



พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด

**Caring Behaviors of Perioperative Nurses and Related Factors
as Perceived by Perioperative Nurses**

ปรีศนียาภรณ์ ฤกษ์ดาญุทธิ์

Pratsaneeyaporn Rerksadayut

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด
 ผู้เขียน นางปรศนียาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิษร) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิษร)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โคมพัตร์ มณีวัต) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โคมพัตร์ มณีวัต)

.....กรรมการ
 (ดร.มารีตา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอแสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางปรศนียาภรณ์ ฤกษ์ดาบุตร)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางปรศนิยาภรณ์ ฤกษ์ดาบุตร)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด
ผู้เขียน นางปรศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2555

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งสิ้น 200 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบสอบถามในการศึกษานี้มี 4 ส่วน ส่วนแรก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยประกอบด้วย คุณลักษณะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเมตตา-กรุณา 2) ด้านความสามารถ/สมรรถนะ 3) ด้านการสร้างเชื่อมั่น 4) ด้านความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม 5) ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล 6) ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 เท่ากับ .74, .90 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient: r_s)

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.54$, $SD = 0.34$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรด้านความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรมมีคะแนนสูงสุด ($M = 2.73$, $SD = 0.36$) และด้านความเมตตา-กรุณามีคะแนนต่ำสุด ($M = 2.39$, $SD = 0.40$)

2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .24$, .25 ตามลำดับ)

3. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = -.18$)

4. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .17$)

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้เข้าใจถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของตนเองที่ได้แสดงออกกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

Thesis Title	Caring Behaviors of Perioperative Nurses and Related Factors as Perceived by Perioperative Nurses
Author	Mrs Pratsaneeyaporn Rerksadayut
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2012

Abstract

This descriptive study aimed to describe the perception of caring behavior of perioperative nurses and to assess the relationship between age, education, working experience, receiving trainings related to caring, emotional stability, and caring climate of the operating room and caring behavior of perioperative nurses. The sample consisted of 200 nurses working in the operating room at a university hospital, general hospitals, and tertiary hospitals in Songkhla, Phatthalung, and Surat Thani provinces. Eligible subjects were approached to participate in the study.

The questionnaires used in the study covered 4 areas 1) demographics, 2) emotional stability, 3) caring climate of the operating room, and 4) caring behavior of perioperative nurses, which consists of six components, including compassion, competence, conscience, confidence, commitment, and comportment. The content validity of the questionnaires was examined by 5 experts and their reliability was verified by using Cronbach's alpha coefficient. The internal consistency coefficients of the questionnaire of parts 2 to 4 were .74, .90, and .94, respectively. Data were analyzed by using descriptive and inferential statistics. Relationships among the study variables were analyzed by using Spearman rank correlation coefficient (r_s).

The results revealed that:

1. The overall caring behavior of perioperative nurses was at a high level ($M = 2.54$, $SD = 0.34$). Considering each component of caring behavior, the average score of all components was at a high level, in which conscience had the highest score ($M = 2.73$, $SD = 0.36$) and compassion had the lowest score ($M = 2.39$, $SD = 0.40$).

2. Personal factors, including age and working experience, were positively correlated with caring behavior of perioperative nurses ($r_s = .24$, and $.25$, respectively, $p < .01$).

3. The personal factor of emotional stability was negatively correlated with caring behavior of perioperative nurses ($r_s = -.18$, $p < .01$).

4. Personal factors, including education and receiving trainings related to the care, were not correlated with caring behavior of perioperative nurses.

5. The environmental factor of caring climate of the operating room was positively correlated with caring behavior of perioperative nurses ($r_s = .17$, $p < .05$).

The results of this study can be used as primary information to promote perioperative nurses' understanding of their caring behavior given to patients as well as to promote their awareness of providing care holistically to patients undergoing the surgery to cover the entire body and mind. Moreover, the findings can be utilized to improve perioperative nursing practices in responding to the needs of their patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดียิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โหมพักตร์ มณีวัต ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงคณะกรรมการ สอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร. รัศมี เวชประสิทธิ์ ที่ให้ข้อชี้แนะที่ดี รวมทั้งกำลังใจที่มีให้ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาจึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลา ที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ขอขอบคุณ เพื่อนนักศึกษาปริญญาโท ปีการศึกษา 2553 ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านของ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่อำนวยความสะดวก และให้ ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้ สนับสนุนทุนวิจัยให้ส่วนหนึ่ง ช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา สามิ ผู้ที่คอยให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจในการศึกษาด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณอีกหลายท่านซึ่งเป็นขวัญและกำลังใจซึ่งมิได้ เอ่ยนามในที่นี้ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ปรีศนิยาภรณ์ ฤกษ์ดาญุฑ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
Abstract.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	12
การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด.....	12
ลักษณะงานห้องผ่าตัด.....	12
บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด.....	13
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและพยาบาลห้องผ่าตัด.....	17
มาตรฐานและการควบคุมคุณภาพงานห้องผ่าตัด.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล.....	23
ความหมายของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร.....	23
กรอบแนวคิดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร.....	25
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร.....	31
เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
สถานที่ศึกษา.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	47
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	51
ผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
จุดแข็งและจุดด้อยของการศึกษา.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	70
บรรณานุกรม.....	72
ภาคผนวก.....	79
ก ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
ข แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	82
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	99
ประวัติผู้เขียน.....	100

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	พฤติกรรมกรรมการดูแล.....	27
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความมั่นคงทางอารมณ์และระดับ การรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
4	จำนวนร้อยละความมั่นคงทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ.....	54
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของ ห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน.....	55
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมกรรมการดูแล แบบเอื้ออาทรของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน.....	56
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของกลุ่มตัวอย่าง.....	57

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ

1 กรอบแนวคิดการวิจัย

หน้า

9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นวิกฤตการณ์ที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะการผ่าตัดนั้นจะเป็นการผ่าตัดเล็ก (minor surgery) เช่น การผ่าตัดฝี การผ่าตัดซีสต์ที่อักเสบ หรือการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เป็นต้น การผ่าตัดกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล (universal phenomenon) กล่าวคือ เกิดขึ้นกับทุกคนที่จะเข้ารับการผ่าตัดมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่รับรู้ว่าการผ่าตัดล้วนเป็นเรื่องใหญ่และสำคัญมาก แม้แต่การผ่าตัดเล็ก ๆ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และการผ่าตัดบางประเภทก็มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต เช่น การบาดเจ็บ มีการเสียเลือดมาก ๆ จะต้องทำการผ่าตัดทันที (วรวิทย์, 2551) อาจมีการสูญเสียเลือด รวมถึงการได้รับยาชาลบหรือยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดตามมาได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ปอด สมอง เป็นต้น นอกจากนี้การผ่าตัดมักมีผลกระทบต่อหน้าที่ และการทำงานตามปกติของร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ (วรวิทย์, อัจฉรา, สมคิด, และพองศรี, อ้างตามพิศสมัยและศรีเวียงแก้ว, 2551)

ผลกระทบดังกล่าวจะมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะรอผ่าตัด และระยะผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม โดยลักษณะงานห้องผ่าตัดมีเอกลักษณ์ของงานเป็นงานที่สามารถเห็นผลงานได้รวดเร็ว การผ่าตัดแต่ละครั้งมีเวลาเป็นข้อจำกัดเสมอ สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดที่รีบเร่ง และในขณะที่ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพังในห้องผ่าตัดโดยปราศจากญาติใกล้ชิดจึงอาจส่งเสริมให้ความกลัวที่มีอยู่แล้วเพิ่มมากขึ้น (กาญจนารัฐและขวัญใจ, 2551; สุภาพร, 2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย 8 เรื่อง ลินด์วัลล์และวอนโพสต์ (Lindwall & von Post, 2008) พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดควรต้องมีการพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันด้วยความเอื้ออาทรจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติด้วยลักษณะงานของห้องผ่าตัดซึ่งทำให้บางครั้งขาดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดกับผู้ป่วย ส่งผลให้การแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบ

เชื้ออาหารของพยาบาลห้องผ่าตัดอาจไม่สามารถทำได้เต็มที่ ในภาวะดังกล่าวหากการปฏิบัติการดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัดไม่เป็นตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือคาดหวัง ผู้ป่วยอาจไม่พึงพอใจต่อบริการของห้องผ่าตัด

งานห้องผ่าตัดเป็นงานที่พยาบาลต้องใช้ทักษะและความชำนาญเฉพาะทางที่ด้อยอาศัยความรู้ความสามารถรวมถึงประสบการณ์ทางการพยาบาลที่มีความชำนาญเพียงพอต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (อัญชลี, 2550) แม้จะเป็นเพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาสั้น ๆ พยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาวิกฤตของชีวิต ซึ่งอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลาของการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบที่มีต่อการให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวมในด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในระยระรอผ่าตัดคือช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัดหน้าห้องผ่าตัดย่อย ขณะผ่าตัดคือช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาเฉพาะตำแหน่ง หรือการดมยาสลบในสภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวขณะทำผ่าตัด จนกระทั่งได้รับการผ่าตัดเสร็จสิ้น พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีคุณลักษณะการดูแลให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องราบรื่น และช่วยให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ รู้สึกถึงความปรารถนาดี เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ และเกิดความไว้วางใจ (พิศสมัยและศรีเวียงแก้ว, 2551; Lindwall & von Post, 2008) รวมถึงได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน และปราศจากการติดเชื้อ (มยุเรศและสอเดียง, 2549) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการผ่าตัด

นอกจากความสามารถด้านเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรผ่าตัด เช่น การจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการผ่าตัด รวมถึงการจัดการเครื่องมือผ่าตัดให้ปราศจากเชื้อ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานความร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยดี ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความคิดและสติปัญญา มีความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัด เช่นเดียวกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแผนกอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยห้องพิเศษ เพื่อช่วยในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน รวมทั้งต้องมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตใจที่เมตตาและเอื้ออาทร เต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรเทาจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองต่อความคาดหวังได้ เช่น การให้บริการที่รวดเร็ว ตรงเวลา ปลอดภัย ปราศจากความผิดพลาด มีความสุภาพ

ให้การดูแลอย่างเอื้ออาทร ให้เกียรติ และเข้าใจจิตใจของผู้ป่วย (อุสาคีและน้ำเพชร, 2553) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดควรตระหนักถึงความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร ที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม และเกิดความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ

จากประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดของผู้วิจัยทั้งระยะรอผ่าตัด และระยะผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ เนื่องจากเป็นเวลาที่วิกฤตในชีวิตของผู้ป่วย พบว่านอกเหนือจากลักษณะงานที่ต้องอาศัยความรวดเร็ว ถูกต้อง แล้วนั้นงานห้องผ่าตัดเป็นการบริการที่จัดระบบงานตามลักษณะงานบริการตลอด 24 ชั่วโมง ลักษณะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ ภาระงานที่หนัก เช่น การทำงานเกินเวลาที่กำหนด ระยะเวลาในการผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานานทำให้ต้องยืนติดต่อกันนานหลายชั่วโมง มีเวลาในการรับประทานอาหารในช่วงเวลาสั้น ๆ (Fuller, อ้างตามอัญชลี, 2550) บางครั้งการดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึงเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่จำนวนบุคลากรยังคงเดิม อาจก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรได้

ในปัจจุบันพบว่ามีเสียงสะท้อนจากสังคมต่อวิชาชีพการพยาบาล ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแล (นฤนาท, 2551) ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในด้านบวกพยาบาลแสดงออกถึงการเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง คำนึงถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและให้ข้อมูลตามความต้องการหรือที่จำเป็น อีกทั้งเปิดโอกาสและยอมรับในความสามารถของผู้ป่วย ส่วนในด้านลบได้แก่ การทอดทิ้งผู้ป่วย ใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม (เช่นพูดเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก) หรือไม่เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก เป็นต้น (Larsson, Sahlsten, Segesten, & Plos, 2011) พฤติกรรมเหล่านี้สะท้อนปัญหาทางด้านพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรทั้งสิ้น ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสภาพการณ์ปัจจุบัน หากพิจารณาให้ถ่องแท้แล้วพยาบาลสามารถทำกิจกรรมการพยาบาลที่ข้างเคียงผู้ป่วยหรือตลอดเวลาในการทำงาน เพราะพยาบาลเองก็เป็นบุคคลหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยผสมผสานระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับการใส่ความรู้สึกที่ดี แสดงถึงความรัก ความห่วงใยซึ่งกระทำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน พฤติกรรมดูแลแบบองค์รวมในที่นี้ต้องการผู้ที่มีคุณสมบัติของ “การดูแลแบบเอื้ออาทร หรือ Caring” จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลควรตระหนักและพัฒนาปรับปรุงพฤติกรรมดูแลให้ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการอยู่เสมอ

พยาบาลห้องผ่าตัดเช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ คือ นอกจากมีความรู้ความชำนาญทางด้านรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องเป็นผู้มีบุคลิกภาพที่แสดงออกซึ่งความเอื้ออาทรปรารถนาดีต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ยอมรับในสภาพการเปลี่ยนแปลงรอบด้านอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยด้วยความเต็มใจ สามารถ

ปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม (ฟาริดา, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) ซึ่งจะต้องให้การดูแลด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมในทุกระยะของการผ่าตัด พยาบาลที่ขาดบุคลิกดังกล่าวโดยมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคและเทคโนโลยีต่าง ๆ เพียงอย่างเดียว มีอาจเรียกตนเองได้ว่าเป็น “พยาบาล” (พจนานา, 2549) คุณสมบัติของผู้ให้การดูแลแบบเอื้ออาทร เป็นคุณสมบัติที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการดูแลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดของโรช (Roach, 2002) มองว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิดหรืออยู่ในวิถีชีวิตของมนุษย์ (human mode of being) ซึ่งการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์แก่นแท้ของการพยาบาลและเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติ การพยาบาลทุกกิจกรรม และเป็นการแสดงคุณลักษณะของพยาบาลที่พึง มีดังนี้ คือ ความเมตตา-กรุณา (compassion) ความสามารถ/สมรรถนะ (competence) การสร้างความเชื่อมั่น (confidence) ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม (conscience) ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (commitment) และการแสดงออกอย่างเหมาะสม (comportment) พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรนี้พยาบาลห้องผ่าตัดควรจะปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการของห้องผ่าตัด

โดยทั่วไปการดูแลเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อสัตว์ หรือบุคคลต่อสิ่งของ ซึ่งอาจเป็นไปตามบทบาทหน้าที่และภาระทางสังคม ด้วยความรับผิดชอบ ความเอาใจใส่ ความรัก และความสนใจ ในทางการพยาบาลพบว่า ฟลอเรนซ์ ในดิงเกล เป็นบุคคลแรกที่ใช้คำว่า การดูแล โดยกล่าวว่า การพยาบาลเป็นการกระทำที่ใช้เหตุผลโดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลให้หายฟื้นคืนเป็นปกติ หรือเกือบเหมือนปกติโดยเร็วที่สุด (ศิริรัตน์, 2543) จึงจำเป็นต้องมีการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นหลัก

จากสภาพของห้องผ่าตัดและลักษณะงานในห้องผ่าตัดที่แตกต่างไปจากงานในหอผู้ป่วยอื่น อาจส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและพบว่าปัจจัยด้านบุคลิกของพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความมั่นคงทางอารมณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศองค์กร ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรได้เช่นกัน โดยงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมดูแลสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย (วิญญาและวิภาพร, 2555; อริญา, 2552) ระดับการศึกษา มีทั้งงานวิจัยที่สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (วิญญาและวิภาพร, 2555; อิชญาและนงนุช, 2542) และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล (ปราณีและวารภรณ์, 2554) เช่นเดียวกับประสบการณ์การทำงานที่พบทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (ปิยาภรณ์, สมใจ, และดวงใจ, 2554; วิญญาและวิภาพร, 2555; อริญา, 2552) และไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรม การดูแล (ปราณีและวราภรณ์, 2554) ส่วนการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล พบว่ามีทั้งงานวิจัยที่สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (วิริยาภรณ์, พิศสมัย, วิภารัตน์, และวรางคณา, 2546) และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแล (เตือนใจ, 2548; วิชญญาและวิภาพร, 2555)

ความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับ หรือส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึงคุณลักษณะของ บุคคลที่มีความมั่นใจ ไม่แสดงออกหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะ โกรธหรือเกรี้ยวกราด เมื่อ ตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียด ซึ่งคุณลักษณะความมั่นคงทางอารมณ์นี้ จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จ ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ความเครียดนั้น ๆ ได้ (วินัส, 2549; อัญชลี, 2550) และ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์สูง จะมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Teng, Chang, & Hsu, 2009)

บรรยากาศองค์กร (organizational climate) มีส่วนเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น บรรยากาศองค์กรเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมด้าน ต่าง ๆ ของสมาชิกภายในองค์กร ซึ่งบรรยากาศองค์กรที่ดีจะส่งผลในเชิงบวกต่อแรงจูงใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน พฤติกรรมการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร บรรยากาศองค์กรที่ดีย่อม เอื้ออำนวยและกระตุ้นให้บุคลากรพร้อมที่จะยอมรับความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และจัดการปัญหาให้บรรลุเป้าหมายได้ แต่ถ้าหากบรรยากาศองค์กรไม่ดีก็จะเป็นสิ่งที่ บั่นทอนความสามารถของสมาชิกในองค์กรได้เช่นกัน (มีนา, 2551; รงรอง, 2553) โดยลิทวินและ สตรินเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) กล่าวว่า บรรยากาศองค์กร คือ องค์ประกอบของสภาพแวดล้อม ภายในองค์กรซึ่งรับรู้โดยบุคลากรในองค์กรทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและ การปฏิบัติงานในองค์กร อีกทั้งมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์กร ซึ่ง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างบรรยากาศองค์กรที่ดีส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของ พยาบาลให้ดีขึ้นเช่นกัน (พรพรรณและประจักษ์, 2554; Liou & Cheng, 2010)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามาริบัติโดยพิศสมัยและศรีเวียงแก้ว (2551) ใช้กรอบแนวคิดของสแวนสัน (Swanson) ในการวัดการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด รวม 5 ด้าน คือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำ กิจกรรมต่าง ๆ ให้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธา ของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพการดูแลเอื้ออาทรอยู่ใน

ระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ อาชีพ รายได้ และประสบการณ์ผ่าตัดแตกต่างกันมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดไม่แตกต่างกัน การศึกษานี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยจากพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตเห็นได้ และการปฏิบัติที่พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้แนวคิดของสแวนสันให้ความสำคัญกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุน ส่งเสริม และให้กำลังใจ นอกจากกิจกรรมการดูแลดังกล่าวแล้วพยาบาลที่มีความเอื้ออาทรนั้นยังมีพฤติกรรมภายในอีกหลายอย่าง ที่ไม่ได้แสดงออกมาผ่านกิจกรรมทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยเห็น โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด จะต้องมีความเอื้ออาทรทุกขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะสังเกตได้ (ผู้ป่วยรู้สึกตัว) และสังเกตไม่ได้ (ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว) พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีบทบาทในการปกป้องความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าการเคารพศักดิ์ศรี คุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในของพยาบาลที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมแบบเอื้ออาทรที่เป็นคุณลักษณะภายในที่พยาบาลสามารถประเมินตนเองได้ว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้ทั้งภายในและภายนอกหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดของโรช (Roach, 2002) ซึ่งมีประเด็นที่แตกต่างไปจากกรอบแนวคิดของสแวนสัน (Swanson, อ้างตามพิศสมัยและศรีเวียงแก้ว, 2551) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความตระหนักในคุณค่าของความเป็นบุคคล ความเข้าใจในชีวิต และความรู้สึกปรารถนาดีต่อกัน การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีความเข้าใจในจิตใจของผู้ป่วยในภาวะที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด จะส่งผลให้การดูแลนั้นเป็นไปในลักษณะเอื้ออาทรใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งมีการให้บริการทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด จากมุมมองของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเรื่องความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศองค์กรในที่นี้ คือ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเห็นความสำคัญของการศึกษาในเรื่องนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เสนอแนะแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณสมบัตินิการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 C's ของโรช (Roach, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดของโรช อธิบายหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่ง โรช กล่าวถึง คุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ที่จะสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทร ได้ 6 ลักษณะ และเรียกคุณลักษณะเหล่านี้ย่อ ๆ ว่า 6 C's ประกอบด้วย

1. ความเมตตา-กรุณา (compassion) เป็นคุณสมบัติที่สะท้อนถึงความตระหนักรู้ของบุคคลที่สิ่งมีชีวิตพึ่งมีต่อเพื่อนมนุษย์และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีความสงสารต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เข้าถึงและมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนในเวลาที่คุณอื่นมีความสุข เสียใจ เจ็บปวด หรือประสบความสำเร็จ ความเมตตา-กรุณาที่แสดงออกได้โดย “การอยู่เป็นเพื่อน” อย่าง “ตั้งใจจริง” เป็นคุณสมบัติประจำตัว ไม่สามารถจัดหาหรือคำนวณเป็นตัวเลขได้

2. ความสามารถ/สมรรถนะ (competence) เป็นสถานะที่บุคคลมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจ ทักษะ พลัง ประสิทธิภาพ และแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้บรรลุความต้องการที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ สถานะดังกล่าวช่วยให้บุคคลสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทรสามารถแก้ไขปัญหาและให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

3. การสร้างความเชื่อมั่น (confidence) เป็นคุณสมบัติที่แสดงความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลในการส่งเสริมความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้ป่วยโดยการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสนับสนุนสัมพันธภาพ การสื่อสาร ให้ข้อมูล การสร้างความหวังและให้กำลังใจกับผู้ป่วย

4. ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม (conscience) เป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงการดูแลอย่างมีศีลธรรมโดยคำนึงถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้การดูแลด้วยความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิดและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

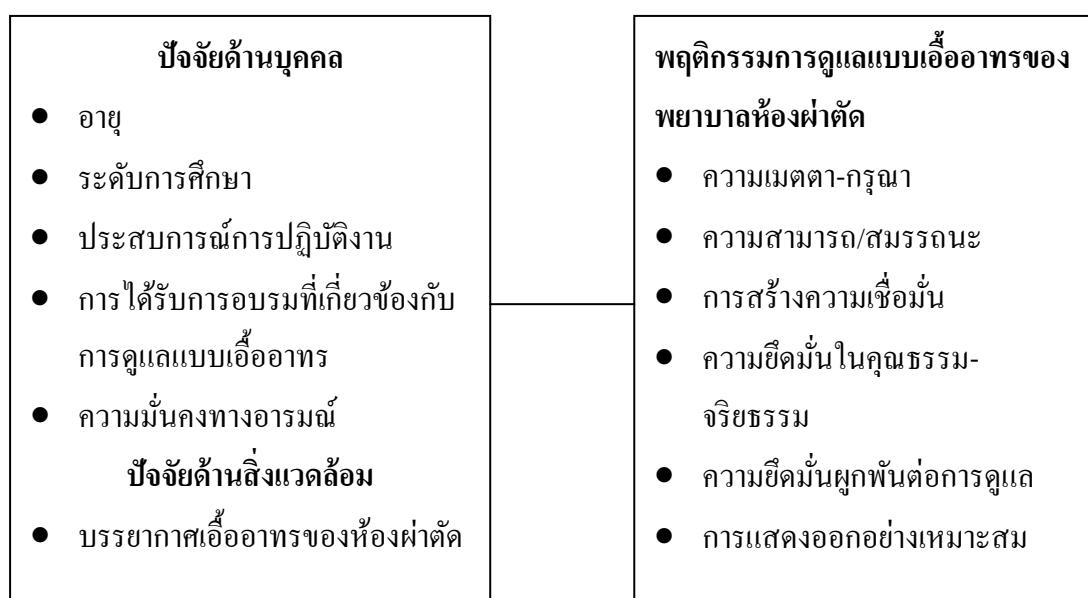
5. ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (commitment) เป็นคุณสมบัติที่มีการดูแลโดยแสดงออกถึงการกระทำตามบทบาท ภาระหน้าที่ ภายใต้อาณัติและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ตั้งใจ

6. การแสดงออกอย่างเหมาะสม (comportment) เป็นคุณสมบัติที่แสดงโดยการแต่งกาย ถูกต้องตามระเบียบ สะอาด เรียบร้อย กิริยาสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยนใช้คำสุภาพ เป็นเอกลักษณ์ที่ดี ที่แสดงออกถึงการตั้งใจดูแล ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญที่อาจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ สามารถจัดแบ่งได้เป็นสองกลุ่มคือ ปัจจัยด้านบุคคลของพยาบาล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ (วิญญา และวิภาพร, 2555; อารีญา, 2552) ระดับการศึกษา (ปราณีและวารภรณ์, 2554; วิญญาและวิภาพร, 2555; อิชญาและนงนุช, 2542) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน (ปราณีและวารภรณ์, 2554; ปิยาภรณ์, สมใจ, และดวงใจ, 2554; วิญญาและวิภาพร, 2555; อารีญา, 2552) การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (เตือนใจ, 2548; วิริยาภรณ์และคณะ, 2546; วิญญาและวิภาพร, 2555) และความมั่นคง

ทางอารมณ์ (วินัส, 2549; อัญชลี, 2550; Teng et al., 2009) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศองค์กร (นฤนาท, 2551; มีนา, 2551; รงรอง, 2553)

โดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยจากการบูรณาการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดของโรชเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ควรแสดงออกถึงความเมตตา- กรุณา ความสามารถ-สมรรถนะ การสร้างความเชื่อมั่น ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล และการแสดงออกอย่างเหมาะสม รวมทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมา สนับสนุนว่าปัจจัยที่อาจจะมีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร และความมั่นคงทางอารมณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับระดับความถี่ของการกระทำพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่กระทำต่อผู้ป่วยว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยผู้วิจัยใช้คุณลักษณะ 6 C's ตามแนวคิดของโรช (Roach, 2002) สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความเมตตา-กรุณา ความสามารถ/สมรรถนะ การสร้างความเชื่อมั่น ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล ทั้งนี้การแสดงออกอย่างเหมาะสม คะแนนสูง หมายถึง พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่สาเหตุที่ผลักดันให้บุคคลแต่ละบุคคลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. อายุ หมายถึง อายุของพยาบาลห้องผ่าตัดนับเป็นปีจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี
2. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิศึกษาครั้งสุดท้ายในขณะที่กำลังปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผ่าตัด แบ่งเป็น ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก
3. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน หมายถึง จำนวนปีที่พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี
4. การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดเคยได้รับการอบรมวิชาการทางการพยาบาลทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน รวมทั้งด้านการดูแลแบบเอื้ออาทร อาจเป็นการได้รับการปฐมนิเทศก่อนเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ขณะปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลซึ่งจัดขึ้นอย่างเป็นทางการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมานับจำนวนจริง มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 วัน ขึ้นไปจนถึง 6 เดือน
5. ความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียดจากการทำงานในห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ที่พัฒนามาจาก Mini-Marker (Saucier, as cited in Teng et al., 2009) มาใช้ คะแนนสูง หมายถึง พยาบาลห้องผ่าตัดมีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ และคะแนนต่ำ หมายถึง พยาบาลห้องผ่าตัดมีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง
6. บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับบรรยากาศขณะทำงานในห้องผ่าตัด ซึ่งมีคุณลักษณะบรรยากาศ 4 แบบ ต่อไปนี้ คือ การเป็นแม่แบบ (modeling)

การสนทนา (dialogue) การปฏิบัติ (practice) และการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ (confirmation) ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดของฮิวจ์ส (Hughes, 2009) มาใช้ในการสร้างแบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด คะแนนสูง หมายถึง พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้เกี่ยวกับบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้เกี่ยวกับบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาล โดยแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ผลการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดตระหนักถึงการมีคุณสมบัติของการดูแลแบบเอื้ออาทรในด้านต่าง ๆ เพื่อที่จะนำมาสู่การพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ บทความ วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด
 - 1.1 ลักษณะงานห้องผ่าตัด
 - 1.2 บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 1.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 1.4 มาตรฐานและการควบคุมคุณภาพงานห้องผ่าตัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
 - 2.2 กรอบแนวคิดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
 - 2.4 เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
3. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด

ลักษณะงาน

ลักษณะงานของห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นการจัดการบริการโดยใช้วิธีการผ่าตัดทางศัลยกรรมในการรักษาโรค ผ่าตัดแก้ไขความพิการ แม้กระทั่งโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งห้องผ่าตัดเป็นองค์ประกอบองค์กรหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญในการให้บริการผ่าตัดทุกระบบของร่างกาย และตรวจเพื่อการวินิจฉัย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการนั้นมีจำนวนมาก จึงต้องจัดระบบงานห้องผ่าตัดตามลักษณะงานบริการและจัดตามระบบเวลา เพื่อให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจนทุกคนเพื่อลดปัญหางานซ้ำซ้อน มีการปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญี

ทีมศัลยแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับเพื่อให้งานสำเร็จอย่างราบรื่น (วรรณิภา, 2545; วิภาดา, 2551) ซึ่งห้องผ่าตัดที่ดีนั้นจะต้องมีระบบการป้องกันการติดเชื้อที่ดี สะอาดปราศจากเชื้อโรค ตลอดเวลา มีการระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศที่ได้มาตรฐานเพื่อความปลอดภัยในการทำผ่าตัด (เรณู, 2553) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทุกคนต้องมีกฎระเบียบเคร่งครัด มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคใช้เทคนิคปลอดเชื้อต่าง ๆ และเทคนิคเฉพาะทางของห้องผ่าตัดด้วยมุ่งหวังในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องเป็นผู้มีจิตสำนึกอยู่ตลอดเวลาในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยการเคร่งครัดต่อเทคนิคปลอดเชื้อ

ลักษณะงานห้องผ่าตัดเป็นงานที่สามารถเห็นผลงานได้รวดเร็ว มีเอกลักษณ์ของงาน เป็นงานที่ต้องทำเร่งด่วน และไม่สามารถรอคอยได้มีความเสี่ยงต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย (ดรุณศรี, 2542; ศิริพร, 2546) เพราะเป็นช่วงเวลาวิกฤตสำหรับชีวิตของผู้รับบริการผ่าตัด ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ซึ่งต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นพิเศษ การทำงานที่ต้องอาศัยความรวดเร็ว ความถูกต้อง ประณีต และต้องมีความรับผิดชอบสูง ดังนั้นการให้บริการจึงต้องมีคุณภาพและความปลอดภัย (สุชาติและวาสิณี, 2552) ลักษณะการให้บริการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ และมีบทบาทในการให้การรักษาพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ซึ่งนอกจากจะมีความรู้ด้านพยาธิสภาพ เทคนิคการทำผ่าตัด การตรวจวินิจฉัยด้วยอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษแล้วนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวลและสนองตอบต่อความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ ความสุขสบาย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อลดการเกิดการติดเชื้อและลดภาวะภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดตั้งแต่สมัยแรกเริ่ม จนถึงศตวรรษที่ 20 เป็นการปฏิบัติการพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) และพยาบาลผู้ช่วยเหลือในทีมผ่าตัด ไม่ได้เน้นการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง อาจมีจุดเน้นที่การจัดการกับเครื่องมือ สิ่งแวดล้อมในห้อง

ผ่าตัด และเทคนิควิธีการผ่าตัดเท่านั้น เช่น การทำความสะอาดห้องผ่าตัด การทำให้เครื่องมือปลอดเชื้อ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด เป็นต้น และทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ในการผ่าตัด การส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ขาดบทบาทที่สำคัญของพยาบาลนั้น คือ การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (สุชาติและวาสิณี, 2552) ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวไม่สามารถแสดงออกถึงลักษณะงานเชิงวิชาชีพได้อย่างชัดเจน ต่อมาเมื่อขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) ระยะระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและพฤติกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งทุกระยะมีการพยาบาลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน อีกทั้งบทบาทของพยาบาลขึ้นอยู่กับแต่ละสถาบัน โดยมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ ความชำนาญ แผนการทำงาน ความต้องการของผู้บริหาร จึงจำแนกบทบาทพยาบาลผ่าตัดได้ ดังนี้ (เรณู, 2553)

พยาบาลช่วยรอบนอก (circulating nurse)

บทบาทพยาบาลช่วยรอบนอก เป็นหน้าที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่วางแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดในระหว่างการผ่าตัด ประสานงานกับบุคลากรทุกคนในห้องผ่าตัด ตรวจสอบอย่างถี่ถ้วนในเรื่องของการเซ็นยินยอมผ่าตัด เป็นผู้ควบคุมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอกไม่ต้องสวมเสื้อคลุมปลอดเชื้อสามารถเข้า-ออกในห้องผ่าตัดได้ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด และเป็นผู้มีบทบาทในระหว่างผ่าตัด และยังมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ ดูแลเครื่องมือทุกอย่างให้พร้อมในการทำผ่าตัด ตรวจสอบรับรองเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องมือใช้ปลอดเชื้อ ช่วยในการจัดทำผู้ป่วย ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทำผ่าตัด ดูแลห้องผ่าตัดและสมาชิกในทีมมีเวลาหยุดพักชั่วคราว โดยยึดหลักปลอดเชื้อ ช่วยบุคลากรของวิสัญญีขณะให้ยาระงับความรู้สึกและดูแลการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วย เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น รังสีวิทยาและพยาธิวิทยา ปฏิบัติพยาบาลตามระเบียบปฏิบัติ ดูแลให้ห้องผ่าตัดมีการสนทนาและการเดิน ไปมาน้อยที่สุด

พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse)

พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่เทคนิค (surgical technician: ST) ที่ได้รับการฝึกอบรมมา โดยเฉพาะทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ คุณสมบัติของผู้ส่งเครื่องมือควรมีความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงาน ได้แก่ เทคนิคที่ทำให้ปราศจากเชื้อ (aseptic technique) เพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ไม่ทำ

ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อระหว่างการผ่าตัด มีความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยา เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดและตำแหน่งที่ผ่าตัด มีความรู้เรื่องเครื่องมือผ่าตัดเพื่อการส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้อง รวมทั้งการวางแผนเตรียมอุปกรณ์ หรือเครื่องมือและอุปกรณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตามความต้องการของศัลยแพทย์ และเหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด ความรับผิดชอบของผู้ส่งเครื่องมืออยู่ในระยะระหว่างผ่าตัด คือ การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการผ่าตัดรายนั้น ๆ การเตรียมตนเองสำหรับการเป็นผู้ส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ได้แก่ การล้างมือ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด การสวมถุงมือ การจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมที่จะส่งผ่าตัด การส่งเครื่องมือให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด การนับผ้าซับ การนับเครื่องมือของมีคม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดทั้งก่อนและหลังให้ถูกต้องครบถ้วน

พยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด (registered nurse first assistant: RNFA)

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดเริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 ที่ American collage of surgeon ได้ให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผ่าตัดมือหนึ่งแทนแพทย์ระหว่างการผ่าตัด Association of operating room nurses (AORN) ได้ให้การรับรองเป็นทางเป็นทางการในปี 1984 โดยให้ RNFA เป็นผู้ชำนาญด้านพยาบาลผ่าตัด และศึกษาเพิ่มเติมพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่นี้ RNFA ทำหน้าที่เป็นศัลยแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดมือหนึ่งในขณะผ่าตัดและต้องเป็นคนละคนกับผู้ที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ หน้าที่ของRNFA ต้องดูแลบริเวณที่ทำผ่าตัด สามารถใช้เครื่องมือยึด ถัด แยก และจับเนื้อเยื่อ ช่วยห้ามเลือดและช่วยเย็บแผลร่วมกับศัลยแพทย์แต่ห้ามทำผ่าตัดเอง

ผู้จัดการ (manager)

ผู้จัดการของพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัด พยาบาลในกลุ่มนี้เรียกได้หลายชื่อขึ้นอยู่กับแต่ละสถาบัน เช่น ผู้จัดการห้องผ่าตัด ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าทีม เป็นต้น ความรับผิดชอบของพยาบาลในบทบาทผู้จัดการตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน คือ การรับผิดชอบต่อการพยาบาลในเรื่องการให้ความหมาย การชี้แนะหรือสั่งการ และการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประสานงานในห้องผ่าตัดโดยใช้ทักษะด้านการทำงานในคลินิก การบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำ ทั้งนี้รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย บุคลากร และการบริหารจัดการภายในองค์กร

นักวิชาการ (educator)

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นนักวิชาการเป็นผู้ซึ่งพัฒนาบุคลากรในห้องผ่าตัด โดยรับผิดชอบการปฐมนิเทศการจัดอบรมในหน่วยงานและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยคัดเลือกพยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์พอสมควรเพื่อวางแผนการปฐมนิเทศ หรือ การอบรมบุคลากรอื่น ๆ ในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ของห้องผ่าตัด เป็นต้น พยาบาลผู้ทำหน้าที่นี้จะเป็นผู้ให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ ปรัชญาและนโยบายของหน่วยงาน ขั้นตอนการทำงาน ความคาดหวังในบทบาท

ถึงอำนาจความสะดวกทางกายภาพ และการบริการเฉพาะของหน่วยงาน โดยต้องประเมินระดับความรู้และทักษะของบุคลากร แล้วนำมาวางแผนการปฐมนิเทศ

ผู้จัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (case manager)

พยาบาลผ่าตัดเป็นผู้จัดการเฉพาะราย เป็นบทบาทใหม่ของพยาบาลวิชาชีพ ต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญมาก มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดทั้งหมด ติดต่อกับผู้ป่วยที่บ้านก่อนผ่าตัดและให้การพยาบาลที่บ้านหลังผ่าตัด (home care) มีหน้าที่ต่างกันไปตามสถาบัน และการทำหน้าที่นี้ต้องได้รับการคัดเลือกเป็นพิเศษ

ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist : CNS)

ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เป็น advanced practice nurse (APN) มีความชำนาญเป็นพิเศษและศึกษาต่อในระดับปริญญาโท มีความชำนาญพิเศษในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับหัวใจ การเปลี่ยนอวัยวะไต และโรคมะเร็ง ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ให้คำปรึกษาและทำงานวิจัย ไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องผ่าตัดแต่ต้องติดตามดูแลผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์ที่บ้าน คลินิก สถานที่อื่นหรือโรงพยาบาล ที่มีหน่วยดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม

พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำหน้าที่หลายบทบาทดังกล่าวมาข้างต้น บทบาทเหล่านี้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งต้องให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เริ่มด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้อย่างต่อเนื่องครบถ้วน ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลจะต้องอยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพช่วยให้พยาบาลแสดงพฤติกรรมเชิงวิชาชีพอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ ความรับผิดชอบ ความสามารถ การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ การปฏิบัติเสมือนเป็นผู้แทนของผู้รับบริการและการร่วมมือประสานงานภายใต้กฎหมายวิชาชีพ (ศิริพร, 2546) เป็นสิ่งที่ท้าทายพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ซึ่งจะมีความแตกต่างไปจากอดีต ดังนั้นการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดให้ครอบคลุมและมีความชัดเจน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของสังคม

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและพยาบาลห้องผ่าตัด

การผ่าตัดใหญ่ เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งทางศัลยกรรมที่มักจะก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย แม้มีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมากมายหรือแม้แต่เป็นการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้ามาก่อนก็ตาม โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในบริเวณรอผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล กลัวการผ่าตัดมากที่สุด (นวพร, นันทา, และมรรยาท, 2551; รัศมี, 2548) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมักเกิดความวิตกกังวลจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การไม่เข้าใจพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดความกลัวต่อสิ่งที่จะต้องเผชิญขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวตาย กลัวพลัดพรากจาก ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด (มยุรสและสอเดียง, 2549; สุณีย์และนันทา, 2549) ทำให้ผู้ป่วยต้องการบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวที่เกิดขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น และผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์ผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ รวมถึงได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานและสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 34 คน และตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลห้องผ่าตัดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จำนวน 230 คน แมคคาร์วีย์และคณะ (McGarvey, Chambers, & Boore, 2004) พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดให้ความสำคัญกับการทำงานให้เสร็จโดยผู้ป่วยมีความปลอดภัย แต่ไม่ให้ความสำคัญกับการพูดคุย ปลอดภัยผู้ป่วยโดยไม่มีข้อมูลปรากฏเลยว่า พยาบาลจัดให้มีการส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดให้เร็วขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยเพื่อจะได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเลย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า พยาบาลเขียนบันทึกทางการแพทย์แทบจะเหมือนกันทุกรายซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลขาดการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่จะตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ข้อยกเว้นที่น่าสนใจในการศึกษานี้คือประการหนึ่ง คือ การแสดงบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับอิทธิพลจาก (1) แบบอย่างที่เราเห็น (role model) กล่าวคือ เห็นรุ่นพี่ทำอย่างไรก็มักจะทำอย่างนั้น (2) การได้รับแรงเสริมทางลบ (negative reinforcement) ในที่นี้ คือ การไม่ได้รับความสนใจหรือให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเมื่อเทียบกับการตรวจนับผ้าซับโลहित (swab count) และ (3) บริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัดแต่ละที่ เช่น ห้องผ่าตัดที่มีการหมุนเวียนคนทำงาน (reallocation) พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งรายโดยอยู่ อาจไม่สามารถให้การดูแลและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

มาตรฐานและการควบคุมคุณภาพงานห้องผ่าตัด

การพยาบาลผ่าตัดเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกระยะของการผ่าตัด เพื่อให้กระบวนการผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยปฏิบัติการพยาบาลอยู่ภายใต้หลักของจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีการประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างไปจากพยาบาลทั่วไป โดยประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของเกณฑ์ที่สนับสนุนมาตรฐานการพยาบาล (วิภาดา, 2551; ศิริพร, 2546) ให้บริการพยาบาลผ่าตัดที่มีคุณลักษณะเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ไร้อันตราย ซึ่งข้อผิดพลาด เกิดผลลัพธ์ที่ดี และเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ป่วย สำหรับคุณภาพการพยาบาลในระยะผ่าตัดนั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่จะต้องสังเกตและระวัง ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (นาตยา, 2546; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008)

จากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ซึ่งทีมผ่าตัดนี้ประกอบด้วย พยาบาลห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และบุคลากรผู้ช่วยอื่น ๆ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพที่จะช่วยแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม และการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างให้ความร่วมมือกันจะทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และจากขอบเขตการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้สอดคล้องกับการขยายบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ปฏิบัติ โดยพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจะสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยทุกคน โดยไม่มีอคติ ไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา อายุ ความแตกต่างทางเพศ ความเชื่อ และการเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งในการวางแผนและการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ห้องผ่าตัดแต่ละแห่งมีมาตรฐานและวิธีดำเนินการที่เป็นระเบียบปฏิบัติ ทั้ง 3 ระยะ ดังนี้ (เรณู, 2553)

1. ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดแตกต่างกันในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ในกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนจึงแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องสามารถแยกผู้ที่มีความเสี่ยงมากและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดได้ โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งมี

ระยะเวลาจำกัดพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ครบถ้วนด้วยความรวดเร็ว โดยการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีการเตรียมผู้ป่วยในวันที่ผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ในวันที่ผ่าตัด ต้องตรวจสอบและดูแลถึงต่อไปนี้

1.1 พยาบาลห้องผ่าตัดสอบถามชื่อผู้ป่วย ให้ตรงกับตารางการผ่าตัดประจำวัน และตรงกับป้ายชื่อที่ข้อมือ รายงานผู้ป่วย เลขที่รับไว้ในโรงพยาบาล วัน เดือน ปีเกิด ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา

1.2 ตรวจสอบตำแหน่งและบริเวณที่ทำผ่าตัด เพื่อให้เหมาะสมกับการจัดทำในการทำผ่าตัด

1.3 ตรวจสอบใบอนุญาตผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการเอกซเรย์ต่าง ๆ การตรวจภาพรังสีทางทรวงอก เป็นต้น ให้พร้อมก่อนผ่าตัด

1.4 ตรวจสอบประวัติการแพ้ เช่น การแพ้จากการให้เลือด การแพ้สารเคมี ยา หรือสิ่งต่าง ๆ พร้อมทั้งลงบันทึกให้ครบถ้วน

1.5 ตรวจสอบของมีค่าที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น เงิน เครื่องประดับ ฟันปลอม เครื่องรางทางศาสนาที่นับถือ แว่นตา เครื่องช่วยฟัง โดยมีการจดบันทึกและเก็บส่งคืนผู้ป่วยให้ครบถ้วน

1.6 ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำ ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกัน การสำลักจากสิ่งที่สำรอกจากกระเพาะอาหารลงหลอดลมระหว่างเริ่มดมยาสลบ

1.7 ตรวจสอบสัญญาณชีพและลักษณะการหายใจ รวมถึงบันทึกอาการสำคัญต่าง ๆ

1.8 ตรวจสอบการให้ยา สารน้ำ เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา ในระยะก่อนผ่าตัดให้เรียบร้อย

2. ระยะระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase) พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการทำผ่าตัด โดยมีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลและตรวจสอบความพร้อมทุกอย่าง ๆ อย่าง ซึ่งระยะนี้พยาบาลผ่าตัดจะทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หรือทำหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และในขณะที่ผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ดูแลบริเวณปลอดเชื้อทั้งหมด ประสานงาน และช่วยเหลือทุกคนในทีมผ่าตัดโดยคำนึงถึงเทคนิคปลอดเชื้อ ควบคุมการสัญจรในห้องผ่าตัด รวมไปถึงดูแลอุณหภูมิให้พอเหมาะ จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมในการทำผ่าตัดและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ในระยะนี้ต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ตรวจเฝ้าระวัง และควบคุมให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นโดยพิจารณาให้เหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย

3. ระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase) ในช่วงระยะหลังผ่าตัดนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถที่จะประเมินผลการดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี โดยเฉพาะรายที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ตามความรู้และความต้องการของผู้ป่วยถ้าต้องส่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือหอบผู้ป่วย และพยาบาลผู้ช่วยเหลือทีมผ่าตัดจะต้องรายงานอาการของผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัดเพื่อให้มีการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

3.1 สังเกตลักษณะการหายใจ สีผิว ผลการตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

3.2 ตรวจสอบแผลผ่าตัดเพื่อดูตำแหน่งและขนาดของบาดแผล จำนวนและชนิดของท่อระบายต่าง ๆ

3.3 ประเมินผลผิวหนังบริเวณวางแผ่นลือไฟฟ้า เพื่อประเมินการใช้ลือไฟฟ้า

3.4 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์

3.5 ประเมินอาการปวดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น ภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด เป็นต้น

3.6 จัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและเหมาะสมตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

ในการดำเนินงานพยาบาลห้องผ่าตัดในแต่ละระยะดังกล่าวให้มีคุณภาพ เป็นที่ไว้วางใจของประชาชนทั่วไป พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ซึ่งว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ดังนั้น สภากาพยาบาล (2545) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไข โดยพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 5 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม และมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชา

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติ เพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน ประเมินกระบวนการการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้ จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่องให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับ ภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและ/ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อ พัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถชี้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง อย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานบันทึก รายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กระชับ มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ได้

นอกจากนี้เนื่องจากลักษณะงานของห้องผ่าตัด มีความจำเพาะที่ต้องการพยาบาลที่มี คุณสมบัติเฉพาะกับงาน สหสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2553) จึงกำหนดมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไว้ด้วย มาตรฐานดังกล่าว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (structure standard) เป็นการกำหนดทิศทางของระบบบริการ ครอบคลุมการจัดระบบบริการ เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ ปรัชญา นโยบาย การบริหารจัดการบุคคล อาคารสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ งบประมาณ และ อื่น ๆ ที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้รับบริการผ่าตัด ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 ปรัชญาการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สะท้อนให้เห็นถึงความ เชื่อในการให้บริการพยาบาลและเอกลักษณ์ของงานบริการพยาบาลผ่าตัด

มาตรฐานที่ 2 จัดทำโครงสร้าง และหน้าที่ความรับผิดชอบของงานบริการผู้ป่วยผ่าตัด และ ของบุคลากรในหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 3 บริหารงานในรูปคณะกรรมการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ทั้ง ด้านบริการและวิชาการ

มาตรฐานที่ 4 แผนงาน/โครงการของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สอดคล้องกับแผนพัฒนางานของฝ่ายการพยาบาล

มาตรฐานที่ 5 จัดแบ่งพื้นที่ภายในหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ และถูกสุขลักษณะ

มาตรฐานที่ 6 จัดระบบการบริการพยาบาลภายในห้องผ่าตัด ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

มาตรฐานที่ 7 ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีการพัฒนาตนเองและพัฒนาด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐานที่ 8 ร่วมดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) เป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณลักษณะและสถานะของผู้ใช้บริการด้วยกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล หลักการพยาบาลองค์รวม และการพยาบาลแบบสมบูรณ์แบบ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติการ ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจต่อการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

มาตรฐานที่ 2 เอื้ออำนวยให้กระบวนการผ่าตัดถูกต้องตามเทคนิควิธี และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

มาตรฐานที่ 3 ดำเนินการเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (outcome standard) เป็นการกำหนดประเมินผลการดูแล/การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งวัดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพผู้ป่วย หรือพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการได้รับการพยาบาล ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการผ่าตัด

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาระหว่างดำเนินการผ่าตัด

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ปลอดภัยพร้อมที่จะส่งต่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพการพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่ชี้วัดถึงคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หากพยาบาลห้องผ่าตัดไม่เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ตอบสนองความต้องการหรือสภาพปัญหาของผู้ป่วย การแก้ปัญหาดังกล่าวพยาบาล

ห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มใจ และตั้งใจจริง (Roach, 2002) เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องอาศัยคุณค่าของการปฏิบัติงานที่ต้องควบคู่กับคุณค่าทางจริยธรรม ทั้งนี้ต้องมีศิลปะของการเอื้ออาทรความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรจึงเป็นพฤติกรรมที่ควรปลูกฝังให้เกิดขึ้นกับพยาบาลทุกคน ถ้าพยาบาลมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเอื้ออาทร จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ความหมายของพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร

การดูแลแบบเอื้ออาทร (caring) เป็นคำที่ใช้กันมาเป็นเวลานาน นักวิชาการ และนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านให้ความสำคัญและนับว่าเป็นหัวใจของการพยาบาลด้วย จากการวิเคราะห์แนวคิดเรื่องการดูแลแบบเอื้ออาทรมีหลากหลายมุมมอง โดยมีจุดเน้นที่แตกต่างกันซึ่งมอสและคณะ (Morse et al., อ้างตามจิรา, 2548) ได้ศึกษามุมมองและลักษณะการดูแล โดยรวบรวมจากนักวิชาการ 35 คน ซึ่งใน 25 คน มีมุมมองที่เป็นพื้นฐานจากความคิดเห็นที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปยังทฤษฎีของตัวเอง ซึ่งจากการวิเคราะห์สามารถสรุปแนวคิดของมอสและคณะ เกี่ยวกับการดูแล มี 5 คุณลักษณะ คือ

1. การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ (human trait) ซึ่งเป็นธรรมชาติที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มนุษยชาติดำรงอยู่ได้
2. การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรมจรรยา (moral imperative or ideal) เป็นพื้นฐานความคิดทางอุดมคติหรือหรือหลักทางศีลธรรมทางการพยาบาล เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความผาสุกของมนุษย์
3. การดูแลแบบเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก (affect) ที่บ่งบอกถึงความห่วงใย ให้ความสนใจเอาใจใส่ ให้การปกป้อง เป็นความรู้สึกที่เป็นสิ่งคล้อย หรือแรงกระตุ้นในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่ก่อให้เกิดความใกล้ชิดและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
4. การดูแลเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแล เพราะความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะให้การปฏิบัติการพยาบาลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การแสดงถึงการยอมรับผู้ป่วย ความผูกพัน สนใจ ห่วงใยผู้ป่วย คือ การดูแลที่มีคุณภาพที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย

5. การดูแลเป็นเรื่องการบำบัดรักษา (therapeutic intervention) การให้การพยาบาลเพื่อการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการดูแล เช่น การรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ การสอนผู้ป่วย การสัมผัส การอยู่เป็นเพื่อน ความสามารถของพยาบาล การดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

นักวิชาการในประเทศไทย ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทร สอดคล้องกับนิยามดังกล่าวข้างต้น โดยสิวลี (2553) กล่าวว่า ความเอื้ออาทรเป็นสิ่งสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความเอื้ออาทรคล้ายคลึงกับการทำให้อบอุ่นใจแต่มีความหมายลึกซึ้งกว่า ซึ่งเกิดขึ้นจากการตระหนักถึงคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ และก่อให้เกิดความปรารถนาที่ดีต่อกัน ความรู้สึกเอื้ออาทรต่อกันระหว่างบุคคลเป็นความรู้สึกที่ยากแก่การอธิบาย และการแสดงออกของความเอื้ออาทร คือ ความอ่อนโยน ความเคารพต่อการเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย ความห่วงใย การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเอื้ออาทรก่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง และอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย ส่วนฟาริดา (2541) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลโดยมีความรู้ ทักษะ ปฏิบัติการดูแล และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลควบคู่กันไป แสดงออกถึงความรักในเพื่อนมนุษย์ เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ และให้ความเคารพในสิทธิมนุษยชน ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา ปรานี ไม่ทอดทิ้งเหมือนผู้ไร้ค่า

จากนิยามดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการดูแลแบบเอื้ออาทรที่แสดงออกถึงพฤติกรรมแบบเอื้ออาทรที่เป็นคุณลักษณะประจำตัวของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งต่อมาโรช (Roach, 2002) ได้พัฒนาแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรในมิติของคุณลักษณะประจำตัวของพยาบาล โดยได้ให้ความหมายของการดูแลเอื้ออาทรไว้ว่าเป็นการดูแลเอาใจใส่ซึ่งแสดงถึงคุณลักษณะของมนุษย์เช่นกัน มนุษย์มีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อมุ่งให้บุคคลอื่นมีความเป็นอยู่ที่ดี การแสดงออกของการเอาใจใส่ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความเมตตา-กรุณา (compassion) ความสามารถ/สมรรถนะ (competence) การสร้างความเชื่อมั่น (confidence) ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม (conscience) ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (commitment) การแสดงออกอย่างเหมาะสม (comportment) สอดคล้องกับการให้ความหมายของสมจิต (2537) ที่กล่าวว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในลักษณะที่เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้รับบริการในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการใช้เครื่องมือและใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำที่แฝงไปด้วยความรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์ และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วยโดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล และเป็นการป้องกันระมัดระวังเพื่อให้มีการกระทำที่ถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และในการวิจัย

ครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทร เนื่องจากเห็นว่ามีความหมายชัดเจน ลึกซึ้ง และอธิบายได้ครอบคลุมต่อบริบททางการพยาบาลห้องผ่าตัดมากกว่าคำอื่นๆ

จากความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทรข้างต้น จึงสรุปได้ว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์ที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการกระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยแสดงออกถึงความมีเมตตา กรุณา การเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือกันทั้งทางสีหน้า ท่าทาง คำพูด การกระทำที่แสดงถึงคุณค่าเชิงบวกทางจิตใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นที่มีสัมพันธภาพ มีความเป็นมิตร ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นกันเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดร่วมกันและสามารถรับรู้ต่อกันในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วย มีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยตระหนักถึงความมีคุณค่า ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและค่านิยมของบุคคลคนนั้น

กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเอื้ออาทรเป็นคุณธรรมและจริยธรรมของมนุษย์ การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นหัวใจหรือแกนกลางของการพยาบาล ซึ่งแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรได้รับการพัฒนาจากนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษามากมาย เริ่มตั้งแต่แนวคิดการดูแลในยุคของ ฟลอเรนซ์ในดิงเกิล (Florence Nightingale) และมีการพัฒนาเรื่อยมา ซึ่งในขอบข่ายของวิชาชีพพยาบาลแนวคิดการดูแล คือ พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ความช่วยเหลือสนับสนุน แสดงความรู้สึกร่วม ความสนใจเอาใจใส่แสดงออกถึงความห่วงใยต่อสภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอื่นและเป็นการแสดงออกถึงองค์รวมของการพยาบาล (ศิริรัตน์, 2543)

จากแนวคิดทฤษฎีของการดูแลแบบเอื้ออาทรต่าง ๆ จะเห็นว่าเป็นแนวคิดในเชิงนามธรรม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นสิ่งที่แสดงถึงคุณค่าของการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่แท้จริงจึงได้แก่ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (caring behaviors) ของพยาบาล ซึ่งเมเยอร์รอฟ (Myeroff, อ้างตามเฉลิมศรี, 2550) ให้ความหมายการดูแลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจหรือเกิดความสำนึกแห่งตน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณค่า ซึ่งการพยาบาลจะเป็นลักษณะที่พยาบาลจะต้องมีความรัก เอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้ป่วย ได้กำหนดพฤติกรรมกรรมการดูแลไว้ 8 ประการ คือ

1. ความรู้ (knowledge) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ
2. ความจริงใจ (honesty) หมายถึง ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงแห่งตนที่จะให้ช่วยเหลือบุคคล

3. ความไว้วางใจ (trust) หมายถึง ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแล ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humblity) หมายถึง ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
5. ความอดทน (patience) หมายถึง ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
6. ความหวัง (hope) หมายถึง การมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
7. ความกล้าหาญ (courage) หมายถึง การปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล
8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (alternative rhythms) หมายถึง ผู้ให้การดูแลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินผลการดูแล ปรับปรุง และเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า มีทั้งบทความวิชาการและงานวิจัยที่เห็นว่าการดูแลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ต้องอยู่คู่กับการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกล่าวถึงลักษณะการดูแลพยาบาลที่พึงกระทำโดยแสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรมการดูแล ตัวอย่างบทความวิชาการ เช่น พะยอม (2539) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับสิวลี (2553) กล่าวว่า พยาบาลพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในที่นี้หมายถึงองค์ประกอบในด้านความเป็นศิลปะของวิชาชีพพยาบาลที่มีพื้นฐานอยู่บนจริยธรรม โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมการดูแลในรูปแบบต่าง ๆ สำหรับงานวิจัยที่พบว่าการดูแลของพยาบาลโดยการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่น การแสดงออกถึงการเอาใจใส่เป็นห่วงเป็นใย ให้คุณค่า และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเสริมสร้างความเป็นวิชาชีพพยาบาลให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมไปถึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับ พึ่งพอใจในการบริการ และเชื่อถือในพยาบาลวิชาชีพอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามก็ตีการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลของพยาบาลจากบทความวิชาการและงานวิจัยข้างต้น สามารถอธิบายลักษณะการดูแลของพยาบาลที่พึงมีและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่จะแสดงออกให้ผู้รับการดูแลรับรู้ได้ (ตาราง 1)

ตาราง 1

พฤติกรรมการดูแล

พฤติกรรม การดูแล	พยอม, 2539	สิวลี, 2553	Boyle, 2005	Westerling & Bergbom, 2008	Lindwall & von Post, 2008
ความรู้	√	√	√	√	√
ความจริงใจ		√	√	√	√
ความไว้วางใจ	√	√	√	√	√
ความอ่อนน้อมถ่อมตน		√		√	√
ความอดทน	√	√	√	√	√
ความหวัง			√		√
ความกล้าหาญ	√	√	√	√	√
การเลือกแนวทางในการ ช่วยเหลือบุคคล	√	√		√	√

นักทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งเป็นทฤษฎีพยาบาลต่างวัฒนธรรมในที่นี้ คือไลนินเจอร์ (Leininger, อ้างตามกุสุมา, 2545) เสนอว่าการดูแลเพื่อนมนุษย์ เป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ สำหรับการพยาบาลการดูแลเป็นหัวใจสำคัญ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการช่วยเหลือ การสนับสนุน คำจุน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถ ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการที่แสดงออก เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี นำไปสู่แนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

ไลนินเจอร์ กล่าวว่า บุคคล ครอบครัว และชุมชนอยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติดูแลมีแบบแผนในแต่ละวัฒนธรรมที่จะแตกต่างกันออกไป ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีแบบแผนเฉพาะของการปฏิบัติวิชาชีพ คือมีวัฒนธรรมเฉพาะ ซึ่งจะมีลักษณะการดูแลที่แตกต่างกันไปจากระบบการดูแลของประชาชนผู้รับบริการหรือการดูแลพื้นบ้าน การให้บริการสุขภาพที่บรรลุเป้าหมายจะต้องเป็นการดูแลที่มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมของทั้งระบบพื้นบ้าน และระบบของวิชาชีพ ซึ่งการพยาบาลจัดเป็นบริการวิชาชีพที่ประสานอยู่ระหว่างระบบบริการของวิชาชีพการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการดูแลพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการ

บรรลุปเป้าหมาย การมีสุขภาพดี และมีความพึงพอใจ จึงมีวิธีการปฏิบัติการพยาบาล 3 ประการ เพื่อให้การดูแลที่มีความกลมกลืนสอดคล้องทางวัฒนธรรมทั้ง 2 ระบบ ซึ่งได้แก่

1. การคงไว้ซึ่งแบบแผนของวัฒนธรรมพื้นบ้าน
2. การปรับเข้าหากันระหว่างแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลพื้นบ้านและวิชาชีพ
3. การปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อพัฒนาแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลขึ้นใหม่

การดูแลเป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบของการบริการมนุษย์ต่อมนุษย์ (human to human service) ซึ่งวัตสัน (Watson, อ้างตามเฉลิมศรี, 2550) กล่าวว่า คือ พฤติกรรมที่เข้าใจมนุษย์เป็นอย่างดี เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ ใ้บุคคลมีภาวะทางสุขภาพของ กายจิตและวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้การเห็นคุณค่า และการดูแลเป็นพฤติกรรมให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ใช้บริการ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ ในสถานการณ์ที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดี และเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค ซึ่งกระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันต้องอาศัยปัจจัย การดูแล 10 ประการ ได้แก่

1. สร้างระบบค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของคนอื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
2. สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและความหวัง
3. การเสริมสร้างให้มีความไวต่อความรู้สึกของตนเอง
4. พัฒนาความไว้วางใจ เพื่อเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์
5. ส่งเสริมและยอมรับการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ทั้งทางบวกและทางลบ
6. ใช้กระบวนการดูแลในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ
7. ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้เข้าถึงบุคคลในการปฏิบัติการพยาบาล
8. สนับสนุน ปกป้อง และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ จิต สังคม และจิตวิญญาณ
9. ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์
10. ยอมรับความเชื่อ จิตวิญญาณ และโลกทัศน์ของแต่ละบุคคล

การดูแลเอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ปกป้อง คุ้มครอง สนับสนุน ส่งเสริม และให้กำลังใจจัดกระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบ และมีพันธะสัญญาต่อบุคคลอื่น โดยตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร 5 ด้าน ได้แก่ (Swanson, อ้างตามพิศสมัยและศรีเวียงแก้ว, 2551)

1. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) เป็นพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลมีความเข้าใจในเหตุการณ์ขณะที่เป็นอยู่ ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมี

การประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียด รอบคอบและครอบคลุม ยอมรับความแตกต่างของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน และมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) เป็นพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลมีความห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ ร่วมรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย และไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของพยาบาล

3. การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ (doing for) เป็นการช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุม และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการเคารพในคุณค่า เกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูล และเสนอทางเลือกที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่งขึ้น และให้ข้อมูลป้อนกลับในทางสร้างสรรค์และเป็นจริงเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

5. การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining belief) เป็นพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา และความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่ โดยการให้มุมมองทางบวกและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดีตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีความหวังและมีความสุข สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีความหมาย ทั้งนี้พยาบาลต้องเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ถึงแม้บางครั้งความเชื่อและความศรัทธาอาจแตกต่างกับผู้ป่วย

โรช (Roach, 2002) ปราชญ์ทางการพยาบาลชาวแคนาดาศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและพัฒนาทฤษฎีฐานราก (grounded theory) เกี่ยวกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้อธิบายว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นคุณลักษณะที่อยู่ในวิถีของความเป็นมนุษย์ (human mode of being) และมีความจำเป็นต่อการพัฒนาการของมนุษย์ โดยมนุษย์จะมีความสามารถในการดูแลซึ่งกันและกัน วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพของผู้ที่มีความสามารถในดูแลบุคคลอื่น และบทบาทหน้าที่นี้มีการดูแลเป็นหัวใจหลัก โดยแสดงออกเป็นรูปธรรม คือ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลแบบเอื้ออาทร โรชได้กำหนดคำสำคัญในการดูแลไว้โดยเน้นหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในชีวิต กล่าวถึงคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ที่จะสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทร ไว้ 6 ลักษณะ และเรียกคุณลักษณะเหล่านี้ย่อๆว่า 6 C's ประกอบด้วย

1. ความเมตตา-กรุณา (compassion) เป็นคุณสมบัติที่สะท้อนถึงความตระหนักรู้ของบุคคลที่สิ่งมีชีวิตพึ่งมีต่อเพื่อนมนุษย์และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าถึงและมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนในเวลาที่มีผู้อื่นมีความสุข เสียใจ เจ็บปวด หรือประสบความสำเร็จ ความเมตตา-กรุณานี้แสดงออกได้โดย “การอยู่เป็นเพื่อน” อย่าง “ตั้งใจจริง” เป็นคุณสมบัติประจำตัว ไม่สามารถจัดหาหรือคำนวณเป็นตัวเลขได้

2. ความสามารถ/สมรรถนะ (competence) เป็นสถานะที่บุคคลมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจ ทักษะ พลัง ประสิทธิภาพ และแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้บรรลุความต้องการที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ สถานะดังกล่าวช่วยให้บุคคลสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทรสามารถแก้ไขปัญหาและให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

3. การสร้างความเชื่อมั่น (confidence) เป็นคุณสมบัติที่แสดงความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลในการส่งเสริมความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้ป่วย โดยการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสนับสนุนสัมพันธภาพ การสื่อสาร ให้ข้อมูล การให้ความหวังและให้กำลังใจกับผู้ป่วย

4. ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม (conscience) เป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงการดูแลอย่างมีศีลธรรมโดยคำนึงถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรมของผู้ป่วย ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

5. ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (commitment) เป็นคุณสมบัติที่มีการดูแลโดยแสดงออกถึงการกระทำตามบทบาท ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ตั้งใจ

6. การแสดงออกอย่างเหมาะสม (comportment) เป็นคุณสมบัติที่มีโดยการแต่งกายถูกต้องตามระเบียบ สะอาด เรียบร้อย กิริยาสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน ใช้คำสุภาพ เป็นเอกลักษณ์ที่ดีที่แสดงออกถึงการตั้งใจดูแล ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแล

การปฏิบัติการพยาบาลและการบริการผ่าตัดที่มีคุณภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลและตรงตามความต้องการของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรโดยแสดงออกถึงความเมตตา กรุณา การเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือกันทั้งทางสีหน้า ท่าทาง คำพูด การกระทำที่แสดงถึงคุณค่าเชิงบวกทางจิตใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นที่มีสัมพันธภาพ มีความเป็นมิตร สามารถให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ คุ้นเคย เป็นกันเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดร่วมกันและสามารถรับรู้ต่อกันในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการของห้องผ่าตัดในภาพรวมและสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลแบบ

เอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด เกี่ยวกับ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ตลอดจน บุคลิกลักษณะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการกระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยแสดงออกถึงความมีเมตตา กรุณา การเอาใจใส่ดูแล ซึ่งสามารถแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง คำพูด เป็นการกระทำที่แสดงถึงคุณค่าเชิงบวกทางจิตใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า มีปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคลซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเป็นสาเหตุภายในที่ผลักดันให้บุคคลแต่ละบุคคลมีพฤติกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน และปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร และความมั่นคงทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึงเงื่อนไขของเหตุการณ์หรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมนอกตัวบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ บรรยากาศองค์กร ในที่นี้คือบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาวิจัย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพดังจะเห็นได้จากการศึกษาของอารีญา (2552) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ พบว่า พยาบาลกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กลุ่มอายุ 41 ปี ขึ้นไป มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มอายุ 20-30 ปี แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิญญาและวิภาพร (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .16$) แสดงว่าคนที่มีอายุมากกว่าย่อมจะมีประสบการณ์มากกว่าคนที่อายุน้อย ดังนั้นพยาบาล

วิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีอายุมากกว่าจึงเป็นผู้ที่มีทักษะในการปฏิบัติงานสูงและสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีอายุน้อยกว่า

จากงานวิจัยข้างต้น พบว่า อายุ มีการสนับสนุนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลแต่ลักษณะความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ แสดงถึงพยาบาลที่มีอายุมากจะมีการรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรเป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่มีใช้เพียงแต่ความรู้เท่านั้นถึงจะทำให้พยาบาลสามารถอธิบายได้ถึงสภาพและลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ต้องมาจากการตระหนักรู้ตนเอง ความเข้าใจในธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ความสำคัญของการดูแลที่มีความเมตตา ความเอื้ออาทรต่อกัน จึงก่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลต่อผู้ป่วยได้อย่างองค์รวม

ระดับการศึกษา

จากการจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาวิจัย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ วิชญญาและวิภาพร (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 284 คน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .14$) แสดงว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล สอดคล้องกับการศึกษาของอิชญาและนงนุช (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ($N = 128$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ($M = 175.12, SD = 19.47$) สูงกว่าพยาบาลเทคนิค ($N = 64$) ($M = 167.69, SD = 15.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของปราณีและวราภรณ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กทั่วไปและหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติจำนวน 70 คน พบว่า ระดับการศึกษาในพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า รวมทั้งเป็นพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาโทมีจำนวนน้อย ซึ่งไม่เพียงพอในการอธิบายผลของการศึกษาได้ อีกทั้งรูปแบบการเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต มีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความเป็นองค์รวม เน้นการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นสำคัญในการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายระหว่างพยาบาลในทีมที่ให้การดูแลมากขึ้น

จากงานวิจัยข้างต้น พบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาไม่ได้มีทิศทางเดียวกันมี ทั้งลักษณะความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลก่อนข้างต่ำจนถึงไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งระดับ การศึกษาอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลในความเป็น วิชาชีพได้เช่นกัน

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลเนื่องจากประสบการณ์ในการ ปฏิบัติงาน (Brunton & Beaman, 2000) จะทำให้เกิดความชำนาญ สามารถนำความคิดรวบยอดที่เคย ได้รับจากประสบการณ์ต่างๆ มาใช้ในการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหา และ ดำเนินการแก้ไขปัญหา ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย อาจทำให้ขาดความเชื่อมั่นใน ตัวเอง และมักจะขาดความเข้าใจในสภาพการปฏิบัติงานทั้งด้านความรู้ ทักษะ ซึ่งส่งผลต่อการ แสดงพฤติกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาวิจัย พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษา ของปิยาภรณ์และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรคุณลักษณะที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่กับ พฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p > .05$) ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีประสบการณ์การทำงานสูงกว่า 5 ปี มีอายุเฉลี่ย 31.58 ปี ดังนั้นประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้นทำให้เกิดพฤติกรรมบริการจากการเรียนรู้ในการปฏิบัติงาน เกิดการฝึกฝนทักษะในการให้บริการตลอดเวลา มีผลให้มีการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา (2552) ซึ่งศึกษาพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ พบว่ากลุ่มที่มี ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มี ประสบการณ์การทำงาน 31-40 ปี มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่า กลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงาน 2-10 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของวิภูญญาและวิภาพร (2555) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .20$) กับการ ปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีการปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่แตกต่างกันได้ ผู้ที่มี

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย อาจทำให้ขาดความรู้ ประสบการณ์และทักษะทางด้านการปฏิบัติ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพพลดลง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ การปฏิบัติงานมากกว่าจึงมีการปฏิบัติงานโดยแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่าผู้ที่มี ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่น้อยกว่า

การศึกษาจากต่างประเทศก็พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพเช่นเดียวกัน Brunton & Beaman (Brunton & Beaman, 2000) สำรวจความคิดเห็นของพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 200 คน ในรัฐอิลลินอยส์ ประเทศ สหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทรของตนเอง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมความเอื้อ อาทร (Caring Behavior Inventory: CBI) ของวูล์ฟและคณะ (Wolf et al., as cited in Brunton & Beaman, 2000) ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ ตนเองในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ยรายด้านระหว่าง 5.76-5.86 (คะแนนเต็ม 6) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเอื้ออาทร ($p < .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลา ปฏิบัติงานนาน มีการรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทร โดยเฉพาะในเรื่องสัมพันธภาพทางบวกกับ ผู้ป่วย

ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของปราณีและวารภรณ์ (2554) ซึ่งศึกษา พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานของ พยาบาลที่ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมากกว่ามีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย โดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากวิชาชีพพยาบาลได้รับการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม สร้าง จิตสำนึกในการดูแลให้เป็นผู้ที่มีจิตเมตตา รักและเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ จึงให้ความสำคัญและ เข้าใจถึงความต้องการโดยสามารถให้การดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายได้

จากงานวิจัยข้างต้น พบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงาน ไม่ได้มี ทิศทางเดียวกันมีทั้งลักษณะความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลระดับต่ำจนถึงไม่มีความสัมพันธ์ กัน ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการแสดงออกถึง พฤติกรรมการดูแลในความเป็นวิชาชีพได้เช่นกันและควรนำมาศึกษาซ้ำ

การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

การได้รับอบรมถือเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และเป็นวิธี การเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการอบรมที่ เกี่ยวข้องกับการดูแล นอกจากจะช่วยให้มีข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแลส่งผลให้ พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพแล้วนั้น ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ครอบคลุมถึงด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาวิจัย พบว่า การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพต้งจะเห็นได้จาก การศึกษาของวิริยาภรณ์และคณะ (2546) ศึกษาผลการใช้กรณีศึกษาในการสอนทางคลินิกที่มีต่อ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล หลังการสอนในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งความตั้งใจกระทำ พฤติกรรมจริยธรรมที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองนั้นเป็นผลจากการเรียนรู้จากการสอน โดยใช้ กรณีศึกษาการเรียนรู้อาจเกิดกับผู้เรียนได้จะต้องมีการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ สีหน้าแววตา ถ้อยคำ การกล่าวโต้ตอบโดยไม่ขัดเคืองอารมณ์ การแสดงอาการรับรู้ทันต่อบรรยากาศและสถานการณ์แวดล้อม เป็นต้น ซึ่งการศึกษาพยาบาลนั้นจำเป็นต้องผลิตพยาบาลให้มีความรู้ และจริยธรรมให้ควบคู่กันไป คุณภาพการพยาบาลต้องอาศัยความมีคุณธรรมซึ่งวิชาชีพที่ต้องการฝึกฝน อบรม ด้านคุณธรรมมีความสำคัญมากเป็นพิเศษ ทั้งนี้เพราะเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวกับความเจ็บและความตายของมนุษย์ ในการปฏิบัติกรพยาบาลนั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยเคารพในชีวิตผู้ป่วย

ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของวิญญาและวิภาพร (2555) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประสพการณ์การได้รับความรู้/การอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ไม่มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสพการณ์การได้รับความรู้/การอบรมมีระยะเวลาเพียง 1 วัน เฉลี่ย 1.6 วัน/คน/ปี เป็นระยะเวลา ที่น้อยมาก หัวข้อการอบรมไม่ครอบคลุมตามบทบาท ขาดความชัดเจนในการถ่ายทอดความรู้ และขาด การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานภายหลังผ่านกรได้รับความรู้/การอบรม ทำให้การได้รับความรู้/อบรมอาจไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ และสอดคล้องกับ การศึกษาของเดือนใจ (2548) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

จากงานวิจัยข้างต้น พบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ไม่ได้มีทิศทางเดียวกันมีทั้งลักษณะความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลถึงไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคล มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลในความเป็นวิชาชีพได้เช่นกัน

ความมั่นคงทางอารมณ์

ความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นภาวะที่บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ และสะกดกั้นอารมณ์ของตนให้อยู่ในสภาพปกติ 'ไม่หวั่นไหว' เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งรบกวนความสงบสุขของอารมณ์ สามารถปรับตัวและปรับอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (วินัส, 2549) การที่ลักษณะการปฏิบัติงานของห้องผ่าตัดที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น ลักษณะงานที่รีบเร่งและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักในทุกๆระยะของการผ่าตัด เป็นงานที่ต้องใช้ความรับผิดชอบสูง (ครุณศรี, 2542; สุชาติและวาสนี, 2552) อาจส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความเครียดที่จะต้องมีความรับผิดชอบสูงโดยแสดงออกทางอารมณ์แตกต่างกันได้

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาวิจัย พบว่า ความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะของบุคคลที่จะสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของประเทศไทย ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลโดยตรง แต่จากการศึกษาของอัญชลี (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน ความฉลาดทางจริยธรรมกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ จำนวน 322 คน พบว่า คุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .60, p < .05$) กล่าวได้ว่า พยาบาลต้องมึอารมณ์ที่มั่นคง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในระดับดี จึงจะสามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ดี ทั้งนี้เพราะคุณลักษณะของงานห้องผ่าตัดมีเอกลักษณ์เฉพาะที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่น มีความหลากหลาย หากพยาบาลห้องผ่าตัดเข้าใจและให้ความตระหนักถึงความสำคัญของคุณลักษณะของงานแล้วนั้น จะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีด้วยเช่นกัน อีกทั้งมีรายงานสนับสนุนว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของพยาบาล โดย เต็งและคณะ (Teng et al., 2009) พบว่าพยาบาลที่มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ต่ำมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย ($\beta = .19, t = 2.89, p < .05$) โดยตัวแปรความปลอดภัยของผู้ป่วย ถูกวัดมา โดยการสอบถามพยาบาลว่าในรอบปีที่ผ่านมา เกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงอันตรายบ่อยเพียงใด (ผู้วิจัยไม่ได้ระบุว่าเหตุการณ์ใดบ้าง) ผลการศึกษานี้แม้ว่าความมั่นคงทางด้านอารมณ์จะมีอำนาจในการทำนายไม่สูงมากนัก คือ ร้อยละ 3 ในทางปฏิบัติหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานห้องผ่าตัดย่อมไม่ต้องการให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงอันตรายเกิดขึ้นเลยแม้เพียงครั้งเดียว

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ดังกล่าวข้างต้นอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความคิดเห็นและพฤติกรรมที่

แตกต่างกัน การมีอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเพิ่มมากขึ้น เช่นกัน การมีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่มากขึ้นก็ทำให้พร้อมที่จะเผชิญปัญหา สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาได้รวดเร็วและเหมาะสม หากมีระดับการศึกษาที่สูงก็มีการคิดวิเคราะห์พิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและเป็นระบบมากขึ้น พร้อมทั้งมีการแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ อีกทั้งเมื่อได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลก็จะยิ่งเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยแสดงออก ถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งการมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียดจากการทำงานในห้องผ่าตัด และส่งผล ถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเช่นกัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าผลการวิจัย ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนทั้งหมดถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแล แบบเอื้ออาทร จึงควรนำปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวศึกษาซ้ำในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งน่าจะเป็น ปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริม ให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด

บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดในที่นี้ เป็นการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับบรรยากาศ ขณะทำงานในห้องผ่าตัด ซึ่งบรรยากาศองค์กรที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติงานและการตัดสินใจที่ดีมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและการปฏิบัติงานในองค์กร อีกทั้งมีส่วนในการกำหนด พฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์กร (Litwin & Stringer, 1968) และบรรยากาศองค์กรเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของสมาชิกภายในองค์กร บรรยากาศ องค์กรที่ดีจะส่งผลในเชิงบวกต่อแรงจูงใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงานและพฤติกรรมการทำงาน (มีนา, 2551; รงรอง, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานงานวิจัยคาดการณ์ความสัมพันธ์ระหว่าง บรรยากาศองค์กรและพฤติกรรมการทำงานของคนในองค์กร โดยมีการศึกษาของเดือนใจ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า บรรยากาศ องค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .32$) และการศึกษาจากต่างประเทศ ก็พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเช่นเดียวกัน มาโนจโลวิช (Manojlovich, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ โครงสร้างองค์กรที่เสริมสร้างพลังอำนาจ (structural empowerment) และการรับรู้สมรรถนะ

การปฏิบัติงานของพยาบาล โดยการส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 500 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 364 ชุด แต่ที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมี 251 ชุด ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างองค์กรที่เสริมสร้างพลังอำนาจ มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลไม่มีอิทธิพลโดยตรง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านองค์กร มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูลเทล (Sleutel, 2000) ศึกษาปัจจัยด้านองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาล พบว่าบรรยากาศองค์กรมีอิทธิพลต่อการกระทำและพฤติกรรมของบุคคลในองค์กร ซึ่งบรรยากาศองค์กรนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของบุคคลในองค์กร เกี่ยวกับนโยบาย วิถีปฏิบัติ และขั้นตอนไปสู่การบรรลุเป้าหมายในองค์กร

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร บรรยากาศเอื้ออาทรขององค์กรต่าง ๆ และความมั่นคงทางอารมณ์ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำมาใช้ต่อยอดในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีดังนี้

1. บรรยากาศเอื้ออาทร จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยไม่พบเครื่องมือที่ใช้วัดบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดโดยตรง แต่มีรายงานการสร้างแบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรขององค์กรของฮิวจ์ส (Hughes, 2009) เพื่อใช้ในสถาบันการศึกษาพยาบาล โดยฮิวจ์สเชื่อว่าการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีพฤติกรรมความเอื้ออาทรนั้น นักศึกษาต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือองค์กรการเรียนรู้ที่มีความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ถ้าบุคคลใดไม่ได้รับความเอื้ออาทรก็ยากที่บุคคลนั้นจะแสดงความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับการศึกษาทางการพยาบาล หากนักศึกษาพยาบาลไม่ได้รับความเอื้ออาทรจากอาจารย์พยาบาล นักศึกษาก็ไม่อาจแสดงความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า “อาจารย์พยาบาล” ในฐานะผู้ใกล้ชิดกับนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการเป็นแม่แบบที่ดีและสามารถปลูกฝังพฤติกรรมเอื้ออาทรให้กับนักศึกษาในระหว่างที่นักศึกษาอยู่ในความรับผิดชอบของตนเองได้

ฮิวจ์สเสนอแนวความคิดนี้เพื่อใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล โดยฮิวจ์สใช้แนวคิดของนอดดิงส์ ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญกับการออกแบบหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาศีลธรรม จรรยาแก่นักเรียนและนักศึกษาในระดับวิทยาลัย-มหาวิทยาลัย ฮิวจ์สเชื่อว่า

การที่ผู้เรียน คือนักศึกษาพยาบาลจะมีพฤติกรรมความเอื้ออาทรได้นั้น เขาจะต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือองค์การการเรียนรู้ที่มีความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล โดยสิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีลักษณะบรรยากาศ 4 แบบคือ การเป็นแม่แบบ (modeling) การสนทนา (dialogue) การปฏิบัติ (practice) และการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ (confirmation) การเป็นแม่แบบในความหมายของฮิวจ์ส คือ บรรยากาศที่อาจารย์พยาบาลมีพฤติกรรมที่สามารถเป็นแม่แบบในการจัดเวลาพฤติกรรมของนักศึกษา การสนทนา หมายถึง บรรยากาศการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างอาจารย์และนักศึกษา การปฏิบัติ คือ ประสบการณ์ตรงที่นักศึกษาพบระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน และการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ เป็นบรรยากาศที่อาจารย์แสดงบทบาทเป็นผู้สร้างความมั่นใจให้นักศึกษาเห็นศักยภาพของตนเองและรู้สึกภาคภูมิใจที่จะเป็นพยาบาลที่ดีต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยจึงปรับใช้แนวความคิดของฮิวจ์ส แต่เปลี่ยนมุมมองจากองค์กรที่เป็นสถาบันการศึกษา มาเป็นมุมมองขององค์กรฝ่ายบริการ ในที่นี้คือ ฝ่ายงานห้องผ่าตัดซึ่งมีผู้บริหารงานในห้องผ่าตัดทุกระดับ รวมถึงพยาบาลอาวุโส เทียบได้กับอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา และพยาบาลห้องผ่าตัด เทียบได้กับนักศึกษาพยาบาล

ฮิวจ์สพัฒนาเครื่องมือวัดบรรยากาศองค์กรที่เอื้ออาทร (Organizational Climate for Caring: OCCQ) ขึ้นโดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล 10 คน จากโรงเรียนพยาบาล 5 แห่ง โดยให้นักศึกษาเล่าถึงบรรยากาศที่เกิดขึ้นขณะที่นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์พยาบาล โดยฮิวจ์ส ได้นำแนวความคิดของนอดดิงส์ (Noddings, as cited in Hughes, 2009) เกี่ยวกับความเอื้ออาทรในด้านการจัดการศึกษามาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม OCCQ ประกอบด้วย บรรยากาศด้านการมีแม่แบบ 14 ข้อ ซึ่งเน้นพฤติกรรมที่อาจารย์พยาบาลสามารถเป็นแม่แบบ ในการจัดเวลาพฤติกรรมของนักศึกษา บรรยากาศการสนทนา 9 ข้อ เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างอาจารย์และนักศึกษา บรรยากาศด้านการปฏิบัติ 9 ข้อ เป็นประสบการณ์ตรงที่นักศึกษาพบระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน และบรรยากาศด้านการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ 7 ข้อ เป็นบรรยากาศที่อาจารย์แสดงบทบาทเป็นผู้สร้างความมั่นใจให้นักศึกษาเห็นศักยภาพของตนเอง และรู้สึกภาคภูมิใจที่จะเป็นพยาบาลที่ดีต่อไปในอนาคต รวมจำนวนทั้งหมด 39 ข้อ

เครื่องมือ OCCQ นี้ใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามแต่ละข้อตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 853 คนจากสถาบันการศึกษาพยาบาล 87 แห่ง พบว่ามีความสอดคล้องภายใน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ .88 ถึง .92

2. ความมั่นคงทางอารมณ์โดยเต็งและคณะ (Teng et al., 2009) พัฒนาแบบวัดความมั่นคงทางอารมณ์มาจาก Mini-Marker (Saucier as cited in Teng et al., 2009) โดยเต็งและคณะเชื่อว่าบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์จะสามารถควบคุมการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ได้ดีเมื่ออยู่ในสถานการณ์เครียด และประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาในการจัดการความพลอดคภัยให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงว่าความมั่นคงทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบริบทต่าง ๆ และส่งผลต่อความพลอดคภัยของผู้ป่วยเช่นกัน

เต็งและคณะได้พัฒนาแบบวัดความมั่นคงทางอารมณ์จากแนวความคิดของซัวเซอร์ (Saucier, 1994) มาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คำถามมีความหมายในทางลบ ใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามแต่ละข้อตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7 คะแนน) ซึ่งเต็งและคณะได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ศึกษา 2 ครั้งพบว่ามีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ครอนบาชอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) .87 และ .84 ตามลำดับ และได้มีการนำเครื่องมือนี้ใช้ในประเทศจีน

3. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยไม่พบเครื่องมือที่ใช้วัดบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดโดยตรง แต่มีรายงานการสร้างแบบสอบถามวัดพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) และใช้แนวคิดคุณลักษณะ 6 C's ตามแนวคิดของโรช (Roach, 2002) เช่นกัน ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ ดังนี้ ความเมตตา-กรุณา ความสามารถ/สมรรถนะ การสร้างความเชื่อมั่น ความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล และการแสดงออกอย่างเหมาะสม

พรหมพาหกุล (Prompahakul, 2011) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจากแนวความคิดของโรช (Roach, 2002) มาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ ใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามแต่ละข้อตั้งแต่ ไม่เคย (0 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (3 คะแนน) ซึ่งพรหมพาหกุลได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า มีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ครอนบาชอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) .93 และได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้จริง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นลักษณะงานที่เร่งด่วนยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งอาจเกิดปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถและความชำนาญทางเทคนิคเฉพาะด้านทั้งการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ การผ่าตัดซึ่งแตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ยังรวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด แม้จะเป็นการดูแลในช่วงเวลาสั้น ๆ แต่เป็นช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตของผู้ป่วย การแสดงออกถึงพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความมั่นใจในการรักษา

การที่บุคคลจะแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรได้มากน้อยเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร และความมั่นคงทางอารมณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยข้างต้น ซึ่งลักษณะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่แตกต่างจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอื่น มีโอกาสทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลที่แตกต่างกันออกไปได้ ดังนั้นหากพยาบาลห้องผ่าตัดมีคุณลักษณะที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรทุกระยะของการผ่าตัด จะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีโดยรวมต่อผู้ป่วย ความเชื่อถือ ความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีให้ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยทุกระยะของการผ่าตัด เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาล โดยแสดงออกให้เห็นถึงการเอาใจใส่และปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในคุณภาพการพยาบาลและพึงพอใจในการบริการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ช่วยเหลือรอบนอกในขณะทำผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ช่วยเหลือรอบนอกในขณะทำผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง คือ จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดย กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 วัน
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ได้จากการกำหนดระดับความคลาดเคลื่อน (α) = .05 ประมาณความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างในระดับต่ำ (effect size) = .20 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดต่ำในการหาความสัมพันธ์ในวิจัยทางการแพทย์ โดยพิจารณาจากผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าตัวแปรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวแปรที่จะศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ลักษณะความสัมพันธ์ คือ ไม่มีความสัมพันธ์กันจนถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ได้แก่ อายุและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($p < .05$) ($r = .16$, $r = .14$ ตามลำดับ) (วิญญาและวิภาพร, 2555) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p = .00$) (ปิยาภรณ์และคณะ, 2554) การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (วิริยาภรณ์และคณะ, 2554) ความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล ($\beta = .19$, $t = 2.89$, $p < .05$) (Teng et al., 2009) บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32$, $p = .00$) (เดือนใจ, 2548) จากนั้นนำค่าที่ได้เปิดตารางเพื่อประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อให้ได้กำลังการทดสอบ (power) $1 - \beta = .80$ พบว่าจากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 194 คน (Polit & Beck, 2012)

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออกไปยังกลุ่มประชากรทั้งหมด 231 คน และพยายามติดตามแบบสอบถามกลับคืน โดยได้รับกลับคืนมาทั้งสิ้น 202 คน (คิดเป็นร้อยละ 87.45) แต่เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจึงตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์นั้นออก 2 คน (คิดเป็นร้อยละ 0.87) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ เท่ากับ 200 คน (คิดเป็นร้อยละ 86.58)

สถานที่ศึกษา

บริบทของสถานที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นหน่วยงานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมจำนวน 5 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ ที่ให้บริการตรวจและรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม โดยทีมผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และพยาบาลที่มีคุณสมบัติเฉพาะกับงานผ่าตัดโดยปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยเช่นเดียวกัน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นตั้งแต่ระยะรอผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยมาถึงหน้าห้องผ่าตัดย่อย ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะมาประเมินด้วยการพูดคุย ชักถาม สังเกตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบใบอนุญาตผ่าตัด การเปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อเตรียมการผ่าตัด และการยืนยันการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับชนิดการผ่าตัด บริเวณที่จะทำผ่าตัด และระยะผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ยาพยาบาลห้องผ่าตัดหรือเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด นำผู้ป่วยเข้าภายในห้องผ่าตัดย่อย และมีการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดร่วมกับทีมวิสัญญี และทีมศัลยแพทย์ รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการผ่าตัดบทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) บทบาทพยาบาลรอบนอก (circulating nurse) ตลอดจนกระทั่งมีการประเมินผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเสร็จสิ้น เช่น ดูผลจากการจัดทำผ่าตัด จากลักษณะผิวหนังที่ถูกกดทับเป็นเวลานาน ในขณะที่ผ่าตัด ตรวจสอบอันตรายจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า นอกจากกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแล้วนั้นยังมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลใกล้เคียงในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งเป็นแหล่งฝึกของบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยวิธีผ่าตัดมีจำนวนสูงขึ้นตามสภาวะการณ์ ทำให้มีภาระงานที่หนักและงานสิ้นมือ ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด อย่างไรก็ตามพยาบาลห้องผ่าตัดก็ยังคงความรับผิดชอบต่อในการดูแลรักษาพยาบาลให้มีมาตรฐานและคุณภาพ ปลอดภัย และเชื่อถือได้ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด นอกจากบริบทของสถานที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ที่มีความคล้ายคลึงกันแล้ว ผู้วิจัยสามารถเดินทางเก็บข้อมูลวิจัยด้วยตนเองได้สะดวกอีกด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม เรื่อง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

มีลักษณะเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ (check list) และเป็นคำถามชนิดปลายเปิด โดยให้เติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์

ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดความมั่นคงทางอารมณ์ ที่พัฒนามาจาก Mini-Marker (Saucier, as cited in Teng et al., 2009) จำนวน 5 ข้อ และนำมาสร้างแบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ เพื่อประเมินระดับความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในช่วงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งเป็นคำถามให้เลือกตอบโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษา หลังจากที่ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามจาก Mini-Marker (Saucier as cited in Teng et al., 2009) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม และผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ทุกคำถามมีความหมายในทางลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ โดยกำหนดความหมาย ดังนี้

7 หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง
6 หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยปานกลาง
5 หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยเล็กน้อย
4 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
3 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยปานกลาง
2 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วย
1 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนนความมั่นคงทางอารมณ์โดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้จากการนำคะแนนความคิดเห็นของความมั่นคงทางอารมณ์ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำมาจัดอันดับโดยวิธีการหาอันดับรangs โดยพิจารณาแบ่งระดับความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับ สูง
ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01-5.00 คะแนน หมายถึง มีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 5.01-7.00 คะแนน หมายถึง มีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด

แบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยปรับปรุงใหม่จากแบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรขององค์กรของฮิวจ์ส (Hughes, 2009) ซึ่งได้นำมาใช้กับบรรยากาศองค์กร คือ สถาบันการศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงปรับข้อความใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัดแต่ยังคงแบ่งคุณลักษณะบรรยากาศองค์กรออกเป็น 4 แบบ คือ การเป็นแม่แบบ การสนทนา การปฏิบัติ และการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ เพื่อประเมินการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเดิมแบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรขององค์กรของฮิวจ์ส มีข้อความทั้งหมด 39 ข้อ แต่เนื่องจากข้อความมีลักษณะเหมือนกันด้านการสนทนา

จำนวน 1 ข้อ ด้านการปฏิบัติ จำนวน 2 ข้อ และการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยจึงปรับแบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด จึงมีข้อคำถาม 35 ข้อ มีขั้นตอนดังนี้

1. อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษา หลังจากที่ผู้วิจัยแปลจากแบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรขององค์กรของฮิวส์ (Hughes, 2009) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม และผู้วิจัยปรับแก้ไขตามคำแนะนำ

แบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดแบบเลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 1-6 โดยกำหนดความหมาย ดังนี้

6 หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง
5 หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยปานกลาง
4 หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยเล็กน้อย
3 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
2 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยปานกลาง
1 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนนบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้จากการนำคะแนนความคิดเห็นของบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำมาจัดอันดับโดยวิธีการหาอันดับจากชั้นเช่นกัน โดยพิจารณาแบ่งระดับบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-6 ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.66 คะแนน หมายถึง มีบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.67-4.33 คะแนน หมายถึง มีบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.34-6.00 คะแนน หมายถึง มีบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้รูปแบบการเลือกตอบเหมือนของพรหมพาทกุล (Prompahakul, 2011) ซึ่งใช้วัดพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และใช้แนวคิดคุณลักษณะ 6 C's ตามแนวคิดของโรช (Roach, 2002) เช่นกัน ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ ดังนี้ ความเมตตา-กรุณา ความสามารถ/สมรรถนะ การสร้างความเชื่อมั่น ความยึดมั่นในคุณธรรม-

จริยธรรม ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล และการแสดงออกอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยสร้างข้อคำถาม โดยใช้ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เข้ากับบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบเลือกตอบ มีข้อคำถาม 41 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 0-3 โดยกำหนดความหมาย ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ
- 1 หมายถึง มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง
- 2 หมายถึง มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บ่อย
- 3 หมายถึง มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้ง

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้จากการนำคะแนนพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำมาจัดอันดับโดยวิธีการหาอันดับจากชั้น โดยพิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งอยู่ระหว่าง 0-3 ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในแบบสอบถาม เรื่อง ข้อมูลส่วนบุคคล ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด และพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ตามลำดับ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลและจริยศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน วิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ครอบคลุม เหมาะสม และ

ชัดเจนของคำถาม จากนั้นนำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ภายใต้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อคำถามและหาความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในเครื่องมือส่วนที่ 2, 3 และ 4 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ซึ่งไม่น้อยกว่า .70 (บุญใจ, 2553) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามใหม่ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ซึ่งจากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74, .90 และ .94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล พร้อมทั้งสำเนาถึงกลุ่มการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ติดต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ติดต่อขอชื่อผู้ประสานงาน และรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนพยาบาลห้องผ่าตัดพร้อมรายชื่อที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน

1.3 ผู้วิจัยพบหัวหน้าห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขอความร่วมมือในการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากพยาบาลห้องผ่าตัด

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการแจกแบบสอบถาม การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ ถึงผู้ประสานงาน โดยผ่านกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล โดยส่งทางไปรษณีย์

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ประสานงานแจกแบบสอบถาม ซึ่งแบบแบบพิกษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และกำหนดเวลาในการเก็บแบบสอบถามประมาณ 1 สัปดาห์

2.3 ผู้ประสานงาน เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มการพยาบาล และตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้น และส่งกลับให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

2.4 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดเป็นทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ช่วยเหลือรอบนอก ในขณะที่ทำผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. จัดทำหนังสือพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยความสมัครใจ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อย่างอิสระ โดยทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง จากเบอร์โทรศัพท์ที่ได้แนบไว้ในใบพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบในแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อตัวบุคคลหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ แปลผลในภาพรวม และใช้ประโยชน์เฉพาะงานวิจัยเท่านั้น (ภาคผนวก ก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด วิเคราะห์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) เนื่องจากชุดข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และทำการทดสอบสมมติฐานแบบ 2 ทาง (two-tailed test) ทั้งนี้ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิงตัวแปรที่ใช้หาความสัมพันธ์เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด) ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนด้วยวิธีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (normality) และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) หากภายหลังชุดข้อมูลของตัวแปรดังกล่าวคู่ใดไม่เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจะปรับใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิตินอนพารามตริก ซึ่งพบว่าตัวแปรทุกตัวไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาศักยภาพพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความมั่นคงทางอารมณ์และการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด
3. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40 ปี (SD = 10.22) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 91.5 ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 34 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ร้อยละ 85 และได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรโดย มีระยะเวลาเพียง 1 วัน เฉลี่ย 1.46 วัน/คน/ปี (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
($N = 200$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	193	96.5
ชาย	7	3.5
อายุ (ปี) (Min = 23, Max = 59, M = 40, SD = 10.22)		
23-34 ปี	60	30
35-46 ปี	70	35
47 ปีขึ้นไป	70	35
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	183	91.5
ปริญญาโท	16	8
ปริญญาเอก	1	5
ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด(ปี) (Min = 1, Max = 40, M = 15.80, SD = 10.06)		
1-10 ปี	68	34
11-20 ปี	57	28.5
21-30 ปี	65	32.5
31 ปีขึ้นไป	10	5
การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร		
ไม่ได้รับ	170	85
ได้รับ	30	15
ระยะเวลาการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร (วัน) (M = 1.46, SD = 0.64)		

ส่วนที่ 2 ความมั่นคงทางอารมณ์และการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาระดับความมั่นคงทางอารมณ์ และระดับการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่าความมั่นคงทางอารมณ์และการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.16$, $SD = 0.98$ และ $M = 3.98$, $SD = 0.69$ ตามลำดับ) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความมั่นคงทางอารมณ์ และระดับการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 200$)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ความมั่นคงทางอารมณ์	2.16	0.98	ปานกลาง
บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด	3.98	0.69	ปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 53 รับรู้ว่าจะไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างรุนแรงต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย และร้อยละ 3 รับรู้ว่าจะตนเองจะแสดงออกด้วยท่าทาง และคำพูดให้บุคคลอื่นรู้เมื่อเกิดอาการไม่พอใจ (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนร้อยละความมั่นคงทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง รายข้อ (N = 200)

ความมั่นคงทางอารมณ์	การรับรู้ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด						
	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	ด้วย	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	อย่างยิ่ง
	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
1. แสดงออกทั้งท่าทางและคำพูดเมื่อไม่พอใจ	31 (15.5)	47 (23.5)	38 (19)	20 (10)	40 (20)	18 (9)	6 (3)
2. มีปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างรุนแรงต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย	106 (53)	63 (31.5)	9 (4.5)	9 (4.5)	8 (4)	4 (2)	1 (0.5)
3. เมื่อถูกขัดใจจะหงุดหงิดจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้	88 (44)	82 (41)	16 (8)	5 (2.5)	4 (2)	4 (2)	1 (0.5)
4. เมื่อโกรธจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้	86 (43)	84 (42)	11 (5.5)	7 (3.5)	5 (2.5)	5 (2.5)	2 (1)
5. ถ้ามีบุคคลอื่นมาขัดจังหวะจะรู้สึกโมโหและจะตำหนิบุคคลนั้นทันที	85 (42.5)	80 (40)	22 (11)	6 (3)	4 (2)	3 (1.5)	0 (0)

การรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรห้องผ่าตัดทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประกอบด้วย 1) การเป็นแม่แบบ ($M = 4.07, SD = 1.08$) 2) การสนทนา ($M = 3.82, SD = 0.83$) 3) การปฏิบัติ ($M = 3.98, SD = 0.73$) 4) การยืนยัน-สร้างความมั่นใจ ($M = 4.06, SD = 0.72$) และเมื่อพิจารณาการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดแยกเป็นรายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ด้านการเป็นแม่แบบ ในขณะที่ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสนทนา (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน ($N = 200$)

บรรยากาศเอื้ออาทรห้องผ่าตัด	M	SD	ระดับการรับรู้
ด้านการเป็นแม่แบบ	4.07	1.08	ปานกลาง
ด้านการสนทนา	3.82	0.83	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติ	3.98	0.73	ปานกลาง
ด้านการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ	4.06	0.72	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม ($M = 2.54, SD = 0.34$) และรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านความยึดมั่นของคุณธรรม-จริยธรรม ($M = 2.73, SD = 0.36$) 2) ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล ($M = 2.66, SD = 0.37$) 3) ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม ($M = 2.58, SD = 0.42$) 4) ด้านความสามารถ/สมรรถนะ ($M = 2.45, SD = 0.38$) 5) ด้านการสร้างความเชื่อมั่น ($M = 2.45, SD = 0.44$) และ 6) ด้านความเมตตา-กรุณา ($M = 2.39, SD = 0.40$) โดยพบว่าด้านความยึดมั่นของคุณธรรม-จริยธรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในขณะที่ด้านความเมตตา-กรุณา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม ($N = 200$)

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	M	SD	ระดับ
ด้านความเมตตา-กรุณา	2.39	0.40	สูง
ด้านความสามารถ/สมรรถนะ	2.45	0.38	สูง
ด้านการสร้างความเชื่อมั่น	2.45	0.44	สูง
ด้านความยึดมั่นของคุณธรรม-จริยธรรม	2.73	0.36	สูง
ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล	2.66	0.37	สูง
ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม	2.58	0.42	สูง
รวม	2.54	0.34	สูง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากชุดข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .24$, $r_s = .25$ ตามลำดับ) ส่วนความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.18$) สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .17$) สำหรับระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 200$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
อายุ	.24	.000	ต่ำ
ระดับการศึกษา	.07	.164	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน	.25**	.000	ต่ำ
การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลแบบเอื้ออาทร	.10	.074	ไม่มีความสัมพันธ์
ความมั่นคงทางอารมณ์	-.18**	.005	ต่ำ
บรรยากาศเอื้ออาทรของห้อง ผ่าตัด	.17*	.010	ต่ำ

* $p < .05$

การอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์ และวิพากษ์ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เพื่อขยายความจากสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัย ในประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด

1.1 ผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลห้องผ่าตัดได้ใช้แนวทางการปฏิบัติงานโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล นอกจากนี้วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง มีลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะของสิ่งมีชีวิต มีจิตใจ และมีคุณค่า ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและเป็นพื้นฐานของจริยธรรมที่พยาบาลพึงมี (สิวลี, 2553)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ พยาบาลจึงได้รับการปลูกฝังเรื่องพฤติกรรมการดูแลตั้งแต่เริ่มเข้ามาเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งในกระบวนการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลนั้นจะปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่แสดงกับผู้ป่วย ซึ่งหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลสำเร็จการศึกษาออกมาเป็นพยาบาลที่มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร ที่ยึดคุณธรรมและจริยธรรม (พจนาน, นฤมล, และประชัน, 2549; มาลีวัลและสุภารัตน์, 2555; วิริยาภรณ์และคณะ, 2546) นอกจากนี้ วัฒนธรรมและค่านิยมไทยได้ให้ความคาดหวังต่อวิชาชีพพยาบาลว่าพยาบาลต้องเป็นผู้ที่โอบอ้อมอารี มีความเอื้ออาทร เมตตา กรุณา ซึ่งวิไลศรี (2543) กล่าวว่า พยาบาลผู้ซึ่งสังคมเปรียบให้เป็น “นางฟ้าสีขาว” ด้วยความคาดหวังว่าพยาบาลจะเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือ บัดเป่าความทุกข์ยากของผู้เจ็บไข้ได้ป่วย โดยให้การพยาบาลด้วยความชำนาญ ด้วยความนุ่มนวล และด้วยจิตใจเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบค่านิยมของสังคมที่คาดหวังไว้ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและสอดคล้องกับคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ที่จะสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทรไว้ 6 ลักษณะ ของโรช (2002) ที่มองว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์ แก่นแท้ของการพยาบาลและเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลทุกกิจกรรม

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจึงแฝงอยู่ในกิจกรรมการพยาบาล ทุกกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสิวลี (2553) กล่าวว่า การแสดงออกของดูแลแบบเอื้ออาทร คือ ความอ่อนโยน ความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย ความห่วงใย จะก่อให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเองและอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลดีต่อกระบวนการรักษาพยาบาลต่อไป การที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูงนั้น เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยจะเป็นเพียงระยะสั้นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยใช้การสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะสร้างความไว้วางใจ สร้างมิตรภาพ เปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดและผู้ป่วย

แสดงความคิดเห็นร่วมกันในการรักษา สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย โดยให้เกียรติและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ดังนั้นการสนทนาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้สัมผัสถึงความเห็นอกเห็นใจ (Lindwall & von Post, 2008; Westerling & Bergbom, 2008) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องดูแลบรรเทาความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ ด้วยการแนะนำตนเองก่อนที่จะให้การดูแลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยทุกครั้ง และควรมีการแนะนำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด กระบวนการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับมยุเรศและฮอเดียะ (2549) กล่าวว่า การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้ข้อมูลที่ควรทราบแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพห้องผ่าตัด บุคลากรห้องผ่าตัด สถานที่พักรอสำหรับญาติและสอบถามข้อมูล ตลอดจนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังจากการผ่าตัด โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยหรือไม่เข้าใจตามความเหมาะสม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และคลายวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้

พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ที่พยาบาลสามารถสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว นี่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล (พิศสมัยและศรีเวียงแก้ว, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยสามารถพูดคุยประเด็นส่วนตัวที่ละเอียดอ่อนกับพยาบาลได้ และการใช้ภาษาเรียบง่ายในการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามที่เหมาะสม การใช้ความรู้และสติปัญญาในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทักษะในการดูแล และประสบการณ์บนพื้นฐานของหลักวิชาการ รวมถึงการแต่งกายอย่างประณีตเมื่อดูแลผู้ป่วย เป็นเอกลักษณ์ที่ดีที่แสดงออกถึงการตั้งใจดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจมั่นใจในการดูแล (Roach, 2002) ดังเช่นการศึกษาของวรรณิภา (2545) ที่ศึกษาการปฏิบัติบทบาทวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติบทบาทวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.05$, $SD = 0.54$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภูญญาและวิภาพร (2554) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.06$, $SD = 0.42$) เช่นกัน

1.2 ผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงโดยพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม รองลงมา คือ ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม ด้านความสามารถ/สมรรถนะ ด้านการสร้างเชื่อมั่น และด้านความเมตตา-กรุณาตามลำดับ (ตาราง 6) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการศึกษารายด้านที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม อยู่ในระดับสูงสุด และรองลงมาเป็นด้านความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม ด้านความสามารถ/สมรรถนะ ด้านการสร้างเชื่อมั่น และด้านความเมตตา-กรุณาที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานการทำงาน และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในหน่วยงานห้องผ่าตัด รวมถึงมีการพัฒนาระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถ/สมรรถนะในการปฏิบัติงานสูง (สิริรักษ์, 2551) ซึ่งทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดแสดงถึงความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลในการส่งเสริมความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้ป่วย อีกทั้งการประกอบวิชาชีพนั้นได้มีการกำหนดแนวทางที่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพยึดถือหลักปฏิบัติ ที่เรียกว่า จรรยาบรรณ และจรรยาบรรณนี้จะช่วยให้พยาบาลประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรม (สิวลี, 2553) ดังจะเห็นได้จากพฤติกรรมด้านจริยธรรมที่พึงประสงค์ของผู้ประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาล (2545) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม นับได้ว่าเป็นบริการในระดับสถาบันของสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของสังคม โดยส่วนรวม สะท้อนถึงคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องผ่าตัดได้เป็นอย่างดี อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด รับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีหลักการพยาบาล และความชำนาญรวมถึงศาสตร์ต่าง ๆ ในการให้บริการผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดโดยให้บริการที่ได้มาตรฐาน มุ่งเน้นความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่และวิชาชีพ (สมปรารถนา, อภิญญา, และวรรณภา, 2551) สอดคล้องกับแนวคิดของโรช (Roach, 2002) ซึ่งได้อธิบายว่าการดูแลเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย มีความห่วงใย ตั้งใจจริงและเต็มใจในการช่วยเหลือโดยพยาบาลได้ใช้ความรู้ สติปัญญา ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ และคำนึงถึงความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยา เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้การแสดงออกถึงการกระทำตามบทบาท ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรทุกด้านอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านความยึดมั่นของคุณธรรม-จริยธรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อธิบายได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความยึดมั่นในคุณธรรม-จริยธรรม เนื่องจากการได้รับการปลูกฝังจรรยาบรรณวิชาชีพจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ให้เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและตามลักษณะของวิชาชีพในเรื่องความเข้าใจมนุษย์ที่มีความเชื่อ วัฒนธรรม การรับรู้ อารมณ์

ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นเงื่อนไขต่อการดูแลสุขภาพและการแก้ปัญหา เพื่อความปลอดภัยและความมั่นใจของผู้รับบริการ (พจนานา, 2549; มาลีวัลและสุตารัตน์, 2555) ซึ่งความยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม เป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงการดูแลอย่างมีศีลธรรมโดยคำนึงถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรมของผู้ป่วย ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในด้านนี้ระดับสูงที่สุด จากการศึกษาของวรรณิกา (2545) ที่ศึกษาการปฏิบัติบทบาทวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ พบว่า การปฏิบัติบทบาทวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.53$, $SD = 0.56$) เช่นเดียวกับการศึกษาของพาเลสและคณะ (2011) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลใน 6 ประเทศในทวีปยุโรป พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.9 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 6 คะแนน)

การที่พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงนั้น อาจเนื่องจากการให้พยาบาลทำการประเมินตนเองด้วยการตอบแบบสอบถาม อาจมีโอกาสเกิดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (social desirability) ซึ่งโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) กล่าวว่า การตอบแบบสอบถามโดยการประเมินตนเองในแต่ละบุคคล ย่อมมีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดความลำเอียงของคำตอบได้ เพื่อให้ได้ซึ่งคำตอบที่สอดคล้องต้องกันตามความคาดหวังของสังคม เช่นเดียวกับสุรสิทธิ์ (2556) กล่าวว่า อคติในการวัด (measurement bias) เกิดขึ้นได้เสมอถ้าผู้วิจัยวางแผนวิจัยไม่ดี หรือผู้วัดวัดตามความเข้าใจของตนเอง ขาดความรู้หรือการฝึกฝนในการใช้เกณฑ์มาตรฐานของการวัด หรือเครื่องมือที่ใช้วัดไม่ได้ปรับให้เข้ากับกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง อย่างไรก็ตามการที่พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตาม การรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านความเมตตา-กรุณา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อาจเนื่องมาจากลักษณะข้อคำถามที่ พัฒนาขึ้นในแบบสอบถามด้านความเมตตา-กรุณา เป็นไปในลักษณะของการแสดงออกโดย “การอยู่เป็นเพื่อน” อย่าง “ตั้งใจจริง” โดยแสดงถึงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าถึงและมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนพูดคุยในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด แต่เนื่องจากในสภาพการปฏิบัติงานจริง เช่น จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าบทบาทหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบหลัก จะเกี่ยวเนื่องกับการเตรียมผู้ป่วยและบริเวณผ่าตัดให้พร้อม ในขณะที่ไม่ได้มีการกำหนดมอบหมายให้ครอบคลุมถึงการดูแลระดับประครองช่วงรอผ่าตัด ร่วมกับปริมาณงานและจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดมีปริมาณมาก และ

ลักษณะงานของห้องผ่าตัดเป็นงานที่ต้องทำเร่งด่วน จึงทำให้มีเวลาในการพูดคุยระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดกับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ส่งผลให้โอกาสที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดในด้านนี้จึงอาจไม่สามารถทำได้เต็มที่ ดังเช่นการศึกษาของถนอม (2544) ศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลแสดงความเอื้ออาทร สนใจ เอาใจใส่ ร้อยละ 66.67 และได้บอกถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทรความสนใจเอาใจใส่ ใน 3 ลักษณะ คือ 1) พูดยาดี มีหน้าตายิ้มแย้ม 2) เอาใจใส่ถามไถ่อาการ 3) เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ค่อนข้างน้อย เนื่องจากภาระงานที่หนักในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งรับผู้ป่วยไม่จำกัดจำนวน ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอัตรากำลังและปริมาณงาน ในการปฏิบัติ งานพยาบาลจึงรีบเร่งที่จะทำงานประจำให้เสร็จ และดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษเฉพาะระยะเร่งด่วนเช่นกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาค้นพบว่า

