาย หรือจุดมุ่งหมายในชีวิตว่าตนเองต้องการทำอะไร เพื่ออะไร เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งของจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว (Landis, 1996, p. 217; Paloutzian & Ellison, 1982, p. 330) และเป็นการรับรู้ในระดับจิตสำนึกในการไตร่ตรองพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองจนสามารถยกระดับจิตสำนึกให้ถึงระดับที่เห็นคุณค่าความหมายของชีวิต มีความสุขต่อคุณค่าของชีวิต

ที่เป็นอยู่ (ประเวศ วะสี, 2543, น. 44) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับความหวังและความศรัทธาในศาสนา (Mickley et al., 1992, p. 267) การทำนวยความผาสุกทางจิตวิญญาณในสตรีที่ทำงานเกี่ยวกับศาสนา 400 คน พบว่ามีความพึงพอใจในชีวิตและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน สามารถทำนวยความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งทำให้บุคคลผู้นั้นมีพลังในตัวเอง มีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และสุดท้ายมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้ แม้ในยามเจ็บป่วย

2.3.1 ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well being)

ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well being) เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต หรือเรียกได้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health) ในอดีตแนวคิดทางด้านจิตวิญญาณไม่ค่อยได้รับความสนใจจากบุคคลในทีมสุขภาพมากนัก แต่ในปัจจุบันนักวิจัยพบว่า จิตวิญญาณเป็นแหล่งพลังอำนาจในการเผชิญกับปัญหา (Fernsler et al., 1999) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

The National Interfaith Coalition on Aging = NICA ได้ให้คำจำกัดความของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจที่ยืนยันว่าตนมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว รู้สึกความเป็นตนเองที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งหล่อเลี้ยง และให้ความเป็นตัวตนทั้งหมดของบุคคล

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและมีความสำเร็จตามประสงค์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่เพียงแต่เป็นภาวะหนึ่งของบุคคลแต่ยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในตัวบุคคล (Paloutzian & Ellison, 1982)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นลักษณะของความเข้มแข็งในตัวบุคคลที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความพึงพอใจกับชีวิตในการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต (Landis, 1996)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกประสานกลมกลืนกันระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่เหนือตนเองภายในเวลาและสถานที่ซึ่งไม่หยุดนิ่งและพัฒนาไปตามกระบวนการ จนนำมาซึ่งการค้นหาคำความหมายในชีวิต (Hunzelmann et al., 1996)

สำหรับความหมายของความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณในทางพุทธศาสนานั้นในความหมายของปุณฺณท้าวไป คือ สภาวะจิตใจที่เป็นสุข แยกจากโลกของวัตถุ ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายเป็นเรื่องของจิตใจล้วนๆ ที่มีประสบการณ์ของศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีความสุข สงบ ชีวิตมีความหมาย มีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (พระราชวรมนี, 2553) ผู้ที่

มีความสุขทางจิตวิญญาณหรือผู้มีความสุขในใจจะเป็นผู้ที่ไม่กระวนกระวายหรือเสียขวัญ มีเมตตาต่อผู้อื่น มองโลกในแง่ดีรู้จักปล่อยวาง ยอมรับความจริง มีจิตใจสงบเยือกเย็น (พระมหาธีรพงษ์ มีไชย, 2541)

แม้ว่าความหมายของความสุขทางจิตวิญญาณในแต่ละแนวคิดมีความเหมือนและต่างกันอยู่บ้าง ตรงกันอยู่บ้าง บ้างที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง สิ่งแวดล้อม ชุมชน และสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ

ผู้วิจัยสรุปความสุขทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Paloutzian & Ellison (1982) หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ในปัจจุบันต่อการที่ได้ปฏิบัติใกล้ชิดในสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต สำหรับผู้ป่วยในขณะนั้นให้ได้รับการผ่อนคลายจากความทุกข์ ได้รับความสุขสบายโดยเชื่อมโยง ความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความพอใจในการดำเนินชีวิตของตนในปัจจุบัน วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความสุขทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา หมายถึง การปฏิบัติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยตามความเชื่อความศรัทธาด้วยการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและผ่อนคลายจากความทุกข์ ญาติรับรู้ถึงความสุข ความพอใจที่ได้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในเวลานั้น

2) การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต หมายถึง การปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยให้ได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตที่มีความพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ ภูมิใจที่ได้ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

3) การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต หมายถึง ญาติผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตจากสภาวะปกติเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ควบคู่กับการทำงานประจำและบทบาทในครอบครัวของตนได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

2.3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณและความสุขทางจิตวิญญาณ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณและความสุขทางจิตวิญญาณ พบว่ายังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณและความสุขทางจิตวิญญาณอาจขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

1) อายุ บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการทางจิตวิญญาณต่างกัน การเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์ (Dynamic process) ซึ่งทุกคนจะมีการตระหนักถึงความสำคัญ จุดมุ่งหมายและคุณค่าของชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) ในวัยสูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาวหรือคนที่อายุน้อยกว่าความสุขด้านจิตวิญญาณจะ

ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางลบได้ และการนับถือหรือการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาจะกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997) จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 3 ระยะที่ 4 สมพร รัตนพันธ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

2) เพศ ในสังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสทัดเทียมเพศชายมากขึ้นจากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

3) จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีความผาสุกระดับสูง และจากการศึกษาของบุบผา ชอบไช้ (2536) พบว่าคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก และช่วยในการปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายของชีวิต เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง แต่จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

4) ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญา สามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน ผู้ที่มีการศึกษาจะสามารถนำสถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในกระบวนการคิด การแก้ปัญหาและใช้เป็นแนวทางการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

5) รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลโดยระดับของรายได้เป็นปัจจัยกำหนดทางเลือกแห่งบริการสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ชาวพุทธส่วนใหญ่มีความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด ถือว่าการทำบุญจะช่วยให้มีชีวิตที่ดีในชาติภพต่อไป และเป็นการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย ซึ่งการทำบุญ ต้องใช้เงินเป็นส่วนประกอบ ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดีจะสามารถใช้จ่ายเงินได้ตามอัธยาศัยและไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

6) สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อภาวะทางจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม โดยเป็นหน่วยที่ทำให้การอบรม

เลี้ยงดูแก่บุคคล ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจ เป็นสิ่งที่ปรารถนาที่จะได้จากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยและจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพอันดีกับลูกหลานจะเป็นผู้สูงอายุที่มีขวัญดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ยอมรับความตาย ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต (Hill & Smith, 1990; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536; อ้างใน สมพร รัตนพันธ์, 2541) จากการศึกษาของบุบผา ขอบใช้ (2536) พบว่า ลูก-หลาน คู่สมรส จะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับสิ่งที่เป็นการต้องการทางจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็นกำลังใจ คอยให้ความรักความห่วงใย เอื้ออาทรต่อกัน ได้เห็นหน้าพูดคุยคอยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และคอยช่วยเหลือในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ที่ให้ความหมายในชีวิตและเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต เช่น การทำบุญทำทาน การถวายอาหารแด่พระภิกษุสงฆ์

7) ศาสนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่นมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีหลักธรรมคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องชี้แนะทางการปฏิบัติในการดำเนินชีวิต จะทำให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลอยู่อย่างมีสติ ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยนอกจากจะใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตแล้วยังใช้เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นแหล่งของความหวัง กำลังใจ (บุบผา ขอบใช้, 2536) ศาสนาแต่ละศาสนาจะมีหลักคำสอนแตกต่างกันไป สำหรับพระพุทธศาสนาสอนให้มนุษย์รู้และเข้าใจถึงความจริงระดับสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งต้องอาศัยปัญญาในการทำความเข้าใจ จากการศึกษาของ Mickley et al., (1992) พบว่าความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับความศรัทธาในศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

8) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงนับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึก และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณลดลงด้วย จากการศึกษาของ Taylor (1993) พบว่าระยะเวลาที่ได้ทราบการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ แต่การศึกษาของ Carson (1990) พบว่าระยะเวลาดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

9) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการคุกคามต่อชีวิต ความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ไร้ความหวัง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนมีความรุนแรง ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้

การเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความรุนแรงสามารถทำใจยอมรับได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาของ Taylor (1993) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ และจากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

10) การรับรู้ประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต ภาวะวิกฤตในชีวิตเป็นสิ่งที่โดยทั่วไปที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ความชรา การเจ็บป่วย การสูญเสียต่างๆ ประสบการณ์เหล่านี้จะทำให้คนดิ้นรนให้พ้นสภาพที่เป็นอยู่ ภาวะวิกฤตในชีวิตที่เกิดขึ้นจะช่วยให้บุคคลสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญกับปัญหา เพิ่มความเข้มแข็ง และความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ มนุษย์ทุกคนต้องการมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะเดียวกันก็ต้องการรับความรักและการให้อภัยจากคนอื่น หากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอจะทำให้บุคคลนั้นมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลคงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากและความยุ่งยากในชีวิตได้ (Ross, 1997) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในตัวบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กัน ช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ เป็นความพร้อมภายในในตัวบุคคลที่จะนำไปสู่ความผูกพันกับชีวิต ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจในการเผชิญกับสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะผู้ที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตมีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ต้องการการตอบสนองทางจิตวิญญาณมากกว่าบุคคลอื่นเพื่อให้ตนเองมีความสุขมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (Mickley et al., 1992; Ellison, 1983; Ross, 1995) หากบุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณ หรือมีความบกพร่องของจิตวิญญาณอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อ้างว้าง วิตกกังวลในการมีชีวิตอยู่และอยู่อย่างไร้ความหมาย นอกจากนี้ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณยังมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญและมีความรับผิดชอบของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ การดูแลให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นศิลปะการพยาบาลอย่างหนึ่ง การดูแลทางจิตวิญญาณเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแล จะเห็นได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลค้นหา เป้าหมาย และความหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาปรับตัวได้ และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

หมายถึง ชุดกิจกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพสำหรับปฏิบัติต่อญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต โดยมุ่งที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติและพยาบาลที่เน้นการรับรู้ระดับบุคคลโดยให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และการสื่อสารสองทางระหว่างกันทั้งในระดับระหว่างบุคคล ในครอบครัวและในชุมชน มุ่งที่การทำงานระหว่างผู้ป่วย ญาติและพยาบาลด้วยการมีข้อตกลงร่วมกันในเป้าหมายการทำงาน หาวิธีจัดการต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกันสร้างผลลัพธ์ของเป้าหมายร่วมกันที่มีผลต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถึงวิกฤต โดยบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยให้กับญาติด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การสร้างความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้กับญาติโดยกระบวนการรับรู้และติดต่อสื่อสารแบบสองทาง

กิจกรรมที่ 2 กำหนดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่พยาบาลและญาติปฏิบัติร่วมกันด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์จากสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต หมายถึง การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันของพยาบาล ญาติและผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤต ให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุด

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาวิธีการและนำไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดร่วมกันของพยาบาล ญาติและผู้ป่วยต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบัน หมายถึง พยาบาลและญาติร่วมกันหาวิธีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายของเขาให้ดีที่สุด

2.5 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย

หมายถึง รูปแบบบริการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยในให้การดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินให้ปลอดภัยจากอาการรบกวน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จากกิจกรรมการพยาบาล จากการทำการหัตถการมีการผูกมัดเพื่อระงับการเคลื่อนไหวของท่อต่างๆ ที่สำคัญ การวางแผนและให้การพยาบาลมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาให้ครบถ้วนไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล จากบริบทดังกล่าวผู้ป่วยได้รับการบำบัด ดูแลเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ญาติผู้ป่วยถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม มีโอกาสเลือกและตัดสินใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย และการยินยอมในการรักษา การสื่อสารกับญาติส่วนมากเป็นการสื่อสารทางเดียว ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลสั้นๆ ไม่ต่อเนื่อง

ในช่วงเวลาที่ญาติไม่ได้เข้าเยี่ยม ญาติไม่ได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการเป็นรายบุคคล ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ห่วงใย ขาดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วยดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยชีวิตในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะกึ่งวิกฤต ป้องกันภาวะเจ็บป่วยรุนแรงซ้ำ

กิจกรรมที่ 3 ให้การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ได้ถูกต้อง

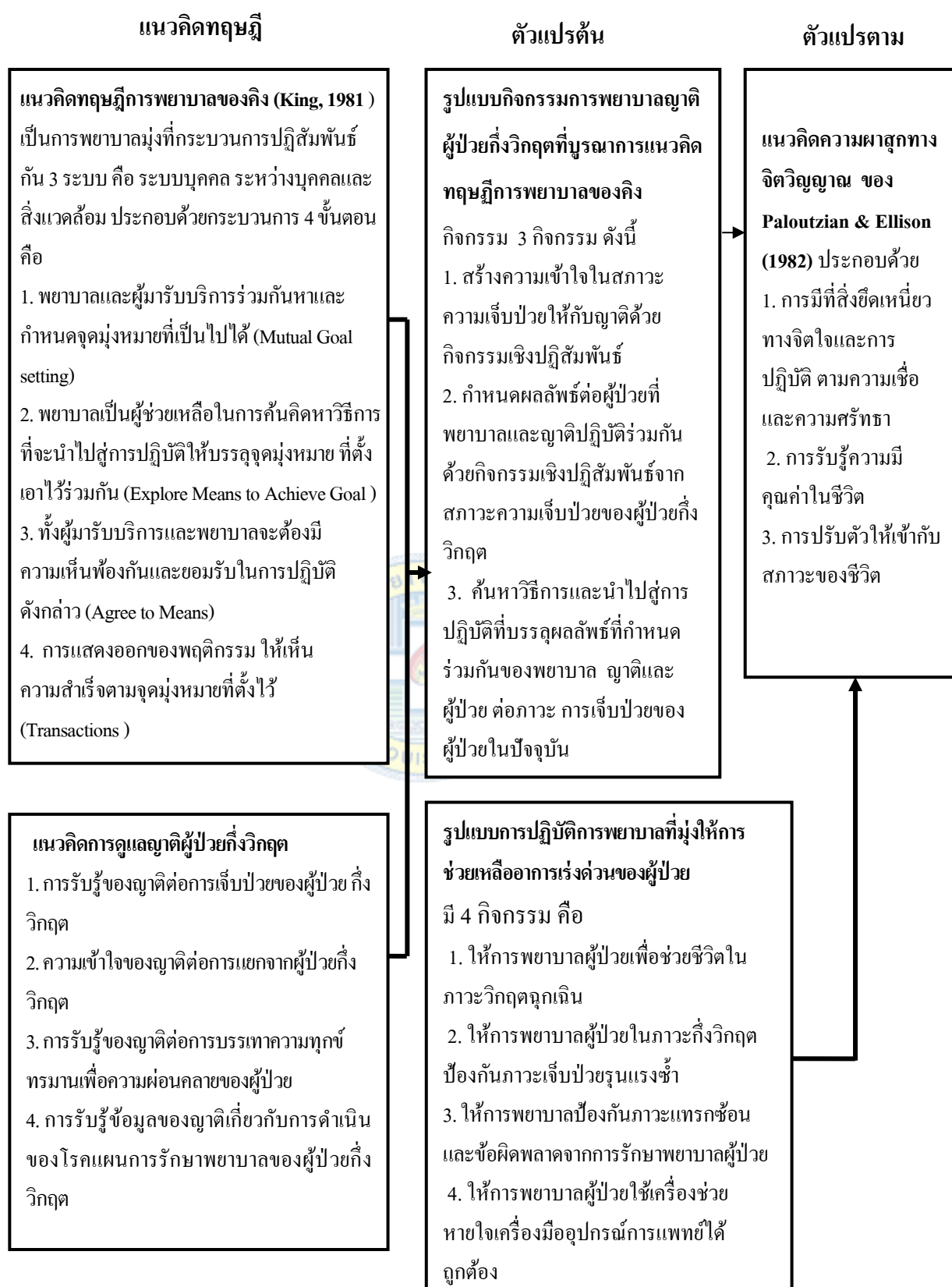
2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและกึ่งวิกฤตมีความคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยต้องรับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดด้วยวิธีการที่ซับซ้อน ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยภายในหอผู้ป่วยหนัก การถูกพลัดพรากจากครอบครัวบุคคลอื่นเป็นที่รักที่ไว้วางใจ ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างปกติ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนจากปฏิบัติได้เองมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแทน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวล กลัวตาย เหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งมีผลให้เกิดเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวเช่นกันเนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด และเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล สมาชิกครอบครัวสามารถรับรู้และรู้สึกกับภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะพ้นระยะวิกฤตแล้วก็ตาม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติเกิดขึ้นได้เสมอ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด เป็นความรับผิดชอบที่พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ญาติได้ร่วมดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเช่นกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายจากความทุกข์ ได้รับความสุขสบายแม้ในยามเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องให้โอกาสญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิด มีส่วนแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจบอกเรื่องราวต่างๆ ที่อยากจะบอก สนับสนุนให้ญาติแสดงออกถึงความรัก ความปรารถนาดี และกระทำในสิ่งที่ต้องการที่ไม่เกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ตามความเชื่อความศรัทธาและมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจึงควรเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติในแต่ละวันและมีเป้าหมายการพยาบาลที่เกิดผลลัพธ์ คือ ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตเกิดการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก

การพยาบาลที่เห็นผลได้ทันที (Sensitive outcome) ทำให้ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าใจและตอบโต้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ณ เวลานั้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่มีการมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต 1 ราย/เวรตามความรู้ความสามารถและรับผิดชอบผู้ป่วยรายเดิมเมื่อขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไป เพื่อติดตามผลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลเพื่อพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายมีความเข้าใจปัญหาและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วยมีอิสระในการวางแผนให้การพยาบาล เป็นผู้ให้ความรู้ พักภัยสิทธิ์เอื้ออำนวยความสะดวกและเป็นผู้จัดการดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ สะท้อนถึงคุณภาพทางการพยาบาลโดยญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตได้รับรู้และเข้าใจสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีเป้าหมายร่วมกันในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกึ่งวิกฤตให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุดตามสถานะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากการปฏิบัติของพยาบาลและญาติอย่างมีวิธีที่นำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง (Two-Group Pretest-Posttest) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามการรายงานของญาติผู้ดูแล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธภูมิ โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ของการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 2 -19 สิงหาคม 2556 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

(1) เป็นบุคคลในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

(2) อายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี

(3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ

(4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

1.2) เกณฑ์ในการคัดเลือกรออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

(1) ญาติผู้ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบ 3 วัน

(2) ผู้ป่วยเสียชีวิต

1.3) คุณสมบัติของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก รู้สึกรู้สัว ใช้เครื่องช่วยหายใจ และยังคงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ให้การดูแลรักษา เพื่อประคับประคองอาการของโรคให้พ้นหาย ป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ให้เข้าสู่ระยะวิกฤต

- (1) เป็นผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ยังคงต้องพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
- (2) รู้สึกรู้สัว ใส่ท่อช่วยหายใจ
- (3) มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 65 ปี

2) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1) กลุ่มทดลอง คือ ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวน 10 คน ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการการพยาบาลของคิง ซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแต่ละคนเพื่อจับคู่กับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงวันที่ 2- 19 สิงหาคม 2556

2.2) กลุ่มควบคุม คือ ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวน 10 คน ที่ได้รับการดูแลในรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมแต่ละคนจนครบ 10 คน จับคู่ตามคุณสมบัติให้ใกล้เคียงกันกับกลุ่มทดลองในแต่ละคู่ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดในในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

3) การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยให้แต่ละคู่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ มีเพศเดียวกัน มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเหมือนกัน มีการศึกษาระดับใกล้เคียงกัน ดำเนินการวิจัยไปพร้อมๆ กันจำแนกรายละเอียดในการจัดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานะ

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานะ
1	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	บุตร
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	บุตร
2	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	บุตร
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	บุตร
3	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	หลาน
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	หลาน
4	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	พี่/น้อง
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	พี่/น้อง
5	กลุ่มควบคุม	ชาย	มัธยมต้น	บุตร
	กลุ่มทดลอง	ชาย	มัธยมต้น	บุตร
6	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	บุตร
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	บุตร
7	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปวส.	บุตร
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปวส.	บุตร
8	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	หลาน
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	หลาน
9	กลุ่มควบคุม	ชาย	ประถม	สามี
	กลุ่มทดลอง	ชาย	ประถม	สามี
10	กลุ่มควบคุม	หญิง	ปริญญาตรี	พี่/น้อง
	กลุ่มทดลอง	หญิง	ปริญญาตรี	พี่/น้อง

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวน 10 คู่ คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 2 คู่ และเพศหญิง จำนวน 8 คู่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถม 1 คู่ ชั้นมัธยม 1 คู่ ระดับ ปวส. 1 คู่ และระดับปริญญาตรี 7 คู่ กลุ่มตัวอย่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร 5 คู่ เป็นสามี 1 คู่ เป็นพี่/น้อง 2 คู่ และเป็นหลาน 2 คู่

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม(n=10)		กลุ่มควบคุม (n=10)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	2	20	2	20	4	20
หญิง	8	80	8	80	16	80
รวม	10	100	10	100	20	100
2. การศึกษา						
ประถม	1	10	1	10	2	10
มัธยมต้น	1	10	1	10	2	10
ปวส.	1	10	1	10	2	10
ปริญญาตรี	7	70	7	70	14	70
รวม	10	100	10	100	20	100
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บุตร						
สามี	5	50	5	50	10	50
พี่/น้อง	1	10	1	10	2	10
หลาน	2	20	2	20	4	20
อื่นๆ	2	20	2	20	4	20
รวม	10	100	10	100	20	100

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต จำนวนทั้งสิ้น 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 70) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 50)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ คู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) แนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบ บทบาทและกิจกรรม การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ถูกนำมาบูรณาการเข้าด้วยกัน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำ

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

3.2.1 ขั้นตอนในการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง และแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

1.2) นำแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต มาบูรณาการกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง

แนวทางการดูแลญาติของผู้ป่วยกึ่งวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงกับแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต	กิจกรรม
1. การรับรู้ของญาติต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ส่งผล กระทบต่อญาติที่ต้องเผชิญกับปัญหาและเหตุการณ์ในหลายๆ ด้าน ญาติมีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นสังคมที่เล็กที่สุด และสำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์ ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโต และมีการพัฒนาตลอดชีวิต	บุคคล บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นระบบเปิดที่มีการถ่ายทอดกัน ข้ามเขตกัน ได้ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและพลังงานกับสิ่งแวดล้อม บุคคลมีเหตุผล มีความนึกคิด มีความรู้สึกเป็นของตนเอง มีการรับรู้ มีความสามารถที่จะกระทำการวางแผน เลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่เป้าหมาย มีความสามารถในการตัดสินใจ การใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสาร ความคิด การกระทำการดำเนินชีวิตมีการรับรู้เวลา มีการตอบสนอง ประกอบด้วย 3 ระบบปฏิสัมพันธ์กัน 1. ระบบตัวบุคคล (Personal system) บุคคลมีแบบแผนเฉพาะของตนในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะรอบตัวบุคคล บุคคลจะมีการปรับแผนการรับรู้ การมองเห็นหรืออรรถา ภาพลักษณ์ของตน มีการปรับทัศนะ มีการพัฒนาเรียนรู้และมีการเจริญเติบโตทั้งด้านวุฒิภาวะและร่างกาย	1. การรับรู้ของญาติต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกึ่งวิกฤต เป็นการรับรู้ของญาติผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมส่งผลถึงสมาชิกครอบครัว การให้การพยาบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่รับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ต้องให้การดูแลญาติไปพร้อมๆ กัน พยาบาลจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับญาติและผู้ป่วยด้วยกระบวนการรับรู้และการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับญาติ และผู้ป่วยกับญาติ กับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ซึ่งแสดงได้โดยการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ต่างฝ่ายต่างนำประสบการณ์ ความรู้ ความคาดหวังและการรับรู้ของตนเองมาแสดงออกซึ่งกันและกัน เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน มีการรับรู้ซึ่งกันและกัน ทั้งพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ การพูดคุย	กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสภาวะความเจ็บป่วยให้กับญาติด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวทางการดูแลญาติของผู้ป่วยกึ่งวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต	กิจกรรม
	2. ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) บุคคลเมื่ออยู่รวมกันเป็นกลุ่ม 2-3 คนขึ้นไปจะมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ร่วมกันโดยมีการปรับบทบาท มีการติดต่อ สื่อสาร มีการแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และอาจมีภาวะเครียดเมื่อมีความขัดแย้งกันขึ้น 3. ระบบสังคม (Social systems) เมื่อมีกลุ่มคนหลายๆกลุ่มซึ่งมีจุดหมายคล้ายกันจะผลักดันให้มีการจัดองค์กร มีการจัดแบ่งอำนาจและตำแหน่งในสังคมขึ้นเพื่อประโยชน์ของการตัดสินใจ หรือวางนโยบายร่วมกันในสังคมอย่างราบรื่น และได้ผลงาน ตัวอย่างระบบทางสังคมที่มีความสำคัญต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ คือ ระบบครอบครัว ระบบโรงเรียน ระบบการทำงาน ระบบของโรงพยาบาลและระบบของสถาบันบริการสุขภาพ	แสดงออกซึ่งกันและกันเพื่อไปสู่จุดหมายเดียวกัน มีการรับรู้ซึ่งกันและกัน ทั้งพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยสื่อสารกัน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันเพื่อนำไปสู่จุดหมายต่อไป	

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวคิดการดูแลญาติของผู้ป่วยถึงวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	กิจกรรม
	สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกของบุคคล บุคคลต้องมีการแลกเปลี่ยนพลังงานกับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลาเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ สิ่งแวดล้อมภายนอกจะเป็นองค์การที่เป็นทางการ พฤติกรรมและการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางสังคม โดยพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การพยาบาล การพยาบาลเป็นกระบวนการของการกระทำ การตอบสนอง และปฏิสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลกับผู้มารับบริการ ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทราบถึงจุดหมายและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการ จำเป็นต้องร่วมกันหาวิธีการ และแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้มีจุดมุ่งหมายเป็นที่ยอมรับของทั้ง 2 ฝ่าย		

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวทางการดูแลญาติของผู้ป่วยถึงวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	กิจกรรม
	ในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหาของผู้มารับบริการ สุขภาพ (Health) ภาวะสุขภาพ คือ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ไม่มีการหยุดนิ่งเป็นการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง และใช้แหล่งทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างคุ้มค่าเพื่อการบรรลุศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิต		
2. ความเข้าใจของญาติต่อการแยกจากผู้ป่วยถึงวิกฤต การเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ ความไม่คุ้นเคยการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้แต่การทำการกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกโดดเดี่ยวถูกแยกจากสังคม ครอบครัว แม้แต่ช่วงเวลาสั้นๆ ก็ารู้สึกว่าถูกทอดทิ้งขาดการปฏิสัมพันธ์	บุคคล (ดังรายละเอียดข้างบน) สิ่งแวดล้อม (ดังรายละเอียดข้างบน) การพยาบาล (ดังรายละเอียดข้างบน) สุขภาพ (ดังรายละเอียดข้างบน)	2. ความเข้าใจของญาติต่อการแยกจากผู้ป่วยถึงวิกฤต พยาบาลกับญาติต้องมีการสื่อสารแบบสองทาง ต่างฝ่ายต่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เหตุผล ข้อมูลต่างๆ ที่รับรู้ ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต การดูแลทั้งด้านรักษาพยาบาล สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลทำความเข้าใจโดยการเข้าไปร่วมรู้สึกกับญาติที่ถูกพลัดพราก อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยหนัก	กิจกรรมที่ 2 กำหนดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่พยาบาลและญาติปฏิบัติร่วมกันด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์จากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวทางการดูแลญาติของผู้ป่วยถึงวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	กิจกรรม
กับครอบครัวเพื่อน พี่น้อง ญาติๆ ไม่ต่างจากความรู้สึกของผู้เป็นญาติที่มีความผูกพันใกล้ชิดมาโดยตลอด การพลัดพรากจากผู้ป่วย การขาดความต่อเนื่องในการดูแลของญาติ ความคับข้องใจในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ กับความต้องการของญาติ ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล		ในช่วงเจ็บป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ต่างฝ่ายต่างรับรู้ข้อมูล รับรู้ปัญหา พยาบาลสามารถนำมาเป็นข้อมูล ในการให้บริการให้ตรงกับ ความคาดหวังที่เป็นไปได้ในสภาวะการเจ็บป่วยนั้น	
3. การรับรู้ของญาติต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อความผ่อนคลายของผู้ป่วย ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทำให้ต้องได้รับผลกระทบให้เกิดความไม่สุขสบายที่ก่อให้เกิด	บุคคล (ดังรายละเอียดข้างบน) สิ่งแวดล้อม (ดังรายละเอียดข้างบน) การพยาบาล (ดังรายละเอียดข้างบน)	3. การรับรู้ของญาติต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อความผ่อนคลายของผู้ป่วย รับรู้สภาวะของการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยและญาติ รู้ขอบเขตของความทุกข์จากการเผชิญกับภาวะของโรค และกิจกรรมในการรักษาพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาล	กิจกรรมที่ 3 ค้นหาวิธีการและนำไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุ ผลลัพธ์ที่กำหนดร่วมกันของพยาบาล ญาติ และ

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวทางการดูแลญาติของผู้ป่วยถึงวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	กิจกรรม
ความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจ การสอดใส่สายหรือท่อต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย การถูกเจาะเลือด การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ การทำหัตถการต่างๆ การผูกมัดด้วยอุปกรณ์ การถูกจำกัดอยู่บนเตียง การสื่อสารที่ไม่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ	สุขภาพ (ดังรายละเอียดข้างบน)	กับญาติที่มีเป้าหมายในการร่วมกันหาวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะการเจ็บป่วย การดูแลรักษา การฟื้นฟูร่างกายจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้เหตุผลในแต่ละกิจกรรม ที่มีระยะเวลาของการเริ่มต้นและการสิ้นสุด รับรู้ขอบเขต และระดับของความเจ็บปวด ความไม่สบาย	ผู้ป่วย ต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบัน
4. การรับรู้ข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยถึงวิกฤต ญาติของผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคและอาการของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้ไม่เท่ากันในแต่ละคนมีความกลัว ความวิตกกังวล เกิดขึ้นตั้งแต่ที่ทราบว่าเจ็บป่วยและ ความรู้สึกยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาใน	บุคคล (ดังรายละเอียดข้างบน) สิ่งแวดล้อม (ดังรายละเอียดข้างบน) การพยาบาล (ดังรายละเอียดข้างบน) สุขภาพ (ดังรายละเอียดข้างบน)	1. การรับรู้และความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับ การดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในระหว่างที่ญาติมีความวิตกกังวล กลัวการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้นั้น พยาบาลต้องสร้างปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วย ร่วมปรึกษาโดยใช้การติดต่อสื่อสารแบบสองทางเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล รับรู้ปัญหาความต้องการของญาติ และความเข้าใจในการเจ็บป่วย	กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสภาวะความเจ็บป่วยให้กับญาติด้วยกิจกรรม เชิงปฏิสัมพันธ์

