



การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม
ของพยาบาลในโรงพยาบาล

หัวหน้าโครงการ : บุญวดี เพชรรัตน์

ผู้ร่วมวิจัย : จรัสศรี บัวบาน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก งบประมาณปี 2537 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Order Key.....	๒๒๕.๕
BIB Key.....	๒๕๕๐๔/๒๐๓/๙๒

ศ.ม.อ

เลขหมู่.....	BF413 M72 1511	ค. 1
เลขทะเบียน.....		
.....	2๗.๓.๒๕๓๕	

ชื่อโครงการ การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ

รูปแบบการวิจัย การวิจัยพื้นฐาน (basic research)

หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญวดี เพชรรัตน์

ผู้ร่วมโครงการ นางจรัสศรี บัวบาน

ที่ปรึกษาโครงการ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยพื้นฐาน (basic research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล ในส่วนที่เกี่ยวกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม และปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 150 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ร้อยละ 70 ของประชากรของหอผู้ป่วยผู้ใหญ่สามัญ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2537 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2538 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS - PC สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean value) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 ตัวแปรโดยใช้ t-test และระหว่างตัวแปรมากกว่า 2 ตัวแปร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน ANOVA โดยใช้ S-method เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยทดสอบค่า chi-square

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาลและประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน มีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมโดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (the therapeutic use of self) อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (the client-centered approach)

และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัดและประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่า การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วย ส่วนปัญหาในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการปฏิบัติที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อม มากกว่าปัญหาที่เกิดจากพยาบาลเอง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัดและประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน มีปัญหาในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการปฏิบัติ กับกรปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม พบว่า ปัญหาที่เกิดจากตัวพยาบาลเอง ทุกสถานการณ์มีสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมบางสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นสถานการณ์ “ การมีภาระอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลจิตสังคม ” ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิด	2
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
สมมุติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	4
คำจำกัดความสำหรับการวิจัยครั้งนี้	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	19
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	20
การเก็บรวบรวมข้อมูล	23
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	25
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม	55 69

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหอผู้ป่วยที่สังกัด	20
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ช่วงอายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทางการพยาบาล และสถานภาพทางเศรษฐกิจ ความพิการประมณของกลุ่มตัวอย่าง	26
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ ด้านการพยาบาลจิตสังคม	28
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม กิจกรรมการเพิ่มพูนความรู้ ด้านการพยาบาลจิตสังคม	28
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาห่างจากที่ได้รับ การเพิ่มพูนความรู้ ฯ ครั้งสุดท้าย	29
6. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ	29
7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน	30
8. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา	30
9. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	31
10. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ทางการพยาบาล	31
11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน	32

ตารางที่	หน้า
12. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม โดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (therapeutic use of self) และการยึดผู้ รับบริการเป็นศูนย์กลาง (the client-centered approach) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์	33
13. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ	36
14. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี ช่วงอายุแตกต่างกัน	36
15. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพการสมรส	37
16. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพการสมรสแตกต่างกัน	37
17. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางการพยาบาล	38
18. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี ระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน	38
19. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ	39
20. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน	39
21. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ทางการพยาบาล	40
22. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี ประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน	40
23. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสังกัดหอผู้ป่วย	41

ตารางที่	หน้า
24. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี สังกัดหอผู้ป่วยแตกต่างกัน	41
25. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี ประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน	42
26. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม กับความรู้ด้านการ พยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	43
27. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยแวดล้อม และปัญหาที่เกิดจากตัวพยาบาลเอง	44
28. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพการสมรส	46
29. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน	46
30. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ	47
31. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน	47
32. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางการพยาบาล	48
33. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน	48
34. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ทางการพยาบาล	49
35. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน	49
36. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ	50

ตารางที่	หน้า
37. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน	50
38. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาล จิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหอผู้ป่วยที่สังกัด	51
39. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยแตกต่างกัน	51
40. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกัน	52
41. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมและการปฏิบัติ กรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์ปัญหารายชื่อ	52

บทที่ 1

บทนำ

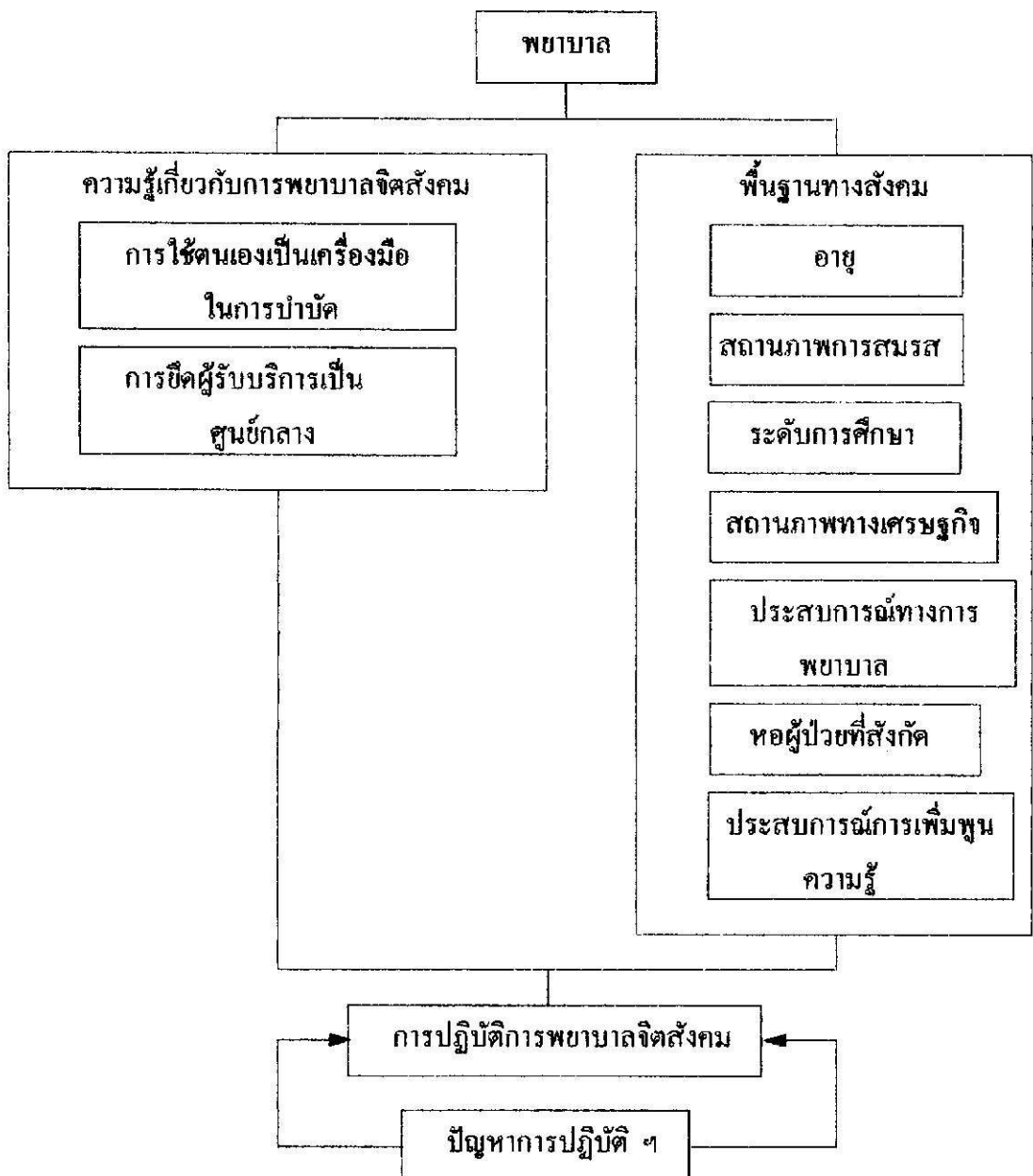
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และการเจ็บป่วยนั้นมักกระตุ้นหรือสนับสนุนให้บุคคลมีปัญหาทางจิตสังคมตามมาเสมอ (Gorman, Sultan and Luna - Raines, 1989) โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ หรือมีภาวะเครียดทางจิตสังคมอยู่ก่อนแล้ว ความเจ็บป่วยนั้นจะยิ่งเป็นเหตุกระตุ้นให้มีภาวะเครียดทางจิตสังคมมากขึ้น และเช่นเดียวกันภาวะเครียดทางจิตสังคมดังกล่าว ก็ส่งผลต่อการหายหรือทุเลาจากความเจ็บป่วยด้วย โดยภาวะเครียดนั้นจะกระตุ้นให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย พบว่าภาวะเครียดจะสัมพันธ์กับความผิดปกติของการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายและทำให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ มากมาย เช่นความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต้านต่อการติดเชื้อน้อยลง น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หายใจเหนื่อยหอบ มีการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น และยังกระตุ้นให้ผู้รับบริการตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ เสียใจ ควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือไม่ร่วมมือในการรักษา เป็นต้น (Bieliauskas, 1982) ปัญหาเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้รับบริการต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษานานกว่าปกติ อาจมีโรคหรือปัญหาสุขภาพแทรกซ้อนตามมา หรือเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยหากพยาบาลมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการแสดงออกของผู้รับบริการ ทำให้มีข้อขัดแย้งระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเกิดขึ้น ผู้รับบริการอาจไม่เห็นคุณค่าของการรักษาพยาบาล รู้สึกรำคาญหรือหงุดหงิด ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อการเจ็บป่วยของตัวผู้รับบริการเองแล้ว ยังทำให้ผู้รับบริการมีทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลและองค์การทางการแพทย์ในทางลบในที่สุดด้วย เบิร์นไซด์ และคณะ (Burnside and others, 1979) กล่าวว่า การพยาบาลที่ไม่เข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ เป็นการพยาบาลที่ไม่ประสบผลสำเร็จ การพยาบาลที่สมบูรณ์จึงต้องครอบคลุมทั้งด้านกายและจิตสังคมของผู้รับบริการ เนื่องจากกาย จิตสังคมของบุคคลแยกกันไม่ได้ ต่างมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ปราศจากการดูแลด้านจิตสังคมของผู้รับบริการ หรือแม้แต่การที่พยาบาลจะคำนึงถึงจิตสังคมของผู้รับบริการ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสมหรือปฏิบัติไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาอื่น ๆ ก็ตาม อาจเรียกได้ว่าเป็นความล้มเหลวของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งชาร์คฮูฟฟ์ (Charkhuff, 1983 cited by

Arnold and Boggs, 1989) กล่าวว่า ความสามารถในการตอบสนองต่อความรู้สึกรองบุคคล เป็นทักษะสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลในภาวะเจ็บป่วย

จากความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการปฏิบัติกรพยาบาล การให้บริการวิชาการด้านการพยาบาลจิตสังคมแก่พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง และเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารงานบุคลากรทางการพยาบาลและงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในเรื่องต่อไปนี้

1. ศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาลและประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน
2. ศึกษาและเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัดและประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
4. ศึกษาและเปรียบเทียบปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน
5. ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน มีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน
3. ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
4. กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัดและประสบการณ์การ

เพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน มีปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน

5. ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่สามัญ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ศัลยกรรมชายและหญิง สูติกรรม นรีเวช หอผู้ป่วยตาและหอผู้ป่วยหูคอจมูก รวมทั้งหอผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ชัดเจนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยดังกล่าวระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2538

2. ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมครั้งนี้ ได้จากการตอบแบบสอบถามโดยการประเมินตนเอง (self-report) ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

3. ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ในเรื่องการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (the therapeutic use of self) และการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (the client-centered approach) โดยไม่ได้เน้นการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) และศึกษาปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

4. ตัวแปรที่ศึกษา จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 เกี่ยวกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรต้น ได้แก่ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

4.2 เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ตัวแปรต้น ได้แก่ สถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

4.3 เกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ตัวแปรต้น ได้แก่ สถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

คำจำกัดความสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลในทุก ๆ เรื่อง ที่พยาบาลได้สอดคล้องแทรกหลักการพยาบาลจิตสังคม การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด และการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติการพยาบาล

2. หลักการพยาบาลจิตสังคม ได้แก่การดูแลช่วยเหลือโดยใช้หลักการพยาบาลจิตสังคมคือใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการดูแลบุคคลในภาพรวม (holistic) เป็นหลัก ได้แก่ การให้ความสำคัญต่อองค์รวมของผู้รับบริการ เน้นความเข้มแข็งและประโยชน์ของผู้รับบริการในขณะนั้น ขอมรับความเป็นเฉพาะรายของบุคคล เน้นคุณภาพการสร้างสัมพันธ์ทางวิชาชีพและการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด ให้ความสำคัญกับความต้องการและสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการมีโอกาสเรียนรู้เพื่อการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

3. การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด หมายถึงการใช้ตัวพยาบาล ซึ่งได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคติและการกระทำ ในการปฏิบัติกับผู้รับบริการทั้งคน (Birckhead, 1989)

4. การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นเฉพาะราย (individual) ของผู้รับบริการ

5. ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม หมายถึงผลรวมจากการเรียนรู้ จากการศึกษา ค้นคว้า การปฏิบัติและประสบการณ์ต่าง ๆ ของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตสังคม

6. ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ได้แก่ องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวพยาบาลเอง และปัจจัยแวดล้อมทางการพยาบาลที่พยาบาลให้ความหมายว่าเป็นอุปสรรค ขัดแย้ง หรือทำให้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติ การพยาบาลจิตสังคมของตนเองเป็นแนวทางในการประเมินตนเอง (self-report) ถือว่าเป็นคำตอบ ที่เชื่อถือได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล เป็นข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาทางการพยาบาล ในการพัฒนาเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 การคัดเลือกหรือสรรหาผู้ที่เหมาะสมในการศึกษาวิชาชีพพยาบาลอย่างแท้จริง คือ สามารถดูแลผู้รับบริการครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและจิตสังคมได้เป็นอย่างดี
 - 1.2 การพัฒนาเนื้อหาของหลักสูตรการพยาบาลให้ครอบคลุมการพยาบาลจิตสังคมอย่างเป็นรูปธรรมในทุก ๆ รายวิชา ทั้งด้านความรู้และทักษะ
 - 1.3 การจัดหลักสูตรเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลจิตสังคมแก่นักศึกษาทางการพยาบาลโดยเน้นความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม
2. ด้านบริหารการพยาบาล เป็นข้อมูลในการบริหารงานบุคคล และจัดระบบการทำงานที่ ส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมอย่างจริงจัง

