

ผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ
ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด


ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พฤษภาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

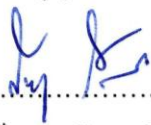
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัททยา รัตนจรณะ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัททยา รัตนจรณะ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุภศรี)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัทธา รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาช่วยให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้กำลังใจผู้วิจัยอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบคุณพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณา ถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ ในวิชาการด้านการบริหารพยาบาล นำมาเป็นพื้นฐานในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย พร้อมกัน นี้ขอขอบคุณหัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องฝากครรภ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาล ผู้ร่วมวิจัย นอกจากนี้ยังได้รับการอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรีที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกผู้วิจัยเข้าศึกษาในพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัย และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว พี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อน ๆ ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ ให้เกิดความอดทน เพื่อให้วิทยานิพนธ์ลุล่วงไปด้วยดีที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย

ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

54920188: สาขาวิชา: การบริหารพยาบาล; พย.ม. (การบริหารพยาบาล)

คำสำคัญ: รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล/ มีส่วนร่วม/ ความมีคุณค่าในตนเอง/

หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา: ผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด (EFFECT OF COLLABORATION NURSING PRACTICE MODEL ON PERCEPTION OF SELF-ESTEEM IN WOMEN HAVING CESAREAN SECTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สหทัย รัตนจรณะ, Ph.D., พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D. 107 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การผ่าตัดคลอดส่งผลต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และทดสอบค่าที (*t*-test)

ผลการวิจัยพบว่า หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะให้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพประยุกต์ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดเพื่อให้มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

54920188: MAJOR: NURSING ADMINISTRATION; M.N.S
(NURSINGADMINISTRATION)

KEY WORD: COLLABORATION NURSING/ SELF-ESTEEM/ WOMEN HAVING
CESAREAN SECTION

KHWANJIT SAKSRIWATTANA: EFFECT OF COLLABORATION NURSING
PRACTICE MODEL ON PERCEPTION OF SELF-ESTEEM IN WOMEN HAVING
CESAREAN SECTION. ADVISOR COMMITTEE: SAHATTAYA RATTANAJARANA, Ph.D.,
PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D. 107 P. 2017.

Cesarean affect the perceived self-esteem which nurse should be a priority. This quasi-experimental research was conducted to compare perception of self-esteem in women having cesarean section between the experimental group receiving collaboration nursing practice model and the control group receiving routine nursing care and to compare the perception of self-esteem before the experiment and after the experiment. The sample consisted of 40 women having cesarean sections at the Chonburi hospital who met the criteria. They were divided into 2 groups with 20 participants in each group. Simple random sampling was applied. The research instruments included the personal information and the self-esteem questionnaires. The Cronbach's alpha coefficient was .79. Data was analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and *t*-test.

The study results revealed that the perception of self-esteem in women having cesarean section in the experimental group had statistically significantly higher values than those of women in the control group at the level of .05. The perception of self-esteem of women having cesarean section in the experimental group after the experiment had statistically significantly higher than before the experiment at the level of .05.

The findings suggest nurse administrators should support professional nurses to apply the collaboration nursing practice model for women having cesarean sections in order to enhance their self-esteem.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การพยาบาลหญิงผ่าตัดคลอด	8
แนวคิดการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	18
แนวคิดการมีส่วนร่วม	28
ความสัมพันธ์ของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่รับการผ่าตัดคลอด	33
สภาพปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	52

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	53
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
5 สรุปและอภิปรายผล	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	59
ข้อเสนอแนะในการใช้ผลการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	62
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก	72
ภาคผนวก ก	73
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย	107

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	54
2	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับ การผ่าตัดคลอดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	55
3	เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับการผ่าตัด คลอดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	56
4	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับ ผ่าตัดคลอด ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง	57

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2	ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าด้านวิชาการและเทคโนโลยีของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมาก พยาบาลต้องตระหนักถึงการพัฒนาคคุณภาพบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2554) พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้ความรู้ความชำนาญในศาสตร์ทางด้านบริการพยาบาลรวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และมีการทำงานร่วมกับทีมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการรายบุคคลของผู้ป่วยได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2553) รวมถึงการพัฒนาบริการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อป้องกันความผิดปกติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด (อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, 2554)

การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่งทางสูติศาสตร์ เนื่องจากการช่วยชีวิตทารก และมารดา ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น หรือมีข้อบ่งชี้การผ่าตัดที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น ภาวะทารกขาดออกซิเจน รกเกาะต่ำ เป็นต้น ในประเทศไทยมีแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ มีอุบัติการณ์ของมารดามีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์เพิ่มขึ้น วิธีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ที่ทันสมัยช่วยให้แพทย์วินิจฉัยภาวะความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว แพทย์มีความชำนาญมากขึ้น มารดามีเหตุผลบางประการจึงเลือกการคลอดโดยวิธีการผ่าตัด (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2552; ชีระ ทองสง, 2557; ชีระ สิ้นเดชารักษา, สิริอร ศักดาบุญเดชา และเกตนัสสิรี กอบกิจไพศาลสุข, 2556; สุภาพ ไทยแท้, 2554) จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อร่างกายของมารดา เช่น ความเจ็บปวดระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกาย ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น การตกเลือด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เป็นต้น (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และเขวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2552; สุภาพ ไทยแท้, 2554) ผลกระทบต่อร่างกายของมารดาเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสายสัมพันธ์แม่ และลูกหลังผ่าตัดคลอด (Udy, 2008) นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดา เนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความกลัว โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนมักคาดการณ์ไปทางลบ ทำให้มีความวิตกกังวล รู้สึกลัวว่าการผ่าตัดเป็นการเผชิญ

กับความไม่แน่นอน กลัวอันตรายในด้านต่าง ๆ เช่น กลัวความไม่ปลอดภัยของตนเองและบุตร กลัวความเจ็บปวด กลัวการหายของแผล กลัวการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพกับสามี กลัวสิ่งแวดล้อม ในห้องผ่าตัด (ประภา ราชชา, 2553; วารุณี เริ่มอรุณรอง, 2554; อารี บุญมั่น 2557) ขณะเดียวกัน การผ่าตัดคลอดอาจทำให้มารดาผิดหวังที่ไม่สามารถคลอดตามธรรมชาติได้ จึงเกิดความรู้สึกพะอาย โกรธตัวเองที่มีรูปร่างไม่เหมาะสมทำให้ไม่สามารถคลอดเองได้ รู้สึกสูญเสีย ความสำคัญในตนเอง สูญเสียการควบคุมตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจกับความสำเร็จของตนเองน้อย และวิตกกังวลว่าอาจแสดงบทบาทมารดาได้ไม่ดีพอ ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง ต่ำลงได้ โดยเฉพาะมารดาที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอดมาก่อนอาจทำให้เกิด ความล้มเหลวในการปรับตัว และการแสดงบทบาทมารดาได้ (Cox & Smith, 1982; O'Reilly, Choby, Séjourné, & Callahan, 2014) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาที่มีผลโดยตรงต่อการเลี้ยงดู บุตรระยะยาวได้ (เอมอร บุตรอุดม, 2555)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ทักษะที่บุคคลแสดงออกถึงความยอมรับตนเอง ว่ามีความสำคัญ ความสามารถ ความดี มีพลังอำนาจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ (Coopersmith, 1984) ซึ่ง Coopersmith (1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง คือ องค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพความสามารถทั่วไป ภาวะทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ระดับความมุ่งหวัง และองค์ประกอบภายนอกของบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สถานภาพทางสังคม ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เป็นต้น หากบุคคลใดประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ความภาคภูมิใจ ไร้ประโยชน์ หรือสูญเสียอำนาจหน้าที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าลดลง และส่งผลต่อ การแสดงบทบาทของตนได้ ในกรณีที่บุคคลใดประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ส่งผลทางบวกจะทำให้การดำเนินบทบาทต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำก็จะทำให้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของวรรณกรรมพบว่า การศึกษาของ Loto et al. (2010) พบว่า หญิงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองจะสูงด้วย และการศึกษาของ จันทร์พร เอกวานิช (2550) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ หญิงที่รับการผ่าตัดคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ อาจเกิดปัญหาการปรับตัวรวมถึงเกิด ความล้มเหลวในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ (สุภาพร ตั้งศิริ, 2550; ศศิญา บัวผุด, 2545; Ha & Kim, 2013; Saisto & Halmesmaki, 2003) จากการศึกษาของ Ludman et al. (2013) พบว่า รูปแบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาล โดยพยาบาลมีการวางแผนเป้าหมายการทำงาน ร่วมกัน คิดตัดสินใจ เห็นคุณค่าการทำงานร่วมกันภายในทีม มีการสะท้อนข้อมูลกลับของการพยาบาล

ซึ่งจะทำให้ความสามารถดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น

การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพในระหว่างหน่วยงาน เป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Sullivan (1998) กล่าวถึง กระบวนการของการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ ผู้นำให้การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรของผู้ให้ความร่วมมือ การจัดให้มีทรัพยากร และบุคลากรเพื่อทำงานร่วมกัน การสร้างพันธะสัญญา การกำหนดความสัมพันธ์ และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือ ซึ่งในการปฏิบัติงานนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ร่วมกันวางแผน มีความเคารพ เชื่อใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน เป็นการสร้างเป้าหมายสำเร็จอย่างต่อเนื่อง และเป็นการสร้างความแตกต่างเพื่อแก้ไขปัญหา (Marquis & Huston, 2015; Sullivan, 1998) จากการศึกษาของ Kutzleb et al. (2015) พบว่า การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ มีการร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีการร่วมมือทำงานระหว่างทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรคหัวใจ ให้การดูแลแบบรายบุคคลตามรายโรค มีผู้ปรึกษาเฉพาะโรค มีคลินิกเฉพาะทาง ส่งผลต่อผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล และลดต้นทุนการดูแลด้านสุขภาพ

จากรายงานสถิติโรงพยาบาลรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหนึ่งปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่า ห้องผ่าตัดมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 2,963 ราย, 2,979 ราย และ 3,122 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่า เมื่อคิดสัดส่วนพบว่าการผ่าตัดคลอด คิดเป็นร้อยละ 45 ของการคลอด ทั้งหมด จากลักษณะของการให้บริการพยาบาลแก่หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในปัจจุบันที่รัฐบาลมุ่งสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ ที่หน่วยบริการฝากครรภ์ เพื่อประเมินสภาพการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งได้รับข้อมูลก่อนเข้ารับการผ่าตัดจากพยาบาลห้องฝากครรภ์ และมีการนัดหมายมาเตรียมความพร้อม 1 วันล่วงหน้าก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารข้อมูลผู้ป่วย และมาโรงพยาบาลวันที่ผ่าตัด เมื่อได้รับการผ่าตัดแล้วจะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหลังคลอดจากนั้นจะได้รับการจำหน่ายเมื่อมีสุขภาพดี ดังนั้นหญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอดจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาล 3 หน่วย คือ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประภา ราชา (2553) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดมีความต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดมากที่สุด แต่ได้รับข้อมูลตามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนไม่เพียงพอ (มานฉิก อยุธยา และปราณี ศรีพลแทน, 2556) และการศึกษาของ กาญจนานันท์ ทองเมืองชัยเทพ (2549) พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ บรรเทา

ความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง

จากสภาพปัญหาดังกล่าวแล้วข้างต้นประกอบการทบทวนงานวิจัยไม่พบว่า มีการวิจัยที่ประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของ Sullivan (1998) ในการช่วยให้หญิงที่รับการผ่าตัดคลอดมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจสร้าง และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่รับการผ่าตัดคลอด เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาการให้บริการพยาบาลแก่หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

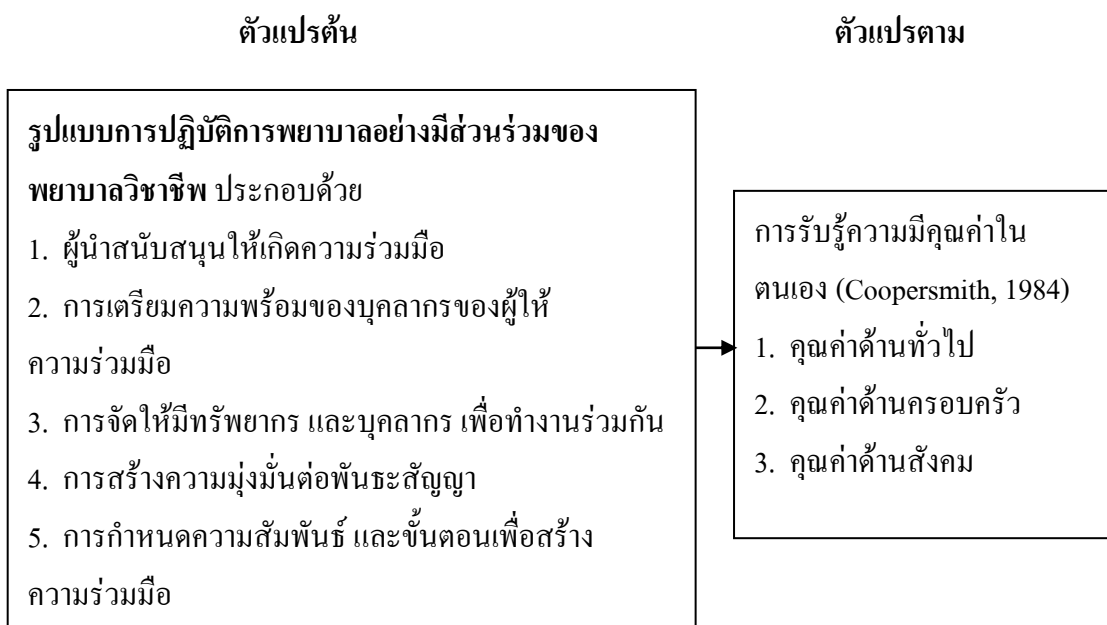
สมมติฐานของการวิจัย

1. หญิงที่มารับผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หญิงที่มารับผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Coopersmith (1984) ที่กล่าวว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองหมายถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง มีความเคารพยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญความสามารถ ความดี มีพลังอำนาจ ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ โดยผู้วิจัยประเมินในด้านทั่วไป ด้านครอบครัว ด้านสังคม และประยุกต์ ใช้แนวคิด Sullivan (1998) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน โดยมี 1) ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 2) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร 3) การจัดให้มีทรัพยากร และบุคลากรเพื่อทำงานร่วมกัน 4) การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา 5) การกำหนดความสัมพันธ์ และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือ ในการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ที่ร่วมมือกันใช้กระบวนการพยาบาลในสนับสนุนส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับ

ผู้ที่มารับการผ่าตัดคลอดตามแผนการทำงานร่วมกัน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group, Pretest-posttest design) ประชากร คือ หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 ราย ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559

ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยคลอด ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอดในการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่หญิงที่มารับ

การผ่าตัดคลอดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดคลอดจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน และมาตรวจหลังคลอด โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม (Sullivan, 1998) ประกอบด้วย กระบวนการทำงานการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด ชี้นำให้พยาบาลในหน่วยงานปฏิบัติภาระหน้าที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกันและให้อิสระที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับหญิงที่เข้ารับ การผ่าตัดคลอด

2. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรของผู้ให้ความร่วมมือ หมายถึง การที่หัวหน้า หน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด มีการคัดเลือก พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ในหน่วยงานรวมถึงการกำหนดบทบาทของแต่ละคนอย่างเหมาะสม สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเป็นสมาชิกทีม รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ร่วมกันทำงาน

3. การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากร เพื่อการทำงานร่วมกัน หมายถึง การที่หัวหน้า หน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด จัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร อาคาร สถานที่ ข้อมูลเอกสาร มีการมอบหมายพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงาน จัดสรรเวลา และบุคลากรทำงานแทน รวมทั้งสถานที่ให้เพื่อสามารถทำงานร่วมกันได้

4. การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา หมายถึง ความเข้าใจในข้อตกลงร่วมกัน ในการทำงาน สมาชิกในทีมมีความคิดตรงกันเป็นหลักการที่ทุกคนเข้าใจ มีส่วนร่วมแสดง ความคิดเห็นในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ เพื่อใช้ในการชี้นำการทำงานร่วมกัน

5. การกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือของพยาบาล หมายถึง การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลเกิดความร่วมมือทำงาน ที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เป็นการกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนต่างๆในการทำงาน ใครทำอะไร ที่ไหนเวลาใด เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลมีการปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลตามแผนร่วมกัน

รูปแบบการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมในกระบวนการปฏิบัติงานหรือการปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องหลังคลอด ที่ให้การดูแลหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดคลอด จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ตามหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเข้าใจของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่เกิดจากการประเมินถึงความสามารถ

ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเอง ความสำคัญ คุณความดี คุณค่า
ของตนเอง และมองว่าตนเองดีมีประโยชน์ และมีความสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน
ความมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Coopersmith (1984) ที่สร้างโดย พรรณี นุ่นประดับ (2538)
มีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบ และปัจจัยที่มีผลการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ในด้านทั่วไป
ด้านครอบครัว และด้านสังคม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความวิชาการ และงานวิจัย ที่เป็นภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ นำมารวบรวมและสรุปเป็นสาระสำคัญ โดยเรียงลำดับดังนี้

1. การพยาบาลหญิงผ่าตัดคลอด
2. แนวคิดการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเอง
3. แนวคิดการมีส่วนร่วม
4. ความสัมพันธ์ของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด
5. สภาพปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

การพยาบาลหญิงผ่าตัดคลอด

ในปัจจุบันการทำผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการหนึ่งที่ทำกันมาก และสำคัญที่สุดทางสูติศาสตร์ เป็นการช่วยชีวิตมารดาและทารก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ ซึ่งแนวโน้ม ในปัจจุบันของประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีความชำนาญ และเทคโนโลยี ทางการแพทย์เครื่องมือทันสมัย ทำให้แพทย์ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และวินิจฉัยภาวะ ความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วในขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะคลอดยาก รวมทั้งความก้าวหน้าของ ยาปฏิชีวนะ วิสัญญีวิทยาและทีมพยาบาล สามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ได้รวดเร็วและปลอดภัย มากขึ้นมารดามีเหตุผลบางประการจึงเลือกการคลอดโดยวิธีการผ่าตัด (ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2547; ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2552; ธีระ ทองสง, 2557) ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของ ผู้ที่รับการผ่าตัด พยาบาลต้องตระหนักถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาการ ปฏิบัติการพยาบาล ได้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้รับบริการ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2554) จำเป็นจะต้องรู้จัก ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ชนิดของการผ่าตัด คลอด ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อนำมาใช้ ในการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลรับฟังและเคารพความคิดเห็น และสิ่งที่ผู้ป่วย เลือกตามความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ กับผู้ป่วย ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อการตัดสินใจ และมีความร่วมมือของพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว มีการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล บุคลากรทีมสุขภาพให้เกียรติ เคารพ ความคิดเห็น และการตัดสินใจของผู้ป่วย และครอบครัว (รัชนี นามจันทร์, 2552)

ความหมายการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอด (Caesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อนำทารกออกผ่านแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องและแผลผ่าตัดที่ผนังมดลูก โดยทารกที่คลอดออกมาสามารถมีชีวิตรอดได้ ปัจจุบันประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือทารกมีน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป คำจำกัดความนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดเพื่อนำทารกออกจากช่องท้องในกรณีที่มดลูกแตก หรือตั้งครรภ์ในช่องท้อง และไม่รวมการผ่าตัดเพื่อทำให้แท้งบุตร (บัณฑิต จันทะยานี, เพิ่มศักดิ์ สุเมษศรี, สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และวรวงษ์ กงมิผล, 2550; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2553)

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2552; สุภาพ ไทยแท้, 2554)

1. ข้อบ่งชี้สมบูรณ์ เป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องผ่าตัดแน่นอนหากปล่อยให้คลอดเองมีอันตรายมาก ได้แก่ การคลอดติดขัด เช่น ขนาดทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา ทารกผิดปกติคลอดเองไม่ได้ เช่น ท่าขวาง ท่าก้น รกเกาะต่ำ ภาวะรกเชิงกรานหักหรือช่องทางคลอดผิดปกติ มะเร็งปากมดลูก เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดผ่านมะเร็ง การติดเชื้อรุนแรงที่ปากมดลูกหรือช่องคลอดเช่น เริม ทารกอยู่ในภาวะคับขันที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เร็ว

2. ข้อบ่งชี้สัมพัทธ์ เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจจะผ่าตัดหรือคลอดเองทางช่องคลอดก็ได้แล้วแต่สภาพของมารดาหรือทารก ว่ามีอันตรายมากน้อยแค่ไหน ซึ่งการผ่าตัดน่าจะช่วยให้ปลอดภัย ได้แก่ ครรภ์แฝดที่ทารกไม่ได้อยู่ในท่าศีรษะทั้งคู่ มารดาที่เคยเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน ตกเลือดก่อนคลอดที่มีอันตรายต่อมารดาหรือทารก ผู้คลอดมีประวัติคลอดยาก ทารกตายหรือพิการจากการคลอด ประวัติมีบุตรยาก โรคแทรกทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ โรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (บัณฑิต จันทะยานี และคณะ, 2550; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2553)

1. ภาวะการเสียเลือด เกิดการตกเลือดจากตัดเส้นเลือดที่มดลูกเส้นใหญ่ ๆ การฉีกขาดของแผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกจะมีการเสียเลือดอย่างน้อย 1,000 มิลลิลิตรมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดป้องกันได้โดยการเตรียมเลือดก่อนและหลังผ่าตัด
2. การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้อง ที่อยู่บริเวณผ่าตัด เช่น ลำไส้ ภาวะเยื่อปัสสาวะ
3. การติดเชื้อการอักเสบของแผล อาจเกิดการปนเปื้อนระหว่างการผ่าตัด ป้องกันโดยให้ยาปฏิชีวนะหลังทารกคลอด หรือให้ยาจนกว่าอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อจะดีขึ้น
4. ภาวะแทรกซ้อนจากวิสัญญี เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดเกิดภาวะปอดบวมจากการสำลักของการดมยาสลบทั่วไปอาจเกิดการสำลักอาหาร

5. ความเสี่ยงต่อทารก มีโอกาสบาดเจ็บและการตายเกิดภาวะหายใจลำบากในระยะแรกคลอด มีมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด เพราะการ โดยการผ่าตัดทารกไม่ถูกบีบบริเวณหน้าอก เหมือนการคลอดทางช่องคลอด

ปัญหาและผลกระทบต่อหญิงที่รับการผ่าตัดคลอด

1. ด้านจิตใจ การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของมารดา รู้สึกกลัว และวิตกกังวลว่า การผ่าตัดก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง กลัวมีการเสียเลือดมาก กลัวเจ็บปวด ขณะผ่าตัดหรือไม่ฟื้นจากดมยาสลบ ไม่หายจากการฉีดยาชาทางไขสันหลัง กลัวทารกได้รับอันตราย กลัวต่อสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่มีเจ้าหน้าที่ มีอุปกรณ์มากมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักคาดการณ์ไปในทางลบว่าเป็นอันตราย ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นการเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอน กลัวความไม่ปลอดภัยของตนเองและบุตร กลัวความเจ็บปวด กลัวการหายของแผล กลัวการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพกับสามี กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด (คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตราภรณ์ ความคณิง, อติคุณ ชนกิจ และเกษาดา เอื้อไพโรจน์กิจ, 2554; ประภา ราชา, 2553; วารุณี เริ่มอรุณรอง, 2554; อารี บุญมัน, 2557) และรู้สึกท้อใจตัวเองที่มีรูปร่างไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถคลอดเองได้ รู้สึกสูญเสีย ความสำคัญในตนเอง สูญเสียการควบคุมตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจกับความสำเร็จของตนเองน้อยคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ความรู้สึกถึงการแสดงออกของความเป็นมารดาที่อาจกระทำไม่ได้ไม่ดีพอเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ต้องผ่าตัดคลอด ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลงได้ โดยเฉพาะมารดา ที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอด (Cox & Smith, 1982; O'Reilly et al., 2014) หมายความว่า คุณค่าในตนเองของผู้ที่รับการผ่าตัดคลอดลดต่ำลงได้จากการได้รับการผ่าตัดคลอด โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับการผ่าตัดคลอดมาก่อน

2. ด้านร่างกาย เมื่อเข้ารับการผ่าตัดจำเป็นต้องมีการเตรียมก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเจาะเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเตรียมเลือดให้พร้อมก่อนผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การสวนอุจจาระ การให้ยาน้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำ การมีสายสวนปัสสาวะ การได้รับ ยาระงับความรู้สึก หรือการฉีดยาชาไขสันหลัง การสูญเสียเลือด เนื้อเยื่อได้รับความบอบช้ำ หรือมีผลรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อ สุขสบายทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการ เจ็บปวดแผลผ่าตัด ซึ่งความรุนแรงของความเจ็บปวดอาจจะเพิ่มมากขึ้นจากการไอ หรือการเคลื่อนไหว ร่างกาย เช่น การพลิกตัว และการลุกนั่ง ทำให้หญิงหลังผ่าตัดคลอดจึงไม่กล้าขยับเขยื้อน จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดแน่นท้อง นอกจากนี้อาการนอน ไม่หลับจากอาการปวดแผลผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

การติดเชื้อที่มดลูก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้หญิงหลังผ่าตัดคลอดไม่สุขสบายอย่างมากและเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2552; สุภาพ ไทยแท้, 2554)

นอกจากผลกระทบของปัญหาทางด้านร่างกายจะส่งผลต่อการดำเนินบทบาทมารดา เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทำให้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดอยู่ในสภาพบทบาทผู้ป่วยหลังผ่าตัด และมารดาหลังคลอดในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสุขสบาย และมีอาการปวดแผล อาการอ่อนเพลีย การได้รับยาสลบหรืออาการชา หลังฉีดยาเข้าไขสันหลัง เนื่องจากสภาพร่างกายยังไม่พร้อม และยังไม่พร้อมต่อการให้นมมารดา และเลี้ยงดูได้ เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสายสัมพันธ์แม่ และลูกหลังผ่าตัดคลอด (Udy, 2008) จากการศึกษาของ เอมอร์ บุตรอุคม (2555) ศึกษาพบว่า ความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ถือว่าเป็นบทบาทสำคัญ ดังนั้นมารดาจึงควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งการดูแลตนเองและลูกหลังผ่าตัดด้วย โดยเฉพาะรายที่ต้องทำการผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า สิ่งสำคัญเป็นการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบริการการพยาบาลที่เหมาะสม และมีคุณภาพ

การผ่าตัดคลอดสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ตติรัตน์ สุวรรณสุขจิต, 2547; ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2557) ดังนี้

1. การผ่าตัดคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้า (Elective cesarean section) คือ การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ตั้งแต่ใกล้ครบกำหนดคลอด 1-2 สัปดาห์ หรือเริ่มเข้าสู่ระยะคลอด การผ่าตัดคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้าจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดมีข้อดี คือ สามารถเตรียมมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจไว้ล่วงหน้า แต่การตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของมารดาแต่ละรายอาจแตกต่างกัน มารดาบางรายรู้สึกดีใจที่ได้ทราบวันเวลาที่แน่นอน และไม่ต้องเจ็บปวดการเจ็บครรภ์คลอด แต่มารดาบางรายอาจสูญเสียคุณค่าในตนเองผิดหวังที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ สามารถดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ทำให้ลดอันตรายจากการสำลักอาหารเข้าปอด เมื่อใช้วิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำผ่าตัดในช่วงที่แพทย์และทีมงานมีความพร้อมสามารถเตรียมเลือดไว้เพียงพอ

2. การผ่าตัดคลอดกรณีไม่ได้กำหนดล่วงหน้าหรือฉุกเฉิน (Emergency cesarean section) คือ การผ่าตัดคลอดกรณีไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทำในกรณีที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดเกิดขึ้นหลังจากเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว ผลลัพธ์ทางจิตสังคมมักเป็น

ทางลบเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้า การผ่าตัดคลอดชนิดนี้ จึงมีอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการผ่าตัดคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้า การผ่าตัดคลอดกรณีไม่ได้กำหนดล่วงหน้าหรือฉุกเฉินมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถเตรียมมารดาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจไว้ล่วงหน้า ไม่สามารถงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดได้นานพอ จึงเสี่ยงต่อการสำลักน้ำ หรือเศษอาหารเข้าปอด เมื่อใช้วิธีระงับความรู้สึกทั้งร่างกาย ไม่สามารถเลือกทำผ่าตัดในช่วงที่ แพทย์และทีมงานมีความพร้อม ไม่สามารถเตรียมเลือดไว้ล่วงหน้า และต้องเตรียมเลือดอย่างฉุกเฉิน ตามที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดที่กำหนดล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะทำในเวลา ราชการ ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดกรณีฉุกเฉิน ที่ส่วนใหญ่ทำนอกเวลาราชการ ซึ่งพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ เพื่อมุ่งหวังให้ได้รับการผ่าตัดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถปฏิบัติบทบาทมารดา ได้อย่างดีที่สุดและเร็วที่สุดด้วย

การพยาบาลหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ก่อให้เกิด ความพึงพอใจในบริการ การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพของความร่วมมือ และเพิ่มคุณภาพของการบริการสุขภาพ จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ความสัมพันธในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่มีอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างดมยาสลบ และการผ่าตัด การผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี เป็นหัวใจที่สำคัญของการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ และปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลด ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลมีดังนี้ (สภากาการพยาบาล, 2551; วัชร อิมท้าว, 2552; ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2557)

1. การพยาบาลก่อนผ่าตัดคลอด (Pre-operative phase) เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า ต้องได้รับการผ่าตัด ระยะนี้พยาบาลมีบทบาทการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อลด ความกลัว คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด พยาบาลควรใช้เวลาพูดคุยเกี่ยวกับ สิ่งที่มาลดกลัว และส่งเสริมให้สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้มารดา มีความรู้สึกในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความกลัว มารดาจะไม่สามารถคลายความวิตกกังวล ได้ ถ้าญาติมีความกลัว วิตกกังวล พยาบาลควรอธิบายให้ญาติทราบด้วย การปฏิบัติมีดังนี้

1.1 การสอบถามข้อมูลก่อนผ่าตัด และประเมินอาการแสดงออก เพื่อประเมินสภาพ ผู้รับบริการ เพื่อทราบประวัติสุขภาพ โดยสอบถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต

โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การแพ้ยา แพ้อาหาร ปัญหาเลือดออก การใช้ยาในปัจจุบัน รวมทั้ง สอบถามข้อมูลอื่น ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ช่วงเวลาที่คาดว่าจะอยู่ในโรงพยาบาล เก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

1.2 ประเมินภาวะเสี่ยงของการผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดคลอด มารดา ต้องมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกายและด้านจิตใจ ภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์จะเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ภาวะสุขภาพเหล่านั้น ได้แก่

1.2.1 ภาวะโภชนาการไม่ดี เช่น มารดาที่มีภาวะอ้วนเนื้อเยื่อมีเซลล์ไขมันมากทำให้ เย็บแผลยาก แผลอาจหายช้ากว่าปกติ เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อ และเกิดการแยกของแผลผ่าตัด มารดาที่มีภาวะอ้วนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดยากกว่ามารดาที่มีน้ำหนักปกติ ยังภาวะเสี่ยง การเกิดโรคแทรกซ้อนของระบบหายใจ และระบบไหลเวียน เช่น ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำอักเสบ มารดา บางรายมีภาวะขาดธาตุเหล็กเสี่ยงต่อการหมดแรงหลังผ่าตัด

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงของอายุ มีผลต่อภาวะเสี่ยงการผ่าตัด เนื่องจากอายุมากขึ้น มีการสะสมไขมันไปฟอสฟอรัส และการเสื่อมของเซลล์มากขึ้นมีความยืดหยุ่นน้อย หลอดเลือดแข็งตัว มากขึ้นส่งผลให้ให้การไหลเวียนของเลือดลดลง อาจส่งผลต่อการทำงานของไต

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั่วไป มารดาที่เจ็บป่วย เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซีด มีภาวะเสี่ยงการผ่าตัดมากกว่าคนปกติ เพราะพยาธิของโรครบกวนความสามารถ ในการปรับตัวของร่างกายต่อการผ่าตัด การซักประวัติการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัด นอกจากนี้ประวัติ การใช้ยาบางตัวรบกวนการออกฤทธิ์ของยาชาและ การหายของแผล

1.2.4 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ มารดาที่มีปริมาณเลือดน้อยกว่าปกติจะมีผลต่อการเสียเลือดมากกว่ามารดาที่มีปริมาณเลือดปกติ มารดาที่ดื่มน้ำและอาหารนาน มารดาที่อาเจียน ท้องเสีย เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์

1.2.5 สอบถามความต้องการหรือปัญหาที่ต้องการรับทราบ ความวิตกกังวล ความกลัว มารดาที่มีความกลัวจะมีความเสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้น การช่วยให้มารดาตระหนักว่า ความกลัวการผ่าตัดเป็นภาวะปกติ อาจช่วยส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและทำให้มารดา มีความกลัวลดลง

1.3 การตรวจวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การตรวจปัสสาวะ การตรวจความสมบูรณ์เลือด การแข็งตัวของเลือด การตรวจหา หมู่เลือด การตรวจค่าอิเล็กโตรไลต์

1.4 การให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด เพื่อให้มารดาคุ้นเคยกับวิธีการผ่าตัด ให้มารดา ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อดูแลตนเองรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลควรตอบคำถาม และให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่มารดาไม่รู้ ต้องแน่ใจไม่ทำให้มารดา

เกิดความกลัว คำแนะนำก่อนการผ่าตัด: พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1.4.1 แนะนำตัวเองกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และเกิดความไว้วางใจ ในการบอกปัญหาหรือซักถามปัญหาต่าง ๆ ต้อนรับด้วยหน้าตายิ้มแย้ม แจ่มใส ใช้คำพูดง่าย เป็นผู้ฟังที่ดี กระจกหรือรับให้ความช่วยเหลือ

1.4.2 ให้ความเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล โดยพูดทักทายเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยท่าที สุภาพ ไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็นให้บริการยุติธรรมเสมอภาคในมาตรฐานเดียวกัน

1.4.3 ให้งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ก่อนผ่าตัด เช่น การอาบน้ำ สระผมให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น และล้างสีเล็บ เพื่อให้สามารถ สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บได้ การพักผ่อนที่เพียงพอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น ไม่อ่อนเพลีย

1.4.4 หากมีอาการเจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน ลูกไม่ดิ้น ให้มาโรงพยาบาล

1.4.5 อธิบายให้ทราบว่า ในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด

1.4.6 อธิบายและให้คำแนะนำทุกอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและรู้สึกกังวล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เหมาะสม

1.4.7 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรในห้องผ่าตัด วิธีการผ่าตัด สภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยอบอุ่นมั่นใจ มีกำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อน

1.4.8 อธิบายให้ทราบขั้นตอนการผ่าตัด เช่น จะได้รับการฟอกผิวหนังด้วยน้ำยา ระบายเชื้อโรค และการผ่าตัดพอสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยทราบสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่ผ่าตัด ประมาณระยะเวลาในการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ

1.4.9 อธิบาย และสอนการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ความวิตกกังวลลดลง เทคนิคการผ่อนคลาย คือ การบริหารลมหายใจเป็นจังหวะเข้าออกยาวและลึก อย่างสม่ำเสมอ

1.4.10 ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ดังนี้

1.4.10.1 การหายใจเข้าและออกลึก ๆ จัดให้ผู้ปวยนอนหัวสูงหรืออยู่ในท่านั่ง เพื่อให้ทรวงอกขยายออกได้เต็มที่ สูดหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมุก แล้วค่อยผ่อนออกทางปาก ทำเช่นนี้ ประมาณ 5-10 ครั้ง ทุกชั่วโมงหลังผ่าตัด จะช่วยทำให้ปอดขยายตัวได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางระบบหายใจ เช่น ภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยบางรายที่รับการผ่าตัดบริเวณทรวงอก เพื่อให้ทรวงอกมีการเคลื่อนไหวน้อยลงในระยะแรกหลังผ่าตัด วิธีทำ คือ ให้ผู้ป่วยนอนหงาย

แล้ววางมือบนหน้าท้อง สูดหายใจเข้าออกลึก ๆ ทางจมูกพร้อมทั้งเบ่งหน้าท้องให้โป่งออกมาดันมือขึ้น แล้วค่อย ๆ ผ่อนหายใจออกทางปาก โดยทำปากห่อคล้ายผิวปาก พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง เมื่อผู้ป่วยสามารถกระทำได้ จะช่วยในการสอนทำอื่นได้ง่ายขึ้น เช่น การสอนการไอที่ถูกวิธี

1.4.10.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางเดินหายใจ โดยเฉพาะที่เกิดจากการคั่งของเสมหะในปอด การสอนการไอนี้ ควรทำเป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยดูก่อน และให้ผู้ป่วยฝึกตาม โดยสอนให้สูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจแล้วไอออกมาแรง ๆ การไอที่ถูกต้องจะช่วยกำจัดเสมหะที่คั่งค้างอยู่ออกหมด อย่างไรก็ตาม การไอที่มีประสิทธิภาพ ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ต่อมไทรอยด์ สมองและตา เพราะการไอจะทำให้เกิดอันตรายกับบริเวณที่ทำผ่าตัด เกิดความดันสูงในส่วนที่ทำผ่าตัด

1.4.10.3 การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียง การนอนท่าเดียวนาน ๆ จะทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่ดี การหมุนเวียนอากาศในปอดลดลง มีการคั่งของเสมหะในปอดได้ง่าย นอกจากนี้ยังทำให้มีการระบายของเลือด น้ำเหลือง หรือสิ่งคั่งค้างจากท่อระบายสายยางต่าง ๆ เป็นไปไม่สะดวก การไหลเวียนเลือดก็ไม่ดี และเกิดแผลกดทับได้ง่าย ดังนั้น เพื่อป้องกันและลดปัญหาการคั่งของเลือดในระบบไหลเวียนเลือด และภาวะแทรกซ้อนทางปอด ควรสอนและฝึกให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนพลิกตะแคงตัวไปมาด้วยตัวเองโดยใช้ไม้กั้นเตียงช่วย ควรทำทุก 1-2 ชั่วโมง และควรลุกนั่งหรือยืนทันทีเมื่อมีอาการดีขึ้น

1.4.10.4 การออกกำลังกายแขนขา การออกกำลังกายแขนขา จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ผู้ป่วยนอนในท่าหัวสูงเล็กน้อยหรือนอนในท่าที่สบาย และออกกำลังกายหรือขาที่ละข้าง โดยเฉพาะการเหยียดออกและงอของข้อทุกข้อ

1.4.10.5 การควบคุมและลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยทางศัลยกรรมทุกราย มักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดทั้งที่มีมาก่อนหรือที่จะเกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่าตัด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความเจ็บปวดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง อย่างไรก็ตามในขั้นเตรียมผู้ป่วยพยาบาลควรอธิบาย และสอนวิธีการอื่น ๆ ที่ช่วยลดความเจ็บปวดควบคู่ไปกับการได้รับยาระงับปวด เช่น การใช้หมอนหรือฝ่ามือทั้งสองข้างในการพยุงแผลผ่าตัดขณะไอ เพื่อลดการกระเทือนของแผล เป็นต้น

2. การพยาบาลระยะผ่าตัดคลอด (Intra-operative phase) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์เข้ามาในห้องรอผ่าตัด พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ให้ความเป็นกันเอง ด้วยการกล่าวทักทาย สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยอบอุ่นมั่นใจมีกำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อน รวมถึงการอนุญาตให้ญาติเข้ามาอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้กำลังใจสร้างความมั่นใจ รู้สึกตนเองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ คลายความวิตกกังวล อบอุ่นใจ

จนถึงเวลาเข้าห้องผ่าตัด และแจ้งขณะผ่าตัด พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด

2.2 ตรวจสอบความพร้อมด้านร่างกาย ก่อนเข้ารับการผ่าตัดซ้กประวัติ

โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อ สกุล การผ่าตัด เพื่อความถูกต้องของผู้ป่วย

2.3 ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการงดน้ำ อาหาร ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ป่วย เช่น ฟันปลอม แหวน นาฬิกาหรือเครื่องประดับต่าง ๆ

2.4 ทบทวนคำแนะนำก่อนผ่าตัด เป็นหัวใจที่สำคัญของการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

2.5 การนำข้อมูลไปปฏิบัติและประสานกิจกรรมต่าง เพื่อให้หญิงหลังคลอดเกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จะปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะขณะและหลังผ่าตัดตามแผนการพยาบาล เช่น การจัดเตรียมเครื่องมือที่สะอาด ป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนให้การดูแลจิตใจของผู้มารับบริการและญาติ ทั้งนี้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้การพยาบาล ผู้ให้บริการต้องทำเสมือนหนึ่งเป็นผู้รับบริการในการปกป้องสิทธิต่าง ๆ ไม่ว่าผู้รับบริการรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้ช่วยเหลือสูติแพทย์ วิชาสูติแพทย์ตามความเหมาะสม รวมทั้งเฝ้าระวังและควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะการสูญเสียเลือดและปฏิบัติงานร่วมกับผู้ส่งเครื่องมือ เช่น การตรวจนับผ้าซับเลือด เครื่องมือ และของมีคม ทั้งนี้ต้องบันทึกสิ่งต่าง ๆ ลงในเอกสารให้เรียบร้อยด้วยรวม

2.6 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อส่งเข้าห้องพักฟื้น หลังฉีดยาเข้าไขสันหลัง ควรนอนราบอย่างน้อย 6 ชั่วโมง อาจมีอาการคันตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียนได้ หากมีอาการปวดแผลขอยาเพื่อระงับปวดได้หรือมีอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล เช่น หน้ามืด ใจสั่น ตกเลือด

3. การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอด (Post-operative phase) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่มารดาออกจากห้องผ่าตัด กลับไปอยู่หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอยู่ในสภาพบุคคลที่ช่วยตัวเองได้น้อยโดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากการได้รับยาสลบหรือได้รับการฉีดยาเข้าไขสันหลัง และต้องอยู่ในบทบาทมารดาที่ต้องเลี้ยงดูทารกหลังคลอด เมื่อได้รับลูก พยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำมุ่งผลการปฏิบัติที่ดีของมารดาและลูกจนกระทั่งกลับบ้าน และนัดตรวจหลังคลอด เพื่อให้มีสุขภาพดี มีดังนี้

- 3.1 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปวดแผล ขอยาแก้บรรเทาอาการ ได้ทุก 4 ชั่วโมง
- 3.2 ประเมินสัญญาณชีพ การหายใจ แผลผ่าตัด การหดตัวของมดลูก การตกเลือด หลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวของลำไส้
- 3.3 วิธีการที่ช่วยให้เกิดความสบาย ได้แก่ การเปลี่ยนท่า การใช้หมอนประคอง แผล การใช้เทคนิคการผ่อนคลายและเทคนิคการหายใจ การเคลื่อนไหวโดยการเดินอาจช่วยบรรเทาอาการท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง
- 3.4 แนะนำมารดาได้รับการพักผ่อน พยาบาลต้องมีความไวต่อความต้องการ ทางด้านร่างกายของมารดา เพราะมารดามีข้อจำกัดด้านร่างกายหลังผ่าตัด
- 3.5 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทมารดา และการดูแลทารก สนับสนุนการเลี้ยงด้วยนมแม่ การอุ้มให้นมแม่อย่างถูกวิธี การให้นมแม่ในท่านอนตะแคง และท่าฟุตบอล ใช้หมอนรองรับทารกทำให้มารดาสบาย และช่วยประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม การอาบน้ำ เป็นต้น
- 3.6 ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเริ่มจากน้ำ น้ำหวาน อาหารอ่อน ข้าวต้ม โจ๊ก ควรรับประทานอาหารแต่น้อยแต่บ่อย ป้องกันอาการปวดท้อง ท้องอืด
- 3.7 ให้คำแนะนำการฟื้นฟูสภาพร่างกาย Early ambulation ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การให้น้ำเกลือ การนำสายสวนปัสสาวะออก
- 3.8 ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังผ่าตัด ภายในช่วงเวลา 2-3 วัน แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในการแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดนั้น มี 3 แบบ คือ ลักษณะแผลเย็บด้วยไหม ไม่ละลายจะเห็นเส้นไหมด้านนอก ตัดไหมครบ 7 วัน ลักษณะแผลเย็บด้วยไหมละลายจะไม่เห็นเส้นไหมด้านนอก ที่ปิดแผลด้วยพลาสติกกันน้ำ ระวังน้ำซึมเข้าแผล หากน้ำซึมเข้าแผลต้องล้าง ทำแผลใหม่ ห้ามแคะแคะแผล เพราะอาจเกิดการติดเชื้อ ให้สังเกต อาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดงหรือปวดมากขึ้น มีปัญหาพบแพทย์ทันที
- 3.9 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ ทุกชนิด ไม่มีของแสลงงดของหมักดอง มีนเมาทุกชนิด
- 3.10 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสิ่งที่ผิดปกติ เช่น หากคุณแม่มีไข้สูง ปวดท้อง ปัสสาวะไม่ออก หรือทารกมีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบ และสะดืออักเสบ ควรมาพบแพทย์ ก่อนกำหนด การดูแลตนเองเกี่ยวกับน้ำคาวปลาจะมี 7-14 วัน เหมือนประจำเดือน หากมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ งดมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 6 สัปดาห์ หลังคลอด ป้องกันการติดเชื้อที่มดลูก สามารถออกกำลังกายหลังคลอดได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ห้ามยกของหนัก

3.11 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนัดตรวจหลังผ่าตัด 7 วัน หากมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ หลังผ่าตัด ขอให้ท่านกลับมาเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ให้การพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม พยาบาลต้องประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย และประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้มารดาได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย มุ่งผลการมีสุขภาพดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด

1. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดของตนเอง และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
2. มีความวิตกกังวลลดลง เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด

และหลังผ่าตัด

3. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องภายหลัง การผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

4. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น หรือเป็นไปในทางบวก

5. มีความรู้และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและเมื่อกลับบ้าน ได้ถูกต้อง

6. มีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตัว ในบทบาทมารดา สามารถสร้างสัมพันธภาพ แม่และลูก และสามารถให้นมแม่ และเลี้ยงดูได้

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้พยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ให้การพยาบาล เพื่อตอบสนอง ความต้องการที่แท้จริงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและใช้กระบวนการพยาบาล วางแผน การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่การให้ข้อมูลเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งส่งไปห้องพักฟื้นและกลับบ้านมา เพื่อตรวจสภาพร่างกายหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งแสดงออกซึ่งความเชี่ยวชาญความเป็นวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้และเด่นชัด สร้างผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2553)

แนวคิดการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมาย ภายในตัวบุคคลที่ได้รับจากการสัมผัส สิ่งต่าง ๆ แล้วแสดงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจ ของตน ทำให้เกิดพฤติกรรมที่คนนั้นแสดงออกมา ตามประสบการณ์เหตุผล และตามความคิดของแต่ละบุคคลมีการตัดสินใจเลือก และลงมือปฏิบัติตามสิ่งที่เชื่อ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดี

และมีประโยชน์ของบุคคลนั้น และการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมาย (กิตติมากร โปธิ์จันดี, 2556; หยกแก้ว รั้วสมบุญ, 2552)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) บางครั้งใช้คำว่า ความนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนเองว่าตนเองเป็นอย่างไร จากการค้นคว้าได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายที่มีความแตกต่างหรือคล้ายกันดังต่อไปนี้

Coopersmith (1984) กล่าวว่า การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง มีความเคารพยอมรับในตนเองว่า มีความสำคัญ ความสามารถ ความดี มีพลังอำนาจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ

Rosenberg (1965) ให้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นทัศนคติของบุคคลเกี่ยวกับความพอใจหรือไม่พอใจในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง คิดว่าตนเองมีค่า

Maslow (1970) ได้กล่าวว่าความมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถในการกระทำต่าง ๆ

สรุปการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกความคิดหรือความเข้าใจที่บุคคลประเมินถึงความสามารถ ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเอง ความสำคัญ คุณค่าความดีของตนเอง และคุณค่าที่เกิดขึ้น

คุณลักษณะที่บ่งบอกการเห็นความมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1984) กล่าวว่าคุณลักษณะพื้นฐานที่บ่งบอกการเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วย

1. ความสำคัญ (Significance) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลอื่น ได้รับการยอมรับ ความเอาใจใส่ มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม
2. ความสามารถ (Competence) เป็นความมีคุณค่าจากการกระทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย เปรียบเทียบกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจ สามารถปรับตัวได้ดี ใช้กลไกในการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้
3. คุณความดี (Virtue) เป็นการปฏิบัติตนสอดคล้องกับศีลธรรม จริยธรรม ค่านิยมของสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มีความคิดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี
4. พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อตนเอง บุคคลอื่น และเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตนและสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการได้

องค์ประกอบที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981) มี 2 ประเภทดังนี้

1. องค์ประกอบภายในตน หมายถึง ลักษณะของแต่ละคนที่มีผลทำให้การเห็นคุณค่าของบุคคลแตกต่างกันประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทางกายภาพ มีบางลักษณะมีส่วนให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เช่น ความงาม มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเพศหญิง ส่วนความแข็งแรงรวดเร็ว มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในเพศชาย

1.2 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และผลงาน (General ability capacity and performance) มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จของบุคคล หากประสบความสำเร็จตามต้องการจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวก แต่ถ้าประสบความสำเร็จล้มเหลวเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางลบ

1.3 ภาวะทางอารมณ์ (Affective states) การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแล้วมีการประเมินตนเองในทางที่ดีจะแสดงความรู้สึกพอใจ แสดงอารมณ์ทางบวก มีความสุข ความวิตกกังวลต่ำ แต่ถ้าบุคคลประเมินตนเองไปในทางลบไม่มีความพึงพอใจในภาวะปัจจุบัน มองตนเองไม่ประสบความสำเร็จได้ในอนาคต

1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-values) บุคคลประเมินตนเองกับสิ่งที่ตัวเองให้คุณค่า เช่น ให้ความสำคัญคุณค่าทางการเรียน หากประสบความสำเร็จล้มเหลวจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และถ้าค่านิยมส่วนตัวไม่สอดคล้องกับค่านิยมทางสังคม บุคคลนั้นจะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลงด้วย ถ้าบุคคลแสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับค่านิยมของตนก็จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

1.5 ระดับความมุ่งหวัง (Aspiration) การตัดสินใจมีคุณค่าของบุคคลเกิดจากการเปรียบเทียบการปฏิบัติงานและความสามารถของตนกับระดับความสำเร็จ ทำได้ดีหรือเกินคาดหวังรู้สึกว่าคุณค่า

1.6 ปัญหาและพยาธิสภาพ (Problem and Pathology) ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทั่ว ๆ ไป และปัญหาที่มีสาเหตุจากจิตใจ รวมถึงการกระทำอันเกิดจากปัญหาและส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ที่มีปัญหาสูงจะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และแสดงออกในรูปวิตกกังวลมีความยุ่งยากในการแก้ปัญหา ส่วนผู้ที่มีปัญหาน้อยจะมีความรู้สึกในตนเองสูง

2. องค์ประกอบภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วยแล้วส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน

2.1 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว พ่อแม่ลูกให้การดูแลให้เกิดความอบอุ่นมั่นคงและปลอดภัย ให้อิสระส่งเสริมพฤติกรรม

ด้วยการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบการแสดงออกความรัก ความเอาใจใส่ การยึดหยุ่น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต เชื่อมมั่นในตนเองรู้สึกว่าคุณค่าสำคัญในครอบครัว ได้รับการยอมรับจากครอบครัว มีการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้นได้ (เนตรลาวัลย์ เกิดหอม, 2548; Crocker, Luhtanen, Cooper, & Bouvrette, 2003) เมื่อบุคคลอยู่ในสภาพเจ็บป่วยครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและกระบวนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า ปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น (เนตรลาวัลย์ เกิดหอม, 2548)

2.2 โรงเรียนและการศึกษา บรรยายากาศการเรียนสอน การฝึกทักษะต่าง ๆ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นการช่วยสนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.3 สถานภาพทางสังคม บุคคลที่ประสบความสำเร็จเห็นคุณค่าในตนเองหรือมีระดับตำแหน่งหน้าที่ทางสังคมในระดับสูง โดยพิจารณาจากลักษณะอาชีพ รายได้ ถิ่นที่อยู่ ความมีเกียรติและเกิดชื่อเสียงของบุคคลในครอบครัวซึ่งเขาจะรู้สึกมีความมีคุณค่าในตนสูงกว่าบุคคลอื่นที่มาจากสถานภาพทางสังคมระดับปานกลางและระดับล่าง และสตรีขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะสามารถปรับตัวกับบทบาทมารดาได้ดี ซึ่งส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (สุภาพร ตั้งศิริ, 2550; Saisto & Halmesmaki, 2003)

2.4 ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนจะมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองจากการได้รับการยอมรับหรือการถูกปฏิเสธ โดยเฉพาะกับเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน

2.5. ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เช่น อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองได้พัฒนาไปตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพัฒนาสูงขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น (Bleidorn et al., 2016) หรือสถานภาพสมรส ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองเนื่องจากการเป็นสามีหรือภรรยาเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่มีความสนิทแนบแน่น มีระยะเวลาของการสัมพันธ์นานเพียงพอ ซึ่งรวมไปถึงการเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของบุคคลนั้นและมีส่วนช่วยในการตัดสินใจ ช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้ที่แต่งงานซึ่งรู้สึกมั่นคง ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูง โดยสิ่งที่มีอิทธิพลโดยตรง คือ คู่สมรส

ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจของมนุษย์ ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลได้ว่าเป็นอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะแสดงระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันออกมาโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ด้วยลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูด และการกระทำ บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงพอ จะสามารถสร้างสรรค์ความคิดหรือการกระทำที่จะเผชิญความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวทางอารมณ์ ทางสังคม และการเรียนรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ชีวิตที่มีผลต่อความคิด ความปรารถนา ค่านิยม อารมณ์ และการตั้งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล อันมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเขา กลายเป็น ลักษณะของบุคลิกภาพตามมา และการปรับตัว การประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว ทั้งในชีวิตส่วนตัว การศึกษาเล่าเรียนหรือการทำงานในชีวิตส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับ การเห็นคุณค่าในตนเองด้วยเช่นกัน ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจึงมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความคาดหวัง อย่างเป็นจริงและเป็นไปได้ในความสำเร็จที่จะได้รับ ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ได้ในที่สุด (Kozier & Erb, 1988)

ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าในตนเองสูง

1. ดูแลตนเองดี โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและการออกกำลังกาย การดื่ม การรับประทานอาหาร และการนอนหลับ รวมไปถึงการเลือกแบบการแต่งกาย และการไม่ทำลายตนเองด้วยการละเลยสุขนิสัยที่ดี เมื่อตกอยู่ภายใต้ความกดดันหรือเจ็บป่วย สงบ ควบคุมตนเองได้ดี แม้กำลังเผชิญกับความยุ่งยากและความท้าทายที่หวาดกลัวอยู่ก็ตาม ไม่ค่อยมีความเครียด แม้จะผ่านการได้รับความกดดันอย่างสูงสามารถกลับคืนสู่ความสงบได้อย่างเร็ว

2. มีพลังและจุดมุ่งหมาย มีกำลังใจ ทั้งร่างกายและจิตใจมีพลังในการทำงานหน้าที่ อย่างกระตือรือร้น มีแรงจูงใจ มีความคิดสร้างสรรค์ในทางที่ดี เปิดเผยและแสดงความรู้สึก สามารถสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา ทั้งภาษาพูด ท่าทาง จะบอกถึงความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น ได้ทันที และสามารถควบคุมหรือหยุดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เมื่อต้องการ

3. คิดในทางที่ดีในทางบวก มักจะไม่ค่อยมีความวิตกกังวล และความกลัว เมื่อพบกับ เหตุการณ์ที่กำลังเรียนรู้หรือประสบการณ์ซึ่งไม่คุ้นเคย มักจะสังเกตเหตุการณ์นั้นอย่างเปิดเผย และรู้สึกปลอดภัย สามารถแก้ปัญหาใหม่ด้วยความตื่นตัว และมองเห็น โอกาสในการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาในสิ่งที่เขาสนใจ

4. มีการพึ่งพาตนเอง สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระและเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้คอยชี้แนะ มีความสามารถในการเข้าสังคม และร่วมมือกับผู้อื่นได้ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ชื่นชมความสำเร็จของผู้อื่นได้ ให้กำลังใจในการพัฒนาของบุคคลอื่น อีกด้วย สามารถแบ่งปันพลังอำนาจได้อย่างเหมาะสม โดยมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาตนเองแม้บุคคลเหล่านี้จะมีคุณค่าในตนเองสูงแล้ว ยังประเมินตนเองเสมอ มีความสุข

กับความผิดพลาดของตนเองยอมรับตนเอง และสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

สรุปได้ว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะดูแลตนเองดี โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลสุขภาพมีพลังมีความสามารถมีกำลังใจ ทั้งร่างกายและจิตใจ มักคิดในทางที่ดีในทางบวกสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ มักพึ่งพาตนเองหากบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ความวิตกกังวลจะลดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในทางบวก (Branden, 1987; Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt, & Schimel, 2004)

การประเมินการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เสริมเข้ามาใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับการประเมินความมีคุณค่าในตนเอง พบว่าแบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองมีหลายฉบับและใช้วิธีประเมินแตกต่างกัน เช่น การสัมภาษณ์ การรายงานด้วยตนเอง การประเมินพฤติกรรมของผู้ถูกวัดจากบุคคลอื่น (Heatherton & Wyland, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวิจัยในประเทศไทย พบว่าแบบสอบถามการวัดความมีคุณค่าในตนเองที่งานวิจัยใช้ในการเก็บข้อมูลมากที่สุด คือ แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ร้อยละ 50.75 รองลงมา คือ แบบวัดของ Rosenberg ร้อยละ 34.33 (ชไมพร เจริญครบุรี, 2546) กล่าวโดยสรุปดังนี้

1. แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg self-esteem scale)

เป็นแบบวัดความมีคุณค่าในตนเองของบุคคลที่สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความมีคุณค่าในตนเองสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาโดยใช้วิธีการรายงานตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างมากไปจนถึงเห็นด้วยอย่างมาก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .97 (Rosenberg, 1965) แต่ข้อจำกัดของเครื่องมือนี้ คือ โครงสร้างของแบบวัดเพียงมิติเดียว คือ การมองตนเองโดยภาพรวม (ทินกร วงศ์ปการันท์ และณททัย วงศ์ปการันท์, 2554; Carmines & Zeller, 1974 cited in Heatherton & Wyland, 2003) ทั้งนี้มีการแปลแบบวัดความมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg เป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) และ ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) และนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ศึกษาความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะใหม่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น (ทิมมพร อธิพิงษ์วัฒน์, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, อรพรรณ โดสิงห์ และธีรพล อมรเวชสุกิจ, 2556; หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554; วไลพรรณ เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา และสุพิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

2. แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith Coopersmith พัฒนาเครื่องมือ

แบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง 3 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียน (Coopersmith self-esteem inventory-the school form) แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนแบบสั้น (The school short-form of the Coopersmith self-esteem inventory) และแบบวัด

ความมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith self-esteem inventory adult form) (Coopersmith, 1981; Coopersmith, 1984) กล่าวโดยสรุปดังนี้

แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียน (Coopersmith self-esteem inventory-the school form) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1959 มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความมีคุณค่าในตนเองในนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 8-15 ปี โดย Coopersmith พัฒนาจากมาตรวัดแนวคิดของ Roger and Dymond (1954 cited in Coopersmith, 1984) เป็นการประเมินโดยวิธีการรายงานด้วยตนเอง มีจำนวน 58 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านสังคม ด้านครอบครัว และด้านโรงเรียน จำนวน 50 ข้อ และหมวดการตอบไม่ตรงกับความจริง 8 ข้อ ได้มีการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหลายครั้งทั้งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 1,784 ราย พบว่า มีความเชื่อมั่น .70 ซึ่งเป็นระดับที่เชื่อถือได้ (Coopersmith, 1981; 1984)

แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนแบบสั้น (The school short-form of the Coopersmith self-esteem inventory) ใน ค.ศ. 1975 Coopersmith พัฒนาแบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนแบบสั้นจากแบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนโดยตัดข้อคำถามบางข้อออกจึงเหลือข้อคำถามเพียง 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านสังคม ด้านครอบครัว และด้านโรงเรียน โดยไม่มีหมวดการตอบไม่ตรงกับความจริงมีการศึกษาในตัวอย่างจำนวน 121 คน พบว่า หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างแบบสอบถามนักเรียน และแบบสอบถามฉบับนักเรียนแบบสั้นมีค่าเท่ากับ .86 (Coopersmith, 1984)

แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith self-esteem inventory adult form) เป็นแบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองที่พัฒนาจากแบบวัดความมีคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนแบบสั้น เพื่อใช้กับบุคคลที่มีอายุระหว่าง 16 ปีขึ้นไป มีการดัดแปลงภาษาและสถานการณ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะไม่มี ความหมายของคำว่า พ่อ แม่ นักเรียนโรงเรียน (Coopersmith, 1984) มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับนักเรียนแบบสั้น และเครื่องมือฉบับผู้ใหญ่ในนักเรียนไฮสคูลและนักศึกษาวิทยาลัย จำนวน 647 คน ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้งสองชุดพบว่า ความเชื่อมั่นของเครื่องมือไม่แตกต่างกัน (Coopersmith, 1984) ข้อคำถามประเมินความมีคุณค่าในตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านการทำงาน (Perlow, 1987; Ryden, 1978)

การใช้แบบวัดความมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำเครื่องมือของ Coopersmith ฉบับผู้ใหญ่มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ได้แปลแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน คือ ด้านทั่วไป

ด้านครอบครัว และด้านสังคม และ ฉัฐนันท์ คงคาหลวง (2548) ได้แปลแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่เป็นภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านการทำงาน นอกจากนี้ สมควร จุลอักษร (2548) ได้ดัดแปลงแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ของ Coopersmith เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านครอบครัว ด้านสังคม และมีผู้นำไปใช้ในการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ผู้สูงอายุ พยาบาล นักศึกษา (ปริญญา โทมานะ และวิวรรณ ศรีสุชาติ, 2548; พัชราภา ต้นติชูเวช, 2555; พิมพิชา สุพพัตกุล, 2551; สมพิตร ทราชสมุทร, 2550; สุภัตสรารุเมฆ และยวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2555)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Coopersmith ของ พรรณี นุ่นประดับ (2538) ที่สร้างจากการศึกษา ดำรงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และแบบวัดมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่เชื่อถือได้มีค่าเท่ากับ .77 และมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านครอบครัว ด้านสังคม ซึ่งมีผู้นำไปใช้เช่นกัน จุฑามาศ วัลลภราชย์ (2551) ในการประเมินผลของ โปรแกรมด้านการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงที่ติดเชื้อ HIV ถือว่ามีความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

บทบาทของพยาบาลการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้เกิดได้ บุคคลจะพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองได้จากการเรียนรู้ โดยผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล สำหรับแนวทางในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองดังนี้ (เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2556; Kozier & Erb, 1988)

1. พยาบาลให้การพยาบาลรายบุคคล สนับสนุนให้ผู้ป่วยความรู้สึกอย่างเปิดเผย ประเมินสภาพทางจิต และการประเมินสภาพทางกาย สังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ให้เลือกและตัดสินใจเอง ให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การเสริมสิ่งที่ให้เกิดความพึงพอใจเป็นการสนับสนุนสิ่งที่สำคัญ มีการสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน สร้างสิ่งที่มีคุณค่าต่อทัศนคติของบุคคลที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ

2. พยาบาลให้ความมั่นใจโดยการไปพบหรือสื่อที่ติดต่อได้ เพื่อที่จะสื่อสารกันอย่างเข้าใจ อาจยึดหยุ่นต่อชีวิตประจำวัน

3. ส่งเสริมการเรียนรู้ใหม่ ๆ การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีพลังอำนาจให้กับบุคคลได้การเรียนรู้ ต้องประเมินความพร้อมที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยก่อน พยาบาล

ต้องระลึกเสมอว่าวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ที่อาจจะเกิดขึ้น ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรม ในทางบวกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4. สร้างบรรยากาศเป็นกันเองและไว้วางใจ ให้เกิดความคุ้นเคย สบายใจและมั่นคง ปลอดภัย แม้อยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการ รู้สึกกลัว หวาดวิตก เช่น กลัวคนแปลกหน้า กลัวการรักษา กิจกรรมที่ควรปฏิบัติ เช่น การแนะนำตัว วัตถุประสงค์และเหตุผล ทุกครั้งที่ให้การพยาบาล จำและเรียกชื่อผู้รับบริการได้ถูกต้อง สอบถามความรู้สึก และปลอดภัย ให้กำลังใจ เสนอตัวอยู่เป็นเพื่อน

5. ยอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วยช่วยให้ทราบว่ายาบยาบาลเข้าใจความรู้สึกของเขา และยอมรับให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเช่นนั้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบาย ความไม่สบายใจ ออกมา โดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ

6. กำเนียงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เอื้ออาทร ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่าศักดิ์ศรีของตนเอง

7. พูดความจริง เป็นการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจ ต่อสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจได้

8. ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย โดยเป็นข้อมูลพื้นฐานการตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้ การเสริมบทบาทสิ่งที่สังคม ครอบครัวยอมรับ ในความเป็นบุคคลตามความคาดหวัง บทบาททางสังคม การประสบความสำเร็จในงานในชีวิต สร้างความมั่นใจให้ตนเอง โดยการนึกถึงความสำเร็จของชีวิตในวันข้างหน้าที่จะเกิดขึ้น จากความสามารถของตนเองหรือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

9. การให้ข้อมูล เพื่อให้บุคคลมีความเข้าใจถูกต้องสามารถเลือกตัดสินใจแก้ปัญหา ในสถานการณ์ต่างได้ ใช้คำพูดชมเชยหรือให้สิ่งของที่มีความหมายและมีความสำคัญใช้ภาษา เชิงบวก ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลให้การเสริมแรงภาพลักษณ์ ใช้ภาษาเชิงการกล่าวยกย่องชมเชย ขอบคุน การรับข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นโดยตรงจากบุคคลอื่น เป็นวิธีการให้ข้อมูลซึ่งมีผลให้ บุคคลเกิดกำลังใจและสร้างความภาคภูมิใจได้การให้ข้อมูลป้อนกลับในทางบวกต่อตนเอง

10. สอนให้เรียนรู้การตั้งเป้าหมายระยะสั้นตามความสามารถของตนเอง วางแผน ร่วมกับญาติ เกี่ยวกับการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง ให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเห็นพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (จารุณี อินทฤทธิ์, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นุชนาด ชำนิเชิงคำ (2553) ศึกษารูปแบบการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลร่วมมือกับผู้ป่วย มีการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ให้ผู้ป่วยมีส่วนตัดสินใจปัญหาตนเอง เลือกข้อมูลต่าง ๆ แก้ไขปัญหาของตนเองร่วมกันส่งเสริมผู้ป่วยให้ปรับตัว และบรรเทาความกดดันในจิตใจ และ เนตรลาวัณย์ เกิดหอม (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยหลอดเลือดทางสมองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยได้รับพลังอำนาจจากพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2553)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งผู้ที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนมักคาดการณ์ไปทางลบ ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นการเผชิญกับความไม่แน่นอน กลัวอันตรายในด้านต่าง ๆ เช่น กลัวความไม่ปลอดภัยของตนเอง และบุตร กลัวความเจ็บปวด กลัวการหายของแผล กลัวการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพกับสามี กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด (ประภา ราชา, 2553; วารุณี เริ่มอรุณรอง, 2554; อารี บุญมัน 2557) เกิดความรู้สึกพะอืดพะอม โกรธตัวเองที่มีรูปร่างไม่เหมาะสมทำให้ไม่สามารถคลอดเองได้ รู้สึกสูญเสียความสำคัญในตนเอง สูญเสียการควบคุมตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจกับความสำเร็จของตนเองน้อย (Cox & Smith, 1982; O'Reilly et al., 2014) จากการศึกษาของ Loto et al. (2010) พบว่า หญิงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ศศิญา บัวผุด (2545) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงได้รับการสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวด้านบทบาทอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 36 จรรยา ภู่อ้วน (2552) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เขียนสมการทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.1 และการศึกษาของ จันทร์พร เอกวานิช (2550) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดโดยภาพรวมได้ร้อยละ 41.80 สุภาพร ตั้งศิริ (2550) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนจากคู่สมรสร่วมอธิบายความแปรปรวน

การปรับตัวด้านบทบาทมารดาได้ ร้อยละ 54.3 และจากการศึกษาของ Ludman et al. (2013) พบว่า รูปแบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาล โดยพยาบาลมีการวางแผนเป้าหมายการทำงาน ร่วมกัน คิดตัดสินใจ เห็นคุณค่าการทำงานร่วมกันภายในทีม มีการสะท้อนข้อมูลกลับของการพยาบาล ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และความสามารถดูแลตนเอง ได้ดียิ่งขึ้น และจากการศึกษาของ Jihye and Kyung-Sook (2011) พบว่า การให้มารดาได้โอบกอดบุตร ในระยะแรกหลังคลอด เป็นการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้มีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันทำให้ส่งผลให้มารดามีความสุข ความภาคภูมิใจ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การควบคุมตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จึงจำเป็นที่พยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองโดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ และเกิดความตระหนัก ถึงศักยภาพหรือความสามารถของตนเองให้กับหญิงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่จะมีผลต่อไปถึง การแสดงบทบาทของการเป็นมารดาได้อย่างดีที่สุด

แนวคิดการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

Cohen and Uphoff (1980) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือของบุคคล เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

Miccolo and Spanier (1993) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการทำงานร่วมกันของทั้งสองฝ่าย จะต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมาย โดยแต่ละคนหรือแต่ละฝ่ายต้องมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ เฉพาะบุคคลเพื่อให้การทำงานร่วมกันผ่านไปได้อย่างดี

จินตวิร์ เกษมสุข (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีส่วนช่วยเหลือระหว่างกันด้วยจิตใจ อารมณ์ของแต่ละบุคคลในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ ที่มีผลกระทบในการบริหารจัดการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์

Sullivan (1998) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการทำงานร่วมกันของสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นขั้นตอนของกระบวนการทำงาน การสร้างรูปแบบการทำงานร่วมกัน จำเป็นต้องมี กระบวนการทำงานการมีส่วนร่วม

Moore, Prentice, and Taplay (2015) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพเพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ดีขึ้น ทีมผู้ปฏิบัติการใช้ทักษะและความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกัน ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่จะไปถึงสูงสุดของมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย แผนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลตัดสินใจโดยทั้งหมดของสมาชิกในทีม

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นการทำงานร่วมกันของพยาบาลที่มืองค์ประกอบกระบวนการทำงานการมีส่วนร่วม ใช้ความรู้ทักษะเฉพาะมารวมกัน การทำงานต้องมีความไว้วางใจ มีอิสระในการเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกันและมีความเป็นหุ้นส่วน แสดงความเป็นเจ้าของร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร มีการสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกัน ความเคารพเชื่อใจ เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามเป้าหมายผลลัพธ์เดียวกัน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับปัจจุบันในการนำมาลงสู่การปฏิบัติงาน เป็นการทำงานในช่วงเวลาหนึ่ง เกี่ยวข้องกับคน และหน่วยงานทั้งองค์กรเป็นสิ่งที่ยุ่งยากขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจและวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้นำขององค์กรมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหา ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านคน สภาพแวดล้อม ซึ่งการประสบความสำเร็จ คือ ต้องเกิดความต้องการร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อร่วมสร้างรูปแบบการพัฒนา การมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงาน ซึ่งจำเป็นต้องมีทักษะของการเป็นผู้นำ ทักษะการตัดสินใจ และเทคนิคการจัดการปัญหา เพื่อสนองความพอใจของบุคคล ในระบบการดูแลสุขภาพ แพทย์ และพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการใช้อำนาจ ในการทำงานร่วมกัน มีการยอมรับ มีเป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาล ต้องทำงานร่วมกัน สมรรถนะทักษะด้านความรู้ของแต่ละคน มีความน่าเชื่อถือ มีความเชื่อมั่นที่จะทำงานร่วมกัน ให้ความไว้วางใจพยาบาล ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้จากความสัมพันธ์ที่ทำงานร่วมกันของสมาชิกที่ยอมรับ และเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน บนความรู้ ทักษะ และกฎระเบียบของแต่ละคน การทำงานร่วมกันทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความพอใจในการปฏิบัติงาน และอัตราคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น (Sullivan, 1998) เช่นเดียวกับ Mahdizadeh, Heydari, and Moonaghi (2015) ที่ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ที่ทำงานร่วมกันสมาชิกมีความเชื่อใจและยอมรับ เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อผลลัพธ์การพยาบาล ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ต้นทุนการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย และจากการศึกษาของ Kutzleb et al. (2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง และมีความเสี่ยง จำเป็นต้องมีการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมแก้ไขปัญหาส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพ นอกจากนี้ Gardner (2005) ศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยนั้นทีมสุขภาพต้องมีความร่วมมือซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาลิ่งสำคัญ

โดยมีเป้าหมายร่วมกัน ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงสำคัญมากเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ลักษณะกระบวนการทำงานการมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Sullivan (1998)

มีองค์ประกอบดังนี้

1. การมีผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ (Supportive leadership) หัวหน้าขององค์กร หรือหน่วยงานของแต่ละฝ่าย ชักจูงหรือชี้แนะให้สมาชิกปฏิบัติภาระหน้าที่ของกลุ่มตรงตาม วัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้สมาชิกของแต่ละหน่วยมีอิสระที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

2. การเตรียมความพร้อมบุคลากรของผู้ให้ความร่วมมือ (Preparation of collaborators) หมายถึง การเตรียมสมาชิกเพื่อการทำงาน สมาชิกต้องมีการแบ่งหน้าที่ อำนาจ ความรับผิดชอบ และต้องมีการพัฒนาบุคลากร ให้มีสมรรถนะ มีความรู้ เพื่อสามารถให้การดูแลที่มีมาตรฐานวิชาชีพ สมาชิกมีความเสมอภาค มีการแลกเปลี่ยนความคิด เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ร่วมกัน แก้ปัญหา ซึ่งหลักการเตรียมความพร้อมของสมาชิก เพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงานคือ

2.1 ผู้ร่วมงานแต่ละคนต้องมีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะ (Competency-based) เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และใช้ความสามารถเฉพาะรายบุคคลหรือส่วนรวม ในการแก้ปัญหาที่สำคัญของเพื่อนร่วมงานโดย

2.2 การได้รับความไว้วางใจและมั่นใจจากเพื่อนร่วมงาน (Trust) ทุกคนเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพื่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ มีความสำคัญต่อการทำงานเป็นทีม ความร่วมมือของผู้นำ และการคงอยู่ของพยาบาลปฏิบัติการ (McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015)

2.3 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ต้องมีช่องทางของการติดต่อในองค์กรเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปรึกษา เพื่อให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จ ก่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีการกำกับพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญต่อตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น (Paynton, 2009) และส่งผลให้เกิดการรับรู้มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Wadensten, Engström, & Häggström, 2009)

2.4 การวางแผนร่วมกัน (Share planning) เป็นการกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ หรือตรงตามวัตถุประสงค์

2.5 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Share goal setting) เป็นทิศทางเดียวกันเป็นสิ่งที่เข้าใจตรงกันเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดที่เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญสามารถวัดได้

2.6 การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา (Share problem-solving) ในการทำงานต้องใช้ความคิด ความสามารถของทุกคน เราต้องการอะไร ต้องทำอะไรจึงจะถึงจุดนั้นได้ ทำให้เกิดการต่อรองอันนำไปสู่ข้อสรุปที่น่าพอใจร่วมกันเป็นฉันทามติ

3. การจัดให้มีทรัพยากร และบุคลากร เพื่อทำงานร่วมกัน (Sufficient investment of material and human resources) หมายถึง ทรัพยากรที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงาน ด้านบุคลากร ด้านวัสดุ อาคารสถานที่ ด้านการเงิน ด้านข้อมูล เอื้ออำนวยความสะดวกให้เพื่อสามารถทำงานร่วมกันได้ ผู้นำควรสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรทำงานได้สะดวกรวดเร็วตามเป้าหมาย และสามารถจัดบุคลากรทำงานแทนหน้าที่กันได้

4. การสร้างพันธะสัญญามุ่งมั่นต่อร่วมมือกัน (Commitment of collaborators) หมายถึง ความยึดมั่นผูกพันของสมาชิก ยินยอมพร้อมใจ มีความไว้วางใจ ยอมรับนับถือต่อสมาชิก ผู้นำมีส่วนร่วมในการกระจายอำนาจ นโยบายเพื่อลงสู่ปฏิบัติให้มีความรับผิดชอบร่วมกัน ร่วมตัดสินใจ แก้ไขปัญหา

5. การปฏิบัติและส่งเสริมความสัมพันธ์ (Collaborators taking first steps in designing practice) เพื่อสร้างความร่วมมือ ควรต้องมีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ใครทำอะไร ที่ไหนเวลาใด เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของตนเอง สมาชิกมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ปฏิบัติตามแผนร่วมกัน เพื่อยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นการทำงานร่วมกันของบุคคล มีกระบวนการทำงาน และการเป็นหุ้นส่วน จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถของวิชาชีพนั้น ๆ มาปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายผลลัพธ์เดียวกัน มีการสื่อสาร การเคารพไว้วางใจซึ่งกัน มีการตัดสินใจร่วมกัน และเป็นวิธีที่ดีในการแก้ปัญหาคความขัดแย้ง จะประสบผลสำเร็จได้ต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกคนในทีม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ผลสำเร็จของงาน และเกิดประโยชน์ร่วมกัน มีการทำข้อตกลงในบทบาทหน้าที่ มีกระบวนการที่ชัดเจน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย (Ausserhofer et al., 2013) และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี บุคลากรให้ความร่วมมือในการทำงานอย่างเต็มที่ ทั้งด้านความรู้ และการปฏิบัติพยาบาล มีความสำคัญต่อการทำงานเป็นทีมมาก หากไม่ไว้วางใจกัน การแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ก็จะไม่มีประสิทธิภาพ (Hakanen & Soudunsaari, 2012)

สรุปแนวคิดการมีส่วนร่วม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. กระบวนการทำงานการมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันของพยาบาลมี 5 ขั้นตอนดังนี้
 - 1.1 ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด ชี้นำให้พยาบาลในหน่วยงานปฏิบัติภาระหน้าที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน และให้อิสระที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาให้กับหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด
 - 1.2 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรของผู้ให้ความร่วมมือ หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด มีการคัดเลือกพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงานมีประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไปที่มีความชำนาญเกี่ยวกับหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดรวมถึงการกำหนดบทบาทของแต่ละคนอย่างเหมาะสม รวมถึงสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเป็นสมาชิกทีมตามแผนการทำงาน สามารถปฏิบัติงานตามเวลาเวรเข้าได้ และส่งเข้ารับการฝึกอบรม เพื่อให้มีความรู้ ทักษะการทำงานร่วมกัน กำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อร่วมมือกันใช้กระบวนการพยาบาลในการตั้งแต่วรรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.3 การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากร เพื่อการทำงานร่วมกัน หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด มอบหมายพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงาน จัดสรรเวลาในการทำงานเวรเข้าทุกวัน มีการจัดห้องสถานที่เพื่อการทำงานร่วมกัน และข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับการทำงาน เอื้ออำนวยความสะดวกให้เพื่อสามารถทำงานร่วมกันได้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเป็นสมาชิกทีม
 - 1.4 การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา หมายถึง ความเข้าใจในข้อตกลงร่วมกันในการทำงาน สมาชิกในทีมมีความคิดตรงกันเป็นหลักการที่ทุกคนเข้าใจ มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นการชี้นำการทำงานร่วมกัน
 - 1.5 การกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือของพยาบาล หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลเกิดความร่วมมือทำงานที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เป็นการกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำงาน ใครทำอะไร ที่ไหนเวลาใด เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่วรรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล มีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแผนร่วมกัน 7 กิจกรรม

สรุปแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ใช้การวิจัย ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรของผู้ให้ความร่วมมือ การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากร เพื่อการทำงานร่วมกัน การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา การกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอน เพื่อสร้างความร่วมมือของพยาบาล ซึ่งงานวิจัยที่ทบทวนมานั้นเป็นการศึกษาในผู้ป่วยหลายกลุ่ม ผู้วิจัยสนใจสร้างรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะมีแนวโน้มที่ดี สามารถทำให้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่รับการผ่าตัดคลอด

การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพในระหว่างหน่วยงานเป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอด ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด ทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตสังคม อยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคย คาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ส่วนใหญ่มักคาดการณ์ไปในทางลบว่า เป็นอันตราย รู้สึกกังวล กลัวความไม่นอนถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพา ผู้ป่วยรู้สึกซับซ้อนใจปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (อารี บุญมั่น, 2557, ประภา ราชา, 2553) การศึกษาของ ประภา ราชา (2553) พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดมีความต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดมากที่สุด แต่ได้รับข้อมูลตามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนไม่เพียงพอ (มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน, 2556) และการศึกษาของ กาญจนานันท์ ทองเมืองชัยเทพ (2549) พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ บรรเทาความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง จำเป็นต้องมีการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย และควรมีการพัฒนางานให้รูปแบบการพยาบาลต่างจากเดิมเพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างส่งผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลให้ดีขึ้น เพื่อให้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดสามารถดูแลตนเองและลูกได้อย่างปลอดภัย

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำแนวคิดการมีส่วนร่วม (Sullivan, 1998) โดยนำกระบวนการทำงานร่วมกันมาใช้ เพื่อให้เกิดรูปแบบการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างจากเดิม ประกอบด้วย ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ มีการจัดบุคลากรที่มีคุณภาพทำงานร่วมกัน มีการคัดเลือกพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสูติกรรม ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการทำงานแบบมีส่วนร่วมมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมมือกันใช้กระบวนการพยาบาล มีการสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา เข้าใจในข้อตกลงร่วมกันในการทำงาน

และการกำหนดความสัมพันธ์ และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ให้การพยาบาลตามแผนร่วมกัน 7 กิจกรรม ผู้วิจัยเชื่อว่า หากหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดได้รับการดูแลตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพครบทั้ง 7 กิจกรรมที่มีการส่งเสริมความรู้สึกลึกมีคุณค่าทั้งปัจจัย ภายในและภายนอกที่มีผลความรู้สึกลึก ความคิด ความเข้าใจทำให้ความสามารถ ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเอง ความสำคัญ คุณค่า คุณค่าของตนเอง และมองว่าตนเองดีมีประโยชน์ จะทำให้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดมีการรับรู้ความมีคุณค่า ในตนเองสูงขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดมีสุขภาพดียิ่งขึ้น

สภาพปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 825 เตียง ประกอบด้วย ห้องผ่าตัด ที่ให้บริการแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ห้องผ่าตัด ณ ตึกเฉลิมศิริราชสมบัติ และห้องผ่าตัด ณ ตึกชลาภักษ์ ชั้น 1 เป็นห้องผ่าตัดสูติกรรม ประกอบด้วย ห้องผ่าตัด 3 ห้อง ห้องผ่าตัดสูติกรรมให้บริการผ่าตัด ในเวลาราชการ มีผู้รับบริการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยวันละ 10 ราย จากการรวบรวมปัญหาจากผู้รับบริการ และบุคลากรในหน่วยงาน พบว่า ระยะเวลาผ่าตัด เมื่อแพทย์นัดหมายผ่าตัดล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ การให้ข้อมูลก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้รับจากพยาบาลห้องผ่าตัดรูปแบบที่ให้ไม่เป็นแนวเดียวกัน การให้คำแนะนำเตรียมก่อนผ่าตัดข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกระยะของการผ่าตัด บางครั้งจากภรรยา ที่มากอาจได้รับคำแนะนำจากพยาบาลที่ต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพ มีการนัดหมายมาเตรียมร่างกาย และเอกสารก่อนผ่าตัด 1 วัน ที่ห้องคลอดมีการเตรียมเอกสารตั้งแต่เวลา 08.00 น.-12.00 น. ซึ่งจะมีการเจาะเลือด ตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะและอื่น ๆ พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น งดน้ำและอาหาร ถอดฟันปลอมของมีค่า อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เป็นต้น ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด หลังจากนี้ได้รับการอนุญาตให้กลับบ้าน สามารถจองห้องพิเศษได้นอนพักที่โรงพยาบาลได้หรือไม่ พักห้องพิเศษได้ ให้มาโรงพยาบาลเช้าวันผ่าตัด 06.30 น. นอนพักที่ห้องคลอดได้รับประเมินสภาพร่างกาย ความพร้อมก่อนผ่าตัด การสวนอุจจาระ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เมื่อถึงเวลาผ่าตัดส่งหญิงที่มารับผ่าตัดคลอดมาห้องผ่าตัด ระยะผ่าตัด ได้รับการประเมินความพร้อมจากพยาบาลห้องผ่าตัด ต้องมีการซักประวัติเกี่ยวกับประวัติ การเจ็บป่วย การผ่าตัด ปัญหาความต้องการขณะนั้นให้คำแนะนำขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ให้ข้อมูลตามสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน ยังไม่มีการส่งเสริมให้ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทารกหลังคลอดส่งขึ้นห้องเด็ก ไม่มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง แม่และลูก เมื่อรับการผ่าตัดเสร็จส่งเข้าห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จึงส่งกลับตึกหลังคลอด และในระยะ

หลังคลอด พยาบาลหอหลังคลอด ให้การดูแลมีการประเมินหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว หลังคลอด การดูแลทารกหลังคลอด หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดตรวจหลังผ่าตัด 7 วันที่ห้องตรวจหลังคลอด ซึ่งการพยาบาลระหว่างเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นไปตามหน้าที่ที่เกิดขึ้นในลักษณะของงานประจำ

ดังนั้นเพื่อให้การให้บริการหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด โดยเน้นการพยาบาลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ยึดการปฏิบัติเป็นรายบุคคล ดังนั้นในการแก้ปัญหาจึงจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วม ของพยาบาลที่มีความรู้จากหลายหน่วยในการสร้างรูปแบบการดูแลใหม่ให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการผ่าตัดคลอด ทั้งร่างกาย จิตใจ เพื่อให้บริการเชิงรุกที่แตกต่าง จากวิธีเดิม เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีคู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาล ปฏิบัติการ โดยมีกิจกรรมพยาบาล 7 ครั้ง จากพยาบาล 3 หน่วย จากห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอดให้การพยาบาลพร้อมกัน โดยในกำหนดครั้งนี้ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด พยาบาล วิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และทำแผนการดูแลรายบุคคล และมีการเตรียมความพร้อม ก่อนการผ่าตัดเฉพาะบุคคล เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูล ในระยะผ่าตัด มีการตอบสนองความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจพร้อมสามีก่อนการผ่าตัด เพื่อให้หญิงที่มารับ การผ่าตัดคลอด รู้สึกตนเองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อทารกหลังคลอดออกมา มีการส่งเสริม สิ่งมีคุณค่าของการสร้างสัมพันธ์ภาพแม่ พ่อและลูก ให้สามีเข้าดูแลหลังผ่าตัด มีการทบทวน การปฏิบัติ สร้างเสริมสุขภาพแม่ และลูกด้วยความร่วมมือของครอบครัว เตรียมความพร้อม การปฏิบัติสิ่งสำคัญของแม่และลูกที่บ้าน และหลังผ่าตัด 7 วัน และมีการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมี ขั้นตอน ติดตามผลลัพธ์การดูแลจากทีมการพยาบาล เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ มีความสามารถ และมีความพึงพอใจในระยะหลังผ่าตัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (Two-group, Pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 ทำการคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมตัว (Inclusion criteria) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นการตั้งครรภ์แรกและมาฝากครรภ์ต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
2. อายุครรภ์ระหว่าง 36-38 สัปดาห์
3. สามารถสื่อสาร อ่าน พูด ฟังภาษาไทยได้
4. มีสามีที่พร้อมเข้ามาดูแลในระยะรอผ่าตัดได้
5. เป็นผู้ที่ได้รับการวางแผน โดยสูติแพทย์ วินิจฉัยการคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีข้อบ่งชี้การผ่าตัด แบบนัดล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ ไม่ฝากพิเศษ
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่อาจเป็นอันตรายขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น มีความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น
7. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีข้อมูลบ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ระหว่างดำเนินการวิจัย เช่น มีความดันโลหิตสูงมากต้องให้ยา ทารกมีปัญหาสุขภาพรุนแรงต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
2. กลุ่มตัวอย่างและ/หรือญาติไม่เต็มใจหรือไม่สามารถอยู่ร่วมกิจกรรมในการวิจัยได้ครบทุกกิจกรรมตามแผนการทดลอง
3. กลุ่มตัวอย่างและ/หรือญาติขอยุติการเข้าร่วมวิจัยและออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .60 ซึ่งเป็นการประมาณขนาดอิทธิพลที่มีขนาดปานกลางที่เป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการแพทย์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) และกำหนดค่านัยสำคัญเท่ากับ .05 ซึ่งจากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Burns & Grove, 2005 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 14 คน ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 14 คน และกลุ่มทดลอง 14 คน รวมทั้งสิ้น 28 คน แต่เนื่องจากแผนการทดลองอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ทั้งจากการมีภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนวันนัด เพื่อป้องกันการสูญเสียหรือการออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 40 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้าแผนกห้องฝากครรภ์ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด
2. ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยไปในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ตรวจสอบรายชื่อที่แผ่นนัดผ่าตัดทุกวันที่สุดติแพทย์เขียนบันทึกไว้สำรวจรายชื่อทั้งหมด ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อยู่ในการวิจัยตามข้อกำหนดก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ โทรศัพท์สอบถามความสมัครใจ เลือกเข้าเป็นกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวันละ 1 คน แบบคนเว้นคน ในวันทำการ 5 วัน และนัดพบหญิงที่นัดผ่าตัดคลอด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย
3. ผู้วิจัยเว้นระยะ 1 สัปดาห์ เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสปนเปื้อนจากรูปแบบการปฏิบัติทางการแพทย์ตามปกติ ร่วมกับรูปแบบวิจัยกลุ่มทดลอง
4. ผู้วิจัยเริ่มทำการคัดเลือกหญิงที่เตรียมเข้ารับการผ่าตัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ตามคุณสมบัติที่เหมือนกลุ่มควบคุม นัดเพื่อทำกิจกรรมทดลอง ผู้วิจัยทำการทดลองวันละ 1 ราย เรียงตามกิจกรรม

ที่กำหนด 7 กิจกรรม จนครบ 20 ราย มาตามนัดทุกครั้ง ไม่มีผู้ที่ออกจากการวิจัยหรือสูญหาย ขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ

1.1 คู่มือรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดการมีส่วนร่วม (Sullivan, 1998) มากำหนดเป็นกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมมี 5 ขั้นตอน คือ 1) ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 2) การเตรียมความพร้อมของบุคคลากร 3) การจัดทรัพยากรและบุคคลากรทำงานร่วมกัน 4) การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา 5) การกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอน เพื่อสร้างความร่วมมือของพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล 7 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันวิเคราะห์ปัญหาและทำการดูแลรายบุคคล

กิจกรรมที่ 2: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

เฉพาะบุคคล

กิจกรรมที่ 3: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันตอบสนองความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ พร้อมสามีก่อนการผ่าตัด

กิจกรรมที่ 4: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันส่งเสริมสิ่งมีคุณค่าของการสร้างสัมพันธภาพ แม่ พ่อและลูก

กิจกรรมที่ 5: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันทบทวนการปฏิบัติ สร้างเสริมสุขภาพแม่ และลูก ด้วยความร่วมมือของครอบครัว

กิจกรรมที่ 6: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันเตรียมความพร้อมการปฏิบัติสิ่งสำคัญของแม่ และลูกที่บ้าน

กิจกรรมที่ 7: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันติดตามผลลัพธ์การดูแลจากทีมการพยาบาล

1.2 คู่มือแนะนำมารดาเมื่อเข้ารับเข้ารับการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลชลบุรี (SD-PFD-PP-001) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง การดูแลตนเองเมื่ออยู่โรงพยาบาลและออกจากโรงพยาบาล การดูแลแผลผ่าตัด อาการผิดปกติของมารดา และทารกที่ต้องกลับมาโรงพยาบาล การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้วัคซีนบุตร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ การนับถือศาสนา ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงผ่าตัดคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้จากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดย พรรณี สุนันประคับ (2538) ที่สร้างขึ้นจากการการค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดของ Coopersmith (1984) คำถามทั้งหมด 31 ข้อ ประกอบด้วย ด้านทั่วไป 15 ข้อ (ข้อ 1-15) ด้านครอบครัว 8 ข้อ (ข้อ 16-23) และด้านสังคม 8 ข้อ (ข้อ 24-31) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจากคะแนน 1 มีความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกตรงกับข้อคำถามน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 5 ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ตรงกับข้อคำถามมากที่สุด โดยมีช่วงพิสัยคะแนนเท่ากับ 1-5 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่า เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่า เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้

การให้คะแนนผู้วิจัยใช้แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่ง แต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึก
ในการปฏิบัติของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้

ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

เนื่องจากแบบสอบถามมีทั้งข้อความที่เป็นไปในด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนน
ขึ้นกับข้อความนั้น ๆ คำถามบวกให้คะแนนดังนี้

คำถามบวกมากที่สุด ให้ 5 คะแนน คำถามลบมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

คำถามบวกมาก ให้ 4 คะแนน คำถามลบมาก ให้ 2 คะแนน

คำถามบวกปานกลาง ให้ 3 คะแนน คำถามลบปานกลาง ให้ 3 คะแนน

คำถามบวกน้อย ให้ 2 คะแนน คำถามลบน้อย ให้ 4 คะแนน

คำถามบวกน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน คำถามลบน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

จำนวนข้อด้านบวก มี 22 ข้อ คือ ข้อที่ 1-5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 24,
26, 28, 29, 31

จำนวนข้อด้านลบ มี 9 ข้อ คือ ข้อที่ 6, 10, 12, 18, 21, 23, 25, 27, 30

การแปลความหมาย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพของหญิงที่มาเข้ารับการผ่าตัดคลอด ทำการตรวจสอบคุณภาพ ด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้สอดคล้องกับ แนวคิดทฤษฎีและครอบคลุมเนื้อหาตามขอบเขตของคำจำกัดความในครั้งนี้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล 1 ท่าน เสนอการตัดสินคุณภาพคู่มือ ต้องผ่านความเห็นชอบ จำนวน 3 ใน 5 ท่าน ถ้าในส่วนที่ไม่เห็นด้วย จะปรับแก้ตามคำแนะนำ เพื่อให้ได้เนื้อหาสาระที่ถูกต้องนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษานำไปทดลอง ใช้กับหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เพื่อประเมิน การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่า ในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับการผ่าตัดคลอด นำมาจากแบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ ตามแนวคิดของ Coopersmith (1984) ที่ พรณี นุ่นประดับ (2538) สร้างขึ้นจากการค้นคว้า ตำรา เอกสาร โดยอาศัย จำนวน 31 ข้อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ซึ่งผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ความเที่ยงเท่ากับ .77 ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง และไม่ได้หาค่าความตรงของเครื่องมืออีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงครรภ์แรกที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลเพชรบุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา แห่งละ 10 ราย รวม 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง โดยใช้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีเตรียมดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11-05-2558 (ภาคผนวก ข) ในประเด็นเกี่ยวกับการเคารพในศักดิ์ศรี

และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยมีวิธีการเหมาะสมในการได้รับความยินยอม จากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโครงการวิจัย การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสมไม่ก่อความเสียหายหรือ อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม การวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีรหัสวิจัย 60/ 58/ 0/ q (ภาคผนวก ข)

2. ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเองต่อหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดที่มีคุณสมบัติ ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล บทบาทของผู้วิจัย การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับ หญิงตั้งครรภ์ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านคำชี้แจง และแสดงความยินยอม ในเอกสารยินยอมการร่วมวิจัย (ภาคผนวก ก) โดยเน้นย้ำการรักษาความลับ การเก็บข้อมูล ในผู้เอกสารไม่มีการใช้ชื่อจริงหรือเลขที่โรงพยาบาล แต่จะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเอง ข้อมูลดิบ ต่าง ๆ จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ ผลการศึกษาวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะในการศึกษาวิจัยเท่านั้น เป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในเชิงวิชาการ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทิ้ง เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัว ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องบอกหรือชี้แจงเหตุผล ใด ๆ ซึ่งผู้วิจัยจะเคารพการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการโต้แย้งหรือแสดงกริยาอาการ ที่ไม่สุภาพ โดยการขอลถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยแต่ประการใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง

1.1 การเตรียมขอจริยธรรม

1.1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 เสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี และเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.3 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล ชลบุรี รายงานต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย จึงดำเนินการวิจัย

1.1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองรายงานการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล กับหัวหน้าห้องฝากครรภ์ หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องหลังคลอด

เพื่อขอความร่วมมือและวางแผนในการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด นัดพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยลงนามยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองครั้งที่ 1 (Pretest) โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้บัตรคำให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถามให้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาที จนครบทุกข้อ หลังจากนั้นได้รับการพยาบาลตามปกติผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีกิจกรรมใด ๆ กับกลุ่มควบคุม และแจ้งนัดหมายหลังผ่าตัด 7 วันที่ห้องตรวจหลังคลอด

2. หลังผ่าตัดคลอด 7 วันผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจหลังคลอดให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองชุดเดิม (Posttest) ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 โดยใช้บัตรคำให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถามให้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาที จนครบทุกข้อผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณแก่กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. การดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติดังนี้

1.1 ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าห้องฝากครรภ์ หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งนำให้พยาบาลในหน่วยงาน เข้าใจภาระหน้าที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน และให้อิสระที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาให้กับหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด

1.2 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรของผู้ให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยประสานงานหัวหน้าห้องฝากครรภ์ หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าหอหลังคลอด คัดเลือกพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงานหน่วยละ 1 คน เป็นพยาบาลผู้ที่ยินดีเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และสามารถปฏิบัติงานเวรเช้า มีประสบการณ์การดูแลหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดมากกว่า 10 ปี พัฒนาศักยภาพของพยาบาลปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัยที่เป็นสมาชิกที่รับการอบรมจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องแนวคิดการมีส่วนร่วม รับผิดชอบต่อหน้าที่ อำนาจ ความรับผิดชอบ มีความเสมอภาค ความไว้วางใจ

การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

1.3 การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากรเพื่อการทำงานร่วมกัน หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด จัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ข้อมูลเอกสาร มีการมอบหมายพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงาน จัดสรรเวลาเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน หาบุคลากรทำงานแทน จัดห้องสถานที่เฉพาะที่ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และที่หอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อใช้ในการปฏิบัติพยาบาลกับผู้ป่วย และประชุมปรึกษาระหว่างพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจรูปแบบการบริการก่อนปฏิบัติงาน

1.4 การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจาก 3 หน่วยงาน ทำความเข้าใจในข้อตกลงในการทำงาน มีความคิดตรงกันเป็นหลักการที่ทุกคนเข้าใจ ให้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจ เพื่อใช้เป็นการชี้้นำการทำงาน เข้าใจวัตถุประสงค์การทำงาน วิธื่อดำเนินงาน การพิทักษ์สิทธิ์ และการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

1.5 การกำหนดความสัมพันธ์ และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือของพยาบาล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ร่วมวิจัย 3 คน ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ในการพยาบาลไปพร้อมกัน 3 คนทุกครั้ง ปฏิบัติตามรูปแบบขั้นตอนที่กำหนดไว้โดยมีการทบทวนล่วงหน้าทุกวัน พบกันทุกครั้งเริ่มกิจกรรม มีการทบทวนติดตามตรวจสอบการปฏิบัติทุกกิจกรรมที่กำหนดของทุกรายครบหรือไม่ หากไม่ครบให้นำกิจกรรมที่ขาดนำไปใส่เพิ่มในกิจกรรมครั้งต่อไป ทำทุกครั้ง ทุกวัน และตรวจสอบเอกสารบันทึกที่พยาบาลทำและจดทั้ง 3 คน จัดทำแฟ้มรายบุคคล ที่ให้การพยาบาล และร่วมมือปฏิบัติตามแผน ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล 7 กิจกรรม 7 ครั้ง โดยกระทำดังนี้

1.5.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ล่วงหน้า โดยได้ทำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยมาห้องฝากครรภ์ พยาบาลห้องฝากครรภ์ประสานผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เก็บ Pretest ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้บัตรคำให้คะแนนการรับรู้

1.5.2 ผู้วิจัยประสานไปที่หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องฝากครรภ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด มอบหมายงานให้ผู้ร่วมวิจัยดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัด 1 รายต่อการปฏิบัติ

งานในเวรหนึ่ง ๆ ตามแผนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมกัน

1.5.3 พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกันปฏิบัติงานตามแผนร่วมกัน ให้การพยาบาลที่มุ่งตอบสนองความต้องการที่สำคัญของผู้รับการผ่าตัดคลอดเฉพาะบุคคล ให้การพยาบาลตามรูปแบบกิจกรรม 7 กิจกรรม 7 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันวิเคราะห์ปัญหา และทำแผนการดูแลรายบุคคล

กิจกรรมที่ 2: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน วิเคราะห์การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เฉพาะบุคคล

กิจกรรมที่ 3: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน ตอบสนองความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ พร้อมสามีก่อนการผ่าตัด

กิจกรรมที่ 4: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน ส่งเสริมสิ่งมีคุณค่าของการสร้างสัมพันธภาพแม่ พ่อ และลูก

กิจกรรมที่ 5: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน ทบทวนการปฏิบัติ สร้างเสริมสุขภาพแม่ และลูก ด้วยความร่วมมือของครอบครัว

กิจกรรมที่ 6: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน เตรียมความพร้อมการปฏิบัติสิ่งสำคัญของ แม่และลูกที่บ้าน

กิจกรรมที่ 7: พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันติดตามผลลัพธ์การดูแลจากทีมการพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 1 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันวิเคราะห์ปัญหา และทำแผนการดูแลรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ใช้ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. ที่ห้องฝากครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้

1.1 ทีมปฏิบัติการพยาบาลเข้าแนะนำตนเองเป็นผู้ดูแล ทำการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ข้อมูลเพิ่มเติมพร้อมค้นหาปัญหาความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ทำความเข้าใจความนึกคิด ความเชื่อความรู้สึกต่อตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งสังเกตท่าทีพฤติกรรมขณะพูดคุย

1.2 ห้องฝากครรภ์พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยภาษาเข้าใจง่าย เพื่อค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบัน อาจเป็นประสบการณ์ทางบวกหรือลบ

1.3 พยาบาลห้องผ่าตัด ชักถามประสบการณ์ในอดีตเคยเข้ารับการผ่าตัดหรือหัตถการที่ห้องผ่าตัด ให้ระบายความรู้สึกที่มีในใจ อาจเป็นความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด สังเกตที่ผู้ป่วยแสดงออกบันทึกกิจกรรมของผู้ป่วย และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1.4 พยาบาลห้องหลังคลอด จัดบันทึกในแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล และร่วมชักถาม นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการพูดคุย สังเกตพฤติกรรม และข้อมูลเวชระเบียน นำมาวิเคราะห์ เป็นข้อมูลของผู้ป่วย สิ่งที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัดยอมรับและเข้าใจ

ในความเฉพาะของผู้ป่วย

1.5 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทีมปฏิบัติการพยาบาลสรุปข้อมูลที่ค้นพบร่วมกัน และวางแผนจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อออกแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ในการนัดหมาย ครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน วิเคราะห์การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เฉพาะบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที เวลา 10.30-11.30 น. ที่ห้องผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่อมา ก่อนดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพหลังคลอด ทบทวนแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้แล้วล่วงหน้าเพื่อพบกับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้

2.1 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัด และหลังคลอดรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ในเรื่องของผู้ป่วยหรือสามีหรือญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ต้องการทราบหรือจำเป็นเกี่ยวกับการผ่าตัด ให้ข้อมูลตามลำดับความสำคัญของปัญหา

2.2 ทีมปฏิบัติการพยาบาลค้นหาความรู้สึกและความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วย เพิ่มเติม แสดงวิธีวิธีการช่วยเหลือและสิ่ง que ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและรักษาไว้ซึ่งความเป็น รายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและตระหนักถึงสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจส่งเสริมให้มี สุขภาพที่ดี

2.3 ทีมปฏิบัติการพยาบาลนำผู้ป่วยและญาติเยี่ยมชมห้องผ่าตัดร่วมกันเพื่อให้รับรู้ สภาพความเป็นจริงที่จะเกิดทำการแนะนำสถานที่ห้องผ่าตัด แนะนำบุคลากรในห้องผ่าตัด และแนะนำอุปกรณ์เครื่องใช้ในการในการผ่าตัด

2.4 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด แนะนำขั้นตอนการผ่าตัดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่เพิ่มความกังวลด้วยการให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลตลอดระยะเข้ารับการผ่าตัด มีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อน และมีเครื่องมือสำหรับเฝ้าระวังอาการผิดปกติตลอดเวลา นอกจากนั้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด เช่น การสวน ปัสสาวะ การฟอกผิวหนัง การดูแลบาดแผล การปฏิบัติตัวเมื่อปวดแผล การรับประทานอาหาร การสังเกตสิ่งผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

2.5 พยาบาลห้องผ่าตัดอธิบายการเตรียมตัวของหญิงที่มารับการผ่าตัดและญาติ เมื่อเข้าอยู่ที่ห้องรอผ่าตัด ตามความต้องการของผู้ป่วยและฟังการให้คำแนะนำการปฏิบัติตน ของทั้งสองคน เป็นการกระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้และช่วยเหลือให้กำลังใจ ประคับประคอง มารดาได้อย่างเหมาะสมเป็นการเสริมความมั่นใจ การเข้ารับการผ่าตัด

2.6 พยาบาลห้องฝากครรภ์ อธิบายการเตรียมเต้านม เพื่อสร้างความพร้อมก่อนผ่าตัด เมื่อลูกเกิด

2.7 พยาบาลหลังคลอด อธิบายการเตรียมตัวสร้างความผูกพันแม่ลูกในห้องผ่าตัด การเลี้ยงบุตร และการได้รับการดูแลเมื่อกลับไปนอนที่ตึกหลังคลอดให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ปัญหาที่สงสัย พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับพยาบาล เพื่อให้เข้าใจว่าได้รับการเอาใจใส่

2.8 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทีมปฏิบัติการพยาบาลสรุปข้อมูลที่ค้นพบร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์ผลการสร้างประสบการณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินนั้นมากำหนด เป็นข้อวินิจฉัย เตรียมแผนการสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมความต้องการรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน ตอบสนองความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ พร้อมสามีก่อนการผ่าตัดใช้เวลาประมาณ 30 นาที ช่วงเวลา 08.00-8.30 น.

ก่อนดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพหลังคลอดทีมปฏิบัติการพยาบาลทบทวนข้อมูลร่วมกัน ทบทวนแผน การพยาบาลและการบริหารเวลาที่กำหนดไว้ และเริ่มเข้าพบให้การต้อนรับผู้ป่วยที่มีอายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ ที่ห้องรอผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้

3.1 ทีมปฏิบัติการพยาบาลให้ความสำคัญโดยนัดหมายผู้ป่วยเป็นคนแรก ต้อนรับด้วยความ เป็นมิตร ตรวจสอบความพร้อมเข้ารับการผ่าตัด ชื่อสกุล วันเดือนปีเกิด ตรวจเช็ควินิจฉัย ที่ติดร่างกาย

3.2 จัดการให้สามีหรือญาติ ได้มีส่วนร่วมให้กำลังใจอยู่เคียงข้าง ในห้องรอผ่าตัด ขณะเตรียมเข้ารับการผ่าตัด

3.3 การปฏิบัติตนในการเข้ารับการผ่าตัด อยู่เป็นเพื่อน พุดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาส ให้ซักถาม ให้ความมั่นใจ ปลอบใจ ให้การสัมผัสนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเป็นส่วนตัว

3.4 จัดให้ญาตินั่งรอบริเวณด้านในห้องผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

3.5 ทีมปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลเบื้องต้นและนัดแนะเข้าประเมินและดำเนินการ ตามแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์พ่อแม่ลูก

3.6 จัดให้สถานที่ให้ญาตินั่งรอผู้ป่วยบริเวณด้านในห้องผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับ การผ่าตัด

กิจกรรมครั้งที่ 4 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน ส่งเสริมสิ่งมีคุณค่าของการสร้างสัมพันธภาพ แม่ พ่อและลูก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ช่วงเวลา 10.00-10.30 น.

ก่อนดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพหลังคลอด ทีมปฏิบัติการพยาบาลทบทวนข้อมูลร่วมกัน ทบทวนแผนการพยาบาลและการบริหารเวลาที่กำหนดไว้

4.1 ทีมปฏิบัติการพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ประเมินสภาพมารดาขณะผ่าตัด อาการสำคัญต่าง ๆ อยู่ในภาวะปกติ ประสานงานวิสัญญี และห้องคลอด และนำบุตรมาให้มารดาขณะผ่าตัด สร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก นำทารกมาวางบนหน้าอก โดยให้นมแม่เพื่อให้แม่กอดชื่นชมทารก ภาควิชาใจในความสำเร็จ สอบถามความพร้อมในการสร้างสายใยรักกับลูกให้ดูนม โดยทีมปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ

4.2 นำบุตรมาให้พ่อกอดชื่นชมทารก ในห้องรอผ่าตัด โดยมีทีมปฏิบัติการพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ให้ความช่วยเหลือเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติของทารก

4.3 แนะนำผู้ป่วยอาการผิดปกติ และดูแลตนเอง โดยพยาบาลและผู้ป่วยมีส่วนร่วม และให้เข้าใจหากมีอาการผิดปกติต้องเรียกหาความช่วยเหลือ

4.4 พยาบาลห้องผ่าตัดให้ข้อมูลสำคัญกับผู้ป่วยถึงสภาพหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติเมื่อย้ายไปหลังคลอด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนื่อง

4.5 หลังกิจกรรม ทีมการพยาบาลร่วมกันสรุปประเด็นที่เกิดขึ้น และวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องในการพบกันครั้งต่อไปที่แผนกหลังคลอด ภายหลังจากผ่าตัด 1 วัน

กิจกรรมครั้งที่ 5 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน ทบทวนการปฏิบัติ สร้างเสริมสุขภาพแม่ และลูกด้วยความร่วมมือของครอบครัวใช้เวลาประมาณ 30 นาที ช่วงเวลา 13.00-13.30 น.

ก่อนดำเนินกิจกรรม ทีมปฏิบัติการพยาบาลผู้ร่วมวิจัยทบทวนแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้แล้วล่วงหน้าเพื่อพบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ที่ตึกหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพในทีมปฏิบัติการตามแผนการใช้เวลาโดยร่วมกันทบทวนแผนเวลา และกำหนดการปฏิบัติของทุกคนในทีมในระยะเวลาหลังผ่าตัดที่สร้างเสริมสุขภาพแม่และลูกด้วยความร่วมมือของครอบครัว

5.1 สอบถามอาการทั่วไป และปัญหาที่เกิดขึ้นหรือปัญหาที่ผู้ป่วยสงสัย ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนอง และยังมีกิจกรรมใดที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง

5.2 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย และสร้างเสริมนมแม่ เช่น ความรู้สึกปวดหลังผ่าตัด การดูแลแผล การรับ ประทานน้ำ อาหาร การรับประทานยาแก้ปวดและยาอื่น การเลี้ยงดูบุตร

5.3 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันใช้เวลาปฏิบัติการพยาบาลในกิจกรรมที่เป็นปัญหา

5.4 พยาบาลสรุปประเด็นที่เกิดขึ้น ร่วมกันวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องแจ้งผู้ป่วยถึงการพบกันครั้งต่อไปที่หลังผ่าตัดอีก 1 วัน

กิจกรรมครั้งที่ 6 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน เตรียมความพร้อมการปฏิบัติสิ่งสำคัญของแม่ และลูกที่บ้าน ใช้เวลา 30 นาที ช่วงเวลา 13.00-14.00 น.

พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพหลังคลอด พบกัน และพบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 วัน ที่ตึกหลังคลอดให้ข้อมูลผู้ป่วย 30 นาทีเตรียมความพร้อมของผู้รับการผ่าตัดคลอดและครอบครัวโดยการปฏิบัติสิ่งสำคัญของแม่และลูกที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

6.1 ชักถามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การเลี้ยงให้นมลูก วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย หลังผ่าตัด

6.2 พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ดีแล้ว ให้ทำต่อ ชื่นชมสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การพักผ่อน การดูแลผ่าตัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติต้องมาโรงพยาบาล การดูแลลูก และอาการผิดปกติของลูก ประเมินผลการพยาบาล และการสะท้อนคิดของผู้ป่วย และญาติ

6.3 ให้ผู้ป่วยบันทึกการพฤติกรรมกระทำส่วนของตนเอง ของลูก และของพ่อ ให้นำมาวันที่นัดตรวจหลังผ่าตัด 7 วัน พร้อมกับนำสามี ลูก มาพร้อมกัน

กิจกรรมที่ 7 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกันติดตามผลลัพธ์การดูแลจากทีมการพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที ช่วงเวลา 11.30-12.00 น. ที่ห้องตรวจหลังคลอด

ก่อนดำเนินกิจกรรม ทีมปฏิบัติการพยาบาลผู้ร่วมวิจัยทบทวนแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้แล้วล่วงหน้าเพื่อพบกับกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

7.1 เมื่อผู้ป่วยมาพยาบาลห้องฝากครรภ์ ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหลังคลอด นัดหมายเวลาพบกันที่ห้องตรวจหลังคลอด พยาบาลแสดงการทักทายผู้ป่วย แสดงความคุ้นเคย

7.2 ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และวิเคราะห์ร่วมกับแบบบันทึกการกระทำว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นถูกต้องหรือเพิ่มขึ้นชื่นชมสิ่งที่ปฏิบัติดีแล้ว แนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วย

7.3 ประเมินสภาพแผลผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลหรือสิ่งผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและลูก

7.4 พยาบาลแสดงความเข้าใจ ในสิ่งผู้ป่วยกระทำ แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลของการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถาม

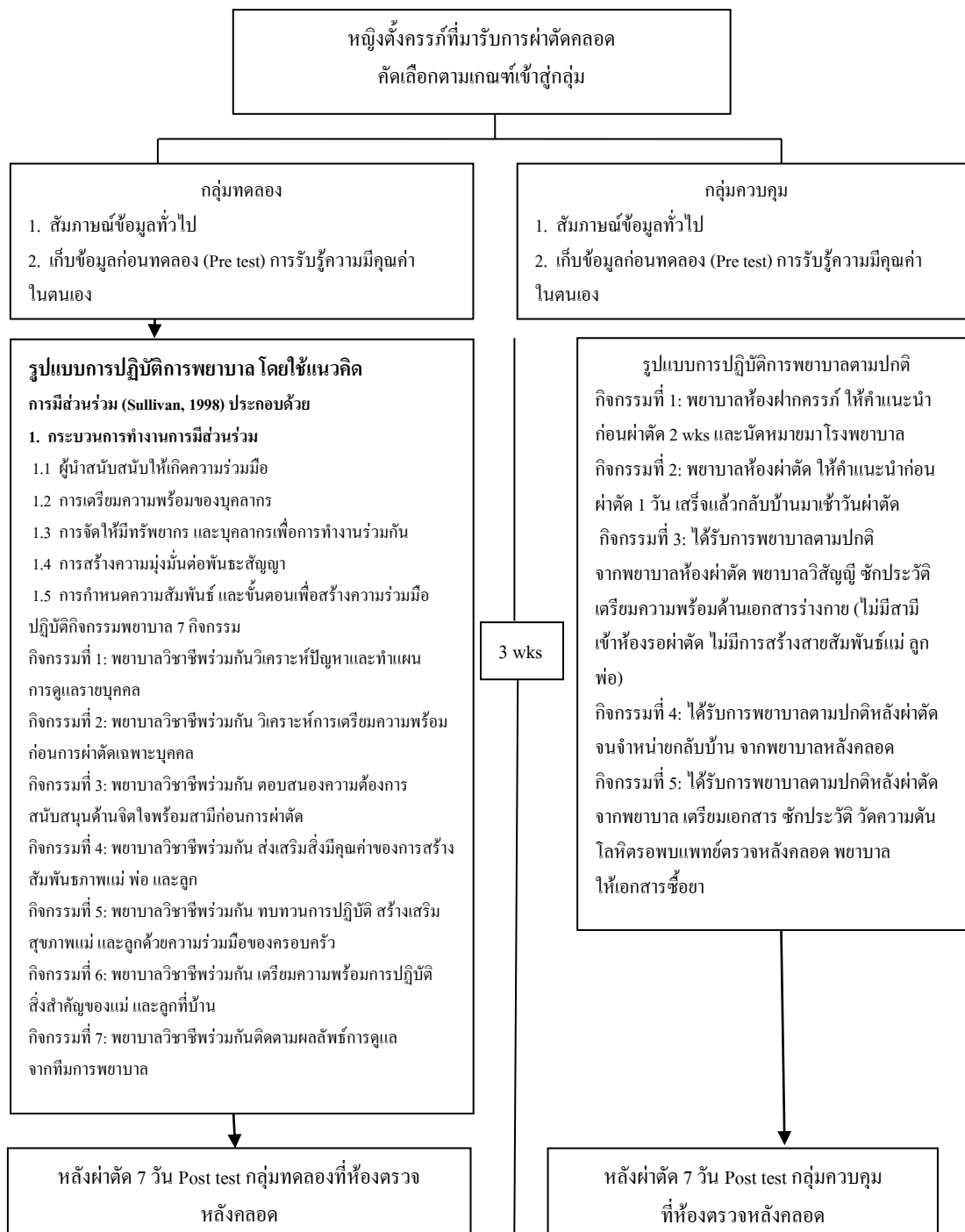
7.5 หลังเสร็จกิจกรรมที่ 7 ประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองชุดเดิมผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเดิมเป็นครั้งที่ 2 (Posttest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างถือบัตรคำที่อธิบายความหมายของเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถามให้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาทีจนครบทุกข้อ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยควบคุมการทดลองโดยการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ร่วมวิจัย โดยให้โทรศัพท์แจ้งให้ผู้วิจัยทราบเมื่อจะปฏิบัติการให้การพยาบาลตามรูปแบบทุกขั้นตอนตามคู่มือรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ และกำกับการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยมีใบกำกับพฤติกรรมของตนเองและให้บันทึกเวลาที่ให้การพยาบาลทุกครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลผู้ร่วมวิจัยทุกเช้า สัปดาห์ละ 5 วัน ในช่วงเวลา 08.00-8.15 น. เพื่อให้คำปรึกษา

วิธีการดำเนินการทดลอง



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

1. การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-Square test Fisher's exact test
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยวิธี Independent *t*-test
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพด้วยวิธี Dependent *t*-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group, Pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการศึกษาครั้งนี้นำเสนอโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล นำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และสัดส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และสถิติที (Independent *t*-test) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 40$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ	p-value
	$(n = 20)$		$(n = 20)$			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ ($M = 27.15, SD = 3.82$) ($M = 27.80, SD = 4.28$)					χ^2	
20-29 ปี	16	80	11	55	1.82	.17
30-35 ปี	4	20	9	45		
รวม	20	100	20	100		
การศึกษา					χ^2	
มัธยมศึกษา/ อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.	14	70	15	75	.94	.33
ปริญญาตรี	6	30	5	25		
รวม	20	100	20	100		
ศาสนา						
พุทธ	20	100	20	100		
รวม	20	100	20	100		
อาชีพ					Fisher's exact	
ไม่ทำงาน	1	5	2	10		1.00
ทำงาน	19	95	18	90		
รวม	20	100	20	100		
ประสบการณ์การผ่าตัดอื่น					Fisher's exact	
ไม่เคย	16	80	18	90		.66
เคย	4	20	2	10		
รวม	20	100	20	100		
ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล					Fisher's exact	
3 วัน	19	95	19	95		1.00
4-5 วัน	1	5	1	5		
รวม	20	100	20	100		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองอายุมีระหว่าง 20-29 ปี (ร้อยละ 55) โดยมีอายุเฉลี่ย 27.15 ปี ($SD = 3.82$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อาชีพส่วนใหญ่ทำงาน (ร้อยละ 95) ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่นไม่เคยผ่าตัด (ร้อยละ 80) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลอยู่ 3 วัน (ร้อยละ 95)

สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-29 ปี (ร้อยละ 55) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.80 ปี ($SD = 4.28$) จบการศึกษาระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อาชีพส่วนใหญ่ทำงาน (ร้อยละ 95) ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่นไม่เคยผ่าตัด (ร้อยละ 90) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลอยู่ 3 วัน (ร้อยละ 95)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	n = 20		n = 20				
	M	SD	M	SD			
การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	3.72	0.21	3.73	0.31	38	.10	.46

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($M = 3.72, SD = 0.21$) กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก ($M = 3.73, SD = 0.31$) ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน ($t = .10, p = .46$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับ
การผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับ
การผ่าตัดคลอดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>t</i>	<i>p</i> -value (1-tail)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
โดยรวม	4.20	0.20	3.85	0.34	3.911	.001
ด้านทั่วไป	4.44	0.26	4.09	0.37	3.412	.001
ด้านครอบครัว	4.11	0.32	3.68	0.64	3.074	.002
ด้านสังคม	3.84	0.30	3.56	0.48	2.152	.019

จากการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองโดยรวม และรายด้าน
หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก คือ โดยรวม ($M = 4.20$,
 $SD = 0.20$, $M = 3.85$, $SD = 0.34$) ด้านทั่วไป ($M = 4.44$, $SD = 0.26$, $M = 4.09$, $SD = 0.37$)
ด้านครอบครัว ($M = 4.11$, $SD = 0.32$, $M = 3.68$, $SD = 0.64$) ด้านสังคม ($M = 3.84$, $SD = 0.30$,
 $M = 3.56$, $SD = 0.48$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในทุกด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้
ความมีคุณค่าในตนเองทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับ
ผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับ
ผ่าตัดคลอด ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความมีคุณค่า ในตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{D}	SD_d	t	p -value (1-tail)
	M	SD	M	SD				
โดยรวม	3.73	0.21	4.20	0.20	0.47	0.65	13.816	.001
ด้านทั่วไป	3.90	0.31	4.44	0.26	0.54	0.31	7.841	.001
ด้านครอบครัว	3.67	0.31	4.11	0.32	0.44	0.25	7.788	.001
ด้านสังคม	3.46	0.26	3.84	0.30	0.38	0.31	5.477	.001

จากการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง
ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก คือ โดยรวม ($M = 3.73$,
 $SD = 0.21$, $M = 4.20$, $SD = 0.20$) ด้านทั่วไป ($M = 3.90$, $SD = 0.31$, $M = 4.44$, $SD = 0.26$)
ด้านครอบครัว ($M = 3.67$, $SD = 0.31$, $M = 4.11$, $SD = 0.32$) ด้านสังคม ($M = 3.46$, $SD = 0.26$,
 $M = 3.84$, $SD = 0.30$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในทุกด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group, Pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกที่มารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม จำนวน 3 คน ระยะเวลาในการดำเนินวิจัยตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ได้แก่ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของ พยาบาลวิชาชีพ คู่มือแนะนำมารดาเมื่อเข้ารับการรักษาการผ่าตัดคลอดที่ผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ ข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของ พรณี นุ่นประดับ (2538) ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับหญิง ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ .79

วิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test สถิติทดสอบค่าที

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ
 - 1.1 กลุ่มทดลองหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี (ร้อยละ 55) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.15 ปี ($SD = 3.82$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อาชีพทำงาน (ร้อยละ 95) ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่นไม่เคยผ่าตัด (ร้อยละ 80) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลอยู่ 3 วัน (ร้อยละ 95)

1.2 กลุ่มควบคุมหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี (ร้อยละ 55) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.80 ปี ($SD = 4.28$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อาชีพทำงาน (ร้อยละ 95) ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ไม่เคยผ่าตัด (ร้อยละ 90) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล อยู่ 3 วัน (ร้อยละ 95)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ ประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. หญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองโดยรวม หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20, SD = 0.20, M = 3.85, SD = 0.34$ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองโดยรวม ก่อน และหลังทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.73, SD = 0.21, M = 4.20, SD = 0.20$ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หญิงที่เข้ารับผ่าตัดคลอด มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างขึ้นในครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sullivan (1998) จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 :ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการความร่วมมือของ Sullivan (1984) ประกอบด้วย 1) ผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 2) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรผู้ให้ความร่วมมือ 3) การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากรเพื่อการทำงานร่วมกัน 4) การสร้างความมุ่งมั่นต่อพันธะสัญญา และ 5) การกำหนดความสัมพันธ์ และขั้นตอนในการปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจาก 3 หน่วยงาน คือ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ร่วมมือกันปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบรายบุคคล ทำให้หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และการสนับสนุนด้านจิตใจพร้อมสามีก่อนการผ่าตัด การส่งเสริมคุณค่าของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ และลูก การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพแม่และลูก มีการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติที่สำคัญของแม่และลูกที่บ้าน รวมถึงการติดตามผลลัพธ์การดูแล ซึ่งการช่วยเหลือของพยาบาลทำให้หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดได้รับการแก้ไขปัญหา เกิดความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งพาตนเอง เป็นการสนับสนุนลักษณะของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบภายในบุคคล และสภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นองค์ประกอบภายนอกบุคคล องค์ประกอบเหล่านี้ มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Coopersmith (1984) ซึ่งทำให้หญิงที่รับการผ่าตัดคลอดมีความเคารพยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ ความสามารถ ความดี มีพลังอำนาจ ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการปฏิบัติการตามปกติ ที่พยาบาลจะพบกับหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดตามระบบการทำงานของหน่วยงาน ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดล่วงหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ และจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอด เมื่อผู้ป่วยมาถึงหน่วยงานเท่านั้น และไม่ได้นำครอบครัวเข้าร่วมการดูแลจึงทำให้หญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ludman et al. (2013) ที่พบว่า รูปแบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาล โดยพยาบาลมีการวางแผนเป้าหมายการทำงาน ร่วมกันคิดตัดสินใจ เห็นคุณค่าการทำงานร่วมกันภายในทีม มีการสะท้อนข้อมูลกลับของการพยาบาลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงขึ้น และการศึกษาของ Jihye and Kyung-Sook (2011) ที่ให้มารดาได้โอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอดเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาสูงขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มาเข้ารับผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หญิงที่มาเข้ารับผ่าตัดคลอด กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า หญิงที่มาเข้ารับผ่าตัดคลอดที่ได้รับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการความร่วมมือ มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้หญิงที่มาเข้ารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองได้รับดูแลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจาก 3 หน่วยงาน คือ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ร่วมมือกันให้การดูแลแบบรายบุคคล ตามแผนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่นัดผ่าตัด จนจำหน่าย รวมถึงติดตามผลลัพธ์การดูแล ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมตัว การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด หากมีปัญหาสงสัยซักถามทุกระยะของการผ่าตัดได้ เป็นการเพิ่มพูนความรู้ เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการดูแล ให้โอบกอดบุตรหลังคลอด มีการส่งเสริมสุขภาพแม่และลูกในการปฏิบัติตัวเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม ได้รับแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น จึงทำให้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดซึ่งเป็นหญิงที่ตั้งครรภ์แรก ขาดความรู้ ทักษะ ไม่มีประสบการณ์การคลอด เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ พึงพอใจในตนเอง ความสำคัญ คุณค่าของตนเอง และมองว่าตนเองดีมีประโยชน์ ตามแนวคิด Coopersmith (1984) ได้กล่าวถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แล้วมีการประเมินตนเองในทางที่ดี จะแสดงความรู้สึกพอใจเป็นลักษณะบรรยากาศที่บุคคลที่เป็นองค์ประกอบภายในบุคคลมีผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง ส่วนการได้รับช่วยเหลือแก้ไขปัญหาก็จะทำให้มีความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว พ่อแม่ลูกทำให้เกิดความอบอุ่นมั่นคงและปลอดภัยเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นองค์ประกอบภายนอกบุคคลที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้หญิงที่มาเข้ารับการผ่าตัดคลอดมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kutzleb et al. (2015) ที่พบว่า การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ มีการร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดย มีการร่วมมือทำงานระหว่างทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล ส่งผลต่อผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการใช้ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดที่ได้รับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการตามปกติ โดยอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการประยุกต์ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยประเภทเดียวกัน โดยกำหนดเป็นนโยบาย และวิธีการปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถจัดระบบบริการการพยาบาลให้มีคุณภาพสูงขึ้น และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. ผลการศึกษาพบว่า หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดที่ได้รับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ภายหลังการทดลองมากกว่า ก่อนการทดลอง ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรสนับสนุนให้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ เช่น ผู้ป่วยกระดูกหัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ แสดงออกถึงคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในระยะยาว เพื่อสร้างความต่อเนื่อง และสร้างการคงอยู่ของรูปแบบนี้

2. ควรมีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งเทียม ที่ต้องมีการทำงานร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพหลายหน่วยงาน และควรใช้แบบสอบถามที่มีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

บรรณานุกรม

- กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ. (2549). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครสวรรค์ประชารักษ์. *นครสวรรค์ประชารักษ์สาร*, 3(1), 309-317.
- กิติมากร โพธิ์จันดี. (2556). ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, วิทยาลัยเซนหลุยส์.
- คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตราภรณ์ ความคณิง, อติคุณ ชนกิจ และเกษชาดา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2554). ผลการให้ความรู้ทางวิถีทัศน์ร่วมกับการอธิบายต่อภาวะวิตกกังวลของหญิงที่รอผ่าตัดคลอดบุตร. *วิสัยทัศน์สาร*, 7(2), 71-80.
- จรรยา กุ๊กกลิ่น. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- จันทร์พร เอกวานิช. (2550). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด อำเภอเมืองจังหวัดภูเก็ต. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.*
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2554). *แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 7).* นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- จารุณี อินทฤทธิ์. (2556). โรคซึมเศร้าและการพยาบาล. ใน *ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ้ จันทร์ศุกร์ และศุกร์ใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 2 (หน้า 94-100).* นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). *การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม เอกสารประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง.* เข้าถึงได้จาก <http://www.edupol.org/eduOrganize/eLearning/generalStaff/doc/group10/08/01.pdf>

- จุฑามาศ วัลลภาชัย. (2551). การประเมินผลของโปรแกรมการศึกษาด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชไมพร เจริญครบุรี. (2546). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2543. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จูปนิษฐ์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกสิ้นหวัง ในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐนันท์ คงลาหลวง. (2548). เหตุผลของการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขาดการป้องกัน ในสตรีวัยรุ่น ตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2552). การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดหน้าท้อง การคลอดโดยใช้ คีม และเครื่องดูดสุญญากาศ. นนทบุรี: เอส พี เอส พรินติ้ง.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2552). การศึกษาความทุกข์ทรมานของสตรี หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(2), 28-38.
- ศศิรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2547). การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด. กรุงเทพฯ: พี. เพรส.
- ทิมมพร อธิพิงษ์วัฒน์, สุพร คนัยคุชฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์ และธีรพล อมรเวชสุกิจ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 31(1), 29-37.
- ทินกร วงศ์ปารินทร์ และณหทัย วงศ์ปารินทร์. (2554). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก: การศึกษาในนักศึกษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(1), 70.
- ธีระ ทองสง. (2557). อัตราการผ่าตัดคลอด *Cesarean section rate*. เข้าถึงได้จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=406:cesarean-section-rate&catid=40&Itemid=482

- ธีระ สิ้นเดชาธิ์, สิริอร สักดาบุญเดชา และเกตนันท์สิริ กอบกิจไพศาลสุข. (2556). *การผ่าคลอด: การที่เราควรเลือกจริงหรือ*. เข้าถึงได้จาก http://doc.qa.tu.ac.th/documente/8.soc_
- นาคยา วงศ์เหล็กภัย. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชนาถ ชานีเชิงคำ. (2553). *ผลของการใช้รูปแบบการบริการที่บูรณาการรูปแบบการปรับตัวของ รอย ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขาหัก*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, วิทยาลัยเซนหลุยส์.
- เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. (2548). *ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บัณฑิต จันทะยานี, เพิ่มศักดิ์ สุเมงศรี, สายันท์ สวัสดิ์ศรี และวรพงษ์ คงมีผล. (2550). *หัตถการทาง สูติศาสตร์และนรีเวช*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินักวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินักวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- ประภา ราช. (2553). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร, 25(1), 49-67.
- ปราณีต ทวีลาภ. (2552). *การใช้โปรแกรมระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปริญญา โตมานะ และรวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยเกี่ยวพันอื่น ๆ*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(1), 28-37.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรรณณี ฐุ่นประดับ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2553). ความสัมพันธ์ต้นทุนการพยาบาลเชิงวิชาชีพกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล. วารสารคุณภาพการพยาบาล, 3(7), 1.
- พัชรภา ดันติชูเวช. (2555). การเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาที่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์แบบข้ามคืน. วารสารสุทธิปริทัศน์, 26(78), 7-17.
- พิมพ์ิชา สุพัตกุล. (2551). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และเหตุผลของวัยรุ่นตอนปลายที่มีพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ข้ามคืน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน. (2556). การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. เข้าถึงได้จาก http://www.journal.msu.ac.th/index.php?page=show_journal_article&j_id=5&article
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2556). การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตสังคม. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (หน้า 147-185). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก.
- รัชณี นามจันทร์. (2552). การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. วารสารสภาการพยาบาล, 24(1), 5-10.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วไลพรรณ เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา และสุพิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารเกื้อการุณย์, 20(1), 30-41.
- วัชร อิมท้าว. (2552). รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด กรณีตัวอย่างโรงพยาบาลสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วารุณี เริ่มอรุณรอง. (2554). ประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดครั้งแรก ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง. เข้าถึงได้จาก http://www.tpna.or.th/th/index.php?option=com_content &view=article&id=98:2011-03-16-16-05-44&catid=41:research&Itemid=84

- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (หน้า 454-462). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันบรมราชชนก.
- ศศิญา บัวผุด. (2545). *ปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557). *การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2551). *แนวทางปฏิบัติการทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สมภาร จุลอักษร. (2548). *ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมพิตร ทรายสมุทร. (2550). *ผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภัทสร ภูเมฆ และยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2555). ผลของการจัดการการเรียนการสอน โดยใช้ หลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ในการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 23(2), 16-26.
- สุภาพ ไทยแท้. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร ตั้งศิริ. (2550). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนจากคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรสาว และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และทารกแรกเกิด, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์กักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- หยกแก้ว รั้วสมบุญ. (2552). ผลของการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการส่ง
กล้องตรวจกระเพาะอาหารที่บูรณาการ โดยใช้แนวคิดทีมการพยาบาลร่วมกับทฤษฎี
การพยาบาลของคิงต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลวิชาชีพ. งานนิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย,
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- อัมรภัทร์ อรรถชัยวัฒน์. (2554). การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการ
พยาบาลผู้คลอด. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักการปลัดกระทรวง กระทรวง
สาธารณสุข.
- อารี บุญมั่น. (2557). การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การผ่าตัด เพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด.
งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,
บัณฑิตวิทยาลัย, วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- เอมอร บุตรอุดม. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมกับการยอมรับ และพฤติกรรม
การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. *วารสารบรมราชชนนีศรีนครราชสีมา*, 19(1),
29-38.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R.
(2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational
factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal
Nursing Study*, 50(2), 240-252.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., & Potter, J. (2016).
Age and gender differences in self-esteem-a cross-cultural window. *Journal of
Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410. Retrieved from
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/2015-57061-001/>
- Branden, N. (1987). *The psychology of self esteem*. Toronto: Bantam Book.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Rural development participation: Concept and measure for
project design implementation and evaluation: Rural development committee center for
international studies*. New York: Cornell University Press.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. California: Consulting Psychologist Press.

- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem inventories* (2nd ed.). California: Consulting Psychologist Press.
- Cox, B. E. & Smith, E. C. (1982). The mother's self-esteem after a cesarean delivery. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 7(5), 309-314.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M., & Bouvrette. A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 894-908.
- Gardner, D. B. (2005). *Ten lessons in collaboration*. Retrieved from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_116008.html
- Ha, J., & Kim, Y. (2013). Factors influencing self confidence in the maternal role among early postpartum mother. *Journal of Korean academy of Women's Health Nursing*, 19(1), 48-56.
- Hakanen, M., & Soudunsaari, A. (2012). Building trust in high-performing teams. *Technology Innovation Management Review*, 2(6), 38-41. Retrieved from <http://timreview.ca/article/567>
- Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder, (Ed), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 219-233). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Jihye, L., & Kyung-Sook, B. (2011). The effects of kangaroo care on maternal self-esteem and premature infants' physiological stability. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 17(5), 454-462.
- Kozier, B., & Erb, G. L. (1988). *Concepts and issues in nursing practice*. California: Addison Wesley.
- Kutzleb, J., Rigolosi, R., Fruhschien, A., Reilly, M., Shaftic, A. M., Duran, D., & Flynn, D. (2015). Nurse practitioner care model: Meeting the health care challenges with a collaborative team. *Nursing Economic*, 33(6), 297-340.

- Loto, O. M., Adewuya, A. O., Ajenifuja, O. K., Orji, E. O., Ayandiran, E. O., Owolabi, A. T., & Ade-Ojo, I. P. (2010). Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(1), 35-38.
- Ludman, E. J., Peterson, D., Katon, W. J., Lin, E. H. B, Von Korff, M., Ciechanowski, P., Young, B., & Gensichen, J. (2013). Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behav Med*, 39(1), 1-6.
- Mahdizadeh, M., Heydari, A., & Moonaghi, H. (2015). A review of the clinical interdisciplinary collaboration among nurses and physicians. *Open Journal of Nursing*, 5, 654-663.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management function in nursing: Theory and application* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973-1985.
- Miccolo, M. A. & Spanier, A. (1993). Critical care management in the 1990s: Making collaborative practice work. *Critical Care Clinics*, 9, 443-453.
- Moore, J., Prentice, D., & Taplay, K. (2015). Professor collaboration: What does it really mean to nurses?. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2052-2054.
- O'Reilly, A., Choby, D., Séjourné, N., & Callahan, S. (2014). Feelings of control, unconditional self-acceptance and maternal self-esteem in women who had delivered by caesarean. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 355-365.
- Paynton, S. (2009). *The informal power of nurses for promoting patient care*. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace>
- Perlow, M. B. (1987). *Coopersmith's adult form self-esteem inventory: A construct validation study*. Retrieved from https://books.google.co.th/books?id=O19aGwAACAAJ&dq=Coopersmith%E2%80%99s+adult+form+self-esteem+inventory:+Aconstruct+validation+study&hl=th&sa=X&ved=0ahUKEwiF9LrU_bRAhVIvY8KHR6FDRUQ6AEILTAA

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need Self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130(3), 435-468.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ryden., M. B. (1978). *An adult version of the Coopersmith self-esteem inventory: Test-retest reliability and social ability*. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.1978.43.3f.1189>
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth; A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration: A health care imperative*. New York: McGraw-Hill.
- Udy, P. (2008). *The physical impact of cesareans*. Retrieved from https://www.midwiferytoday.com/articles/physical_impact_csec.asp
- Wadensten, B., Engström, M., & Häggström, E. (2009). Public nursing home staff's experience of participating in an intervention aimed at enhancing their self-esteem. *Journal Nursing Management*, 17(7), 833-842.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา)

**แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด**

**ชื่อนิติต นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม:

1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2: การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอด

2. โปรดตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ทุกข้อ

3. แบบสอบถามแต่ละส่วนจะมีคำแนะนำในการตอบ โดยเฉพาะตามคำชี้แจงของแต่ละส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงของตัวเองท่านทุกข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุปี
2. สถานภาพการสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. หย่า
3. ศาสนา

() 1. พุทธ	() 2. คริสต์
() 3. อิสลาม	() 4. อื่น ๆ ระบุ.....
4. การศึกษา

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา	() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา	() 4. อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.
() 5.ปริญญาตรี	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย	() 4. เกษตรกรรม
() 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ประสบการณ์ในการผ่าตัด

() 1. ไม่เคย	() 2. เคย.....ครั้ง ผ่าตัด.....
---------------	----------------------------------
7. ผู้ดูแลเมื่อท่านเข้าอน โรงพยาบาล

() 1.สามี	() 2.ญาติ ระบุ.....
------------	----------------------
8. ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล

() 1. น้อยกว่า 4 วัน	() 2. 4-5 วัน	() 3. มากกว่า 5 วัน
-----------------------	----------------	----------------------

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

คำชี้แจง ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความแต่ละข้อความให้แก่ผู้ถูกสอบถามฟังเมื่ออ่านจบแล้วผู้ถูกสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกตรงกับความ เป็นจริงของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อของแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- มากที่สุด 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมด
- มาก 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการ
- ปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการ
- น้อย 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกของท่านที่ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ
- น้อยที่สุด 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงตามความคิดหรือความเข้าใจหรือความรู้สึกในการปฏิบัติของท่านตามข้อรายการที่กำหนดไว้

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อความ	ตรงกับความ เป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่มีความสามารถ	\surd				

ข้อ	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ด้านทั่วไป					
1	ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่มีความสามารถ					
2	ฉันเป็นคนที่ซื่อสัตย์					
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	ฉันรู้สึกน้อยใจในสุขภาพ					
7	ฉันเป็นคนตัดสินใจรวดเร็ว					
8	ฉันมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นแม่					
9	.....				
10	.....				
11	.....				
12	ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้ทำให้ฉันรู้สึกว่าไม่เหมือนหญิงตั้งครรภ์อื่น ๆ					
13	ฉันเป็นคนไม่เอาเปรียบผู้อื่น					
14	ฉันคิดว่าฉันทำสิ่งที่ถูกต้อง					
15	.....				
	ด้านครอบครัว					
16	ฉันเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ					
17	ฉันว่าครอบครัวของฉันพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอไม่ว่าฉันจะมีปัญหาอะไร					
18	.....				
19	ฉันรู้สึกว่าคนในครอบครัวยกย่องและให้เกียรติฉัน					
20	.....				
21	.....				
22	.....				
23	ฉันรู้สึกว่าไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ในครอบครัวได้เหมือนเดิม					

ข้อ	ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	ด้านสังคม					
24	คนเขาว่าฉันเป็นคนที่มึนเสน่ห์					
25	ฉันน่าจะเข้ากับคนอื่นได้ดีกว่าที่เป็นอยู่					
26	.....				
27	.....				
28	.....				
29	ฉันเป็นคนที่เข้ากับใคร ๆ ได้ง่าย					
30	.....				
31	ฉันรู้สึกพอใจในการวางตัวของฉันต่อหน้าคนอื่น					



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการ
การจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และเมื่อ
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ
ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุป
ผลการวิจัย ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการ
การจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-05-2558

ชื่อผู้วิจัย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล
เชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับ
การผ่าตัดคลอด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่มารับ
บริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ ตั้งครรภ์แรก มีอายุตั้งแต่
20-35 ปี มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้มีบุคคลในครอบครัว สามี่เข้ามาดูแล
ในระยะรอผ่าตัดได้ แพทย์มีคำสั่งให้ทำผ่าตัดคลอดแบบนัดล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ไม่อยู่
ในความดูแลของแพทย์เฉพาะและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัย
จัดทำขึ้น ภายหลังจากที่ท่านเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อให้
กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 (Pretest) โดยให้ท่านถืบัตรคำที่อธิบายความหมาย
ของเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถามให้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาทีจนครบ
ทุกข้อหลังจากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติ และผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2
ประมาณ 3 สัปดาห์หลังจากตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 เพื่อประเมินผลหลังการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อนำไปพัฒนา
ระบบบริการให้ท่านและหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดคนอื่น ๆ และมีท่านมีความรู้สึก ความคิด
ความเข้าใจ เกี่ยวกับตนเองเมื่อเข้ารับการผ่าตัดคลอด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะตอบรับหรือปฏิเสธ การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับ และในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกหรือชี้แจงแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับจะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อในรายงานใดๆที่เกี่ยวกับการวิจัย ในครั้งนี้และจะทำลายข้อมูล หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ข้าพเจ้า นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา หมายเลขโทรศัพท์ 089-7494382 หรือที่ ดร.สหทัย รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-9792393

นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลการรับรู้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-05-2558

ชื่อวิจัย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลการรับรู้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรีโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ ตั้งครรภ์แรก มีอายุตั้งแต่ 20-35 ปี มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้มีบุคคลในครอบครัว สามี่เข้ามาดูแลในระยะรอผ่าตัดได้ แพทย์มีคำสั่งให้ทำผ่าตัดคลอดแบบนัดล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ ไม่อยู่ในความดูแลของแพทย์เฉพาะและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับ คือ ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองภายหลังจากที่ท่านเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 โดยให้ท่านถือบัตรคำที่อธิบายความหมายของเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถามให้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาทีจนครบทุกข้อ หลังจากนั้นท่านจะต้องเข้าร่วมทำกิจกรรมครั้งแรกของการปฏิบัติกิจกรรมกับท่าน โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ 1 ถึง 7 ต่อเนื่อง ในวันที่ท่านมาตรวจและเข้ารับการผ่าตัดคลอด จนกระทั่งกลับมาตรวจหลังผ่าตัด แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 20-60 นาที พยาบาลวิชาชีพ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด ห้องหลังคลอด และพบกับท่านตามเวลานัดหมายทุกครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบทั้งหมด ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองชุดเดิม ในวันนัดตรวจหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อให้ท่านมีความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ เกี่ยวกับตนเอง เพื่อเตรียมตัวที่ดีเพื่อเข้ารับการผ่าตัดคลอด ได้แก่ การเตรียมเด้านม การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ

และหลังผ่าตัด การสร้างความผูกพันแม่ลูก การดูแลตนเองและบุตรหลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน เพื่อส่งผลให้ท่านรู้คุณค่าของตนเองแสดงบทบาทมารดาได้ดียิ่งขึ้น มีความสามารถแก้ไขปัญหา ปัญหาสุขภาพ มีความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจที่ได้เป็นแม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่ของแม่ ได้ด้วยความมั่นใจ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับ และในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกหรือชี้แจงแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นผู้วิจัย จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้และจะทำลายข้อมูล หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ข้าพเจ้า นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา หมายเลขโทรศัพท์ 089-7494382 หรือที่ ดร.สหทัย รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-9792393

ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้าน เพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง
ของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

Effects of Professional Nursing Service Model That Integrates Time Management on Perception of Self Esteem in
Women Having Cesarean Section

ชื่อนิสิต นางสาวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

รหัสประจำตัวนิสิต 54920188 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 05 - 2558
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับบริการผ่าตัดคลอด จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 20 ราย สถานที่เก็บ
รวบรวมข้อมูลคือ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และ ห้องหลังคลอด โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลชลบุรี
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

Effect of Professional Nursing Service Model That Integrates Time Management on Perception of Self Esteem in Women Having Cesarean Section

2. ชื่อนิสิต นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

รหัสประจำตัวนิสิต 53920628 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

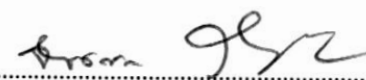
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 05 - 2558

ให้เพิ่มเติม คือ เปลี่ยนสถานที่เก็บข้อมูลสำหรับกลุ่มควบคุม จากเดิม โรงพยาบาลระยอง เป็น โรงพยาบาลชลบุรี และ ขอเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากเดิม กลุ่มละ 10 คน เป็น กลุ่มละ 20 คน

4. วันที่ให้การรับรอง: 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารเลขที่ ๖๑ /2558

รหัสวิจัย 60/58/O/q

ใบรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

-
- โครงการวิจัย : ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่า ในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด
EFFECT OF PROFESSIONAL NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES TIME MANAGEMENT ON PERCEPTION OF SELF ESTEEM IN WOMEN HAVING CESAREAN SECTION
- ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางขวัญจิตร์ ศักดิ์ศรีวัฒนา
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ลงนาม

(นายแพทย์พงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์อัครฐา ตียพันธ์)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

วันที่รับรอง : 28 สิงหาคม 2558

วันหมดอายุ : 31 มีนาคม 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม
- 5) ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย

 ทุก 3 เดือน ทุก ๖ เดือน

เงื่อนไข...

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๗๑๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัย รัตนะจรณะ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงครรภ์แรกที่มารับการผ่าตัดคลอด จำนวน ๑๐ ราย ณ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบุรี ระหว่างวันที่ ๑๘ มิถุนายน - ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๙-๗๔๙๔๓๘๒

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๗๑๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัยา รัตนะจรรยา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงครรภ์แรกที่มารับการผ่าตัดคลอด จำนวน ๑๐ ราย ณ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องหลังคลอด โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ ๑๘ มิถุนายน – ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๙-๗๔๙๔๓๘๒

ที่ ศธ ๖๖๐๓/ ๑๗๑๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัย รัตนะจรณะ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงครรภ์แรกที่มารับการผ่าตัดคลอด จำนวน ๑๐ ราย ณ ห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องหลังคลอด โรงพยาบาลพุทธโสธร ระหว่างวันที่ ๑๘ มิถุนายน - ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๙-๗๔๙๔๓๘๒



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๕๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางขวัญจิตร์ ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สัททยา รัตนจรณะ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก ดร.ณงนภัทร รุ่งเนย บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๔๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙-๗๔๔๔๓๘๒

สำเนาเรียน ดร.ณงนภัทร รุ่งเนย



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๔/๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัย รัตนจรรยา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก ดร.ธัญมล สุรียนมิตรสุข บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของ นิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙-๗๔๙๔๓๘๒

สำเนาเรียน ดร.ธัญมล สุรียนมิตรสุข



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๕๗๒

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัย รัตนจรณะ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก ดร.บุญมี ภูด่านจัว บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูง เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของ นิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙-๗๔๙๔๓๘๒

สำเนาเรียน ดร.บุญมี ภูด่านจัว



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๕๙/๓

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัย รัตนจรรยา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพจิตตาทักษ์ สิงห์อุบล บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙-๗๕๙๔๓๘๒

สำเนาเรียน พยาบาลวิชาชีพจิตตาทักษ์ สิงห์อุบล



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๕๙๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลาต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหทัย รัตนจรรยา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพสุรรัตน์ ธาราศักดิ์ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙-๗๕๔๔๓๘๒

สำเนาเรียน พยาบาลวิชาชีพสุรรัตน์ ธาราศักดิ์



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๔๗๓

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลเชิงวิชาชีพที่บูรณาการการจัดการเวลา ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัด คลอด” โดยมี ดร.สหทยา รัตนะจรรยา เป็นประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้ เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง” ของ คุณพรรณิ อุ้นประดับ สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก พ.ศ. ๒๕๓๘ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙-๗๔๙๔๓๘๒

มหิตินุ <๖๗.๑๖-๑๖๗๗๗>
 พิพิณ <๑๖๗๗๗๗๗>
 นนลัศฐุศร ปรรันน <๑๖๗.๑๖๗๗๗>
 หมา ด.ร.ส.น.๗๗



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๒๒๐๕
วันที่ ๒๙ ก.ค. ๕๘
เวลา ๑๕.๔๙ น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๓๗.๐๒ / ๐๖๕๖๔

วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗ / ๑๔๙๓ ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลเชิงวิชาชีพ ที่บูรณาการการจัดการเวลา ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด” โดยมี ดร.สหัททยา รัตนะจรรยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาวพรณี อุ่นประดับ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตาม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๓๘ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM, SOCIAL SUPPORT AND COPING BEHAVIOR IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN.)” ซึ่งมี ผศ.ยุพิน จันทร์คคะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้าน วิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตาม กฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มและส่งคืนไปยัง

..... /๒.

-๒ -

สำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้นจำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งนาณัติสั่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

ภาคผนวก ค

คู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม
ของพยาบาลวิชาชีพ ของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

คู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล
อย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ของหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอด

จัดทำโดย
นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา

อาจารย์ที่ปรึกษา
ดร.สหัทยา รัตนจรณะ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต
สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา

รายงานการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลอง

ผู้บันทึก.....

ชื่อผู้ป่วย.....โรงพยาบาลชลบุรี อายุครรภ์.....สัปดาห์.....วัน วันที่เริ่มกิจกรรมการทดลอง.....วันที่สิ้นสุดกิจกรรมการทดลอง.....

ปัญหาที่พบครั้งแรก.....

วัน/ เวลา	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบ	ผลของกิจกรรม		
			ปัญหาที่พบ	เป็นไปตามรูปแบบ	ไม่เป็นไปตามรูปแบบ
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด..... รวมเวลากิจกรรมนี้.....	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 1: พบกับผู้ป่วยมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ที่ห้องฝากครรภ์ ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. กำหนดเวลา 30 นาที	1. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องพักผู้ป่วยหลังคลอด 3 คนร่วมกันปรึกษาหาในการจัดทำแผนการใช้เวลาของแต่ละคนสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย 2. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องพักผู้ป่วยหลังคลอด 3 คน ได้รับการมอบหมายดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันแนะนำตนเองเป็นผู้ดูแล รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ชักถามปัญหา รวบรวมข้อมูล ค้นหาความเฉพาะของผู้ป่วยค้นหาความนึกคิด ความเชื่อความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และการรักษา สังเกตพฤติกรรมขณะพูดคุย			
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด.....	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 2: พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และ	1. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องพักผู้ป่วยหลังคลอด นัดหมายกับผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อรับทราบ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องทราบหรือจำเป็นเกี่ยวกับการผ่าตัด			

วัน/ เวลา	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบ	ผลของกิจกรรม		
			ปัญหาที่พบ	เป็นไปตามรูปแบบ	ไม่เป็นไปตามรูปแบบ
รวมเวลากิจกรรมนี้	พยาบาลวิชาชีพหลังคลอด พบกับ ผู้ป่วยมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์.....	2. ทีมพยาบาลค้นหาความรู้ดีและความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วยของผู้ป่วยเพิ่มเติม แสดงวิธีวิธีการช่วยเหลือและสิ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและรักษาไว้ซึ่งความเป็น รายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและตระหนักถึงสภาพต่างๆที่เกิดขึ้น อาจส่งเสริม ให้มีสุขภาพที่ดีมั่นคง			
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด..... รวมเวลากิจกรรมนี้	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 3: พบ ผู้ป่วยมีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ที่ ห้องผ่าตัด ช่วงเวลา 8.00-8.30 น. กำหนดเวลา 30 นาที.....	1. นัดหมายผู้ป่วยผ่าตัดเป็นคนแรกของวัน 2. ทีมพยาบาลให้การต้อนรับด้วย ตรวจสอบความพร้อมเข้ารับการผ่าตัด ตรวจสอบ ชื่อสกุล วันเดือนปีเกิด ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดเช่น ยา สายสวนปัสสาวะ 3. ให้ญาติเข้ามาที่ห้องรอผ่าตัด อยู่เคียงข้าง อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจเตรียมเข้ารับการ ผ่าตัด			

วัน/ เวลา	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบ	ผลของกิจกรรม		
			ปัญหาที่พบ	เป็นไปตามรูปแบบ	ไม่เป็นไปตามรูปแบบ
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด..... รวมเวลาดิจิกรรมนี้.....	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 4: พบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ช่วงเวลา 10.00-10.30 น. กำหนดเวลา 30 นาที	1. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องพักผู้ป่วยหลังคลอด ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น ประเมินสภาพมารดาหลังผ่าตัด อาการสำคัญต่าง ๆ อยู่ในภาวะปกติ 2. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ประเมินสภาพมารดา ความสามารถในการให้นมแม่ และสอบถามความพร้อมในการสร้างสายใยรักกับลูก สามารถสร้างสัมพันธได้ 3. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ ห้องผ่าตัด และห้องพักผู้ป่วยหลังคลอด ร่วมกันส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือโดยมีญาติเข้ามามีส่วนร่วม ด้วยการเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสายใยรักแห่งครอบครัว เป็นความร่วมมือกันการให้นมแม่ โดยมีกลุ่มพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ให้ความช่วยเหลือ			
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด..... รวมเวลาดิจิกรรมนี้.....	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 5: พบกัน และพบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ที่ตึกหลังคลอด ช่วงเวลา 13.00-13.30 น. กำหนดเวลา 30 นาที	1. พยาบาลวิชาชีพห้องฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพหลังคลอด นัดหมายเวลาพบกันที่ตึกหลังคลอด 2. ร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด สอบถามอาการทั่วไป และปัญหาที่เกิดขึ้นหรือปัญหาที่ผู้ป่วยสงสัย ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนอง และยังมีกิจกรรมใดที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง			

วัน/ เวลา	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบ	ผลของกิจกรรม		
			ปัญหาที่พบ	เป็นไปตามรูปแบบ	ไม่เป็นไปตามรูปแบบ
		3. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย และสร้างส่งเสริมนมแม่ เช่น ความรู้สึกปวดหลังผ่าตัด การดูแลแผล การรับ ประทานน้ำ อาหาร การรับประทานยาแก้ปวดและยาอื่น การเลี้ยงบุตร			
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด..... รวมเวลากิจกรรมนี้.....	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 6 : พบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 วัน ที่ตึกหลังคลอดให้ข้อมูลผู้ป่วย 30 นาที ช่วงเวลา 13.00-14.00 น.....	1. พยาบาลห้องผ่าตัดประสานพยาบาลห้องฝากครรภ์ พยาบาลหลังคลอด นัดหมายเวลาพบกันที่ตึกหลังคลอด 2. ร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด			

วัน/ เวลา	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบ	ผลของกิจกรรม		
			ปัญหาที่พบ	เป็นไปตามรูปแบบ	ไม่เป็นไปตามรูปแบบ
วันที่..... เวลาเริ่ม..... เวลาสิ้นสุด..... รวมเวลากิจกรรมนี้.....	พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่ 7: พบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 7 วันที่ห้อง ตรวจหลังคลอด 11.30-12.00 น. กำหนดเวลา 30 นาที.....	1. เมื่อผู้ป่วยมาพยาบาลห้องฝากครรภ์ ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหลังคลอด นัดหมายเวลาพบกันที่ห้องตรวจหลังคลอด 2. พยาบาลแสดงการทักทายผู้ป่วย แสดงความคุ้นเคย			