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวทางการดูแลญาติของผู้ป่วยถึงวิกฤต	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	กิจกรรม
หอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบกับญาติที่มีความผูกพันอย่างมาก ทำให้ขาดสมาธิในการรับฟังข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย		การดำเนินของโรคแผนการรักษาพยาบาลที่ทำให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ญาติได้รับรู้ข้อมูลดังกล่าวได้จนเข้าใจ	

1.3 ผู้วิจัยนำตารางที่บูรณาการมาจัดทำขั้นตอนกิจกรรมและพฤติกรรมพยาบาลตามรูปแบบที่บูรณาการแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤต โดยระบุผู้ปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ต้องการ พร้อมทั้งเอกสารที่ใช้ประกอบในการปฏิบัติตามรูปแบบในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยจึงสร้างเป็นตารางที่เรียกว่าตารางกิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤต ที่กำลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตามรูปแบบที่ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมให้ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตมีความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ กำหนดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่พยาบาลและญาติปฏิบัติร่วมกัน ค้นหาวิธีการและนำไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันของพยาบาลและญาติผู้ป่วยต่อสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบัน (ดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด 2. ผู้วิจัยมอบรายชื่อผู้ป่วยที่คัดเลือกให้หัวหน้างาน/หัวหน้าทีมเพื่อมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในโครงการวิจัย 3. พยาบาลหัวหน้างาน/หัวหน้าทีมมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพในโครงการวิจัย รับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยถึงวิกฤตเป็นรายผู้ป่วย (Case- assignment) โดยใช้แบบบันทึกการมอบหมายงาน		- แบบบันทึกการมอบหมายงาน (Assignment sheet)
กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยให้กับญาติด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การสร้างความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้กับญาติโดยกระบวนการรับรู้และติดต่อสื่อสารแบบสองทาง	พยาบาลพบกับญาติครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 ของการทดลองที่หอผู้ป่วยหนัก มีการปฏิบัติดังนี้ 1. ร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ภายหลังการรับ-ส่งเวร ในเวลา 08.30-08.40 น. โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีมและพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย 2. พยาบาลญาติและผู้ป่วยถึงวิกฤตมีการติดต่อสื่อสาร 2 ทาง ทั้งโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ต่างฝ่ายต่างนำเสนอประสบการณ์ในอดีต ความรู้ความต้องการ ความคาดหวังและการรับรู้ของตนเองมาแสดงออกซึ่งกันและกัน เพื่อไปสู่จุดหมาย	- ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตรับรู้ และเข้าใจสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	- แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	เดียวกัน ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการรับรู้ซึ่งกันและกันอย่างไว้วางใจกันในสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต 3. พยาบาลรวบรวมปัญหาต่างๆ ของญาติและผู้ป่วยถึงวิกฤตอย่างถูกต้องเป็นจริงและสมบูรณ์ จากเวชระเบียน แบบรายงานของผู้ป่วย การรับ-ส่งเวร และข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วยและญาติ 4. พยาบาลทบทวนปัญหาจากสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รวบรวมได้ให้ญาติและผู้ป่วยได้รับรู้ และทำความเข้าใจในปัญหาให้ตรงกัน 5. บันทึกปัญหาลงในแบบฟอร์มบันทึกการดูแลผู้ป่วย 6. รวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติจากการเจ็บป่วย		- แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย
กิจกรรมที่ 2 กำหนดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่พยาบาลและญาติปฏิบัติร่วมกันด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์จากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต หมายถึง การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันของพยาบาล ญาติ และผู้ป่วย	1. นำปัญหาที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยและญาติ ที่เป็นความเฉพาะของบุคคลภายในสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก 2. พยาบาล ญาติและผู้ป่วยสื่อสารร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุด ตามสถานการณ์เจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	- พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและญาติจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รับผิดชอบอย่างถูกต้องและสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง	- แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุด		- มีเป้าหมายร่วมกันทั้งพยาบาลและญาติผู้ป่วยในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีตามสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจากการปฏิบัติของพยาบาลและญาติ	
กิจกรรมที่ 3 ค้นหาวิธีการและนำไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดร่วมกันของพยาบาลและญาติ ผู้ป่วยต่อภาวะ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบัน หมายถึง พยาบาล และญาติร่วมกันหาวิธีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุด	1. พยาบาล ญาติ และผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกันหาวิธีที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตให้ได้ผ่อนคลายจากความทุกข์ ได้รับความสุขสบาย พักผ่อนนอนหลับได้ 2. พยาบาลและญาติผู้ป่วยนำวิธีปฏิบัติที่ตกลงร่วมกันมาสร้างความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องตรงกัน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้ และไม่เกิดผลเสียกับผู้ป่วย 3. เปิดโอกาสและสนับสนุนกิจกรรมให้ญาติมีส่วนตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม	- มีวิธีการปฏิบัติที่นำไปสู่เป้าหมายที่พยาบาล และญาติผู้ป่วยกำหนดไว้ร่วมกันเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุดในปัจจุบัน	- แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือแนะนำช่วยให้ญาติปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ ไม่รู้สึกขัดขวางต่อการรักษา พยาบาลหรือกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติด้วยตนเองขณะเข้าเยี่ยม 4. พยาบาลสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้และเข้าใจถึงความใส่ใจ การเลือกสิ่งที่ดีที่สุดในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง เช่น ขณะดูดเสมหะ ทำความสะอาด ปากฟัน การดูแลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การแทงเส้นให้น้ำเกลือ การจัดท่านอนให้สบาย 5. พยาบาลการอธิบายและสอนญาติ ในการจัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศของการพักผ่อนนอนหลับ 6. พยาบาลเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติเตรียมอุปกรณ์การเขียน เพื่อช่วยการสื่อสารไว้ท้ายเตียง ช่วยแปลความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด		

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติที่พยาบาลผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	7. เป็นสื่อกลางให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยและญาติ จัดความกลัวเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย โดยอธิบายให้เข้าใจได้ง่าย คือ ชนิดของเครื่องมือ ประโยชน์ทั้งด้านการทำงาน และระบบสัญญาณเตือน 8. พยาบาลเป็นผู้ช่วยให้ญาติในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในกิจกรรม การดูแลขั้นพื้นฐาน การจัด fowler's position การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การพุงนึ่งบนเตียงการเช็ดตัว การสัมผัส พูดคุยเป็นกำลังใจ สร้างความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยและญาติ 9. แนะนำให้ญาติบริหารกล้ามเนื้อแขนและขาผู้ป่วย ช่วยคลายความเมื่อยล้า 10. เปิดโอกาสให้ญาติได้นวด ให้ผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายให้ได้รับความสุขสบายพักผ่อนนอนหลับได้ 11. พยาบาลให้ทางเลือกกับญาติในการติดต่อบุคคลที่มีความสำคัญและผูกพันกับผู้ป่วยให้มาเยี่ยม หรือใช้โทรศัพท์ติดต่อญาติเพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง หรือให้ญาติผู้ดูแลช่วยใน		

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	การถ่ายทอดคำพูด ความรู้สึก ความผูกพันในกรณีที่ไม่ได้มาเยี่ยม 12. พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาตินำของใช้ที่ผู้ป่วยผูกพันมาให้ผู้ป่วย 13. เปิดโอกาสและสนับสนุนในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติ ช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ และการนำสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมาไว้ใกล้ผู้ป่วยให้มองเห็นได้ง่าย 14. พยาบาลจัดให้มีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม ที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตและการทำงานของญาติผู้ป่วย ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล 15. พยาบาลพูดคุยกับญาติผู้ป่วยถึงสิ่งที่ญาติปฏิบัติกับผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกอย่างไร และได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและตนเองที่เป็นความเฉพาะหรือไม่ 16. พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง		

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตามรูปแบบบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	17. ร่วมประชุมปรึกษาภายหลังการรับ-ส่งเวร ในเวลา 16.30-16.40 น. โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีม และพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย		
	พยาบาลพบกับญาติครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 ของการทดลอง ที่หอผู้ป่วยหนัก โดยพยาบาลปฏิบัติ  กิจกรรม ที่ 1 กิจกรรม ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 (ดังกล่าวข้างบน)		- แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย
	พยาบาลพบกับญาติครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 ของการทดลอง ที่หอผู้ป่วยหนักโดยพยาบาลปฏิบัติดังนี้ กิจกรรม ที่ 1 กิจกรรม ที่ 2 กิจกรรม 3 (ดังกล่าวข้างบน)		- แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการรับ-ส่งเวร - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

1.4) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานที่เรียกว่า “คู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง” ซึ่งมีคำแนะนำในการใช้รูปแบบประกอบด้วย ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ผู้วิจัยเสนอคู่มือต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาตามรูปแบบ และปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมทั้งจัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ โดยทีมที่ให้การดูแลประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นในเวร

1.5) นำเสนอคู่มือต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้สร้างรูปแบบที่ถูกต้องของเนื้อหาทุกขั้นตอนปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามถึงความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ การศึกษาและสัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกับที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต มุ่งศึกษาในเรื่องการรับรู้ความพึงพอใจของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤตต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ณ เวลานั้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องโดยปรับใช้แนวคิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Eillison (1982) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขของญาติในปัจจุบันกับการได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยถึงวิกฤต และการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
-----------	---------	--

มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
-----	---------	---

ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการจริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่ได้รับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามข้อรายการที่กำหนดไว้ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต มีเกณฑ์การคิดคะแนน ผู้วิจัยแปลผลคะแนนจากค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ที่กำหนดเป็นช่วงคะแนน ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมีตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ผู้วิจัยใช้สูตร

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

เมื่อได้ช่วงคะแนนแล้ว จึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน และแปลผลคะแนน ดังแสดงรายละเอียด การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.21-5.00	ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณมากที่สุด
3.41-4.20	ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก
2.61-3.40	ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง
1.81-2.60	ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.80	ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อรายการและการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเนื้อหาในสาขาเฉพาะ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาตามขอบเขตสาระ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการวิจัย และ

ภาษาเหมาะสม ใช้ความเห็น เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน โดยผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2) การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี และโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปใช้วิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient กำหนดค่าความเที่ยง 0.80 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบยกเว้น (Expectation category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในกลุ่มมือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 นำเสนอโครงร่างสารนิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เพื่อขออนุมัติหัวข้อสารนิพนธ์ และแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างการวิจัย (สารนิพนธ์) จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ ระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อหาความเที่ยง ของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

3) เอกสารการขออนุมัติประกอบด้วย ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย แบบเสนอโครงร่างงานวิจัย (สารนิพนธ์) โครงร่างงานวิจัย (สารนิพนธ์) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (สารนิพนธ์) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สารนิพนธ์) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) นำโครงการวิจัย (สารนิพนธ์) เสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โดยทำรายงานถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่

5) เมื่อได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่ แล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลงานวิจัย

6) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ และอธิบายให้ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตเข้าใจถึงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ว่าข้อมูลที่ได้จากการทดลองนี้จะมีความลับและไม่มีผลต่อการรักษาหรือการรับบริการใดๆ โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคล หรือชื่อของผู้รับบริการปรากฏในงานวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนด โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการของผู้ป่วย และสามารถยุติได้ถ้าไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ เมื่อญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1) เตรียมด้านเอกสาร ดังนี้

1.1.1) หนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.1.2) แบบฟอร์มแสดงความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.1.3) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.1.4) แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

1.2) เตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน มีการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยเลือกทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ที่ให้การพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดย

1.2.1) เขียนโครงการอบรมให้มีความสอดคล้องกับคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

1.2.2) นำโครงการอบรมเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและเรียนเชิญอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการบรรยายโครงการอบรมวิชาการ

1.2.3) เสนอโครงการอบรมเรื่องรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีพยาบาลของคิง ในการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กับหัวหน้าผู้ป่วยหนัก เพื่อทราบถึงขั้นตอนการ เตรียมการและการอบรม โดยกำหนดวันเวลาที่ชัดเจน เพื่อให้หัวหน้าผู้ป่วยหนัก มอบหมายให้พยาบาล วิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต เข้ารับการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.2.4) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก ที่ให้การพยาบาลดูแล และผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวนทั้งสิ้น 5 คนโดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากรบรรยายในเรื่องการพยาบาล ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในระหว่างและหลังการบรรยาย มีการ ชักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวคิดและการปฏิบัติจนผู้เข้ารับการอบรมเกิดความเข้าใจ และสามารถใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีพยาบาลของคิง ใน การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตได้

1.2.5) ภายหลังการอบรม ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการการพยาบาล ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับพยาบาล วิชาชีพ แนะนำแนวทางในการปฏิบัติตามคู่มือ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าหอ ผู้ป่วยหนัก และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

1.2.6) ดำเนินการฝึกปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาดูแลระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติ คนละ 1 ราย โดยใช้คู่มือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3) การเตรียมกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

1.3.1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.3.2) พยาบาลวิชาชีพที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แจ้งผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้ง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมทดลอง

1.3.3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อน ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการ พยาบาลของคิง

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่ม ทดลอง ตามเกณฑ์

2.1) กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 10 คนที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ให้กับหัวหน้างานผู้ป่วยหนักและพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต เพื่อดำเนินการให้บริการผู้ป่วยกึ่งวิกฤตตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ

- | | |
|--------------|---|
| กิจกรรมที่ 1 | ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยชีวิตในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน |
| กิจกรรมที่ 2 | ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะกึ่งวิกฤต ป้องกันภาวะเจ็บป่วยรุนแรงซ้ำ |
| กิจกรรมที่ 3 | ให้การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย |
| กิจกรรมที่ 4 | ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ได้ถูกต้อง |

2.2) กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและญาติ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 10 คน ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก/หัวหน้าทีม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ที่ให้การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยใช้คู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ดำเนินการทดลอง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก/หัวหน้าทีมและพยาบาลวิชาชีพ นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาใช้ในการปฏิบัติ ดังนี้

- (1) ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ใช้เวลาในการทดลอง 3 วัน
- (2) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้ญาติผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- (3) ผู้วิจัยแจ้งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักดำเนินการมอบผู้ป่วยกึ่งวิกฤตให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน โดยพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจำนวน 2 ราย โดยใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปฏิบัติการพยาบาล เป็นรายบุคคล โดยนัดหมายญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ก่อนเวลาเยี่ยมผู้ป่วย 15 นาทีและให้บริการขณะญาติเยี่ยมครั้งละ 30-45 นาทีครบทั้ง 3 กิจกรรม โดยพบญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตตั้งแต่วันแรกที่ทำทดลองจนครบ 3 วัน โดยการนัดพบ 3 ครั้งติดต่อกันในเช้าหรือเย็น
- (4) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการปฏิบัติตามแผนการดูแล โดยมีการจัดกิจกรรมดังนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วย /หัวหน้าทีม และพยาบาลที่ได้รับมอบหมายร่วมประชุมปรึกษาก่อน และหลังการรับ-ส่งเวร ใช้เวลา 10 นาทีทุกวัน เพื่อเตรียมความพร้อม และร่วมวิเคราะห์ปัญหาก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 ในแต่ละวันนำปัญหาที่รวบรวมได้หลังปฏิสัมพันธ์ของพยาบาล ญาติและผู้ป่วย มาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะความเจ็บป่วยให้กับญาติด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การสร้างความเข้าใจในภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้กับญาติ โดยกระบวนการรับรู้และติดต่อสื่อสารแบบสองทาง มีการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

1.1) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีมและพยาบาลวิชาชีพ 2-3 คน ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนพบญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต

1.2) พยาบาล และญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตมีการติดต่อสื่อสารสองทาง ทั้งโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ต่างฝ่ายต่างนำประสบการณ์ในอดีต ความรู้ ความต้องการ ความคาดหวังและการรับรู้ของตนมาแสดงออกซึ่งกันและกัน เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกันทั้งสองฝ่ายมีการรับรู้ซึ่งกันและกัน อย่างไว้วางใจกัน ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต

1.3) พยาบาลรวบรวมปัญหาต่างๆ ของญาติและผู้ป่วยถึงวิกฤต อย่างถูกต้องเป็นจริง และสมบูรณ์ จากเวชระเบียน แบบรายงาน การรับ-ส่งเวรและข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วยและญาติ

1.4) พยาบาลทบทวนปัญหาจากสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่รวบรวมได้ให้ญาติและผู้ป่วยได้รับรู้ และทำความเข้าใจในปัญหาให้ตรงกัน

1.5) พยาบาลบันทึกปัญหาลงในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 กำหนดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่พยาบาลและญาติปฏิบัติร่วมกันด้วยกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์จากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถึงวิกฤต หมายถึง การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันของพยาบาล ญาติและผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤต ให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพ ของเขาให้ดีที่สุด

2.1) พยาบาลจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่อยู่บนพื้นฐานความแตกต่างกันในด้านความรู้สึนึกคิด ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่เป็นความเฉพาะของบุคคล ภายในสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก

2.2) พยาบาล ญาติและผู้ป่วยสื่อสารร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤตตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่รบกวนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงภาวะสุขภาพ ของเขาให้ดีที่สุดตามสถานะของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาวิธีการและนำไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดร่วมกันของ พยาบาลและญาติ ผู้ป่วยต่อภาวะ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบัน หมายถึง พยาบาล และญาติร่วมกัน หาวิธีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ให้บรรลุจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤต ให้สามารถ ดำรงภาวะสุขภาพของเขาให้ดีที่สุด มีการปฏิบัติดังนี้

3.1) พยาบาล ญาติ และผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกันหาวิธีที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงวิกฤต ให้ผ่อนคลายจากความทุกข์ได้รับความสุขสบาย พักผ่อน และนอนหลับได้

3.2) พยาบาลและญาติผู้ป่วยนำวิธีปฏิบัติที่ตกลงร่วมกันมาสร้างความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องตรงกันที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้ และไม่เกิดผลเสียกับผู้ป่วย

3.3) พยาบาลเปิดโอกาสและสนับสนุนกิจกรรมให้ญาติมีส่วนตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือ แนะนำ ช่วยให้อาการปฏิบัติได้อย่างมั่นใจและไม่รู้สึกขัดขวางต่อการรักษาพยาบาล หรือกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติ ด้วยตนเองขณะเข้าเยี่ยม

3.4) พยาบาลสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้และเข้าใจถึงความใส่ใจของพยาบาล การเลือกสิ่งที่ดีที่สุดในการปฏิบัติพยาบาลทุกครั้ง เช่น ขณะดูแลห่มห่ออย่างนุ่มนวล ทำให้ผู้ป่วย หายใจสบาย ทำความสะอาด ปากฟัน การแทงเส้นให้น้ำเกลือทำให้เจ็บน้อยที่สุด การจัดท่านอนให้ สุขสบาย

3.5) พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งรบกวนผู้ป่วยอธิบายและสอนญาติในการดูแลผู้ป่วย คสิ่งรบกวนที่ญาติสามารถปฏิบัติได้ เช่น จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การจัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศของการพักผ่อน นอนหลับ

3.6) พยาบาลเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติเตรียมอุปกรณ์การเขียน เพื่อช่วยการสื่อสารไว้ท้ายเตียง ช่วยแปลความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ

3.7) เป็นสื่อกลางให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยและญาติ ขจัดความกลัว เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย โดยการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย คือ ชนิดของเครื่องมือ ประโยชน์ทั้งด้าน การทำงาน และระบบสัญญาณเตือน

3.8) พยาบาลเป็นผู้ช่วยให้ญาติในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในกิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐาน เช่น การเช็ดตัวเพื่อความสุขสบาย การจัดท่านอนกึ่งนั่งกึ่งนอนให้อาหาร การพลิกตะแคงตัว การพุงนึ่งบนเตียง การเช็ดตัว การสัมผัสและพูดคุยเป็นกำลังใจ สร้างความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยและญาติ

3.9) พยาบาลให้ทางเลือกกับญาติในการติดต่อบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยให้มาเยี่ยม หรือพยาบาลช่วยติดต่อทางโทรศัพท์ให้ญาติที่ผูกพันพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง หรือให้ญาติผู้ดูแลช่วยในการถ่ายทอดคำพูด ความรู้สึกของญาติที่ผูกพันในกรณีที่ไม่ได้มาเยี่ยมให้ผู้ป่วยฟัง

3.10) พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาตินำสิ่งของเครื่องใช้ที่ผู้ป่วยผูกพันมาไว้ให้ผู้ป่วย

3.11) พยาบาลเปิดโอกาสและสนับสนุนในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธา ของผู้ป่วยและญาติ ช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ นำ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมาไว้ใกล้ผู้ป่วยให้มองเห็นได้ง่าย

3.12) พยาบาลจัดให้มีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมตามที่สัมพันธ์กับการจัดเวลาการดำเนินชีวิต และการทำงานของญาติผู้ป่วยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล

3.13) พยาบาลพูดคุยกับญาติผู้ป่วยถึงสิ่งที่ญาติปฏิบัติกับผู้ป่วยเมื่อวานนี้ว่ามีความรู้สึก อย่างไร และได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและตนเองที่เป็นความเฉพาะหรือไม่

3.14) พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลและแบบบันทึก การดูแลผู้ป่วยตามคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของคิง

3.15) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีมและพยาบาลวิชาชีพ ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล หลังพบญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตทุกวัน เป็นเวลา 3 วันนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและยังรักษา ในหอผู้ป่วยหนัก

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง โดยปฏิบัติตาม จริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต เพื่อขอความร่วมมือในการด้วยวิธีการตอบ แบบสอบถามตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้ทำวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ดูแลเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และ ตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้ง นี้ในใบพิกัดสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย และแจกแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2) ผู้วิจัยอธิบายถึงคำชี้แจง การให้คะแนนคำตอบ จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและดำเนินการเก็บ ข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน 1 - 2 กับกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยแบ่งเป็น

3.1) กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาทีต่อราย ด้วยการให้ญาติผู้ป่วย กิ่งวิกฤตทำแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และข้อมูลส่วนบุคคลของ ญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤต เก็บข้อมูลทั้งสองส่วนโดยครั้งที่ 1 เก็บในวันแรกที่นัดญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤต มารับ บริการตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และครั้งที่ 2 นัดเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ เมื่อครบกำหนด (3 วัน)

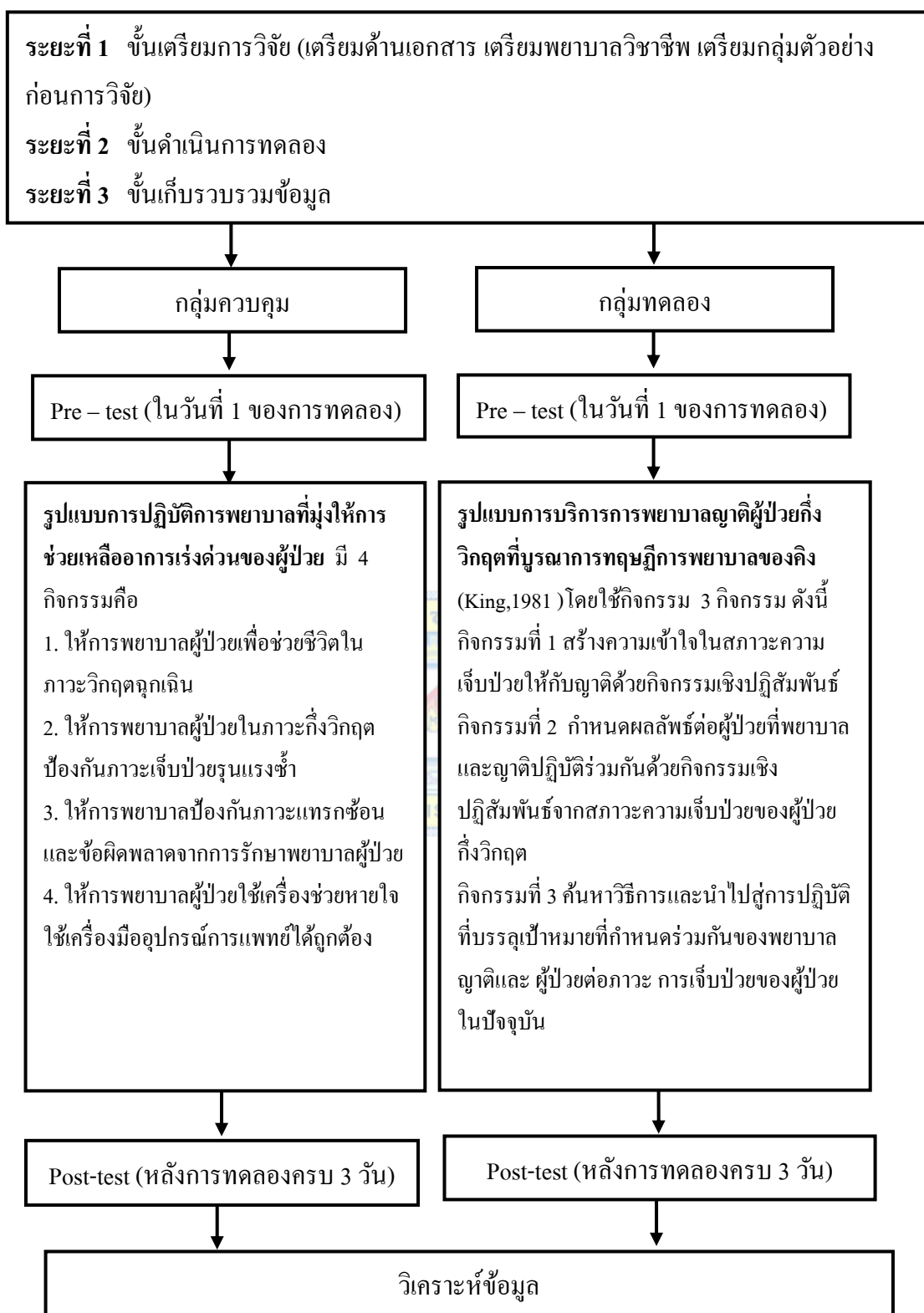
3.2) กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาทีต่อราย ด้วยการให้ญาติผู้ป่วย กิ่งวิกฤตทำแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และข้อมูลส่วนบุคคลของ ญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤต เก็บข้อมูลทั้งสองส่วนโดยครั้งที่ 1 เก็บในวันแรกที่นัดญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤต มารับ บริการตามรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และ ครั้งที่ 2 นัดเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ เมื่อครบกำหนด 3 วัน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

- 1) แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ได้แก่ เพศ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- 2) หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- 3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและ หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของสองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Nonparametric Statistic ด้วยวิธี Mann - Whitney U Test
- 4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและ หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกิ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Nonparametric Statistic ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon -Signe Rank Test



ภาพที่ 2 วิธีการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบ ก่อน-หลังการทดลอง (Two- Group Pre- Post Test Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการ เร่งด่วนของผู้ป่วย โดยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับและค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย (ตารางที่ 5 - 9)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของญาติผู้ป่วยกึ่ง วิกฤต หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือของอาการเร่งด่วนผู้ป่วย ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test (ตารางที่ 10-13)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่ง วิกฤต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของคิง โดยใช้สถิติ Wilcoxon –Signe Ranks test (ตารางที่ 14-17)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่ง วิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของคิง (ตารางที่ 18-21)

ส่วนที่ 1 ระดับและค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงคว่นของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงคว่นของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและจำแนกรายด้าน

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	3.62	0.220	มาก	3.94	0.117	มาก
ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	3.95	0.108	มาก	3.85	0.184	มาก
ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	3.75	0.177	มาก	3.78	0.237	มาก
รวม	3.77	0.121	มาก	3.723	0.943	มาก

จากตารางที่ 5 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงคว่นของผู้ป่วย ทั้งโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงด่วนของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้าน

การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	3.85	0.164	มาก	4.66	0.222	มากที่สุด
ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	4.08	0.078	มาก	4.66	0.302	มากที่สุด
ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	3.88	0.113	มาก	4.72	0.315	มากที่สุด
รวม	3.93	2.846	มาก	4.68	0.257	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 ระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงด่วนของผู้ป่วย โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรงด่วนของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงจำแนกรายข้อ

การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้าน การมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจ สัมผัสผู้ป่วย.....	3.90	0.316	มาก	4.00	0.483	มาก
2. ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	3.80	0.422	มาก	4.40	0.516	มากที่สุด
3. ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็นตัวแทนของศาสนา.....	3.80	0.422	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
4. ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านได้อ่าน หนังสือสวดมนต์ ให้ผู้ป่วย ...	3.80	0.422	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน การมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5. ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้พบกับผู้ป่วยถึง การดูแล บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง...	3.80	0.632	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
6. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้พาดูญาติผู้ป่วย รักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย ...	4.00	0.000	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
7. ท่านได้พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จ ของบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด...	4.10	0.316	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
8. ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านบอกกล่าวความ ในใจ เพื่อขอภัยผู้ป่วย...	3.50	0.707	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด
9. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย...	4.20	0.422	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
10. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้สัมผัสผู้ป่วยและ กล่าวถึงสิ่งที่ท่านตั้งใจสวดมนต์...	3.60	0.516	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
รวม	3.85	0.164	มาก	4.66	0.222	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทั้ง 10 ข้อ อยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงทั้งโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า 1 ข้อใน 10 ข้อ อยู่ในระดับมาก และอยู่ในระดับมากที่สุด 9 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	กลุ่มควบคุม(n=10)			กลุ่มทดลอง(n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านภูมิใจที่ท่านสามารถปรับอารมณ์ของท่าน ให้สดชื่นทุกครั้ง.....	4.10	0.316	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
2. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้กำลังใจจากผู้ป่วยรักและชอบมาให้.....	4.00	0.000	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
3. ขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ท่านทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้จากการสื่อสาร....	4.10	0.316	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด
4. ท่านสังเกตเห็นผู้ป่วยมีเหงื่อออกหรือร่างกายไม่สะอาด ท่านเช็ดตัวให้ผู้ป่วย...	4.00	0.000	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด
5. เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ท่านช่วยพุงผู้ป่วยนั่งบนเตียง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นบุคคลที่ผู้ป่วยรัก...	4.00	0.000	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
6. เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านอนของผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ท่านเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย..	4.30	0.483	มากที่สุด	4.60	0.516	มากที่สุด
7. ท่านมองเห็นความไม่สุขสบายจาก การดิ้นรื้อของสายเครื่องช่วยหายใจ ...	4.10	0.316	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
8. เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอาหารทางสายยาง ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ท่านสามารถ...	3.90	0.568	มาก	4.40	0.699	มากที่สุด
9. ท่านทราบว่าผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการนอนท่านช่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนขา...	4.10	0.316	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
10. สุขใจทุกครั้งที่ได้ชวนให้ผู้ป่วยเพื่อคลายกล้ามเนื้อ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายนอนหลับได้.....	4.20	0.422	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
รวม	4.08	0.078	มาก	4.65	0.222	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 9 อยู่ในระดับมาก มี 1 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทั้ง 10 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านจัดเวลาในการทำงานทุกครั้ง ให้สอดคล้องกับการไปเยี่ยมผู้ป่วย...	4.30	0.483	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด
2. ท่านวางแผนการทำงานล่วงหน้าทุกวัน ซึ่งช่วยให้ลดความเร่งรีบจากการทำงาน...	4.00	0.000	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
3. ท่านพอใจทุกครั้ง ที่ท่านสามารถจัดเวลาล่วงหน้าเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ...	4.00	0.000	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
4. เมื่อท่านมีภารกิจที่ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา ท่านสามารถตกลงกับพยาบาลได้ทุกครั้งในการเข้าเยี่ยม...	3.80	0.422	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
5. ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วย ขณะที่ไม่ได้ มาเยี่ยม	3.90	0.316	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
6. ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลาเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทุก...	3.60	0.516	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
7. ท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ขณะเดียวกัน ท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อน...	3.70	0.483	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
8. ท่านรู้สึกพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลาในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ...	3.80	0.422	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้าน การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9. ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้จัดการให้ตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของครอบครัว	3.60	0.516	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
10. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพานักคนที่ ผู้ป่วยเชื่อถือศรัทธาทางศาสนาเยี่ยม...	4.10	0.316	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด
รวม	3.52	0.113	มาก	4.72	0.315	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 ระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า 9 ข้อใน 10 ข้อ อยู่ในระดับมากและมี 1 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังด้านของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังด้านของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.การมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	ควบคุม	10	3.85	0.164	5.5	55.00	-1.895*
	ทดลอง	10	4.66	0.222	15.50	155.00	
2.การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	ควบคุม	10	4.08	0.078	5.5	55.00	-1.895*
	ทดลอง	10	4.65	0.302	15.50	155.00	
3.การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	ควบคุม	10	3.88	0.113	5.5	55.00	-1.905*
	ทดลอง	10	4.72	0.315	15.50	155.00	
รวม	ควบคุม	10	3.86	0.94	5.50	55.50	-1.895*
	ทดลอง	10	4.68	0.257	115.50	155.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต พบว่า กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังด้านของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย ...	ควบคุม	10	3.90	0.316	6.85	68.50	- 1.600*
	ทดลอง	10	4.00	0.483	14.15	141.50	
2.เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนา...	ควบคุม	10	3.80	0.422	7.90	79.00	- 1.219*
	ทดลอง	10	4.40	0.516	13.10	131.00	
3.ท่านนำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็น ตัวแทน...	ควบคุม	10	3.80	0.422	6.70	67.00	- 1.664*
	ทดลอง	10	4.70	0.483	14.30	143.00	
4. ท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์ให้ ผู้ป่วยฟัง ...	ควบคุม	10	3.80	0.422	8.30	83.00	- 1.096*
	ทดลอง	10	4.30	0.4483	12.70	127.00	
5.พูดกับผู้ป่วยถึงการดูแลบุคคล สิ่งของ ...	ควบคุม	10	3.80	0.632	6.70	67.00	- 1.563*
	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.30	143.00	
6.ได้พาญาติที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน มาเยี่ยม...	ควบคุม	10	4.00	0.000	6.50	65.00	- 1.779*
	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.50	145.00	
7.พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จ ของบุคคล...	ควบคุม	10	4.10	0.316	7.00	70.00	- 1.533*
	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.00	140.00	
8.บอกกล่าวความในใจเพื่อขออภัย ผู้ป่วย...	ควบคุม	10	3.50	0.707	6.70	67.00	- 1.261*
	ทดลอง	10	4.60	0.516	14.30	143.00	
9.การปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วย ได้รับ...	ควบคุม	10	4.20	0.422	7.50	75.00	- 1.307*
	ทดลอง	10	4.80	0.422	13.50	135.00	
10.ทุกครั้งสัมผัสผู้ป่วยและ กล่าวถึง...	ควบคุม	10	3.60	0.516	6.40	64.00	- 1.671*
	ทดลอง	10	4.70	0.483	14.60	146.00	
รวม	ควบคุม	10	3.85	0.164	5.50	55.00	-1.896*
	ทดลอง	10	4.66	0.222	15.50	155.00	

* p < 0.05

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีที่ลี้ภัยหนีความทุกข์ของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายข้อทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการรับรู้ความมีคุณค่าของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านความมีคุณค่าในชีวิต							
1. ท่านภูมิใจที่ท่านสามารถปรับ	ควบคุม	10	4.10	0.316	7.00	70.0	- 1.533*
อารมณ์ของท่าน ให้สดชื่น...	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.00	140.00	
2. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้นำสิ่งของ	ควบคุม	10	4.00	0.000	6.50	65.00	- 1.779*
ที่ผู้ป่วยรักและชอบมาให้.....	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.50	145.00	
3. ขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้งท่านทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้	ควบคุม	10	4.10	0.316	8.00	80.00	- 1.142*
จากการ...	ทดลอง	10	4.60	0.516	13.00	130.00	
4. ท่านสังเกตเห็นผู้ป่วยมีเหงื่อออก	ควบคุม	10	4.00	0.000	7.50	75.00	- 1.427*
หรือร่างกายไม่สะอาด ท่านเช็ดตัว	ทดลอง	10	4.60	0.516	13.50	135.00	
ให้ผู้ป่วย...							
5. เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ท่านช่วยพยุงผู้ป่วยนั่งบนเตียงทำให้	ควบคุม	10	4.0	.000	8.00	80.00	- 1.258*
ผู้ป่วยมองเห็นบุคคล...	ทดลอง	10	4.5	.527	13.00	130.00	
6. เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านนอนของ	ควบคุม	10	4.30	0.483	9.00	90.00	- 0.657
ผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ...	ทดลอง	10	4.60	0.516	12.00	120.00	
7. ท่านมองเห็นความไม่สุขสบายจาก	ควบคุม	10	4.10	0.316	7.50	75.00	-1.334*
การดึงรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ	ทดลอง	10	4.70	0.483	13.50	135.00	
ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจ							

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการรับรู้ความมีคุณค่าของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านความมีคุณค่าในชีวิต							
8. เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ	ควบคุม	10	3.90	0.568	8.45	84.50	- 0.863
อาหารทางสายยาง ท่านภูมิใจทุก	ทดลอง	10	4.40	0.699	12.55	125.50	
ครั้งที่ท่านสามารถให้อาหาร...							
9. ท่านทราบว่าผู้ป่วยไม่สุขสบาย	ควบคุม	10	4.10	0.316	7.00	7.00	- 1.533*
จากการนอน ท่านช่วยบริหาร	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.00	140.00	
กล้ามเนื้อแขนขาผู้ป่วย...							
10. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้แนวให้	ควบคุม	10	4.20	0.422	8.00	80.00	- 1.095*
ผู้ป่วยเพื่อคลายกล้ามเนื้อ และทำให้	ทดลอง	10	4.70	0.483	13.00	130.00	
ผู้ป่วยรู้สึกสบาย...							
รวม	ควบคุม	10	3.85	0.113	5.50	55.00	-1.896*
	ทดลอง	10	4.66	0.315	15.50	155.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความมีคุณค่าในชีวิตของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อ ในรายข้อพบว่า 2 ข้อที่ไม่มีความแตกต่างและ 8 ข้อ ใน 10 ข้อ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต ของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว้นของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการปรับตัวให้เข้ากับ สถานะของชีวิต	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
10. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพบบุคคล ที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธาทางศาสนา มาเยี่ยม	ควบคุม	10	4.10	0.316	6.00	60.00	-1.971*
	ทดลอง	10	5.00	0.000	15.00	150.00	
รวม	ควบคุม	10	3.52	0.164	5.50	55.00	-1.905*
	ทดลอง	10	4.72	0.222	15.50	155.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่า กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว้นของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยรวม และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามี 1 ข้อ ที่ไม่มีความแตกต่าง และ 9 ข้อ ใน 10 ข้อ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Wilcoxon –Signe Ranks test

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้าน

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่มทดลอง (n=10)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	ก่อน	39.40	0.117	0.00	0.00	- 1.404*
	หลัง	46.60	0.222	5.50	5.50	
2.การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	ก่อน	38.50	0.184	0.00	0.00	- 1.407*
	หลัง	46.60	0.302	5.50	5.50	
3.การปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิต	ก่อน	37.80	0.234	0.00	0.00	- 1.404*
	หลัง	47.20	0.315	0.55	5.50	
รวม	ก่อน	115.70	0.094	0.00	0.00	- 1.402*
	หลัง	140.30	0.257	0.55	5.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโดยรวมรายด้านของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในด้านการมีที่ลี้ภัยเห็นใจทางจิตใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน การมีที่ลี้ภัยเห็นใจทางจิตใจ	กลุ่มทดลอง (n=10)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจ สัมผัส...	ก่อน	4.30	0.675	3.50	3.50	- 0.826
	หลัง	4.70	0.483	3.50	17.50	
2. ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาาร่วมกัน.....	ก่อน	4.00	0.000	0.00	0.00	- 1.000*
	หลัง	4.40	0.516	2.50	10.00	
3. ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็นตัวแทนของศาสนา...	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	- 1.357*
	หลัง	4.70	0.483	4.50	36.00	
4. ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านได้อ่าน หนังสือสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฟัง.....	ก่อน	3.70	0.483	0.00	0.00	- 1.224*
	หลัง	4.30	0.483	3.50	21.00	
5. ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยถึงการ ดูแลบุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง ...	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	- 1.443*
	หลัง	4.80	0.422	5.00	45.00	
6. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้พาญาติที่ผู้ป่วย รักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย...	ก่อน	4.00	0.000	0.00	0.00	- 1.414*
	หลัง	4.80	0.422	4.50	36.00	
7. ท่านได้พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จ ของบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับ ผู้ป่วย	ก่อน	4.10	0.568	0.00	0.00	- 1.266*
	หลัง	4.80	0.422	3.50	21.00	
8. ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านบอกกล่าว ความในใจ...	ก่อน	3.60	0.516	0.00	0.00	- 1.320*
	หลัง	4.60	0.516	4.50	36.00	
9. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย	ก่อน	4.20	0.422	0.00	0.00	- 1.224*
	หลัง	4.80	0.422	3.5	21.00	
10. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้สัมผัสผู้ป่วยและ กล่าวถึงการที่ท่านตั้งใจสวดมนต์...	ก่อน	3.90	0.316	0.00	0.00	-2.265*
	หลัง	4.70	0.483	4.00	28.00	
รวม	ก่อน	-3.94	0.117	0.00	0.00	-1.404*
	หลัง	4.66	0.222	5.50	55.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตด้านการมีที่ลี้ภัยเห็นใจทางจิตใจ โดยรวมรายด้านของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรวม และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามี 1 ข้อ ไม่มีความแตกต่างกัน และ 9 ข้อ ใน 10 ข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตในด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	(n=10)			Rank	Ranks	
1. ท่านภูมิใจที่ท่านสามารถปรับ	ก่อน	3.90	0.316	0.00	0.00	- 1.500*
อารมณ์ของท่านให้สดชื่น...	หลัง	4.80	0.422	5.00	45.00	
2. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้นำสิ่งของที่	ก่อน	3.60	0.516	.00	0.00	- 1.292*
ผู้ป่วยรักและชอบ ...	หลัง	4.80	0.422	4.50	36.00	
3. ขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ท่านทำความเข้าใจความต้องการ...	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	-1.265*
	หลัง	4.60	0.516	4.00	28.00	
4. ท่านสังเกตเห็นผู้ป่วยมีเหงื่อออก	ก่อน	3.70	0.823	0.00	0.00	-1.132*
หรือร่างกายไม่สะอาด ...	หลัง	4.60	0.516	3.50	21.00	
5. เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ท่านช่วย	ก่อน	4.00	0.471	0.00	0.00	-1.118*
พุงผู้ป่วยนั่งบนเตียง ...	หลัง	4.50	0.527	3.00	15.00	
6. เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านนอนของ	ก่อน	4.30	0.483	0.00	0.00	-0.866*
ผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ...	หลัง	4.60	0.516	2.00	6.00	
7. ท่านมองเห็นความไม่สุขสบายจาก	ก่อน	3.70	0.483	0.00	0.00	-1.320*
การดิ้นร้นของสายเครื่องช่วยหายใจ...	หลัง	4.70	0.483	4.50	36.00	
8. เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอาหาร	ก่อน	3.90	0.316	0.00	0.00	- 1.118*
ทางสายยาง ท่านภูมิใจ...	หลัง	4.40	0.699	3.00	15.00	
9. ท่านทราบว่าผู้ป่วยไม่สุขสบายจาก	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	- 1.443*
การนอน ท่านช่วยบริหารกล้ามเนื้อ...	หลัง	4.80	0.422	5.00	45.00	

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	(n=10)			Rank	Ranks	
10. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้แนวคิดให้	ก่อน	3.80	0.632	0.00	0.00	- 1.357*
ผู้ป่วยเพื่อคลายกลุ้มเนื้อ ...	หลัง	4.70	0.483	4.50	36.00	
รวม	ก่อน	38.50	0.184	0.00	0.00	- 1.407*
	หลัง	46.60	0.222	5.50	5.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต โดยรวมรายด้านของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรวม แลเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามี 1 ข้อ ใน 10 ข้อ ที่ไม่แตกต่างกัน และมี 9 ข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในด้าน การปรับให้เข้ากับสถานะของชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	(n=10)			Rank	Ranks	
1. ท่านจัดเวลาในการทำงานทุกครั้งให้	ก่อน	3.70	0.823	0.00	0.00	- 1.320*
สอดคล้องกับการไปเยี่ยมผู้ป่วย...	หลัง	4.70	0.483	4.50	36.00	
2. ท่านวางแผนการทำงานล่วงหน้า	ก่อน	4.00	0.816	0.00	0.00	- 1.265*
ทุกวัน ซึ่งช่วยให้ลดความเร่งรีบจาก การ	หลัง	4.80	0.422	4.00	28.00	
ทำงาน...						
3. ท่านพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัด	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	- 1.266*
เวลาล่วงหน้า	หลัง	4.50	0.527	3.50	21.00	

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตในด้าน การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมรายด้านและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=10)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
4. เมื่อท่านมีภารกิจที่ไม่สามารถมาเยี่ยม ผู้ป่วยได้ตามเวลา ท่านสามารถตกลงกับ พยาบาล...	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	- 1.320*
	หลัง	4.80	0.422	4.50	36.00	
5. ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วย ขณะที่ไม่ได้มาเยี่ยม...	ก่อน	3.70	0.483	0.00	0.00	- 1.525*
	หลัง	4.80	0.422	5.50	55.00	
6. ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลาเพื่อมา ดูแลผู้ป่วย ...	ก่อน	3.50	0.707	0.00	0.00	- 1.377*
	หลัง	4.80	0.422	5.00	45.00	
7. ท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ขณะเดียวกัน ท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อน...	ก่อน	3.50	0.527	0.00	0.00	- 1.320*
	หลัง	4.50	0.527	4.50	36.00	
8. ท่านรู้สึกพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัด เวลาในการมาเยี่ยมผู้ป่วย	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	- 1.135*
	หลัง	4.60	0.516	3.50	21.00	
9. ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้จัดการให้ตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญ.	ก่อน	3.90	0.316	0.00	0.00	- 1.414*
	หลัง	4.70	0.483	4.50	36.00	
10. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพบบุคคลที่ ผู้ป่วยเชื่อถือศรัทธาทงศาสนามาเยี่ยม	ก่อน	4.10	0.738	0.00	0.00	- 1.230*
	หลัง	5.00	0.000	04.00	28.00	
รวม	ก่อน	37.80	0.234	0.00	0.00	- 1.404*
	หลัง	47.20	0.315	5.50	55.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตด้าน การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต โดยรวมรายด้านของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วย
กึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการ
เรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่
บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่ม
ควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่ม
ทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความผาสุกทางจิต วิญญาณ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.การมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	ควบคุม	10	3.62	0.220	6.45	64.50	-1.552
	ทดลอง	10	3.94	0.117	14.55	145.50	
2.การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต	ควบคุม	10	3.95	0.108	12.50	125.00	-0.775
	ทดลอง	10	3.85	0.184	8.50	85.00	
3.การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของ ชีวิต	ควบคุม	10	3.75	0.177	9.70	97.00	0.306
	ทดลอง	10	3.78	0.234	11.30	113.00	
รวม	ควบคุม	10	3.77	0.121	8.40	84.00	-0.800
	ทดลอง	10	3.72	0.943	12.60	126.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วย
กึ่งวิกฤต กลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของ
ผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎี
การพยาบาลของคิง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้
การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วย
กึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา ของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิต วิญญาณด้านการมีที่สิ่งยึด เหนี่ยวทางจิตใจ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย	ควบคุม	10	3.70	0.483	8.10	80.10	- 1.034*
พร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติ...	ทดลอง	10	4.30	0.675	12.90	129.00	
2. เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรม	ควบคุม	10	3.80	0.422	9.50	95.00	- 0.726
ทางศาสนา...	ทดลอง	10	4.00	0.000	11.50	115.00	
3. ท่านนำวัตถุมงคล สิ่งของที่	ควบคุม	10	3.30	0.675	8.40	84.00	- 0.921
เป็นตัวแทน...	ทดลอง	10	3.80	0.422	12.60	126.00	
4. ท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์	ควบคุม	10	3.30	0.675	8.85	88.50	-1.710
ให้ผู้ป่วยฟัง ...	ทดลอง	10	3.70	0.483	12.15	121.50	
5. พูดกับผู้ป่วยถึงการดูแลบุคคล	ควบคุม	10	3.40	0.699	8.90	89.00	-0.7423
สิ่งของ ...	ทดลอง	10	3.8	0.422	12.10	121.00	
6. ได้พาญาติที่ผู้ป่วยรักและ	ควบคุม	10	4.00	0.000	10.50	105.00	0.000
ผูกพันมาเยี่ยม...	ทดลอง	10	4.00	0.000	10.50	105.00	
7. พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จ	ควบคุม	10	3.90	0.316	9.60	96.00	- 0.487
ของบุคคล...	ทดลอง	10	4.10	0.568	11.40	114.00	
8. บอกกล่าวความในใจเพื่อ	ควบคุม	10	3.50	0.707	10.30	103.00	-0.0875
ขอภัยผู้ป่วย...	ทดลอง	10	3.60	0.516	10.70	107.00	
9. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.00	0.471	9.60	96.00	-0.488
ได้รับ...	ทดลอง	10	4.20	0.422	11.40	114.00	
10. ทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วยและ	ควบคุม	10	3.30	0.675	7.95	79.50	- 1.152*
กล่าวถึง...	ทดลอง	10	3.90	0.316	13.05	130.50	
รวม	ควบคุม	10	3.62	0.220	6.45	64.50	-1.552*
	ทดลอง	10	3.94	0.222	14.55	145.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณการมีที่ลี้ภัยเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา ของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มี 8 ข้อ ใน 10 ข้อ ไม่มีความแตกต่าง มี 2 ข้อคือ ข้อ 1 และข้อ 10 ที่มีความแตกต่าง

อภิปรายได้ว่า ในกลุ่มทดลองมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยโดยที่ใช้ทฤษฎีการดูแลแบบอื้ออาทร ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นไปได้ว่า ในข้อคำถาม “ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย พร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติตามความเชื่อถือศรัทธาที่ท่านและผู้ป่วยเคยปฏิบัติร่วมกัน” และข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้สัมผัสผู้ป่วยและกล่าวถึงการทำตามตั้งใจสวดมนต์ก่อนนอนเพื่อแผ่บุญกุศลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ มีผลให้ผู้ป่วยสุข ใจ” จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต							
1. ท่านภูมิใจที่ท่านสามารถปรับอารมณ์ของท่าน...	ควบคุม	10	4.10	0.316	11.45	114.50	- 0.689
	ทดลอง	10	3.90	0.316	9.55	95.50	
2. ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยรักมาให้ ...	ควบคุม	10	4.00	0.471	12.30	123.00	- 0.848
	ทดลอง	10	3.60	0.516	8.70	87.00	
3. ขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้งท่านทำ ความเข้าใจ...	ควบคุม	10	4.00	0.000	11.50	115.00	- 0.726
	ทดลอง	10	3.80	0.422	9.50	95.00	
4. ท่านสังเกตเห็นผู้ป่วยมีเหงื่อออก...	ควบคุม	10	3.90	0.316	11.10	111.00	- 0.299
	ทดลอง	10	3.70	0.823	9.90	99.00	
5. เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ท่านช่วยพุงผู้ป่วยนั่ง...	ควบคุม	10	4.00	0.000	10.50	105.00	0.000
	ทดลอง	10	4.00	0.471	10.50	105.00	

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้าน การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต					Rank	Ranks	
6. เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านอนของ	ควบคุม	10	4.30	0.483	10.50	105.00	0.000
ผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย...	ทดลอง	10	4.30	0.483	10.50	105.00	
7. ท่านมองเห็นความไม่สุขสบาย	ควบคุม	10	3.80	0.422	11.00	110.00	- 0.252
จากการดื่มน้ำ...	ทดลอง	10	3.70	0.483	10.00	100.00	
8. เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ	ควบคุม	10	3.60	0.966	9.95	95.50	- 0.334
อาหารทางสายยาง ...	ทดลอง	10	3.90	0.316	11.05	110.50	
9. ท่านทราบว่าผู้ป่วยไม่สุขสบาย	ควบคุม	10	4.00	0.000	11.50	115.00	- 0.726
จากการนอน ...	ทดลอง	10	3.80	0.422	9.50	95.00	
10. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้ยินเสียง	ควบคุม	10	3.80	0.422	10.60	106.00	- 0.047
ผู้ป่วยเพื่อคลาย ...	ทดลอง	10	3.90	0.632	10.40	104.00	
รวม	ควบคุม	10	3.95	0.108	12.50	105.50	- 0.306
	ทดลอง	10	3.85	0.184	8.50	104.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 20 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการ การพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งโดยรวมและรายข้อทุกข้อไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของกิง จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้าน ด้านการปรับตัวให้เข้ากับ สถานะของชีวิต	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ท่านจัดเวลาในการทำงานทุก ครั้งให้สอดคล้อง...	ควบคุม	10	3.70	0.675	10.55	105.50	- 0.023
	ทดลอง	10	3.70	0.823	10.45	104.50	
2.ท่านวางแผนการทำงาน ล่วงหน้าทุกวันซึ่งช่วย...	ควบคุม	10	4.00	0.000	10.00	100.00	- 0.304
	ทดลอง	10	4.00	0.816	11.00	110.00	
3.ท่านสามารถจัดเวลาล่วงหน้า เพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย...	ควบคุม	10	3.90	0.316	11.00	110.00	- 0.305
	ทดลอง	10	3.80	0.422	10.00	100.00	
4. ทุกครั้งในการเข้าเยี่ยมนอกเวลา ทำให้ท่านมีเวลา...	ควบคุม	10	3.80	0.422	10.50	105.00	0.000
	ทดลอง	10	3.80	0.422	10.50	105.00	
5.ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการ ผู้ป่วย...	ควบคุม	10	3.70	0.483	10.50	105.00	0.000
	ทดลอง	10	3.70	0.483	10.50	105.00	
6.ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลา เพื่อมาดูแล ...	ควบคุม	10	3.40	0.699	10.05	100.00	0.191
	ทดลอง	10	3.50	0.707	10.95	109.50	
7.ท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อน ส่วนตัว...	ควบคุม	10	3.70	0.483	11.50	115.00	- 0.445
	ทดลอง	10	3.50	0.527	9.50	95.00	
8.ท่านสามารถจัดเวลาในการมา เยี่ยมผู้ป่วย ...	ควบคุม	10	3.60	0.516	9.90	95.50	-0.475
	ทดลอง	10	3.80	0.422	11.50	115.00	
9.ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้จัดการให้ ตนเองมีส่วน...	ควบคุม	10	3.70	0.483	9.50	95.00	- 0.540
	ทดลอง	10	3.90	0.316	11.50	115.00	
10.ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพา บุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ...	ควบคุม	10	4.00	0.471	10.05	100.50	- 0.201
	ทดลอง	10	4.10	0.738	10.95	109.50	
รวม	ควบคุม	10	3.75	0.177	9.70	97.00	-0.800
	ทดลอง	10	3.78	0.234	11.30	113.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 21 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งโดยรวมและรายข้อทุกข้อไม่แตกต่างกัน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน - หลังการทดลอง (Two-Group Pre- Post Test Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่มีญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณและรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธภูมิ โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกญาติผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง คือ ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวน 20 คน ที่มีญาติมารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับบริการพยาบาลในรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี กลุ่มทดลองได้รับบริการในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการจับคู่จากเพศ อายุและสัมพันธภาพของญาติผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ คู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Paloutzian & Ellison (1982) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ดำเนินการทดลองหลังผ่านกระบวนการจริยธรรมและอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและฝึกใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติ การมอบหมายงานโดยศึกษาผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และศึกษาพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติพิจารณาตามความรู้ ความสามารถ การประชุมปรึกษาหารือก่อนและหลัง

การปฏิบัติงาน และการเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแล การเก็บรวบรวม ข้อมูลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไปพร้อมๆ กัน ซึ่งอยู่คนละโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามการ รับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (Pre-test) ให้ญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตตอบแบบสอบถาม ในวันแรกที่เริ่มทำการทดลอง และครั้งที่ 2 (Post-test) หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วย ถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ครบ 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 (Pre-test) ให้ญาติ ผู้ป่วยถึงวิกฤตตอบแบบสอบถามในวันแรกที่เริ่มทำการทดลอง และครั้งที่ 2 (post-test) หลังการใช้ รูปแบบบริการพยาบาลในรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย ครบ 3 วัน และนำมาจับคู่โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติตรงกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ การศึกษา และ สัมพันธภาพของญาติผู้ป่วยของญาติผู้ป่วย จนครบจำนวน 10 คู่

การวิเคราะห์ข้อมูล ที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตโดยรวม รายด้านและรายข้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Wilcoxon -Signed Ranks test ทดสอบความแตกต่างของ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบ บริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการ ปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่า

5.1.1 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตก่อนและหลังรับบริการของ กลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย และกลุ่ม ทดลองที่ใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ผลการวิจัยดังนี้

1) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ทั้งกลุ่มควบคุมก่อนใช้ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยและกลุ่มทดลองก่อน การใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมอยู่ ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการมีที่สังขัตเห็นใจทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อ และความศรัทธา และด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ความมี

คุณค่าในชีวิต ในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และในกลุ่มทดลองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

1.1) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธาในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อจำนวน 10 ข้อ พบว่ามีระดับมากอยู่ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย พร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติตามความเชื่อ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้พาญาติที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จของบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ท่านบอกกล่าวความในใจ เพื่อขออภัยผู้ป่วยถึงสิ่งที่เคยล่วงเกิน” และข้อคำถาม “ท่านตั้งใจทุกครั้งในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย” ส่วนระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่อยู่ในระดับระดับปานกลาง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็นตัวแทนของศาสนา” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่เราเยี่ยมผู้ป่วยท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฟัง” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้พูดกับผู้ป่วยถึงการดูแล บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง” และข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้สัมผัสผู้ป่วย”

1.2) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตของญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อ 10 ข้อ พบว่ามีระดับมากที่สุด 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย พร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติตามความเชื่อ” ส่วนระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และอยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” ข้อคำถาม “ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็นตัวแทนของศาสนา” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่เราเยี่ยมผู้ป่วยท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฟัง” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้พูดกับผู้ป่วยถึงการดูแล บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้พาญาติที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จของบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านบอกกล่าวความในใจ” ข้อคำถาม “เพื่อขออภัยผู้ป่วยถึงสิ่งที่เคยล่วงเกิน” ข้อคำถาม “ท่านตั้งใจทุกครั้งในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้สัมผัสผู้ป่วย”

1.3) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อ 10 ข้อ พบว่ามีระดับมากอยู่ 9 ข้อ

ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาในการทำงานทุกครั้ง ให้สอดคล้องกับการไปเยี่ยมผู้ป่วยโดยท่านยังคงรักษาหน้าที่ที่รับผิดชอบ” ข้อคำถาม “ท่านวางแผนการทำงาน ล่วงหน้าทุกวัน ซึ่งช่วยให้ลดความเร่งรีบจากการทำงาน” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลาล่วงหน้าเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ถึงแม้ท่านจะมีความจำเป็น” ข้อคำถาม “เมื่อท่านมีภารกิจที่ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา ท่านสามารถตกลงกับพยาบาลได้ทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยขณะที่ไม่ได้มาเยี่ยม และจัดเวลาให้ตนเองมาเยี่ยมได้ตามเวลาปกติ” ข้อคำถาม “ท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ขณะเดียวกันท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อนส่วนตัว ช่วยให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลาในการมาเยี่ยมผู้ป่วยควบคู่กับการให้เวลาในการดูแล” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้จัดการให้ตนเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของครอบครัวควบคู่กับการตั้งใจ” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพานุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธาทางศาสนาเยี่ยม ” และข้อคำถามอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลาเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทุกวันและมีเวลาสำหรับตนเอง”

2) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก พบว่าด้านความผาสุกด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต และด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน

2.1) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุก การมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธาในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อยู่ในระดับมากเมื่อจำแนกรายข้อจำนวน 10 ข้อ พบว่า มีระดับมากที่สุด 1 ข้อได้แก่ ข้อคำถาม “เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย พร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติตามความเชื่อ” และ ระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” ข้อคำถาม “ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุ” ข้อคำถาม “ท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฟัง” ข้อคำถาม “ท่านพูดกับผู้ป่วยถึงการดูแลบุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง” ข้อคำถาม “พาญาติที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดถึงความสำเร็จของบุคคลที่มีความผูกพัน” ข้อคำถาม “ท่านบอกกล่าวความในใจเพื่อขอภัยผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้สัมผัสผู้ป่วย”

2.2) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุกในการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต ในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า มีระดับ

มากที่สุด 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย” และ อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านปรับอารมณ์ของท่าน ให้สดชื่นทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ท่านได้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยรักและชอบมาให้” ข้อคำถาม “ท่านทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านเช็ดตัวให้ผู้ป่วยจนสะอาดและสุขสบาย” ข้อคำถาม “ท่านพุงผู้ป่วยนั่ง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นบุคคล” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจให้พอดี” ข้อคำถาม “ท่านสามารถให้อาหารผู้ป่วยทางสายยางได้ถูกต้อง” ข้อคำถาม “ท่านช่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนขาผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจที่ได้แนวให้ผู้ป่วยเพื่อคลายกล้ามเนื้อ”

2.3) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต ในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อทั้ง 10 ข้อ พบว่าอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาในการทำงานกับการไปเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านวางแผนการทำงานล่วงหน้าทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้ง ที่ท่านสามารถจัดเวลาล่วงหน้า” ข้อคำถาม “ท่านสามารถตกลงกับพยาบาลได้ในการเข้าเยี่ยม” ข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลาเพื่อมาดูแลผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อนส่วนตัว” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลา” ข้อคำถาม “ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของครอบครัว” และข้อคำถาม “ท่านพบบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธาทางศาสนา”

3) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก พบว่าด้านความผาสุกด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต และด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตมีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

3.1) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุกการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธาในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วยพร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติ” ข้อคำถาม “เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” ข้อคำถาม “ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุมงคล” ข้อคำถาม “ท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฟัง” ข้อคำถาม “ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการดูแล บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง” ข้อคำถาม “ท่านพาศาสนาที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดถึงความสำเร็จของบุคคลที่มีความผูกพัน” ข้อคำถาม “ท่านบอกกล่าว

ความในใจ เพื่อขอภัยผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วยการที่ท่านตั้งใจสวดมนต์”

3.2) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อใน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านอนของผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ท่านเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ท่านรู้สึกภูมิใจ” และอยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านปรับอารมณ์ของท่านให้สดชื่นทุกครั้ง” ข้อคำถาม “ท่านได้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยรักและชอบมาให้” ข้อคำถาม “ท่านทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านเช็ดตัวให้ผู้ป่วยจนสะอาดและสุขสบาย” ข้อคำถาม “ท่านพุงผู้ป่วยนั่ง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นบุคคล” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจให้พอดี” ข้อคำถาม “สามารถให้อาหารผู้ป่วยทางสายยางได้ถูกต้อง” ข้อคำถาม “ท่านช่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนขาผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจที่ได้แนวคิดให้ผู้ป่วยเพื่อคลายกล้ามเนื้อ”

3.3) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบบริการการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อ จำนวน 10 ข้อ พบว่ามีระดับมากที่สุด 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาในการทำงานทุกครั้งให้สอดคล้องกับการไปเยี่ยมผู้ป่วยโดยท่านยังคงรักษาหน้าที่ที่รับผิดชอบ” และ อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านวางแผนการทำงานล่วงหน้าทุกวัน ซึ่งช่วยให้ลดความเร่งรีบจากการทำงาน” ข้อคำถาม “ท่านพอใจทุกครั้ง ที่ท่านสามารถจัดเวลาล่วงหน้าเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ถึงแม้ท่านจะมีความจำเป็น” ข้อคำถาม “เมื่อท่านมีภารกิจที่ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา ท่านสามารถตกลงกับพยาบาลได้ทุกครั้งที่” ข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยขณะที่ไม่ได้มาเยี่ยม และจัดเวลาให้ตนเองมาเยี่ยมได้ตามเวลาปกติ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลาเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทุกวัน และมีเวลาสำหรับตนเอง” ข้อคำถาม “ท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ขณะเดียวกันท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อนส่วนตัว ช่วยให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลาในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ควบคู่กับการใช้เวลาในการดูแล” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้จัดการให้ตนเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของครอบครัว” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพบบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือศรัทธาทางศาสนามาเยี่ยม”

5.1.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วย พบว่า

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หลังใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หลังใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วย พบว่า

2.1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธา ในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วย อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 10 ข้อ ที่กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วย

2.2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต ในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 8 ข้อ ที่กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วย มีข้อที่ไม่แตกต่าง 2 ข้อ คือในข้อคำถาม “เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านนอนของผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ท่านเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ท่านรู้สึกภูมิใจ” และข้อคำถาม “เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอาหารทางสายยาง ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ท่านสามารถให้อาหารผู้ป่วยทางสายยางได้ถูกต้อง ตามที่พยาบาลแนะนำ”

2.3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาล ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังคว่นของผู้ป่วย ในด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 9 ข้อ ที่กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย ข้อที่ไม่แตกต่างเพียง 1 ข้อ คือในข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาในการทำงานทุกครั้ง ให้สอดคล้องกับการไปเยี่ยมผู้ป่วยโดยท่านยังคงรักษาหน้าที่ที่รับผิดชอบ”

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พบว่า

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

2) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง รายด้านและจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า

2.1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้านการมีที่สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติ ตามความเชื่อและความศรัทธาในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มี 9 ข้อ กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ส่วนอีก 1 ข้อ ไม่แตกต่าง คือ ในข้อคำถาม “ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วย พร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติตามความเชื่อถือศรัทธาที่ท่านและผู้ป่วยเคยปฏิบัติร่วมกัน”

2.2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 9 ใน 10 ข้อกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

การพยาบาลของคิง ส่วนอีก 1 ข้อ ไม่แตกต่างกัน คือ ในข้อความ “เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านอนของผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ท่านเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ท่านรู้สึกภูมิใจ”

2.3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้ รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทั้งหมดใน 10 ข้อ ของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้ รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

5.2 การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ อภิปรายผลของการศึกษา ดังนี้

5.2.1 การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงมีผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตสูงขึ้น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การที่ต้องพลัดพากจากกันในขณะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ความต้องการของญาติที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประกอบกับความวิตกกังวลความเป็นห่วง ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีความเสียสละและมีศิลปะที่จะเชื่อมโยงการปฏิบัติให้เกิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติในขณะที่เจ็บป่วย โดยการปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้กิจกรรมในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงและแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) ซึ่งเน้นเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ โดยสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ จากการปฏิสัมพันธ์อย่างมี

เป้าหมาย ทำให้เกิดการพัฒนา เกิดการรับรู้ซึ่งกันและกัน การปฏิสัมพันธ์ให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ใช้การสื่อสารสองทาง มีข้อตกลงร่วมกันในเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย หาวิธีจัดการต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกัน สร้างผลลัพธ์ของเป้าหมายร่วมกันในการให้ช่วยเหลือผู้ป่วย กิ่งวิกฤตให้ได้รับความสุขสบายในขณะที่เจ็บป่วย

ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลมีความสำคัญ สามารถใช้ความรู้ ความสามารถได้อย่างอิสระ การปฏิบัติงานได้อย่างมีระบบ มีขั้นตอนต่อเนื่องและมีคุณภาพ การแสดงออกถึงการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ สนใจเอาใจใส่ห่วงใย ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538, น. 66) จากการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเรื้อรังของผู้ป่วย พยาบาลทำงานแบบปรับเร่งให้ทันเวลา โดยมุ่งที่การรักษา การให้ยา การช่วยแพทย์ ให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา ด้านร่างกายของผู้ป่วยขณะนั้น โอกาสแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระมีน้อยไม่ครอบคลุมครบองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติทางด้านจิตวิญญาณในแต่ละราย จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้ง ความไม่พึงพอใจในบริการ เกิดข้อร้องเรียนในพฤติกรรมบริการ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าการบริการไม่ตรงความต้องการ และผลการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยถึงวิกฤตที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก มีความต้องการและความคาดหวังสูงจากผู้ให้บริการที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญแก่ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยา หยาวิไล (2546, น. 60) พบว่า ความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการอยู่ในระดับมาก และความต้องการส่วนบุคคลมีผลทำให้บุคคลมีความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกัน ผู้ป่วย ญาติและพยาบาลส่วนใหญ่ มีมุมมองในการดูแลที่แตกต่างกัน คือ พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยตามความเข้าใจของพยาบาลต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยให้การดูแลตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดขึ้น ส่วนผู้ป่วยและญาติมุ่งเน้นการดูแลอยู่ที่พฤติกรรม การดูแลของพยาบาลและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินคุณภาพการดูแลได้จากการดูแลที่ทักษะ ความชำนาญและการดูแลตามมาตรฐาน คุณภาพตามการรับรู้เป็นคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการรับรู้ได้จากผลผลิตทางการพยาบาล คือ การดูแลผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538, น. 38) ซึ่งผู้ป่วยถึงวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่ผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตจากความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากทั้งโรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิม และภาวะอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และเนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสมาชิกที่เหลือในครอบครัวด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด และเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล (Hudak, Gallo & Morton, 1998) ผลกระทบต่อญาติใกล้ชิดทำให้ญาติมีความวิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ขาดความเข้าใจในสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย กฎระเบียบ และ

โอกาสในการดูแลบุคคลที่เป็นที่รักและห่วงใย อีกทั้งการปรับตัวในการดำเนินชีวิตขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

5.2.2 การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ก่อนการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงขึ้นหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน ความผาสุกทางด้าน การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิตและด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต อยู่ในระดับมากที่สุด

อธิบายได้ว่า จากการที่ญาติมีส่วนร่วมวางแผน มีการการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยความไว้วางใจ ความเข้าใจโดยเคารพในความคิดซึ่งกันและกันเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ พยาบาล ญาติ และญาติ ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความรู้ ประสบการณ์ความเชื่อความศรัทธา ความคิดเห็นได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามความเชื่อและวัฒนธรรม พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลให้ทางเลือก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีกิจกรรมร่วมกัน ญาติได้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือแนะนำและสอนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและญาติ

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาตินั้น ต้องปฏิบัติควบคู่กับการพยาบาลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้ การร่วมกันดูแลให้เหมาะสมกับความเป็นบุคคลทั้งทางความคิดและการปฏิบัติให้ตรงกับความต้องการ ตรงกับสถานะการเจ็บป่วยในขณะนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันทางด้านความเชื่อ วัฒนธรรมและความศรัทธาในศาสนาของแต่ละบุคคล การรับรู้ความมีคุณค่าในชีวิต และการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตในแต่ละบุคคล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายการบริการพยาบาลที่ใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในหอผู้ป่วยหนัก และขยายผลไปยังหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมโดยจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้ นิเทศการพยาบาลและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) ควรนำรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในระยะวิกฤตและญาติ
- 2) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการค้นหาและตอบสนองให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ พยาบาลวิชาชีพต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและมีทัศนคติที่ดี แสดงออกถึงพฤติกรรมให้ผู้ป่วยและญาติได้ตระหนักถึงความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติรับฟังปัญหาความต้องการและสังเกตพฤติกรรมความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเคารพในความเป็นบุคคล ยอมรับในวัฒนธรรมความเชื่อ และสนับสนุนการปฏิบัติตามความศรัทธาและสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วยและญาติ
- 3) หัวหน้างานหรือหัวหน้าเวร มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มาใช้อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาคู่หอผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป

5.3.3 ด้านการวิจัย

- 1) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยวัดผลที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินความรู้สึกรับรู้ต่อพฤติกรรมพยาบาลจากการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
- 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมและอายุรกรรมในหอผู้ป่วยสามัญ

5.3.4 ด้านการศึกษา

ในสถาบันการศึกษาควรเน้นการเรียนการสอนในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

บรรณานุกรม

- ชนิษฐา ทรพรุฑานนท์. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของญาติผู้ป่วยวิกฤต. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณา และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2550). แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนาพฤติกรรม การดูแลทางการพยาบาลกับความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชุตินา อรุโณทยานันท์. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้สายระบบทรวงอก. ใน คณะกรรมการการจัดทำหนังสือ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- บุบผา ขอบไข่. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พระมหาธีรพงษ์ มีไชยสง. (2541). แรงจูงใจในการตัดสินใจบรรพชาเป็นสามเณรในพระพุทธศาสนา : ศึกษาเปรียบเทียบแรงจูงใจในการตัดสินใจบรรพชาของสามเณรในจังหวัดนครศรีธรรมราช กับจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสนาเปรียบเทียบ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระราชวรมนี (ประยูร ชัมจิตโต), (2553). ปาฐกถา เรื่อง คุณธรรมต้องนำปัญญาจึงจะพาชาติรอด แสดงเนื่องในการประชุมสัมมนาอาจารย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ณ ห้องประชุม เกษตรศาสตร์วันที่ 30 เมษายน 2553. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555. จากเว็บไซต์: http://www.mcu.ac.th/site/pres_info_content_desc.php?p_id=9.

พรจันท์ สุวรรณชาติ. (2534). แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. ใน อรพินท์ วีระจักร (บรรณาธิการ). *การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ (หน้า 1-7)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2528). *การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล = Staffing for quality care*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ไทยเกษม.

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

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). *การประกันคุณภาพการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: วังใหม่บลูปรินต์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). *ชุมชนทรัพยากรทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีณิต.

รุจิ รัตนเสถียร. (2550). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). *การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วนิดา ชูรักษา. (2552). *ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือร่วมในการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤตต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของญาติ*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

วนิดา ชูรงค์ฤทธิ์ชัย. (2549). *การพยาบาลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : แนวโน้มและบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลในการดูแลสุขภาพครอบครัว*. *วารสาร มลก.วิชาการ*, 9(18), 90-106.

- วารุณี บัวมีรูป. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การค้นคว้าแบบอิสระ. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2550). ความรับผิดชอบของพยาบาลในการจัดหน่วยผู้ป่วยหนัก. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (หน้า 369–374). นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- วีรยา หย้าวิไล. (2546). การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิจิตร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- โสพรรณ โพทะยะ. (2549). การประเมินทางระบบประสาท. บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 3 การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การประเมินทางระบบประสาท. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Carpenito, L. J. (1997). *Nursing diagnosis : Application to clinical practice*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carson, V. B. (1990). Spirituality direction: Important issues to the AIDS patient. *Journal of Christian Healing*. 12 (3), 3-7.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual Well-being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology & Theology*, 11(4), 330-340. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>

- Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (1999). Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-40; quiz 141-2. doi: 10.1097/00002820-199904000-00005.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). *Critical care nursing*. (7th ed.). New York: Lippincott.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L. & Stollenwerk, R. (1996). Focus on spiritual well-being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit. *Geriatric Nursing*, 17(6), 262-266. doi: 10.1016/s0197-4572(96)80238-2.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patient: Nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*, 15(1), 1-8.
- Johnson, M. M. & Sexton, D. L. (1990). Distress during mechanical ventilation: patients' perceptions. *Critical Care Nurse*, 10(7), 48-57.
- Landis, B. J. (1996). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 217-231. <https://doi.org/10.3109/01612849609049916>.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: system, concepts, process*. New York: A Wiley Medical Publication.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual Well-being, religiousness, and hope among woman with cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24 (4), 267-272. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00732.x>.
- Paloutzian & Ellison. (1982). Validation of an Arabic Version of the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 56 -70.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In Peplau, L. A. & Perlman, D. (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 224-236). New York: John Wiley & Sons.

- Ross, L. A. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, wellbeing and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*. 32(5), 457-468. doi: 10.1016/0020-7489(95)00007-k.
- Ross, L. A. (1997). Elderly patients perceptions of their spiritual needs and care: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 710-715. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00393.x.
- Taylor, J. B. (1993). Discretion versus policy rules in practice. *Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy*, 39, 195-214. [https://doi.org/10.1016/0167-2231\(93\)90009-L](https://doi.org/10.1016/0167-2231(93)90009-L).
- Watson, J. (1989). *Human Caring and suffering: A Subjective model for the health sciences*. Colorado Associated University Press, Boulder, CO.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.อนัญญา มานิตย์

การศึกษา

สาขารณสุขศาสตรคุณุภัณฑ์ (หลักสูตรนานาชาติ)

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

จังหวัดลพบุรี

2. อาจารย์วรัณิ จิระวานิชย์กุล

การศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

มหาวิทยาลัยบูรพา

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

จังหวัดลพบุรี

3. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ

การศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ที่เข้าร่วมการวิจัย





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 30/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงร่างงานวิจัยเรื่อง: "ผลของการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล
ของคิง ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ"

ของ: นางมยุรี ทับทิม

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยดิฉันนางนงนุช ทับทิม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการการพยาบาล ญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโดยการ บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปพัฒนาระบบงานด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและญาติต่อไป

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยให้เกิดผลเสียหายต่อท่านทั้งในหน้าที่การงานและโดยส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นด้วยความสมัครใจ หากท่านต้องการยกเลิก ท่านสามารถบอกยกเลิกโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จากผู้วิจัยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ค

คู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการ
ทฤษฎีการพยาบาลของคิง



คู่มือ

รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต
ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง



ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

คำนำ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษาศรี ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง เพื่อเป็นคู่มือให้กับพยาบาลวิชาชีพ ใช้เป็นแนวทางในการบริการการพยาบาลกับญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่เป็นการใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน โดยใช้ชื่อคู่มือว่า “รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ”

ดังนั้นเพื่อให้การศึกษารั้วนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี และการปฏิบัติมีความถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ป่วย ญาติและพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเป็นแนวทางการปฏิบัติให้กับพยาบาลวิชาชีพต่อไป



มยุรี ทับทิม

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา วิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สารบัญ

หน้า

วัตถุประสงค์ของคู่มือ	1
คำชี้แจงการใช้คู่มือ	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	1
ส่วนประกอบของคู่มือ	1
1. รูปแบบการบริการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	
1.1 แนวคิด/ทฤษฎี	
1.1.1 แนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	2
1.1.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	3
1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	
ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	8
2. ขั้นตอนการปฏิบัติงานกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต	
ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	8
2.1 แนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	8
2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง	18
3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ	
3.1 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีม	28
3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ	28
บรรณานุกรม	30
ภาคผนวก	
แบบบันทึกที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ	37-40

คู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎี การพยาบาลของคิง

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง หมายถึง เอกสารที่เป็นชุดของกิจกรรมการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือนี้ เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตโดยบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือใช้เป็นแนวทางในการให้บริการกับญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และครอบคลุม

คำชี้แจงการใช้คู่มือ

1. ภายหลังได้รับอบรมการใช้รูปแบบ บริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือนี้ทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงาน
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนฝึกปฏิบัติ การใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
3. ปรึกษาผู้วิจัย เมื่อต้องการความชัดเจน หรือมีข้อสงสัยในเนื้อหาสาระของคู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
4. ฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
5. พยาบาลวิชาชีพใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมตามรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ภาคผนวก ง

โครงการอบรมการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต
ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง



โครงการอบรม

เรื่อง รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

หลักการและเหตุผล

หน่วยงานหอผู้ป่วยหนัก เป็นหน่วยงานที่ให้บริกรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตตลอดเวลา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงและเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีการมอบหมายงานแบบมุ่งงานที่เป็นการให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้การช่วยเหลืออาการเร่งด่วนของผู้ป่วย การทำงานจึงมุ่งแก้ไขอย่างเร่งรีบในภาวะวิกฤต เพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก นอกจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรง ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่รบกวน จากเครื่องมือและอุปกรณ์ กิจกรรมการพยาบาล การพลัดพรากจากสมาชิกในครอบครัว ความวิตกกังวลกลัวตายเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ สื่อสารกันไม่เข้าใจจากการคาท่อช่วยหายใจ การถูกผูกมัด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สร้างความอึดอัด กระวนกระวายใจ ทั้งมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน สมาชิกในครอบครัวสามารถรับรู้และรู้สึกกับภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด คั่นเคยรู้ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับผู้ป่วยสามารถสื่อสารและให้การดูแลผู้ป่วยได้ (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) พยาบาลเป็นบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุด เนื่องจากพยาบาลต้องมีการติดต่อและปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ (ขนิษฐา ทรรทรานนท์, 2552) จึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติให้คลายจากความวิตกกังวล ให้ญาติได้มีส่วนในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ได้รับความสุข ความสบาย ในขณะที่รับการรักษาพยาบาล จึงจำเป็นที่พยาบาล ผู้ป่วยและญาติต้องมีการสื่อสารในหลายรูปแบบ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างมากจึงจะเกิดความสำเร็จได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับครอบครัวอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพครอบครัวสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วนิดา ครุฑฤทธิชัย, 2549) การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาลและญาติและผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตรงกันช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถทราบถึงจุดมุ่งหมาย ปัญหา และวิธีการแก้ไข ที่แท้จริง มีการตั้งจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน โดยเป็น

ที่ยอมรับของทั้งพยาบาลและญาติ ทำให้ไม่เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้ (King, 1981)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ดำเนินโครงการรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง แก่พยาบาลวิชาชีพในการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและญาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของรูปแบบการพยาบาลที่ประกอบ ด้วยกิจกรรมพยาบาลดังกล่าว ย่อมส่งผล คุณภาพการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ เข้าใจบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักต่อการนำกิจกรรม พยาบาลมาใช้ในรูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของคิง
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ มีแนวทางในการพัฒนา ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ด้วยการ ใช้ รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

วิธีดำเนินการ

บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี การอภิปรายและซักถามปัญหา และการสัมมนาการใช้รูปแบบ การบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

วิทยากร รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ

การประเมินผล แบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดการอบรม

สถานที่ ณ ห้องประชุมชวนชม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วันและเวลาในการอบรมและสัมมนา วันที่ 1 สิงหาคม 2556 เวลา 10.00 - 12.00 น.

งบประมาณ

1. เอกสารคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และแบบบันทึกที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
2. เครื่องดื่ม และอาหารว่าง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ
2. มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
3. ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันสามารถนำความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ก่อให้เกิดวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลแนวทางหนึ่งในการจัดการคุณภาพการพยาบาล



กำหนดการอบรมบุคลากร
เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
วันที่ 1 สิงหาคม 2556 เวลา 10.00 - 12.00น.
ณ ห้องประชุมชวนชม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2556

09.30 – 10.00 น.	ลงทะเบียน
10.00 – 10.05 น.	พิธีเปิด
	แนะนำโครงการอบรม และโครงการวิจัย
	โดย นางมยุรี ทับทิม (ผู้วิจัย)
10.10 – 11.45 น.	บรรยาย “แนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยถึงวิกฤต” และ “ทฤษฎีการพยาบาลของคิง”
	โดย รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
	พักรับประทานอาหารว่าง(ในห้องบรรยาย)
11.45 – 12.00 น.	ประเมินผลโครงการ

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล



แบบสอบถามรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูล การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วย
กึ่งวิกฤต ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ โดยแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. ศาสนา.....

3. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5. ปวส./ปวช.

☐ 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท/เดือน)

☐ 1. น้อยกว่า 3000

☐ 2. 3,000-5,000

☐ 3. 5,001-10,000

☐ 4. 10,001-15,000

☐ 5. มากกว่า 15,000

5. สถานะของญาติคือผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ
ผู้ป่วย

☐ 1. บุตร

☐ 2. ภรรยา

☐ 3. สามี

☐ 4. พี่/น้อง

☐ 5. หลาน

☐ 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยมีการให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตามข้อรายการไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่ได้รับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามข้อรายการที่กำหนดไว้ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.	ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจสัมผัสผู้ป่วยพร้อมกับพูดถึงการปฏิบัติตามความเชื่อถือศรัทธาที่ท่านและผู้ป่วยเคยปฏิบัติร่วมกัน					
2.	ท่านรู้สึกเป็นสุขทุกครั้ง เมื่อท่านตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยกันทุกครั้งที่ท่านเข้าเยี่ยม					
3.	ท่านมีความสุขที่ได้นำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็นตัวแทนของศาสนาหรือรูปภาพที่ท่านและผู้ป่วยเชื่อถือศรัทธามาไว้ใกล้ๆ ให้ผู้ป่วยมองเห็นหรือจับต้องได้ ไว้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจได้ตลอดเวลา					
4.	ทุกครั้งที่คุณเข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านได้อ่านหนังสือสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุข ท่านพอใจที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย					
5.	ท่านภูมิใจทุกครั้งที่คุณคุยกับผู้ป่วยถึงการดูแล บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง หรือต้นไม้ที่ผู้ป่วยรักผูกพันมีผลให้ผู้ป่วยสบายใจพักผ่อนนอนหลับได้					
6.	ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้พาญาติที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมาเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุข					
7.	ท่านได้พูดให้ผู้ป่วยฟังถึงความสำเร็จของบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ท่านรู้สึกสบายใจ ทุกครั้ง					
8.	ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยท่านบอกกล่าวความในใจ เพื่อขออภัยผู้ป่วยถึงสิ่งที่เคยล่วงเกินที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขนอนหลับได้ ท่านรู้สึกสบายใจทุกครั้ง					
9.	ท่านตั้งใจทุกครั้งในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นหรือเลวลง					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
10.	ท่านพอใจทุกครั้งที่สัมผัสผู้ป่วย และกล่าวถึงการทำหน้าที่ท่านตั้งใจสวดมนต์ก่อนนอนเพื่อแผ่บุญกุศลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ มีผลให้ผู้ป่วยสุขใจ					
11.	ท่านภูมิใจที่ท่านสามารถปรับอารมณ์ของท่าน ให้สดชื่นทุกครั้งในขณะที่เข้าเยี่ยมและทำให้ผู้ป่วยมีความสุข					
12.	ท่านพอใจทุกครั้งที่ได้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยรักและชอบมา ให้พร้อมกับพูดให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรักความห่วงใย และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ					
13.	ขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ท่านทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้จากการสื่อสารโดยตรงจากผู้ป่วย การสังเกตผู้ป่วยด้วยตนเอง และการพูดคุยกับพยาบาล ท่านมีความสุขที่สามารถตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย					
14.	ท่านสังเกตเห็นผู้ป่วยมีเหงื่อออก หรือร่างกายไม่สะอาด ท่านเช็ดตัวให้ผู้ป่วยจนสะอาดและสุขสบาย ท่านรู้สึกสุขใจทุกครั้ง					
15.	เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ท่านช่วยพุงผู้ป่วยนั่งบนเตียง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันที่มาเยี่ยมทุกคน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น ท่านภูมิใจที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข					
16.	เมื่อท่านสังเกตเห็นท่านนอนของผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย ท่านเปลี่ยนท่านนอนให้ผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อช่วยกระตุ้น การไหลเวียนเลือดทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ท่านรู้สึกภูมิใจ					
17.	ท่านมองเห็นความไม่สุขสบายจากการดึงรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจให้พอดีไม่ให้ดึงรั้ง ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
18.	เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอาหารทางสายยาง ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ท่านสามารถให้อาหารผู้ป่วยทางสายยางได้ถูกต้อง ตามที่พยาบาลแนะนำ					
19.	ท่านทราบว่าผู้ป่วยไม่สบายจากการนอน ท่านช่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนขาผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยสบาย ท่านรู้สึกภูมิใจทุกครั้ง					
20.	ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นวดให้ผู้ป่วยเพื่อคลายกล้ามเนื้อ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายนอนหลับได้ ในขณะที่เข้าเยี่ยม					
21.	ท่านจัดเวลาในการทำงานทุกครั้ง ให้สอดคล้องกับการไปเยี่ยมผู้ป่วยโดยท่านยังคงรักษาหน้าที่ที่รับผิดชอบของงานไว้ได้ ทั้งยังส่งผลให้ท่านคลายความกังวลใจ					
22.	ท่านวางแผนการทำงาน ล่วงหน้าทุกวัน ซึ่งช่วยให้ลดความเร่งรีบจากการทำงานที่ส่งผลต่อการมาเยี่ยมผู้ป่วย และทำให้ท่านพึงพอใจทุกครั้ง					
23.	ท่านพอใจทุกครั้ง ที่ท่านสามารถจัดเวลาล่วงหน้าเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ถึงแม้ท่านจะมีความจำเป็นเร่งด่วน					
24.	เมื่อท่านมีภารกิจที่ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา ท่านสามารถตกลงกับพยาบาลได้ทุกครั้งในการเข้าเยี่ยม นอกเวลา ทำให้ท่านมีเวลาในการทำกิจส่วนตัวตามที่ต้องการ ท่านรู้สึกพอใจในการดำเนินชีวิต					
25.	ท่านโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยขณะที่ไม่ได้ มาเยี่ยม และจัดเวลาให้ตนเองมาเยี่ยมได้ตามเวลาปกติ ช่วยให้ท่านคลายความกังวลใจทุกครั้ง					
26.	ท่านรู้สึกดีที่สามารถจัดการเวลาเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทุกวัน และมีเวลาสำหรับตนเองในการออกกำลังกาย					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
27.	ท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ขณะเดียวกันท่านให้เวลาตนเองในการพักผ่อนส่วนตัว ช่วยให้คุณรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ					
28.	ท่านรู้สึกพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลา ในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ควบคู่กับการให้เวลาในการดูแลเอาใจใส่บุคคลในครอบครัว					
29.	ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ได้จัดการให้ตนเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของครอบครัว ควบคู่กับการตั้งใจมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข					
30.	ท่านสุขใจทุกครั้งที่ท่านพบบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธา ทางศาสนามาเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบทางจิตใจ					



ภาคผนวก ฉ

(ตัวอย่าง) หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย และ
หนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย





เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จาก ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
สำเนาถึง

ที่ บพ.บพ.013/56

วันที่ 18 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. คำขอสารนิพนธ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางมยุรี ทับทิม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์และอยู่ระหว่างการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการวิจัยนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

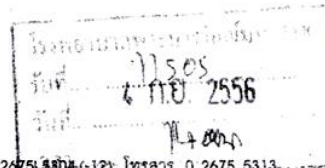
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน: อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์



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



ท. บพ.1บพ.066/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
เลขรับ 829
วันที่ 9 ก.ย. 2556
เวลา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย ✓
 2. เครื่องมือวิจัย ✓
 3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ✓

ด้วย นางมยุรี ทับทิม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึง วิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาเห็นว่าโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ดร.แก้ววิบูลย์

นางมยุรี ทับทิม
เรื่องโทเนียง

น.ส. น.ส.
6 เม.ย. 56

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

(นางนันทนา บุญคำ)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

1 ก.ย. 2556

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313

ขอขอบคุณ/นางมยุรี

นางมยุรี ทับทิม
10 ก.ย. 56



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 บพ.1บพ.067/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย
 2. เครื่องมือวิจัย
 3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี	
รับที่	๗๕๖
วันที่	๑๔-๘-๒๕๕๖
เวลา	๑๓.๓๐

กลุ่มโรงพยาบาล ร.พ.บ้านหมี่	
เลขที่รับ	๒๒๗
วันที่	๒ ก.ย. ๒๕๕๖
เวลา	๑๕.๓๐

ด้วย นางมยุรี ทับทิม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลญาติผู้ป่วยถึง วิกฤตที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาเห็นว่าโรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการ

-เพื่อโปรดทราบ

(Signature)
๒ ก.ย. ๕๖

ขอแสดงความนับถือ

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313

ขอรับ

๒

๕ ๒ ก.ย. ๒๕๕๖

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางมยุรี ทับทิม
วัน เดือน ปีเกิด	13 กรกฎาคม 2506
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยนาท
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ห้องผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