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติกรพยาบาลที่สมบูรณ์ จะต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) นั่นเอง ภาวะสุขภาพในความหมายขององค์รวม คือ ความสมดุลของทุก ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการคืนกลับสู่ภาวะสุขภาพปกติได้ (Light, 1997) ซึ่งพบว่า ในภาวะเจ็บป่วยนั้นบุคคลมีความอ่อนแอ(ego weak) อยู่แล้วและส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนโดยไม่อาจหลีกเลี่ยง (บุญวาทิ, 2539) ดังนั้นการให้ความสำคัญกับจิต สังคมของผู้รับบริการในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักตลอดเวลาที่ปฏิบัติกรพยาบาลทุกชนิด ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพปกติโดยเร็ว ซึ่งโคเออร์, สปาร์คและเทเลอร์ (Dyer, Sparks and Taylor, 1995) กล่าวว่า “ พยาบาลทุกคนต้องมีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลทางจิต เนื่องจากความต้องการการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้รับบริการมีแนวโน้มต้องใช้ความชำนาญของพยาบาลมากขึ้น ซึ่งการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องให้ความสนใจทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกายควบคู่กันไปเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่สังคม เศรษฐกิจและวิทยาการต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พยาบาลถูกผลักดันให้ต้องให้การพยาบาลด้านสุขภาพจิตในอันดับต้นๆ ” ซึ่งพยาบาลสามารถสอดแทรกการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ในขณะที่ปฏิบัติพยาบาลด้านร่างกายได้ทุก ๆ เรื่อง แต่เนื่องจากการพยาบาลจิตสังคมเป็นงานละเอียดอ่อน มองเห็นเป็นรูปธรรม หรือเห็นหลักฐานได้ยาก จึงทำให้พยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลขาดความสนใจ ไม่กระตือรือร้น หรือให้ความสำคัญเป็นอันดับรอง เช่น จากผลการวิเคราะห์แผนการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ของแผนกพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2530 อ้างตาม สมสมัช, 2534) พบว่า พยาบาลให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านร่างกายถึงร้อยละ 99.39 และให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลจิตสังคม เพียงร้อยละ 0.61 เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพของ ศิริพร และคณะ (2540) พบว่า “ พยาบาลวิชาชีพทุกคน มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพียงพอที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถสังเกต ให้ข้อวินิจฉัยเบื้องต้นด้านปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจ และสามารถให้ความช่วยเหลือขั้นต้นได้ แต่ในสถานการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น พยาบาลวิชาชีพไม่ได้แสดงสมรรถนะด้านนี้ให้ปรากฏเด่นชัดเลย ” จึงอาจเป็นไปได้ว่า แม้ว่าการพยาบาลด้านจิตใจจะมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการพยาบาลด้านร่างกาย แต่พยาบาลก็ยังไม่สามารถ

ปฏิบัติหรือให้ข้อวินิจฉัยเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ต้องการพยาบาลที่มีคุณสมบัติเฉพาะมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปก็ได้ โดย คอนดอน (Condon, 1992) ได้อธิบายถึง การดูแลเอื้ออาทร (caring) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของการพยาบาลจิตสังคมว่า มีความหมายมากกว่าการที่พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถเท่านั้น แต่จะรวมไปถึงการมีทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับการพยาบาล เพราะองค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อการคิด การพิจารณาและแสดงพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ดังนั้นการอ่าน การฟัง เท่านั้นไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมเอื้ออาทรนี้ได้ พยาบาลจะต้องใช้เวลาที่จะพัฒนาตนเอง ตระหนักถึงความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตน ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (the therapeutic use of self) ในการพยาบาลผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยวิชาชีพพยาบาลของเทเลอร์ (Taylor, 1992) ที่ว่า พยาบาลไม่เพียงแต่เป็นผู้มีวิชาชีพช่วยเหลือคนเท่านั้น แต่จะต้องมีความสามารถในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ โดยการให้ความสำคัญกับความเป็นคนของผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องการความละเอียดอ่อน และใช้ความอดทนของพยาบาลมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะพยาบาลต้องสามารถสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อถือ ให้ผู้รับบริการสามารถให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เนื่องจากปัญหาด้านจิตสังคมจะคลี่คลายได้ต้องเป็นความรับผิดชอบในการดูแล จัดการปัญหาจิตสังคมนั้น ๆ โดยตัวของผู้รับบริการเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักในการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด โดยคำนึงถึงความเป็นเฉพาะรายหรือยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือ บนพื้นฐานของการพยาบาลจิตสังคม เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างความเชื่อถือ ไว้วางใจ ทำให้ผู้รับบริการพร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาและความต้องการด้านจิตสังคม และสามารถดูแลตนเองให้ผ่านวิกฤตด้านจิตสังคมนั้นต่อไป

การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด หมายถึงการใช้ตัวพยาบาลอันได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติและการกระทำในการปฏิบัติกับผู้รับบริการทั้งคน (Birckhead, 1989) เนื่องจากความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตสังคมมีความละเอียดอ่อน ซับซ้อนเข้าถึงได้ยาก และไม่เป็นที่เปิดเผยได้เสมอ การเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดส่วนตัว จึงมักทำให้ผู้รับบริการหรือพยาบาลยุ่งยากใจเสมอ (บุญวาทย์, 2539) ประกอบกับการแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านจิตสังคมขึ้นอยู่กับตัวผู้รับบริการในการดูแลตนเองเป็นหลัก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมจึงต้องเริ่มที่พยาบาลที่จะทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ โดยพยาบาลต้องรู้ เข้าใจและยอมรับความเป็นเฉพาะราย

ตัวผู้รับบริการในการดูแลตนเองเป็นหลัก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมจึงต้องเริ่มที่พยาบาลที่จะทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ โดยพยาบาลต้องรู้ เข้าใจและยอมรับความเป็นเฉพาะรายของผู้รับบริการ ซึ่งการเข้าใจและยอมรับต้องเริ่มที่พยาบาลเข้าใจและตระหนักผู้ในตนเองก่อน เพื่อจะสามารถตรวจสอบความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองรวมทั้งสามารถพัฒนา และปรับปรุงตนเอง เพื่อให้การช่วยเหลือด้านจิตสังคมได้โดยไม่รู้สึกรัดเคี้ยว หรือคับข้องใจ โดยบิร์คเฮด (Birckhead, 1989 อ้างใน บุญวาทย์, 2539) ได้อธิบายถึงหลักการเบื้องต้นในการพยาบาลผู้รับบริการทางจิต ซึ่งเป็นพื้นฐานของการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด คือ พยาบาลต้องเชื่อมั่นในตัวผู้รับบริการ และผู้รับบริการเองจะต้องรับรู้ในความเชื่อมั่นนั้นด้วย พยาบาลต้องยอมรับเคารพในความเป็นบุคคลโดยแสดงออกทั้งท่าทางและการพูด โดยจะต้องมีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม สามารถเลือกวิธีช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีจริยธรรมในระดับสูงและนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้ มีความเป็นมิตร รู้คุณค่าของคน และงานที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต มีพลังที่จะเรียนรู้และทำสิ่งต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ โดยตระหนักผู้ตนเอง ตระหนักผู้ในหน้าที่ของตน และพฤติกรรมของตนเอง เนื่องจากพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความหมายต่อผู้รับบริการที่มีปัญหาและความต้องการทางจิตสังคมเสมอ บิร์คเฮด (Birckhead, 1989) ยังได้กล่าวถึง คุณลักษณะที่จำเป็นของพยาบาลที่จะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดว่า จะต้องเป็นผู้ที่สามารถทำความเข้าใจกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการได้ มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือตามวิธีทางที่เหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย อดทนต่ออารมณ์ของผู้รับบริการที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีวิสัยทัศน์ความกอดคั้นทางอารมณ์ของผู้รับบริการอย่างมีศิลปะ นอกจากนั้น โรเจอร์ และทร็อกซ์ (Roger and Traux, 1967) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การพบปะระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการในกระบวนการบำบัดรักษานั้น ควรมีลักษณะจริงใจ เปิดเผย ไม่มีสิ่งแอบแฝง ปราศจากการบิดเบือนข่าวสาร มีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนและเข้าใจตรงกัน พยาบาลสามารถร่วมรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการได้ (empathy) ทำให้พยาบาลตระหนักในความทุกข์ของผู้รับบริการ และสามารถเป็นธุระในสิ่งที่ปัญหาและเป็นความต้องการของผู้รับบริการได้ รวมทั้งการแสดงการยอมรับนับถือความเป็นมนุษย์ โดยการแสดงออกทั้งคำพูดและการปฏิบัติ ซึ่งจะสะท้อนถึงการยอมรับนับถือ โดยเฉพาะในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นหลัก

การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงตัวผู้รับบริการ และพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการเป็นหลัก รวมทั้งปัจจัยที่

ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันอื่น ๆ เช่น บุคลิกภาพ ประสบการณ์ โดยการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้นความเฉพาะราย และการรักษาสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ อันเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคลในขณะปฏิบัติกรพยาบาลเสมอ

นอกจากนั้นในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมนาพยาบาลจะต้องมีพื้นฐานทางอารมณ์และจิตใจที่มีคุณภาพและมั่นคงด้วย โดย จินตนา (2529) กล่าวว่าพยาบาลที่มีอารมณ์มั่นคง มีความมั่นใจในตนเอง มีแรงเสริมในการต่อสู้ปัญหา ไม่มีสิ่งขัดแย้งกับข้อใจ จะสามารถให้การพยาบาลจิตสังคมนาได้ดี ส่วน แคลคราฟท์ (Calcraft, 1997) กล่าวว่า “ ในระยะแรก ๆ การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลจะเน้น งาน ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม แต่ตั้งแต่ปลายปี 1980 เป็นต้นมา แนวคิดทางการพยาบาลได้เปลี่ยนไปโดยเน้นทักษะการปรึกษา การให้ความรู้และทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพมากขึ้น การดูแลผู้รับบริการจึงเป็นการดูแลที่สมบูรณ์แบบ (comprehensive care) ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการลดอัตราการป่วยซ้ำ แต่ปัจจุบันกลับพบว่าพยาบาลใช้ทักษะเหล่านี้น้อยมาก ” อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติกรพยาบาล ฮอลล์ (Hall, 1997) กล่าวว่า “ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ แนวคิดและหลักการทางทฤษฎี เพื่ออธิบายปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ โดยอาศัยทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจเพื่อเรียนรู้ว่าผู้รับบริการรายบุคคลเป็นอย่างไร แต่ก็มหลายเรื่องที่ยากในการประเมิน เพราะผู้รับบริการไม่สามารถบอกให้พยาบาลรู้ได้ บางครั้งพยาบาลก็รู้ปัญหาของผู้ป่วยซ้ำมาก หรือรู้ได้โดยบังเอิญเสียมากกว่า พยาบาลจึงต้องสร้างความเชื่อถือ การยอมรับและไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ ” โดย ฮอลล์ (Hall, 1997) เน้นว่า ไม่มีเครื่องมือใด ๆ ที่แน่นอน ชัดเจนในการปฏิบัติกรพยาบาลดังกล่าว นอกจากตัวพยาบาลเอง เพราะพยาบาลต้องปฏิบัติกรพยาบาลกับความไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งหมายถึง คน หรือ ผู้รับบริการ นั้นเอง จึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมนาขึ้นอยู่กับความเป็นเฉพาะราย (individual) ของผู้รับบริการ โดยมี **ตัวพยาบาล** เป็นเครื่องมือในการบำบัดที่ดีที่สุด บนพื้นฐานของแนวคิดและหลักการพยาบาลจิตสังคมนา ซึ่งสมสมัย (2534) ได้สรุปแนวคิดหลักของการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมนา ดังนี้

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง สมควรได้รับการยอมรับ
2. บุคคลมีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายและจิตใจ ชีวิตมนุษย์มีโครงสร้างและหน้าที่ของมันเป็นเอง ภาวะสุขภาพและจิตใจมีอิทธิพลในการรักษาความสมดุลให้มีทั้งสองฝ่าย
3. ทุกชีวิตต้องมีแรงกระตุ้นเพื่อการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนต้องการความรู้สึกว่า ตนได้รับการประคับประคอง ให้กำลังใจ

4. มนุษย์มีความต้องการเหมือนกันทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ที่อยู่อาศัย อาหาร สุขภาพและสิ่งแวดล้อมอื่นต่างมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล เช่นเดียวกับการขาดความพึงพอใจด้านสังคม ความเชื่อถือศรัทธา และความต้องการด้านอารมณ์ก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้

5. การสื่อข้อความเป็นพื้นฐานการแลกเปลี่ยนในสังคม การพูด การกระทำ น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้พูดและผู้ตอบ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของคู่สนทนา

6. ขอมรับถึงความสำคัญของมนุษยสัมพันธ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล โดยสามารถระบายความทุกข์ร้อนใจได้นั้น จะต้องตั้งอยู่บนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การพูดคุยกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสนใจ เข้าใจปัญหา พร้อมทั้งจะรับฟังและให้การช่วยเหลือ ซึ่งการพยาบาลจิตสังคม จะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ มาประยุกต์ในกระบวนการพยาบาล

7. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมเกิดจากความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น

8. พฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ โดยพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นตามลำดับ

9. พฤติกรรมไม่เคยคงที่ เพราะสิ่งแวดล้อมแปรเปลี่ยนตลอดเวลา

10. บุคคลมีความแตกต่างกันที่ความสามารถในการปรับตัว ขึ้นอยู่กับปัจจัยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ ความรุนแรงของความเครียดและทรัพยากรที่มีอยู่

11. ความเจ็บป่วยสามารถเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโตในทางที่ดีได้ ดังนั้นจุดประสงค์ของการพยาบาลคือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางบวก ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้นและส่งเสริมความรู้สึกที่มีคุณค่าของตนเอง

12. บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนควรจะได้รับ ไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และความคาดหวังของทั้งพยาบาลและผู้รับบริการร่วมกัน

13. บุคคลควรมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง

14. การเปลี่ยนแปลงที่ถูกคามหน้าที่ ของร่างกาย ใ้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภาวะสุขภาพกายและอารมณ์ ความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่หรือทำให้จำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือเพื่อให้ทำหน้าที่ได้

15. ทศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงได้

นอกจากนั้น ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม สรุปได้ว่าการพยาบาลจิตสังคมประกอบด้วย องค์ประกอบที่แสดงทางวาจา ได้แก่การให้ข้อมูล การให้บริการที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตระหนักถึงคุณค่าและความต้องการของผู้รับบริการ การเป็นที่ปรึกษาและการพูดให้กำลังใจ และองค์ประกอบที่แสดงโดยท่าทาง ได้แก่ การสนับสนุน ให้กำลังใจ การใช้เวลาแก่ผู้รับบริการและการใช้การสัมผัสเพื่อการรักษา โดยมีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม และทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นหลัก สอดคล้องกับ คิง (King, 1981) ได้อธิบายถึงการจัดกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interactive process) ว่า ประกอบด้วยการรับรู้ ตัดสินใจและปฏิบัติ ซึ่งเป็นงานที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ โดยเน้นว่า ในกระบวนการนี้มีบางสิ่งบางอย่างที่ลึกซึ้งไปกว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แต่ยังมีการแลกเปลี่ยนคุณค่า ความต้องการ และมีเป้าหมายร่วมกัน คือสัมพันธภาพ รูปแบบของ คิงในกิจกรรมการพยาบาลจึงรวมทั้งบุคคล สัมพันธภาพ และสังคมของผู้รับบริการนั่นเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ผู้วิจัยได้จำแนกเป็น 2 ส่วนคือส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล และส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล ทั้งในด้านของตัวพยาบาลเอง ผู้บริหารทางการพยาบาล ฝ่ายจัดการศึกษา และผู้รับบริการ โดยพบว่ารายงานวิจัยหลายเรื่องกล่าวถึงรายละเอียดของทั้งสองส่วนนี้ เพื่อให้การทบทวนเอกสารงานวิจัยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในสองส่วนนี้ควบคู่กันไปด้วย

จากรายงานผลการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยศิริพร และคณะ (2540) พบว่า “ อาจารย์พยาบาลมีความเห็นว่าคุณรู้ทางทฤษฎีนั้น พยาบาลวิชาชีพได้รับในขณะที่เป็นนักศึกษาเพียงพอสำหรับการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจที่ไม่รุนแรง แต่ในทางปฏิบัติจริง ๆ พยาบาลวิชาชีพทั่วไปยังขาดทักษะและความมั่นใจในความรู้ที่ตนเองมีและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงทำให้กิจกรรมการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชถูกละเลย นอกจากนั้นการพัฒนาสมรรถนะอย่างเดียว อาจไม่ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเต็มที่ หากไม่แก้ไขทัศนคติว่าการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นงานนอกเหนืองานปกติของพยาบาลวิชาชีพฝ่ายกาย และแก้ไขการทำงานแบบ task oriented ให้เป็น holistic nursing care ” ส่วนผู้บริหารทางการพยาบาลที่มาจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย

มีความคิดเห็นว่า “ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นนามธรรม มองไม่เห็นผลงานและต้องใช้
เวลาในการพูดคุยกับคนไข้ ซึ่งถ้ามีงมาก เวลาจำกัด ก็ไม่มีใครอยากทำ...” โดยกลุ่มพยาบาลที่
ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการฝ่ายกาย จะปฏิบัติการพยาบาลที่สังเกตเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรม
คือการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษารักษา ต้องรับผิดชอบผู้รับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะใน
เวลากลางคืน ในเรื่องการติดต่อสื่อสารพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมวิจัยจะสื่อสารด้วยอวัจน
กัณฑ์ทางตรงและทางอ้อม ซึ่งโดยทางตรงก็อาจจะให้การบำบัดรักษา ช่วยเหลือทำความสะอาด
ร่างกาย ให้อาหารผู้รับบริการ พยาบาลมักจะไม่พูด มีสัมผัสตัวบ้างเท่าที่จำเป็นและจะทำกิจกรรม
ต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ส่วนการใช้ภาษาวิจาจะเป็นการแจ้งข้อมูลและบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการ
บำบัดรักษาเฉพาะอย่าง โดยส่วนใหญ่มักเป็นคำพูดที่เป็นคำสั่ง และเป็นคำพูดสั้น ๆ เท่าที่จำเป็น
เป็นการสื่อสารทางอ้อม เช่นชื่ออะไร ขึ้นไปนอนบนเตียง เป็นต้น นอกจากนั้นผู้วิจัยได้สรุป
ปรากฏการณ์ที่พบว่า “ไม่พบว่าพยาบาลแสดงพฤติกรรมของการใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัดรักษา
(therapeutic communication) อย่างจริงจัง และเป็นระบบ ” สำหรับบทสรุปของการวิจัยครั้งนี้ ผู้
วิจัยกล่าวว่า “ เป็นที่น่าสังเกตว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพียงพอที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถสังเกต ให้ข้อวินิจฉัยเบื้องต้น
สั้นปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและให้การช่วยเหลือในขั้นต้นได้ แต่ในสถานการณ์การ
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น พยาบาลวิชาชีพไม่ได้แสดงสมรรถนะในด้านนี้ให้ปรากฏอย่างเด่นชัด
เลย ” สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ สมจิตและคณะ (2528) ได้ศึกษาติดตามผลการใช้ระบบ
บันทึกแบบปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า พยาบาลมีข้อบกพร่องในการ
ประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์ด้วย ในขณะที่ ศิริพรและคณะ (2540) พบว่า สมรรถนะที่พยาบาล
ต้องฝึกฝนเพิ่มเติม ได้แก่ การฝึกทักษะ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้
พื้นฐานในสมรรถนะที่จำเป็นบ้างแล้ว แต่ยังขาดการฝึกและไม่ได้ปฏิบัติขณะทำงานจริง ๆ ทำให้
ไม่มั่นใจและไม่กล้าทำ แม้รู้ว่าเมื่อประโยชน์และช่วยผู้ป่วยได้มากก็ตาม โดยกล่าวว่า การเพิ่ม
สมรรถนะโดยการฝึกอบรมระยะสั้นเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยได้ แต่ต้องเน้นการฝึกทักษะมากกว่าความรู้
ทฤษฎีที่ลึกซึ้งและกว้างขวาง รวมทั้งผู้สอนและที่เลี้ยงต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะ
เป็นแบบอย่าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าอบรมมีสมรรถนะที่ต้องการได้ไวเวลากำกัด นอกจากนี้ยังพบ
ว่ามีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอีก โดยจกผลการวิจัย
เนื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคิดสรร กับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม
ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ของสมสมัย (2534) พบว่า ร้อยละ
94.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในระดับต่ำ โดยพบว่า

ตัวแปรพยากรณ์เรื่องการร่วมรู้สึก และแรงสนับสนุนทางวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่านิยมทางวิชาชีพและการบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้วิจัยอธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการอธิบายความผันแปรของความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม น่าจะอยู่ที่ตัวบุคคล ความตั้งใจจริง และจริยธรรมของบุคคลมากกว่าปัจจัยอื่น ส่วนตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้เป็นอันดับแรก และอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 8.82 โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวกคือ การร่วมรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย และเมื่อเพิ่มตัวแปรค่านิยมการบริการเข้าไป ทำให้อธิบายความผันแปรความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.42 โดยผลการวิจัยยังพบว่าไม่มีตัวพยากรณ์ใดที่สามารถอธิบายความผันแปรของความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้เลย ในพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม ซึ่งในเรื่องนี้ผู้วิจัยอธิบายว่า เพราะพยาบาลแผนกศัลยกรรมมีภาวะกดดันทางอารมณ์สูง มีความวิตกกังวลทำให้สนใจบุคคลอื่นลดลง โดยเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม อาจเนื่องจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่เผชิญ ไม่ได้ข้อมูลที่ต้องการ รู้สึกสิ้นหวัง กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หมกสนมรโรคภาพ กลัวการสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาเศรษฐกิจ หรือมีประสบการณ์การผ่าตัดที่ไม่ดีมาก่อน ทำให้พยาบาลได้รับผลกระทบ ต้องปรับตัวตลอดเวลาที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะต้องให้การพยาบาลอย่างเร่งรีบทันกับความต้องการของผู้ป่วย

ในด้านพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ปัญญาภรณ์, สุจิตรา และนางลักษณ์ (2538) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วย : ความหมายและพฤติกรรมของพยาบาล โดยศึกษาจากการให้ความหมายของผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 31 คน พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายถึงสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติมากที่สุดคือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขสบายช่วยให้อาการต่าง ๆ ทุเลาลง อันดับรองลงมา ก็พยาบาลควรดูแลอาการด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยนพร้อมทั้งเอาใจใส่ผู้ป่วย อันดับสาม คือ ความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือ อันดับสี่ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งกายและใจ อันดับที่ยี่ห้า คือการให้คำแนะนำ และอันดับที่หก คือคอยป้องกันอันตราย แต่ในการปฏิบัติของพยาบาลผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับจากการปฏิบัติจริงของพยาบาล ได้แก่การปฏิบัติพยาบาลด้านร่างกาย เช่นการให้น้ำเกลือ ให้ออกซิเจน ให้เลือด มากที่สุดถึงร้อยละ 87.09 รองลงมาคือ การวัดชีพจร การหายใจ อุณหภูมิ และสังเกตอาการผิดปกติ ร้อยละ 80.65 ส่วนการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติอยู่ในอันดับหลัง ๆ คือการปลอบใจ ให้

กำลังใจเพียงร้อยละ 45.16 และการช่วยเหลือแนะนำปัญหาเศรษฐกิจและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ 9.67 และ 6.45 เท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นงานหนึ่งของการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาลท้องถิ่นของประเทศอังกฤษ 9 แห่ง เกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติกรพยาบาล โดยการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพในหอผู้ป่วยฉุกเฉิน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พยาบาลหัวหน้าแคว 132 คน พบว่าร้อยละ 52 ไม่ได้ปฏิบัติ และปัจจัยหลักที่ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ ให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ คือ ร้อยละ 81 บอกว่าไม่มีเวลา ร้อยละ 67 บอกว่าผู้ป่วยไม่สนใจที่จะรับรู้ และร้อยละ 53 บอกว่าตนเองขาดความรู้และทักษะในด้านนี้ ร้อยละ 41 บอกว่าการให้ความรู้หรือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือไม่ ขึ้นอยู่กับลักษณะของพยาบาลแต่ละคน ส่วนร้อยละ 20 บอกว่างานพยาบาลที่ทำอยู่หนักอยู่แล้ว (Latter, Mabin, Maclead and Wilson-Barnett, 1993) จากผลงานวิจัยเรื่องนี้ อาจกล่าวได้ว่า พยาบาลบางส่วนยังเห็นว่าการให้ความรู้หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นงานนอกเหนือจากงานพยาบาลทั่วไป การปฏิบัติหรือไม่ขึ้นกับตัวพยาบาลแต่ละคนที่จะให้ความสำคัญหรือไม่ ซึ่งในรายงานวิจัยฉบับเดียวกันได้ศึกษาวิจัยสนับสนุนที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่หรือร้อยละ 54 ระบุว่าแหล่งความรู้จะช่วยสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยได้ ร้อยละ 33 ระบุว่าลักษณะเฉพาะตัวของพยาบาล ร้อยละ 23 บอกว่าต้องมีเวลาเพียงพอ และร้อยละ 18 บอกว่าการฝึกฝนและพัฒนาบุคลากรที่เพียงพอ จะช่วยให้พยาบาลทำหน้าที่เหล่านี้ได้ดีขึ้น

ในส่วนการศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมในด้านการรับรู้และความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการ จากผลการศึกษาของ เอสเซน และเอสโจเด็น (Essen & Sjoden, 1995) เรื่องการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นและการรับรู้ความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลของหอผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชและหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีพฤติกรรมการดูแลที่ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลรับรู้ว่าเกิดขึ้นในระดับปานกลาง คือ การอธิบายและเอื้ออำนวยประโยชน์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในขณะที่ผู้รับบริการฝ่ายกายจะรายงานว่า การเป็นที่เล็ง คอยตรวจเตือน (monitors) และติดตามการช่วยเหลือ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด อย่างไรก็ตามพบว่า พยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยจิตเวชและหอผู้ป่วยฝ่ายกาย จะให้ความสำคัญเรื่องความสุขสบายของผู้รับบริการว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

ส่วนการวิจัยของมณฑล (2537) เรื่องความต้องการของมารดา และการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่บุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลอุดรดิตต์ จำนวน 307 ราย พบว่า สิ่งที่มารดาต้องการในด้านร่างกายสูงสุดคือ การดูแลให้ได้รับอาหารตรงเวลาร้อย

ละ 99.3 แต่ในด้านความต้องการจิตอาธรรมณ์ คือ การพยาบาลที่นุ่มนวลถึงร้อยละ 100 โดยพบว่า มารคามีความต้องการมากกว่าการพยาบาลที่ได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดย ในรายละเอียดพบว่า ความต้องการด้านจิตอาธรรมณ์ของมารดาหลังคลอดเป็นดังนี้ การพยาบาลที่นุ่มนวล ร้อยละ 100 การให้การต้อนรับที่ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง ร้อยละ 99.7 การเยี่ยมชมตรวจ ชักถามอาการสม่ำเสมอ ร้อยละ 99.3 การอธิบายกิจกรรมการรักษาที่ได้รับขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 99 การอธิบายเหตุผลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 98.4 การอธิบายกฎระเบียบของโรงพยาบาลให้ทราบ ร้อยละ 97.7 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจด้วยความเต็มใจ ร้อยละ 97.1 และให้ความสนใจและเห็นใจเมื่อกังวลหรือเมื่อซักถาม ร้อยละ 92.2

อย่างไรก็ตามความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการในภาวะสุขภาพต่าง ๆ ผู้รับบริการ อาจให้ความสำคัญกับการพยาบาลจิตสังคมเป็นอันดับรอง ดังเช่นรายงานวิจัยของ โรสเอ็นซาล (Rosenthal, 1992) ซึ่งได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการดูแล (caring) ของพยาบาลและผู้ป่วยโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลของเมืองเวสเทิร์น (Western City) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนผลงานวิจัยอื่น ๆ หลายฉบับที่พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาลนั้นแตกต่างกัน จึงเป็นไปได้ว่าในขณะที่บุคคลเผชิญกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความต้องการด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่บุคคลต้องตระหนักถึง แต่พยาบาลสามารถสอดคล้องแทรกการพยาบาลด้านจิตใจในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการทุก ๆ ภาวะสุขภาพ จึงเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาลในทุก ๆ สาขา

ปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล อาจจำแนกเป็น 2 ประการ

1. ปัญหาและอุปสรรคที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง ตามที่ ฮอลล์ (Hall, 1997) กล่าวว่า ไม่มีเครื่องมือใด ๆ ที่แน่นอนชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม นอกจากตัวพยาบาลเอง เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลกับคน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นหากปัญหาและอุปสรรคเกิดกับตัวพยาบาลแล้ว ข้อมส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างแน่นอน

2. ปัญหาและอุปสรรคที่มีสาเหตุจากภาระงานและสิ่งแวดล้อม โดย ลอเร็นท์ (Laurent, 1992) ได้ศึกษาผลจากการขาดแคลนพยาบาลและความกดดันจากภาระงาน รวมทั้งได้รับคำตอบ

แทนคำ ว่ามีผลต่อมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ โดยพบว่าร้อยละ 73 ของพยาบาลต้องทำงานนอกเวลาด้วย โดยเป็นงานที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ พยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกว่าต้องเร่งรีบทำงาน โดยเฉพาะงานเขียน และยังพบว่าพยาบาลมีปัญหาขาดแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และการเปลี่ยนแปลงมีจำนวนมากถึง 3000 คน นอกจากนั้นยังพบว่า พยาบาลมีความสุขสานกับงานเฉพาะอย่างมากกว่างานพยาบาลที่ต้องทำโดยทั่วไป เกือบ 2 ใน 3 จะรายงานว่างานพยาบาลไม่น่าสนใจ โดยพยาบาลผู้ชายจะรู้สึกเช่นนี้มากกว่าพยาบาลผู้หญิง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกและพยาบาลที่ทำงานกับผู้รับบริการทางจิตเวชจะรู้สึกเช่นนี้มากที่สุด ซึ่งตรงข้ามกับพยาบาลฝึกหัดจะรายงานว่า มีความพอใจทั้งค่าตอบแทนและภาระงานที่ได้รับ โดยผู้วิจัยได้อธิบายว่า พยาบาลที่ประจำหอผู้ป่วยนอกจะรู้สึกไม่สุขสบายเพราะสังคมและผู้รับบริการคาดหวังไว้สูง รวมทั้งการปฏิบัติงานต้องมีทักษะหลากหลาย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพื้นฐาน (basic research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่สามัญ ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง อายุรกรรมชายและหญิง สูติกรรม นรีเวช ตา และหูคอจมูกของโรงพยาบาลหาดใหญ่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ รวมทั้งหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถแยกประเภทผู้ป่วยได้ชัดเจนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ด้วย ในระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2537 ถึง 31 มกราคม 2538 โดยประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการมีจำนวนทั้งสิ้น 200 คน จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ 83 คน และ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 117 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวนอย่างน้อยร้อยละ 70 ของประชากร โดยเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 79.52 ของประชากร และพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 71.79 ของประชากร รวมจำนวนตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 75.00 ของประชากรทั้งหมด โดยตัวอย่างกระจายอยู่ในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่สามัญ ดังรายละเอียดตามตาราง 1.

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหอผู้ป่วยที่สังกัด

หอผู้ป่วยที่สังกัด	จำนวน	ร้อยละ
อายุรกรรมหญิง	24	16.0
อายุรกรรมชาย	11	7.3
ศัลยกรรมหญิง	25	16.7
ศัลยกรรมชาย	33	22.0
สูติกรรม	20	13.3
นรีเวช	15	10.0
ตา	5	3.3
หู คอ จมูก	6	4.0
อื่น ๆ (จำแนกไม่ได้)	11	7.3
รวม	150	100

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลและปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามระเบียบวิธีวิจัย ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง (self - report rating scale)

แบบประเมินตนเองของพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย
 - 1.1 ข้อมูลพื้นฐานทางสังคม
 - 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม
2. ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม
3. การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม
4. ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นกรอบในการพิจารณาสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

2. สร้างแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคม โดยใช้กรอบคำถามจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล โดยการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) กับพยาบาลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 5 กลุ่ม

3. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิด ข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม และจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ จัดหมวดหมู่เพื่อสร้างแบบประเมินตนเองต่อไป

4. ลักษณะแบบประเมินตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก (multiple choices) มีจำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินตนเองด้านความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคม จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 2 ระดับ คือ 0, 1 โดยผู้วิจัยกำหนดความหมายของแต่ละระดับ ดังนี้

0 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ใช่การพยาบาลจิตสังคม

1 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นการพยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 3 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (the therapeutic use of self) 14 ข้อ และการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (the client - centered approach) 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ 0, 1, 2 และ 3 ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของแต่ละระดับดังนี้

0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเช่นนั้นเลย

1 หมายถึง ได้ปฏิบัติเช่นนั้นน้อย (ประมาณ 1 ครั้ง / สัปดาห์) หรือ หลาย ๆ สัปดาห์ต่อครั้ง

2 หมายถึง ได้ปฏิบัติเช่นนั้นในระดับปานกลาง (ประมาณ 2 - 3 ครั้ง / สัปดาห์)

3 หมายถึง ได้ปฏิบัติเช่นนั้นบ่อย ๆ ครั้ง (วันละหลาย ๆ ครั้งหรือทุกครั้งที่ปฏิบัติการพยาบาลหรืออยู่กับผู้ป่วย)

ตอนที่ 4 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับปัญหาในการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเอง 6 ข้อ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยแวดล้อม 7 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ 0, 1, 2 และ 3 และกำหนดความหมายของแต่ละระดับดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย
- 1 หมายถึง มีปัญหาเช่นนั้นน้อย (1 ครั้ง / สัปดาห์ หรือหลาย ๆ สัปดาห์ต่อครั้ง)
- 2 หมายถึง มีปัญหาเช่นนั้นปานกลาง (2-3 ครั้ง / สัปดาห์)
- 3 หมายถึง มีปัญหาเช่นนั้นบ่อย ๆ ครั้ง (วันละหลาย ๆ ครั้ง หรือทุกครั้งที่ปฏิบัติกรพยาบาล)

5. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

5.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินตนเองของพยาบาลที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญของการพยาบาลจิตสังคม รวมทั้งการตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหานั้น ๆ ด้วย ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ซึ่งรับผิดชอบการสอนและวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลจิตสังคมมาแล้วอย่างน้อย 5-10 ปี จำนวน 4 ท่าน และพยาบาลที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไปมาแล้วอย่างน้อย 5-10 ปี จำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ รวมทั้งตัดข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยออก

5.2 ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบประเมินตนเองแต่ละส่วนกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1) แบบประเมินตนเองด้านความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคม ใช้สูตร KR - 20 ของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.8145

2) แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (t) มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 1.8844 - 9.5814 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ แอลฟา (α) ของครอนบาค (Cronbach's alpha - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.8379

3) แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (t) มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 2.7425 - 7.2767 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ แอลฟา (α) ของ

كرونบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.8502

6. การกำหนดความหมายของค่าเฉลี่ยในเรื่องต่าง ๆ

6.1 ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

- ค่าเฉลี่ย 1.31 - 2.00 หมายถึงมีความรู้ระดับดี
 ค่าเฉลี่ย 0.61 - 1.30 หมายถึงความรู้ระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.60 หมายถึงความรู้ระดับน้อย

6.2 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

- ค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึงการปฏิบัติระดับมาก
 ค่าเฉลี่ย 1.01 - 2.00 หมายถึงการปฏิบัติระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 0.01 - 1.00 หมายถึงการปฏิบัติระดับน้อย
 ค่าเฉลี่ย 0 หมายถึงไม่ปฏิบัติ

6.3 ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

- ค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึงปัญหาระดับมาก
 ค่าเฉลี่ย 1.01 - 2.00 หมายถึงปัญหาระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 0.01 - 1.00 หมายถึงปัญหาระดับน้อย
 ค่าเฉลี่ย 0 หมายถึงไม่มีปัญหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างสังกัด
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย และเก็บแบบประเมินกลับคืนด้วยตัวเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-PC⁺ สถิติที่ใช้มีดังนี้

1. สถิติพื้นฐานที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ t - test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยใช้ ANOVA และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้ S - method
3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ chi - square

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ ในการแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน สัญลักษณ์ที่ใช้มีดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนน
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
t	แทน	ค่าที่พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าที่พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	Sum of Squares
MS	แทน	Mean Squares
S - method	แทน	Shelfe Method
df	แทน	Degree of Freedom
χ^2	แทน	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
*	แทน	ค่าความเชื่อมั่น (Significant) ที่ระดับ 0.05
**	แทน	ค่าความเชื่อมั่น (Significant) ที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. พื้นฐานทางสังคม
2. ประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม กับการปฏิบัติการ

พยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 5 ปัญหาในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมกับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นฐานทางสังคม

ตาราง 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ช่วงอายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาลและสถานภาพทางเศรษฐกิจตามการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง

N = 150

พื้นฐานทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ		
21 - 25 ปี	37	24.7
26 - 35 ปี	100	66.7
36 - 45 ปี	11	7.3
46 - 55 ปี	2	1.3
สถานภาพการสมรส		
โสด	97	64.7
คู่และอยู่ด้วยกัน	40	26.7
คู่แยกกันอยู่	12	8.0
ไม่มีข้อมูล	1	0.7
ศาสนา		
พุทธ	138	92.0
อิสลาม	12	8.0
ระดับการศึกษาทางการพยาบาล		
ประกาศนียบัตร	11	7.3
ปริญญาตรี	137	91.3
ปริญญาโท	1	0.7
อื่น ๆ	1	0.7

พื้นฐานทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ทางการพยาบาล		
น้อยกว่า 1 ปี	13	8.7
1 - 3 ปี	28	18.7
4 - 6 ปี	39	26.0
7 - 10 ปี	47	31.3
10 ปีขึ้นไป	23	15.3
สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
ดีมาก	1	.7
ดี	18	12.0
พอใจ	97	64.7
มีปัญหาบางครั้ง	30	20.0
มีปัญหาทุกเดือน	4	2.7

จากตาราง 2 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 26 - 35 ปี มีจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถานภาพการสมรส คือเป็นโสด มีจำนวนมากที่สุด 97 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลคือปริญญาตรี มีจำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 91.3 มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 7 - 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด 47 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจที่กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินตนเองอยู่ในระดับพอใจ มีจำนวนมากที่สุด คือ 97 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7

2. ประสิทธิภาพการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

N = 150

ประสิทธิภาพการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับประสิทธิภาพการเพิ่มพูนความรู้		
เคยมี	65	43.3
ไม่เคยมี	84	56.0
ไม่มีข้อมูล	1	0.7

จากตาราง 3 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมมาก่อน มีจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรมการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

N = 65

กิจกรรมการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ฟังการบรรยายเฉพาะบางหัวข้อ	60	92.3
เข้าอบรมเป็นหลักสูตรเฉพาะการพยาบาลจิตสังคม	3	4.6
อื่น ๆ	2	3.1

จากตาราง 4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับประสิทธิภาพการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการฟังการบรรยาย เฉพาะบางหัวข้อ มีจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาห่างจากที่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ทางการแพทย์บาลจิตสังคัมครั้งสุดท้าย

N = 65

ระยะเวลาห่างจากที่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ฯ ครั้งสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	14	21.5
1 - 3 ปี	39	60.0
3 ปี ขึ้นไป	12	18.5

จากตาราง 5 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคัมมานานมาแล้ว 1 - 3 ปี มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาได้แก่ น้อยกว่า 1 ปี มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 และ ได้รับความรู้มานานมาแล้ว 3 ปี ขึ้นไปมีจำนวนจำนวนน้อยที่สุดคือ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคัมของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคัมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน	คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคัม	
		\bar{X}	SD
21 - 25 ปี	37	1.19	0.46
26 - 35 ปี	100	1.24	0.55
36 - 45 ปี	11	1.09	0.30
46 - 55 ปี	2	1.00	0.00
รวม	150	1.21	0.51

จากตาราง 6 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 26 - 35 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคัมมากที่สุด ($\bar{X}=1.24$, $SD=0.55$) รองลงมา คือช่วงอายุ 21 - 25 ปี ($\bar{X}=1.19$, $SD=0.46$)

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	0.35	0.12	F=0.73
ภายในกลุ่ม	146	38.82	0.27	
รวม	149	39.17		

P < 0.05

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางการพยาบาล

ระดับการศึกษาทางการพยาบาล	จำนวน	คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{X}	SD
ประกาศนียบัตร ๓	11	1.55	0.82
ปริญญาตรี	137	1.19	0.48
ปริญญาโท	2	1.00	-
รวม	150	1.21	0.51

จากตาราง 8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาล ในระดับประกาศนียบัตร ๓ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=1.55$, SD=0.82) รองลงมาได้แก่ระดับปริญญาตรี ($\bar{X}=1.19$, SD=0.48)

ตาราง 9 เปรียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	1.38	0.46	F= 0.15
ภายในกลุ่ม	146	37.79	0.26	
รวม	149	39.17		

P < 0.05

จากตาราง 9 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ทางการพยาบาล

ประสบการณ์ทางการพยาบาล	จำนวน	คะแนนความรู้ด้านการพยาบาล ฯ	
		\bar{X}	SD
น้อยกว่า 1 ปี	13	1.31	0.63
1 - 3 ปี	28	1.11	0.32
4 - 6 ปี	39	1.36	0.67
7 - 10 ปี	47	1.19	0.50
10 ปีขึ้นไป	23	1.09	0.29
รวม	150	1.21	0.51

จากตาราง 10 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 4-6 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด (\bar{X} =1.36, SD = 0.67) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี (\bar{X} =1.31, SD=0.63) และค่าต่ำสุดคือกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลมาแล้ว 10 ปี ขึ้นไป (\bar{X} =1.09, SD=0.29)

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	4	1.65	0.41	F=0.18
ภายในกลุ่ม	145	37.52	0.25	
รวม	149	39.17		

P < 0.05

จากตาราง 11 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม โดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (the therapeutic use of self) และการปิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (the client - centered approach) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์

N = 150

สถานการณ์	\bar{X}	SD
การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด		
3. ให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเต็มความสามารถทุกครั้ง	2.73	0.50
4. ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเองกับผู้รับบริการทุกราย	2.50	0.61
10. แม้ว่าผู้รับบริการแสดงท่าทีที่ไม่เหมาะสม ก็ไม่เคยตำหนิ	1.87	0.59
11. ให้เวลาพูดคุยกับผู้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการทุกวัน	2.07	0.67
13. เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้รับบริการได้	2.29	0.64
15. ไม่เคยแสดงสีหน้าท่าทางที่บ่งบอกถึงความเบื่อหน่ายหรือรำคาญผู้รับบริการ	2.17	0.64
16. ตั้งใจรับฟังเมื่อผู้รับบริการบอกถึงสิ่งที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษา	2.69	0.47
17. ห่วงใยได้ถามทุกข์สุขความเป็นอยู่ของผู้รับบริการ ขณะอยู่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	2.45	0.57
18. ยึดหยุ่นต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามระเบียบของโรงพยาบาลของผู้รับบริการ	2.27	0.69
20. ตัวท่านเองมีลักษณะท่าทีที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย	2.33	0.55
23. ตัวท่านได้แสดงความมีน้ำใจ เมตตาต่อผู้รับบริการเสมอ	2.61	0.50
24. ท่านปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างนุ่มนวล	2.60	0.49
27. ท่านสัมผัสเพื่อให้กำลังใจผู้รับบริการสม่ำเสมอ	2.20	0.62
30. ท่านปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้วยความมั่นใจในความถูกต้องเสมอ	2.26	0.57
รวม	2.36	0.58

สถานการณ์	\bar{x}	SD
การถือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง		
1. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รับบริการรายบุคคล	2.78	0.42
2. ให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ	2.77	0.44
5. ให้โอกาสผู้รับบริการเลือกที่จะรับบริการการพยาบาล	2.26	0.60
6. อธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจอย่างชัดเจนเมื่อผู้รับบริการถาม	2.46	0.59
7. บอกให้ผู้รับบริการทราบก่อนให้บริการทุกครั้ง	2.79	0.41
8. ถามความรู้สึกของผู้รับบริการเกี่ยวกับการรับการรักษาพยาบาล	1.99	0.60
9. ขอโทษผู้รับบริการก่อนทุกครั้งที่จะปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งต้องล่วงล้ำสิทธิส่วนตัว	2.07	0.69
12. ช่วยผู้รับบริการแก้ปัญหาต่าง ๆ ขณะที่ผู้รับบริการอยู่ในโรงพยาบาล	2.34	0.59
14. ท่านไม่เคยรังเกียจผู้รับบริการของท่าน ไม่ว่าผู้รับบริการนั้นจะมีพื้นฐานความเป็นมาหรือความเจ็บป่วยอย่างไร	2.65	0.53
19. ท่านไม่เคยเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ	2.41	0.66
21. พยายามทำทุกอย่างเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสุขสบาย	2.58	0.52
22. พยายามรักษาสีทริส่วนตัวของผู้รับบริการทุกเรื่อง	2.45	0.62
25. ให้โอกาสผู้รับบริการตัดสินใจที่จะรับการช่วยเหลือ	2.38	0.64
26. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเป็นอยู่ ในหอผู้ป่วยในวันแรก ๆ ที่ผู้รับบริการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล	2.13	0.79
28. ท่านได้บันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคมของผู้รับบริการ	1.68	0.74
29. ท่านให้ข้อมูลที่จำเป็นทุกเรื่องแม้ผู้รับบริการไม่ถาม	1.99	0.70
รวม	2.36	0.60

จากตาราง 12 พบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมโดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.36$, $SD=0.58$) โดยพบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด และเป็นการปฏิบัติในระดับมากเช่นกัน ($\bar{x}=2.73$, $SD=0.50$) รองลงมาได้แก่ การแสดงควมมีน้ำใจ มีเมตตาต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{x}=2.61$, $SD=0.50$) และการปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปฏิบัติน้อยที่สุด ซึ่งมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{x}=1.87$, $SD=0.59$) ในเรื่องแม้ว่าผู้ป่วยแสดงท่าทีไม่เหมาะสมก็ไม่เคยตำหนิ

ส่วนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม โดยชี้ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.36$, $SD=0.60$) โดยเมื่อพิจารณารายสถานการณพบวาค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลมากที่สุด ในเรื่องการบอกให้ผู้รับบริการทราบก่อนพยาบาลทุกครั้ง ($\bar{x}=2.79$, $SD=0.49$) ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมาก รองลงมาได้แก่เรื่อง การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้รับบริการรายบุคคล ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมากเช่นกัน ($\bar{x}=2.78$, $SD=0.42$) และพบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมในเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคมของผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลน้อยที่สุด ($\bar{x}=1.68$, $SD=0.74$) ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลาง

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ

N = 150

ช่วงอายุ	จำนวน	การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{X}	SD
21 - 25 ปี	37	2.29	0.23
26 - 35 ปี	100	2.35	0.27
36 - 45 ปี	11	2.52	0.28
46 - 55 ปี	2	2.80	0.28
รวม	150	2.35	0.27

จากตาราง 13 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 46 - 55 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=2.80$, $SD=0.28$) รองลงมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 36 - 45 ปี ($\bar{X}=2.52$, $SD=0.28$)

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	0.85	0.28	
ภายในกลุ่ม	146	10.47	0.07	F= 0.01
รวม	149	11.32		

P < 0.05

จากตาราง 14 แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่าช่วงอายุที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพการสมรส

N = 150

สถานภาพการสมรส	จำนวน	การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{x}	SD
โสด	98	2.36	0.25
คู่อยู่ด้วยกัน	40	2.34	0.31
คู่แยกกันอยู่	12	2.35	0.28
รวม	150	2.35	0.27

จากตาราง 15 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพ โสดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{x}=2.36$, $SD=0.25$) รองลงมาได้แก่สถานภาพการสมรสคู่อยู่ด้วยกัน และ คู่แยกกันอยู่ ($\bar{x}=2.34$, $SD=0.31$ และ $\bar{x}=2.35$, $SD=0.28$)

ตาราง 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	0.01	0.004	
ภายในกลุ่ม	146	11.22	0.076	F = 0.95
รวม	149	11.23		

P < 0.05

จากตาราง 16 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน พบว่าสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางการพยาบาล

N = 150

ระดับการศึกษาทางการพยาบาล	จำนวน	การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{x}	SD
ประกาศนียบัตร	11	2.29	0.33
ปริญญาตรี	137	2.36	0.27
ปริญญาโท	2	2.34	0.26
รวม	150	2.36	0.29

จากตาราง 17 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี การศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{x}=2.36$, $SD=0.27$) รองลงมามีการศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาโท ($\bar{x}=2.34$, $SD=0.26$)

ตาราง 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	0.07	0.02	
ภายในกลุ่ม	146	11.25	0.08	F>0.82
รวม	149	11.32		

P < 0.05

จากตาราง 18 แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ

N = 150

สถานภาพทางเศรษฐกิจ	จำนวน	การปฏิบัติพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{X}	SD
ดีมาก	1	2.80	0.35
ดี	18	2.32	
พอใช้	97	2.38	
มีปัญหาบางครั้ง	30	2.32	
มีปัญหาทุกเดือน	4	2.21	
รวม	150	2.36	0.28

จากตาราง 19 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจของตนเองอยู่ในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X} = 2.38$, $SD = 0.26$) รองลงมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในระดับมีปัญหาบางครั้ง ($\bar{X} = 2.32$, $SD = 0.27$)

* ไม่บรรยายข้อมูลเนื่องจากจำนวนตัวอย่างไม่พอ

ตาราง 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	4	0.39	0.10	F = 0.28
ภายในกลุ่ม	145	11.40	0.08	
รวม	149	11.32		

P < 0.05

จากตาราง 20 แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจของตนเองแตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ทางการพยาบาล

N = 150

ประสบการณ์ทางการพยาบาล	จำนวน	การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{X}	SD
น้อยกว่า 1 ปี	13	2.34	0.19
1 - 3 ปี	28	2.27	0.24
4 - 6 ปี	39	2.40	0.23
7 - 10 ปี	47	2.33	0.30
10 ปีขึ้นไป	23	2.46	0.33
รวม	150	2.36	0.28

จากตาราง 21 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 10 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X} = 2.46$, $SD = 0.33$) รองลงมา มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 4 - 6 ปี ($\bar{X} = 2.40$, $SD = 0.23$)

ตาราง 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	4	0.58	0.14	
ภายในกลุ่ม	145	10.74	0.07	F= 0.11
รวม	149	11.32		

P < 0.05

จากตาราง 22 แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน พบว่าประสบการณ์ทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 23 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสังกัดหอผู้ป่วย

N = 150

หอผู้ป่วยที่สังกัด	จำนวน	การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	
		\bar{X}	SD
อายุรกรรมหญิง	24	2.40	0.24
อายุรกรรมชาย	11	2.37	0.29
ศัลยกรรมหญิง	25	2.45	0.23
ศัลยกรรมชาย	33	2.31	0.26
สูติกรรม	20	2.45	0.27
นรีเวช	15	2.20	0.30
ตา	5	2.36	0.39
หู คอ จมูก	6	2.30	0.21
อื่น ๆ (จำแนกไม่ได้)	11	2.25	0.30
รวม	150	2.36	0.28

จากตาราง 23 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและสูติกรรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=2.45$, $SD=0.23$ และ $\bar{X}=2.45$, $SD=0.27$) รองลงมาสังกัดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ($\bar{X}=2.40$, $SD=0.24$)

ตาราง 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	8	1.03	0.13	
ภายในกลุ่ม	141	10.30	0.07	F = 0.09
รวม	149	11.32		

P < 0.05

จากตาราง 24 แสดงว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน พบว่า การสังกัดหอผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน

N = 149

ประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้	จำนวน	การปฏิบัติ การพยาบาลจิตสังคม		
		\bar{x}	SD	
มี	65	2.40	0.26	t = 0.09 df = 147
ไม่มี	84	2.32	0.28	
รวม	149	2.36	0.27	

P < 0.05

จากตาราง 25 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคม จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคม ($\bar{x}=2.40$, $SD=0.26$ และ $\bar{x}=2.32$, $SD=0.28$ ตามลำดับ)

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

N = 150

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	χ^2	df	Sig.
การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม และความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม	77.89	74	0.36

P < 0.05

จากตาราง 26 แสดงว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กับการมีความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 เกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 27 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยแวดล้อม และปัญหาที่เกิดจากตัวพยาบาลเอง

N = 150

สถานการณ์	\bar{X}	SD
1. ปัญหาที่มีสาเหตุเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อม		
1.1 ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป	2.08	0.83
1.2 มีภาระงานอื่น ๆ มาก ทำให้ไม่มีเวลาในการพยาบาลด้านจิตสังคม	1.91	0.80
1.3 มีภาระงานอื่น ๆ มาก ทำให้ไม่มีอารมณ์และเหนื่อยล้าเกินไปที่จะให้การพยาบาลจิตสังคม	1.70	0.81
1.4 ผลงานด้านการพยาบาลจิตสังคม ไม่สามารถเสนอต่อผู้บังคับบัญชาให้เห็นเป็นรูปธรรม	1.51	0.98
1.5 ไม่มีตัวอย่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ทำให้ไม่มั่นใจในความถูกต้อง	1.29	0.92
1.6 การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยถูกขัดขวางโดยผู้รักษาบางคน	1.18	0.82
1.7 การพยาบาลจิตสังคม เป็นงานที่น่าเหนื่อยใจ น่าเบื่อ และไม่มีค่าตอบแทน	0.93	0.92
รวม	1.52	0.80
2. ปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง		
2.1 การแก้ไขปัญหাজิตสังคมขึ้นอยู่กับภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งยากจะควบคุม	1.82	0.80
2.2 การส่งต่อเกี่ยวกับปัญหাজิตสังคมของผู้ป่วยในแต่ละเวรไม่ต่อเนื่อง ทำให้การพยาบาลจิตสังคมไม่ประสบผลสำเร็จ	1.68	0.86

ตอนที่ 4 เกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 27 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยแวดล้อม และปัญหาที่เกิดจากตัวพยาบาลเอง

N = 150

สถานการณ์	\bar{X}	SD
1. ปัญหาที่มีสาเหตุเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อม		
1.1 ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป	2.08	0.83
1.2 มีภาระงานอื่น ๆ มาก ทำให้ไม่มีเวลาในการพยาบาลด้านจิตสังคม	1.91	0.80
1.3 มีภาระงานอื่น ๆ มาก ทำให้ไม่มีอารมณ์และเหนื่อยล้าเกินไปที่จะให้การพยาบาลจิตสังคม	1.70	0.81
1.4 ผลงานด้านการพยาบาลจิตสังคม ไม่สามารถเสนอต่อผู้บังคับบัญชาให้เห็นเป็นรูปธรรม	1.51	0.98
1.5 ไม่มีตัวอย่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ทำให้ไม่มั่นใจในความถูกต้อง	1.29	0.92
1.6 การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยถูกขัดขวางโดยผู้รักษาบางคน	1.18	0.82
1.7 การพยาบาลจิตสังคม เป็นงานที่น่าเหนื่อยใจ น่าเบื่อ และไม่มีค่าตอบแทน	0.93	0.92
รวม	1.52	0.80
2. ปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง		
2.1 การแก้ไขปัญหাজิตสังคมขึ้นอยู่กับภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งยากจะควบคุม	1.82	0.80
2.2 การส่งต่อเกี่ยวกับปัญหাজิตสังคมของผู้ป่วยในแต่ละเวรไม่ต่อเนื่อง ทำให้การพยาบาลจิตสังคมไม่ประสบผลสำเร็จ	1.68	0.86

สถานการณ์	\bar{X}	SD
2.3 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมทำให้ผู้ป่วยและญาติ เรื้อกรื่อง และพึงพามากขึ้น	1.38	0.84
2.4 ไม่มั่นใจทักษะความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล จิตสังคม	1.10	0.82
2.5 ไม่มั่นใจในความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของตน เอง	1.05	0.82
2.6 การพยาบาลจิตสังคมเห็นผลยาก ไม่มีหลักฐาน ทำให้ ไม่อยากทำ	1.02	0.84
รวม	1.34	0.83

จากตาราง 27 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อม มากกว่าปัญหาที่มีสาเหตุมาจากตัวพยาบาลเอง ($\bar{X} = 1.52$, $SD = 0.87$ และ $\bar{X} = 1.34$, $SD = 0.83$ ตามลำดับ) และเมื่อจำแนกตามสถานการณ์ปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อม และปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง พบว่าสถานการณ์ปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาระดับมาก ได้แก่ เรื่อง “ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป” ($\bar{X} = 2.08$, $SD = 0.83$) สถานการณ์ที่เป็นปัญหารองลงมาซึ่งเป็นปัญหาระดับปานกลาง ได้แก่ “การมีภาระงานอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลด้านจิตสังคม” ($\bar{X} = 1.91$, $SD = 0.80$) ส่วนสถานการณ์ที่เป็นปัญหาน้อยที่สุดซึ่งเป็นปัญหาระดับน้อย คือ “การพยาบาลจิตสังคมเป็นงานที่น่าเหนื่อยใจ น่าเบื่อ และไม่มีค่าตอบแทน” ($\bar{X} = 0.93$, $SD = 0.92$) ส่วนปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุดซึ่งเป็นปัญหาระดับมาก ได้แก่ “การแก้ไขปัญหাজิตสังคมขึ้นอยู่กับจิตอารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งยากจะควบคุม” ($\bar{X} = 1.82$, $SD = 0.80$) รองลงมาเป็นปัญหาระดับมากเช่นเดียวกัน ได้แก่ “การส่งต่อเกี่ยวกับปัญหাজิตสังคมของผู้ป่วยในแต่ละเวรไม่ต่อเนื่อง ทำให้การพยาบาลจิตสังคมไม่ประสบผลสำเร็จ” ($\bar{X} = 1.66$, $SD = 0.86$) ส่วนสถานการณ์ที่เป็นปัญหาน้อยที่สุด เป็นปัญหาระดับปานกลาง ได้แก่ “การพยาบาลจิตสังคมเห็นผลยาก ไม่มีหลักฐาน ทำให้ไม่อยากทำ” ($\bar{X} = 1.02$, $SD = 0.84$)

ตาราง 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพการสมรส

N = 150

สถานภาพการสมรส	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลฯ	
		\bar{X}	SD
โสด	97	1.43	0.45
คู่ อยู่ด้วยกัน	40	1.40	0.58
คู่ แยกกันอยู่	12	1.51	0.51
รวม	149	1.43	0.49

จากตาราง 28 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส คู่แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=1.51$, $SD=0.51$) รองลงมา ได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส โสด ($\bar{X}=1.43$, $SD=0.45$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส คู่อยู่ด้วยกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.40$, $SD=0.58$)

ตาราง 29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	2	0.09	0.04	F<0.81
ภายในกลุ่ม	146	36.36	0.24	
รวม	148	36.46		

P < 0.05

จากตาราง 29 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 30 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ

N = 150

ช่วงอายุ	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลฯ	
		\bar{x}	SD
21 - 25 ปี	37	1.40	0.40
26 - 35 ปี	100	1.45	0.51
36 - 45 ปี	11	1.33	0.61
46 - 55 ปี	2	1.88	0.48
รวม	150	1.43	0.49

จากตาราง 30 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุระหว่าง 46 - 55 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{x}=1.88$, $SD=0.48$) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 26 - 35 ปี ($\bar{x}=1.45$, $SD=0.51$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยที่สุด ได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุระหว่าง 21 - 25 ปี ($\bar{x}=1.40$, $SD=0.40$)

ตาราง 31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	0.57	0.19	
ภายในกลุ่ม	146	35.90	0.24	F =0.50
รวม	149	36.47		

P < 0.05

จากตาราง 31 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 32 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางการพยาบาล

N = 150

ระดับการศึกษาทางการพยาบาล	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ฯ	
		\bar{X}	SD
ประกาศนียบัตร ฯ	11	1.41	0.69
ปริญญาตรี	137	1.44	0.47
ปริญญาโท	1	0.84	-
อื่น ๆ	1	1.07	-
รวม	150	1.43	0.49

จากตาราง 32 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลในระดับปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=1.44$, $SD=0.47$) รองลงมา คือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลระดับประกาศนียบัตร ($\bar{X}=1.41$, $SD=0.69$)

ตาราง 33 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	3	0.49	0.16	
ภายในกลุ่ม	146	35.97	0.24	F=0.57
รวม	149	36.47		

P < 0.05

จากตาราง 33 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 34 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ทางการพยาบาล

N = 150

ประสบการณ์ทางการพยาบาล	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลฯ	
		\bar{x}	SD
น้อยกว่า 1 ปี	13	1.56	0.43
1 - 3 ปี	28	1.38	0.40
4 - 6 ปี	39	1.34	0.52
7 - 10 ปี	47	1.55	0.49
10 ปี ขึ้นไป	23	1.34	0.55
รวม	150	1.43	0.49

จากตาราง 34 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{x}=1.56$, $SD=0.43$) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 7 - 10 ปี ($\bar{x}=1.55$, $SD=0.49$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมน้อยที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 4 - 6 ปี และ 10 ปี ขึ้นไป ($\bar{x}=1.34$, $SD=0.52$ และ $\bar{x}=1.34$, $SD=0.55$ ตามลำดับ)

ตาราง 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	4	1.51	0.37	
ภายในกลุ่ม	145	34.95	0.24	F=0.18
รวม	149	36.47		

P < 0.05

จากตาราง 35 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 36 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาพทางเศรษฐกิจ

N = 150

สถานภาพทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ฯ	
		\bar{x}	SD
ดีมาก	1	0.92	0.60
ดี	18	1.53	0.47
พอใช้	97	1.44	0.79
มีปัญหาบางครั้ง	30	1.35	0.49
มีปัญหาทุกเดือน	4	1.59	0.55
รวม	150	1.43	0.49

จากตาราง 36 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่มีปัญหาทุกเดือน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{x}=1.59$, $SD=0.41$) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี ($\bar{x}=1.53$, $SD=0.60$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาน้อยที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเศรษฐกิจบางครั้ง ($\bar{x}=1.35$, $SD=0.49$)

ตาราง 37 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	4	0.76	0.19	
ภายในกลุ่ม	145	35.71	0.24	F= 0.54
รวม	149	36.47		

P < 0.05

จากตาราง 37 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 38 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหอผู้ป่วยที่สังกัด

N = 150

หอผู้ป่วยที่สังกัด	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ฯ	
		\bar{X}	SD
อายุรกรรมหญิง	24	1.39	0.52
อายุรกรรมชาย	11	1.45	0.38
ศัลยกรรมหญิง	25	1.43	0.48
ศัลยกรรมชาย	33	1.39	0.43
สูติกรรม	20	1.33	0.62
นรีเวช	15	1.45	0.50
ตา	5	1.73	0.65
หู คอ จมูก	6	1.37	0.65
อื่น ๆ (จำแนกไม่ได้)	11	1.68	0.29
รวม	150	1.43	0.49

จากตาราง 38 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วย ตา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=1.73$, $SD=0.65$) รองลงมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยอื่น ๆ ($\bar{X}=1.68$, $SD=0.29$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยสูติกรรม ($\bar{X}=1.33$, $SD=0.62$)

ตาราง 39 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	8	1.44	0.18	
ภายในกลุ่ม	141	35.03	0.24	F=0.66
รวม	149	36.47		

P < 0.05

ตาราง 38 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหอผู้ป่วยที่สังกัด

N = 150

หอผู้ป่วยที่สังกัด	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ฯ	
		\bar{X}	SD
อายุรกรรมหญิง	24	1.39	0.52
อายุรกรรมชาย	11	1.45	0.38
ศัลยกรรมหญิง	25	1.43	0.48
ศัลยกรรมชาย	33	1.39	0.43
สูติกรรม	20	1.33	0.62
นรีเวช	15	1.45	0.50
ตา	5	1.73	0.65
หู คอ จมูก	6	1.37	0.65
อื่น ๆ (จำแนกไม่ได้)	11	1.68	0.29
รวม	150	1.43	0.49

จากตาราง 38 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วย ตา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมากที่สุด ($\bar{X}=1.73$, $SD=0.65$) รองลงมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยอื่น ๆ ($\bar{X}=1.68$, $SD=0.29$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยสูติกรรม ($\bar{X}=1.33$, $SD=0.62$)

ตาราง 39 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	
ระหว่างกลุ่ม	8	1.44	0.18	
ภายในกลุ่ม	141	35.03	0.24	F=0.66
รวม	149	36.47		

P < 0.05

จากตาราง 39 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหอผู้ป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 40 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน

N = 150

ประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้	จำนวน	ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ฯ		
		\bar{X}	SD	
มี	65	1.43	0.49	t = 0.94, df = 147
ไม่มี	84	1.43	0.50	
รวม	149	1.43	0.49	

P < 0.05

จากตาราง 40 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=1.43$, $SD=0.49$ และ $\bar{X}=1.43$, $SD=0.50$ ตามลำดับ)

ตาราง 41 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหารายชื่อ

ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	χ^2	Sig.
1. ปัญหาที่เกี่ยวกับพยาบาลโดยตรง		
1.1 ไม่มีความมั่นใจในความรู้ ฯ	29.45 *	0.00
1.2 ไม่มั่นใจในทักษะความสามารถ ฯ	36.99 *	0.00
1.3 คิดว่าการพยาบาลจิตสังคมเห็นผลยาก ไม่มีหลักฐานทำให้ไม่อยากทำ	34.52 *	0.00
1.4 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยและญาติเรียกห้อง และฟังพามากขึ้น	26.28*	0.00

1.5 การส่งต่อเกี่ยวกับปัญหา	21.42 *	0.0001
1.6 การแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับจิต อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ	24.35 *	0.00
2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม		
2.1 มีภาระงานอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลา ฯลฯ	5.96	0.11
2.2 ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติด้าน ร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลย	18.73 **	0.03
2.3 การให้ข้อมูลด้านสุขภาพถูกขัดขวางโดยผู้รักษาบางคน	16.57 **	0.0009
2.4 มีภาระอื่น ๆ ทำให้ไม่มีอารมณ์และเหนื่อยเกินไป	22.17 **	0.0001
2.5 ไม่มีตัวอย่างของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ดี ฯลฯ	35.33 *	0.00
2.6 ผลงาน ฯลฯ ไม่สามารถเสนอผู้บังคับบัญชาเป็นรูปธรรม	42.30 *	0.00
2.7 การพยาบาลจิตสังคมเหนื่อยใจ น่าเบื่อ และไม่มีค่า ตอบแทน	64.51 *	0.00

* P < 0.01, ** P < 0.05

จากตาราง 41 แสดงว่าปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรงทุก ๆ สถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 โดยพบว่า ความสัมพันธ์ เรื่องการไม่มั่นใจในทักษะความสามารถ ฯลฯ มีค่ามากที่สุด ($\chi^2=36.99$) รองลงมาคือ คิดว่าการพยาบาลจิตสังคมเห็นผลยาก ไม่มีหลักฐาน ทำให้ไม่ยอมทำ ($\chi^2=34.52$) ส่วนปัญหาการปฏิบัติ ฯลฯ ที่เกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อม ในเรื่อง การมีภาระอื่น ๆ ทำให้ไม่มีอารมณ์และเหนื่อยเกินไป ไม่มีตัวอย่างของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ดี และการที่ผลงานการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ไม่สามารถเสนอผู้บังคับบัญชาอย่างเป็นรูปธรรมได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย เรื่องการพยาบาลจิตสังคมน่าเหนื่อยใจ น่าเบื่อ และไม่มีค่าตอบแทน มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด ($\chi^2=64.51$) รองลงมาได้แก่ ผลงานการพยาบาลจิตสังคม ไม่สามารถเสนอผู้บังคับบัญชาอย่างเป็นรูปธรรมได้ ($\chi^2=42.30$) ส่วนเรื่องทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกรพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก และการให้ข้อมูลถูกขัดขวางโดยผู้รักษาบางคน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยพบว่า การมีภาระงานอื่นมากทำให้ไม่มีเวลา สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยพื้นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2537 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2538 โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายอย่างน้อยร้อยละ 70 ของประชากร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 84 คนและจากโรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 66 คน รวมทั้งสิ้น 150 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ตรวจสอบคุณภาพตามระเบียบวิธีวิจัยแล้ว

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 - 35 ปี (ร้อยละ 66.70) สถานภาพการสมรส โสด (ร้อยละ 64.70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.0) การศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 91.30) มีประสบการณ์ทางการพยาบาล 7 - 10 ปี (ร้อยละ 31.30) สถานภาพทางเศรษฐกิจตามการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ (ร้อยละ 64.07) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจำแนกประเภทของผู้ป่วยได้ชัดเจน หอผู้ป่วยหูคอจมูก และหอผู้ป่วยตา มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ ตามลำดับดังนี้ 22.0, 16.66, 16.0, 13.33, 10.0, 7.33, 7.33, 4.0 และ 3.33

เกี่ยวกับประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมมาก่อน (ร้อยละ 56.0) โดยกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ส่วนใหญ่ได้รับประสบการณ์โดยการฟังการบรรยายเฉพาะบางเรื่องของการพยาบาลจิตสังคมเท่านั้น (ร้อยละ 92.30)

2. ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.21$, $SD=0.51$) โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้

ด้านการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทางการพยาบาล และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคม ที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (the therapeutic use of self) และการปฏิบัติโดยการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการพยาบาล (the client - centered approach) พบว่าในด้านการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดนั้น กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.36$, $SD=0.58$) โดยสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X}=2.73$, $SD=0.50$) คือ “ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถทุกครั้ง ” และสถานการณ์ที่ปฏิบัติน้อยที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.87$, $SD=0.59$) คือ “ แม้ว่าผู้ป่วยแสดงท่าที่ไม่เหมาะสมก็ไม่เคียดแค้น ” ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.36$, $SD=0.60$) เช่นกัน สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติระดับมาก ($\bar{X}=2.79$, $SD=0.41$) คือ “ การบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ” ส่วนสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.68$, $SD=0.74$) ได้แก่ “ การบันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วย ”

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในเรื่องดังกล่าวทุกเรื่อง มีการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกเป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อม และปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเองเป็นหลัก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเองเป็นหลัก ($\bar{X}=1.52$, $SD=0.87$ และ $\bar{X}=1.34$, $SD=0.83$ ตามลำดับ) ซึ่งในด้านปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อม สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุดซึ่งเป็นปัญหาระดับมาก ($\bar{X}=2.08$, $SD=0.88$) ได้แก่ “ ทิมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป ”

และมีปัญหาน้อยที่สุดซึ่งเป็นปัญหาระดับน้อย ($\bar{X}=0.93$, $SD=0.92$) คือ “ การพยาบาลจิตสังคมเป็นงานที่น่าเหนื่อยใจ น่าเบื่อและไม่มีค่าตอบแทน ” ส่วนปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเองพบว่า สถานการณ์ที่มีปัญหามากที่สุดซึ่งเป็นปัญหาระดับมาก ($\bar{X}=1.82$, $SD=0.80$) คือ “ การแก้ไขปัญห จิตสังคมขึ้นอยู่กับภาวะอารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งยากจะควบคุม ” และมีปัญหาน้อยที่สุดซึ่งเป็นปัญหาระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.02$, $SD=0.84$) คือ “ การพยาบาลจิตสังคมเห็นผลยาก ไม่มีหลักฐาน ทำให้ไม่ยอมทำ ”

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม ที่แตกต่างกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม กับ การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม พบว่าปัญหาในการปฏิบัติที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง เป็นหลักทุกสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมเกือบทุกสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น สถานการณ์ “ การมีภาระงานอื่นมากทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลจิตสังคม ” ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยเพื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ตามลำดับดังนี้

1. เกี่ยวกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 การเปรียบเทียบความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทางการพยาบาล และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน พบว่ามีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง สมรรถภาพของพยาบาลวิชาชีพ ของคณะอนุกรรมการศึกษาและวิจัยทางการศึกษาพยาบาล และศูนย์ประสานงานการศึกษาพยาบาล

(มปป.) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกสังกัดทั่วประเทศ และผู้บังคับบัญชา ระดับต้นของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สมรรถภาพของพยาบาลวิชาชีพใน ด้านวิชาการ ซึ่งประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างเอง มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าสมรรถภาพอื่น ๆ ทุกด้าน และ สมรรถภาพด้านวิชาการนี้มีอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยพบว่าพฤติกรรมที่แสดงถึง สมรรถภาพทางวิชาการ 5 อันดับสุดท้ายส่วนหนึ่งคือ การค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ และการติดตามความก้าวหน้าของวิทยาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งสมรรถภาพทางวิชาการพยาบาลทั่วไปเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จึงน่าพิจารณาว่า การแสวงหาความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมเพื่อใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ละเอียดอ่อน ตรวจสอบยาก อาจ ส่งผลให้พยาบาลมีแรงจูงใจในการศึกษาหาความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมน้อยกว่าการแสวงหา ความรู้ด้านการพยาบาลทั่วไปได้ โดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาคั้งนี้ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมนำก่อน และแม้กลุ่มตัวอย่าง ที่เคยมีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านนี้มาแล้ว ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 92.30 จะได้รับความรู้ โดยการฟังการบรรยายเฉพาะบางเรื่องเท่านั้น ดังนั้นความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมในระดับปาน กลางของกลุ่มตัวอย่าง อาจได้รับจากสื่อต่าง ๆ ในสังคมเป็นหลักก็ได้ ซึ่ง จงกลณี (2539) กล่าวว่า การมีข้อมูลหรือความรู้ของพยาบาลส่วนหนึ่งสามารถหาได้จากแหล่งภายนอกก็ได้ จากปัจจัยต่าง ๆ ก้างดัน อาจทำให้ กลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานทางสังคมแตกต่างกัน มีความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกี่ยว กับปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมโดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติโดยรวม ในระดับมาก โดยสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมาก ได้แก่ “ การ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถทุกครั้ง ” อาจเนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลมีจรรยาวิชาชีพเป็น พื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการศึกษาพยาบาลได้ปลูกฝังจรรยาวิชาชีพทั้งในการเรียนการ สอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทุกรายวิชา รวมทั้งวิชาชีพพยาบาลเป็นที่คาดหวังของสังคม ดังนั้นสิ่ง เหล่านี้อาจมีผลต่อการมีจิตสำนึกของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือบุคคลยามเจ็บป่วย ซึ่ง แจ่มจรสและ ปรีดา (2540) กล่าวว่า “ สังคมส่วนใหญ่มีความคาดหวังและมีความรู้สึกไว้ว่า พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่ เลิศละอ่อนโยน อ่อนหวาน ไม่เหนียวแน่นต่อการดูแล และสามารถเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการอย่างทั่วถึง และครบถ้วน ” ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้พยาบาลให้ความสำคัญต่อการรับผิดชอบในหน้าที่อย่างเต็มความ

สามารถก็ได้ ส่วนสถานการณ์การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลาง ได้แก่ “ แม้ว่าผู้ป่วยแสดงท่าที่ไม่เหมาะสม พยาบาลก็ไม่เคยตำหนิ ” จากผลการวิจัยดังกล่าวเป็นข้อมูลบ่งชี้ว่า การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดของพยาบาลอาจเป็นปัญหา โดยเฉพาะในเรื่องของการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (unconditional acceptance) และการเข้าใจและร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม (บุญวดี, 2539) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ภาวะสมดุลทางจิตสังคมได้เร็วขึ้น (Marriner - Torney, 1994) ผลการวิจัยดังกล่าวอาจมีสาเหตุจากการขาดความอดทน อटकั้นของพยาบาล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากบุคลิกภาพส่วนตัวของพยาบาลเอง และ/หรือความเครียดจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในภาวะขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของประเทศในปัจจุบัน โดย ลอเรนซ์ (Laurent, 1992) กล่าวว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาลและความกดดันจากภาระงาน รวมทั้งค่าตอบแทนของพยาบาล มีผลต่อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การปฏิบัติของพยาบาลดังกล่าวอาจเป็นผลจากการตอบสนองทางจิตอารมณ์ต่อภาวะเครียดของพยาบาล และแสดงออกในลักษณะอารมณ์โกรธ หรืออารมณ์เศร้า เช่น การตำหนิ รำคาญ เบื่อหน่าย เป็นต้น (บุญวดี, 2530) เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมโดยการชี้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมากคือ “ การบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ” สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ กุลยา (2522) ซึ่งศึกษาคุณภาพของการพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่ต้องการให้พยาบาลอธิบายและเตรียมผู้รับบริการให้พร้อมก่อนให้การพยาบาล ส่วนรายงานการวิจัยของ นันทและคณะ (2532) เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีความพึงพอใจเรื่องการได้รับการบอกกล่าว และขอความร่วมมือก่อนการให้การพยาบาลเช่นกัน อย่างไรก็ตามห้องฉวี และคณะ (2534) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบริการการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่ผู้รับบริการได้รับจริงของผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการได้รับการบอกกล่าวก่อนการให้การพยาบาลของพยาบาลสูงกว่าการได้รับจริงหรือการปฏิบัติจริงของพยาบาล โดยจากผลการวิจัยของ มณฑา (2537) ยังพบว่าความคาดหวังของมารดาหลังคลอดในเรื่องการบอกเหตุผลก่อนการปฏิบัติกรพยาบาลทุกครั้ง สูงกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมโดยการบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เป็นความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ป่วยส่วนหนึ่ง และเป็นกรปฏิบัติที่ทำให้พยาบาลได้รับความร่วมมือในการ

รักษาพยาบาลจากผู้รับบริการ ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องดังกล่าวในระดับมากก็ได้ ส่วนสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลางได้แก่ “ การบันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วย ” สอดคล้องกับการสำรวจปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอันดับแรกของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมคือ “ ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป ” และปัญหาอันดับรองลงมาคือ “ พยาบาลมีภาระงานอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลจิตสังคม ” จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวนอกจากจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ในส่วนของบันทึกทางการพยาบาลจิตสังคม พยาบาลและทีมสุขภาพอาจลดความสนใจลงได้ เนื่องจากเป็นงานที่ไม่ได้กระทำกับผู้รับบริการโดยตรง แม้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องก็ตาม ประกอบกับพยาบาลก็มีปัญหาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยทั่วไปอยู่แล้ว โดยจากการศึกษาของ สุจินต์ (2532) และ อวยพร (2534) พบว่า นอกจากพยาบาลจะเขียนบันทึกทางการพยาบาลไม่ถูกต้องไม่ต่อเนื่อง ปัญหาของผู้รับบริการไม่ครบถ้วนแล้ว พยาบาลยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบันทึกทางการพยาบาล และการไม่เขียนบันทึกทางการพยาบาลยังมีสาเหตุจากการมีจำนวนผู้รับบริการมาก แต่เจ้าหน้าที่น้อย ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอ และ ประครอง (2522) ยังศึกษาพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมักขาดความสมบูรณ์ ไม่ได้ให้การดูแลผู้รับบริการทั้งคน กล่าวคือไม่ครอบคลุมกายและจิตสังคมของผู้รับบริการนั่นเอง

2.2 การเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยที่ด้อยและประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกัน พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อาจอธิบายได้ว่าแม้ในด้านวิชาการพบว่า พื้นฐานทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพก็ตาม แต่คุณภาพของการปฏิบัติงานนั้น ต้องมีปัจจัยอื่นเป็นตัวกำหนดด้วย โดย ผาณิต (2537) กล่าวว่า “ คุณภาพของการพยาบาลเกี่ยวข้องกับคน งานและองค์กรควบคู่กันไป ”

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมกับความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการพยาบาลจิตสังคมมีลักษณะเป็นนามธรรม มีความละเอียดอ่อน ต้องการความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์เป็นพื้นฐาน และการที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลด้านนี้ให้ได้ผลดีชัดเจน พยาบาลต้องมีสภาพจิต

อารมณ์ที่เป็นสุข (emotional fulfils) มีความเต็มใจและพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานนั้น ๆ ด้วยตนเอง (บุญวดี, 2539) เช่นเดียวกับ แพทเทอร์สัน และ ซีเดอร์เรด (Paterson & Zderad, 1988) ได้อธิบายว่า เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญคือ พยาบาลต้องมีจิตสำนึกและให้การดูแลตามที่เขาเป็นได้เป็นอย่างดี จึงอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมเพียงอย่างเดียว ไม่อาจทำให้ การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้ผลคืออย่างชัดเจนนั่นเอง สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของศิริพร และคณะ (2540) ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพียงพอที่จะวินิจฉัยเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ แต่ไม่พบว่า พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมให้เห็นชัดเจนเลย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จงกมลณี (2539) เรื่อง พฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกและพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า พลังอำนาจ (Power) ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งคือ การมีข้อมูลหรือมีความรู้ใหม่ ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล และการสามารถหาข้อมูลจากแหล่งภายนอกได้

3. ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาระดับมาก ได้แก่ เรื่อง “ ทิมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป ” รองลงมา คือ “ การมีภาระงานอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลด้านจิตสังคม ” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องนี้ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่า ทิมสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ถือว่ามนุษย์เป็นหน่วยเดียว มีการผสมผสานของกาย จิต วิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่ประสมอยู่ แต่ยังคงมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแผนการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ จำแนกตามองค์ประกอบของคน พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 99.39 และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านจิตสังคม มีเพียงร้อยละ 0.61 (สมสมัย, 2534) และจากการศึกษาของ ปัญญาภรณ์ และคณะ (2538) เรื่อง การดูแลผู้ป่วย : ความหมายและพฤติกรรมของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญของการดูแลที่เกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตสังคมเกือบทั้งสิ้น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย ช่วยให้อาการต่าง ๆ หุเลา และให้พยาบาลตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุก ๆ คน การดูแลอาการของผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน พร้อมทั้งเอาใจใส่

โยน พร้อมทั้งเอาใจใส่ และมีความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือ เป็นต้น ซึ่งสิ่งนี้ผู้ป่วยให้ความหมายของการดูแลนั้น ตรงกันข้ามกับที่ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจาก โดยพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลด้านร่างกาย เช่น การให้ยา น้ำเกลือ ออกซิเจน ให้เลือด การวัดชีพจร วัดการหายใจ วัดปรอท สังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลความสะอาดของร่างกาย สิ่งแวดล้อม อาหาร การเช็ดตัว การให้คำแนะนำเรื่องโรค เป็นต้น จากปัญหาข้างกล่าว อาจมีสาเหตุจากภาวะการขาดแคลนพยาบาล ทำให้งานที่พยาบาลรับผิดชอบมีมากขึ้นเมื่อเทียบกับจำนวนพยาบาล ประกอบกับการพยาบาลด้านร่างกาย มีลักษณะเป็นรูปธรรม เห็นผลง่าย ซึ่งต่างกับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม มีลักษณะเป็นนามธรรมสูง มีความละเอียดอ่อน โดยผู้ปฏิบัติต้องมีความอดทน อดกลั้นที่จะเรียนรู้ และทำความเข้าใจต่อความต้องการของผู้ป่วย และต้องอาศัยเวลาในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สอดคล้องกับ ไชเร็ด (Syred , 1981. cited by Mitchinson , 1995) กล่าวว่า ภาพของพยาบาลเป็นภาพที่ซ้ำ ๆ คืองานยุ่ง ไม่มีเวลาที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย และ แลคเทอร์ และคณะ (Latter et. al., 1993) ได้ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติกรพยาบาลโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพในหอผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร จำนวน 132 คน ในโรงพยาบาลท้องถิ่นของประเทศอังกฤษ พบว่า พยาบาลได้ทำหน้าที่นี้คิดเป็นร้อยละ 52 และมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ไม่มีเวลา คิดเป็นร้อยละ 81 เป็นต้น

สำหรับปัญหาในการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมที่เกี่ยวกับตัวพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุดซึ่งเป็นปัญหาในระดับมากได้แก่เรื่อง “ การแก้ไขปัญหาจิตสังคมขึ้นอยู่กับภาวะอารมณ์สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งยากจะควบคุม ” แสดงให้เห็นว่า การที่พยาบาลจะเข้าใจถึงปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลต้องเข้าถึงภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ซึ่งพยาบาลจะสามารถกระทำได้ต้องอาศัยทั้งความรู้และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเป็นหลักในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วย ตามที่ กอร์แมน ซุลตันและ ลูนา เรนส์ (Gorman , Sulton and Luna-Raines, 1989) กล่าวว่า การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยผ่ายกายต้องให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนั้นต้องสอดแทรกในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทางจิตสังคม โดย แบร์รี่ (Barry , 1989) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และญาติมิตรจะส่งเสริมการปรับตัว และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ซึ่ง จินตนา(2529) ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการขึ้นในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพนั้น ๆ และการที่พยาบาลจะสามารถสร้าง

สัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยได้นั้น ย่อมต้องอาศัยเวลาและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (individual attributes) ที่เหมาะกับงานนั้น ๆ จึงจะส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ได้ดี โดย จินตนา ยังเน้นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติเฉพาะตัวของพยาบาล ซึ่งรวมถึง ความร่วมรู้สึก (empathy) การรู้จักตนเอง (self-understanding) การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด (the therapeutic use of self) และการมีทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic communication skills) และสอดคล้องกับการวิจัยของ สมสมัย (2534) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทัศนคติ กับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต้องอาศัยเวลาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย อดทนต่อการเรียนรู้หรือรู้จักผู้ป่วย ดังที่ เมย์อีรอฟ (Mayeroff, 1971 cited by Blattner, 1981) กล่าวถึงองค์ประกอบในการดูแลด้านจิตสังคม 8 ประการ คือ การรู้จักผู้ป่วย ความสามารถในการมองปัญหาหลาย ๆ ด้าน มีความอดทนอดกลั้น ความจริงใจ ความร่วมรู้สึก ความไว้วางใจ ความหวัง และความกล้า แต่จากสภาพการณ์ปัจจุบันภาวะการขาดแคลนพยาบาล การกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้โรงพยาบาลในสังกัดต้องรับผู้ป่วยโดยไม่จำกัดจำนวนเตียง ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานลัดส่วนพยาบาลต่อ ผู้รับบริการ และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นงานกิจวัตร (routine) โดยเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกายเป็นหลัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ผู้รับบริการควรได้รับเป็นอย่างมาก

3.2 การเปรียบเทียบปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ หอผู้ป่วยที่สังกัด และประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ด้านจิตสังคม ที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยดังกล่าว อาจพิจารณาสืบเนื่องจากผลการวิจัยในเรื่องปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งพบว่าปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมมีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อม มากกว่าสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า แม้โดยส่วนตัวพยาบาลเองจะเห็นความสำคัญและคุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมก็ตาม แต่ด้วยปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก หรือพยาบาลมีภาระงานอื่นมาก ทำให้มีเวลาให้การพยาบาลด้านจิตใจไม่เพียงพอ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้เท่าที่ควรจะเป็น ดังเช่น ไชเร็ด (Syred, 1981 cited by Mitchinson, 1995) กล่าว

ว่าภาพของพยาบาล เป็นภาพที่ซ้ำ ๆ คืองานยุ่ง ไม่มีเวลาที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ว่า พฤติกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ของพยาบาลเป็นการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก (ปัญญาภรณ์ และคณะ, 2538) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานทางสังคมในเรื่องต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน จึงพบว่าไม่มีปัญหาแตกต่างกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากการที่ตัวแปร เช่น ช่วงอายุ ระดับการศึกษาทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ มีจำนวนตัวอย่างในตัวแปรย่อยบางกลุ่มน้อยมาก ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรย่อยดังกล่าว จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนทางสถิติได้

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรงทุก ๆ สถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าปัญหา “ การไม่มั่นใจในทักษะความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ” มีค่าความสัมพันธ์มากที่สุด ($\chi^2 = 36.99$) รองลงมาคือ สถานการณ์ปัญหาที่ว่า “ การพยาบาลจิตสังคมเห็นผลยาก ไม่มีหลักฐาน ทำให้ไม่อยากทำ ” ($\chi^2 = 34.52$) ในขณะที่ปัญหาการพยาบาลจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมเป็นหลัก บางสถานการณ์เท่านั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า “ การพยาบาลจิตสังคมน่าเหนื่อยใจ น่าเบื่อ แล้วยังไม่มีค่าตอบแทน ” ($\chi^2 = 64.51$) ผลงานการพยาบาลจิตสังคมไม่สามารถนำเสนอต่อผู้บังคับบัญชาอย่างเป็นทางการได้ ” ($\chi^2 = 2.30$) “ ไม่มีตัวอย่างของผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ดีให้เห็น ” ($\chi^2 = 35.33$) และปัญหา “ การมีภาระงานอื่น ๆ ทำให้ไม่มีอารมณ์และเหนื่อยเกินไป ” ($\chi^2 = 22.17$) ส่วนปัญหาการพยาบาลจิตสังคมที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ “ ทิมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมถูกละเลยไป ” ($\chi^2 = 18.73$) และปัญหา “ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการยังถูกขัดขวางจากผู้รักษาบางคน ” ($\chi^2 = 16.57$) ส่วนปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหา “ การมีภาระงานอื่นมากทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลจิตสังคม ” จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลสัมพันธ์กับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมค่อนข้างชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเองทุกเรื่อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจกล่าวได้ว่า หัวใจของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมคือตัวพยาบาลเอง โดยพยาบาลเองจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการ

พยาบาล ซึ่งนอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม พยาบาลยังต้องตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) มีความรัก ความเมตตาต่อผู้ป่วย ทำให้เข้าใจและเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกของผู้รับบริการได้ง่าย ไม่รู้สึกหือถอยต่องานที่ไม่สามารถตรวจสอบได้อย่างชัดเจน มองเห็นเนื้องานได้ยาก (Bowers, 1987. Cited by Essen and Sjoden, 1995) ซึ่งลักษณะงานเช่นนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ได้รับการเสริมแรงจากผลงานที่เกิดขึ้นโดยทันที จึงทำให้พยาบาลขาดกำลังใจในการปฏิบัติงาน (บุญวาทย์, 2539) ประกอบกับปัจจัยของบุคคลแวดล้อมที่อาจไม่เข้าใจหรือไม่เห็นความสำคัญ โดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ร่วมกับการมีภาระงานอื่น ๆ มากอยู่แล้ว โดยไซเร็ด (Syred, 1981. cited by Mitchinson, 1995) กล่าวว่า ภาพของพยาบาลเป็นภาพซ้ำ ๆ คืองานยุ่ง ทำให้ไม่มีเวลา ไม่มีอารมณ์ที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย เพราะมีงานอื่นต้องทำ ในขณะที่การติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นเครื่องมือหลักของการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งต้องการทั้งเวลาและคุณภาพของการปฏิบัติ เนื่องจาก “ความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวกับจิตสังคมมีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน เข้าถึงได้ยาก และไม่เป็นสิ่งที่เปิดเผยอย่างตรงไปตรงมาได้ทุกเรื่อง (บุญวาทย์, 2539) โดย เพ็ทพลาว (Peplau, 1987. cited by Birckhead, 1989) ได้กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ คือ การที่พยาบาลต้องมีความรู้ เข้าใจความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกของผู้รับบริการ สามารถเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย พยาบาลต้องมีจริยธรรมในระดับสูง และนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้วยความจริงใจและตั้งใจ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมเป็นงานที่ต้องมีคุณงามความดี (merit celebration) เป็นพื้นฐาน สามารถรู้คุณค่าของคนและงานที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ มีมิตรภาพ มีพลังที่จะเรียนรู้ และทำสิ่งต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ จากคำอธิบายข้างต้นอาจสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ไม่ขึ้นอยู่กัเวลาที่พยาบาลจะให้กับผู้รับบริการเท่านั้นแต่ยังต้องการการตระหนักรู้ในตนเอง และมีความตั้งใจจริงใจที่จะช่วยเหลือ แม้มีอุปสรรคหรือปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ไม่เอื้ออำนวยก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ปัญหาการมีภาระงานอื่น ๆ มากทำให้ไม่มีเวลาปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลจิตสังคม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งพบว่าปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเอง มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .01 ทุกสถานการณ์ ในขณะที่ปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมบางสถานการณ์เท่านั้น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยอาจพิจารณาเห็นว่าสถานการณ์ดังกล่าวแม้จะเป็นปัจจัยแวดล้อมก็ตามก็ยังเกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ของพยาบาล เช่น สถานการณ์การพยาบาลจิตสังคมมา

เหนื่อยใจ น่าเบื่อ แล้วยังไม่มีการตอบแทน ผลงานไม่สามารถนำเสนอผู้บังคับบัญชาอย่างเป็นรูปธรรมได้ เป็นต้น ส่วนสถานการณ์ที่สามารถสังเกตว่าเป็นปัจจัยแวดล้อมได้ค่อนข้างชัดเจน เช่น ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกรพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก การให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการถูกขัดขวางจากผู้รักษาบางคน นั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงอาจยืนยันได้ว่า การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลนั้น ขึ้นอยู่กับตัวของพยาบาลเองเป็นหลัก แม้ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวพยาบาลเองก็ตาม ($\bar{X}=1.52$, $SD=0.87$ และ $\bar{X}=1.34$, $SD=0.83$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคมในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานทางสังคมที่แตกต่างกัน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลจิตสังคมมาก่อนและพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ด้านนี้มาแล้วมีจำนวนถึงร้อยละ 92.3 เคยได้ฟังการบรรยายเฉพาะบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตสังคมเท่านั้น จากข้อมูลข้างต้นจึงเป็นข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาพยาบาลที่จะจัดให้พยาบาลหลังสำเร็จการศึกษาแล้ว มีโอกาสพัฒนาความรู้ความสามารถ และเพิ่มทักษะด้านการพยาบาลจิตสังคมให้มากขึ้น และทั่วถึง โดยอาจจัดหลักสูตรเฉพาะทาง การอบรมเชิงปฏิบัติการที่ช่วยให้ผู้เรียนเห็นแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2. ในเรื่องการปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคม แม้ผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากก็ตาม แต่ยังพบว่า มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญบางอย่าง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยหรือไม่ได้ปฏิบัติ ได้แก่ การบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตสังคม การให้คำแนะนำหรือการปรุมนิเทศเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วย และการควบคุมอารมณ์ของพยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติกรพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงกิจกรรมเหล่านี้ โดยเฉพาะผู้บริหารระดับล่างซึ่งทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ควรนิเทศและติดตามประเมินงานในเรื่อง

เหล่านี้ รวมทั้งสนับสนุนให้การเสริมแรง (reinforcement) เมื่อพยาบาลได้มีกิจกรรมการพยาบาลจิตสังคัมแก่ผู้รับบริการ เช่น เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย

3. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่กำหนด จึงอาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัม มีปัจจัยอื่นประกอบอีก ดังนั้นการพัฒนาวิชาความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคัมเพียงด้านเดียวอาจไม่ช่วยให้การพยาบาลจิตสังคัมประสบความสำเร็จได้ จึงจำเป็นต้องสร้างจิตสำนึกทางการพยาบาลจิตสังคัมแก่พยาบาลด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การจัดโครงการพัฒนาจิตในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

4. เกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัม ซึ่งพบว่า พยาบาลมีปัญหาที่มีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมมากกว่าปัญหาที่มีสาเหตุจากพยาบาลเอง โดยเฉพาะการที่ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลัก การมีภาระงานอื่นมาก จนพยาบาลไม่มีเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัม ดังนั้นการประสานงานให้ทีมสุขภาพเข้าใจงานของพยาบาลในด้านนี้ ต้องกระทำอย่างจริงจัง รวมทั้งมีมาตรการจัดให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ หรือการคำนึงการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมให้ชัดเจนขึ้น โดยกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานทางการพยาบาลทุกเรื่องขององค์กร และมีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและตรวจสอบได้ โดยมีเป้าหมายคือ กำหนดให้การพยาบาลจิตสังคัมเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพทางการพยาบาลด้วย

5. ควรมีการบริหารจัดการเพื่อขจัดปัญหา หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัม ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเกือบทุกปัญหามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัมของพยาบาล เช่น การพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลจิตสังคัมที่มีประสิทธิภาพ การปลูกจิตสำนึกในเรื่องการดูแลจิตสังคัมของผู้รับบริการ รวมไปถึงการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย การจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานการพยาบาลแบบองค์รวม การจัดระบบงานเพื่อเอื้อให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอที่จะให้การพยาบาลได้ครอบคลุมคนทั้งคน การกำหนดระบบการส่งต่อตลอดจนการระบุนอย่างชัดเจนให้การพยาบาลจิตสังคัมเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานการพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

1. เนื่องจากการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัมครั้งนี้ ผู้วิจัยเน้นหลักการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคัมในการศึกษา ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวคิดสุขภาพจิต (mental health concepts) โดยใช้กระบวนการพยาบาล

2. กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ในการศึกษาต่อไป ควรศึกษาความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้รับบริการด้วย และศึกษาความสอดคล้องระหว่าง การปฏิบัติของพยาบาลและ ความต้องการของผู้รับบริการด้วย ทำให้มองเห็นแนวทางของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่แท้จริง โดยศึกษาความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้รับบริการในภาวะสุขภาพต่าง ๆ

3. การศึกษาคั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่สามัญเท่านั้น ครั้งต่อไปจึงควรศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในหอผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ เช่น หอผ่าตัด หอผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอาการหนัก หอผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ทำให้ได้ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมและปัญหาการปฏิบัติที่อาจมีความแตกต่างกัน

4. จากผลการวิจัยคั้งนี้พบว่า ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลส่วนหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลมีสาเหตุจากทีมสุขภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนั้นจึงควรศึกษาทัศนะหรือความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้ต่อการพยาบาลจิตสังคมด้วย เนื่องจากคนเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในภาพรวมได้

5. การศึกษาคั้งนี้อาจมีจำนวนตัวอย่างน้อย โดยเมื่อจำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างย่อย ๆ แล้วทำให้มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นในการศึกษาคั้งต่อไปควรเพิ่มตัวอย่างให้เพียงพอโดยเฉพาะเมื่อจำแนกเป็นกลุ่มย่อยแล้ว

บรรณานุกรม

- กฤษยา ดันติผลาชีวะ. (2522). คุณภาพของการพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการ **วารสารพยาบาล, 28 (3), 55-58.**
- คณะอนุกรรมการศึกษาและวิจัยทางการศึกษาพยาบาลและศูนย์ประสานงานการศึกษาพยาบาล. (มปป.) **รายงานการวิจัยเรื่องธรรมาศของพยาบาลวิชาชีพ .** กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คุณอุดม สุภาไตร และสมจิต กาญจนโกกิน. (2535). วิชาชีพการพยาบาลกับคุณภาพชีวิต. ใน **พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (บรรณาธิการ). เอกสารการสนทนาระหว่างวิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 1 - 8 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ ฯ : ชวนพิมพ์.**
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด. **รายงานการค้นคว้า เรื่องมโนคติทางจิตสังคมกับการพยาบาล. กรุงเทพฯ ฯ : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.**
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และป้าหนัน บุญ-หลง. (2528). **การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ ฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- จงกลณี ศรีจักรโคตร. (2539). พฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกและพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป. **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- แจ่มจรัส บัวแก้ว และปรีดา อุ่นเสียม. (มกราคม - มีนาคม, 2540). เปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล โรงพยาบาลพัทลุง. **วารสารวิชาการเขต 12, 8 (1), 21 - 27.**
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ ฯ : บริษัทอเมริกันพรินต์ติ้ง จำกัด.**
- นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ. (2532). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2530). **ความเครียด ภาวะวิกฤติและการช่วยเหลือ. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**
- , (2539). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 . สงขลา : เทมการพิมพ์.**

- บุญศรี ปรานณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2531). **การถือถาวรเพื่อคุณภาพการพยาบาล**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริพจน์อาร์ทออฟเซ็ท.
- ปัญญาภรณ์ ชูด้งกร, สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภและนางลักขณ์ จุฑาจินดาเขต.(2538). การดูแลผู้ป่วย : ความหมายและพฤติกรรมของพยาบาล. **รายงานวิจัย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผาณิต สกุลวิวัฒน์.(2537). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครเชียงใหม่. **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล**. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องฉวี ชาติ และคณะ.(2534). การศึกษาเปรียบเทียบการบริการพยาบาลระหว่างบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริง ศึกษายุทธศาสตร์และหญิง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครศรีธรรมราช. **รายงานวิจัย**. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครศรีธรรมราช.
- มณฑา จงกล่อม.(2537). ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาล้างคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก**. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (มกราคม-มิถุนายน, 2540). สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล**, 1 (1), 53-69.
- สุจินต์ สุรภาคพงษ์.(2532). การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่. **รายงานการวิจัย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติและสุภาณี กาญจนอารี. (มกราคม-มีนาคม, 2528) การติดตามการใช้ระบบบันทึกปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี. **วารสารพยาบาล**, 34(1),10-25.
- สมสมัย สุชีรตานต์.(2534). ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับความสามารถในการปฏิบัติ การพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. **วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร สุทธิสวาท.(2534). ความรู้ การปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการตรวจสอบในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้. **รายงานการวิจัย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- Arnold, E. and Boggs, K. U.(1995). **Interpersonal Relationship : Professional Communication Skills for Nurses**. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Bailey, R.D.(1985). **Coping with Stress in Caring**. Melbourne : Blackwell Scientific Publication.
- Barry, D.(1989). **Psychosocial Nursing Assessment and Intervention Care of the Physically Ill Person**. 2nd edition. London : J.B. Lippincott Co.
- Bieliauskas, L.S. (1982). **Stress and Its Relationship to Health and Illness**. Colorado : Westview Press.
- Blattner, D. (1981). **Holistic Nursing**. London : Prentice-Hall, Inc.
- Birckhead, L.M.(1989). **Psychaitric/ Mental Health Nursing : The Therapeutic Use of Self**. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Burnside, I. M. and Others. edited . (1979). **Psychosocial Caring Throughout the Life Span**. New York : McGraw -Hill.
- Calcraft, D. (1997, Feb.). In defence of support workers. **Australian Nursing Journal**,4 (1): 82-96.
- Carpenito, L.J. (1993). **Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice**. 5th edition. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Condon, E.H.(1992, Jan.-Feb.) Nursing and caring metaphor : gender and political influence on a ethics of care. **Nursing Outlook**,40 (1),14-19.
- Dyer, J.G., Sparks, S.M. and Taylor, C.M. (1995). **Psychiatric Nursing Diagnoses : A Comprehensive Manual of Mental Health Care**. Pennsylvania : Springhouse Corporation.
- Essen, L.V. and Sjoden, P-O. (1995, Feb.). Percieved occurrence and importance of caring behaviors among patients and staffs in psychiatric, medical and surgical care. **Journal of Advanced Nursing**, 21 (2), 266-276.
- Faucett, J. (1991). Care of critically ill patient in pain : the importance of nursing. in Puntillo, K.A. edited. (1991). **Pain in the Critically Ill : Assessment and Management**. Marryland : An Aspen Publication.

- Gorman, M., Sulton, D. and Luna-Raines, M. (1989). **Psychosocial Nursing Handbook for the Non - Psychaitric Nurse**. Baltimore: Willaims&Wilkins.
- Hall, B.A.(1997, Mars.). Spirituality in terminal illness. : an alternative view of theory. **Journal of Holistic Nursing**,15(1) : 82-96.
- Hill, L. and Smith, N. (1990). **Self-Care Nursing : Promotion of Health**. 2nd edition. Connecticut : Appleton&Lange.
- Marriner-Tomey, A.(1994). **Nursing Theorist and Their Work**. 3rd edition. Toronto : Mosby Company.
- Kalimo, R., El-Batawi, M.A. and Cooper, C.L. (1987). **Psychosocial Factors at Work and their Relation to Health**. Geneva : World Health Organization.
- Latter, S., Mabin, J. , Maclead, J. and Wilson-Barnett, J. (1993, May 26). Perception and practice of health education and health promotion in acute ward setting. **Nursing Times**,89(21), 51-53.
- Laurent, C.(1992,Oct.) High anxiety. **Nursing Times**,28(88:44), 20.
- Light, K. M.(1997, Mars.). Forence Nightingale and holistic philosophy. **Journal of Holistic Nursing**,15(1) ,25-40.
- Mitchinson, S.(1995, Feb.). A review of the health promotion and health belief of traditional and project 2000 student nurses. **Journal of Advanced Nursing** ,21 (2), 356-363.
- Nichols, A.(1986). **Psychological Care in Physical Illness**. Kent : Mayhew Typesetting.
- Paterson, J.G. and Zderad,L.T.(1988). **Humanistic Nursing**. New York : League for nursing.
- Rogers, C.R. and Traux,C.B.(1967). **Therapeutic Conditions Anticedent to Change :A Theoretical View**. Madision : University of Wisconsin Press.
- Rosenthal, K.A. (1992. Nov.- Dec.). Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. **Heart & Lung : Journal of Critical Care**,21(6), 536-539.
- Sundeen, S.J. , Stuart, G.W. .Rankin, A.D. and Cohen, S. A. (1994). **Nurse-Client Interaction : Implementing the Nursing Process**. 5th edition. Toronto : Mosby Company.
- Taylor, B.J.(1992, Sept.). From helper to human : a reconceptualization of the nurse as person. **Journal of Advanced Nursing**,17(9), 1042-1049.

ภาคผนวก

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ มอ 600/๒๕๖๕ วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน 2537

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูล

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วยนางบุญวาทิ เนตรรัตน์ ได้รับขออนุมัติทุนอุดหนุนการทำวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน 2537 เรื่อง " การวิเคราะห์การปฏิบัติตนพยาบาลจิตสังคมในโรงพยาบาล " โดยจะศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและพยาบาลประจำการโดยใช้แบบสอบถาม (ดึงเอกสารที่แนบ) หรือกรณีกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถอ่านและเขียนได้จะใช้วิธีสัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ

- หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย
- หอผู้ป่วยสูติกรรมและนรีเวช
- หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงขออนุญาตให้คณะผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นนักศึกษา จำนวน 6 คน และคณะผู้วิจัย เก็บเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยดังกล่าว โดยนักศึกษาระดับปริญญาตรี และคณะผู้วิจัยจะแต่งกายสุภาพ พร้อมทั้งจะแสดงบัตรประจำตัวนักศึกษา หรือบัตรข้าราชการและแจ้งวัตถุประสงค์ให้พยาบาลหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวรและผู้ช่วยพยาบาลกองการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งจะเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2537

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขออนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อากาศ ณ เชียงใหม่)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validators)
ของเครื่องมือวิจัย**

1. รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ถานอมศรี อินทนนท์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลรัตน์ ทองอุไร ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. อาจารย์ ปิ่นทิพย์ นาคคำ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. อาจารย์คิ้วลอย กาญจนมณีเสถียร ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6. คุณวิไล สีพชา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
7. คุณเสาวภาค บุญคมรัตน์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
8. คุณฉวีวรรณ ชีสกุล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
9. คุณอวยพร สมใจ หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา