



ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบคลุมเป็น
ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ
ของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด



ชุตินา สุตประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF USING NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES
FAMILY-CENTERED CARE AND SWANSON'S CARING THEORY
ON PERCEIVED OF SERVICE QUALITY BY MOTHERS OF
OPEN HEART SURGERY CHILDREN**



CHUTIMA SUDPRASERT

**A Thesis 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

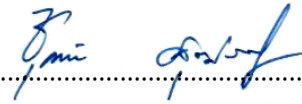
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
กับทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ
ของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

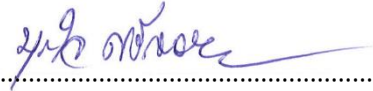
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556





ชุตินา สุตประเสริฐ

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตนรากร,
กศ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

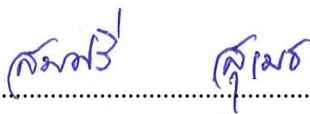


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ อนุสันติ, ก.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

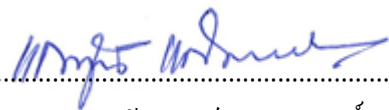


ดร.ปานตา อภิรักษันภานนท์, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ดร.สมศรี สุเมธ, S.P.C., Dr.P.H.
รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.
ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก เรือโทหญิง ดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณ อนุสันติ อาจารย์ที่ปรึกษา และดร.สมศรี สุเมธ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ซึ่งท่านได้กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะ และข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร ประธานกรรมการ สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ดร.สุภาพร วรรณสันทัด อาจารย์นันทพร พรธิรภัทร และอาจารย์กัลยา แก้วชนะสิน อาจารย์อจรรดา ดันศรีรัตนวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณปานจิตต์ พรหมโชติ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต ที่สนับสนุน และให้กำลังใจตลอดมา คุณพิมลพัช รมยศิริไทย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเล็ก ที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณน้องๆ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเล็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณทรงศนันท์ อ่วมประเสริฐ คุณสุมิตรา อ่าวจินดา และเพื่อนรัก พรศรี นุ่นพันธ์ ที่ให้การช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้กันและกันตลอดมา

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ขอขอบคุณ สามิ และบุตรทั้งสอง ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และกำลังใจด้วยดีตลอดมา จนสามารถประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ชุตินา สดประเสริฐ

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 100301002 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พช.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: ชุติมา สุกประเสริฐ
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF USING NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES FAMILY-CENTERED CARE AND SWANSON'S CARING THEORY ON PERCEIVED OF SERVICE QUALITY BY MOTHERS OF OPEN HEART SURGERY CHILDREN.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ อนุสันติ, ค.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: สมศรี สุขเมธ, S.P.C., Dr.P.H.
คำสำคัญ	: การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน คุณภาพการบริการ ผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด
จำนวน	: 140 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 เดือน-6 ปี ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดและย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมายังหอผู้ป่วยสามัญ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย ที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กโต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และกลุ่มควบคุม 15 ราย ที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กเล็ก จัตุรัสด้วยอายุและการศึกษาของมารดา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) กับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (Swanson, 1993) กลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามวัดการรับรู้คุณภาพการบริการ (Parasuraman, 1985) เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ Wilcoxon Signed Rank Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการ ของมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดภายหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุดและภายหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก 2) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ACADEMIC CODE : 100301002, NURSING ADMINISTRATION; M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : CHUTIMA SUDPRASERT

TITLE OF THESIS : EFFECT OF USING NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES
FAMILY-CENTERED CARE AND SWANSON'S CARING THEORY ON
PERCEIVED OF SERVICE QUALITY BY MOTHERS OF OPEN HEART
SURGERY CHILDREN.

THESIS ADVISORS : ASST. PROF. SUWANNA ANUSANTI, Ph.D.

THESIS CO-ADVISORS : SOMSRI SUMET, S.P.C., Dr.P.H.

KEY WORDS : FAMILY-CENTERED CARE, SWANSON'S CARING THEORY,
SERVICE QUALITY, OPEN HEART SURGERY

: 140 PAGES

ABSTRACT

This is a quasi-experimental study. The purpose is to study and compare means perceived service quality at the child's mother had open heart surgery. Sample was mothers of children aged 3 months-6 years who received open heart surgery after being moved out from PICU to the ordinary ward. The sample was divided into 15 experimental subjects at S.6a ward Queen Sirikit National Institute of Child Health, and 15 control subjects at S.7b ward Queen Sirikit National Institute of Child Health which matched pair by age and education level of mothers. Instruments used in this study is the nursing management model that integrates the concepts of family-centered care (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) with the theory of care (Swanson, 1993) and control group who received treatment's result care-oriented nursing management model. Another instrument used to gather data is questionnaire measure of perceived service quality (Parasuraman, 1985) and two kinds of tools have been validated by a panel of experts of 3 persons and equipment used to collect test data confident. Coefficient of 0.96 was analyzed using Mann-Whitney U Test to compare scores of service quality of the control group and the experimental group and The Wilcoxon Signed Rank Test comparing scores of service quality of the experimental group before and after.

The results showed that: 1) Perceived level to service quality of mothers post-experimentation in the experimental group was highest level and the control group was high level. 2) Perceived service quality of mothers post-experimentation in the experimental group was statistically higher than in control group at 0.05 significant level. 3) Perceived service quality of mothers post-experimentation in the experimental group was statistically higher than pre-experimentation at 0.05 significant level.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
1.6 นิยามคำศัพท์.....	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด.....	9
2.2 ทฤษฎีการดูแลของ Swanson.....	11
2.3 แนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.....	18
2.4 แนวคิดคุณภาพการบริการ.....	32
2.5 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน.....	37
2.6 การพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด ครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ Swanson ต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ ของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่.....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	55
3.4 จริยธรรมในการวิจัย.....	56
3.5 ขั้นตอนการทดลอง.....	57
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	60
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
ส่วนที่ 1 ศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการ ผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล แบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่ บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน.....	65
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังระหว่างกลุ่ม ควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลอง หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน.....	73
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test.....	79
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	87
5.2 อภิปรายผล.....	91

สารบัญ (ต่อ)

บทที่.....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	97
บรรณานุกรม.....	99
ภาคผนวก.....	105
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย.....	108
ค เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	113
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	122
จ โครงการอบรม เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสันเพื่อคุณภาพการบริการ.....	127
ฉ เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	131
ช เอกสารขอความอนุเคราะห์พัฒนาเครื่องมือวิจัย และเอกสารขอความอนุเคราะห์ ดำเนินการวิจัย.....	135
ประวัติผู้วิจัย.....	140

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด.....	46
2 การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน.....	49
3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ภาคผนวก ก)	116
4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และสิทธิการรักษาพยาบาล.....	63
5 คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมและจำแนกรายด้าน.....	65
6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวม และจำแนกรายข้อ	66
7 คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและกลุ่มควบคุม ก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวม และจำแนกรายข้อ.....	67
8 คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มควบคุม	

ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและ จำแนกรายข้อ.....	68
--	----

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา ของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและจำแนกรายด้าน.....	69
10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้าง ความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่ม ควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมและ จำแนกรายข้อ.....	69
11 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการ ตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการ พยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการ พยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ.....	71
12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการ เอา ใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่ง ความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกราย ข้อ.....	72
13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบ การบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการ บริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน โดยรวมและรายด้าน.....	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและเมื่อพิจารณารายด้าน.....	74
15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ.....	75
16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ.....	76
17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ.....	78
18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน เมื่อพิจารณาโดยรวมและรายด้าน.....	79
19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน รายข้อ.....	80

- 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อ
 ผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ
 แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายข้อ..... 81

สารบัญตาราง (ต่อ)

- ตารางที่..... หน้า
- 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้บริการของ
 กลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัว
 เป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายข้อ..... 83



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	61



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆ ได้เจริญรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันสูง สถานบริการต่างๆ มีแนวโน้มที่จะหันมาพัฒนาคุณภาพการบริการมากขึ้น ดังนั้นแนวคิดการตลาดจึงได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในโลกปัจจุบัน สถานบริการสุขภาพก็เช่นเดียวกัน เมื่อพูดถึงคุณภาพมักจะนึกถึงโรงพยาบาลที่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย วิทยาการที่ก้าวหน้า รักษาโรคต่างๆ ที่ซับซ้อนได้หาย แต่คุณภาพการบริการก็เช่นเดียวกันจะส่งผลถึงคุณภาพการบริการ ซึ่งตามแนวคิดการตลาด คุณภาพการบริการนั้นคือความแตกต่างระหว่างการรับรู้การบริการที่ได้รับกับความคาดหวังต่อการบริการนั้น (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990) พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ถูกเรียกร้องให้เป็นผู้ดูแลและขณะเดียวกันผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการต่างต้องการการดูแล แต่บ่อยครั้งที่ความต้องการการดูแลถูกละเลยหรือมองข้าม พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด มักมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการดูแลผลของการรักษา ดูแลทางด้านร่างกาย ติดตามการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และมุ่งทำงานให้เสร็จในเวลาของการปฏิบัติงาน ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีน้อย ทำให้การรับรู้ความต้องการของมารดาที่มีต่อบุตรแตกต่างไปจากมุมมองของมารดา โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่เป็นการรักษาที่มีความซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบองค์รวม ทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เป็นโรคเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาโครงสร้างหัวใจและเส้นเลือดของทารกในครรภ์เป็นผลทำให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ ถึงแม้ว่าปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจะมีการพัฒนาไปอย่างมาก มีวิธีการรักษาที่ไม่ต้องใช้วิธีการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามโรคหัวใจที่มีความผิดปกติมากและซับซ้อนก็ยังคงต้องอาศัยการผ่าตัด ยังมีความซับซ้อนมากก็ยังมีความเสี่ยงสูง (วิชัย เบญจชลมาศ, 2553) การผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เช่นภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด ปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจถูกกด และภาวะหัวใจวาย การรักษาด้วยการผ่าตัดมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหลุดจากอาการที่มีอยู่ สามารถเจริญเติบโตและใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมาก

ที่สุด (วิเชาว์ กอจัญจิตต์, 2547) ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดย่อมมีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็ก และพ่อแม่ เป็นอย่างมาก

เด็กเป็นวัยที่ยังต้องการการพึ่งพิงจากพ่อแม่ โดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวมาก มีความจำเป็นที่จะต้องให้บิดา มารดา และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างยิ่ง แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับเด็กตามความจำเป็นที่เฉพาะเจาะจง (Johnson, 2000) เป็นการสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแล และรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยด้วย การช่วยบุคคลให้เป็นอิสระในการบริการสุขภาพด้วยตนเองเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล (Elizabeth, LenzLillie, Shortridge-Baggett, 2002) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นจะต้องทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกมีคุณค่า โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้สามารถค้นพบวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ หัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ การที่พยาบาลและครอบครัวเป็นหุ้นส่วนกัน ทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ตัวผู้ป่วย ซึ่งจะต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทั้งสองฝ่ายได้ตระหนักและเข้าใจถึงการรับรู้และความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้ว่าพ่อแม่ของเด็กป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจจะมีประสบการณ์ทางด้านลบทั้งสิ้น (กานดา เลหาสิทธิสมจิตร และคณะ, 2554) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพ่อแม่ก็ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าที่ได้ปฏิบัติจริง (ปวราณา จำปาแหม, 2553) และต้องการอยู่ด้วยกับบุตรขณะและภายหลังการตรวจรักษาเพื่อปลอบโยนบุตร และมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษา การเจ็บป่วยของบุตรด้วย (สุจิรา ศรีรัตน์, และจริยา สายวารี, 2551) มีการศึกษายืนยันว่าบทบาทของ พ่อแม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก (Pongjaturawit, & Harrigan, 2003) โดยเฉพาะ บทบาทของแม่ คือ การปกป้องลูกจากการเจ็บป่วย และขณะที่เด็กป่วยแม่จะดูแลลูกอย่างดี เพื่อที่จะให้ลูกรู้สึกดีขึ้นและกลับมามีสุขภาพที่ปกติเหมือนเดิม (Perry, 2010) การให้ข้อมูลแก่พ่อแม่เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเพียงพอ เกี่ยวกับโรคและการรักษา พยาบาลทำให้พ่อแม่มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้าน

การดูแลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาล การดูแลเป็นเครื่องยืนยันคุณค่าประโยชน์ของวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมมนุษย์ ไม่มีการรักษาใดๆ ที่ไม่มีการดูแล (Leininger, 1977) การดูแลไม่ใช่หมายถึงแต่เพียงร่างกายแต่ยังเกี่ยวข้องโดยตรงกับความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกของผู้ป่วย และทำให้พยาบาลได้บรรลุถึงความสำเร็จของการดูแลมนุษย์ด้วย การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล และการดูแลบนพื้นฐาน

ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Bell & Duffy, 2009) และจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง (Peplau, 1991) การดูแลหลังผ่าตัดหัวใจเป็นสิ่งสำคัญจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ บทบาทของพยาบาลหรือผู้ป่วยศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด คือ การให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในช่วงที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตแล้วซึ่งผู้ป่วยยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลเมื่อกลับไปบ้าน การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเฉพาะโรคและเฉพาะรายแก่มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมารดามีความมั่นใจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นโดยเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบเดิมจะมุ่งความสำเร็จของงานให้ความสำคัญกับอุปกรณ์ เครื่องมือเทคโนโลยีต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวมีน้อย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็กจะต้องมีครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพในระดับสูงได้ (Goode & Jones, 2006) และทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการพยาบาล เช่น ช่วยลดความกังวล ช่วยในการบริการความปวด ใช้ระยะเวลาฟื้นตัวเร็วขึ้น เพิ่มความมั่นใจและทักษะในการแก้ปัญหาได้ (Ricci & Kyle, 2009, p. 42) ประกอบกับการนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Swanson ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีการดูแลของวัทสันกับปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น เน้นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เป็นทฤษฎีระดับกลางมีความเป็นรูปธรรมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ทุกสถานการณ์ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การรู้จักผู้ให้บริการในฐานะบุคคลคนหนึ่งและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา ถ่ายทอดโดยการเฝ้าดูแลอยู่เสมอ การช่วยเหลือด้านต่างๆ และการสนับสนุนให้เกิดความสามารถ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งระบบแบบองค์รวมอย่างแท้จริง (นักสนันท์ปิยะศิริภักดิ์, 2553) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Smith, Coleman & Bradshaw (2002) โดยนำกระบวนการด้านการเป็นหุ้นส่วนและการเสริมพลังอำนาจ และทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลเพื่อคาดหวังให้เกิดการรับรู้คุณภาพการบริการผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาวิจัยในหัวข้อของผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

1.2 คำถามการวิจัย

1) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานหรือไม่

2) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน สูงกว่าก่อนใช้หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

2) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ภายหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และภายหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

3) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระดับและเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการ ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมเด็กโต เป็นกลุ่มทดลอง และศัลยกรรมเด็กเล็ก เป็นกลุ่มควบคุม ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประเมินโดยให้มารดาผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 เดือน- 6 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 14 มิถุนายน – 30 กรกฎาคม 2556

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

1.5 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1.5.1 แนวคิดเหตุผลการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งถือเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง มารดาซึ่งเป็นผู้ที่มีความผูกพันและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดย่อมมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับอาการ การรักษา ความคลุมเครือ และความไม่แน่นอน แม้ว่าในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางการแพทย์จะลดหน้าไปอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีโอกาสรอดชีวิตสูงก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถกล่าวได้ว่าเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการได้อย่างแท้จริง เนื่องจากยังมีปัจจัยอีกมากมายที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้ถึงคุณภาพการบริการ การให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพ คือ ช่วยลดความกังวล ช่วยในการบริการความปวด ใช้ระยะเวลาฟื้นตัวเร็วขึ้น เพิ่มความมั่นใจและทักษะในการแก้ปัญหาได้ (Ricci, 2009, p. 42) ซึ่งสอดคล้องกับ Goode & Jones (2006) ที่ให้คำจำกัดความ การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่าเป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพในระดับสูงโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไม่สามารถแยกจากกันได้ในการพยาบาลเด็ก (Darbyshire, 1993) ถึงแม้ว่าการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลจะสร้างความเครียดรุนแรงให้ทั้งตัวเด็กและพ่อแม่ก็ตาม (Darbyshire, 1993) แต่ก็มีงานวิจัยสนับสนุนว่าพ่อแม่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล และบทบาทของพ่อแม่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก (Pongjaturawit, & Harrigan, 2003) โดยเฉพาะผู้เป็นแม่ ชีวิตเด็กส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยทารก และวัยเด็ก บทบาทของแม่ คือ การปกป้องลูกจากการเจ็บป่วย และขณะที่เด็กป่วยแม่จะดูแลลูกอย่างดี เพื่อที่จะทำให้ลูกรู้สึกดีขึ้นและกลับมามีสุขภาพที่ปกติเหมือนเดิม (Perry, 2010) ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และมารดา จะส่งผลต่อคุณภาพผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี พฤติกรรมการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญถึงคุณภาพบริการพยาบาลเช่นกัน (อารีณาด่านผาทอง, 2549) การดูแลที่เอื้ออาทร การให้เกียรติ การยอมรับในความสามารถของครอบครัว การช่วยเหลืออยู่เคียงข้าง สนับสนุนพัฒนาความสามารถของครอบครัว ร่วมมือกันระหว่าง

พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว โดยการสื่อสารสองทาง ทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง จะทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย และตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจง วางแผนและตัดสินใจร่วมกัน เป้าหมาย คือ สภาวะสุขภาพ ที่ดีของผู้ป่วย ทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพคุณภาพการบริการได้ ซึ่งคุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับมารดา ผู้ป่วย และครอบครัวตามความเป็นจริงหลังรับบริการเปรียบเทียบกับ สิ่งที่เขาคาดหวัง (Zeithamal, Parasuraman, & Berry, 1990) โดยผู้ใช้บริการเท่านั้นเป็นผู้ตัดสิน

1.5.2 สมมติฐานการวิจัย

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของ สแวนสัน สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

2) การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ สแวนสัน สูงกว่าก่อนใช้

1.6 นิยามคำศัพท์

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน คือ ชุดของกิจกรรมที่อธิบายขั้นตอนที่พยาบาลปฏิบัติต่อมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ยึดความเฉพาะของมารดาและบุตรเป็นพื้นฐาน และเชื่อว่าครอบครัวต่างมีความรักความผูกพัน บทบาทของมารดาและบิดาสาคัญเท่าๆ กัน คงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา ทำความรู้จักตัวผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว ยอมรับและให้เกียรติ อยู่ด้วยกับมารดาและผู้ป่วยทั้งอยู่เคียงข้างและทุกโอกาสที่เอื้ออำนวย โดยสนับสนุนให้ทั้งมารดาและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุดที่สุดในขอบเขตที่เขาเลือก และบทบาทของพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาทำให้ในสิ่งที่ป็นหน้าที่ของพยาบาล และช่วยมารดาทำในส่วนที่มารดายังไม่สามารถทำได้ และสนับสนุนให้มารดาสามารถทำได้เอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ การกระทำทั้งหมดจะสื่อไปถึงแม่ที่ปฏิบัติต่อลูก มีผลเชิงการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามวัยได้อย่างดีที่สุดเท่าที่เขาจะกระทำได้ โดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Smith, Coleman & Bradshaw (2002) กับทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

- 1) ทำความรู้จักผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา
- 2) อยู่เคียงข้าง สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจ
- 3) ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทั้งพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก

4) สนับสนุนให้พ่อแม่และผู้ป่วยสามารถทำได้ ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มี

5) ร่วมกันวางแผน และตัดสินใจ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปบ้าน

6) สร้างความมั่นใจและยืนยันความสามารถของพ่อแม่ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ ได้แก่ การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ เน้นการทำงานประจำและมุ่งแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นหลัก โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

- 1) มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลผู้ป่วย 5-6 คน
- 2) ร่วมประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนในทีมพยาบาล
- 3) ปฏิบัติการพยาบาล โดยการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละวัน
- 4) ประเมินผล

การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของมารดาต่อการบริการว่ามีคุณภาพตรงกับความคาดหวังของมารดา วัดได้โดยการบริการที่ได้รับนั้นสามารถสร้างความมั่นใจตอบสนองต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รวดเร็ว และพยาบาลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดคุณภาพการบริการของ Parasuraman, Berry & Zeithaml (1985) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1) การสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ (Confidence) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของมารดาต่อสิ่งแวดล้อม สถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ปฏิบัติโดยพยาบาล ไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยพยาบาลปฏิบัติด้วยความรู้และทักษะถูกต้อง ทุกครั้งที่ได้รับการปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกปลอดภัยเมื่อมีพยาบาลอยู่ด้วย

2) การตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ (Responsiveness) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของมารดาต่อการปฏิบัติของพยาบาล สามารถตอบสนองได้รวดเร็วตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยความเต็มใจ และคอยติดตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง

3) การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ (Attention) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของมารดาต่อพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงความสนใจให้ความสำคัญต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและ

ครอบครัว โดยการสอบถามด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ให้เวลาและเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก รับฟัง และเข้าใจถึงความต้องการเป็นรายบุคคล

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการของพยาบาลวิชาชีพ ที่ส่งผลต่อความผาสุก และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
- 2) เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงบทบาทและคุณค่าในวิชาชีพพยาบาล
- 3) เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปพัฒนาและกำหนดเป็นนโยบายเพื่อตอบสนองต่อค่านิยมองค์กรและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ



บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประกอบการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

2.2 ทฤษฎีการดูแลของ Swanson

2.3 แนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2.4 แนวคิดคุณภาพการบริการ

2.5 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

2.6 การพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ Swanson ต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

2.1.1 การผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

การผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (Open Heart Surgery) หมายถึง การผ่าตัดหัวใจที่ต้องมีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary Bypass) นำเลือดออกไปไหลเวียนนอกร่างกาย และทำให้หัวใจหยุดเต้น เพื่อแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจ รวมถึงความผิดปกติของหลอดเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (วิชัย เบญจขลมาศ, 2553)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ได้แก่ 1) ผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial Septum Defect: ASD) หากรูรั่วไม่ใหญ่มากจะสามารถปิดได้เองเมื่อทารกโตขึ้น และอาจไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามหากรูรั่วขนาดใหญ่ต้องทำการผ่าตัดแก้ไขแบบ Open Heart Surgery 2) ผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular Septal Defect; VSD) พบได้มากที่สุดในการตรวจพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งหมด การรักษาในทารกที่มีรูรั่วขนาดเล็กมักจะปิดได้เอง หากรูรั่วมีขนาดใหญ่และทำให้ทารกมีอาการแสดงของหัวใจวายจะรักษาเพื่อลดอาการดังกล่าว หากอาการไม่ดีขึ้นต้องผ่าตัดแก้ไขและปิดรูรั่ว 3) โรคหัวใจพิการแต่

กำเนิดที่มีอาการความผิดปกติ 4 อย่าง (Tetralogy of Fallot) คือ มีการตีบของทางออกของหัวใจห้องล่างขวา มีรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่างขนาดใหญ่ หลอดเลือดแดง Aorta อยู่ในตำแหน่งที่ผิดปกติและมีภาวะผนังหัวใจห้องล่างขวาหนาตัวผิดปกติ อาการแสดง เนื่องจากขนาดของ VSD มีขนาดใหญ่ร่วมกับการตีบของทางออกของหัวใจห้องล่างขวา การรักษา การใช้ยาเพื่อประคับประคองอาการ ส่วนการผ่าตัดแบบประคับประคองอาจทำ BT- shunt หากเด็กโตขึ้นจะทำการผ่าตัดแก้ไขความพิการทั้งหมดและปิด VSD 4) หลอดเลือดแดงตีบ (PA) หมายถึง ลิ้นของหลอดเลือดแดง Pulmonary ตีบมากจนเลือดผ่านไปที่ปอดไม่ได้ มีหัวใจห้องล่างขวาเล็กและมีลิ้น Tricuspid เล็ก ทำให้เลือดไหลไปที่ปอดทางหัวใจห้องล่างขวาไม่ได้ การรักษาโดยการผ่าตัด

2.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยหลังจากพ้นระยะวิกฤตออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมาถึงหอผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านและกลับมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินผลการรักษา หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสมถูกต้องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและกลับไปอยู่ในสังคมได้ดี การพยาบาลหลังจากพ้นระยะวิกฤตตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน (อวยพร กิตติเจริญรัตน์, ศิริพร สังขมาลย์, 2554) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดภายหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นมาตรฐานที่ 6 ดังนี้

1) การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ในช่วงแรกรับหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อคงที่แล้วจึงพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย ให้ออกซิเจนและแนะนำวิธีจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้การหายใจเข้า-ออกมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ และสอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย และการเล่นที่ช่วยการขยายของปอด เช่น เป่าก้านั้น เป่าฟองสบู่ กำหนดกิจกรรมและทางเลือกให้เหมาะสมตามวัยและความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและลดการใช้พลังงานโดยให้ผู้ป่วยและมารดาเป็นผู้เลือกกิจกรรม สอนให้มารดาสังเกตการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ขณะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวและพักผ่อนหลังทำกิจกรรม ชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังถอดสายระบายทรวงอกหรือตามแผนการรักษา ประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ สนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมโดยแนะนำวิธีการจดบันทึกจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไป และจำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน พร้อมอธิบายความจำเป็น เหตุและผลของการจดบันทึก ติดตามผลตรวจ บริหารยาตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด แจ้งมารดาและผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้ยา พร้อมทั้งแนะนำมารดาให้สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ประเมินและป้องกันการติดเชื้อที่

แผลผ่าตัดและการติดเชื้อของระบบต่างๆ โดยแนะนำผู้ป่วยและมารดาให้เห็นความสำคัญของการล้างมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำวิธีการดูแลแผลแก่มารดา

2) การดูแลผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ประเมินความวิตกกังวลโดยการพูดคุย ค้นหาปัญหา เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก

3) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กก่อนกลับบ้าน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและมารดาก่อนกลับบ้าน สอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและมารดาก่อนกลับบ้าน ดังนี้คือ การดูแลแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติของแผล การรับประทานยาที่ส่งเสริมการหายของแผล การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง (ถ้ามี)

2.2 ทฤษฎีการดูแลของ Swanson

ทฤษฎีการดูแลของ Swanson อาจจะไม่ได้มีชื่อเสียงโด่งดัง แต่ว่าเป็นกระบวนการที่นำไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นทฤษฎีระดับกลางที่กำเนิดมาจากการวิจัยทางการแพทย์ โครงสร้างการดูแลสอดคล้องกับการอธิบายที่เชื่อมโยงกระบวนการดูแล และความผาสุกของผู้ป่วย (Tonges, 2001) การดูแลแบบเอื้ออาทรตามทฤษฎีของ Swanson (1993) นั้น ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นวิธีการดูแลเอาใจใส่ในคุณค่าใดๆ ของบุคคลหนึ่งที่รู้สึกถึงพันธสัญญาและความรับผิดชอบ ซึ่งคำสำคัญในคำจำกัดความนี้ประกอบไปด้วย การเอาใจใส่ (การสร้างสุขภาพและการเติบโต) วิธีที่เกี่ยวเนื่องกัน (เกิดขึ้นในความสัมพันธ์) ต่อคุณค่าใดๆ (ภารกิจที่กระทำกับคนที่ได้รับการดูแล) เกี่ยวกับความรู้สึกต่อบุคคล (พิจารณาเป็นรายบุคคลและเป็นส่วนตัว) รู้สึกถึงพันธสัญญา (ความผูกพัน คำสัญญา) และความรับผิดชอบ (สามัญสำนึกในหน้าที่และหน้าที่ที่รับผิดชอบ) เนื่องจากคำจำกัดความนี้เป็นความสัมพันธ์เชิงการดูแล โดยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ พยาบาลกับพยาบาล และตัวพยาบาลเอง

ความชัดเจนของทฤษฎี เป็นทฤษฎีที่สามารถทำให้เข้าใจได้ชัดเจนและสอดคล้องกับแนวคิดที่จะนำเสนอและนำมาเป็นกรอบแนวคิด มีความเที่ยงตรงของขอบเขตการสื่อสารถึงความรู้สึกที่ชัดเจนและสอดคล้องกันตลอดทั้งทฤษฎี แนวคิดการดูแลเป็นศูนย์กลางของทฤษฎีและกระบวนการการดูแลที่ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน และจัดเตรียมตามลำดับไว้อย่างสอดคล้องกับหลักการการดูแลที่อธิบายถึงวิธีการส่งมอบการดูแล และยังกำหนดโดเมนหลักของวิชาชีพพยาบาลไว้ คือ การพยาบาล บุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม และอธิบายในบริบทที่หลากหลายในปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ใช้บริการและพยาบาล

การพยาบาล : การพยาบาลเป็นการบอกถึงการดูแลเพื่อความผาสุกของผู้อื่น วิชาชีพพยาบาลบอกให้รู้ถึงความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริงจากการพยาบาลและเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่นๆ กับเกี่ยวข้องกับจริยธรรม บุคคล ความสวยงามที่เกิดจากความเป็มนุษย์ ประสบการณ์ทางคลินิก คุณค่าของคนและสังคม และความคาดหวัง

บุคคล : บุคคล คือ ความเป็นหนึ่งเดียวมารวมเป็นความมีสุขภาพดีที่แสดงออกในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนได้รับอิทธิพลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความสามารถทางจิตวิญญาณ และความสามารถที่จะเป็นอิสระ ดังนั้นคนจึงเป็นทั้งผู้สร้างและผู้ถูกสร้างจากสิ่งแวดล้อมที่ตนดำรงอยู่ คนมีพลังและความคิดสร้างสรรค์ มีการเจริญเติบโต มีการสะท้อนตัวตน มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะติดต่อกับผู้อื่นและดำรงอยู่ด้วยจิตวิญญาณ

สุขภาพ : การมีสุขภาพดีรวมถึงความรู้สึกร่วมถึงการรวมกันในมุมมองของการเป็นอิสระ และความเป็นตัวตนหลายๆ อย่างรวมกันเป็นมนุษย์ขึ้นมา ได้แก่ จิตวิญญาณ ความคิดความรู้สึกสติปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ ความเป็นหญิงความเป็นชาย และเพศสัมพันธ์ ความผาสุกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนของการรักษาและการเยียวยาซึ่งรวมถึงการบรรเทาปวด การสร้างเป้าหมายใหม่ การบูรณาการใหม่ และปรากฏให้เห็นถึงความมีสุขภาพที่ดี

สิ่งแวดล้อม : เป็นบริบทที่มีอิทธิพลหรือได้รับอิทธิพลโดยผู้รับบริการแสดงออกมาสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพล ได้แก่ วัฒนธรรม สังคม จีวกายภาพ การเมือง เขตเศรษฐกิจ คนกับสิ่งแวดล้อม อาจมองสลับกันไปมาได้ คนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสิ่งแวดล้อม

Swanson (1993) เชื่อว่า การดูแลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน เกิดจากทัศนคติ โดยยึดหลักปรัชญาของพยาบาลเอง (Maintaining Belief) การเข้าใจเขา (Knowing) และถูกถ่ายทอดสู่ผู้รับบริการโดยภาษาพูด และภาษากาย (Being with) เป็นการกระทำให้การรักษา (Doing for and Enabling) และเกิดผลลัพธ์ที่ตามมาของการดูแลคือความผาสุกของผู้รับบริการ Swanson แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดูแลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนกันไม่สามารถแยกจากกันได้ ในแต่ละองค์ประกอบมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนั้นการดูแลของ Swanson จึงเป็นการดูแลที่อยู่บนพื้นฐานเจตคติของความเชื่อว่าทุกคนมีความเฉพาะของบุคคลและคงไว้ซึ่งความเชื่อพื้นฐานของการดำรงอยู่ของมนุษย์ ส่งเสริมโดยการรู้จักความเป็นจริงของผู้รับบริการ ถูกถ่ายทอดโดยการแสดงออกทางอารมณ์และทางกาย และกำหนดโดยการทำให้และช่วยให้เขาสามารถทำได้เองโดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะชี้แจงว่าการพยาบาลเป็นการกล่าวถึงการดูแลเพื่อความผาสุกของผู้อื่น โดยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

1) การคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาในบุคคล (Maintaining Belief)

การดูแลด้วยการสร้างความเชื่อในตัวบุคคลและเชื่อในความสามารถของเขา ว่าสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์และการเปลี่ยนผ่านไปสู่อนาคตได้อย่างมีความหมาย การเชื่อในตัวบุคคลเป็นพื้นฐานของการดูแลไม่ว่าพยาบาลจะอยู่ด้วยหรือไม่ก็ตาม ผู้ใช้บริการก็ยังคงเชื่อมั่นที่จะพบกับภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยและรู้สึกท้าทายที่จะเผชิญหน้า เพื่อให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตไปสู่อนาคตได้อย่างมีความหมาย

2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลบุคคลหนึ่ง (Knowing)

ถ้าการคงไว้ซึ่งความเชื่อเป็นพื้นฐานของการดูแล การรู้จักในฐานะที่เป็นบุคคล บุคคลหนึ่งก็จะเป็นการยึดเหนี่ยวกับความเชื่อของพยาบาลให้ปฏิบัติตามความเป็นจริงของชีวิต การรู้จักเป็นความพยายามที่จะเข้าใจเหตุการณ์ที่มีความหมายในชีวิตของผู้อื่น การรู้จัก หมายถึง อดมคติของการคงไว้ซึ่งความเชื่อในภาวะสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งหมายถึงการหลีกเลี่ยงการคิดเอาเอง แต่ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเมินมุมมองด้านภาวะสุขภาพและความเป็นจริงของเขา ประสบการณ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่คล้ายหรือแตกต่างกัน จะช่วยขัดเกลาความสามารถของพยาบาลให้รู้จักความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต ความรู้ในตนเองของพยาบาลจะทำให้พยาบาลรู้ถึงความเป็นจริงของผู้อื่นได้

3) การอยู่ด้วยกับผู้ป่วยและครอบครัว (Being with)

การอยู่ด้วยเป็นการอยู่ที่แสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้อื่นเป็นการดูแลที่ถ่ายทอดไปยังผู้รับบริการ การแสดงออกทางอารมณ์นั้นเป็นวิธีการแบ่งปันความหมาย ความรู้สึกและประสบการณ์ชีวิต การอยู่ด้วยเป็นการยืนยันว่าสภาพที่เป็นจริงของเขาได้รับการยอมรับ พยาบาลพร้อมและเต็มใจที่จะอยู่ด้วยเขา การอยู่ด้วยไม่ได้หมายความว่าต้องอยู่ข้างกายตลอดเวลาแต่เป็นสารที่ถ่ายทอดอย่างชัดเจนถึงประโยชน์และความสามารถที่จะยืนหยัดอยู่ด้วยเขา มีวิธีมากมายที่จะถ่ายทอดให้เขารู้ว่าเขาไม่ได้อยู่ตามลำพังเมื่อเกิดอะไรขึ้นเราจะอยู่เคียงข้างเขา การอยู่ด้วย ได้แก่ การใช้เวลา การตั้งใจฟัง มีวิธีมากมายที่จะแสดงออกถึงการดูแลโดยตระหนักถึงพันธสัญญา การอยู่ด้วยของพยาบาลเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อผู้ให้บริการและต่อตนเอง และยังคงตระหนักถึงการเป็นผู้ให้และผู้รับในสถานการณ์ทางคลินิก ความสัมพันธ์ในความรับผิดชอบต่อผู้ให้บริการ คือ การรู้สึกว่าคุณให้บริการเป็นภาระจะทำให้ความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพและความสามารถในการปฏิบัติบทบาทลดลง

4) การทำให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง (Doing for)

การทำให้เป็นการทำเพื่อผู้อื่นในสิ่งที่พวกเขาต้องทำให้กับตัวเองถ้าเป็นไปได้ การทำให้รวมถึงการกระทำที่เป็นส่วนของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติให้ผู้ให้บริการเกิดความผาสุกในระยะยาว

ผลที่เกิดจากการกระทำเหล่านี้ คือ การคงไว้ของการมีสุขภาพที่ดีของผู้ใช้บริการ การกระทำนี้รวมถึงการทำให้ผู้อื่นรู้สึกดี สะดวกสบาย การคาดการณ์ถึงความต้องการ การปฏิบัติอย่างมีสมรรถนะและทักษะ การปกป้องเขาจากอันตราย และสุดท้ายคือการดำรงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรี

5) การสนับสนุนให้บุคคลสามารถทำได้ (Enabling)

การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้อื่นสามารถดูแลตนเองได้ ให้เขาสามารถผ่านชีวิตและเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย รวมถึงการเป็นผู้ฝึกการให้ข้อมูลและการอธิบาย การสนับสนุนช่วยเหลือให้เขาได้มีประสบการณ์ “Enabling” เป็นคำที่ใช้บ่อยในทางจิตเวช มีความหมายทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ด้านหนึ่งเป็นการเพิ่มบทบาทของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล อีกด้านหนึ่งเป็นการลดบทบาทของทั้งผู้ให้และผู้รับเนื่องมาจากการแสดงบทบาทไม่ถูกสถานการณ์ การกล่าวถึงการดูแลด้านการพยาบาลจะต้องเริ่มต้นและจบลงด้วยการตระหนักถึงความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ การอธิบายขอบเขตของความเป็นบุคคลและบทบาทความเป็นวิชาชีพ และจะไปปรับความช่วยเหลือได้ที่ไหนเมื่อไร เมื่อต้องการการดูแล

สรุปแนวคิดการดูแลของ Swanson เป็นความสัมพันธ์เชิงการดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะชี้แจงว่าการพยาบาลเป็นการกล่าวถึงการดูแลเพื่อความสุขของผู้อื่น โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ที่เป็นกระบวนการที่ทับซ้อนกัน การดูแลเป็นวิธีการเอาใจใส่ต่อคุณค่าของผู้อื่นอย่างลึกซึ้งจนรู้สึกเป็นพันธสัญญาและเป็นความรับผิดชอบ การดูแลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันโดยเริ่มจากพยาบาลมีทัศนคติเชิงปรัชญาต่อมารดาและบุตรที่ป่วยเป็นโรคหัวใจอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นการคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาในความสามารถของมารดาที่จะผ่านพ้นเหตุการณ์หรือเปลี่ยนผ่านเพื่อเผชิญหน้ากับอนาคตอย่างมีเป้าหมาย เชื่อในความสามารถและให้คุณค่าแก่มารดาและผู้ป่วยและทัศนคติที่เต็มไปด้วยความหวัง ใฝ่มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง ช่วยค้นหาเป้าหมายส่งเสริมโดยมุ่งมั่นที่จะเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต หลีกเลี่ยงการตัดสินใจ มุ่งเน้นที่การดูแลบุคคล ค้นหาการรักษา ประเมินอย่างละเอียดรอบคอบ มีส่วนร่วมทั้งพยาบาล ผู้ป่วยและมารดาโดยผ่านกระบวนการของการรับรู้และบอกให้รู้ถึงความเข้าใจสถานะทางคลินิก ทัวไปและเฉพาะเจาะจง โดยยืนยันความเข้าใจนี้ในทีมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และถ่ายทอดสู่ตัวผู้ป่วยและมารดาโดยแสดงออกทางอารมณ์ และทางกาย รวมถึงการอยู่กับมารดาและผู้ป่วย แบ่งปันความรู้สึกโดยไม่คิดว่าเป็นภาระ และกำหนดโดยการทำในสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำได้ และช่วยให้เขาสามารถทำได้เอง ซึ่งทั้งหมดเป็นการกระทำเชิงการรักษา ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ตั้งไว้คือความสุขของผู้ป่วย

2.2.1 แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร

การดูแลเป็นสิ่งสำคัญของพยาบาล เป็นบทบาทที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล การพยาบาลกับการดูแลไม่สามารถแยกจากกันได้ การดูแลอย่างเอื้ออาทรถือเป็นศาสตร์อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถปฏิบัติและประเมินได้ การดูแลแบบเอื้ออาทรมีนักวิชาการพยาบาลหลายท่านได้กล่าวว่าการดูแลเอื้ออาทรเป็นหัวใจหรือแกนกลางของการพยาบาล ซึ่งแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรได้รับการพัฒนามาจากนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษาได้นำเสนอไว้มียุ่่มากมาย ยังไม่มีคำจำกัดความที่เป็นสากล ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางถึงความหมายเชิงวิชาชีพ ซึ่งมีนักทฤษฎีหลายท่านได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันไปพอสรุปได้ 5 ความหมายที่สำคัญ ได้ดังนี้

- 1) การดูแลเป็นลักษณะเฉพาะของมนุษย์ (Human Trait) ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ ซึ่งสามารถปฏิบัติการดูแลได้เองตามธรรมชาติ
- 2) การดูแลเป็นคุณธรรมและศีลธรรม (Moral Imperative) หากผู้ใดปฏิบัติการดูแลถือได้ว่าเป็นผู้มีคุณธรรม
- 3) การดูแลเป็นอารมณ์ ความรู้สึก (Affect) ที่มีต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และต่อหน้าที่
- 4) การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Interaction) เกิดขึ้น ณ เวลาใดเวลาหนึ่งระหว่างบุคคล 2 คน ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้ให้และผู้รับการดูแล
- 5) การดูแลเป็นการบำบัด (Therapeutic) ซึ่งรับรู้ได้โดยการสัมผัสทางกายและการสัมผัสทางจิตใจที่เกิดจากการดูแลเอาใจใส่

Watson (2005) นักทฤษฎีผู้สร้างทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล (Transpersonal Caring) มีมุมมองเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทรว่า เป็นอุดมคติด้านคุณธรรม มีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากลแต่การแสดงออกในแต่ละวัฒนธรรมอาจมีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไป สารของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลอธิบายถึงการเชื่อมโยงของมนุษย์กับมนุษย์ที่แต่ละฝ่ายต่างสัมผัสกันและกัน การดูแลเป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบของการบริการมนุษย์ต่อมนุษย์ (Human to Human Service) คือ พฤติกรรมที่เข้าใจมนุษย์เป็นอย่างดี เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ ให้อุทิศตนมีภาวะทางคุณลักษณะทางจิตและวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้ การเห็นคุณค่า และการดูแลเป็นพฤติกรรมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ใช้บริการ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการในสถานการณ์ที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (Transpersonal Caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค การดูแลสามารถแสดงออกและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคคลเท่านั้น

การดูแลเอื้ออาทรเป็นการดูแลมนุษย์และเป็นการดูแลที่ยึดความสัมพันธ์เป็นศูนย์กลาง เป็น การสร้างจริยธรรมเพื่อการปฏิบัติการเยียวยา เคารพความเป็นหนึ่งเดียวของการเป็นมนุษย์ รวมถึง การเอาใจใส่สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาด้วย เป็นความรับผิดชอบและเป็นบทบาทของ การพยาบาลเชิงวิชาชีพและเป็นรากฐานด้านคุณธรรมสำหรับวิชาชีพ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความสัมพันธ์ ความซื่อสัตย์ ด้วยวิธีการดูแลมนุษย์ (Watson, 2006) แต่ Mayerroff (1971) เน้นการดูแลเอื้ออาทรโดยเฉพาะมนุษย์เท่านั้น มีแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรว่า เป็น กระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่บุคคลเกิดความพึงพอใจ หรือเกิด ความสำเร็จแห่งตน ได้อธิบายการดูแลเอื้ออาทรว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตและ ภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการเป็นแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันในขณะที่ พัฒนา การเป็นเพื่อนให้การช่วยเหลือด้วยความไว้วางใจ ความลึกซึ้งและสัมพันธ์ภาพที่ เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการ ดูแลจะเป็นลักษณะที่พยาบาลจะต้องมีความรักเอื้ออาทรและจริงใจต่อผู้ป่วย คล้ายแม่ที่ดูแลลูก และคาดหวังให้ลูกมีความเจริญก้าวหน้าสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ส่วน Leininger (2005) ได้อธิบาย มุมมองของการดูแลเอื้ออาทรว่าเป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาล เป็นศูนย์รวมเป็นอำนาจและรวม เป็นหนึ่งเดียวกับการพยาบาล ไม่มีการรักษาใดที่ไม่มีการดูแล ซึ่งเธอเชื่อว่ามันเชื่อมโยงกับ วัฒนธรรมที่ไม่สามารถแยกกันได้ วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ การแบ่งปัน เป็นคุณค่าที่ถูก ถ่ายทอด เป็นความเชื่อ บรรทัดฐาน และวิถีชีวิตของผู้คนที่เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นแนวทางใน การคิด การตัดสินใจและการปฏิบัติ เป้าหมายของทฤษฎี คือ เพื่อที่จะจัดการการดูแลกับวัฒนธรรม ที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดผลประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว หรือกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมความ เชื่อในเรื่องสุขภาพ และเชื่อว่าการรู้จักวัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์ การ ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เมื่อเขารู้ว่าเราดูแลเกี่ยวกับความเชื่อและประเพณีของเขา เขาจะรู้สึก ผ่อนคลายและเปิดใจในความรู้สึกกับเรา พยาบาลจะต้องไม่ดูแลแค่ด้านร่างกาย แต่จะต้อง ตระหนักด้วยว่าวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างไรต่อการดูแลของเรา

การดูแลเป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาล เป็นบทบาทที่ระบุไว้ในวิชาชีพพยาบาล การดูแล มักถูกคิดกันไปว่า การดูแลของพยาบาลสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกนั้นคือการดูแลที่เป็น กิจกรรมทางคลินิก เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การบริหารยา (Tonges & Ray, 2011) แต่ Swanson อธิบายว่าการพยาบาลเป็นการดูแลแบบเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้อื่นเกิดความผาสุก บ่อยครั้งที่พยาบาล ต้องเผชิญกับอุปสรรคในการแสดงออกถึงการดูแล มักอ้างว่าไม่มีเวลาทำให้ไม่สามารถแสดง พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้และไม่สามารถพบเป้าหมายและคุณค่าในงานของเขาได้ ซึ่งมี ส่วนทำให้ไม่พึงพอใจในงาน (Amendolair, 2012) การดูแลเอื้ออาทรไม่ใช่หมายถึงแค่ร่างกายแต่

ยังเกี่ยวข้องโดยตรงกับความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกของผู้ป่วยและทำให้พยาบาลได้บรรลุถึงความสำเร็จของการดูแลมนุษย์ (Mathes, 2011) จากการศึกษาของ Winsett & Hauck (2011) พบว่าการดูแลที่แสดงออกทั้งทางวัจนภาษาและอวัจนภาษา สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและอัตราการลาออกของพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคำอธิบายของ Watson (2006) ที่ได้กล่าวถึงงานวิจัยของ Swanson พบว่าผู้ป่วยเป็นเหมือนกระจกให้กับพยาบาล ผลที่เกิดตามมาจากการที่พยาบาลให้การดูแลที่เอื้ออาทร คือ จะมีอารมณ์และจิตวิญญาณของความต้องการความสำเร็จ มีความพึงพอใจและมีเป้าหมาย รักในการพยาบาล และรู้คุณค่าในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตอยู่บนหลักการของตนเอง เป็นการแสดงถึงความชื่นชอบใน การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้อื่น จากงานวิจัยนี้ของ Swanson พบผลลัพธ์ของการดูแลที่เอื้ออาทรและไม่เอื้ออาทรทั้งทางบวกและทางลบ จากการวิเคราะห์ภาพรวมของการศึกษาทั้งหมด 130 การศึกษา ผลที่เกิดจากการดูแลที่เอื้ออาทร คือ ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ สุขภาพทางกายดีขึ้น ลดต้นทุน เพิ่มสัมพันธภาพความไว้วางใจ ความสะดวกสบาย และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนผลที่เกิดจากการดูแลที่ไม่เอื้ออาทร คือ ความเสียเกียรติ เกิดความกลัว สูญเสียการควบคุม สิ้นหวัง หดหู่ เกิดความบาดหมางไม่มั่นคง เกิดความทรงจำที่เลวร้าย การเยียวาลลดลง

สรุป การดูแลเอื้ออาทรเป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาลเป็นบทบาทที่ระบุไว้ในวิชาชีพพยาบาลพยาบาลสามารถแสดงออกถึงการดูแลและแสดงให้เห็นคุณค่าของการดูแล ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพการบริการโดยองค์กรจะต้องพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนและเห็นคุณค่าของสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลอย่างเอื้ออาทร โดยสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การตั้งใจฟังผู้ป่วย การอำนวยความสะดวก ให้เวลากับผู้ป่วย อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ แสดงบทบาทด้วยความรู้และสมรรถนะ (Amendolair, 2012) พยาบาลต้องมีเวลาในการเตรียมการดูแลผู้ป่วย การแสดงออกของการดูแลเอื้ออาทรไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่มันเป็นคุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลด้วย

การดูแลในผู้ป่วยเด็กสิ่งสำคัญที่สุด คือ ครอบครัว ซึ่งการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นที่กล่าวถึงและส่งเสริมมากที่สุดในบริบทของการดูแลสุขภาพเด็ก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง เช่น เด็กป่วยที่เป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในบริบทของการดูแลเด็ก จึงเป็นแนวคิดที่ตระหนักว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางชีวิตของเด็ก สนับสนุนให้เด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแล จึงต้องรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยด้วย

2.3 แนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับครอบครัวในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ มีกำเนิดขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 แนวคิดที่หลากหลายแง่มุมค่อยๆ พัฒนาขึ้นกว่า 50 ปีมาแล้ว (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในสังคมและนโยบายสนับสนุนความจำเป็นในการดูแล ถึงแม้ว่าการปฏิบัติจะเป็นไปอย่างช้าๆ ทฤษฎีที่สนับสนุนการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางก็ถูกพัฒนาขึ้นเช่นกัน โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษา ความรู้ถูกพัฒนาขึ้นจากแหล่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับพยาบาล แต่ในปัจจุบันนี้พยาบาลได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ในศตวรรษที่ 21 แนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังคงอยู่และทำให้เป็นจริงในการปฏิบัติ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือในการทำงานกับครอบครัว ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

นิยามที่แตกต่างและกรอบทฤษฎีถูกนำมาอธิบายแนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ค่อยๆ พัฒนาขึ้นมา คำนิยามและกรอบแนวคิดเหล่านี้ยังคงสะท้อนถึงขอบเขตในการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางซึ่งพยาบาลเด็กยังคงใช้ในการปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ โดยจะเลือกกรอบของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้มากที่สุดเพื่อให้ทราบถึงความจำเป็นของเด็กแต่ละรายและครอบครัวของพวกเขา ในทางตรงกันข้ามก็มีพยาบาลเด็กบางคนไม่ยอมรับกรอบการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ใช้ทฤษฎีแบบร่วมสมัยมาใช้ในการปฏิบัติ นี้อาจเป็นเพราะมีทางเลือกหรือการขาดความรู้ ทักษะหรือความเต็มใจที่จะยอมรับวิธีการทำงานใหม่ๆ

การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้โอกาสครอบครัวได้เข้ามาดูแลเด็กที่นอนในโรงพยาบาลภายใต้การนิเทศทางการแพทย์ เป้าหมายของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นการคงไว้ซึ่งบทบาทหรือทำให้บทบาทเข้มแข็งขึ้นและผูกมัดครอบครัวไว้กับเด็กที่นอนในโรงพยาบาล เพื่อที่จะส่งเสริมให้เป็นหน่วยของครอบครัวตามปกติ (Brunner & Suddarth, 1986) พยาบาลสามารถสนับสนุนเด็กและครอบครัวให้ผ่านกระบวนการการเกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วม และการเป็นหุ้นส่วน ภายใต้การเสริมพลังอำนาจและการเจรจาต่อรอง (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าจะต้องเป็นอย่างหนึ่งอย่างใด แต่เป็นการให้พยาบาลนำความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพไปช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งมันมีมิติที่แตกต่างกัน (การเกี่ยวข้องกัน, การมีส่วนร่วม, การเป็นหุ้นส่วน) ซึ่งแต่ละมิติก็จะขึ้นอยู่กับโอกาสที่ครอบครัวจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก โดยครอบครัวจะเป็นผู้เลือกขอบเขตเองโดยผ่านกระบวนการ

เจรจาต่อรองกับพยาบาล หมายความว่า การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไม่จำเป็นว่าแต่ละครอบครัวต้องเหมือนกัน มันอาจเปลี่ยนแปลงไปตามความแตกต่างของแต่ละครอบครัวและเวลา การยอมรับว่าการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะเป็นพยาบาลนำหรือครอบครัวนำนั้น มันมีคำนิยามที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับกรณีเฉพาะทางพยาบาล

การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นมาตรฐานของการดูแลเด็กด้วยเพราะความจำเป็นในการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง (Johnson, 2000) มีผู้ให้คำจำกัดความของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามมุมมองของแต่ละคนไว้หลากหลาย เช่น Institute for Family-Centered Care ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้ว่า ผู้ดูแลสุขภาพจะต้องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการ สื่อสารแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนไม่มีอคติ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในประสบการณ์ เพื่อเพิ่มอำนาจในการควบคุมและการเป็นอิสระ ความร่วมมือกันจะต้องเกิดจากนโยบาย การพัฒนารูปแบบและการศึกษา ตลอดจนการให้การดูแล การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนำมาใช้อธิบายแนวคิดในลักษณะที่แตกต่างกัน และบางทีก็ทำให้สับสนในการนำมาประยุกต์ใช้ ดังนั้น Smith, Coleman และ Bradshaw (2002) จึงมีความเห็นตรงกันว่าควรมีคำจำกัดความของคำต่างๆ เช่น การนำพ่อแม่เข้ามาเกี่ยวข้อง (Involvement) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (Participation) การพยาบาลแบบเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) เป็นต้น ซึ่งมีระดับของการทำงานที่แตกต่างกัน ส่วนการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เป็นระดับการทำงานที่สูงที่สุดภายใต้แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน การเสริมพลังอำนาจและการเจรจาต่อรอง (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) สอดคล้องกับ Hutchfield (1999) ที่ได้เสนอกรอบการจัดลำดับขั้นที่เป็นระบบของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่ามี 4 ระดับ คือ ความเกี่ยวข้องกันเป็นระดับต่ำสุด การมีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วน และระดับสุดท้าย คือ การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางซึ่งเป็นระดับสูงสุด โดยทั้ง 4 ระดับ มีความแตกต่างกันในด้านความสัมพันธ์ ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นพ่อแม่และครอบครัว ระดับของการดูแล การสื่อสาร และการกำหนดบทบาทของพ่อแม่และพยาบาลในแต่ละระดับของการดูแลดังนี้

1) พ่อแม่เข้ามาเกี่ยวข้อง (Parental Involvement) พ่อแม่เข้ามาอยู่กับลูกได้ตลอดเวลา รวมถึงการดูแลขั้นพื้นฐานและขอบเขตการตัดสินใจ แต่พยาบาลยังคงเป็นผู้นำ

2) พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม (Parent Participation) พ่อแม่ถูกรวมเข้ามาในเรื่องการตัดสินใจ การส่งมอบการดูแล หรือเป็นแค่ที่ปรึกษาในการดูแลเด็ก โดยพ่อแม่จะเป็นผู้เลือกระดับของการมีส่วนร่วม ซึ่งจำเป็นต้องใช้การเจรจาต่อรองระหว่างพ่อแม่และพยาบาล มีแนวโน้มที่พยาบาลเป็นผู้นำ

3) การพยาบาลแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership Nursing) พ่อแม่ต้องยอมรับกับบทบาทในการดูแลลูกในขอบเขตการดูแลที่ดีที่สุด โดยเน้นที่ครอบครัวเป็นผู้จัดการดูแล และพยาบาลเป็นผู้ช่วย มีความเท่าเทียมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัวในกระบวนการดูแล

4) การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) มีคุณลักษณะที่เฉพาะเจาะจงโดยสนับสนุนแนวคิดภายใต้ชื่อว่า ความร่วมมือ (Collaboration) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) พ่อแม่จะเป็นผู้นำในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแล มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กอย่างกว้างขวางสมาชิกในครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยยอมรับการรักษา พยาบาลจะยอมรับทักษะทางเทคนิคและการพยาบาลของพ่อแม่ บทบาทของพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษา การสื่อสารมีการพูดคุยอภิปรายโดย ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน

ขอบเขตของคุณลักษณะเหล่านี้ขึ้นอยู่กับทักษะของพยาบาลในการสนับสนุนและความต้องการของพ่อแม่ที่จะเป็นผู้นำหรือผู้ตาม การจัดระบบตามลำดับอาจใช้กรอบภายใต้การปฏิบัติการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การครอบคลุมแนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อาจรู้สึกจากการที่ครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องกันเป็นเข้ามามีส่วนร่วม ไปสู่การทำงานเป็นหุ้นส่วนและการทำงานแบบร่วมมือกัน และไปสู่การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในที่สุด

2.3.1 คุณลักษณะของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Hutchfield, 1999)

- 1) สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและพยาบาลอยู่บนพื้นฐานของการให้เกียรติและการสื่อสารที่เปิดเผย
- 2) ยอมรับว่าครอบครัวมีความรู้ในตัวเด็กและอยู่ในชีวิตเด็กตลอดเวลา
- 3) ยอมรับในความหลากหลายของครอบครัว
- 4) มีข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับครอบครัวและพยาบาล
- 5) พ่อแม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็ก
- 6) มีการสื่อสาร การเข้าร่วม การร่วมมือกัน ระหว่างครอบครัวและพยาบาลเกิดขึ้น
- 7) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการดูแลเด็กต้องสมัครใจและมีการเจรจาต่อรอง
- 8) พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทในการส่งเสริมการทำหน้าที่และความเป็นอิสระ
- 9) พยาบาลจะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัวทั้งหมด และยอมรับว่าเด็กป่วยไม่ได้เป็นเรื่องของครอบครัวเท่านั้น
- 10) พ่อแม่และครอบครัวจะต้องได้รับการเตรียมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และได้รับการสอนบทบาทการดูแล

ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล เด็กที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยต้องแยกจากครอบครัวมีผลเสียต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของเด็ก นโยบายของโรงพยาบาลต่างๆ เริ่มเปลี่ยนจากการไม่อนุญาตให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเฝ้าเด็กที่ป่วยในโรงพยาบาลเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ มาเป็นส่งเสริมสนับสนุนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครอบครัวเข้าเยี่ยมอยู่กับเด็ก และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันเด็กเกิดภาวะทุกข์โศกทางอารมณ์ (Emotional Distress) จากการนอนป่วยในโรงพยาบาล การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดและแนวปฏิบัติของการดูแลสุขภาพเด็กที่ตระหนักถึงบทบาทสำคัญของครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วย การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตัดสินใจจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (รัชนิ นามจันทร์, 2552) นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการวางแผนดูแลเด็ก ทั้งยังเป็นสิทธิของครอบครัวที่ต้องรับทราบข้อมูล ข้อเท็จจริง และทางเลือกตลอดจนการร่วมวางแผนและตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลเด็ก หัวใจสำคัญของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ ความเชื่อที่ว่าพยาบาลและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งทำงานร่วมกันโดยเป้าหมายสูงสุดอยู่ที่ตัวผู้ป่วย ความเป็นเลิศในการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อมีการทำงานร่วมกันและเคารพในความรู้ความสามารถซึ่งกันและกัน การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะตอบสนองความจำเป็นและให้ทางเลือกกับแต่ละครอบครัว ซึ่งจะเป็นการขยายมุมมองวิธีการทำงานร่วมกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นการสร้างคุณค่า ทศนคติ และการบริการบริการให้กับผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจง โดยตระหนักถึงคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งถือว่าครอบครัวนั้นอยู่กับเด็กตลอดเวลา และเป็นผู้รู้ถึงความต้องการและความสามารถของเด็กดี การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการดูแลบุตรในโรงพยาบาลอยู่บนฐานมุมมองจากวัฒนธรรมตะวันตก (Pongjaturawit & Harrigan, 2003) มีงานวิจัยสนับสนุนว่า ถึงแม้ว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่จะรู้สึกกังวล เครียด แต่ยังคงมีความต้องการที่จะดูแลบุตร (สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวารี, 2551) นอกจากนี้พ่อแม่ยังต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลด้วยวิธีที่แตกต่างกันไปแต่ส่วนใหญ่แล้วพ่อแม่จะมีความต้องการอย่างชัดเจนที่จะดูแลขั้นพื้นฐาน การที่ครอบครัวทำงานร่วมกับพยาบาลจะช่วยให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริการ และช่วยเหลือในสิ่งที่เด็กและครอบครัวจะได้รับ ซึ่งจะต้องพิจารณาถึงจุดแข็งและความจำเป็นของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดด้วย

American Academy of Pediatrics (2003) ได้กำหนดภารกิจของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้ คือ การยอมรับว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในชีวิตเด็ก และใช้จุดแข็งของ

ครอบครัวให้เกิดประโยชน์ สนับสนุนให้เด็กได้เรียนรู้ในการมีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจ โดยต้องการพินความหลากหลายของวัฒนธรรมและประเพณีของครอบครัวและควรตระหนักถึงความสำคัญของการบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน ส่งเสริมความเป็นส่วนตัวและพัฒนาการ
สรุปแนวคิดหลักของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีองค์ประกอบดังนี้

1) การเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน: พยายามให้เกียรติและเคารพในความคิดเห็นและทางเลือกของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และภูมิหลังของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับปรุงแผนการดูแลและให้การพยาบาล

2) การแบ่งปันข้อมูล: พยายามสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนด้วยวิธีที่เป็นประโยชน์ โดย ไม่มีอคติกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจ

3) การมีส่วนร่วม : สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลและการตัดสินใจ

4) ความร่วมมือกัน: ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับพยาบาล เพื่อการพัฒนา วางแผนและประเมินผล

5) การตระหนักถึงความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละครอบครัวและเด็กแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านคุณลักษณะนิสัย ประสบการณ์ชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ การศึกษา ศาสนา และภูมิหลัง การดูแลที่ให้ผู้ป่วยทุกคนต้องเท่าเทียมกัน และยืดหยุ่น เพื่อบรรลุความต้องการและเป็นทางเลือกให้กับครอบครัว

6) เปิดใจในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพ

7) เต็มใจที่จะพูดถึงผลร้ายและผลดีที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลง การปรับปรุงการพัฒนาการ

8) การปฏิบัติดูแลที่ดีที่สุด และนโยบาย การสื่อสารที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดช่วงเวลาของการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจทางเลือกของเขาแล้วก็จะได้รับการเสริมพลังอำนาจให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมากขึ้น

10) ยอมรับว่าครอบครัวมีส่วนช่วยในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในระบบการดูแล โดยการทำงานร่วมกัน ครอบครัวและบุคลากรผู้ดูแลจะเข้มแข็งได้ด้วยการเป็นหุ้นส่วนกัน และแบ่งปันความรู้กัน ผลลัพธ์ที่ได้ คือ คุณภาพสูงสุดของการดูแล

จากที่มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้เป็นอันมาก ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Smith, Coleman & Bradshaw (2002) โดยนำกระบวนการด้านการเป็นหุ้นส่วนและการเสริมพลังอำนาจมาใช้เป็น กรอบแนวคิด ดังนี้

1) ความสัมพันธ์เชิงการเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership Relationship) แนวคิดของการมี ส่วนร่วมของพ่อแม่ และการดูแลแบบเป็นหุ้นส่วนกันเป็นแนวคิดที่สำคัญในการดูแลทางด้าน สังคมและสุขภาพของเด็ก พยาบาลที่ทำงานกับเด็กและครอบครัวจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ บริบทของวัยเด็ก ครอบครัว และการดูแลเด็ก เมื่อศึกษาถึงพ่อแม่ก็ต้องนำประสบการณ์และมุมมอง ของพ่อแม่เข้ามาผูกโยงด้วย การตีความหมายของตัวแปรใน โครงสร้างของครอบครัว และความ เป็นพ่อแม่ มีแนวทางชัดเจนเพื่อออกแบบการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การบริการแบบ เป็นหุ้นส่วนเป็นการจัดกระทำที่มุ่งเน้นที่ตัวเด็ก จากการค้นพบความหลากหลายของการเป็นพ่อ แม่ พยาบาลจะต้องส่งมอบการดูแลโดยไม่ใช้วิธีตัดสิน การเข้าใจถึงรูปแบบที่หลากหลายว่าเป็น เรื่องปกติของพ่อแม่และปัจจัยต่างๆ ที่เชื่อมโยงกันอย่างไม่สามารถแยกกันได้ การเป็นหุ้นส่วน (Partnership) เป็นความสัมพันธ์ด้านการทำงานของบุคคลเพื่อสร้างและรักษาสິงที่ต้องการ ความ สำเร็จร่วมกันด้วยวิธีการ การสื่อสาร (Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้และ ความคิดเห็นระหว่างบุคคลแบบการสื่อสารสองทาง ดังนั้นควรที่จะมีการสื่อสารและความร่วมมือ กับพ่อแม่อย่างเปิดเผยกว้างและเหมาะสม การทำงานร่วมกัน (Working Together) เป็นการปฏิบัติ กิจกรรมร่วมกัน ให้คุณค่า ยอมรับในความรู้ความสามารถของพ่อแม่ว่าสามารถทำงานร่วมกันได้ และสัมพันธ์ภาพแบบการเป็นหุ้นส่วน (Partnership Relationship) เป็นสัมพันธ์ภาพของบุคคลใน การทำงานร่วมกัน มีความพยายามไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การทำงานแบบเป็น หุ้นส่วนกับครอบครัวนั้นรวมถึงการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เด็กและพ่อแม่สามารถทำในสิ่งที่ สำคัญต่อการดูแล และจัดการกับการดูแลทั้งทางสังคมและสุขภาพของเด็กได้ เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องประยุกต์ความรู้ของพ่อแม่และคุณลักษณะเฉพาะ หรือมีวิธีการที่จะ ประยุกต์ปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่และเด็ก โดยจะต้องประยุกต์สิ่งที่ได้จากการสังเกตวิเคราะห์และ เริ่มปฏิบัติการกับเด็กและพ่อแม่ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนอย่างแท้จริง ได้ด้วยวิธีการตอบสนองที่เหมาะสม มีเป้าหมาย และคำนึงถึงวัฒนธรรม

สรุป แนวคิดการการเป็นหุ้นส่วนกับพ่อแม่จะค่อยๆ พัฒนาและเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ การทำงานกับพยาบาล ไม่เพียงแต่พ่อแม่แต่รวมถึงตัวผู้ป่วยเองด้วย ผู้ป่วยเด็กที่ผ่าตัดหัวใจ พยาบาลจะต้องประยุกต์ความรู้ของพ่อแม่และคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว โดยจะต้อง ประยุกต์สิ่งที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์และมุมมองของพ่อแม่มาวิเคราะห์เพื่อช่วยเหลือและ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยและพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน โดยพยาบาลจะต้องให้เกียรติ เคารพ และยอมรับในความรู้ความสามารถ ความเท่าเทียมกันของพยาบาล พ่อแม่ และเด็ก ว่าสามารถทำงานร่วมกันได้ ด้วยวิธีการตอบสนองที่เหมาะสม มีเป้าหมาย และตามวัฒนธรรม ดัดสันใจ ร่วมกันและเคารพซึ่งกันและกัน เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามวัยได้อย่างดี ที่สุดเท่าที่เขจะสามารถทำได้

2) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การเสริมพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน และหลากหลายมิติ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิตของเขา เป็นแนวคิดที่เป็นกระบวนการทางสังคมของการตระหนักรู้ การส่งเสริมและเพิ่มความสามารถของคนเพื่อความจำเป็นของตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเอง และหาแหล่งที่จำเป็นเพื่อที่จะมาควบคุม การดำเนินชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1995)

Smith, Coleman & Bradshaw (2002) ได้เสนอแนวคิดรูปแบบการเสริมพลังอำนาจของ Dunst and Trivette (1996) ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ที่เป็นแนวคิดของการเสริมพลังอำนาจ ดังนี้คือ

1) พยาบาลผู้ให้อำนาจ รูปแบบการเสริมพลังอำนาจที่เกิดจากแนวคิดอันเป็นรากฐานของสังคมที่เชื่อว่าทุกคนมีจุดแข็งและความสามารถ ดังนั้นในระหว่างกระบวนการเสริมพลังอำนาจ คนจะมีพลังอำนาจเกิดขึ้นสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เน้นที่การสร้างจุดแข็งมากกว่าแก้ไขจุดอ่อน พยาบาลต้องพัฒนาทักษะในการเสริมพลังอำนาจให้ผู้อื่นและใช้ระบบการเสริมพลังอำนาจและรูปแบบที่เข้าถึงการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2) ความสัมพันธ์แบบร่วมรู้สึกในการดูแล เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาล เด็กและครอบครัว ประกอบด้วย การตระหนักรู้ถึงความจำเป็นเพิ่มขึ้น การค้นพบสภาพความเป็นจริง การเชื่อมต่อกันตามสภาพความเป็นจริง การรู้จักซึ่งกันและกัน การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การร่วมมือและการเป็นหุ้นส่วนกัน การเรียนรู้และพัฒนาทักษะ ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ประสบการณ์การมีส่วนร่วม ให้โอกาสครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อเพิ่มความสามารถที่มีอยู่ บทบาทการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล คือ การฟังอย่างตั้งใจ การร่วมรู้สึก การแสดงความเห็นใจ ให้ความรู้สึกที่อบอุ่น การเอื้ออาทร ความร่วมมือ และการตัดสินใจร่วมกันกับครอบครัว

3) ผลลัพธ์ของการเสริมพลังอำนาจเด็กและครอบครัว เป็นการเสริมพลังอำนาจทางจิต และการเสริมพลังอำนาจชุมชน ความสำเร็จของผลลัพธ์จากการเสริมพลังอำนาจ ครอบครัวจะพัฒนาจิตใจให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ควบคุมตนเอง และพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง

รูปแบบการเสริมพลังอำนาจนี้พยาบาลที่ทำงานกับเด็ก จำเป็นต้องเสริมพลังอำนาจให้กับตนเองให้สามารถเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว พยาบาลจำเป็นต้องรู้วิธีการปฏิบัติในกระบวนการเสริมพลังอำนาจ Smith, Coleman & Bradshaw (2002) ได้เสนอวิธีการปฏิบัติที่เป็นกุญแจสำคัญในการเสริมพลังอำนาจคือ

1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญของการเริ่มกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ตั้งแต่การให้ครอบครัวเด็กป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจได้รับรู้ถึงสภาพความเป็นจริงที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลและครอบครัวจะต้องรู้จักซึ่งกันและกัน วางแผนร่วมกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การพัฒนาความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการสร้างสัมพันธภาพ

2) สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลเด็กโรคหัวใจซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง พยาบาลสามารถให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยทำความเข้าใจให้ชัดเจนถึงความหมายของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการเสริมพลังอำนาจ ประสบการณ์เหล่านี้อาจเป็นเรื่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือมิติทางสังคม โดยใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะ และความรู้ทางเทคนิค การมีส่วนร่วมกับครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง

3) ช่วยเสริมพลังครอบครัวโดยการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวจะสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการเสริมพลังอำนาจ **กลยุทธ์แรก**ของการให้ข้อมูล คือ พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลโดยการพูดคุยเป็นรายบุคคลกับพ่อแม่ เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีความต้องการหรือความจำเป็นที่แตกต่างกันไป โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลอาจจะต้องจัดเตรียมให้ครอบครัวได้พูดคุยกับครอบครัวอื่นที่บุตรมีปัญหาด້ายๆ กัน **กลยุทธ์ที่ 2** คือ การให้ข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยหรือเอกสารอ้างอิงต่างๆ แต่เอกสารนั้นต้องมีความเหมาะสมกับครอบครัวแต่ละครอบครัว **กลยุทธ์ที่ 3** คือ การใช้วิดีโอ ทวี หรือสื่อคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โดยพยาบาลจะต้องอยู่ด้วยขณะใช้สื่อ เพื่อเปิดโอกาสให้พ่อแม่ได้ซักถามและทำความเข้าใจและรู้ปัญหามากขึ้น **กลยุทธ์ที่ 4** คือ การให้ข้อมูลแก่เด็กโดยใช้ของเล่นเช่นตุ๊กตา หนังสือ นิทาน เด็กป่วยจะได้รับการเสริมพลังอำนาจได้ด้วยเรื่องเล่าเกี่ยวกับเด็กที่มีบทบาทในการรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสริมพลังอำนาจ เพราะสามารถเพิ่มคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุปการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง นำมาใช้ในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองแบบเดิมที่มุ่งเน้นด้านการรักษาความเจ็บป่วยของเด็ก ไปสู่การมองตัวเด็กในบริบทของครอบครัว และตระหนักถึงพื้นฐานของครอบครัวที่มีต่อชีวิตเด็ก การบริการนี้ถูกคาดหวังเพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยการ

ช่วยในการสื่อสารด้านการดูแลเด็กระหว่างครอบครัวและพยาบาล นอกจากนี้แล้วการนำครอบครัวเข้ามาในระบบการวางแผนการดูแลสุขภาพจะทำให้ครอบครัวทำงานกับพยาบาล ด้วยความสบายใจ และพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ตรงตามความคาดหวังของครอบครัว ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวผ่านขบวนการของการมีส่วนร่วม โดยการเป็นส่วนเสริมพลังอำนาจและการเจรจาต่อรอง (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002)

2.3.2 หน้าที่ของครอบครัว

1) การสร้างความรักระหว่างสามี ภรรยา ระหว่างพ่อแม่และลูกและในหมู่สมาชิกของครอบครัว ความรักเป็นผลผลิตของการดำรงชีวิตภายในครอบครัว ชายและหญิงของสังคมตะวันตก แต่งงานกันด้วยความรักและมีลูกซึ่งแสดงออกถึงความรักที่มีต่อกันและกัน ลูกต้องการความรักที่เกิดท่ามกลางบรรยากาศทางอารมณ์ของความรักที่มีอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะส่งผลต่อการเจริญเติบโต ครอบครัวจะอยู่ด้วยกันเป็นเวลานานหลายปีไม่ใช่เพราะต้องอยู่แต่เป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวต้องการที่จะอยู่ ความรักของพวกเขามีต่อกันและกัน ความสุขของครอบครัววัดได้จากพลังของความรักที่สมาชิกครอบครัวมีให้กันและกัน ทั้งพ่อแม่และเด็กเติบโตในบรรยากาศของความรักที่มีให้กันและกัน เพื่อมั่นใจได้ว่าพวกเขาจะมีพัฒนาการที่เหมาะสม ดังนั้นสิ่งที่ครอบครัวต้องทำมากกว่าเรื่องของแรงขับทางเพศ การสร้างสมาชิกรุ่นต่อไปแล้ว พวกเขาจะต้องให้กำเนิด เลี้ยงดูสั่งสอนลูกของพวกเขาให้เติบโตอย่างต่อเนื่องตลอดไป เอาใจใส่ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบรรลุถึงศักยภาพของความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

2) การเตรียมความพร้อมปลอดภัยส่วนบุคคลและการยอมรับ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับสมาชิกทุกคนในสังคม คนส่วนใหญ่มองว่าครอบครัวให้ความปลอดภัยและให้การยอมรับ พวกเขาจำเป็นต้องดำรงชีวิตอยู่เพื่อศักดิ์ศรีและคุณค่าภายในครอบครัว บ้านเป็นเหมือนสวรรค์ในความรู้สึกว่าถ้าคุณมาที่บ้านคุณจะได้รับการต้อนรับดูแล ครอบครัวจะเป็นที่ที่จะให้อาหาร เสื้อผ้าที่พักอาศัยและการดูแล แต่ยิ่งไปกว่านั้น ครอบครัวจะเป็นแหล่งพื้นฐานของสุขภาพจิตและอารมณ์ของสมาชิก แต่ละคนอาจจะทำสิ่งที่ผิดพลาด และเรียนรู้จากความผิดพลาดนั้น ในบรรยากาศของการปกป้องความปลอดภัย ครอบครัวเป็นสถานที่เพียงไม่กี่ที่มีองค์ประกอบที่สมบูรณ์ มีสัมพันธภาพ มีเรียนรู้ และสนุกสนาน สมาชิกจะเติบโตและมีพัฒนาการด้วยแต่ละวิธีในแต่ละย่างก้าวของเขาเอง

3) ให้ความพึงพอใจและความรู้สึกถึงเป้าหมาย เป็นความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวของคนในวัยทำงาน ความพึงพอใจในงานสำหรับคนที่ไม่มีทักษะในการทำงาน พบไม่บ่อยนัก และในระดับของการจ้างงานที่สูงกว่าจะมีความกังวล ขัดแย้ง และดิ้นรน ผู้ชายจะรู้สึกพึงพอใจใน

ครอบครัว ขณะที่ผู้หญิงจะรู้สึกถึงเป้าหมายและเหตุผลสำหรับบทบาทครอบครัวของเธอ ในครอบครัวผู้ชายจะรู้สึกพึงพอใจและรู้สึกมีคุณค่าเพียงแคได้รับโอกาสในการทำงาน ในครอบครัวที่มีทั้งผู้ใหญ่และเด็กมาอยู่ร่วมกัน ที่โต๊ะ ในพิธีกรรม ในการเดินทาง และพักผ่อน อยู่พร้อมหน้ากันหน้าทีวี ซึ่งมีวิธีมากมายที่ครอบครัวจะค้นหาความพึงพอใจและความบันเทิง

4) การทำให้แน่ใจถึงความเป็นเพื่อนที่มีอย่างต่อเนื่อง การรวมกลุ่มกันในครอบครัว พบมากกว่าที่จะพบในสถาบันอื่นๆ ความมั่นคงถาวรภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน จะใกล้ชิดกับเราไม่เกิน 2-3 ปี เพราะเขาอาจต้องเปลี่ยนงาน หรือย้ายไปย้ายมา มีแต่ครอบครัวเท่านั้นที่จะอยู่ด้วยกันอย่างต่อเนื่อง

5) การกำหนดบทบาททางสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวในยุคใหม่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การให้กำเนิดเด็กหนึ่งคนจะถูกกำหนดสถานะโดยการถ่ายทอดจากพ่อแม่ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางพันธุกรรม ภายนอก เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ลักษณะโดดเด่นที่ถูกถ่ายทอดออกมาสู่พ่อแม่และเครือญาติ การทำหน้าที่ของครอบครัว คือ เป็นเครื่องส่งสัญญาณถึงมรดกทางวัฒนธรรมจากรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นถัดไป สมาชิกที่อาวุโสกว่าจะเป็นแบบอย่างให้กับคนที่อ่อนกว่า ลูกชายจะถูกกำหนดโดยพ่อ ลูกสาวจะถูกกำหนดโดยแม่ โดยทั่วๆ ไปแล้วจะคิดารูปแบบพฤติกรรมตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเป็นค่านิยม เป้าหมาย ทักษะของเด็กรวมทั้งจะเกี่ยวข้องกันอย่างมากกับคุณลักษณะของพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งเหล่านี้ จะแสดงออกมาในรูปของการเลี้ยงดูการสั่งสอนและวิถีชีวิต ถึงแม้ว่าต่อไปจะได้รับประสบการณ์จากภายนอกบ้าน ซึ่งก็มีอิทธิพลที่สำคัญต่อการพัฒนาการของเด็กด้วยเช่นกันก็ตาม ความสามารถในการนำประสบการณ์ไปใช้กับตัวเองและวิถีที่เขาใช้มันก็เป็นผลจากสิ่งที่เขาได้เรียนรู้จากในบ้านนั่นเอง

6) การสร้างขีดจำกัดและการพร่ำสอนถึงความรู้สึกในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นการทำหน้าที่ควบคุมไปของครอบครัว การเรียนรู้บทบาทและความถูกต้องเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญในการดำรงชีวิตของสังคม สมาชิกในครอบครัวเฝ้าดูซึ่งกันและกัน และรู้สึกเป็นอิสระที่จะสนับสนุน หรือแสดงความคิดเห็น แนะนำหรือสั่งการ ชื่นชมหรือตำหนิ ให้รางวัลหรือทำโทษ ให้สิ่งที่ต้องการหรือขู่เข็ญ แต่ละวิธีซึ่งที่แห่งอื่น ไม่สามารถจินตนาการได้ในวิธีทั้งหมดเหล่านี้ ครอบครัวเป็นเครื่องมือทางสังคม ความล้มเหลวที่จะปฏิบัติด้วยวิธีที่พอเหมาะ ที่เป็นเป้าหมายของสังคม อาจจะไม่ประสบความสำเร็จ ความรู้สึกเริ่มแรกของความถูกต้องหรือรู้สึกผิด เรียนรู้ได้จากสิ่งที่เด็กได้รับการชื่นชมและการถูกลงโทษ ตั้งแต่ในช่วงปีแรกๆ ไปสู่ผู้ใหญ่ในรูปของคุณค่าทางศีลธรรม และค่านิยมของความดี ความถูกต้อง ครอบครัวเป็น

ตัวแทนของการเลือกวิถีชีวิตที่หลากหลาย และการทำหน้าที่เป็นแหล่งพื้นฐานของคุณค่าของมนุษย์ที่ออกไปสู่สังคม

ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นกระบวนการที่ครอบครัวสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่ภายนอกชีวิต โดยผ่านการกระทำของสมาชิกคนหนึ่งถูกกระตุ้นโดยพฤติกรรมของสมาชิกอีกคนหนึ่งภายในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวเป็นผลรวมของบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงตามบทบาทที่ครอบครัวมอบให้ บทบาทของครอบครัวต่างตอบแทนซึ่งกันและกัน บทบาทของแต่ละคนในครอบครัวจะเกี่ยวข้องกัน บทบาทเหล่านี้ถูกกำหนดโดยบรรทัดฐาน ซึ่งทั้งครอบครัวและสังคมคาดหวังจากการดำรงตำแหน่งที่ได้รับ ตำแหน่งสมาชิกในครอบครัวถือเป็นตำแหน่งในสังคมที่เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม สมาชิกหนึ่งคนอาจมีหลายตำแหน่งก็ได้

จุดเปลี่ยน (Transition) จุดเปลี่ยนของแต่ละระยะของชีวิตครอบครัวเป็นความเครียดและสมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนตนเองให้สอดคล้องกับภารกิจของระยะนั้นๆ ให้เข้าสู่สมดุลของระยะใหม่ หากมีจุดเปลี่ยน หรือวิกฤติใดๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ครอบครัวจะต้องเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นและปรับตัวเพื่อให้เกิดสมดุลของครอบครัว

สมดุลของครอบครัว (Homeostasis) คือ ระบบที่เกี่ยวข้องทุกระบบของครอบครัวจะพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล หากเสียสมดุลย่อมทำให้เกิดปัญหา หรือความขัดแย้งในครอบครัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้นก็ต้องปรับตัวให้เข้าสู่สมดุลใหม่ ดังนั้นหากครอบครัวมีการปรับตัวได้ดีก็จะช่วยลดปัญหาและความขัดแย้งได้

สรุป เด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีปัญหาสุขภาพ ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า และพัฒนาการทางด้านร่างกายล่าช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป (Chen, et al., 2004) และเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากสภาวะสุขภาพของเด็กการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไปจากครอบครัว ส่งผลให้เด็กไม่มีระเบียบแบบแผน (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุนทร, 2550) ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก พยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจพัฒนาการของเด็กป่วยด้วย โดยทั่วไปเด็กผู้ชายหรือเด็กผู้หญิงก่อนวัยเรียนต้องมีความเป็นอิสระพอที่จะทำอะไรได้อย่างสะดวกสบายโดยไม่ต้องมีพ่อแม่อยู่ด้วยในหลากหลายสถานการณ์ เด็กจะต้องมีเหตุผลพอเพียงทั้งในบ้านและนอกบ้าน ในการรักษาช่วงของพัฒนาการไว้ เด็กที่มีการปฏิบัติเบื้องต้นในการบริการเสื้อผ้าของตนเอง ไปเข้าห้องน้ำตามลำพัง การล้างมือเอง การใช้ผ้าเช็ดหน้า และการปฏิบัติในการบริการชีวิตประจำวัน อุบัติเหตุและ มีความพร้อมต่อความรู้สึก มั่นใจในตัวเองมากพอที่จะเข้าโรงเรียนเพื่อความพร้อมสำหรับความท้าทาย ถ้าพ่อแม่ได้ช่วยแนะนำด้วยเรื่องราว, เพลง, ภาพ, บทสนทนา บางครั้งอาจพบได้ว่า เด็กรู้ชื่อ ที่อยู่ของตนเอง และชื่อของพ่อ

แม่ รู้ทางไปโรงเรียนและสามารถหาทางกลับบ้านได้ ขอมรับกฎระเบียบ และปฏิบัติตาม มีความพร้อมและยอมรับที่จะอยู่กับผู้ใหญ่คนอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่ตนรู้จักเล่นกับเด็กอายุรุ่นเดียวกัน และเข้ากันได้ดี คู่กันเคยกับบางสถานที่ในละแวกบ้าน ซึ่งเป็นจุดสนใจสำหรับเด็กอายุรุ่นเดียวกัน สามารถสร้างความบันเทิงด้วยตัวเองกับงานสร้างสรรค์ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ สนใจหนังสือ รับมือกับการทำงานใหม่ด้วยความเต็มใจและยินดีต้อนรับสถานการณ์ใหม่โดยไม่กลัว อดทนกับการรอคอย และเคารพสิทธิในทรัพย์สินของผู้อื่น สามารถเก็บอารมณ์น้ำตาของตนเองและระบิดอารมณ์ออกมาอย่างมีเหตุมีผล อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับหลายสิ่งหลายอย่างและด้วยความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ จากพ่อแม่จะสามารถติดตามความสนใจของเด็กได้ สามารถเข้าเรียนในโรงเรียนโดยเป็นผู้ให้ที่ดีพอๆ กับเป็นผู้รับ เมื่อเด็กก่อนวัยเรียนประสบความสำเร็จในงานพัฒนาการของช่วงเวลานี้ ก็พร้อมที่จะไปโรงเรียน แม่จะมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แม่จะรับรู้ความจำเป็นและความต้องการของลูก โดยเฉพาะเมื่อลูกเจ็บป่วย

2.3.3 บทบาทของแม่

การเป็นแม่คนถือเป็นประสบการณ์ที่สวຍงามที่สุดในชีวิตของผู้หญิงและยังเป็นประสบการณ์ที่ตึงเครียดที่สุดอีกด้วย คุณค่าของแม่เป็นแบบอย่างและเป็นผู้ปกป้องที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ นอกจากนี้ คนเป็นแม่ต้องเผชิญกับหลายสิ่งหลายอย่างในทุกๆ ช่วงชีวิตของพัฒนาการลูก แม่ถือเป็นบุคคลพิเศษในชีวิตลูกเพราะสายสัมพันธ์ทางธรรมชาติตั้งแต่ตั้งครรภ์และพัฒนาไปสู่วัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ สายสัมพันธ์ของแม่นั้นแตกต่างและไม่เหมือนใคร ด้วยสายใยทางอารมณ์และสังคม สายสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเกิดจากความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขและการดูแลจากครอบครัว ความเชื่อมโยงระหว่างพ่อ แม่และลูกไม่สามารถแยกจากกันได้ ไม่มีใครมาแทนที่ได้ ความผูกพันที่เกิดขึ้น คือ ความสำเร็จของบทบาทแม่ และถือเป็นงานของแม่ (Mercer, 1995) แม่แสดงบทบาทในการเลี้ยงดูทารก มันเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่แม่จะอุทิศเวลาในการดูแลบุตร ความรับผิดชอบไม่ได้จำกัดอยู่แค่วัยทารกแต่แม่ต้องปฏิบัติบทบาทที่สำคัญกับชีวิตลูกโดยไม่ได้คำนึงถึงอายุ แม่นอกจากจะมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเติบโตแล้ว แม่ยังต้องตระหนักถึงความสามารถและความล้มเหลวในตัวลูก ซึ่งแม่สามารถกำหนดทิศทางที่เหมาะสมในการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ลูก มีการศึกษาพบว่ามันสำคัญมากสำหรับแม่ที่จะกำหนดทิศทางและดำรงไว้ซึ่งในตัวลูกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในขวบปีแรก พี่เลี้ยงเด็กและเครือญาติที่มาช่วยก็ไม่สามารถมาแทนที่ความรู้สึกของแม่ที่มีต่อลูกได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า แม้ว่าแม่จะมีผู้จัดเตรียมสิ่งจำเป็นทางด้านร่างกายให้กับเด็กได้ แต่ไม่สามารถเติมเต็มความต้องการทางด้านอารมณ์ได้เหมือนกับวิธีของแม่

1) บทบาทหน้าที่ของแม่เมื่อลูกเจ็บป่วย

Perry (2010) กล่าวว่าชีวิตเด็กส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยทารกและวัยเด็ก บทบาทของแม่ คือ การปกป้องลูกจากการเจ็บป่วย และขณะที่เด็กป่วยแม่จะทำหน้าที่แทนเนื่องจากเด็กไม่สามารถบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ การให้ข้อมูลกับแพทย์ตั้งแต่อาการเริ่มต้นจะทำให้อาการเจ็บป่วยควบคุมได้ง่าย แม่จะอธิบายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยให้แพทย์ทราบเพื่อให้แพทย์จะได้วินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสมแก่เด็กได้และยังคอยให้ข้อมูลแก่แพทย์ถึงสภาพที่เป็นอยู่จนกระทั่งเด็กมีอาการดีขึ้น แม่มีส่วนช่วยลูกรับมือกับสถานการณ์ที่ย่างยากขณะลูกอยู่โรงพยาบาล (Catty, Ritchie, & Ellerton, 1989) แม่จะคอยดูแลลูกอย่างดีเพื่อที่จะให้ลูกรู้สึกดีขึ้นและกลับมามีสุขภาพที่ปกติเหมือนเดิม ดูแลให้ลูกได้รับยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด นอกจากนี้มารดาจะต้องดูแลให้บุตรได้รับโภชนาการที่ดีในระหว่างที่เจ็บป่วยด้วย

2) ความต้องการของมารดาเมื่อลูกเจ็บป่วยวิกฤต

เมื่อนุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤต มารดาย่อมเกิดความเครียด วิตกกังวล พยาบาลมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและยังต้องตอบสนองความต้องการของมารดา จากการศึกษาของ สุจิรา ศรีรัตน และจริยา สายวารี (2551) พบความต้องการของมารดา 5 ด้านดังนี้

2.1) ด้านข้อมูลข่าวสาร มารดามีความต้องการเกี่ยวกับ

(1) สภาพการเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ต้องการทราบ ชื่อโรค สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เหตุผลการตรวจรักษาและผลการตรวจที่บุตรได้รับ นอกจากนี้ยังต้องการทราบผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อชีวิตและสุขภาพของบุตร

(2) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย ได้แก่ ต้องการทราบกฎระเบียบของหอผู้ป่วย

(3) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ต้องการให้มีคนอธิบายเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย

(4) ด้านความปลอดภัยของบุตร มารดาเด็กส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรต้องการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยเด็กอื่น ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของบุตร และต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลบุตรในขณะที่มีการตรวจรักษา

(5) ด้านจิตใจ มารดาเด็กส่วนใหญ่ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้าใจความรู้สึก ปลอดภัยให้กำลังใจ ให้เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ซักถาม ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาล

ทุกวัน ต้องการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรกับเจ้าหน้าที่ที่ต้องการปรึกษาเกี่ยวกับคำรักษาของบุตร ต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และต้องการให้พยาบาลสนใจสุขภาพของมารดา

(6) ด้านบทบาทของมารดา มารดาต้องการความกระจ่างในบทบาทและความช่วยเหลือในการปรับบทบาทจากคนอื่นเพื่อจะได้มีความรู้และความเข้าใจในบทบาทใหม่ ทำให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรจากพยาบาลหรือแพทย์ ต้องการมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษาการช่วยเหลือบุตร ต้องการปล่อยบุตรก่อนและหลังการรักษา ต้องการดูแลบุตรด้านร่างกาย ต้องการนำของเล่นที่เด็กเคยเล่นมาให้ และต้องการเยี่ยมบุตรได้ตลอดเวลา

(7) ด้านความสะดวกในการเยี่ยมบุตร มารดาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ต้องการสถานที่หลับนอน ห้องน้ำห้องส้วมอยู่ใกล้หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก มีสิ่งอำนวยความสะดวกขณะรอเยี่ยมและขณะเข้าเยี่ยม

สรุป บทบาทของแม่ สายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกเป็นสายสัมพันธ์ทางธรรมชาติที่ผูกพันกันทางอารมณ์และสังคม ไม่สามารถแยกจากกันได้ ความรักของแม่ที่มีต่อลูกเป็นความรักและดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไขไม่มีใครมาแทนที่ได้ แม้ว่าแม่ที่มีลูกที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งถือเป็นภาระอย่างมากแต่แม่ก็สามารถอุทิศเวลาทั้งหมดได้เพื่อลูกและต้องการสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อลูก แม่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสุขภาพของลูก แม่ที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจถึงแม้ว่าแม่จะรู้สึกเจ็บปวดเมื่อเห็นลูกทุกข์ทรมานก็ตาม การเป็นแม่คือการอยู่ข้างๆ ลูก เด็กป่วยโรคหัวใจต้องการการดูแลจากแม่ โดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียน ช่วง 5 ปีแรกนั้นเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการสร้างรากฐานชีวิตจิตใจของมนุษย์ (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2555) แม่ถือเป็นศูนย์กลางในชีวิตเด็ก ความผูกพันที่เกิดขึ้น คือ ความสำเร็จของบทบาทแม่และถือเป็นงานของแม่ (Mercer, 1995) เมื่อลูกเจ็บป่วยแม่จะแสดงบทบาทในการให้ข้อมูลแก่แพทย์ เนื่องจากแม่เป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุดที่สุด สามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างสภาวะปกติและอาการเจ็บป่วยของลูกได้ แม่มีส่วนสำคัญต่อการรักษาของแพทย์ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนของผู้ป่วยเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดตั้งแต่เบื้องต้นจะส่งผลดีต่อการรักษาและเป็นหน้าที่ของแม่ที่จะต้องดูแลปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ให้การดูแลที่แสดงให้เห็นถึง ความเอาใจใส่เพื่อปกป้องเด็กจากโรคร้ายไข้เจ็บและช่วยให้เด็กหายจากโรค

2.4 แนวคิดคุณภาพการบริการ

การบริการลูกค้าอย่างมีคุณภาพ (Service Quality) มิใช่เป็นการส่งมอบบริการที่ดีที่สุดให้ลูกค้า แต่เป็นการส่งมอบบริการตามความต้องการของลูกค้าเป้าหมาย (Feigenbaum, 1991) เพื่อให้ลูกค้าเป้าหมายที่ได้รับบริการไปแล้วเกิดความพึงพอใจ

คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณลักษณะที่สำคัญโดยรวมและคุณลักษณะเฉพาะของการบริการที่สามารถทำให้เกิดความพึงพอใจหรือตอบสนองความต้องการ (ISO 8402:1994) เป็นคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เหมาะสมกับการใช้งาน (Blesic, et al, 2011) แต่ Feigenbam (1991) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็นการตัดสินใจของลูกค้า มิใช่ผู้ให้บริการ ตลาด หรือผู้บริหาร แต่ขึ้นกับผู้ให้บริการที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ โดยคุณภาพวัดได้จากความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) ที่ให้ความหมายของคุณภาพคือการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและการรับรู้จากการปฏิบัติจริง คุณภาพบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นอยู่กับว่าผู้ให้บริการประเมินการรับรู้บริการที่ได้รับจริงตรงกับที่คาดหวังหรือไม่ (Zeithaml, Berry and Parasuraman, 1990, p. 18-19) ถ้าบริการที่ได้รับตรงหรือมากกว่าที่คาดหวังไว้จึงจะเกิดคุณภาพ แต่การประเมินคุณภาพการบริการนั้นแตกต่างจากสินค้าทั่วไป การบริการเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้เพราะการบริการเป็นการปฏิบัติ ไม่ใช่เป็นวัตถุสิ่งของ การบริการส่วนใหญ่ไม่สามารถนับ วัด หรือเก็บสำรองไว้ได้ และไม่สามารถขึ้นราคาตามการรับประกันคุณภาพได้ เพราะความที่จับต้องไม่ได้มันจึงทำให้ยากที่จะเข้าใจ และยากต่อการประเมิน การบริการมีความแตกต่างหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการที่จะทำให้เกิด ความพึงพอใจสูงนั้น มีความแตกต่างกันทั้งในด้านตัวผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ทองเรือง (2552) ที่พบว่าผู้รับบริการที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันระดับการรับรู้คุณภาพการบริการก็แตกต่างกัน นอกจากนี้พฤติกรรมบริการส่วนบุคคลก็มีความแตกต่างกันซึ่งยากที่จะรับประกันได้ การผลิตและการบริโภคของการบริการไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การผลิตและการส่งมอบเกิดขึ้นขณะที่เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกจุดบริการ ตัวผู้ให้บริการจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการส่งมอบการบริการ ข้อมูลที่ให้กับลูกค้าจะกลายเป็นส่วนสำคัญของคุณภาพการบริการ ดังนั้นการประเมินคุณภาพการบริการจึงจำเป็นต้องประเมินทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ส่วนคุณภาพการบริการทางด้านสุขภาพในกรณีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพ และโรงพยาบาล Donabedian (1980) ให้ความหมายของการดูแลที่มีคุณภาพสูงว่า เป็นการดูแลที่

คาดหวังว่าจะช่วยทำให้เกิดความผาสุก และความปลอดภัยแก่ผู้มาใช้บริการ โดยได้ประเมินอย่างรอบคอบถึงผลได้และผลเสียที่ตามมาของการดูแล

คุณภาพตามแนวคิดของ Donabedian (1988) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1) โครงสร้าง (Structure) แสดงถึงคุณลักษณะต่างๆ ของการสร้างการดูแลให้เกิดขึ้น ประกอบไปด้วยแหล่งทรัพยากรที่พอเพียง เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก และงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล เช่น จำนวนและคุณสมบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ โครงสร้างองค์กร เช่น โครงสร้างบุคลากรทางการแพทย์ วิธีการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการชำระเงินคืน

2) กระบวนการ (Process) แสดงถึงสิ่งที่จะปฏิบัติตามความเป็นจริงทั้งการให้และการรับบริการ ประกอบไปด้วยกิจกรรมของผู้ป่วย การค้นหาการดูแลที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติให้เกิดความสำเร็จได้ดีพอๆ กับกิจกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในการวินิจฉัย การแนะนำ และการปฏิบัติการรักษา

3) ผลลัพธ์ (Outcome) แสดงถึงผลของการดูแลในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย และประชากร การพัฒนาความรู้ของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งรวมถึงค่านิยมแบบกว้างๆของสถานะสุขภาพ

คุณภาพการบริการ เป็นคุณภาพตามการรับรู้ เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็นเลิศหรือความเหนือกว่า แตกต่างจากคุณภาพด้านวัตถุ คุณภาพการบริการ เป็นทัศนคติ (Parasuraman, Zeithamal and Berry, 1985) ซึ่งแตกต่างจากความพึงพอใจ คุณภาพการบริการเป็นผลจากการเปรียบเทียบความคาดหวังกับการรับรู้การปฏิบัติ ตัดสินโดยผู้ใช้บริการ ถ้าผู้ให้บริการรู้ถึงความคาดหวังของผู้ใช้บริการก็จะสามารถจัดบริการให้ตรงกับความต้องการได้ Parasuraman, Berry & Zeithaml (1990) ได้ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคาดหวัง คือ สิ่งที่ใช้บริการได้ยินมาจากคำบอกเล่าปากต่อปาก การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนหรือคนรู้จัก เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ความต้องการเฉพาะบุคคล ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต และการสื่อสารจากภายนอก การโฆษณา ประชาสัมพันธ์ รวมถึงเรื่องราวด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความคาดหวัง

รูปแบบของคุณภาพบริการ (Service Quality Model) และมิติของคุณภาพบริการ (Dimensions of Service Quality) ซึ่งวัดได้จากการรับรู้ของผู้ใช้บริการว่าบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่เพียงใด (Parasuraman, Zeithamal and Berry, 1985) ได้มีการวิจัยแล้วนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งมีตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ดังนี้

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangible) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวก ทั้งทางกายภาพ อุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากร และวัสดุที่มองเห็นได้ เนื้อหาสาระในการติดต่อ สื่อสาร

2) ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่ให้สัญญาไว้และมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ และส่งมอบการบริการได้ทันเวลา

3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ (Responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ เมื่อมีปัญหา และพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที

4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการบริการที่ให้บริการ และสามารถแสดงออกมาให้ผู้ใช้บริการประจักษ์ได้

5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจ และเป็นมิตรต่อผู้ใช้บริการ

6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เชื่อถือในความสามารถได้ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ และความจริงใจของผู้ให้บริการ

7) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้ง การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ

8) การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ

9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ใช้บริการใช้สื่อสารด้วยภาษาที่ผู้ใช้บริการเข้าใจและรับฟังเรื่องราวต่างๆ จากผู้ใช้บริการ ขอมรับในข้อเสนอแนะ

10) การเข้าใจและรู้จักผู้ใช้บริการ (Understanding the Customer) หมายถึง การทำความเข้าใจและรู้จักผู้ใช้บริการ รวมทั้งความต้องการของผู้ใช้บริการ

ต่อมา Parasuraman, Zeithamal and Berry (1988) ได้นำมิติของคุณภาพบริการทั้ง 10 ด้าน นำมาสร้างเป็นเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า “SERVQUAL” (Service Quality) มีการวิเคราะห์ค่าทางสถิติ จนสามารถสรุปรวมมิติสำคัญที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการได้ 5 ด้านหลัก ดังนี้

1) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ใช้บริการ มีการส่งมอบการบริการตามเวลาที่กำหนด บริการที่ให้ทุกครั้งต้องมีความถูกต้อง เหมาะสมและมีความสม่ำเสมอใน ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจรู้สึกไว้วางใจว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ

2) การให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ (Assurance) เป็นการรวมสมรรถนะ (Competence) ความอ่อนน้อม (Courtesy) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความปลอดภัย (Security) เข้าไว้ด้วยกัน หมายถึง ผู้ให้บริการต้องมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ และผู้ให้บริการรู้สึกปลอดภัยต่อการให้บริการนั้น ตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการด้วยความสุภาพ มีกิริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการบริการ สามารถที่จะทำให้ผู้ให้บริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

3) ความเป็นรูปธรรมของการบริการที่จับต้องได้ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์ หรือเอกสาร เนื้อหาสาระที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ให้ผู้บริการสัมผัสได้ ปรากฏให้เห็นและการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

4) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ให้บริการ (Empathy) เป็นการรวม การเข้าถึงได้ง่าย (Access) การติดต่อสื่อสาร (Communication) ความเข้าใจ (Understanding the Customer) หมายถึง การเข้าใจในตัวผู้ให้บริการในความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ให้ความสนใจและดูแลด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ต่อ ผู้ใช้บริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการในแต่ละคน

5) การตอบสนองต่อผู้ให้บริการ (Responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจและความพร้อมที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริการได้ทันทั่วทั้งที่ เอาใจใส่ต่อการร้องขอและคำถามของผู้ใช้บริการ ช่วยแก้ปัญหา ผู้ใช้บริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ

มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการไม่พึงพอใจกับการบริการ เนื่องจากความคาดหวังของเขาสูงกว่าการรับรู้ถึงคุณภาพการบริการ ในเกือบทุกปัจจัยที่กล่าวมา ยกเว้นปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งให้ผลบวก (Yesilada & Direktor, 2010) จากงานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าเพื่อลดช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับการรับรู้คุณภาพการบริการที่ได้รับจริง บุคลากรต้องใส่ใจในทุกๆ ครั้งที่ได้สัมผัสกับผู้ให้บริการว่าจะต้องเกิดผลลัพธ์ทางบวกเสมอ อันดับแรกต้องกำหนดมาตรฐานคุณภาพการบริการที่โปร่งใสและวัดได้ โดยปรากฏออกมาเป็นมิติเชิงคุณภาพที่เป็นขั้นตอนและเวลาที่เหมาะสม การตกลงกันที่จะปฏิบัติตามความต้องการของผู้ใช้บริการและทำงานประสานกันอย่างเหมาะสม เป็นมิติทางสังคมรวมถึงทัศนคติทางบวก การแก้ปัญหาที่เป็นปัจจุบัน และการให้ความสนใจกับผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

จากการศึกษาวิจัยในประเทศไทยถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL เพื่อประเมินระดับคุณภาพบริการจากความแตกต่างของความคาดหวังและการรับรู้ถึงคุณภาพของการบริการของผู้รับบริการทั้งห้ามิติพบว่า โดยภาพรวม

ผู้รับบริการมีความคาดหวังในการบริการมากกว่าการรับรู้จากบริการที่ได้รับ แสดงว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ หรือการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งนี้ไม่มีคุณภาพที่ดี หากพิจารณาในแต่ละมิติพบว่า ผู้รับบริการเห็นว่ามีความคุณภาพในการบริการในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ แต่ในอีก 4 ด้าน คือ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการสร้างเชื่อมั่นในบริการ และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการกลับเห็นว่าไม่มีคุณภาพในคุณภาพการบริการ (กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี และปรารณา ปุณณกิติเกษม, 2554) เนื่องจากการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ พยาบาล ผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการที่เข้ามาใช้บริการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาลส่วนมากไม่มีความรู้เชิงวิชาชีพ ดังนั้นเมื่อเข้ามาใช้บริการจึงมุ่งหวังเพียงความถูกต้องและความถูกต้องของบริการที่จะได้รับ เท่านั้น ซึ่งคุณภาพของงานบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจะได้จากบริการพยาบาล คือ การได้รับบริการที่ดี ผู้ให้บริการมีความรู้ การได้รับบริการที่ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน การได้รับการดูแลที่เอื้ออาทร เอาใจใส่ มีอริยาบถ เชื้อมนั่นและไว้วางใจได้ รวมถึงความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ การสื่อสารที่เข้าใจได้

สรุป คุณภาพการบริการทางการพยาบาลในบริบทของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเป็นคุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและมารดา ทั้งนี้คุณภาพการบริการจะขึ้นกับความแตกต่างกันของความคาดหวังของมารดา และการรับรู้ที่มารดาได้รับ โดยเน้นความพึงพอใจของมารดา และผู้ป่วยเป็นสำคัญ และตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐานที่ว่า เมื่อกระบวนการดี ผลลัพธ์ที่ออกมาจะดีตามไปด้วย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพการบริการของ (Parasuraman, Zeithamal and Berry (1985) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยได้นำมิติทั้ง 10 ด้าน มารวมมิติ เนื่องจากบริบทของการบริการทางการพยาบาล มีบางมิติที่มีความหมายใกล้เคียงและทับซ้อนกัน ดังนั้นเพื่อความเหมาะสมและชัดเจนผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มใหม่เหลือ 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการสร้างเชื่อมั่นต่อผู้ให้บริการ (Confidence) เป็นการรวมความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ความไว้วางใจได้ (Reliability) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) เข้าไว้ด้วยกันหมายถึง สถานที่สะอาด อุปกรณ์เครื่องมือ สามารถใช้งานได้ดี เพียงผู้ป่วยมีความแข็งแรงปลอดภัย พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้ และทักษะ ข้อมูลที่ให้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือสามารถนำไปปฏิบัติได้ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ส่งมอบการบริการได้ตามเวลา ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถสร้างความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกปลอดภัยเมื่อมีพยาบาลอยู่ด้วย

2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ (Responsiveness) เป็นการรวม การตอบสนอง (Responsiveness) และการเข้าถึงบริการ (Access) เข้าไว้ด้วยกัน หมายถึง พฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว โดยพยาบาลเต็มใจและสามารถ ปฏิบัติการช่วยเหลือทันทีตรงกับความต้องการ และคอยติดตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วย และมารดาสามารถสอบถาม และเข้าพบ พยาบาลได้ง่าย และได้รับความสะดวก

3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ (Attention) เป็นการรวม ความอ่อนน้อม (Courtesy) การติดต่อสื่อสาร (Communication) และการเข้าใจและรู้จักผู้ใช้บริการ (Understanding the customer) เข้าด้วยกัน หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงความเป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้ม มีท่าทีสุภาพ อ่อนน้อม ให้เกียรติ มีน้ำใจ สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รับฟัง เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบาย ความรู้สึก และยอมรับในข้อเสนอแนะ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและ ครอบครัว รับฟังและ เข้าใจถึงความต้องการเป็นรายบุคคล คอยติดตามสอบถาม รับรู้และใส่ใจต่อ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและมารดา

2.5 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของ Swanson

การสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลนี้ มีการบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน เพื่อใช้เป็นฐานและให้ทิศทางการปฏิบัติในการดูแลมารดาและ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

2.5.1 การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ยังต้องการการพึ่งพิง ครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวมากที่สุด การรับรู้รับทของครอบครัวและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล วางแผน และตัดสินใจ เนื่องจากครอบครัวจะเป็นผู้รู้ข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ที่เด็กมีความ ใกล้ชิดและผูกพันมากที่สุดก็คือมารดา พยาบาลต้องมีทัศนคติเชิงปรัชญาต่อบุคคลว่าทุกคนมี ความเชื่อ ต้องมีความเชื่อในบทบาทของมารดา ความรักความผูกพันที่แม่มีต่อลูก เชื่อว่าแม่ สามารถทำทุกอย่างได้เพื่อลูกและต้องการสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อลูกไม่มีใครสามารถมาแทนที่ได้ และถือ ว่าครอบครัวมีสถานะเท่าเทียมกันกับพยาบาลให้เกียรติ และคงไว้ซึ่งความเชื่อของครอบครัวที่ ไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา เชื่อในความสามารถและให้อำนาจพ่อแม่ในการดูแล ยอมรับว่าครอบครัว รู้จักตัวเด็กมากที่สุดและอยู่ในชีวิตเด็กตลอดเวลา โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในช่วงก่อนวัยเรียนซึ่งเป็นวัย

ที่มีความผูกพันกับครอบครัวมากที่สุด พยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนและให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้มองโลกในแง่ดี ให้ความหวังที่เป็นไปได้ ประเมินและช่วยค้นหาเป้าหมายโดยการทำความรู้จักและพยายามเข้าใจเหตุการณ์ที่เป็นจริง ไม่ตัดสินเอาเอง ประเมินอย่างละเอียดถี่ถ้วนอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล รู้พัฒนาการและรู้งานของครอบครัวตามขั้นตอนพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยพยาบาลและครอบครัวร่วมกันกำหนดบทบาทของการช่วยเหลือ ยอมรับบทบาทที่เท่าเทียมของการเป็นผู้ดูแลของพ่อแม่รวมถึงความรู้และทักษะของพ่อแม่ พยาบาลต้องทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้งทั้งภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยและมาวางแผนร่วมกันทำให้พ่อแม่รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถในตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการรู้จักการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยทำความเข้าใจให้ชัดเจนถึงความหมายของการมีส่วนร่วม และสถานะทางคลินิกทั่วไปและที่เฉพาะเจาะจง เมื่อเข้าใจแล้วต้องยืนยันความเข้าใจนี้ในทีมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่ตรงกันและพูดคุยเป็นรายบุคคล เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีความต้องการหรือความจำเป็นที่แตกต่างกันไป การให้ข้อมูลอาจเป็นเอกสาร แผ่นพับโดยมีการอ้างอิงหรือวิดีโอ ทิว หรือสื่อคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้นพยาบาลจะถ่ายทอดสู่ตัวผู้ได้รับการดูแลโดยการแสดงออกทางอารมณ์และทางกาย รวมถึงการอยู่กับผู้ป่วย แบ่งปันความรู้สึกโดยไม่คิดว่าเป็นภาระและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือโดยการทำให้ในสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำได้ และช่วยให้เขาสามารถทำได้เองโดยพยาบาลและพ่อแม่วางแผนร่วมกัน

2.5.2 การดูแลผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ

พยาบาลช่วยเหลือให้คำแนะนำและเสริมพลังอำนาจ โดยใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะและความรู้ทางเทคนิคเชิงวิชาชีพสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้พ่อแม่รับรู้ในคุณค่าตนเอง และเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยด้วยการเล่น อ่านหนังสือนิทาน เรื่องเล่าเกี่ยวกับเด็กที่มีบทบาทในการรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อให้เด็กมีกำลังใจและเกิดพลังที่จะต่อสู้และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจและให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลินโดยจัดกิจกรรมสันตนาการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สามารถเล่นบนเตียงได้ เช่น สมุดวาดภาพ ระบายสี สนับสนุนให้มารดาอ่านหนังสือนิทานให้ผู้ป่วยฟัง โดยพยาบาลจัดหาหนังสือนิทานที่มีเนื้อหา ที่จะช่วยเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยที่มีรูปภาพและสีสันสวยงาม สร้างความไว้วางใจโดยการเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ทำความรู้จักผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว รับฟังอย่างตั้งใจ คอยอยู่เคียงข้าง ค้นหาความเชื่อและความศรัทธาของมารดา ถ้าไม่มีผลกระทบต่อการรักษาให้คงไว้ แต่ถ้ามีผลกระทบควรใช้การพูดคุยเจรจาต่อรอง ไม่ตำหนิ อธิบายให้ผู้ป่วยและมารดาเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้เวลาอยู่กับผู้ป่วย และมารดาปลอดภัย ให้กำลังใจ หมั่นตรวจเยี่ยม

สอบถามและช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ และประสานให้มารดาได้พูดคุยกับแพทย์และเป็นตัวแทนมารดาในการสอบถามแพทย์ด้วย ช่วยประสานกับหน่วยงานด้านสิทธิการรักษา และสังคมสงเคราะห์เมื่อมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย แนะนำ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องแก่มารดา ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาไม่ได้ถูกควบคุม เช่น ให้เขาเลือกหรือจัดเวลาทำกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมประจำวัน หรือเลือกอาหารที่รับประทานได้เอง สนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กให้โอกาสครอบครัวเข้ามาอยู่กับผู้ป่วย และช่วยเหลือเปิดโอกาสให้มารดาได้พัก โดยให้ครอบครัวเข้ามาสลับเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลหมั่นตรวจเยี่ยมและสอบถามความสุขสบาย และประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยสอบถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยชอบ และอนุญาตให้มารดานำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทานได้ แต่ควรจำกัดอาหารเค็มและมัน ถ้ามารดาไม่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร พยาบาลต้องอธิบายให้มารดาเข้าใจ โดยใช้การพูดคุยเจรจาต่อรอง คงความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ดูแลทำความสะอาดร่างกาย โดยพยาบาลช่วยเหลือมารดาในการทำทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติร่วมกันกับพยาบาล เตรียมผู้ป่วยเพื่อถอดท่อระบายทรวงอกโดยแจ้งให้มารดาและผู้ป่วยรับทราบ พยาบาลคอยปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย พยาบาลคอยอยู่เคียงข้างและสนับสนุนให้มารดาอยู่ด้วยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวลง ถ้ามารดาปฏิเสธเนื่องจากกลัว ไม่ต้องการเห็นลูกเจ็บปวด พยาบาลไม่ควรตำหนิ หรือบังคับ แต่อธิบายให้มารดาเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยต้องการแม่ หลังถอดท่อระบายทรวงอกพยาบาลกล่าวชมเชยผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกลงจากเตียง และทำกิจกรรมได้ตามความสามารถ

2.5.3 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กก่อนกลับบ้าน

สนับสนุนให้ครอบครัวมีความพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัวจากการบริการด้วยความเอื้ออาทรและยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผล แนะนำสถานบริการที่มารดาสะดวกพาผู้ป่วยไปใช้บริการ สอบถามมารดาเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ค้นหาความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับอาหาร ถ้าไม่มีผลกระทบกับตัวผู้ป่วย ก็สามารถเลือกรับประทานได้ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยร่วมวางแผน และจัดการเวลาในการรับประทานยากับมารดา พร้อมแจ้งเภสัชกร และส่งพบเภสัชกร เพื่อรับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา และอาการข้างเคียงของยา การมีกิจกรรม การออกกำลังกายและการพักผ่อน การดูแลสุขอนามัย (hygiene care) สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

การบริการ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และการมาตรวจตามแพทย์นัด พร้อมทั้งแนะนำเรื่อง การดำเนินการเรื่องสิทธิการรักษาในการมาตรวจครั้งต่อไป

2.5.4 รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

การบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน เป็นการพยาบาลที่มุ่งติดตามผลของ การรักษาของแพทย์ คือ การผ่าตัดหัวใจ โดยพยาบาลจะติดตาม เฝ้าระวัง และเมื่อพบความผิดปกติ จึงรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อน โดยผ่านการมอบหมายงานตามความจำเป็นและ เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการมอบหมายงานตามหน้าที่ การมอบหมายงานเป็นทีม พยาบาลจะมุ่งเฉพาะเพียงการทำงานให้แล้วเสร็จ โดยจะถูกหมุนเวียน สับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร ทำให้ไม่มีโอกาสวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละ รายอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลไม่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างแท้จริง การพยาบาล จะมุ่งเพื่อแก้ไขปัญหาตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ และมุ่งเน้นที่ปัญหาทางกายของตัวผู้ป่วยเป็น หลัก ดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วนมากกว่าที่จะเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม มุ่งเน้นงานประจำ ทำงาน ตามแผนการรักษาของแพทย์ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง (เพ็ญศรี จาบประไพ, 2553)

ขั้นตอนการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

1) ชั้นเตรียมรับย้าย

1.1) รับแจ้งการย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤต Incharge มอบหมายพยาบาลหัวหน้า ทีมเพื่อเตรียมเตียงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น

1.2) พยาบาล Incharge รับการส่งอาการผู้ป่วยจากพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต

2) ชั้นรับย้าย

2.1) เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยแล้ว ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง

2.2) ประเมินอาการผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ติดตาม สัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด

2.3) ต่อท่อระบายทรวงอกกับขวดควบคุมแรงดันได้น้ำ 10 เซนติเมตรน้ำ และ เครื่อง Continuous Suction ติดตามการทำงานของเครื่องและปริมาณ ลักษณะของเหลวที่ออกมา

2.4) ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา

3) ชั้นประเมิน วางแผนและปฏิบัติ

3.1) พยาบาลหัวหน้าทีมศึกษาประวัติผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาล

3.2) ให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานและด้านเทคนิค

3.3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เช่น อาหาร การทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ การบรรเทาปวด การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวันโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามความสมัครใจ

4) ขึ้นประเมินผล

4.1) ประเมินผลและส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลเวรถัดไป

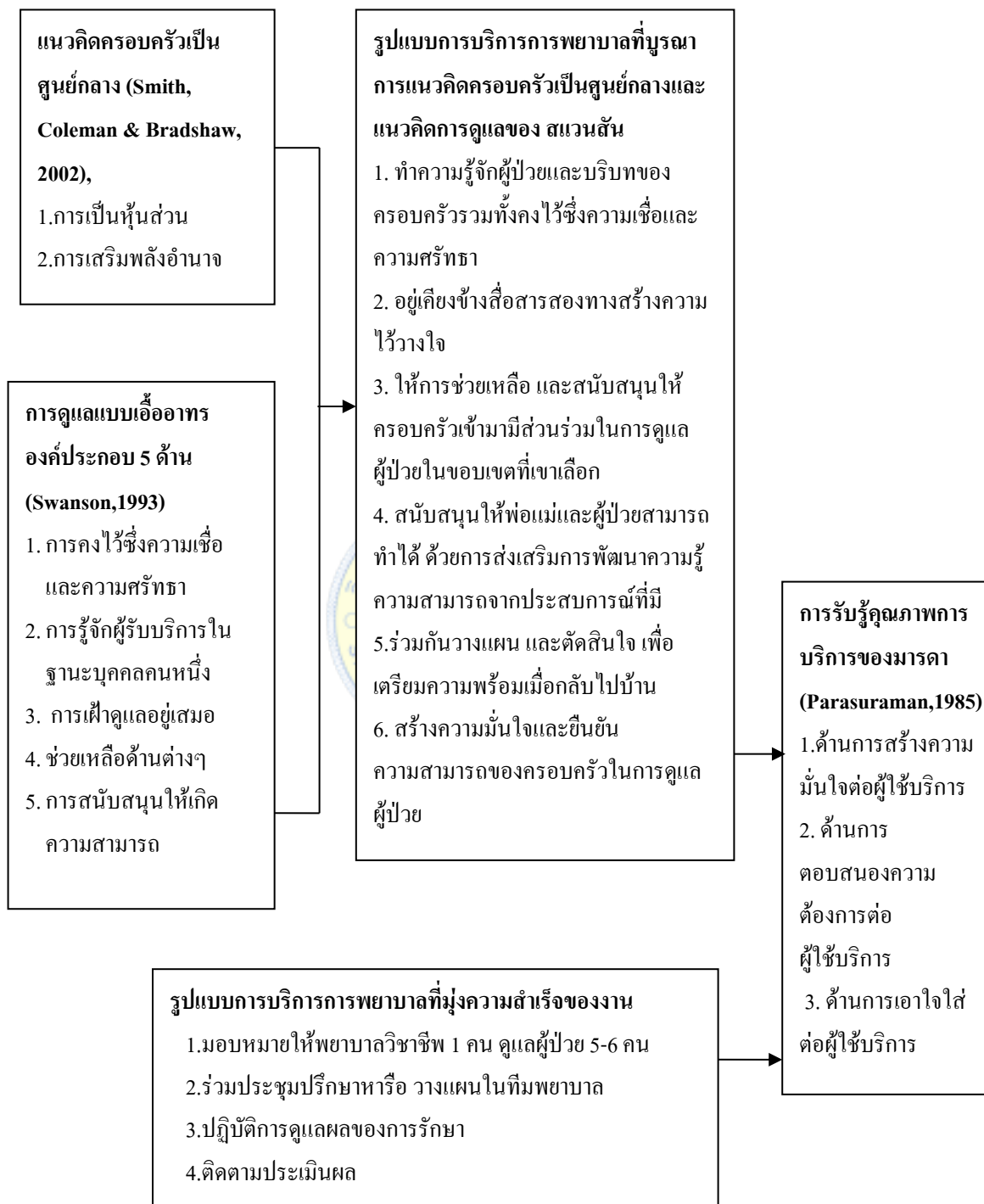
2.6 การพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ Swanson ต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง หลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด มารดาซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุด ย่อมมีความวิตกกังวล กลัว และทุกข์ทรมานเมื่อเห็นลูกเจ็บปวด แต่ด้วยบทบาทของมารดา สามารถที่จะช่วยลูกรับมือกับสถานการณ์ที่ย่างยากให้ผ่านพ้นไปได้ (Coty, Ritchie, Ellerton, 1989) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและมารดา ทำให้พยาบาลได้รู้จักผู้ป่วยและมารดา รวมถึงครอบครัวและเข้าใจปัญหาและความต้องการที่เฉพาะเจาะจงได้อย่างชัดเจน เป้าหมายเพื่อส่งผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วย การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ยังต้องการการพึ่งพิงครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวมากที่สุด การรับรู้บทบาทของครอบครัวและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล วางแผน และตัดสินใจ เนื่องจากครอบครัวจะเป็นผู้รู้ข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ที่เด็กมีความใกล้ชิดและผูกพันมากที่สุดก็คือมารดา พยาบาลต้องทำงานร่วมกับมารดาและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยพยาบาลต้องมีความเชื่อในความเฉพาะของบุคคลเป็นพื้นฐาน ทำความรู้จักกับผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว คงไว้ในความเชื่อและความศรัทธา และมาทำงานร่วมกันในลักษณะความเป็นหุ้นส่วนกัน ร่วมมือกัน พยาบาลจะต้องเคารพและให้เกียรติ คอยช่วยเหลือ สนับสนุนให้พ่อแม่และบุคคลที่มีความสำคัญในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลลูกในยามปกติ และรู้จักผู้ป่วยดีที่สุด ส่วนพยาบาลจะแสดงบทบาทในการเป็นที่ปรึกษา ในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในขอบเขตที่เขาเลือก แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้และความคิดเห็นระหว่างบุคคลแบบการสื่อสารสองทาง และบทบาทของพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาคอยอยู่เคียงข้างในทุกๆ

โอกาสที่เอื้ออำนวย พยาบาลจะนำความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพไปช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มาวางแผนและตัดสินใจร่วมกัน ค้นหาการรักษา ประเมินอย่างละเอียดรอบคอบ โดยผ่านกระบวนการของการรับรู้และบอกให้รู้ถึงความเข้าใจสถานะทางคลินิกทั่วไปและเฉพาะเจาะจง โดยยืนยันความเข้าใจนี้ในทีมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และถ่ายทอดสู่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยแสดงออกทางอารมณ์และทางกาย รวมถึงการอยู่กับผู้ป่วย แบ่งปันความรู้สึกโดยไม่คิดว่าเป็นภาระ และกำหนดโดยการทำให้ในสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำได้ และช่วยให้เขาสามารถทำได้เอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติซึ่งทั้งหมดเป็นการกระทำเชิงการรักษา

การนำครอบครัวเข้ามาในระบบการวางแผนการดูแลสุขภาพจะทำให้ครอบครัวทำงานกับพยาบาลด้วยความสบายใจ และพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ตรงตามความคาดหวังของครอบครัว ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวผ่านกระบวนการของการมีส่วนร่วม โดยการเป็นหุ้นส่วนเสริมพลังอำนาจและการเจรจาต่อรอง (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ให้คุณค่า ยอมรับในความรู้ความสามารถของครอบครัวว่าทำงานร่วมกันได้ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ตั้งไว้คือความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆ ไปได้ โดยต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจโดยยึดแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเนื่องจากการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวก เช่น ช่วยลดความกังวล ช่วยในการบริการความปวด ใช้ระยะเวลาฟื้นตัวเร็วขึ้นเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการแก้ปัญหาได้ (Ricci & Kyle, 2009, p. 42) ประกอบกับพยาบาลให้การดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและมารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือ ตามแนวคิดการดูแลของ Swanson ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเป็นการเอาใจใส่ต่อผู้อื่นอย่างมีคุณค่าที่รู้สึกถึงพันธสัญญาและความรับผิดชอบ ถ้ามารดามีพยาบาลที่คอยอยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจ เอาใจใส่ แสดงความห่วงใย และคอยช่วยเหลือ ประคับประคอง สนับสนุน ให้มารดาได้แสดงบทบาทของแม่และมีความเชื่อวามารถทำได้และให้เกียรติ เคารพในความคิด และการแสดงออกของพยาบาลในการปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้มารดาและผู้ป่วยรู้สึกและรับรู้ได้ถึงคุณภาพการบริการมีคุณภาพทั้งในด้านคุณลักษณะที่มองเห็นจากภายนอกคือท่าทางกริยาจา การสร้างให้เกิดความไว้วางใจ ปฏิบัติด้วยความรู้ความสามารถ มารดารับรู้ได้ถึงคุณภาพการบริการโดยพยาบาลสามารถสร้างความมั่นใจ ทำให้มารดาและผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ ที่มีพยาบาลอยู่เคียงข้างสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็วและรู้สึกได้ว่าพยาบาลได้ให้ความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังและ เข้าใจถึงความต้องการเป็นรายบุคคล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



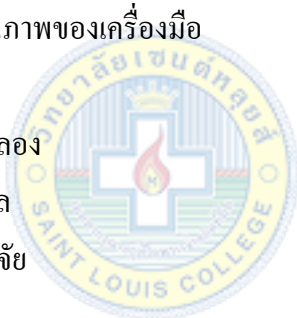
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง (Two groups, pre-post design) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด โดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎี การดูแลของสแกนสัน ต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา

โดยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.4 จริยธรรมการวิจัย
- 3.5 ขั้นตอนการทดลอง
- 3.6 การรวบรวมข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย



3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร คือ

มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ

มารดาผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 เดือน-6 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หอผู้ป่วยสามัญ ที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต (ส.7บี) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเล็ก (ส.6เอ) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 15 คน

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์เลือก มารดาเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1) มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด โดยมารดาจะต้องมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

(1) มีบุตรก่อนวัยเรียนอายุ 3 เดือน - 6 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจพิการแต่กำเนิดและได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

(2) หลังผ่าตัดเข้าพักในหอผู้ป่วยวิกฤตและย้ายออกมายังหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักและเฝ้าบุตรอยู่ที่โรงพยาบาล

(3) มารดาผู้ป่วยเด็กยินดียินยอมร่วมมือในการศึกษา

2) เกณฑ์การคัดออก

2.1) เมื่อมารดาเปลี่ยนใจปฏิเสธการเข้าร่วมในการทดลองด้วยเหตุผลใดก็ตาม

2.2) เมื่อผู้ป่วยต้องย้ายหอด้วยเหตุผลใดก็ตาม

2.3) เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องผ่าตัดซ้ำ หรือต้องย้ายกลับหอผู้ป่วยวิกฤต หรือเสียชีวิต

3) ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์จำนวน 30 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้

3.2) กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน เลือกจากมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเล็ก (ศ.6 เอ) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ให้เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน ผู้วิจัยบันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมไว้จนครบ 15 คน(ดำเนินการไปพร้อมกับกลุ่มทดลอง)

3.3) กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน เลือกจากมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต (ศ.7 บี) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ให้เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ผู้วิจัยบันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแต่ละคน นำมาจับคู่กับกลุ่มควบคุมให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจนครบ 15 คู่

3.4) การจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัย โดยให้มารดาแต่ละคู่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนี้

(1) มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน ห่างกันไม่เกิน 10 ปี แบ่งเป็น 18-25ปี, 26-35 ปี และ 35 ปีขึ้นไป

(2) ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน แบ่งเป็น ต่ำกว่าปริญญาตรี, ปริญญาตรี และ สูงกว่าปริญญาตรี

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา
1	กลุ่มควบคุม	26	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	26	ต่ำกว่าปริญญาตรี
2	กลุ่มควบคุม	29	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	28	ต่ำกว่าปริญญาตรี
3	กลุ่มควบคุม	30	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	32	ต่ำกว่าปริญญาตรี
4	กลุ่มควบคุม	35	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	35	ต่ำกว่าปริญญาตรี
5	กลุ่มควบคุม	30	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	32	ต่ำกว่าปริญญาตรี
6	กลุ่มควบคุม	24	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	25	ต่ำกว่าปริญญาตรี
7	กลุ่มควบคุม	19	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	20	ต่ำกว่าปริญญาตรี
8	กลุ่มควบคุม	42	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	43	ต่ำกว่าปริญญาตรี
9	กลุ่มควบคุม	27	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	27	ต่ำกว่าปริญญาตรี
10	กลุ่มควบคุม	36	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	35	ต่ำกว่าปริญญาตรี
11	กลุ่มควบคุม	29	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	31	ต่ำกว่าปริญญาตรี
12	กลุ่มควบคุม	32	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	31	ต่ำกว่าปริญญาตรี

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา
13	กลุ่มควบคุม	38	ปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	39	ปริญญาตรี
14	กลุ่มควบคุม	32	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	30	ต่ำกว่าปริญญาตรี
15	กลุ่มควบคุม	40	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	44	ต่ำกว่าปริญญาตรี

จากตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) คู่มือการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.2) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา

3.2.2 วิธีการสร้างเครื่องมือ และหาคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย มีลำดับขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

1.1) คู่มือการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยปฏิบัติ ดังนี้

(1) ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด แนวคิดครอบครัว แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร แนวคิดการดูแลของสเวนสัน แนวคิดคุณภาพการบริการผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดครอบครัวเป็น

ศูนย์กลาง (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) กับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (Swanson, 1993) มาบูรณาการและสร้างเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาลขึ้น (ดังแสดงในตารางที่ 2)

(2) จัดทำ “คู่มือการปฏิบัติการบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน” โดยกำหนดเนื้อหาในกิจกรรมที่สร้างขึ้นให้ครอบคลุมแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาโดยมีรายละเอียดของกิจกรรม (ดังแสดงในตารางที่ 3 ในภาคผนวก)



ตารางที่ 2 การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดหลังย้ายออกจาก หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี, 2554)	ทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน (Swanson, 1993)	แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Coleman, 2002)	การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน	รูปแบบการบริการ พยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน
มาตรฐานที่ 6 การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กหลัง ย้ายออกจากหอผู้ป่วยเด็ก วิกฤติ 1. การดูแลและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	แนวคิดของสเวนสัน การคงไว้ซึ่งความเชื่อและความ ศรัทธา (Maintaining Belief) การมุ่งมั่นที่จะเข้าใจความหมาย ของเหตุการณ์ในชีวิต (Knowing) การอยู่กับผู้ป่วย แบ่งปันความ รู้สึกโดยไม่คิดว่าเป็นภาระ (Being with)	แนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง Partnership nursing: พ่อแม่ต้อง ยอมรับกับบทบาทในการดูแลลูกใน ขอบเขตการดูแลที่ดีที่สุดโดยเน้นที่ ครอบครัวเป็นผู้จัดการดูแลและพยาบาล เป็นผู้ช่วยมีความเท่าเทียมกันระหว่าง พยาบาลและครอบครัว Family-centered care: พ่อแม่จะเป็น ผู้นำในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการ ดูแลลูกและบทบาทของพยาบาลจะเป็น ที่ปรึกษา	1. ดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลวางแผนและตัดสินใจ มีความเชื่อในบทบาทของมารดา และถือว่าครอบครัวมีสถานะเท่าเทียม กันกับพยาบาล ประเมินและช่วย ค้นหาเป้าหมายโดยการทำความรู้จัก และพยายามเข้าใจเหตุการณ์ ทำความ รู้จักผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้ง ทั้งภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต	กิจกรรมที่ 1 ทำความ รู้จักผู้ป่วยและบริบท ของครอบครัวรวมทั้ง คงไว้ซึ่งความเชื่อและ ความศรัทธา กิจกรรมที่ 2 สื่อสาร สองทางสร้างความ ไว้วางใจด้วยการอยู่ เคียงข้างและถ่ายทอด ความรู้สึก

ตารางที่ 2 การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (ต่อ)

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดหลังย้ายออกจาก หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี, 2554)	ทฤษฎีการดูแลของ สแวนสัน (Swanson, 1993)	แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Coleman, 2002)	การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแล ของสแวนสัน	รูปแบบการบริการ พยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแล ของสแวนสัน
2. การดูแลผู้ป่วยเด็กและ ผู้ดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ	การทำให้ในสิ่งที่มารดาและ ผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำได้ (Doing) และช่วยให้เขาสามารถ ทำได้เอง (Enabling)	Empowerment ขอบเขตของ คุณลักษณะเหล่านี้ขึ้นอยู่กับทักษะของ พยาบาลในการสนับสนุนและความ ต้องการของพ่อแม่ที่จะเป็นผู้นำหรือ ผู้ตาม 1. การมีส่วนร่วม Parental Involvement: พ่อแม่เข้ามา อยู่กับลูกได้ตลอดเวลา รวมถึงการดูแล ขั้นพื้นฐานและขอบเขตการตัดสินใจ แต่พยาบาลยังคงเป็นผู้นำ	และสิ่งที่มีความหมาย ในชีวิตของ ผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วยแบ่งปันความรู้สึก โดยไม่คิดว่าเป็นภาระ และพร้อมที่จะ ให้ความช่วยเหลือโดยการทำให้ใน สิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถ กระทำได้ และช่วยให้เขาสามารถทำ ได้เอง 2. การดูแลผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลทาง ด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและจิต วิญญาณ พยาบาลช่วยเหลือให้ คำแนะนำและเสริมพลังอำนาจโดย ใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะและ	กิจกรรมที่ 3 ให้การ ช่วยเหลือและทำ กิจกรรมต่างๆ โดย สนับสนุนให้ ครอบครัวเข้ามามี

ตารางที่ 2 การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดหลังย้ายออกจาก หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี, 2554)	ทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน (Swanson, 1993)	แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Coleman, 2002)	การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน	รูปแบบการบริการ พยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน
		Parent participation: พ่อแม่ถูกรวม เข้ามาในเรื่องการตัดสินใจ การส่ง มอบการดูแล หรือเป็นแม่ที่ปรึกษา	ความรู้ทางเทคนิคเชิงวิชาชีพ สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ร่วม เพื่อให้พ่อแม่รับรู้ในคุณค่า ตนเอง และเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย	ส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยในขอบเขตที่เขา เลือก กิจกรรมที่ 4 สนับสนุน ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำได้ ด้วยการ ส่งเสริมการพัฒนา ศักยภาพโดยใช้ความรู้ ความสามารถจาก ประสบการณ์ที่มารดา มี

ตารางที่ 2 การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดหลังย้ายออกจาก หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี, 2554)	ทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน (Swanson, 1993)	แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Coleman, 2002)	การบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน	รูปแบบการบริการ พยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน
3. การเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็ก ก่อนกลับบ้าน		การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) 1. การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่าง พยาบาลและครอบครัว 2. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม	3. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เด็กและผู้ดูแลเด็กก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีความพร้อม และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ให้ดำรงชีวิตใกล้เคียงกับเด็กปกติ มากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้ง ไว้ คือความผาสุกของผู้ป่วยและ ครอบครัว	กิจกรรมที่ 5 ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ครอบ ครัวสามารถดูแลผู้ป่วย ได้ เพื่อเตรียมความ พร้อมเมื่อกลับไปบ้าน กิจกรรมที่ 6 สร้าง ความมั่นใจ และยืนยัน ความสามารถของ ครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 ทำความรู้จักผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา

- 1) ทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้งทั้งภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วย
- 2) ดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว ยอมรับว่าครอบครัวรู้จักตัวเด็กมากที่สุด
- 3) ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล วางแผน และตัดสินใจ
- 4) พยาบาล คงไว้ซึ่งความเชื่อของครอบครัวที่ไม่ส่งผลต่อการรักษา เชื่อในความสามารถ
- 5) ถือว่าครอบครัวมีสถานะเท่าเทียมกัน พยาบาลให้เกียรติ และ และให้อำนาจพ่อแม่ในการดูแล

- 6) ประเมินและช่วยค้นหาเป้าหมายโดยการทำความรู้จัก และพยายามเข้าใจเหตุการณ์

กิจกรรมที่ 2 อยู่เคียงข้าง สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจ

- 1) ประเมินอย่างละเอียดถี่ถ้วนอย่าง เฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล
- 2) พยาบาลและครอบครัวร่วมกันกำหนดบทบาทของการช่วยเหลือยอมรับบทบาทที่เท่าเทียมของการเป็นผู้ดูแลของพ่อแม่รวมถึงความรู้และทักษะของพ่อแม่
- 3) สร้างความมั่นใจให้แก่มารดาและผู้ป่วยโดยอยู่เคียงข้าง พร้อมให้การช่วยเหลือตลอดเวลา
- 4) พุดให้ กำลังใจ และให้ความหวังตามสภาพความเป็นจริง

กิจกรรมที่ 3 ให้การช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่างๆ โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก

- 1) สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำความ เข้าใจให้ชัดเจนถึงความหมายของการมีส่วนร่วม
- 2) พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่ ตรงกัน และพูดคุยเป็นรายบุคคล
- 3) ช่วยเหลือโดยการทำให้ในสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถ กระทำได้ให้เวลากับมารดาและผู้ป่วย อยู่ด้วย ถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้สึก ด้วยการตั้งใจฟัง สัมผัสด้วยความอ่อนโยน
- 4) แสดงความเข้าใจและเห็นใจสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยและมารดา และยอมรับ ไม่ตำหนิ แต่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเข้าใจเขา

กิจกรรมที่ 4 สนับสนุนให้พ่อแม่และผู้ป่วยสามารถทำได้ ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มี

- 1) ช่วยให้เขาสามารถทำได้เอง
- 2) สนับสนุนให้มารดาและบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พ่อแม่รับรู้ในคุณค่า ตนเอง

3) พยาบาลช่วยเหลือให้คำแนะนำและเสริมพลังอำนาจ โดยใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะ และความรู้ทางเทคนิคเชิงวิชาชีพ เสริมพลังอำนาจผู้ป่วยด้วยการเล่น อ่านหนังสือ

กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันวางแผน และตัดสินใจ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปบ้าน

1) สนับสนุนให้ครอบครัวมีความพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิต ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด

2) วางแผนร่วมกับครอบครัวและผู้ป่วย โดยพิจารณาศักยภาพ และความจำเป็นที่ เฉพาะเจาะจงในแต่ละรายเนื่องจากพื้นฐานครอบครัวการเลี้ยงดูแตกต่างกัน ความรู้และศักยภาพของ มารดาก็แตกต่างกัน ในการเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน โดยเตรียม ความพร้อม

กิจกรรมที่ 6 สร้างความมั่นใจและยืนยันความสามารถของพ่อแม่ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

1) พยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วย และความพร้อมของผู้ป่วยและมารดา

2) พยาบาลและมารดาทบทวนความเข้าใจในเรื่องต่างๆ โดยการสะท้อนกลับ

3) เปิดโอกาสให้ มารดาได้ซักถาม และบอกปัญหา

2) เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากฐาน แนวคิดคุณภาพการบริการของ Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985) สร้างขึ้น สร้างเป็นแบบสอบถาม การรับรู้คุณภาพการบริการ คือ 1) ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ 2) ด้านการตอบสนอง ความต้องการต่อผู้ใช้บริการ 3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และ ผู้ทรงคุณวุฒิแก้ไขปรับปรุงการใช้ภาษาให้เหมาะสม ลักษณะของแบบสอบถามแบบปลายปิดเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้คุณภาพการบริการมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้คุณภาพการบริการมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้คุณภาพการบริการปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้คุณภาพการบริการน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้คุณภาพการบริการน้อยที่สุด

นำค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มาแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2555, น. 93)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.21 - 5.00	การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาอยู่ในระดับ มากที่สุด
3.41 - 4.20	การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาอยู่ในระดับ มาก
2.61 - 3.40	การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาอยู่ในระดับ ปานกลาง
1.81 - 2.60	การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาอยู่ในระดับ น้อย
1.00 - 1.80	การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาและการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น คือ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสันและแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คือ ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาสาระตามที่กำหนดไว้ในคำจำกัดความ และความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยถือเกณฑ์การยอมรับหลักการจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ โดยแก้ไขข้อ 4 แยกเป็น 2 ประเด็น ตัดข้อ 5, 11, 31, 32 ออก เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องและซ้ำซ้อน ปรับภาษาข้อ 8, 18 และ 20 เพื่อความถูกต้องเหมาะสมชัดเจน เหลือข้อคำถาม 31 ข้อ

3.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 30 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2556 – 13 มิถุนายน 2556 นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ 0.96 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้ใช้บริการมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.89 ด้านการ

ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.92 และด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ให้บริการ

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมโครงการวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553

2) ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แสดงความจำนงค์ขออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อนุมัติในเชิงจริยธรรมก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยเข้าสอบถามกระบวนการและผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ วันที่ 20 พฤษภาคม 2556 และได้รับการอนุมัติในวันที่ 30 พฤษภาคม 2556

3) เอกสารประกอบการขออนุมัติซึ่งมี ดังนี้

3.1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย

3.2) แบบเสนอโครงร่างการศึกษา

3.3) โครงร่างการวิจัย

3.4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ฉบับร่างของผู้วิจัย

3.5) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยที่ผ่านคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีแล้ว ผ่านรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ทำบันทึกถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามระเบียบของคณะกรรมการ

5) การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

5.1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ และอธิบายให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กโตที่เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยในงานวิจัย จำนวน 4 คน เข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำเสนอการ

วิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวพยาบาลวิชาชีพแต่อย่างใดซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจ เมื่อพยาบาลวิชาชีพยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยมีการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย

5.2) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าและอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการวิจัยกับมารดาเป็นความลับและไม่มีผลต่อการรักษา โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของมารดา ไม่มีชื่อมารดาปรากฏอยู่ในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น มารดาสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวมารดาและผู้ป่วยแต่อย่างใดขึ้นอยู่กับความสมัครใจของมารดา เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้มารดาลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

3.5 ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

3.5.1 ขั้นเตรียมดำเนินการทดลอง

1) เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต (ศ.7 ปี) และ ศัลยกรรมเด็กเล็ก (ศ.6 เอ) เพื่อขอความร่วมมือ และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล

2) จัดเตรียมเอกสาร/แบบฟอร์ม แสดงความยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย

3) คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วย ศ.7 ปี จำนวน 4 คน เพื่อเข้าร่วมในงานวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมในงานวิจัย

3.1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม ศ.7 ปี

3.2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดไม่น้อยกว่า 3 ปี

4) จัดทำโครงการอบรมเรื่อง “การปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน เพื่อคุณภาพการบริการ” โดยมีขั้นตอนการจัดทำโครงการดังนี้

4.1) ผู้วิจัยดำเนินการเขียนโครงการอบรม

4.2) เสนอโครงการต่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4.3) ปรับปรุงโครงการตามข้อเสนอแนะ

5) อบรมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน ที่ยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต (ศ.7 ปี) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในเรื่อง “การปฏิบัติงานตาม

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสแกนสันเพื่อคุณภาพการบริการ” โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ให้ความรู้ จัดการอบรม 1 รอบ ในวันที่ 13 มิถุนายน 2556 เวลา 13.00 – 15.00 น.

6) ผู้วิจัยชี้แจงการใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน กับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมในการวิจัยในการทำงานปกติประจำวัน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนตามแนวคิดที่กำหนดไว้

7) ให้พยาบาลที่เข้าร่วมในการวิจัย ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต (ศ.7 ปี) หลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ราย โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและแนะนำ การใช้รูปแบบตามขั้นตอนต่างๆ จนกระทั่งพยาบาลวิชาชีพ มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนดได้ด้วยตนเอง

3.5.2 ขั้นตอนทดลอง

การทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ไม่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการทดลอง

1) กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

1.1) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพตามปกติเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมในงานวิจัย ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้าได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเด็กอื่นๆ 5-6 คน และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด 1 คน ส่วนในเวรบ่ายและดึก พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมในงานวิจัยจะขึ้นปฏิบัติงานตามปกติพร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในงานวิจัยที่ตนเองได้รับมอบหมายด้วย (พยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 คน จะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด 3 คน) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพตามรูปแบบการบริการการพยาบาล

1.2) พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลตามคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการปฏิบัติกิจกรรม และช่วงวัน เวลาของกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ 6 กิจกรรม ตั้งแต่รับย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงกลับบ้านเป็นเวลา 6 วัน (ดังตารางที่ 3 ภาคผนวก)

2) กลุ่มควบคุม ได้รับการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน มีการดำเนินการที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมดังนี้

2.1) มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลผู้ป่วย 5-6 คน ภายหลังรับรายงานการส่งเวร ตรวจสอบและจดบันทึกแผนการรักษาของแพทย์

2.2) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมประชุมปรึกษารื้อ วางแผนในทีมพยาบาล

2.3) ปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละวัน ตรวจวัดสัญญาณชีพ ค่าความอึดตัวของออกซิเจน ดูแลให้ออกซิเจน พ่นยา ดูคเสมหะ ดูแลให้สารน้ำ ให้ยา ดูแลที่อวัยวะทรวงอกให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึกสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย

2.4) ติดตามประเมินผล

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน – 30 กรกฎาคม 2556 (6 สัปดาห์) โดยดำเนินการดังนี้

3.6.1 กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

- 1) เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย ส.7 ปี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากตารางการผ่าตัด เมื่อพบรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างแล้วใส่ไว้ในบัญชีรายชื่อ
- 3) เมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมายังหอผู้ป่วย ส.7 ปี ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้มารดาผู้ป่วยเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยลงรายชื่อแสดงความยินยอมไว้
- 4) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการให้แก่กลุ่มทดลองก่อนทำการปฏิบัติการทดลอง (pre-test) โดยมารดาเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มารดาอ่านภาษาไทยไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้มารดาฟังและให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที
- 5) ดำเนินการทดลองตามคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- 6) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้บริการที่ดีให้แก่กลุ่มทดลองภายหลังทำการทดลอง (post-test) ในวันสุดท้ายที่เสร็จสิ้นกิจกรรม โดยมารดาเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มารดาอ่านภาษาไทยไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้มารดาฟัง และให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที จนครบ 15 ราย
- 7) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

3.6.2 กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดังนี้

- 1) เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากตารางการผ่าตัด เมื่อพบรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างแล้วใส่ไว้ในบัญชีรายชื่อ

3) เมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมายังหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเล็ก (ศ.6 เอ) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้มารดาผู้ป่วยเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยลงรายชื่อแสดงความยินยอมไว้

4) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการให้แก่กลุ่มควบคุมก่อนทำการปฏิบัติการทดลอง (pre-test) โดยมารดาเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มารดาอ่านภาษาไทยไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้มารดาฟัง และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

5) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตามปกติ

6) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการให้แก่กลุ่มควบคุม (post-test) ในวันที่เสร็จสิ้นกิจกรรม โดยมารดาเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มารดาอ่านภาษาไทยไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้มารดาฟัง และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที จนครบ 15 ราย

7) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ในการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

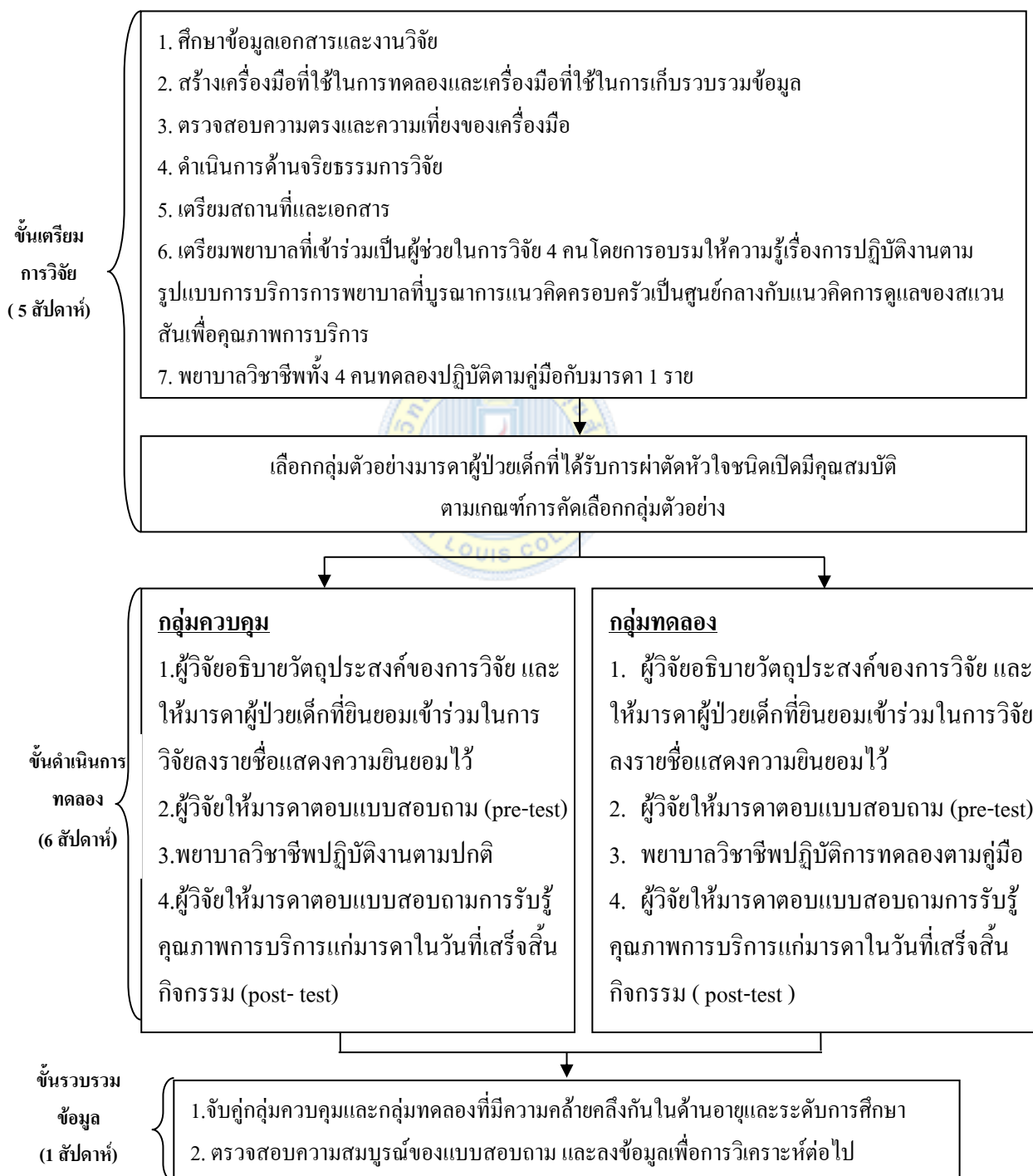
1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2) ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา แสดงระดับค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

4) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Wilcoxon Signed Rank Test

ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง(Two- Groups, Pretest- Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Std. Deviation)
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
Z	หมายถึง	ค่าประมาณหรือค่าทำนายของตัวแปรตามที่เป็นค่ามาตรฐาน
*p = 0.05	หมายถึง	ค่า Significant (ระดับนัยสำคัญ)

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (ตารางที่ 5-12)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (ตารางที่13-17)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของ สเวนสันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test (ตารางที่18-21)

4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และสิทธิการรักษาพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
18 – 25 ปี	2	13.30	2	13.30
26 – 35 ปี	11	73.30	11	73.30
35 ปีขึ้นไป	2	13.30	2	13.30
รวม	15	100	15	100
2. สถานภาพสมรส				
คู่	13	86.70	15	100
แยกกันอยู่	1	6.70	0	0
หม้าย	1	6.70	0	0
รวม	15	100	15	100
3. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0	0	0	0
ต่ำกว่าปริญญาตรี	13	86.70	13	86.70
ปริญญาตรี	2	13.30	2	13.30
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0
รวม	15	100	15	100

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และสิทธิการรักษาพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	1	6.70	5	33.30
รับจ้าง	10	66.70	7	46.70
ค้าขาย	1	6.70	1	6.70
รับราชการ	0	0	0	0
รัฐวิสาหกิจ	0	0	0	0
เกษตรกรรม	2	13.30	1	6.70
ธุรกิจส่วนตัว	1	6.70	1	6.70
อื่นๆ	0	0	0	0
รวม	15	100	15	100
5. รายได้				
ต่ำกว่า 10000 บาท	2	13.30	5	33.30
10,000–30,000 บาท	11	73.30	10	66.70
มากกว่า 30,000 บาท	2	13.30	0	0
รวม	15	100	15	100
6. สิทธิการรักษาพยาบาล				
ข้าราชการ	0	0	0	0
รัฐวิสาหกิจ	0	0	0	0
บัตรทอง	15	100	15	100
จ่ายเงินเอง	0	0	0	0
รวม	15	100	15	100

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีรายได้อายุระหว่าง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.30 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.70 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.70 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 66.70 รายได้ 10000-30000 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.30 และทั้งหมดใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรทอง ส่วนกลุ่มควบคุม มีรายได้อายุระหว่าง 26-35 ปี

คิดเป็นร้อยละ 73.30 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.70 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.70 และเป็นแม่บ้านร้อยละ 38.50 รายได้ 10000-30000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.70 และทั้งหมดใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรทอง เช่นเดียวกัน

4.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ศึกษาาระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลอง ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และกลุ่มควบคุม ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมและจำแนกรายด้าน

การรับรู้คุณภาพการบริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ	4.05	0.398	มาก	3.98	0.528	มาก
2. การตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	3.84	0.430	มาก	3.70	0.396	มาก
3. การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	3.65	0.640	มาก	3.69	0.542	มาก
รวม	3.86	0.437	มาก	3.79	0.396	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก เช่นกัน

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้าน การสร้าง ความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. สถานที่และสภาพแวดล้อม...	3.80	0.775	มาก	4.07	0.704	มาก
2. อุปกรณ์ เครื่องมือ มีความทันสมัย ...	4.40	0.632	มากที่สุด	4.07	0.704	มาก
3. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้	3.80	0.561	มาก	4.13	0.640	มาก
4. พยาบาลให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง...	4.00	0.655	มาก	3.87	0.743	มาก
5. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับ...	4.00	0.535	มาก	4.00	0.756	มาก
6. พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือบุตร...	4.20	0.676	มาก	3.80	0.676	มาก
7. ท่านรู้สึกปลอดภัย เมื่อมีพยาบาล...	4.33	0.488	มากที่สุด	4.20	0.775	มาก
8. พยาบาลได้ช่วยเก็บความลับ...	3.80	0.561	มาก	3.67	0.617	มาก
9. ท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านจะปลอดภัย	4.00	0.926	มาก	4.13	0.834	มาก
10.ท่านมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถ...	4.20	0.676	มาก	3.87	0.834	มาก
รวม	4.05	0.398	มาก	3.98	0.528	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 8 ข้อ

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลอง ก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และกลุ่มควบคุม ก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11. พยาบาลเข้ามาดูแลช่วยเหลือทันที.....	3.60	0.737	มาก	3.60	0.737	มาก
12. พยาบาลคอยติดตามสอบถามอาการ.....	3.87	0.743	มาก	3.80	0.775	มาก
13. พยาบาลเข้ามาดูแลร่วมกับการให้.....	3.67	0.724	มาก	3.93	0.694	มาก
14. พยาบาลเข้ามาประเมินอาการปวด.....	3.53	0.743	มาก	3.40	0.910	ปานกลาง
15. พยาบาลติดตามตรวจเช็ข้มอาการบุตร...	3.93	0.704	มาก	3.00	0.926	ปานกลาง
16. พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดี.....	3.60	0.828	มาก	3.13	1.126	ปานกลาง
17. พยาบาลช่วยประสานให้ท่านได้พูดคุย...	3.67	0.900	มาก	2.80	1.014	ปานกลาง
18. พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลืออย่าง.....	3.80	0.581	มาก	3.87	0.743	มาก
19. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุยปัญหา	3.80	0.775	มาก	3.40	1.056	ปานกลาง
20. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย...	3.87	0.640	มาก	3.40	0.910	ปานกลาง
21. พยาบาลให้โอกาสท่านได้ดูแลบุตร.....	4.40	0.632	มากที่สุด	4.00	0.926	มาก
22. พยาบาลสอนและแนะนำให้ท่าน.....	3.93	0.704	มาก	4.07	0.799	มาก
23. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วม.	4.07	0.704	มาก	3.67	1.113	มาก
รวม	3.84	0.430	มาก	3.70	.396	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อ คือข้อ 14, 15, 16, 17, 19, 20 อยู่ในระดับมาก 7 ข้อ คือข้อ 11, 12, 13, 18, 21, 22 และ 23 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ยกเว้นข้อ 21 อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลอง ก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และ กลุ่มควบคุม ก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้าน การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง(n=15)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
24. พยาบาลยิ้มแย้ม แจ่มใส ...	4.00	0.845	มาก	4.20	0.862	มาก
25. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด...	3.47	0.743	มาก	3.13	0.915	ปานกลาง
26. พยาบาลเข้ามาเยี่ยม และสอบถาม...	3.53	0.743	มาก	3.47	0.640	มาก
27. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วย...	3.60	0.828	มาก	4.00	0.756	มาก
28. พยาบาลคอยปลอบโยนและ...	3.47	0.834	มาก	3.33	1.047	ปานกลาง
29. พยาบาลมีความยืดหยุ่นตามความ...	3.67	0.724	มาก	3.87	0.743	มาก
30. พยาบาลทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณ...	3.87	0.743	มาก	3.93	0.704	มาก
31. พยาบาลหมั่นเข้ามาสอบถามปัญหา...	3.67	0.816	มาก	3.60	0.632	มาก
รวม	3.65	0.640	มาก	3.69	0.542	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ คือข้อที่ 24, 26, 27, 29, 30, 31 และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ คือข้อที่ 25 และ 28 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทั้งหมดอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดา ของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการ พยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันและกลุ่ม ควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมและจำแนก รายด้าน

การรับรู้คุณภาพการบริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การสร้างความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ	4.15	0.314	มาก	4.54	0.340	มากที่สุด
2. การตอบสนองความต้องการต่อ ผู้ให้บริการ	4.01	0.351	มาก	4.51	0.348	มากที่สุด
3. การเอาใจใส่ต่อผู้ให้บริการ	3.99	0.367	มาก	4.52	0.401	มากที่สุด
รวม	4.05	0.296	มาก	4.53	0.336	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการ บริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่ม ควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการ สร้างความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบ การบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการ สร้างความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.สถานที่และสภาพแวดล้อม...	4.13	0.516	มาก	4.60	0.632	มากที่สุด
2.อุปกรณ์ เครื่องมือ มีความทันสมัย ...	4.53	0.516	มากที่สุด	4.67	0.488	มากที่สุด
3. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้...	4.47	0.516	มากที่สุด	4.53	0.516	มากที่สุด
4.พยาบาลให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง...	4.07	0.594	มาก	4.40	0.632	มากที่สุด

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมและจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการ สร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5.พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับ...	3.93	0.458	มาก	4.67	0.488	มากที่สุด
6.พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือบุตร...	4.13	0.352	มาก	4.60	0.507	มากที่สุด
7. ท่านรู้สึกปลอดภัย เมื่อมีพยาบาล...	4.33	0.488	มากที่สุด	4.80	0.414	มากที่สุด
8. พยาบาลได้ช่วยเก็บความลับ...	3.80	0.676	มาก	4.20	0.414	มาก
9.ท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านจะปลอดภัย...	3.93	0.704	มาก	4.60	0.507	มากที่สุด
10.ท่านมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถ...	4.13	0.516	มาก	4.40	0.507	มากที่สุด
รวม	4.15	0.314	มาก	4.54	0.340	มากที่สุด

จากตารางที่ 10 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นข้อ 8 อยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10 และอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 3 และ 7

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบ สนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11. พยาบาลเข้ามาดูแลช่วยเหลือทันที....	3.67	0.617	มาก	4.60	0.507	มากที่สุด
12. พยาบาลคอยติดตามสอบถามอาการ...	4.20	0.676	มาก	4.47	0.516	มากที่สุด
13. พยาบาลเข้ามาดูแลร่วมกับการให้...	3.93	0.704	มาก	4.67	0.488	มากที่สุด
14. พยาบาลเข้ามาประเมินอาการปวด.....	4.20	0.561	มาก	4.73	0.458	มากที่สุด
15. พยาบาลติดตามตรวจเยี่ยมอาการบุตร..	3.93	0.594	มาก	4.20	0.676	มาก
16. พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดี.....	3.73	0.594	มาก	4.20	0.414	มาก
17. พยาบาลช่วยประสานให้ท่านได้พูดคุย.	4.00	0.378	มาก	4.20	0.561	มาก
18. พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลืออย่าง...	4.07	0.594	มาก	4.67	0.488	มากที่สุด
19. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุยปัญหา	4.07	0.799	มาก	4.40	0.632	มากที่สุด
20. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย..	3.80	0.414	มาก	4.67	0.488	มากที่สุด
21. พยาบาลให้โอกาสท่านได้ดูแลบุตร...	4.27	0.594	มากที่สุด	4.67	0.488	มากที่สุด
22. พยาบาลสอนและแนะนำให้ท่าน...	4.07	0.458	มาก	4.73	0.458	มากที่สุด
23. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วม	4.27	0.799	มากที่สุด	4.47	0.516	มากที่สุด
รวม	4.01	0.351	มาก	4.51	0.348	มากที่สุด

จากตารางที่ 11 พบว่าระดับการรับรู้การบริการที่ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 10 ข้อ คือ ข้อ 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23 อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ คือ ข้อ 15, 16, 17 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ คือ ข้อ 21, 23 อยู่ในระดับมาก 11 ข้อคือข้อ 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 และ 22

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้าน การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
24. พยาบาลยิ้มแย้ม แจ่มใส ...	4.13	0.743	มาก	4.80	0.414	มากที่สุด
25. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด...	4.00	0.535	มาก	4.47	0.640	มากที่สุด
26. พยาบาลเข้ามาเยี่ยม และสอบถาม...	4.00	0.535	มาก	4.73	0.458	มากที่สุด
27. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วย...	3.87	0.743	มาก	4.53	0.516	มากที่สุด
28. พยาบาลคอยปลอบโยนและ...	3.87	0.516	มาก	4.40	0.737	มากที่สุด
29. พยาบาลมีความยืดหยุ่นตามความ...	3.80	0.676	มาก	4.40	0.507	มากที่สุด
30. พยาบาลทำให้ท่านรู้สึกอุ่นใจ...	4.27	0.594	มากที่สุด	4.47	0.516	มากที่สุด
31. พยาบาลหมั่นเข้ามาสอบถามปัญหา...	4.00	0.535	มาก	4.40	0.632	มากที่สุด
รวม	3.99	0.367	มาก	4.52	0.401	มากที่สุด

จากตารางที่ 12 พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เกือบทุกข้ออยู่ในระดับมากยกเว้นข้อ 30 อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้คุณภาพการบริการ	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z
1. การสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ	ควบคุม	15	15.70	235.50	- 0.125
	ทดลอง	15	15.30	229.50	
2. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ	ควบคุม	15	17.27	259.00	- 1.104
	ทดลอง	15	13.73	206.00	
3. การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	ควบคุม	15	15.67	235.00	- 0.104
	ทดลอง	15	15.33	230.00	
รวม	ควบคุม	15	16.47	247.00	- 0.602
	ทดลอง	15	14.53	218.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันกับกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล แบบมุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้าน ก็ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมและเมื่อพิจารณารายด้าน

การรับรู้คุณภาพการบริการ	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z
1. การสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ	ควบคุม	15	11.03	165.50	-2.794*
	ทดลอง	15	19.97	299.50	
2. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ	ควบคุม	15	10.30	154.50	-3.249*
	ทดลอง	15	20.70	310.50	
3. การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	ควบคุม	15	10.57	158.50	-3.120*
	ทดลอง	15	20.43	306.50	
รวม	ควบคุม	15	10.07	151.00	-3.384*
	ทดลอง	15	20.93	314.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 14 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานในทุกๆ ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ ของกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการ สร้างความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z
1.สถานที่และสภาพแวดล้อม...	ควบคุม	15	12.23	183.50	-2.281*
	ทดลอง	15	18.77	281.50	
2.อุปกรณ์ เครื่องมือ มีความทันสมัย ...	ควบคุม	15	14.50	217.50	0.733
	ทดลอง	15	16.50	247.50	
3. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วย ความรู้...	ควบคุม	15	15.00	225.00	- 0.359
	ทดลอง	15	16.00	240.00	
4.พยาบาลให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง...	ควบคุม	15	13.37	200.50	-1.502
	ทดลอง	15	17.63	261.50	
5.พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับ...	ควบคุม	15	10.67	160.00	-3.429*
	ทดลอง	15	20.33	305.00	
6.พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือบุตร...	ควบคุม	15	12.00	180.00	-2.607*
	ทดลอง	15	19.00	285.00	
7. ท่านรู้สึกปลอดภัย เมื่อมีพยาบาล...	ควบคุม	15	12.00	180.00	-2.536*
	ทดลอง	15	19.00	285.00	
8. พยาบาลได้ช่วยเก็บความลับ...	ควบคุม	15	13.00	195.00	-1.865
	ทดลอง	15	18.00	270.00	
9.ท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านจะปลอดภัย...	ควบคุม	15	11.70	175.50	-2.591*
	ทดลอง	15	19.30	289.50	
10.ท่านมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถ...	ควบคุม	15	13.70	205.50	-1.361
	ทดลอง	15	17.30	259.50	
รวม	ควบคุม	15	11.03	165.50	-2.448*
	ทดลอง	15	19.97	299.50	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 15 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการระหว่างกลุ่มด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการพบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน จำนวน 5 ใน 10 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี 5 ใน 10 ข้อ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน และกลุ่มทดลองหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
11.พยาบาลเข้ามาดูแลช่วยเหลือทันที...	ควบคุม	15	10.20	153.00	-3.708*
	ทดลอง	15	20.80	312.00	
12.พยาบาลคอยติดตามสอบถามอาการ.....	ควบคุม	15	13.97	209.50	-1.077
	ทดลอง	15	17.03	255.50	
13.พยาบาลเข้ามาดูแลร่วมกับการให้ ...	ควบคุม	15	11.33	170.00	-2.836*
	ทดลอง	15	19.67	295.00	
14.พยาบาลเข้ามาประเมินอาการปวด ...	ควบคุม	15	11.87	178.00	-2.589*
	ทดลอง	15	19.13	287.00	
15.พยาบาลติดตามตรวจเยี่ยมอาการบุตร...	ควบคุม	15	13.87	208.00	-1.160
	ทดลอง	15	17.13	257.00	
16.พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดี...	ควบคุม	15	12.50	187.50	-2.314*
	ทดลอง	15	18.50	277.50	
17.พยาบาลช่วยประสานให้ท่านได้พูดคุย..	ควบคุม	15	14.10	163.50	-1.180
	ทดลอง	15	16.90	211.50	

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน และกลุ่มทดลองหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
18.พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลืออย่าง ...	ควบคุม	15	11.67	175.00	-2.676*
	ทดลอง	15	19.33	290.00	
19.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุย ...	ควบคุม	15	13.77	206.50	-1.169
	ทดลอง	15	17.23	258.50	
20.พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บ...	ควบคุม	15	10.00	150.00	-3.872*
	ทดลอง	15	21.00	315.00	
21.พยาบาลให้โอกาสท่านได้ดูแลบุตร...	ควบคุม	15	12.83	192.50	-1.886
	ทดลอง	15	18.17	272.50	
22.พยาบาลสอนและแนะนำให้ท่าน...	ควบคุม	15	10.87	163.00	-3.290*
	ทดลอง	15	20.13	302.00	
23.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วม...	ควบคุม	15	14.70	220.50	-.551
	ทดลอง	15	16.30	224.50	
รวม	ควบคุม	15	10.30	154.50	-3.249*
	ทดลอง	15	20.70	310.50	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการระหว่างกลุ่มด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ พบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันจำนวน 7 ใน 13 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี 6 ใน 13 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มควบคุมหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและจำแนกรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ ต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
24.พยาบาลยิ้มแย้ม แจ่มใส ...	ควบคุม	15	11.70	175.50	-2.675*
	ทดลอง	15	19.30	289.50	
25.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด...	ควบคุม	15	12.47	187.00	-2.136*
	ทดลอง	15	18.53	278.00	
26.พยาบาลเข้ามาเยี่ยม และสอบถาม...	ควบคุม	15	10.73	161.00	-3.328*
	ทดลอง	15	20.27	304.00	
27.พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วย...	ควบคุม	15	11.83	177.50	-2.481*
	ทดลอง	15	19.17	287.50	
28.พยาบาลคอยปลอบโยนและ...	ควบคุม	15	12.23	183.50	-2.248*
	ทดลอง	15	18.77	281.50	
29.พยาบาลมีความยืดหยุ่นตามความ...	ควบคุม	15	12.00	180.00	-2.442*
	ทดลอง	15	19.00	285.00	
30.พยาบาลทำให้ท่านรู้สึกว่ามันดี...	ควบคุม	15	14.23	213.50	-.907
	ทดลอง	15	16.77	251.50	
31.พยาบาลหมั่นเข้ามาสอบถามปัญหา...	ควบคุม	15	12.90	193.50	-1.859
	ทดลอง	15	18.10	271.50	
รวม	ควบคุม	15	10.57	158.50	-3.120*
	ทดลอง	15	20.43	306.50	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการระหว่างกลุ่มด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการพบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อ

พิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันจำนวน 6 ใน 8 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี 2 ใน 8 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน เมื่อพิจารณาโดยรวมและรายด้าน

การรับรู้คุณภาพการบริการ	กลุ่มทดลอง	Mean Rank	Sum of Rank	Z
1. การสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ	ก่อน หลัง	7.73	100.50	-3.018*
2. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ	ก่อน หลัง	7.50	105.00	-3.301*
3. การเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	ก่อน หลัง	8.00	104.00	-3.246*
รวม	ก่อน หลัง	8.00	120.00	-3.408*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่า ก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน รายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้าง ความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ	กลุ่มทดลอง (n=15)	Mean Rank	Sum of Rank	Z
1.สถานที่และสภาพแวดล้อม...	ก่อน หลัง	4.50	36.00	-2.828*
2.อุปกรณ์ เครื่องมือ มีความทันสมัย ...	ก่อน หลัง	6.22	56.00	-2.179
3.พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้...	ก่อน หลัง	4.08	24.50	-1.897
4.พยาบาลให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง	ก่อน หลัง	4.64	32.50	-2.126*
5.พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับ...	ก่อน หลัง	4.50	36.00	-2.640*
6.พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือบุตร...	ก่อน หลัง	5.00	45.00	-2.762*
7. ท่านรู้สึกปลอดภัย เมื่อมีพยาบาล...	ก่อน หลัง	4.71	33.00	-2.165*
8. พยาบาลได้ช่วยเก็บความลับ...	ก่อน หลัง	5.06	40.50	-2.309*
9.ท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านจะปลอดภัย...	ก่อน หลัง	4.17	25.00	-1.933
10.ท่านมั่นใจว่าพยาบาลจะสามารถ...	ก่อน หลัง	4.64	32.50	-2.126*
รวม	ก่อน หลัง	7.73	100.50	-2.788*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน 8 ใน 10 ข้อ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 2 ใน 10 ข้อที่ไม่แตกต่าง

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มทดลอง (n=15)	Mean Rank	Sum of Rank	Z
11.พยาบาลเข้ามาดูแลช่วยเหลือทันที...	ก่อน หลัง	6.30	63.00	-2.743*
12.พยาบาลคอยติดตามสอบถามอาการ	ก่อน หลัง	6.70	67.00	-2.352*
13.พยาบาลเข้ามาดูแลร่วมกับการให้ ...	ก่อน หลัง	5.50	55.00	-3.051*
14.พยาบาลเข้ามาประเมินอาการปวด ...	ก่อน หลัง	6.45	64.50	-2.885*
15.พยาบาลติดตามตรวจเยี่ยมอาการบุตร...	ก่อน หลัง	5.50	55.00	-2.842*
16.พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดี...	ก่อน หลัง	5.50	55.00	-2.873*
17.พยาบาลช่วยประสานให้ท่านได้พูดคุย ...	ก่อน หลัง	7.33	88.00	-3.022*
18.พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลืออย่าง ...	ก่อน หลัง	4.50	36.00	-2.585*

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มทดลอง (n=15)	Mean Rank	Sum of Rank	Z
19. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุย ...	ก่อน หลัง	7.17	86.00	-2.950*
20. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บ ...	ก่อน หลัง	6.50	78.00	-3.134*
21. พยาบาลให้โอกาสท่านได้ดูแลบุตร...	ก่อน หลัง	5.61	50.50	-2.486*
22. พยาบาลสอนและแนะนำให้ท่าน...	ก่อน หลัง	6.05	60.50	-2.673*
23. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วม	ก่อน หลัง	6.15	61.50	-2.652*
รวม	ก่อน หลัง	7.50	105.00	-3.301*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันทุกข้อสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมและรายข้อ

การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอา ใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ	กลุ่มทดลอง (n=15)	Mean Rank	Sum of Rank	Z
24.พยาบาลยิ้มแย้ม แจ่มใส ...	ก่อน	4.50	36.00	-2.714*
	หลัง			
25.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด...	ก่อน	7.00	91.00	-3.270*
	หลัง			
26.พยาบาลเข้ามาเยี่ยมและสอบถาม...	ก่อน	7.50	105.00	-3.416*
	หลัง			
27.พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วย...	ก่อน	5.06	40.50	-2.309*
	หลัง			
28.พยาบาลคอยปลอบโยนและ...	ก่อน	7.14	78.50	-2.347*
	หลัง			
29.พยาบาลมีความยืดหยุ่นตามความ...	ก่อน	6.11	55.00	-2.138*
	หลัง			
30.พยาบาลทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น...	ก่อน	5.06	40.50	-2.309*
	หลัง			
31.พยาบาลหมั่นเข้ามาสอบถามปัญหา..	ก่อน	6.59	72.50	-2.814*
	หลัง			
รวม	ก่อน	8.00	104.00	-3.246*
	หลัง			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการ
การพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันทุกข้อ สูง
กว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง (Two Groups, Pretest-Posttest Test Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันกับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการภายหลังรับบริการระหว่างกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน และเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่บุตรอายุ 3 เดือน- 6 ปี ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หอผู้ป่วยสามัญที่ย้ายมาจากหอผู้ป่วยวิกฤต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด จำนวน 30 คนซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำนวน กลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุม คือ มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กเล็ก (ส.6 เอ) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ให้เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน และกลุ่มทดลอง คือ มารดาผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กโต (ส.7 บี) ให้เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการทดลองคือ คู่มือการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นชุดกิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากฐานแนวคิดคุณภาพการบริการของ Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985).

สร้างเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ 2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ 3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยไปทดลองใช้ (Tryout) กับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ 0.96

ดำเนินการทดลองหลังผ่านกระบวนการจริยธรรม และอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กโต จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และฝึกใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติ 6 กิจกรรม คือ 1) ทำความรู้จักผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา 2) อยู่เคียงข้าง สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจ 3) ให้การช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่างๆ โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก 4) สนับสนุนให้พ่อแม่และผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มี 5) ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปบ้าน 6) สร้างความมั่นใจและยืนยันความสามารถของพ่อแม่ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ดำเนินการไปพร้อมๆ กัน และนำมาจับคู่กันตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการเมื่อแรกรับย้ายมาที่หอผู้ป่วยสามัญ และภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมวันสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ส่วนระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

1) ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด กลุ่มควบคุมก่อนได้รับการบริการการพยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากเช่นกัน

1.1) ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มควบคุม จำแนกรายข้อ การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 8 ข้อ

1.2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด เกือบทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ยกเว้นข้อ 21 พยาบาลให้ออกาสท่านได้ดูแลบุตรของท่านด้วยตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

1.3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการกลุ่มควบคุม จำแนกรายข้อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ทั้งหมดอยู่ในระดับ มาก

2) ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด กลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้คุณภาพการบริการด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก และ ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก

2.1) ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก

2.2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อ คือ ข้อ14, 15, 16, 17, 19, 20 อยู่ในระดับมาก 7 ข้อ คือ ข้อ 11, 12, 13, 18, 21, 22 และ23

2.3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ คือ ข้อที่ 24, 26, 27, 29, 30, 31 และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ คือ ข้อที่ 25 และ 28

3) ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด กลุ่มควบคุมหลังได้รับการบริการการพยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้คุณภาพการบริการทั้ง 3 ด้านคือด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ และ ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากทั้งหมด

3.1) ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการจำแนกรายข้อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดอยู่ในระดับมาก 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10 และอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 3 และ 7

3.2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการจำแนกรายข้อ การรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด อยู่ในระดับมาก 11 ข้อ คือ ข้อ 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22 อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ คือ ข้อ 21 และ 23

3.3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการจำแนกรายข้อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดพบว่า เกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก ยกเว้นข้อ 30 อยู่ในระดับมากที่สุด

4) ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด กลุ่มทดลองหลังได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้าน คือ ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ และด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด

4.1) ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นข้อ 8 อยู่ในระดับมาก

4.2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 10 ข้อ คือ ข้อ 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23 อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ คือ ข้อ 15, 16, 17

4.3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

5.1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการ ก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานและกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน กับกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานโดยรวมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานในทุกๆด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1) ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการพบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน จำนวน 5 ใน 10 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี 5 ใน 10 ข้อไม่แตกต่างกัน

2.2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการพบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการ

พยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันจำนวน 7 ใน 13 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี 6 ใน 13 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน

2.3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการพบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน จำนวน 6 ใน 8 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี 2 ใน 8 ข้อที่ไม่แตกต่างกัน

5.1.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสแวนสันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันโดยรวมและรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของ สแวนสันสูงกว่า ก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.1) ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันโดยรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสูงกว่า ก่อนใช้ รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน 8 ใน 10 ข้อ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 2 ใน 10 ข้อที่ไม่แตกต่าง

1.2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันโดยรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสูงกว่า ก่อนใช้

รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันทุกข้อ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันโดยรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันทุกข้อ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด อภิปรายผลได้ดังนี้

5.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันโดยรวม ($\bar{x} = 4.53$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน ($\bar{X} = 4.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตามตารางที่ 14) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ของการวิจัย

อธิบายได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ เพราะเด็กเป็นวัยที่ยังต้องการการพึ่งพิงจากพ่อแม่โดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวมากที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวของ Johnson (2000) ที่ว่าการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นมาตรฐานของการดูแลเด็ก ด้วยเพราะความจำเป็นในการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้บิดา มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างยิ่ง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน เป็นการนำแนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Smith, Coleman & Bradshaw (2002) โดยนำกระบวนการด้านการเป็นหุ้นส่วนและการเสริมพลังอำนาจมาใช้ ร่วมกับทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) 5 องค์ประกอบ เป็นการสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ทำงานร่วมกันกับพยาบาล เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล มารดาและ

ผู้ป่วย ทำให้เข้าใจและรับรู้ถึงความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างถูกต้อง สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเฉพาะเจาะจง โดยคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของครอบครัวและผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาอยู่เคียงข้างในทุกๆ โอกาสที่เอื้ออำนวย นำความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ มาวางแผน และตัดสินใจร่วมกัน โดยแสดงออกทางอารมณ์และทางกาย รวมถึงการอยู่กับผู้ป่วย แบ่งปันความรู้สึกโดยไม่คิดว่าเป็นภาระและกำหนดโดยการทำให้ในสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำได้และช่วยให้เขาสามารถทำได้เอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติซึ่งทั้งหมดเป็นการกระทำเชิงการรักษา การนำครอบครัวเข้ามาในระบบการวางแผนการดูแลสุขภาพจะทำให้ครอบครัวทำงานกับพยาบาลด้วยความสบายใจ และพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ตรงตามความคาดหวังของครอบครัวทำให้มารดามีความมั่นใจ กล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ผู้ป่วยเมื่อมีมารดาอยู่ด้วยและเป็นผู้กระทำให้อยู่ภายใต้การดูแลและให้คำปรึกษา และการเสริมพลังอำนาจของพยาบาลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและฟื้นตัวได้เร็ว ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพการบริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goode & Jones (2006) ที่พบว่า การดูแลที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพในระดับสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ricci (2009) ที่พบว่า การดูแลที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการพยาบาล เช่น ช่วยลดความกังวล ช่วยในการบริการความปวด ใช้ระยะเวลาฟื้นตัวเร็วขึ้น เพิ่มความมั่นใจและทักษะในการแก้ปัญหาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก การดูแลที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ไม่สามารถแยกจากกันได้ในการพยาบาลเด็ก (Darbyshire, 1993) การนำทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ที่มีองค์ประกอบ 5 ด้านคือ การรู้จักผู้ให้บริการในฐานะบุคคลคนหนึ่งและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา ถ่ายทอดโดยการเฝ้าดูแลอยู่เสมอ การช่วยเหลือด้านต่างๆ และการสนับสนุนให้เกิดความสามารถ ไม่ใช่ดูแลแต่เพียงร่างกายผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสนันท์ ปิยะศิริภักดิ์ (2553) ที่พบว่าองค์ประกอบ 5 ด้าน ของทฤษฎีการดูแลของ Swanson เป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ ทั้งระบบแบบองค์รวมอย่างแท้จริง โดยยึดความเฉพาะของมารดาและบุตรเป็นพื้นฐาน โดยการสนับสนุนให้ทั้งมารดาและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุด ในขอบเขตที่เขาเลือกและบทบาทของพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ในสิ่งที่เป็หน้าหน้าที่ของพยาบาล และช่วยมารดาทำในส่วนที่มารดายังไม่สามารถทำได้และสนับสนุนให้มารดาสามารถทำได้เอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ การกระทำทั้งหมดจะสื่อไปถึงแม่ที่ปฏิบัติต่อลูก มีผลเชิงการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามวัยได้อย่างดีที่สุดเท่าที่เขาจะกระทำได้

คะแนนการรับรู้คุณภาพการบริการ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและจำแนกเป็นรายข้อพบว่า

1) ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงที่สุด (ตามตารางที่ 15) คือ ข้อ 7 ท่านรู้สึกปลอดภัย เมื่อมีพยาบาลอยู่ด้วย ($\bar{X}=4.80$) รองลงมาคือ ข้อ 5 พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรแก่ท่านได้อย่างเหมาะสม นำไปปฏิบัติได้ ($\bar{X} = 4.67$) อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่นำลงปฏิบัติกับมารดาและผู้ป่วยเน้นการทำให้ในขณะที่ยังไม่สามารถทำได้และการช่วยเหลือให้สามารถทำได้เอง ซึ่งเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบ ของทฤษฎีการดูแลของ Swanson พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้และทักษะ และให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เน้นความต้องการและความจำเป็นเฉพาะบุคคล โดยนำศักยภาพของมารดาและผู้ป่วยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นวิธีการเสริมพลังอำนาจให้กับมารดาและผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลแนะนำจะเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลและมารดา ดังนั้นคำแนะนำที่ให้จึงเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล มารดา และผู้ป่วยจะทำให้การเรียนรู้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ เอมอร์ กฤษณะรังสรรค์ (2550) ที่ว่าสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำบุคคลไปสู่ การพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง และสามารถพัฒนาตนให้ไปถึงศักยภาพสูงสุดของตนได้

2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ให้บริการ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงที่สุด (ตามตารางที่ 16) คือ ข้อ 14 พยาบาลเข้ามาประเมินอาการปวดอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.73$) และข้อ 22 พยาบาลชี้แนะและแนะนำให้ท่านสามารถดูแลบุตรของท่านได้ ($\bar{X} = 4.73$) อธิบายได้ว่าตามทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน Being with การอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยการอยู่ด้วยเป็นการยืนยันว่าสภาพที่เป็นจริงของเขาได้รับการยอมรับและพยาบาลพร้อมและเต็มใจที่จะอยู่เคียงข้างคอยดูแล ชี้แนะ และแนะนำ ให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถดูแลบุตรได้ ภายใต้การดูแลของพยาบาลจนสามารถดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง การอยู่ด้วยไม่ได้หมายความว่าต้องอยู่ข้างกายตลอดเวลาแต่เป็นสารที่ถูกลำเลียงอย่างชัดเจนถึงประโยชน์และความสามารถที่จะยืนหยัดอยู่เคียงข้างเขามีวิธีมากมายที่จะถ่ายทอดให้มารดาและผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาไม่ได้อยู่ตามลำพัง เมื่อเกิดอะไรขึ้นพยาบาลจะอยู่เคียงข้าง การอยู่ด้วย ได้แก่ การให้เวลา การตั้งใจฟังการเอาใจใส่ สอบถาม การติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ปัญหาและแก้ไขได้ทันกับปัญหาที่เกิดขึ้นและช่วยเหลือในสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้

3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ให้บริการ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงที่สุด

(ตามตารางที่ 17) คือ ข้อ 24) พยาบาลยิ้มแย้ม แจ่มใส พูดยาสุภาพ ให้เกียรติ ($\bar{X} = 4.80$) อธิบายได้ว่าการแสดงท่าทีที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดยาเป็นกันเอง เป็นพฤติกรรมด้านการสื่อสาร (สุภาพร ดาวดี, 2551) จากการศึกษาของ สุภาพร ดาวดี (2551) พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไปส่วนใหญ่เมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไป รูปแบบกิจกรรมที่นำมาปฏิบัติกับมารดาและผู้ป่วยเด็ก เน้นการสื่อสารและการดูแลแบบเอื้ออาทรทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา ทำให้มารดาและผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง กล้าที่จะพูดคุย และบอกความต้องการ และมีสีหน้าพึงพอใจเมื่อพยาบาลเข้ามาทักทาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Winsett & Hauck (2011) พบว่าการดูแลที่แสดงออกทั้งทางวัจนภาษาและอวัจนภาษา สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

5.2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตามตารางที่ 18) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ของการวิจัย

อธิบายได้ดังนี้ คือ มารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจและบุตรเพิ่งย้ายออกมาจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มารดายังคงมีความวิตกกังวลสูง มีความต้องการใกล้ชิดและดูแลบุตรด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลจะสร้างความเครียดรุนแรงให้ทั้งตัวเด็กและพ่อแม่ก็ตาม (Darbyshire, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานดา เลหาสิลปัสสมจิตร และคณะ (2554) ที่พบว่า พ่อแม่ของเด็กป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจจะมีประสบการณ์ทางด้านลบทั้งสิ้น แต่จากการศึกษาของ ปวธนา จำปาแหม (2553) เรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต พบว่า พ่อแม่ก็ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าที่ได้ปฏิบัติจริง ดังนั้นรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน เป็นรูปแบบที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongjaturawit & Harrigan, (2003) สนับสนุนว่าพ่อแม่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล และบทบาทของพ่อแม่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก ดังนั้นรูปแบบการบริการการพยาบาลนี้จึงเป็นการตอบสนองความต้องการของมารดาและผู้ป่วยได้อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งพฤติกรรมบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรที่เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญถึงคุณภาพบริการพยาบาลเช่นกัน (อารีญา ด้านผาทอง, 2549)

ส่วนข้อคำถามที่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน (ตามตารางที่ 19) คือข้อ 2 อุปกรณ์เครื่องมือ มีความทันสมัย พร้อมใช้ ข้อ 3. พยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลด้วยความรู้ความสามารถ ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ข้อ 9. ท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านจะปลอดภัย

ภายใต้การดูแลของพยาบาล อธิบายได้ว่า อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เป็นสิ่งที่เป็นรูปธรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือเฉพาะสำหรับเด็ก และทันสมัย มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเด็ก และการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะของพยาบาล จึงย่อมสร้างความมั่นใจ และความคาดหวังแก่ผู้ให้บริการ ย่อมสร้างความมั่นใจ และคาดหวังได้ว่าบุตรจะปลอดภัยภายใต้การดูแลรักษาของโรงพยาบาลนี้ และเมื่อเข้ามาใช้บริการแล้วสิ่งที่ได้รับตรงกับที่คาดหวังไว้ การรับรู้คุณภาพการบริการจึงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) ที่ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ การเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้จากการปฏิบัติจริง

5.2.3 เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หลังทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53$) (ตามตารางที่ 9) อธิบายได้ดังนี้

1) ด้านการสร้าง ความมั่นใจต่อผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับมากที่สุดไม่แตกต่างกันในข้อ 2 อุปกรณ์ เครื่องมือ มีความทันสมัย พร้อมใช้ ข้อ 3 พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้ความสามารถ ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และข้อ 7 มารดารู้สึกปลอดภัยเมื่อมีพยาบาลอยู่ด้วย (ตามตารางที่ 10) อธิบายได้ว่า เนื่องจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ มีชื่อเสียงในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ มีอุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทันสมัย ผู้มาใช้บริการต่างมีความมั่นใจ เชื่อถือและไว้วางใจ และมีความคาดหวังในการบริการ เมื่อผู้ให้บริการได้รับการตอบสนองความต้องการตามความคาดหวัง ก็จะเกิดการรับรู้ถึงคุณภาพการบริการได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) ที่ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ การเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและการรับรู้จากการปฏิบัติจริงถ้าบริการที่ได้รับตรงหรือมากกว่าที่คาดหวังไว้ จึงจะเกิดคุณภาพ

2) ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน มีระดับการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด 10 ข้อ อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ อยู่ในระดับมาก 11 ข้อ (ตามตารางที่ 11) อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นเด็กโดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียน ยังต้องการการพึ่งพิงพ่อแม่ และมีความผูกพันกับพ่อแม่มากที่สุด มารดารับรู้คุณภาพการบริการอยู่

ในระดับมากที่สุด เมื่อพยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาได้ดูแลบุตรด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาบุตรของตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวธนา จำปาแถม (2553) เรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต พบว่าพ่อแม่ก็ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าที่ได้ปฏิบัติจริงการที่พยาบาลเข้ามาดูแลช่วยเหลือทันทีที่บุตรร้องหรือเจ็บปวด คอยติดตามสอบถามอาการของของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เข้ามาดูแลร่วมกับการให้คำแนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่มารดายังไม่มั่นใจช่วยประสานให้ท่านได้พูดคุยกับแพทย์ เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยปัญหาต่างๆ อย่างอิสระและให้โอกาสมารดาได้ดูแลบุตรด้วยตนเองพร้อมทั้งแนะนำให้มารดาสามารถดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง ทำให้มารดาได้รับรู้ได้ถึงคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ศรีรัตน์ และ จริยา สายวารี (2551) เรื่องความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก พบว่ามารดามีความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เหตุผลการตรวจรักษาและผลการตรวจที่บุตรได้รับ นอกจากนี้ยังต้องการทราบผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อชีวิตและสุขภาพของบุตร สิ่งที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ด้านความปลอดภัยของบุตร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของบุตร และต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลบุตรในขณะที่มีการตรวจรักษา ด้านจิตใจ มารดาเด็กส่วนใหญ่ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้าใจความรู้สึก ปลอบโยนให้กำลังใจ ต้องการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรกับเจ้าหน้าที่ ด้านบทบาทของมารดา มารดาต้องการความกระจำในบทบาทและความช่วยเหลือในการปรับบทบาทจากคนอื่นเพื่อจะได้มีความรู้และความเข้าใจในบทบาทใหม่ ทำให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ต้องการมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษา การช่วยเหลือบุตร ต้องการปลอบโยนบุตรก่อนและหลังการรักษา ต้องการดูแลบุตรด้านร่างกาย ต้องการเยี่ยมบุตรได้ตลอดเวลา ต้องการอยู่ด้วยกับบุตรขณะและภายหลังการตรวจรักษาเพื่อปลอบโยนบุตรและ มีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษาการเจ็บป่วยของบุตรด้วย ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรจากพยาบาลหรือแพทย์ ต้องการนำของเล่นที่เด็กเคยเล่นมาให้ และรวมทั้งพยาบาลช่วยประสานให้มารดาได้พูดคุยกับแพทย์ในยามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bedi, Arya & Sarma (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยต้องการให้แพทย์รับฟังปัญหาและตอบข้อสงสัย ร้อยละ 100

3) ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบถ้วนเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน มีการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่มุ่ง

ความสำเร็จของงานมีการรับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับมาก (ตามตารางที่ 12) อธิบายได้ว่า เนื่องจากการที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับมารดาและผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาสุภาพ ให้เกียรติ เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก และให้เวลา รับฟังอย่างตั้งใจ หมั่นตรวจเยี่ยมสอบถามอาการ ปลอดภัยให้กำลังใจและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล การปฏิบัติการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร ทำให้มารดาและผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ให้ความร่วมมือและรับรู้ได้ถึงคุณภาพการบริการในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Winsett & Hauck (2011) ที่พบว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tonges (2011) พบว่า The Carolina Care Model ที่ใช้ทฤษฎีการดูแล ของ Swanson ในการปฏิบัติทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและการดูแลบนพื้นฐานของ ความสัมพันธ์เป็นวิธีการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมของการดูแลซึ่ง Amaendolair (2012) ได้เสนอว่า พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมที่สำคัญได้ เช่น การฟังผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย การให้เวลา กับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ การปฏิบัติด้วยความรู้ความสามารถ การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และการมีเวลาให้กับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรจะเกิดความผาสุกทางด้าน อารมณ์และจิตวิญญาณ มีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต ลดต้นทุนเพิ่มความไว้วางใจ ความสะดวกสบาย และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลจะเกิดความ กลัว ขาดการควบคุมตนเอง สิ้นหวัง หมดความหมาย เกิดความบาดหมาง (Watson, 2006)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

นำเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎี การดูแลของสแวนสันให้ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายของสถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติมหाराชินี เน้นการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการดูแลที่เอื้ออาทร โดยมี เป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด

5.3.2 ด้านการศึกษา

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชินี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางเด็กระดับตติยภูมิ เป็นแหล่ง ฝึกหัดแพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล รวมถึงบุคลากรด้านอื่นๆ ทาง ผู้บริหารควรสนับสนุนให้นำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการดูแลเอื้ออาทรเข้ามาใน หลักสูตร หรือมีการอบรมให้กับบุคลากรทุกระดับเพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของครอบครัว

และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ จำเป็นที่จะต้องให้การดูแลที่เอื้ออาทรเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม จะส่งผลต่อคุณภาพการบริการ

5.3.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ตอบสนองต่อนโยบายของสถาบันฯ โดยการนำรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ไปให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนใช้ และให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความผาสุกและตายอย่างมีศักดิ์ศรี

5.3.4 ด้านการวิจัย

เนื่องจากรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสันที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ใช้พยาบาลเข้าร่วมในการวิจัยเพียงแค่ 4 คน ยังไม่สามารถบอกได้อย่างแน่ชัดว่าผลการวิจัยนี้เกิดจากการใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยเสนอให้พยาบาลวิชาชีพทั้งหน่วยงานนำรูปแบบนี้ไปใช้ทุกคน และเสนอให้นำไปศึกษาในหอผู้ป่วยปิดที่ไม่ได้อนุญาตให้มารดาอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เช่น หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ต้องการการการพินิจพิเคราะห์และมีความผูกพันกับบิดา มารดา กลัวการพลัดพราก และปัญหาที่พบ คือ เด็กถูกทอดทิ้งเนื่องจากมารดาป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การนำรูปแบบนี้มาใช้เพื่อคงไว้ซึ่งสายสัมพันธ์แม่ลูกทำให้เกิดการรับรู้คุณค่าบทบาทมารดา น่าจะช่วยลดปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งได้และข้อคำถามบางข้อไม่ใช่ผลจากการใช้รูปแบบนี้ จึงควรตัดทิ้งไป เช่น ข้อคำถามเกี่ยวกับสถานที่ และอุปกรณ์ เครื่องมือ รวมทั้งจำนวนของข้อคำถามที่มากเกินไปอาจทำให้มารดาซึ่งกำลังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตรไม่มีสมาธิในการตอบ ควรตัดข้อคำถามที่มีความหมายใกล้เคียงกันออก เพื่อลดจำนวนข้อคำถามลง

บรรณานุกรม

- กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัทธยา มาลีศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม. (2554). การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานครด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. 34(4). 443-456.
- กานดา เลาหศิลป์สมจิตร, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, สุดา เลาห์สัณณะ และณัฐพร ไพศาล. (2554). ประสบการณ์ของพ่อ/แม่ ที่ลูกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 5(2). 106-116.
- จิรยา สายาวรี และวันดี ชูชาติ. (2550). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด. สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(3). 180-184.
- นภัสนันท์ ปิยะศิริกันท์. (2553). การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรของสแวนสันในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 4(3). 1-13.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวธนา จำปาแหม. (2553). การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญศรี จาปประไพ. (2553). ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วยไตต่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- รัชนี นามจันตรา. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง:รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. วารสารสภาการพยาบาล. 24(1). 5-10.

- วิชัย เบญจชลมาศ. (2553). Congenital heart surgery. ในสุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิเชาว์ กอจัญจิดต์. (2547). แนวทางการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วยการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ. ใน รังสรรค์ นิรามิย์, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนวิชาน. (บรรณาธิการ). *กุมารศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปรางิ สุทธิสุคนธ์. (2550). การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*. 5(1). 105-118.
- ศิริรัตน์ ทองเรือง. (2552). การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้รับบริการ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป. มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวารี. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26(5). 481-489.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2555). *คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาพร ดาวดี. (2551). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2(2). 62-78.
- อวยพร กิตติเจริญรัตน์ และศิริพร สังขมัลย์. (2554). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด. *วารสารกองการพยาบาล*. 38(2). 6-18.
- อารีญา ค่านผาทอง. (2549). การรับรู้การให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับจังหวัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เอมอร กฤษณะรังสรรค์. (2550). *ทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น*. รายงานการประชุม
วิชาการเสนอผลงานทางวิจัย: โครงการได้รับพระบรมมี 70 ปี สวสนันทา. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

Amendolair, D. (2012). Caring Behaviors and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*.
42(1). 34-39.

American Academy of Pediatrics. (2003). Family-centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*.
112(3). 691-697.

Bedi, S., Arya, S., & Sarma, R. K. (2004). *Patient Expectation Survey—A Relevant Marketing Tool
for Hospitals. Souvenir—National Conference on Hospital Administration Recent Trends—
PGI. Chandigarh. Feb 21-22, 2004. 29.*

Bell, L. & Duffy, A. (2009). Pain Assessment and Management in Surgical Nursing : A Literature
Review. *British Journal of Nursing*. 18(3). 153-156.

Blesis, I., Ivkov-Dzigurski. A., Stankov. U., Stamenkovi. I., & Bradis, M. (2011). Research of
Expected and Perceived Service Quality in Hotel Management. *Journal of tourism*. 11.
5-13.

Brunner, L.S., & Suddarth, D.S. (1986). *The Lippincott Manual of Pediatric Nursing*. (2nd ed.).
London, Harper & Row.

Caty, S., Ritchie, J. A., & Ellerton, M. L. (1989). Helping Hospitalized Preschoolers Manage Stressful
Situations: The Mother's Role. *journal of the Association for the Care of Children's Health*.
18(4). 202-209.

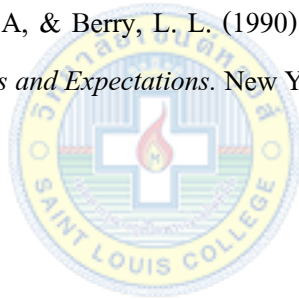
Chen, C. W., Li, C. Y., & Wang, J. K. (2004). Growth and Development of Children with Congenital
Heart Disease. *Journal of Advanced Nursing*. 47(3). 260-269.

Darbyshire. P. (1993). Parents, Nurses and Pediatric Nursing: a Critical Review. *Journal of
Advanced Nursing*. 18(11). 1670-1680.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press..
- Dunst, C. & Trivette, C. (1996). Empowerment, Effective Helping Practices and Family-centered Care. *Pediatric Nursing*. 22(4). 334-337, 343.
- Elizabeth, R. Lenz., & Lillie, M., Shortridge-Baggett. (2002). *Self-Efficacy in Nursing: Research and Measurement Perspectives*. (1st ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- Gibson, H. (1995). The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*. 21(6). 1201-1210.
- Goode, T., & Jones, W. (2006). *A Guide for Advancing Family-Centered and Culturally and Linguistically Competent Care*. Washington, DC: National Center for Cultural Competence. Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Hutchfield, K. (1999). Family Centred Care: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29(5). 1178-1187.
- Johnson, B. H. (2000). Family-centered care: Fourdecadesofprogress. *Families, Systems, & Health*. 18(2). 137-156.
- Leininger, M. (1977). Cultural Diversities of Health and Nursing Care. *Nursing Clinics of North America*. 12(1). 5-18.
- Leininger, M. (2005). Culture Care Diversity and Universality. In M.E. Parker. (Ed.). *Nursing Theories and Nursing Practice*. (2nd ed.) Philadelphia: F.A. Davis.
- Mathes, S. (2011). Implementing a Caring Model. *Creative Nursing*. 17(1). 36-42.
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harpen & Row.

- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present*. New York: Springer.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. 49(4). 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 64(1). 12-40.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The free press.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing.
- Perry, D.J. (2010). *Parenting Child Care - Mother's Role in Fighting Disease in Infants*. Home and Family: Parenting.
- Pongjaturawit, Y., & Harrigan, R. C. (2003). Parent Participation in the Care of Hospitalized Child in Thai and Western Cultures. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 26(3). 183-199.
- Ricci, S. S., & Kyle, T. (2009). *Maternity and Pediatric Nursing*. (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 42.
- Smith, L., Coleman, V. & Bradshaw, M. (Eds). (2002). Family-Centred Care: Concept, Theory and Practice. Palgrave, Hampshire. *International Journal of Nursing Studies*. 39(8). 879–880.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 25(4). 352– 357.
- Tonges, M. C. (2001). Nurse Case Manager Job Characteristics and Effects on Well-being. In Cohen, E. L., and Cesta, T. G. *Nursing Case Management : From Essentials to Advanced Practice Application*. St. Louis: Mosby.

- Tonges, M., & Ray, J. (2011). Translating Caring Theory into Practice: The Carolina Care Model. *Journal of Nursing Administration*. 41(9). 374-381.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nursing Administration Quarterly*. 30(1). 48-55.
- Winsett, R. P., & Hauck, S. (2011). Implementing Relationship-Based Care. *The Journal of Nursing Administration*. 41(6). 285-290. doi: 10.1097/NNA.0b013e31821c4787.
- Yesilada, F., & Direktor. E. (2010). Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals. *African Journal of Business Management*. 4(6). 962-971.
- Zeithaml, V. A, Parasuraman, A, & Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: Free Press.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) (B.S.N.)
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) (M.A.)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(Advanced Practice of Neonatal Nursing)
University of California San Francisco, USA.
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (Ph.D. in Nursing)
University of California San Francisco, USA

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลเด็ก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2. นางนันทพร พรธีระภัทร

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

3. นางสาวกัลยา แก้วชนะสิน

การศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริการทางการพยาบาล)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 47/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: "ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็น
ศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด
หัวใจชนิดเปิด"

ของ: นางสุติมา สดประเสริฐ

นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเรนต์ลิวส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เจือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

เอกสารเลขที่ EC.150/2556



EC.12 T

**คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

30 พฤษภาคม 2556

- เรื่อง** : แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
- โครงการวิจัย** : ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของ
สแกนสันต่อการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (Effect of the Use of
Nursing Service Model That Integrates Family - Centered Care and Swanson's Concept on Service Mind
Perceived by Mothers of Open Heart Surgery Children)
- รหัสโครงการ** : Document No.56-062
- ผู้ดำเนินการวิจัย** : นางจุติมา ลุดประเสริฐ
- ระยะเวลาดำเนินการ** : 10 พฤษภาคม 2556 - 30 มิถุนายน 2556
- เอกสารที่พิจารณา** : 1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็ก
แห่งชาติมหาราชินี (Proposal Version date : 29/05/2013 : ฉบับภาษาไทย)
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet) (Version 2 date : 29/05/2013)
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ป่วยครองและเด็กโต) (Information Consent
Form) (Version : 10/6/2013)
4. แบบสอบถามการรับรู้การบริการที่ดี

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเมื่อช่วงต้นได้ ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม 2557 ทั้งนี้
ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

(แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับพลา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษากับญาติพี่น้องเพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของ ชวนสนับต่อการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

ชื่อผู้วิจัย นางสุดิมา สุตประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง 0815618816

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ พัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรซึ่งประ โยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการบริการการพยาบาลให้แก่พยาบาลวิชาชีพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะ เป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อสนับสนุนให้พยาบาล ปรับรูปแบบการบริการ โดยให้การดูแลแบบเอื้ออาทรที่มุ่งเน้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลโดยใช้ความรู้ความสามารถของครอบครัว ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ แต่จะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด 1 เล่ม

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อท่านเข้าร่วมวิจัย อาจต้องเสียเวลาในการตอบคำถามและบางคำถามอาจทำให้ท่านอึดอัด ท่านมีสิทธิที่จะ ไม่ตอบคำถาม เหล่านั้นได้ หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะ ไม่มีผลต่อ การบริการบริการ และการรักษาใดๆทั้งสิ้น

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

หากข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับคณะกรรมการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ศูนย์วิจัยและพัฒนา ชั้น 12 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เบอร์โทร/โทรสาร 02-6448943 เบอร์ภายใน 02-3548333 ถึง 43 ต่อ 5210, 5211



EC-QSNICH

Approval Date : 30 M.A. 2556

หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ปกครองและผู้ปกครอง)

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแล
ของ สภานิติบัญญัติการรับบริการที่สิทธิของมารดาผู้ปกครองที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

ข้าพเจ้า อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เป็นบิดา / มารดา / ผู้ปกครองของ (ค.ช.) อายุ ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าสงสัย ด้วยความเต็มใจ ไม่มีบังคับ ช้อน
เร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และสามารถบอกเลิก งด หรือ
ถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ และไม่ว่าข้าพเจ้าจะเข้าร่วมในการศึกษาหรือไม่ก็ตาม หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ใน
ภายหลัง จะไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการป้องกัน และรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับตามสิทธิต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะ
เปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือเป็นการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และ/
หรือกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับคณะกรรมการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษานี้ในนามของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ราชินี ศูนย์วิจัยและพัฒนา ชั้น 12 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เบอร์โทร/โทรสาร 02-6448943 เบอร์ภายใน
02-3548333 ถึง 43 คอ 5210, 5211

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และมีความเข้าใจทุกประการแล้ว
หากต้องการเข้าร่วมข้าพเจ้าจะลงชื่อข้างล่างนี้ และข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาเพื่อเก็บข้อมูลนี้เพื่อเก็บรักษาไว้ 1 ฉบับ

ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ ผู้ยินยอม(ผู้ปกครอง) วัน/เดือน/ปี

ลายมือชื่อ ผู้วิจัย วัน/เดือน/ปี

ลายมือชื่อ พยาน วัน/เดือน/ปี

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยอ่านใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลง
นามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ ผู้ยินยอม(ผู้ปกครอง) วัน/เดือน/ปี

ลายมือชื่อ ผู้วิจัย วัน/เดือน/ปี

ลายมือชื่อ พยาน วัน/เดือน/ปี



EC-QSNICH

Approval Date : 30 มี.ค. 2556

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง



คู่มือการปฏิบัติการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

คู่มือการปฏิบัติการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ อธิบายขั้นตอนที่พยาบาลปฏิบัติต่อมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ยึดความเฉพาะของมารดาและบุตร เป็นพื้นฐาน และเชื่อว่า ครอบครัวต่างมีความรัก ความผูกพัน บทบาทของมารดาและบิดาสำคัญเท่าๆกัน คงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา ทำความรู้จักตัวผู้ป่วย และบริบทของครอบครัว ยอมรับและให้เกียรติ อยู่ด้วยกับมารดาและผู้ป่วยทั้งอยู่เคียงข้างและทุกโอกาสที่เอื้ออำนวย โดยสนับสนุนให้ทั้งมารดา และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุด ในขอบเขตที่เขาเลือก และบทบาทของพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ในสิ่งที่เป็หน้าหน้าที่ของพยาบาล และช่วยมารดาทำในส่วนที่มารดายังไม่สามารถทำได้ และสนับสนุนให้มารดาสามารถทำได้เอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ การกระทำทั้งหมดจะสื่อไปถึงแม่ที่ปฏิบัติต่อลูก มีผลเชิงการรักรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามวัยได้อย่างดีที่สุดเท่าที่เขาจะกระทำได้ โดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Smith, Coleman & Bradshaw (2002) กับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (1993) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กิจกรรมดังนี้ (รายละเอียดตามตารางที่ 3)

1. ทำความรู้จักผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา
2. อยู่เคียงข้าง สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจ
3. ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทั้งพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก
4. สนับสนุนให้พ่อแม่และผู้ป่วยสามารถทำได้ ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มี
5. ร่วมกันวางแผน และตัดสินใจ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปบ้าน
6. สร้างความมั่นใจและยืนยันความสามารถของพ่อแม่ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือนี้ เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือ สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือ ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลกับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และครอบคลุม

วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

3. ปรึกษาคณะผู้วิจัย เมื่อพบข้อสงสัยหรือต้องการความชัดเจนในเนื้อหาสาระของกลุ่มมีรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

4. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพื่อทำความเข้าใจการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

ส่วนประกอบของคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติการบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน นี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. รูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

2. การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้แล้ว มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายงาน 2. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 4 คน โดยมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจำนวน 10 ราย ตั้งแต่วันแรกที่ย้ายมาจากหอผู้ป่วยวิกฤต จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 3. ผู้วิจัยพูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพ เข้าใจว่าเนื้องานทั้งหมด ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด 6 กิจกรรมใหญ่ ที่ต้องปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายอื่น เริ่มดำเนินกิจกรรมเป็นช่วงเวลาตามกำหนดดังต่อไปนี้		

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ทำความรู้จักผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวรวมทั้งคงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา กิจกรรมที่ 2 สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจด้วยการอยู่เคียงข้างและถ่ายทอดความรู้สึกการอยู่เคียงข้าง	1. พยาบาลแนะนำตัวและทำความรู้จักกับผู้ป่วยและมารดา เรียกชื่อเล่นเด็ก เรียกสรรพนามแทนแม่ว่า <u>แม่</u> แทนตัวพยาบาลว่า พยาบาล พุดคุยซักถามความเป็นอยู่ในครอบครัว การเลี้ยงดู การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วย 2. สร้างความมั่นใจให้แก่มารดาและผู้ป่วยว่าพยาบาลเข้าใจเขาและจะอยู่เคียงข้างพร้อมให้การช่วยเหลือตลอดเวลา ยินยอมให้มารดาและผู้ป่วยได้กระทำตามความเชื่อศรัทธาที่มีอยู่ ให้มองโลกในแง่ดีตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อให้มารดาและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีความสุขและสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างมีเป้าหมาย พุด ให้กำลังใจ และให้ความหวังตามสภาพความเป็นจริง.....	1. พยาบาลได้รู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริงสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล 2. มารดามีสุขภาวะทางอารมณ์ เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว	1. แบบประเมินแรกรับ (มีอยู่แล้ว) 2. เพิ่มประวัติผู้ป่วย 3. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (มีอยู่เดิม) 4. คู่มือการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่)
วันที่ 2 กิจกรรมที่ 2 สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจด้วยการอยู่เคียงข้างและถ่ายทอดความรู้สึก	1. พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย พุดคุยทักทาย สอบถามอาการ และความรู้สึก ด้วยท่าทีที่แสดงความเป็นห่วง เอื้ออาทร ให้เวลากับมารดาและผู้ป่วย อยู่ด้วย ถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้สึก ด้วยการตั้งใจฟัง สัมผัสด้วยความอ่อนโยน แสดงความเข้าใจและเห็นใจ ...	1. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ 2. ผู้ป่วยและมารดาเกิดความไว้วางใจและอบอุ่นใจ	

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
ดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก กิจกรรมที่ 3 ให้การช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่างๆ โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการ วันที่ 3 กิจกรรมที่ 2 สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจด้วยการอยู่เคียงข้างและถ่ายทอดความรู้สึก กิจกรรมที่ 3 ให้การช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่างๆ โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก	2. พยาบาลแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าพยาบาลจะไม่ได้อยู่ด้วยตลอดเวลา แต่จะคอยเฝ้าดูอยู่ และสร้างความมั่นใจว่าเมื่อเกิดปัญหาใดๆ พยาบาลพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา 3. สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยและมารดาและยอมรับ ไม่ตำหนิแต่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเข้าใจเขา..... 1. พยาบาลที่ได้รับมอบหมายตาม Rounds ร่วมกับแพทย์ รายงานปัญหาและอาการผู้ป่วย เป็นตัวแทนสอบถามปัญหาต่างๆ ที่มารดาต้องการทราบ แต่ไม่กล้าถาม 2. บอกให้มารดารับทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป ให้กำลังใจ 3. ก่อนทำหัตถการใดๆ แจ้งให้มารดาและผู้ป่วยรับทราบ พร้อมบอกเหตุผล 4. ให้การดูแลทางเทคนิค ด้วยความรู้ความสามารถและทักษะ 5. พยาบาลให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่มารดา และผู้ป่วยยังไม่สามารถกระทำตัวเอง สอนวิธีทำที่ถูกต้องให้แก่มารดา 6. ประสานกับแพทย์ ในการให้ข้อมูลด้านการรักษา การประสานเรื่องสิทธิการรักษา 7. พยาบาลสนับสนุนให้มารดาและบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้อำนาจในการตัดสินใจเลือกกระตบของการดูแล.....	3. มารดามีระดับความวิตกกังวลลดลง 1. มารดาคลายความวิตกกังวลลงและรับรู้เข้าใจถึงเหตุผลของการทำหัตถการต่างๆ 2. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการถูกจำกัดกิจกรรมได้ 3. มารดามีการรับรู้ทางบวกเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และเหตุการณ์ในชีวิต	

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มารดาามี วันที่ 4 กิจกรรมที่ 2 สื่อสารสองทางสร้างความไว้วางใจด้วยการอยู่เคียงข้างและถ่ายทอดความรู้สึก กิจกรรมที่ 3 ให้การช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่างๆ โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เขาเลือก	 1. พยาบาลแจ้งให้มารดาและผู้ป่วยรับทราบ ถึงการทำหัตถการ ให้ข้อมูลและเหตุผลของการทำหัตถการ อยู่ด้วยกับผู้ป่วย เพื่อปลอบโยน และลดความกลัวลง 2. พยาบาลช่วยแพทย์จัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล พยาบาลจะอยู่เคียงข้างตลอด 3. ให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมโดยอยู่ข้างๆผู้ป่วยเพื่อคอยปลอบโยน 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียง..... 5. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล 6. พยาบาลพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ เมื่อเสร็จสิ้นการทำหัตถการแล้วกล่าวขอบคุณผู้ป่วย.....	1. ครอบครัวรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 2. มารดารู้สึกมั่นใจและไว้วางใจ 3. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 4. มารดามีระดับความวิตกกังวลลดลง 5. มารดามีความสามารถในการใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ 6. ครอบครัวสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับในการตัดสินใจ	1. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (มีอยู่เดิม) 2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (สำหรับญาติ มีอยู่แล้ว)

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้ ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มารดา			
วันที่ 5 กิจกรรมที่ 4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้ ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่มารดา กิจกรรมที่ 5 ช่วยเหลือและส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปบ้าน	1. วางแผนร่วมกับครอบครัวและผู้ป่วย โดยพิจารณาศักยภาพ และความจำเป็นที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละรายเนื่องจากพื้นฐานครอบครัวการเลี้ยงดูแตกต่างกัน.....	1. มารดาสามารถตัดสินใจเลือกระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2. มารดาและผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล 3. มารดาสามารถให้การดูแลขั้นพื้นฐานกิจวัตรประจำวันให้บุตรได้ 4. มารดามีความเชื่อมั่นในการให้การดูแลทางด้านเทคนิคต่อผู้ป่วย	

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
วันที่ 6 กิจกรรมที่ 6 สร้างความมั่นใจและยืนยันความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	1. พยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วย และความพร้อมของผู้ป่วยและมารดา 2. พยาบาลและมารดาทบทวนความเข้าใจในเรื่องต่างๆ และเปิดโอกาสให้ มารดาได้ซักถาม และบอกปัญหา 3. ตรวจสอบเอกสารและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับกลับบ้าน 5. เน้นย้ำเรื่องการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 6. ให้กำลังใจ และกล่าวขอบคุณชมเชยถึงความสามารถของผู้ป่วยและมารดา ว่าเขาสามารถทำได้ และสามารถผ่านพ้นสถานการณ์นี้ไปได้	1. มารดามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปบ้าน แนวคิดการดูแลของสเวนสัน (สร้างขึ้นใหม่)	1. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (มีอยู่เดิม) 2. คู่มือการบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสเวนสัน (สร้างขึ้นใหม่)

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



ID.....

แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการบริการ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สอบถามเฉพาะการรับรู้ของมารดาต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้คุณภาพการบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด ข้อ โปรดเติมคำลงในช่องว่าง และเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ท่านมีอายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

() 1. อยู่ด้วยกัน

() 2. แยกกันอยู่

() 3. หม้าย

3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้ศึกษา

() 2. ต่ำกว่าปริญญาตรี

() 3. ปริญญาตรี

() 4. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ทำงาน

() 2. รับจ้าง

() 3. ค้าขาย

() 4. รับราชการ

() 5. รัฐวิสาหกิจ

() 6. เกษตรกรรม

() 7. ธุรกิจส่วนตัว

() 8. อื่นๆ

5. รายได้ครอบครัว.....บาท

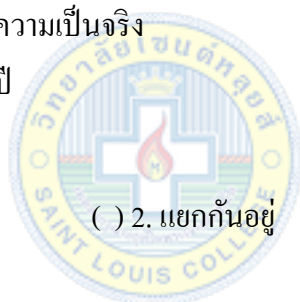
6. สิทธิการรักษาพยาบาล

() 1. ข้าราชการ

() 2. รัฐวิสาหกิจ

() 3. บัตรทอง

() 4. จ่ายเงินเอง



ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้คุณภาพการบริการ

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม : แบบสอบถามนี้ ใช้เฉพาะสอบถามมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตแล้วเท่านั้น

กรุณาอ่านข้อความข้างล่างนี้ แล้วพิจารณาความรู้สึกของท่าน ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากพยาบาลในหน่วยงานนี้ว่าเป็นอย่างไร ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คะแนน	5	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน มากที่สุด
คะแนน	4	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน มาก
คะแนน	3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ปานกลาง
คะแนน	2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน น้อย
คะแนน	1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน น้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อคำถาม	การรับรู้คุณภาพการบริการ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ					
1. สภาพแวดล้อม สถานที่ที่มีความสะอาด ปลอดภัย			✓		

หมายความว่า ท่านประเมินระดับความความรู้สึกนึกคิดต่อการบริการในขณะที่ท่านมาใช้บริการที่หน่วยงานนี้ ท่านรู้สึกสภาพแวดล้อม สถานที่ที่มีความสะอาด ปลอดภัย ในระดับปานกลาง คือ ให้คะแนน 3

ข้อคำถาม	การรับรู้คุณภาพการบริการ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการสร้างความมั่นใจต่อผู้ใช้บริการ					
1.สถานที่และสภาพแวดล้อม					
2.อุปกรณ์ เครื่องมือ มีความทันสมัย ...					
3.พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้ ความสามารถ.....					
4.....					
5.					
10.....					
ด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้ใช้บริการ					
11.พยาบาลเข้ามาดูแลช่วยเหลือ...					
12.พยาบาลคอยติดตามสอบถาม...					
13..พยาบาลเข้ามาดูแลร่วมกับการให้คำแนะนำ...					
14.....					
15.....					
.....					
23.....					

ข้อคำถาม	การรับรู้คุณภาพการบริการ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ					
24..พยาบาลเข้มแข็ง แจ่มใส...					
25.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด....					
26. พยาบาลเข้ามาเยี่ยม และสอบถาม....					
27.....					
28.....					
29.....					
30.....					
31.....					

ภาคผนวก จ

โครงการอบรม เรื่อง

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
กับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันเพื่อคุณภาพการบริการ



โครงการอบรม

เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กับทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมเด็กโต รับผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจด้วย โดยดูแลก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดภายหลังที่ผู้ป่วยถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต พยาบาลจะให้การดูแลโดยมุ่งเน้นที่การดูแลผลของการรักษาโดยติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ประสิทธิภาพการทำงานของท่อนหายใจ ทรวงอก การให้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นการให้การดูแลทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะเจ็บป่วยบ่อย มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า กว่าเด็กปกติ พ่อแม่ จะมีประสบการณ์ทางด้านลบ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบครัวถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับชีวิตเด็ก โดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียน เป็นวัยที่มีความผูกพันกับพ่อแม่มากที่สุด การผ่าตัดหัวใจถือว่าการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้าน ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุดจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ใช้ศักยภาพ และเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมที่สุด

ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพต่างๆ มีการแข่งขันสูง จึงได้นำแนวคิดการตลาดมาใช้กันอย่างกว้างขวาง เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันเป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งระบบแบบองค์รวมอย่างแท้จริง (นภัสนันท์ ปิยะศิริรักษ์, 2553) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันมาสร้างเป็นคู่มือให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกับมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด และจัดอบรมครั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจแก่พยาบาลวิชาชีพและให้เห็นความสำคัญของการบริการการพยาบาลตามรูปแบบเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการส่งต่อคุณภาพการบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแวนสันเพื่อคุณภาพการบริการ

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโตที่เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยในการวิจัย ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด มากกว่า 3 ปี จำนวน 4 คน

วิธีดำเนินการ

บรรยาย สัมมนา

วิทยากร

ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ

กำหนดวันและเวลา

วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ.2556 เวลา 13.00 - 15.00 น.

สถานที่

ห้องประชุม หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลเข้าใจและเกิดความมั่นใจสามารถนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ
2. พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็ก



กำหนดการอบรม

เรื่อง การบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎี

การดูแลของสแกนสันส่งผลต่อคุณภาพการบริการได้อย่างไร

วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ.2556 เวลา 13.00น.-15.00น.

ณ.ห้องประชุมหอผู้ป่วยตลยกรรมเด็กโต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

13.00 -13.15 น. ลงทะเบียน

13.15 -14.15 น. บรรยาย”รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน”

โดยผศ.ดร.สุวรรณ อนุสันติ

14.15 -15.00 น. สัมมนาการใช้คู่มือการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

โดย นางชุตินา สุดประเสริฐ



ภาคผนวก ฉ

เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 หมู่ 10 ซ.วิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2476 5334 / 121 โทรสาร 0 2476 5313
19 South Sathon Rd. Pathumwan Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel: (662) 476 5334 / 121 Fax: (662) 476 5313



ที่ ว.ชล.83000/(ว)0739

9 กรกฎาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสุดิมา สุดประเสริฐ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าเรื่อง **"ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสแกนลันต่อการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษารองเลขาธิการเรียนเชิญ **ดร.สุภาพร วรรณสันทัด** เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสุดิมา สุดประเสริฐ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุนวong)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ดร.สุภาพร วรรณสันทัด



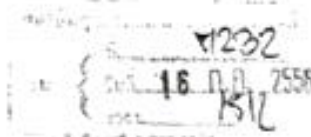
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (1-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathorn Rd., Yanนาวa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (1-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000(ว)0739



18 มิถุนายน 2556

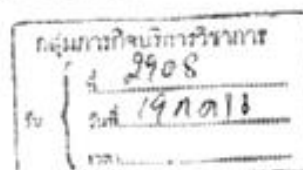


เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ



ด้วย นางสุติมา สดประเสริฐ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง มาตรการของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสหวิชาชีพ ต่อการรับบริการบริการที่ศิษย์มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษารอเรียนเชิญ คุณกัลยา แก้วอนะสิน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแผนการสอน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ไปโปรดพิจารณาไปบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสุติมา สดประเสริฐ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดพิจารณา

เรียนสมการกิจ

ดำเนินการต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณ

16 มิ.ย. 2556

ขอแสดงความนับถือ

ดร. สมศรี สุ่มเอ

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ตาม-ขอ

18 มิ.ย. 2556

สำเนาเรียน : คุณกัลยา แก้วอนะสิน

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน

กิตติคุณ

ผู้ประสานงาน : สำนักบริหารงานและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (1-12) โทร 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พ.บ.ร.ร.

ที่ขอทราบ และดำเนินการต่อไป

19 มิ.ย. 2556

24 มิ.ย. 2556



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

ที่ ว.ชด.83000(ว)0739



18 มิถุนายน 2556

7250
16 มิ.ย. 2556
K/10

เรื่อง เชิญเป็นวิทยากรดูแลโครงการเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพแห่งชาติ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

กลุ่มภารกิจบริหารวิชาการ	
4	2908
วันที่	19 มิ.ย. 56
โดย	

ด้วย นางจุติมา สุกประเสริฐ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครบวงจร เป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสถานบันต่อการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา ชนุสินี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาราชบัณฑิตยสถาน คุณนันทพร ทวีระภัทร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางจุติมา สุกประเสริฐ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการ
เพื่อโปรดทราบ
เรียนคณะกรรมการ
ดำเนินการต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

Bm

16 มิ.ย. 2556

ดร. สมศรี สุเมธ

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

รวม-ขอ

24

สำเนาเรียน : คุณนันทพร ทวีระภัทร

18 มิ.ย. 2556

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 53121
โทรสาร 0 2675 5313
พ.ร.บ.ชด

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน

เพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

19 มิ.ย. 2556

24 มิ.ย. 2556

ภาคผนวก ข

เอกสารขอความอนุเคราะห์พัฒนาเครื่องมือวิจัย
และเอกสารขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 53041-121 โทรสาร 0 2675 53113
19 South Sathorn Rd. Yanนาวa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 53041-121 Fax: (662) 675 53113

ที่ ร.ช.83000/0866



9 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอความเห็นชอบในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1 โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2 แผนสหวิทยาการ จำนวน 1 ฉบับ



ด้วย นางสุติมา ลุดประเสริฐ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบริหารการพยาบาล กำลังดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลที่บูรณาการแนวศิลปกรรมศาสตร์เป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของชนวนสืบ ผลการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา ธนสันติ เป็นอาจารย์ปรึกษา ในการนี้ได้รับขอความเห็นชอบให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดจำนวน 30 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ด้วยการจัดแบบสอบถาม โดยนักศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความเห็นชอบจากนางสุติมา ลุดประเสริฐ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นางสาว สุจิตา ลุดประเสริฐ

เรื่อง ขอความเห็นชอบ

งานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

ส่วนงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

16 ก.ค. 2556

เรียน หัวหน้าศูนย์งาน
อ.อ.กนกน.น.

เพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

19 ก.ค. 2556

หมายเหตุ : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงได้ที่ 081-5618816

20

ขอแสดงความนับถือ

ดร.สุเมธ คุ้ม

(ดร.สุเมธ คุ้ม)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

นางสาว

19

อ.อ.กนกน.น.

อ.อ.กนกน.น.

21 ก.ค. 2556



ที่ สช ๐๓๑๘/ ๕๕๑๒

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ มิถุนายน ๒๕๕๖

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

เรียน นางชุติมา สุตประเสริฐ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติฉบับภาษาไทย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้การบริการที่ดีของ มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (Effect of the Use of Nursing Service Model That Integrates Family - Centered Care and Swanson's Concept on Service Mind Perceived by Mothers of Open Heart Surgery Children) (Document No.๕๖-๐๖๒) ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวเพื่อให้ คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาอนุมัติขึ้น

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้ว มีมติอนุมัติให้ดำเนินการตามโครงการดังกล่าวได้ โดยขอให้แจ้งหรือรายงานสถานะ (Format Status) ให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก ๓ เดือน หรือ ๖ เดือน โดยให้เป็นไปตามระเบียบสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ.๒๕๕๖ พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารรายละเอียดข้อปฏิบัติอื่นๆ ที่ควรรู้มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสิรากรณ์ สวัสดิ์วร)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หากมีข้อสงสัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

กรุณาติดต่อ ศูนย์วิจัยและพัฒนา

โทร. ๐ ๒๓๕๔ ๘๓๓๓ ต่อ ๕๒๑๑

โทรสาร ๐ ๒๖๕๔ ๘๔๔๓



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โทร 3316
 ที่ _____ วันที่ 14 มิถุนายน 2556
 เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วย ส. 7 บี (ศัลยกรรมเด็กโต)

ตามที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อนุมัติให้นางชุติมา สุดประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ส. 7 บี (ศัลยกรรมเด็กโต) ดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (Effect of the Use of Nursing Service Model that Integrates Family – Centered Care and Swanson’s Concept on Service Mind Perceived by Mothers of Open Heart Surgery Children)” ตามหนังสืออนุญาตที่สธ. 0318/7982 นั้น

ในการนี้ งานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ขอความร่วมมือให้นางชุติมา สุดประเสริฐ เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกับมารดาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่มาพักรักษาตัวในหน่วยงานของท่าน ตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2556 จนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางสาวกัลยา แก้วณะสิน)

หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โทร 3316
 ที่ _____ วันที่ ๕๘ มิถุนายน 2556
 เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วย ส. 6 เอ

ตามที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อนุมัติให้นางชุติมา สุดประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ส. 7 บี (ศัลยกรรมเด็กโต) ดำเนินการวิจัยเรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้การบริการที่ดีของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (Effect of the Use of Nursing Service Model that Integrates Family - Centered Care and Swanson's Concept on Service Mind Perceived by Mothers of Open Heart Surgery Children)" ตามหนังสืออนุญาตที่สธ. 0318/7982 นั้น

ในการนี้ งานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ใ้ขอความร่วมมือให้นางชุติมา สุดประเสริฐ เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกับมารดาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ที่มาทักรักษาด่วนในหน่วยงานของท่าน ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2556 จนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

Lu h

(นางสาวกัลยา แก้วชนะสิน)

หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางชุตินา สดประเสริฐ

วัน เดือน ปี เกิด

30 มกราคม 2509

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พ.ศ. 2527-2531
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

ทุนวิจัย

ทุนส่วนตัว

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ. 2531 – ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กระทรวงสาธารณสุข