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า อายุ และประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .24, r_s = .25$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ส่วนความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.18$) (ตาราง 7) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1.1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .24$) นั่นคือเมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดมีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดมากขึ้นเช่นกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากอายุจะส่งผลถึงการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ การเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Palank, 1991) และออเกิตา (Orgeta, 2009) กล่าวว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีอายุมากกว่าจึงเป็น

ผู้ที่มีทักษะในการปฏิบัติงานสูง และสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีช่วงอายุเฉลี่ย 40 ปี (SD = 10.22) ซึ่งเป็นวัยที่มีทักษะการปฏิบัติงานสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนใจ (2548) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .14$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา (2552) เรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่ พบว่า พยาบาลกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรจะเพิ่มขึ้นตามอายุ

2.1.2 ประสพการณ์การปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .25$) เนื่องจากการมีประสพการณ์การปฏิบัติงานที่ยาวนานจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลเนื่องจากประสพการณ์ในการปฏิบัติงานจะทำให้เกิดความชำนาญ สามารถนำความคิดรวบยอดที่เคยได้รับจากประสพการณ์ต่าง ๆ มาใช้ในการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ (สิริรักษ์, 2551) ดังนั้นประสพการณ์การปฏิบัติงานจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังเช่นการศึกษาของ Brunton & Beaman (2000) ที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 200 คน ในรัฐอิลลินอยส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทรของตนเอง พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเอื้ออาทร ($p < .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานนานมีการรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทร โดยเฉพาะในเรื่องสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัยและคณะ (2550) ศึกษาพฤติกรรมด้านจริยธรรมและพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่า ประสพการณ์การทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านจริยธรรมและพฤติกรรมการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.1.3 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปราณีและวารภรณ์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่าระดับการศึกษาในพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายในพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน การที่ผลการศึกษานี้ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด อาจเนื่อง

มาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ร้อยละ 8 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนน้อย จึงไม่เพียงพอในการอธิบายผลของการศึกษาได้ อีกทั้งรูปแบบการเรียนการสอนในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ เป็นการจัดการศึกษาที่เตรียมพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งในด้านวิชาการ และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะของวิชาชีพ ซึ่งเน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความเป็นองค์รวม ตระหนักถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความเห็นอกเห็นใจ การเอาใจใส่ (มาลีวัลและสุดารัตน์, 2555; วิริยาภรณ์และคณะ, 2546; สุกัญญาและสุกุลรัตน์, 2553) ดังนั้นควรทำการศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาซ้ำเนื่องจากการที่พยาบาลได้รับการปลูกฝังเรื่องการดูแลและแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรได้

2.1.4 การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรคิดเป็นร้อยละ 85 (ตาราง 2) และระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรมีระยะเวลาเพียง 1 วัน เฉลี่ย 1.46 วัน/คน/ปี ซึ่งนับเป็นระยะเวลาได้รับการอบรมที่น้อยมาก และหัวข้อการอบรมอาจจะไม่ครอบคลุมตามบทบาทของการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยตรง อาจขาดความชัดเจนในการถ่ายทอดความรู้จากการได้รับการอบรม ทำให้การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรอาจมีปริมาณไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ ประกอบกับมีข้อจำกัดในการพิจารณาส่งบุคลากรเข้าอบรมซึ่งไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทุกคนและทุกเรื่องได้ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะเป็นระยะเวลาที่สั้นจึงยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดได้เช่นกัน จึงควรทำการศึกษาซ้ำ

ผลของการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเตื่อนใจ (2548) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภูญาและวิภาพร (2554) พบว่า การอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ซึ่งการอบรมมีระยะเวลาเพียง 1 วัน เฉลี่ย 1.6 วัน/คน/ปี

2.1.5 ความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r_s = -.18$) ในที่นี้ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาล จะเป็นคุณสมบัติส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมอารมณ์ เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ ความเครียดจากการทำงาน ซึ่งการศึกษาของจีวิลเลียมและคณะ (G. Williams et al., 2009) ศึกษา เปรียบเทียบคุณลักษณะเฉพาะของการดูแลในพยาบาลวิชาชีพกับผู้หญิงทั่วไป พบว่าพยาบาลวิชาชีพมี คุณลักษณะด้านคุณธรรม-จริยธรรม ความเอาใจใส่ การมีสติ และความมั่นคงทางอารมณ์สูงกว่าผู้หญิง ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นความมั่นคงทางอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะควบคุม พฤติกรรมที่จะแสดงออกทางร่างกายและวาจาได้ วิณา (2550) กล่าวว่า ปัจจัยภายในบุคคลของ บุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งต่อการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย โดยความผิดพลาดที่ พบบ่อยในสถานการณ์ที่มีสาเหตุเริ่มต้นจากความบกพร่องด้านกระบวนการทางความรู้สึกนึกคิด เช่น การไม่เอาใจใส่ การขาดแรงจูงใจ ความละเอียด หรือความประมาท ความเครียด ดังนั้นการบริหารความ ปลอดภัยจึงมุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมของบุคคลเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกำหนด กฎเกณฑ์ ระเบียบ ซึ่งคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

จากการศึกษาของเต็งและคณะ (Teng et al., 2009) พบว่า พยาบาลที่มีความ มั่นคงทางด้านอารมณ์ต่ำ มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย โดยตัวแปรความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ถูกวัดมาโดยการสอบถามพยาบาลว่าในรอบปีที่ผ่านมา เกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความ เสี่ยงอันตรายบ่อยเพียงใด (ผู้วิจัยไม่ได้ระบุว่าปีใดบ้าง) ผลการศึกษานี้แม้ว่าความมั่นคง ทางด้านอารมณ์จะมีอำนาจในการทำนายไม่สูงมากนัก คือ ร้อยละ 3 ในทางปฏิบัติหน่วยงานที่ ให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานห้องผ่าตัดย่อมไม่ต้องการให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงอันตราย เกิดขึ้นเลยแม้เพียงครั้งเดียว อีกทั้งพยาบาลสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ให้แสดงพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมได้ อาจเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นที่คาดหวังของสังคม และต้องมีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างตนเองกับเพื่อนร่วมงาน และมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การดูแลที่ดีเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญธิดา, เรมवल, และอรอนงค์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และ ด้านการลดความสำเร็จของบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 18.33$, $SD = 3.90$; $M = 36.62$, $SD = 7.88$ ตามลำดับ) แสดงถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ขณะปฏิบัติงานได้ สามารถ ให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีวิธีการปรับตัวต่อความรู้สึกทางอารมณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าจะ ต้องรับผิดชอบงานที่มีปริมาณมาก ก็ตาม อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยย่อมยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลห้องผ่าตัด จะต้องสามารถควบคุมจิตใจ และอารมณ์ของตนเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียดจากการทำงานได้เป็นอย่างดี ด้วยภาระงานที่เคร่งเครียดซึ่งปฏิบัติในช่วงวิกฤติของชีวิตมนุษย์ รวมถึงความรับผิดชอบที่มีค่อนข้างสูง เพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย อาจมีโอกาที่จะแสดงท่าทางอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากความเครียดและความเหนื่อยล้าออกมาได้ เนื่องจากอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการวัด โดยใช้เครื่องมือ Mini-Marker (Saucier, as cited in Teng et al., 2009) ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 5 ข้อ อาจยังไม่สามารถวัดได้ครอบคลุม และเป็นการนำมาศึกษาในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดไทยเป็นครั้งแรก แม้ว่าเครื่องมือจะผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ (Cronbach's alpha = .74) ควรมีการนำไปพัฒนาและทดสอบซ้ำต่อไป

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

2.2.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .17$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก บรรยากาศเอื้ออาทรมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์กร (Litwin & Stringer, 1968) โดยบรรยากาศองค์กรมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของสมาชิกภายในองค์กร บรรยากาศองค์กรที่ดีจะส่งผลในเชิงบวกต่อแรงจูงใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงานและพฤติกรรมการทำงาน (ชูศรีและอารีย์วรรณ, 2550; มีนา, 2551; รงรอง, 2553) ซึ่งมอลลอยและคณะ (Malloy et al., 2009) กล่าวว่า บรรยากาศองค์กรมีผลต่อการให้คุณค่า ความเชื่อ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของมีนา (2551) เกี่ยวกับปัจจัยที่พยากรณ์ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของพยาบาลวิชาชีพในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐบาลมีการรับรู้บรรยากาศองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27$, $SD = 0.37$) และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนมีการรับรู้บรรยากาศองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46$, $SD = 0.42$) และการรับรู้บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเดือนใจ (2548) พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .32$)

บรรยากาศองค์กรในที่นี้คือบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด ย่อมส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมเอื้ออาทรเช่นกัน ดังการศึกษาของสิริรักษ์ (2551) พบว่าบรรยากาศองค์กรโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านมาตรฐาน ด้านการสนับสนุน และด้านความยืดหยุ่นผูกพันมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านความรับผิดชอบ และด้านการได้รับการยอมรับมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิญญาและวิภาพร (2555) พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .35$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดคุณสมบัติการดูแลแบบเอื้ออาทร 6 C's ของ โรช (Roach, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาและการพัฒนาเครื่องมือ

วิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลผู้ช่วยเหลือรอบนอกในขณะที่ทำผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง คือ จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งสิ้น 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2) แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนที่ 3) แบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด และส่วนที่ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด หาค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 อยู่ที่ระดับ .74, .90 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้การแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) เนื่องจากชุดข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40 ปี (SD = 10.22) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 91.5 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 34 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ร้อยละ 85 และได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรโดย มีระยะเวลาเพียง 1 วัน เฉลี่ย 1.46 วัน/คน/ปี พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนสูงสุดในด้านความยึดมั่นของคุณธรรม-จริยธรรม และมีคะแนนต่ำสุดด้านความเมตตา-กรุณา เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = .24, .25$, และ $r = .17$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

จุดแข็งและจุดอ่อนของการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาวิจัยโดยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง ที่ให้บริการตรวจและรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรมโดยทีมผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และพยาบาลที่มีคุณสมบัติเฉพาะกับงานผ่าตัด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงนับว่าเป็นตัวแทนของประชากรพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมด และผลการศึกษานำไปอ้างอิงกับพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมดในภาคใต้ได้

2. การศึกษานี้ผู้วิจัยมีการวัดระดับความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยการให้พยาบาลทำการประเมินตนเองด้วยการตอบแบบสอบถาม อาจเกิดความลำเอียงของผลการวิจัยที่ได้ ถึงแม้ว่าการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินตัดสินคุณภาพด้านพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด แต่อาจทำให้พยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ตอบแบบสอบถามคำนึงถึงภาพรวมค่าคะแนนที่ออกมาซึ่งอาจสะท้อนถึงองค์กรที่ทำการศึกษา ซึ่งระบุชัดเจนว่ามีเพียงไม่กี่องค์กร จึงทำให้มีโอกาสเลือกตอบโน้มเอียงไปในทางบวกได้

3. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ทั้งหมด เช่น ภาระงาน ความเหนื่อยล้า ความเครียด ค่าตอบแทน การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น จึงอาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้ไม่ครอบคลุมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง และด้านความเมตตา-กรุณา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เนื่องจากข้อจำกัดจากลักษณะงานของห้องผ่าตัดที่รีบเร่ง ทำให้การแสดงออกด้านความเมตตา-กรุณาของพยาบาลอาจไม่เต็มที่ ผู้บริหารงานการพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดควรส่งเสริม และร่วมกันหาแนวทางเพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรด้านความเมตตา-กรุณาได้มากยิ่งขึ้น โดยจัดหาแหล่งประโยชน์ เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการสัมผัสผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัด อีกทั้งควรมีการกระตุ้น สนับสนุน และส่งเสริมดำรงไว้ให้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดคงอยู่ในระดับสูงเช่นนี้ต่อไป โดยมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดทุก ๆ ปี ทั้งนี้เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีบรรยากาศที่แสดงถึงการมีความเอื้ออาทรระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับได้มีส่วนร่วม เช่น การจัดอบรมทางห้องผ่าตัดทั้งภายในและภายนอกสถานที่ จัดการแข่งขันกีฬาของบุคลากรห้องผ่าตัด เป็นต้น เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีซึ่งกันและกัน

3. ควรจัดให้มีการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ห้องผ่าตัด และกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของการนิเทศงานในทุก ๆ ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ควรใช้การสังเกตการณ์ร่วมด้วย เพื่อตรวจสอบความตรงของการวัดจากการใช้แบบสอบถาม และควรศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยควบคู่กัน เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และนำไปพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีคุณภาพต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยด้านปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำนายพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มเติม ภาระงาน ความเหนื่อยล้า ความเครียด ค่าตอบแทน การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข หรือส่งเสริม ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดได้
3. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยนำไปพัฒนาต่อยอดและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนารัฐ ทองเมืองชัยเทพ, และขวัญใจ ภมรพิบูลย์. (2551). ผลการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนผ่าตัด จากวิดิทัศน์ต่อระดับความรู้และความวิตกกังวลของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 1*, 1-7.
- กุสุมา ปิยะศิริภักดิ์. (2545). *พฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิรา แก่นยะกุล. (2548). *พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธ ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เฉลิมศรี ทรัพย์ทอง. (2550). *ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของแสวนสันในผู้สูงอายุต่อการรับรู้พฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, กรุงเทพมหานคร.
- ชูศรี มโนการ, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2550). การศึกษาองค์ประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล, 22*, 57-70.
- ดรณศรี สิริยศธารง. (2542). *คุณภาพชีวิตการทำงานกับการยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เดือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ถนอม จันทกุล. (2544). *พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นวพร จินใจ, นันทา เล็กสวัสดิ์, และมรรยาท ณ นคร. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในช่วงเวลารอคอยการผ่าตัดใหญ่ที่ห้องผ่าตัด. *พยาบาลสาร, 34*, 111-124.

- นฤนาท ยืนยง. (2551). พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาล*, 57, 1-12.
- นาตยา ตั้งอยู่ดีสกุล. (2546). หลักจริยธรรมในการปฏิบัติงานทางห้องผ่าตัดและการพิทักษ์สิทธิ. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*, 8, 47-48
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย
- บุญธิดา เทือกสุบรรณ, เรมวดี นันทศุภวัฒน์, และอรอนงค์ วิชัยคำ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23, 114-123.
- ปราณี รัตนอุดม, และวารภรณ์ กาวไสสง. (2554). พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29, 267-276.
- ปิยาภรณ์ ทองประดิษฐ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และดวงใจ รัตนัญญา. (2554). ปัจจัยคัดสรรคุณลักษณะที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่กับพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26, 55-69.
- พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. (2549). การจัดการศึกษาโดยใช้แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นฐานในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีชัยนาท*, 10, 4-11.
- พจนา ปิยะปกรณ์ชัย, นฤมล จันทร์สุข, และประชัน จันทร์สุข. (2549). การศึกษาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามความคาดหวังและได้รับจริงในการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีชัยนาท*, 10, 12-18.
- พรพรรณ สุนทรสุด, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16, 551-562.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (2539). การดูแล: แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. *วารสารพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 14, 26-34.
- พิศสมัย อรทัย, และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล. (2551). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาศิบาล. *รามาศิบาลสาร*, 14, 197-208.
- ฟารีดา อิบราฮิม. (2541). จริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล. ในฟารีดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ), *นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (หน้า 263-275). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

- มยุเรศ ลีลาวรรุฒิ, และสอเดียะ บิลยะลา. (2549). คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24, 223-229.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และสุदारนต์ สุวาริ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักเรียนพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35, 91-99.
- มีนา วิภูสัทยา. (2551). *ปัจจัยที่พยากรณ์ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของพยาบาลวิชาชีพในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รกรอง เรื่องจิระอุไร. (2553). *การสร้างบรรยากาศองค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วย อุปนิสัยเชิงรุก และการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัตใจ เวชประสิทธิ์. (2548). *สิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เรณู อาจสำลี. (2553). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- วรวิมล เจริญศิริ. (2551). การผ่าตัด. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.108health.com>
- วรรณิภา เหนียวแน่น. (2545). *การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วินัส สุวรรณทา. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิภาดา ช้างแก้ว. (2551). *การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- วิริยาภรณ์ แสนสมรส, พิสมัย อานัญจวนิชย์, วิภารัตน์ ยมคิษฐ์, และวรางคณา อุดมทรัพย์. (2546). ผลของการใช้กรณีศึกษาในการสอนทางคลินิกที่มีต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี*, 15, 7-13.
- วิไลศรี ศิริหงส์ทอง. (2543). นางฟ้าสีขาวปี 2000. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 18, 5-7.
- วิญญา ลือเลื่อง, และวิภาพร วรหาญ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. Graduate research conference (หน้า 583-560). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิณา จีระแพทย์. (2550). แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย. ในวิณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (บรรณาธิการ), *การบริหารความปลอดภัยทางคลินิก* (หน้า 1-22). กรุงเทพมหานคร: คำนสุทธาการพิมพ์.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2543). *มนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล 2*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริพร พุทธรังสี. (2546). สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด: การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด. *ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 8* (หน้า 37-45). กรุงเทพมหานคร: แอลทีเพลส.
- สภาการพยาบาล. (2545). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ*. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). คุณค่าของการพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 43, 99-111.
- สมปรารถนา ดาผา, อภิญญา จำปามูล, และวรรณภา นิวาสะวัต. (2551). สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 31, 30-41.
- สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2553). มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2553, จาก <http://www.tpna.or.th>
- สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. (2551). *ปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สิวลี ศิริไล. (2553). *จริศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุชดา วิภาณันต์, และวาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด. *วารสารสมาคมพยาบาล*, 2, 1-14.
- สุคักัญญา ปานเจริญ, และสกุสรัตน์ ปานเจริญ. (2553). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของ นักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3, 64-74.
- สุนีย์ จันทน์มหเสถียร, และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2549). ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. *พยาบาลสาร*, 33, 184-194.
- สุปราณี พัฒนจิตวิไล. (2551). ความพึงพอใจในงานของบุคลากรห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2550. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*, 1, 21-28.
- สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2551). ผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล ของผู้คลอดก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอด. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*, 1, 19-27.
- สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา. (2556). การวัด. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2556, จาก <http://th.md.chula.ac.th/download/book/research/chapter7.pdf>
- อรทัย หนูกลีบ, สุริดา นั้วดำรงกุล, กัญญา กิตติสัตยกุล, และอัญชลี มากบุญส่ง. (2550). พฤติกรรม ด้านจริยธรรมและพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาล วชิระภูเก็ต. สืบค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.vachiraphuket.go.th/files/research01.pdf>
- อัญชลี รัชมณี. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน ความฉลาดทางจริยธรรมกับ ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อารีญา ค่านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. *วารสารกองการพยาบาล*, 36, 15-26.
- อิชยา สุวรรณกุล, และนงนุช เชาว์ศิลป์. (2542). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ใช้บริการ. *วารสารการพยาบาล*, 3, 45-59.

- อุสาคี ชลวิทย์, และน้ำเพชร ตราชวณิช. (2553). พฤติกรรมการดูแลเอาใจอาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพินเนศวรสุรสังกาศ 7 โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. โครงการวิจัยปี 2553 (หน้า 1-8). เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า.
- Boyle, H. J. (2005). Patient advocacy in the perioperative setting. *AORN Journal*, 82, 250-262.
- Brunton, B., & Beaman, M. (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12, 451-456.
- Hughes, L. (2009). Peer Group Caring Interaction Scale and Organizational Climate for Caring Questionnaire. In J. Watson (Ed.). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2nd ed., pp. 149-162). New York: Springer.
- Larsson, I. E., Sahlstem, M. J. M., Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perception of nurses' behavior that influence patient participation in nursing care: A critical incident study. *Nursing Research and Practice*, 2011. doi: 10.1155/2011/534060.
- Lindwall, L., & von Post, I. (2008). Continuity by nurse in the perioperative dialogue: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 395-401.
- Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2010). Organisational climate, organisational commitment and intention to leave amongst hospital nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1635-1644.
- Litwin, G. H., & Stringer, R. A. (1968). *Motivation and organization climate*. Boston: Graduate School of Business Administration.
- Malloy, D. C., Hadjistavropoulos, T., McCarthy, E. F., Evans, R. J., Zakus, D. H., Park, I., ..., Williams, J. (2009). Culture and organizational climate: Nurses' insights into their relationship with physicians. *Nursing Ethics*, 16, 719-733.
- Manojlovich, M. (2005). Predictors of professional nursing practice in hospital settings. *Nursing Research*, 54, 41-47.
- McGarvey, H. E., Chambers, M. G., & Boore, J. R. (2004). The influence of context on role: Behaviors of perioperative nurses. *AORN Journal*, 80, 1103-1120.
- Orgeta, V. (2009). Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging & Mental Health*, 13, 818-826.

- Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., ..., Papastavrou, E. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: A descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship, 43*, 341-350.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. *The Nursing Clinics of North America, 26*, 815-829.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prompahakul, C. (2011). *Factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients in southern Thailand*. Master's thesis, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.
- Roach, M. S. (2002). *Caring: The human mode of being* (2nd ed.). Ottawa: CHA Press.
- Saucier, G. (1994). Mini-marker: A brief version of Goldberg's unipolar big-five marker. *Journal of Personality Assessment, 63*, 506-516.
- Sleutel, M. R. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organization factors that influence nursing practice. *Journal of Nursing Ministration, 30*, 53-58.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. C., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Textbook of medical-surgical nursing* (11th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Teng, C. I., Chang, S. S., & Hsu, K. H. (2009). Emotional stability of nurses: Impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 2088-2096.
- Westerling, K., & Bergbom, I. (2008). The importance of nursing in perioperative care: A patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care, 3*, 133-144.
- Williams, G., Dean, P., & Williams, E. (2009). Do nurses really care? Confirming the stereotype with a case control study. *British Journal of Nursing, 18*, 162-165.
- Udomluck, S., Tonmukayakul, O., Tiansawad, S., & Srisuphan, W. (2010). Development of thai nurses' caring behavior scale. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*, 32-44.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางปรีศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมี ศศ.ดร. วังจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด

ในฐานะที่ท่านได้ผ่านการคัดเลือกจากการมีคุณสมบัติตรงตามที่การวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ คือ ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 วัน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อให้ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยมีผู้ประสานงานเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน คำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใดๆต่อหน้าที่การงาน หน่วยงานและตัวของท่านเอง

ข้อมูลจากแบบสอบถามดิฉันจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ หรือจะปฏิเสธที่จะไม่บอกข้อมูลบางส่วน โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านอย่างแน่นอน ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา หรือสามารถติดต่อที่หมายเลข 089-4645038

โอกาสนี้ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์โดยเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการเป็นแนวทางส่งเสริมบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด และพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทร นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ปรีศนียาภรณ์ ฤกษ์ดาบุตร
ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข

แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์ บรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของท่าน
2. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด
3. กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนโดยละเอียด และกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อคำถาม เพื่อให้ได้คำตอบของแบบสอบถามที่สมบูรณ์
4. ข้อมูลที่ได้จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของการวิจัยเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือใน () ของคำถามแต่ละข้อตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ () 1. หญิง () 2. ชาย
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	() 2. ปริญญาโท
() 3. ปริญญาเอก	() 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด.....ปี
5. ท่านเคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทร(caring) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่

() 1. ไม่ได้รับ	() 2. ได้รับ
------------------	---------------

หากได้รับ กรุณาระบุหัวข้อที่เข้าอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร (เลือกได้ > 1 ข้อ)

- | | | |
|---|-------------|-------------|
| () การดูแลแบบเอื้ออาทร (caring) | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () แนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทร (caring) | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () คุณธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () การพัฒนาสมรรถนะทางการแพทย์ | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () การสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นแก่ตนเองและผู้รับบริการ | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () การพัฒนาความเชื่อมั่นผูกพันในการดูแลผู้ป่วย | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () การแสดงออกที่เหมาะสมทางการแพทย์ | ครั้ง | รวม.....วัน |
| () เรื่อง อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | ครั้ง | รวม.....วัน |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์

คำชี้แจง กรุณาประเมินความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีเหตุการณ์ต่าง ๆ ต่อไปนี้
เกิดขึ้นในขณะที่ท่านปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก
ที่แท้จริงของท่าน เมื่อมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ในการประเมิน มีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 2	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วย” กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 3	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยปานกลาง” กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 4	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย” กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 5	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยเล็กน้อย” กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 6	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยปานกลาง” กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 7	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับข้อความดังกล่าว

ความมั่งคั่งทางอารมณ์	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.ฉันจะแสดงออกด้วยท่าทาง และคำพูดให้บุคคลอื่นรู้เมื่อ ฉันไม่พอใจ	1	2	3	4	5	6	7
2.ฉันมักมีปฏิกิริยาโต้ตอบ อย่างรุนแรงต่อปัญหาเพียง เล็กน้อย	1	2	3	4	5	6	7
3.เมื่อถูกขัดใจฉันจะรู้สึก หงุดหงิดจนไม่สามารถ ควบคุมอารมณ์ได้	1	2	3	4	5	6	7
4.เมื่อฉันรู้สึกโกรธฉันไม่ สามารถควบคุมอารมณ์ของ ตนเองได้	1	2	3	4	5	6	7
5.เวลาที่ฉันทำงานถ้ามีบุคคล อื่นมาขัดจังหวะฉันจะรู้สึก โมโหและจะตำหนิบุคคลนั้น ทันที	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศเอื้ออาทรของห้องผ่าตัด

คำชี้แจง กรุณาประเมินความคิดเห็นของท่านต่อข้อความต่อไปนี้ โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านเกี่ยวกับบรรยากาศของหน่วยงานห้องผ่าตัดที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้กรุณาแสดงความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ไม่ใช่สิ่งที่ท่านคาดหวังหรือต้องการให้เกิดขึ้น ในการประเมิน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 2	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยปานกลาง”	กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 3	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย”	กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 4	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยเล็กน้อย”	กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 5	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยปานกลาง”	กับข้อความดังกล่าว
คะแนน 6	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	กับข้อความดังกล่าว

บรรยากาศเอื้ออาทร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.บุคลากรอาวุโสในหน่วยงานของท่านให้ความสนใจบุคลากรรุ่นน้องเป็นรายบุคคลทุกคน	1	2	3	4	5	6
2.เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ร่วมงานอาวุโสในหน่วยงานของท่านจะสามารถรับรู้ได้ทันที	1	2	3	4	5	6
3.หน่วยงานของท่าน มีการระดมความคิดเห็นมาใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ ของหน่วยงาน	1	2	3	4	5	6
4.บุคลากรอาวุโสในหน่วยงานของท่าน เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวให้แก่บุคลากรรุ่นน้อง	1	2	3	4	5	6
5.ท่านมักจะได้รับการอธิบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์หรือการทำงานของท่านอยู่เสมอ	1	2	3	4	5	6
6.เมื่อมีปัญหา ท่านสามารถพูดคุยกับผู้บริหารหรือบุคลากรที่อาวุโสกว่าในหน่วยงานได้โดยง่าย	1	2	3	4	5	6
7.เมื่อต้องการคำแนะนำ ท่านสามารถหาบุคคลที่ให้คำแนะนำได้เสมอ	1	2	3	4	5	6

บรรยากาศเอื้ออาทร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
8.เมื่อเกิดข้อขัดแย้งระหว่างบุคลากร เกิดขึ้น หน่วยงานของท่านสามารถ จัดการข้อขัดแย้งให้หมดไปได้ได้โดย การพูดคุยร่วมกันโดยตรง	1	2	3	4	5	6
9.มีการแลกเปลี่ยนเล่าเรื่องส่วนตัวให้ ฟังกันระหว่างเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ	1	2	3	4	5	6
10.ทุกครั้งที่มีปัญหา ท่านไม่สามารถ พูดคุย หรือบอกกล่าวปัญหากับเพื่อน ร่วมงานได้	1	2	3	4	5	6
11.ภายในหน่วยงานของท่าน มีการ แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ระหว่างบุคลากรในระดับต่าง ๆ ได้ อย่างเป็นอิสระและเปิดเผย	1	2	3	4	5	6
12.ภายในหน่วยงานของท่าน มีการ ส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนประสบ ความสำเร็จในอาชีพ	1	2	3	4	5	6
13.ภายในหน่วยงานของท่าน มีการ กำหนดนโยบายและแผนพัฒนา บุคลากร รวมถึงมีการประเมินระดับขั้น ของผลงาน	1	2	3	4	5	6
14.ท่านไม่สามารถคาดการณ์ได้เลยว่า จะได้รับการปฏิบัติอย่างไรจาก ผู้ร่วมงานในแต่ละวัน	1	2	3	4	5	6
15.หน่วยงานของท่านมีการแบ่ง	1	2	3	4	5	6

บรรยากาศเอื้ออาทร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ตำแหน่ง						
16.หน่วยงานของท่าน เปิดโอกาสให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ เต็มกำลังความสามารถ	1	2	3	4	5	6
17.ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมทุกเรื่องในการปฏิบัติงาน	1	2	3	4	5	6
18.ขณะปฏิบัติงาน ผู้ร่วมงานมีส่วนทำให้ท่านเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น	1	2	3	4	5	6
19.หน่วยงานของท่านมุ่งสนใจการประเมินผลผู้ปฏิบัติงานมากกว่าการช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน	1	2	3	4	5	6
20.ท่านได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นเสมอ	1	2	3	4	5	6
21.ท่านได้รับการปฏิบัติจากผู้ร่วมงาน โดยมีการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของท่าน	1	2	3	4	5	6
22.หน่วยงานของท่าน มีการช่วยเหลือและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาอยู่ในความดูแล	1	2	3	4	5	6
23.บุคลากรในหน่วยงานของท่าน มีการรับรู้ภาระงานที่เหมาะสมกับบทบาทของแต่ละคน	1	2	3	4	5	6
24.ท่านได้รับการช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานในเรื่องต่างๆอยู่เสมอ	1	2	3	4	5	6

บรรยากาศเอื้ออาทร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
25.ท่านได้รับความสะดวกในการปฏิบัติงาน ทำให้งานเป็นไปด้วยความราบรื่น	1	2	3	4	5	6
26.ภายในหน่วยงานของท่านมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ	1	2	3	4	5	6
27.บุคลากรที่ประสบความสำเร็จในการทำงานจะได้รับการส่งเสริม และยกย่องอยู่เสมอ	1	2	3	4	5	6
28.หน่วยงานของท่านมีการให้แรงสนับสนุน ที่ทำให้ท่านมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น	1	2	3	4	5	6
29.ท่านสามารถพึ่งพาบุคลากรอาวุโสได้ทุกเมื่อในยามที่ท่านต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้การบริการที่ดีขึ้น	1	2	3	4	5	6
30.มีการดำเนินต่อบุคลากรหน้าบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ท่านและบุคลากรอื่น ๆ เสียความรู้สึก	1	2	3	4	5	6
31.มีเพื่อนร่วมงานเห็นอกเห็นใจเข้าใจในงานที่ท่านปฏิบัติ	1	2	3	4	5	6
32.หน่วยงานของท่าน สนับสนุนและให้โอกาสท่าน จึงทำให้ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	1	2	3	4	5	6
33.ท่านได้รับความเชื่อถือ จนทำให้มีความตั้งมั่นที่จะปฏิบัติงานและเป็น	1	2	3	4	5	6

บรรยากาศเอื้ออาทร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
พยาบาลที่ดี						
34.ท่านมักจะได้รับคำตำหนิมากกว่าคำ ชื่นชมในการทำงาน	1	2	3	4	5	6
35.บุคลากรทุกคนมีความสุขที่ได้ ทำงานร่วมกัน	1	2	3	4	5	6

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำชี้แจง กรุณาประเมินความถี่ในการแสดงพฤติกรรมของท่านต่อข้อความต่อไปนี้ โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับระดับความถี่ในการแสดงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของท่าน ทั้งนี้กรุณาระบุความถี่ในการแสดงพฤติกรรมที่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ไม่ใช่สิ่งที่ท่านคาดหวังหรือต้องการให้เกิดขึ้น ในการประเมิน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ท่าน “ไม่มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ”
คะแนน 1	หมายถึง	ท่าน “มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง”
คะแนน 2	หมายถึง	ท่าน “มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บ่อย”
คะแนน 3	หมายถึง	ท่าน “มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้ง”
** หมายถึง	หมายถึง	ให้ท่านแสดงความคิดเห็นที่นอกเหนือจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	ไม่ กระทำ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บ่อย (2)	ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ
ระยะรอผ่าตัด					
1.ฉันพูดคุยสอบถามความรู้สึก ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด	0	1	2	3	
2.ฉันสบตา จับมือหรือสัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	0	1	2	3	
3.ฉันพยายามทำความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย	0	1	2	3	
4.ฉันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย รวมถึงรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความตั้งใจและเห็นใจ	0	1	2	3	
5.ฉันให้คำแนะนำผู้ป่วยนำด้วยข้อมูลที่สามารถเข้าใจได้โดยง่าย และด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน	0	1	2	3	
6.ฉันประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล	0	1	2	3	
7.ฉันให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัดด้วยข้อมูลตามหลักวิชาการ	0	1	2	3	
8.เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ฉันสามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างราบรื่นและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด	0	1	2	3	

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	ไม่ กระทำ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บ่อย (2)	ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ
9.ฉันสามารถเลือกและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอที่จะใช้ในการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและคุ้มค่า	0	1	2	3	
10.ฉันแนะนำตัวเองต่อผู้ป่วยและครอบครัวก่อนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวฉัน	0	1	2	3	
11.ฉันให้ข้อมูลการดูแลรักษาที่เหมาะสมและเพียงพอแก่ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวให้ความเข้าใจและมั่นใจในการผ่าตัดที่จะได้รับและเกิดความไว้วางใจในการดูแลของบุคลากร	0	1	2	3	
12.ฉันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าฉันจะให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดีทั้งในขณะที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว และจะไม่ทอดทิ้งเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ	0	1	2	3	
13.ฉันให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเสมอภาคทุกคนโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ	0	1	2	3	
14. ฉันเข้าใจในความแตกต่างของบุคคลว่าอาจมีความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงไม่ถือโทษเมื่อผู้ป่วยแสดงอารมณ์ต่างๆที่เกิดจากความกลัวความวิตกกังวลและความเจ็บปวด	0	1	2	3	

พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร	ไม่ กระทำ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บ่อย (2)	ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ
15.ฉันให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงการ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	0	1	2	3	
16.ฉันให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความยินดี และ เต็มใจ โดยมีความปรารถนาที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย	0	1	2	3	
17.เมื่อรับทราบความต้องการของผู้ป่วย ฉัน จะให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว	0	1	2	3	
18.ฉันตรงต่อเวลาและรับผิดชอบต่อ ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็ม ความสามารถ	0	1	2	3	
19.ฉันให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีอาชีพใน ทุก ๆ เรื่อง	0	1	2	3	
20.ฉันแสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจถึง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง เหมาะสม	0	1	2	3	
21.ฉันไม่เคยแสดงความเหน็ดเหนื่อย ขณะ ให้การดูแลหรือตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย	0	1	2	3	
22.ฉันวางตัวเหมาะสมและมีบุคลิกภาพที่ น่าเชื่อถือ	0	1	2	3	
ระยะผ่าตัด					
23.ฉันพักทนายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อผู้ป่วย และพูดคุยด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน	0	1	2	3	

พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร	ไม่ กระทำ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บ่อย (2)	ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ
24.ฉันสัมผัสมือ หรือร่างกายผู้ป่วยเบา ๆ เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด	0	1	2	3	
25.ฉันไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง	0	1	2	3	
27.ฉันคอยดูแลและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากการการผ่าตัด	0	1	2	3	
28.ฉันใช้ความรู้และทักษะในการ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย	0	1	2	3	
29.ฉันประสานงานและทำงานร่วมกับทีม สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด อย่างเป็นองค์รวม	0	1	2	3	
30.ฉันมีความสามารถในการเลือกและใช้ เครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด ได้เหมาะสม กับการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย	0	1	2	3	
31.เมื่อเกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยในระหว่างการ ผ่าตัดฉันทุ่มเทความรู้ความสามารถในการ ที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่าง ทันท่วงที	0	1	2	3	
32.ฉันจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยและมีความ ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจใน การผ่าตัด	0	1	2	3	
33.ฉันให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการ พยาบาลต่างๆที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้มั่นใจ ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย	0	1	2	3	

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	ไม่ กระทำ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บ่อย (2)	ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ
และมีคุณภาพ					
34.ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลเสมอ เช่น การระมัดระวังไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย	0	1	2	3	
35.ฉันให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถรับรู้ได้ก็ตาม	0	1	2	3	
36.ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม ฉันส่งเสริมและทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิ์ต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยเสมอ	0	1	2	3	
37.ฉันยินดีและเต็มใจในการที่จะให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการการดูแลแก่ผู้ป่วยในขณะที่ได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว	0	1	2	3	
38.ฉันให้การพยาบาลด้วยความปรารถนาให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ	0	1	2	3	
39.ฉันไม่แสดงสีหน้าท่าทางไม่พอใจ หรือเหน้อยหน้า ในขณะช่วยเหลือการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย	0	1	2	3	
40.ฉันให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวจากการได้รับยาสลบ โดยให้การช่วยเหลือการผ่าตัดอย่างมืออาชีพ	0	1	2	3	

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	ไม่ กระทำ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บ่อย (2)	ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ
41.ฉันมีการแสดงออกและใช้การสื่อสารที่เหมาะสมในการติดต่อประสานงานกับทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปได้ อย่างราบรื่น	0	1	2	3	

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งต่อความกรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีของท่าน

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิติกร นิลมานันต์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร. รัศมี เวชประสิทธิ์	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นายแพทย์ วิทวัส ตันตรัตนพงษ์	อาจารย์แพทย์ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดหลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
นางสาว อำพรธม จันทร์โรกร	วิสัญญีพยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผ่าตัด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางปรศนียาภรณ์ ฤกษ์ฉายุทธิ์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5310421029	
วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วุฒิ	คณะพยาบาลศาสตร์	2546
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3	
สถานที่ทำงาน	ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน	