


ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล  
และความพึงพอใจของผู้ป่วย



นางสาวพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PRIMARY NURSING FOR PATIENTS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE  
ON NURSES' SATISFACTION AND PATIENTS' SATISFACTION.



Miss Pornrat Rattanasiriwong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อทางเพศติดต่อ  
ความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

โดย

นางสาวพรรณรัตน์ รัตนศิริวงศ์

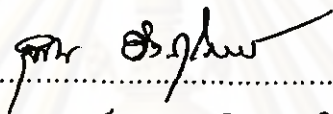
สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

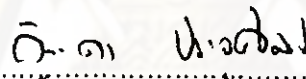
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

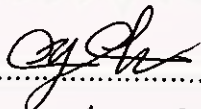
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์

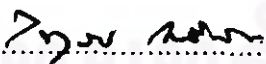
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิลา)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

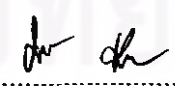

พรรค์น รัตนศิริวงศ์ : ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย. (EFFECTS OF PRIMARY NURSING FOR PATIENTS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE ON NURSES' SATISFACTION AND PATIENTS' SATISFACTION.)  
 อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์, 170 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล หลังให้การพยาบาลเจ้าของไข้ 2) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ 3) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ และ 4) เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกโดยการจับฉั้ ใช้เพศ อายุ และประสบการณ์ในการบำบัดรักษาเป็นตัวกำหนด กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพ แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งสร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

#### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมทุกด้าน ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความพึงพอใจของพยาบาลโดยรวมทุกด้าน หลังให้การพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนให้การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล  
 ปีการศึกษา 2552

ลายมือชื่อนิติดี   
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก 

## 5077587236 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : PRIMARY NURSING / NURSES' SATISFACTION / PATIENTS'SATISFACTION

PORNRAT RATTANASIRIWONG : EFFECTS OF PRIMARY NURSING FOR PATIENTS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE ON NURSES' SATISFACTION AND PATIENTS' SATISFACTON.

THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. WASINEE WISESRITH Ph.D., R.N.

170 pp.

The purposes of this experimental research were to study nurses' satisfaction, patients' satisfaction of nursing service before and after using primary nursing for patients with substance dependence and compare the nurses' satisfaction, patients' satisfaction of nursing service before and after using primary nursing for patients with substance dependence. The research sample were 60 patients with substance dependence divided to experimental group 30 patients and control group 30 patients. The subjects were divided into 2 groups: and experimental group was a control group by matched with sex, age and experience for cure to drug dependence. Then 16 professional nurses working in rehabilitation ward, Songkhla Drug Dependence Treatment Center. The instruments were training project of primary nursing for patients with substance dependence, training program: guidelines in primary nursing handbook for nursing practice and observation from for nursing practice. The data were obtained by questionnaires which were patients' satisfaction, nurses'satisfaction. All instruments were tested content validity by a group of experts. The Cronbach's alpha coefficient for questionnaires were .89 and .81 respectively. The data were analyzed by mean, standard deviation and t- test.

The research findings were as follows

1. Patients' satisfaction after using primary nursing was significantly higher than non using primary nursing at the level .05.
2. The mean score of nurses' satisfaction after using primary nursing for patients with substance dependence was non significantly higher than non using primary nursing.

Field of Study : ..... Nursing Administration .....

Student's Signature *Pornrat Rattanasiriwong*

Academic Year : ..... 2009 .....

Advisor's Signature *Wasinee Wisersith*



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในการ ทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิปป ประธานสภ วิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสภวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี ที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือ ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มภารกิจบริการวิชาการทุกท่าน ของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณวิทยากรที่ได้ให้ความรู้แก่ผู้เข้ารับการ อบรม ขอขอบคุณเพื่อนร่วมวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ ศูนย์ บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ แนะนำการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุก ท่านที่กรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งต่องานวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้ความรู้ ความช่วยเหลือในการศึกษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ตลอดจนกำลังใจที่ได้รับ จากคณาจารย์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยบางส่วน รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นในคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาลทุกคนที่ให้กำลังใจด้วยดี เสมอมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณสุดฉนวนม ปิตดาทะโน เพื่อนที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และกำลังใจ ตลอดจนสำเร็จการศึกษา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้กำลังใจ และดูแลช่วยเหลือ ผู้วิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา.....	12
การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด.....	19
การพยาบาลเจ้าของไข้.....	29
การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ.....	32
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	82

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
5 สรุปผลการวิจัย.....	86
การอภิปรายผล.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	101
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และหนังสือตอบรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย.....	115
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือเชิญวิทยากร และผู้ทรงคุณวุฒิ.....	119
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	143
ภาคผนวก ช เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายชื่อ.....	152
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการ พยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ.....	162
ประมวลภาพโครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้.....	165
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	170

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบการพยาบาลตามหน้าที่ และการพยาบาลแบบเจ้าของไข้.....	18
2	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล.....	50
3	การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยควบคุม และกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของเพศอายุ ประสบการณ์ในการบำบัดรักษา.....	53
4	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย.....	54
5	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล จำแนกตามรายด้าน.....	66
6	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย จำแนกตามรายด้าน.....	68
7	คะแนนแบบวัดความรู้การพยาบาลเจ้าของไข้ และวัดความรู้เรื่องการพยาบาล ผู้ป่วยติดสารเสพติด.....	70
8	จำนวน และร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามราย.....	73
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม.....	84
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล เจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม.....	85
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านศิลปะการดูแล จำแนกตามรายข้อ.....	152
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค จำแนกตามรายข้อ.....	153
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำแนกตามรายข้อ.....	155
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำแนกตามรายข้อ.....	157
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านความพร้อมในการให้บริการ จำแนกตามรายข้อ.....	158

ตารางที่		หน้า
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านผลลัพธ์การดูแล จำแนกตามรายชื่อ.....	159
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล เจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ ด้านความสำเร็จ.....	162
18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล เจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ ด้านอำนาจในการทำงาน.....	163
19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล เจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ ด้านสัมพันธภาพ.....	164



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	โครงสร้างการบังคับบัญชาของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา.....	14
2	กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สงขลา.....	15
3	องค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่.....	28
4	ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย.....	31
5	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	82

ศูนย์วิทยุตำรวจ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ เกิดมานานนับศตวรรษ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ก่อให้เกิดผลทางตรง และทางอ้อมอย่างมากกับประชาชน รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และมีนโยบายในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจของสำนักพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ติดยาเสพติด 49,808 คน โดยพบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติด 28,633 คน เป็นผู้ติดสารเสพติด 20,292 คน ผู้เสพติดขั้นรุนแรง 883 คน ปัญหาสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมาย จากผู้ใช้แรงงานมาเป็นเยาวชน นักเรียน นักศึกษา ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ ปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดปัญหาอาชญากรรมในสังคม ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2548) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการดำเนินงานในการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ตามรอยปณิธานของสมเด็จพระเจ้า (สมเด็จพระบรมราชชนนี) ซึ่งทรงรับสั่งไว้เมื่อ ปี พ.ศ. 2535 ณ พระตำหนักดอยตุง จังหวัดเชียงราย ว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน...เราก็มีการช่วยเหลือเขาได้ใหม่ ถ้าช่วยเหลือเขาได้เท่ากับชุบชีวิตให้เขา...เราก็ควรทำ” จากนโยบายของรัฐบาลที่ต้องเอาชนะยาเสพติดจึงมีนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องจัดบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดยาให้ครอบคลุมทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายของรัฐบาล สถานบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันชัญญารักษ์ และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดส่วนภูมิภาค ทั้ง 5 ศูนย์ ประกอบด้วย ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สงขลา ปัตตานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และขอนแก่น

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เป็นหน่วยงานหลักให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด สังกัดสถาบันชัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท ทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ใน 11 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา

กฎเกิด ระนอง และชุมพร ให้การบำบัดรักษา 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะถอนพิษยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามผลหลังการรักษา

จากรายงานสถิติผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้ป่วยติดสารเสพติดเพิ่มขึ้น ดังนี้ สถาบันธัญญารักษ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.64 (สถาบันธัญญารักษ์, 2550) ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลาเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.36 (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา, 2550) จากรายงานดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยในหน่วยงานต้องพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับนิยาม ศรีญาณลักษณ์ (2545) ที่กล่าวว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพ คือ ความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการพึงพอใจ ถ้าบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจ จากรายงานของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สงขลา ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผลการสำรวจความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นระยะที่เป็นหัวใจของการบำบัดรักษา เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลร้อยละ 83 และร้อยละ 85 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา จำนวน 20 คน เมื่อวันที่ 15 - 21 เมษายน พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลค่อนข้างน้อย เกี่ยวกับเรื่องการเอาใจใส่ตน การไม่ให้ข้อมูลที่ตนเองต้องการ การไม่มีเวลาให้คำปรึกษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สนใจในการบำบัดรักษาจนครบขั้นตอน ทำให้กลับไปเสพยา และเข้ามามอบตัวบำบัดรักษาซ้ำ ในส่วนของพยาบาลประจำการ พบว่า มีความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 73 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำการ ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา จำนวน 10 คน เมื่อวันที่ 9 - 11 เมษายน พ.ศ. 2551 พบว่า มีความพึงพอใจน้อยในเรื่องของ การบริหารจัดการบริการพยาบาล ขั้นตอนของการส่งต่อการบำบัดรักษากับทีมสุขภาพ

การมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสถานบำบัดนั้น มีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลตามหน้าที่ การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลแบบทีม เป็นต้น ซึ่งการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลกับสถานบำบัดแต่ละแห่งนั้นก็จะมีความแตกต่างกันไป มีทั้งการผสมผสานในรูปแบบ หรือจะใช้เพียงรูปแบบเดียวก็ตามแต่สถานบำบัดรักษานั้นจะเอื้ออำนวย ซึ่งรูปแบบในการมอบหมายงาน มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด แล้วแต่การนำมาใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ



ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา ให้การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้ระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional Modality) เป็นการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงาน พยาบาลแต่ละคนจะมีหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายในงานเท่านั้น ทำให้พยาบาลสามารถทำงานที่ตนเองได้รับมอบหมายจากหัวหน้าเวร/หัวหน้าตึก ได้บรรลุผลสำเร็จของงาน พยาบาลรับผิดชอบเฉพาะงานที่ตนได้รับมอบหมาย ข้อจำกัดของระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ ก็คือ ผู้ป่วยรายหนึ่งจะได้รับการดูแลในแต่ละส่วนจากพยาบาลหลายคน พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้มอบหมายงานให้แก่พยาบาลผู้ร่วมงาน รับผิดชอบหน้าที่แต่ละอย่าง มีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ของพยาบาลในแต่ละเวร ซึ่งลักษณะการทำงานดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายๆคน ตามหน้าที่ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งไม่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ไม่มีพยาบาลคนใดที่ทำหน้าที่ในการรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ไม่สามารถที่จะเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ เนื่องจาก ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหมดตามหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และครอบครัว ยังมีน้อย อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเป็นจำนวนมาก ทำให้การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้ไม่ตรงตามปัญหา หรือความต้องการ และไม่ครอบคลุม ในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดนั้น สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และครอบครัว มีความสำคัญมาก และต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างความสัมพันธ์ เนื่องจาก การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนั้น ต้องให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่นต่อตัวพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผย และการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดต้องมีการดูแลแบบองค์รวม คือ ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม แก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ได้อย่างแท้จริง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาครบขั้นตอนเมื่อจำหน่ายออกจากศูนย์บำบัดรักษาเสพติด ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาซ้ำ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

ดังนั้น การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) น่าจะเป็นการจัดการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด เนื่องจากการจัดการดูแลผู้รับบริการที่ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยจัดให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้เริ่มดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ มีพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน และเป็นผู้เขียนแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสื่อสารให้ผู้ร่วมงานได้ทราบ และปฏิบัติตามแผนงานดังกล่าว

ส่วนนอกเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้จะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลที่อยู่ในเวรต่อไปเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ กรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาบาลผู้ร่วมดูแลต้องรายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ เพื่อปรับแผนการดูแลตามข้อมูลที่ได้รับ พยาบาลเจ้าของไข้จะมีอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีอิสระในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (ปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน (Roberts, 1980; Blair et al., 1982; Sellick et al., 1983; Blenkarn et al., 1988 cited in Thomas, H. L., and Bond, S. 1991.) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shukla (1981) พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล ตรงกับผลการวิจัยของ Yoder-Wise (1999) การพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ และการศึกษาของ Goode, D. and Rowe, K. (2001) พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และญาติดีขึ้น และเพิ่มระดับความพึงพอใจของพยาบาล

การทบทวนงานวิจัยในประเทศไทย งานวิจัยของส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) เรื่อง ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการบริการพยาบาล กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พบว่า คุณภาพบริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจ และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยคัดสรร ในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ใช้แนวคิดของ Eriksen (1988) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาล ใช้แนวคิดของ Slavik et al. (1978) มีองค์ประกอบ คือ ลักษณะงาน ความอิสระในงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน พบว่า ความพึงพอใจ และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยคัดสรร ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในด้านความเป็นอิสระในการทำงานหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ในงานวิจัยที่มีการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้สามารถเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล

### คำถามการวิจัย

1. ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการใช้พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้พยาบาลเจ้าของไข้ มีความแตกต่างกันหรือไม่
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังการพยาบาลเจ้าของไข้
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังการพยาบาลเจ้าของไข้
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้

### แนวเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัย

การพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) เป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีพยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับมอบหมายตามความเหมาะสม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ การพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบการดูแลที่พยาบาลแต่ละคน จะได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย 4 - 6 ราย ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งมีการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และจะเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบทุกครั้ง

ขึ้นปฏิบัติงาน รวมทั้งมีหน้าที่ในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพในการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจในรูปแบบการบริการของพยาบาล และสร้างความพึงพอใจในบริการพยาบาลให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยจะมีความคุ้นเคยกับพยาบาลเจ้าของไข้ที่เป็นผู้ดูแลตลอดระยะเวลาที่รับการบำบัดรักษา และทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความกล้า และมั่นใจที่จะปรึกษาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ (Perala and Hentinen, 1989)

จากการศึกษาของ Marram et al. (1979) พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าการดูแลตามหน้าที่ และแบบทีม สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย อีกทั้งเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Shukla (1981) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มคุณภาพในการดูแล ลดจำนวนวันนอน เพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล และเพิ่มการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ผลการวิจัย พบว่า การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ มีผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจ สูงกว่าการดูแลแบบมอบหมายงานตามหน้าที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sellick, et al. (2003) พบว่า การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม

จากแนวคิดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลตามปกติ
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยคิดสารเสพคิด ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทำการทดลองในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

### 1. ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา

1.2 ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา อายุระหว่าง 18 - 40 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ไม่มีอาการหลงผิด ไม่มีอาการหูแว่วประสาทหลอน และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

### 2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing Model) หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งจะเรียกว่าพยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าตึก จำนวน 4 - 6 ราย โดยผู้ป่วยแต่ละราย จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ซึ่งใช้แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ ของ Marram et al. (1979) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) ให้การดูแลอย่างครอบคลุมเหมือนการดูแลแบบองค์รวม (Comprehensive Care) มีการประสานงานดูแลผู้ป่วย (Coordinated Care) มีการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Care) และมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) การพยาบาลเจ้าของไข้มีคุณลักษณะ 3 ประการ หรือ “A Triple A Nurse” นั่นคือ การมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) หมายถึง การปฏิบัติงานซึ่งมีความอิสระในการตัดสินใจ โดยไม่ต้องรอกคำสั่งการจากผู้บังคับบัญชา ความรับผิดชอบต่อการทำงาน (Accountability) หมายถึง การรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น และ การมีอำนาจหน้าที่ในการทำงาน (Authority) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้สามารถปฏิบัติงาน ที่ตนได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังความสามารถ



ส่วนนอกเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้จะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลที่อยู่ในเวรต่อไปเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ กรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาบาลผู้ร่วมดูแลต้องรายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ เพื่อปรับแผนการดูแลตามข้อมูลที่ได้รับ

**2. ผู้ป่วยติดสารเสพติด (Patients with Substance Dependence)** หมายถึง ผู้ป่วยติดสารเสพติด เข้าสู่กระบวนการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา และผ่านการบำบัดระยะถอนพิษยา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ และได้รับการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจจากแพทย์ว่า สามารถเข้ารับการรักษา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้

**3. ความพึงพอใจของพยาบาล (Nurses' Satisfaction)** หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการบริการพยาบาล ใช้แนวคิดของ Robbins (2001) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.1 ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลในทางบวกที่มีต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ ความสำเร็จในการให้บริการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาเสพติด โดยที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด มีแนวทางในการบริการพยาบาลที่ใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางการพยาบาลด้านยาเสพติด และท้าทายความสามารถ พยาบาลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งความมีคุณค่าในตนเอง

3.2 ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลในทางบวกต่อการที่ได้รับความมอบหมายหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ และความรับผิดชอบร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาเสพติด รู้สึกมีความพึงพอใจที่มีอำนาจในการบริหารจัดการในการบริการพยาบาล และสามารถให้บริการพยาบาลได้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้

3.3 ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลในทางบวกในการที่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ รู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ได้รับความร่วมมือ และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติ การได้รับความร่วมมือในการบำบัดรักษาจากผู้ป่วย และญาติ

**4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patients' Satisfaction)** หมายถึง ความรู้สึกยินดี ชื่นชอบหรือความคิดเห็นต่อบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับ ขณะที่เข้ารับการบำบัดระยะ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง โดยใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Eriksen (1988) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

4.1 ด้านศิลปะการดูแล (Art of Care) หมายถึง ความรู้สึกยินดี ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่แสดงออกถึงความเมตตากรุณา เอื้ออาทร สนใจเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ พุดจาไพเราะ รับฟังความคิดเห็นและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยติดสารเสพติด เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

4.2 ด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล (Technical Quality of Care) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่แสดงออกถึงความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติ ในเรื่องของทักษะการปฏิเสธ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ บทบาทหน้าที่ของครอบครัว การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

4.3 ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด การจัดสถานที่โดยปราศจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากกลับไปเสพยา การจัดสถานที่เอื้อต่อการพักผ่อน เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

4.4 ด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of Care) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่มีการประสานงานอย่างต่อเนื่องในการดูแล การได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

4.5 ด้านความพร้อมในการบริการ (Availability) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ในเรื่องของการแนะนำตนเองว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะบำบัด การให้ความรู้ขั้นตอนการบำบัดรักษา กฎระเบียบของตึก การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

4.6 ด้านผลลัพธ์ของการดูแล (Outcomes of Care) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ในเรื่องของการได้รับข้อมูล การได้รับคำแนะนำในเรื่องทักษะการปฏิบัติตนในการป้องกันการเสพยา กิจกรรมทางเลือกเพื่อการบำบัด การเตรียมตัวก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการให้การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะถอนพิษยา
2. พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหา และตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างครอบคลุม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพิ่มคุณภาพการบริการ
3. เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน โดยที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ เสนอตามลำดับดังนี้

1. ศูนย์บำบัดรักษาเย็บแผลเฉียบพลัน
  - 1.1 ลักษณะทั่วไปของศูนย์บำบัดรักษาเย็บแผลเฉียบพลัน
  - 1.2 กระบวนการบำบัดรักษาเย็บแผลเฉียบพลัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ
  - 1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
2. การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน
  - 2.1 ความหมายเย็บแผลเฉียบพลัน
  - 2.2 วิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน
  - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน
3. การพยาบาลเจ้าของไข้
  - 3.1 ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้
  - 3.2 แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้
  - 3.3 การพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
  - 5.1 ความหมายความพึงพอใจ
  - 5.2 แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย
  - 5.3 แนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาล
  - 5.4 การเสริมสร้างความพึงพอใจ
  - 5.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย
  - 5.6 การวัดและประเมินความพึงพอใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย



## 1. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

### 1.1 ลักษณะทั่วไปของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

หน่วยงานหลักที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คือ สถาบันราชกุมารภักดิ์ และ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดส่วนภูมิภาค ซึ่งประกอบด้วย 5 ศูนย์ คือ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี เป็นหน่วยงานในสังกัด สถาบันราชกุมารภักดิ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สงขลา ตั้งอยู่ที่ 186 หมู่ 8 ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ก่อตั้งเมื่อ 30 มกราคม 2533 ให้บริการในระดับตติยภูมิ รับผิดชอบดูแลพื้นที่ใน 11 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง และชุมพร เพื่อพัฒนา บุคลากรด้านยาเสพติด และพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ที่เหมาะสมกับลักษณะ ประชากร สภาพทางภูมิศาสตร์ ตลอดจนประเพณี วัฒนธรรมของประชากรในเขตพื้นที่ภาคใต้ โดยมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะ ทางในกลุ่มผู้ติดยา และสารเสพติด
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เฉพาะทางด้านยา และ สารเสพติดแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน
3. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับ การส่งต่อระดับตติยภูมิในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด
4. ให้การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านยาและสารเสพติดแก่แพทย์ บุคลากรทางด้านสุขภาพในสถาน บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน
5. สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย

**วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา กลยุทธ์ของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา**

**วิสัยทัศน์**

เป็นเลิศด้านวิชาการ และการบำบัดรักษายาเสพติดใน 11 จังหวัดภาคใต้



### พันธกิจ

1. พัฒนาวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษายาเสพติด
2. ให้บริการบำบัดรักษายาเสพติดเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิต อย่างปกติสุข
3. สร้าง และพัฒนาเครือข่ายด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

### ปรัชญา

งานวิชาการ และบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ได้รับการพัฒนามีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเทียบเท่ามาตรฐานสากล และเป็นที่ยังพอใจของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่

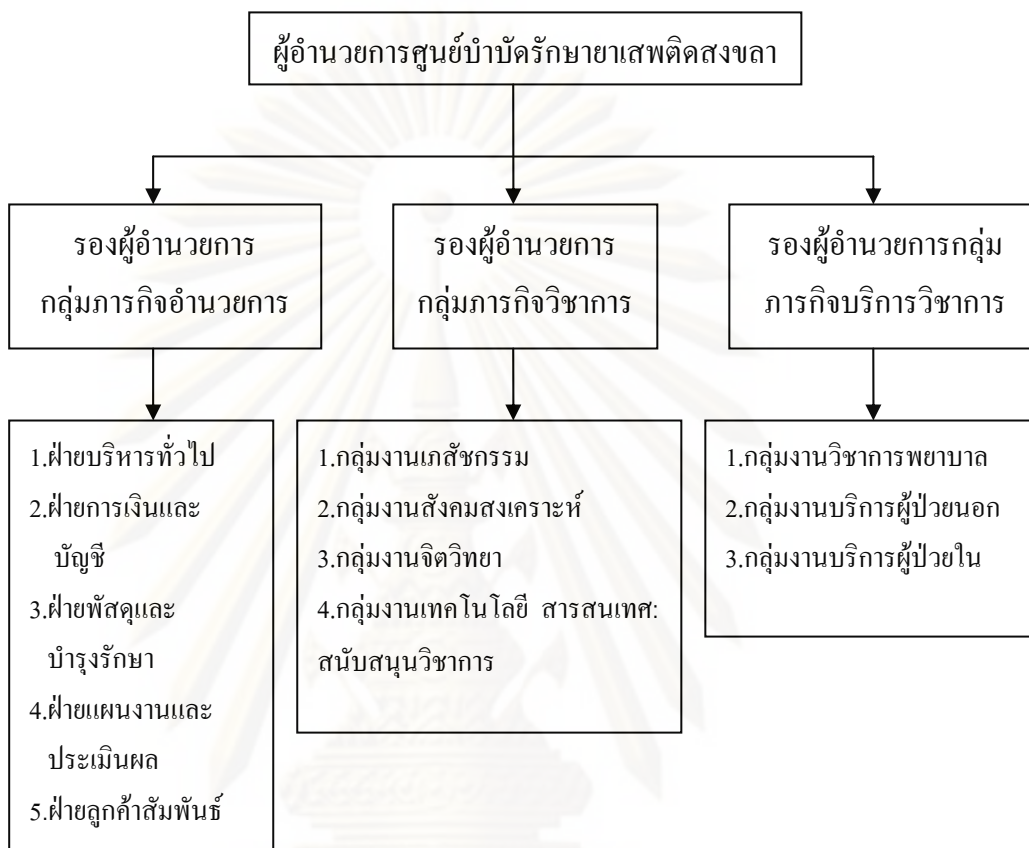
### กลยุทธ์

1. พัฒนารูปแบบบริการตติยภูมิด้านยาเสพติดให้มีคุณภาพมาตรฐาน
2. สร้าง และพัฒนาเครือข่ายการบำบัดให้สามารถดำเนินการอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน
3. เสริมสร้างการพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านยาเสพติดให้เป็นแหล่งอ้างอิง และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาเสพติด
4. พัฒนารูปแบบบริหารจัดการ ให้เอื้อต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติด

โครงสร้างการบังคับบัญชาของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา (ดังแผนภาพที่ 1) ผู้บังคับบัญชาสูงสุด คือ ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ในหน่วยงานแบ่งเป็นกลุ่มงานตามภารกิจที่รับผิดชอบ ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจหลัก คือ

1. กลุ่มภารกิจอำนวยการ มีรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนวยการ เป็นผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วยฝ่ายต่างๆ ดังนี้ ฝ่ายบริหารทั่วไป ฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่ายพัสดุ และบำรุงรักษา ฝ่ายแผนงานและประเมินผล
2. กลุ่มภารกิจวิชาการ มีรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ เป็นผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วยกลุ่มงานต่างๆ ดังนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
3. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ มีรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ เป็นผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วยกลุ่มงานต่างๆ ดังนี้ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน

## โครงสร้างการบังคับบัญชาของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

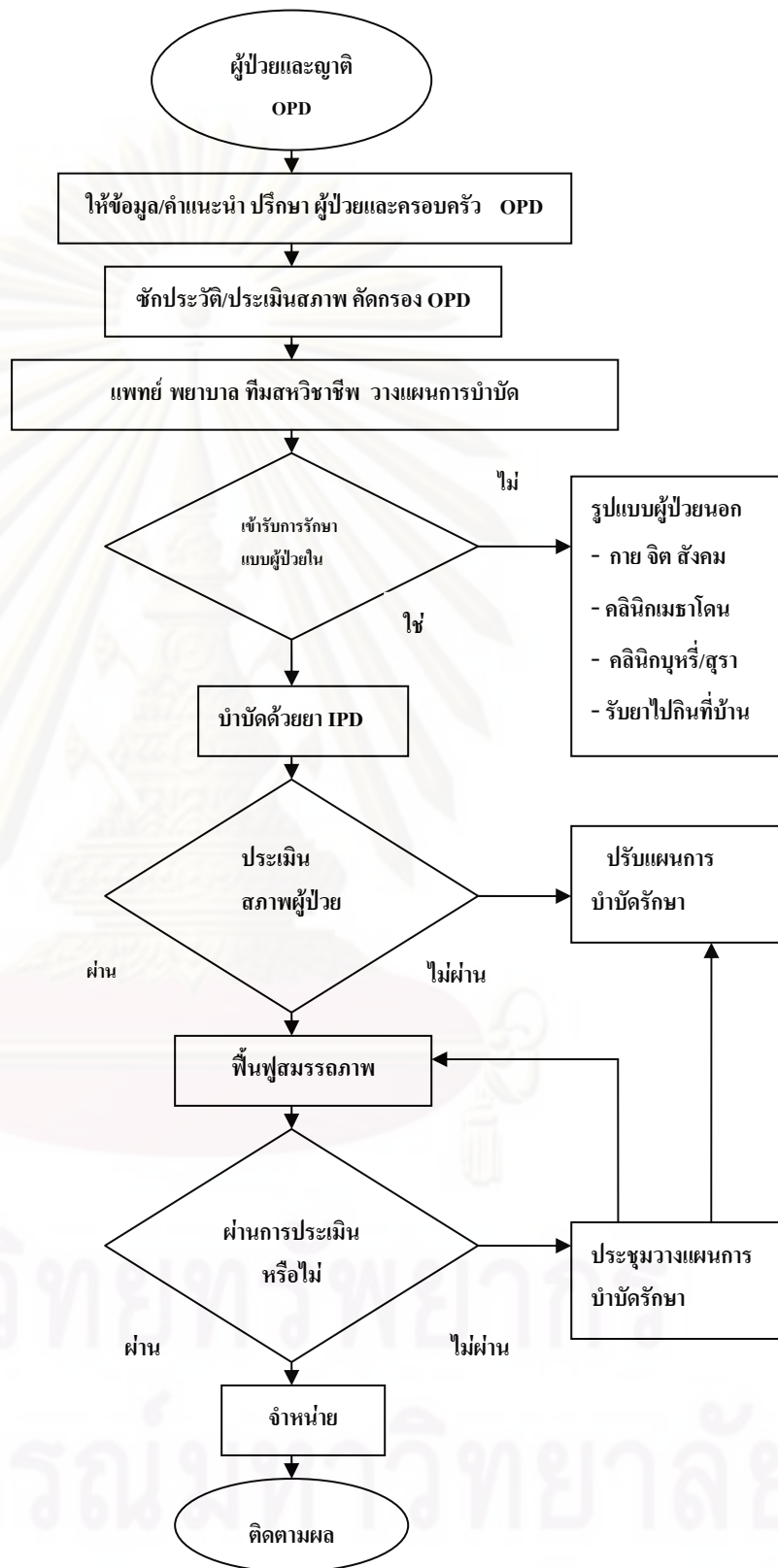


แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชาของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

### 1.2 กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ติดสารเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งรูปแบบแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ
2. ระบบต้องโทษ หมายถึง การที่ผู้ติดสารเสพติดกระทำความผิด และถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม
3. ระบบบังคับ หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยา และสารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534



แผนภาพที่ 2

กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา, 2549)

## กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด 2 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัด โดยรับผู้ป่วยติดสารเสพติดทุกประเภททั้ง 2 ระบบที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งพยาบาลให้ข้อมูล/คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นซักประวัติ ประเมินอาการถอนพิษยา และอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชของผู้ป่วย ส่งให้แพทย์ตรวจประเมินสภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ให้การรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดรักษา มีทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน ประกอบด้วยการบำบัดรักษาด้วยยา และการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด 2 - 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นทีมสุขภาพจะประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อผ่านเข้าสู่การบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ถ้าไม่ผ่านการประเมินจากทีมสุขภาพจะมีการปรับแผนการบำบัดรักษา ซึ่งอาจจะรักษาบำบัดด้วยยาต่อเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีการบำบัดโดยใช้ FAST Model ระยะเวลาในการบำบัด 4 เดือน แต่สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยระบบสมัครใจ แพทย์จะให้การรักษาและเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วย ถ้าผ่านการประเมินจากแพทย์จึงจำหน่ายกลับ และมีการติดตามผลหลังการรักษา ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บำบัดจนครบ 4 เดือน ส่วนผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดจะต้องอยู่บำบัดจนครบ 4 เดือน ตามระบบบังคับบำบัด ถ้าผ่านการประเมินจากแพทย์จึงจำหน่ายกลับ และมีการติดตามผลหลังการรักษา ถ้าไม่ผ่านการประเมินจะมีการประชุมในทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการบำบัดรักษา และปรับแผนการบำบัดรักษาให้เหมาะสมต่อไป (ดังแผนภาพที่ 2)

### 1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วย มีหลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลกับสถานบำบัดแต่ละแห่งนั้นก็มีความแตกต่างกันไป มีทั้งการผสมผสานในรูปแบบหรือจะใช้เพียงรูปแบบเดียวก็ตามแต่สถานบำบัดรักษานั้นจะเอื้ออำนวย สำหรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติ มีดังนี้

1.3.1 การดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล (Case Modality) เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้การดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งในแต่ละเวร นิยมใช้ดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน เช่น หอผู้ป่วยหนัก และเป็นที่นิยมกันมากในการสอนนักศึกษาพยาบาลให้รู้จักวิธีการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ



1.3.2 การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลตามหน้าที่ (Functional Modality) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงาน ไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย พยาบาลแต่ละคนจะมีหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายในงาน ไม่เน้นคุณภาพ ผู้ป่วยรายหนึ่ง จะได้รับการดูแลในแต่ละส่วนจากพยาบาลหลายคน

1.3.3 การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลแบบทีม (Team Modality) เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลคนหนึ่ง ทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมทีมดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำทีมจะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ตามกระบวนการพยาบาล และจ่ายงานให้พยาบาลที่อยู่ในทีมนำไปปฏิบัติ พยาบาลหัวหน้าทีมต้องทราบถึงการวินิจฉัยโรค คำสั่งของแพทย์ แผนการรักษา เป็นต้น

1.3.4 การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing Modality) เป็นการดูแลผู้ป่วย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล ต่างกันที่พยาบาลเจ้าของไข้ มีการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

สำหรับรูปแบบการดูแลของแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเย็บแผล สงขลา ใช้รูปแบบการดูแลด้วยการพยาบาลตามหน้าที่ โดยพยาบาลประจำการแต่ละคน ได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้าตึก หรือหัวหน้าเวรในการทำหน้าที่ในการให้การพยาบาล เช่น การตรวจสภาพร่างกาย - จิตใจ การให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล การให้คำปรึกษารายกลุ่ม การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด หน้าที่ในการจัด - แจกยา เป็นต้น และมีการบันทึกเฉพาะงานที่ตนรับมอบหมาย การสื่อสารกับทีมสุขภาพ จะผ่านหัวหน้าตึก หรือหัวหน้าเวร พยาบาลผู้ปฏิบัติการ ไม่ได้มีการสื่อสารโดยตรงกับ ทีมสุขภาพ ซึ่งการทำงานในลักษณะนี้พยาบาลมุ่งที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จในแต่ละงาน โดยไม่ได้คำนึงถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ไม่ได้เอาใจใส่ผู้ป่วยเท่าที่ควร ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล ไม่สามารถเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลน้อย และความพึงพอใจของพยาบาลก็เช่นกันซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ในเรื่องของการที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการให้บริการพยาบาล การบริหารจัดการในการให้บริการการพยาบาล และการประสานงานกับทีมสุขภาพ

จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการดูแลที่มีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งในที่นี้จะขอนำเสนอในรูปแบบการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ที่ศูนย์บำบัดรักษาเย็บแผลปฏิบัติอยู่ คือ การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลตามหน้าที่ กับ การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างในรูปแบบของการดูแล



ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างการพยาบาลตามหน้าที่ และการพยาบาลเจ้าของไข้  
(ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541; Marram et al., 1979)

ประเด็น	การพยาบาลตามหน้าที่	การพยาบาลเจ้าของไข้
การมอบหมายงาน	พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้มอบหมายงานให้พยาบาลผู้ร่วมงาน รับผิดชอบหน้าที่แต่ละอย่าง	หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้มอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ ดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ตั้งแต่เริ่มรับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
ความรับผิดชอบในการวางแผนและการให้การพยาบาล	หัวหน้าเวรเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด	พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย
ความต่อเนื่องในการดูแล	ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน ตามหน้าที่ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งไม่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน	มีความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากมีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมงจากพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
การบันทึกทางการพยาบาล	พยาบาลแต่ละคน บันทึกเฉพาะงานที่ตนได้รับมอบหมาย	พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้เขียนบันทึกทางการพยาบาล
การติดต่อสื่อสาร	แพทย์ มีการสื่อสารโดยตรงกับหัวหน้าตึกผู้ป่วย/หัวหน้าเวร จากนั้น หัวหน้าตึกผู้ป่วย/หัวหน้าเวร สื่อสาร กับพยาบาลในทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย	แพทย์สามารถสื่อสาร โดยตรงกับพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยไม่ต้องผ่านหัวหน้าตึกผู้ป่วย/หัวหน้าเวร
การรับ-ส่งเวร	หัวหน้าเวร เป็นผู้รับผิดชอบในการส่งเวรให้กับหัวหน้าเวรในเวรต่อไป	พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้รับผิดชอบในการส่งเวรให้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแลในเวรต่อไป โดยพยาบาลผู้รับส่งเวรจะเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง

จากตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างการพยาบาลตามหน้าที่ และการพยาบาลเจ้าของไข้ ในประเด็นต่างๆ คือ การมอบหมายงาน ความรับผิดชอบในการวางแผนและการให้การพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแล การบันทึกทางการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การรับ-ส่งเวร ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้สามารถดูแลผู้ป่วย โดยมีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม รวมทั้งพยาบาลเจ้าของไข้สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้โดยตรง

## 2. การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด

### 2.1 ความหมายยาเสพติด

โดยคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ยาเสพติด หมายถึง ยา สาร หรือวัตถุใดๆ ซึ่งเมื่อเสพยาเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม ก่อให้เกิดผลต่อร่างกาย และจิตใจที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. มีความต้องการเสพยานั้นทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้น
3. เมื่อหยุดยา จะมีอาการขาดยา
4. สุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพยานั้น

ยาเสพติดแต่ละชนิดออกฤทธิ์ต่อรูปแบบประสาทส่วนกลางแตกต่างกันไป ได้แก่

1. กดประสาท จะออกฤทธิ์กดสมองส่วนกลาง ศูนย์ควบคุมการหายใจ และประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะบางอย่างของร่างกาย เช่น ผื่น มอร์ฟีน เฮโรอีน สุรา ยานอนหลับ สารระเหย ฯลฯ
2. กระตุ้นประสาท จะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วนกลาง กระตุ้นการเต้นของหัวใจ และอารมณ์ ตัวอย่างเช่น แอมเฟตามีน โคเคน ฯลฯ
3. หลอนประสาท จะออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลาง ให้มีการรับรู้การรู้สึกผิดไป เกิดอาการประสาทหลอน หรือแปลสิ่งเร้าผิดไป เช่น แอลเอสดี เห็ดขี้ควาย ฯลฯ
4. ออกฤทธิ์หลายอย่างผสมผสานกัน จะออกฤทธิ์ทั้งกดประสาท กระตุ้นประสาท และหลอนประสาท เช่น กัญชา ไบกระท่อม เสพปริมาณน้อยๆจะกระตุ้นประสาท แต่ถ้าเสพปริมาณมากขึ้นจะกดประสาท และหากมากขึ้นไปอีกก็จะหลอนประสาทได้

## การแยกประเภทของสารเสพติด

ประเภทของยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ดังนี้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ ทั้ง 15 ชนิด เป็นต้น ตัวที่สำคัญคือ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า), เมทิลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน หรือ MDMA (ยาอี) และเมทิลีนไดออกซีแอมเฟตามีน หรือ MDA (ยาเลิฟ) เนื่องจากกำลังแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบัน มีบทลงโทษสูงสุดสำหรับผู้เสพ ผู้จำหน่าย ครอบครอง นำเข้าและส่งออก

ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ได้แก่ ฟีน มอร์ฟีน โคเคน และไบโคคา โคเคอีน และเมทาโดน ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้แต่มีโทษมาก ดังนั้นต้องใช้ภายใต้ความควบคุมของแพทย์ และใช้ในกรณีจำเป็นเท่านั้น

ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 เป็นยาสำเร็จรูปที่ผลิตขึ้นตามทะเบียนตำรับที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีจำหน่ายตามร้านขายยา ได้แก่ ยาแก้ไอที่มีตัวยาโคเคอีน หรือยาแก้ท้องเสีย ที่มีตัวยาไคเฟนอกซิน ยาฉีกระงับปวดต่างๆ เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 มีประโยชน์ทางการแพทย์ การนำไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น หรือเพื่อเสพติด จะมีบทลงโทษกำกับไว้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 4 คือ สารเคมีที่นำมาใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 และ 2 เช่น น้ำยาเคมี Acetic Anhydride และ Acetyl Chloride ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน

ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชาซึ่งให้สาร Tetrahydrocannabinol (THC) ฝิ่นฝิ่น และเห็ดขี้ควาย

## 2.2 วิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด

การบำบัดผู้ป่วยจะมีหลายวิธี และหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติด ความพร้อมของสถานพยาบาล และผู้บำบัดรักษา

จุดประสงค์ของการบำบัดรักษา คือ ให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ โดยไม่เกิดอาการทรมานมากนัก ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน โดยต้องรักษาโรคแทรกซ้อนที่พบร่วมกับภาวะการเสพติด ตลอดจนเป็นการช่วยลดภาระทางสังคม และครอบครัวอันเกิดจากการกระทำต่างๆของผู้เสพสารเสพติด

เป้าหมายในการบำบัดรักษามีอยู่หลายระดับ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการยอมรับของสังคมในขณะนั้น ระดับต่างๆของเป้าหมายได้แก่

1. เลิกสารเสพติดให้ได้ทุกชนิด
2. มีการเสพยาที่ยอมรับได้ เช่น ดื่มสุราเป็นครั้งคราว สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง การใช้ยานอนหลับนานๆครั้ง
3. ยังมีการเสพยา แต่เป็นตัวยาที่แพทย์ให้ความควบคุม เช่น การใช้ Methadone Maintenance ซึ่งควรใช้ในรายที่เหมาะสมเท่านั้น

4. ยังมีการเสพยาแต่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแล

ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดสงขลา ให้บริการบำบัดรักษา 2 รูปแบบ ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน โดยดำเนินการภายใต้ 4 ระยะ คือ การเตรียมการ การถอนพิษยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผลหลังการรักษา

1. ระยะการเตรียมการ (Pre - Admission) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ผู้ป่วยหลายรายจะไม่ยอมมารับการบำบัดรักษาจนกว่าจะรู้สึกว่าจะควบคุมการเสพยาไม่ได้ ต้องใช้ยาปริมาณสูง หรือมีโรคแทรกซ้อนจากสารเสพติด หรือถูกบังคับให้มารักษาโดยญาติ หรือตำรวจ มีเพียงบางส่วนที่คิดว่า การติดสารเสพติดทำให้เกิดปัญหากับตนเอง ครอบครัวและสังคม ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้สัมฤทธิ์ผลได้ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูง และยอมรับว่าตนเองจำเป็นที่จะต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยให้ยอมรับที่จะเลิกเสพยาอย่างจริงจัง และนอกจากตัวผู้ป่วยแล้ว จะต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ขั้นตอนนี้จะแล้วเสร็จใน 1 - 7 วัน

2. ระยะถอนพิษยา (Detoxification) ขั้นตอนนี้ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการเสพยาในสถานพยาบาล จึงเรียกระยะนี้ว่า ระยะบำบัดด้วยยา การถอนพิษยาจริงๆแล้วไม่ใช่การรักษาพิษตกค้างในร่างกาย แต่เป็นพิษที่เกิดจากการขาดยาเสพติด ซึ่งทำให้ผู้ติดยามีอาการขาดยาที่ต้องการยา หรือทรมาณอย่างรุนแรง ดังนั้น การบำบัดรักษาผู้ป่วยจึงถือว่าการถอนพิษยานี้ เป็นการบำบัดอาการอยากยา หรืออาการขาดยา เพื่อให้ผู้ติดยาสามารถผ่านระยะนี้ไปได้ โดยไม่มีโรคแทรกซ้อน หรืออาการขาดยาที่ทรมาณมากเกินไป และสามารถงด หรือหยุดยาที่เสพยาประจำ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งยาต่อไปอีก

ยาเสพติดแต่ละชนิดจะมีอาการอยากยา และอาการขาดยา ทั้งในแง่ของอาการที่เกิดขึ้น และระยะเวลาที่เกิดอาการ การถอนพิษยามีหลายวิธีการดังต่อไปนี้

2.1 หักดิบ วิธีนี้ใช้กันมาตั้งแต่สมัยโบราณ เป็นการให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาเสพติดทันทีโดยไม่ต้องมีการใช้ยาหรือความช่วยเหลือใดๆ อาจจะมึด หรือขังผู้ป่วยไว้ไม่ให้ออกไปหา



มาเสพ เมื่อพ้นระยะถอนพิษยา จึงปล่อยออกมา วิธีการนี้เหมาะสำหรับบางสถานการณ์ และใช้กับผู้ที่มิอายุไม่มากนัก และไม่มีโรคแทรกซ้อน เพราะอาจจะเกิดอันตรายขึ้นในระหว่างการหักดิบ

2.2 การให้ยาทดแทน วิธีการนี้จะใช้กับผู้ป่วยเสพติดตระกูลฝิ่น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการอยากยารุนแรงที่สุด เมื่อเทียบกับยาเสพติดให้โทษชนิดอื่นๆ จึงมักให้ยาทดแทน เพื่อระงับอาการอยากยา ไม่ให้ผู้ป่วยทรมานเกินไป ยาที่ใช้ทดแทนได้ต้องมีฤทธิ์คล้ายยาเสพติด แต่จะต้องมีเรื่องการเสพติดน้อยหรือไม่มีเลย ยาที่นิยมใช้ คือ เมธาโดน ซึ่งเป็นยาสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น แต่ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน มีปัญหาเรื่องการเสพติดน้อยกว่า

2.3 การให้ยารักษาตามอาการ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ยังเสพติดไม่มากนัก หรือติดยาเสพติดที่อาการถอนพิษยาไม่รุนแรง เช่น กัญชา ยาบ้า สารระเหย ยาที่มีหลายประเภท เช่น ยานอนหลับ ยาต้านโรคจิต ยาต้านอาการซึมเศร้า ยาลดอาการปวดเมื่อย ตามแต่อาการเป็นรายๆไป

2.4 การใช้ยาสมุนไพร ส่วนใหญ่มีใช้ตามสำนักสงฆ์ที่รักษาผู้ติดยาเสพติดหายแห่ง สมุนไพรที่ใช้กันส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ทำให้อาเจียน ถ่ายท้อง

2.5 การฝังเข็ม เป็นที่ยอมรับกันมาแต่สมัยโบราณของจีน ว่าการฝังเข็มสามารถรักษาโรคต่างๆ และระงับปวดได้ ปัจจุบันการฝังเข็มก็ยังเป็นที่ยอมรับกัน การฝังเข็มที่หูมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ต่อมาได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ โดยมีการต่อเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า เข้ากับเข็ม ต่อมาก็เพิ่มตามจุดต่างๆทั่วร่างกาย ปัญหาสำหรับการฝังเข็มก็คือ ต้องอาศัยผู้ชำนาญการ และกระตุ้นไฟฟ้าตามจุดต่างๆหลายๆครั้ง จึงจะระงับอาการถอนพิษยาได้ จึงทำให้วิธีการนี้ไม่แพร่หลาย

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การรักษาในขั้นนี้ ถือเป็นหัวใจในการบำบัดรักษา มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และพฤติกรรมเป็นหลัก จุดประสงค์หลักของการรักษาในขั้นนี้ คือ การป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลที่แท้จริง และยากที่สุดในกระบวนการรักษาด้วยกัน ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยหยุดเสพได้นานเท่าไร โอกาสที่จะติดซ้ำก็ยิ่งน้อยลง การรักษาในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยจิตบำบัด ทั้งแบบกลุ่ม และแบบรายบุคคล อาชีวบำบัด ครอบครัวบำบัด การแก้ไขสภาพแวดล้อม และปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ควรใช้กระบวนการต่างๆเหล่านี้รวมๆกันไป ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานบำบัดรักษา และผู้ป่วยเป็นรายๆไป รูปแบบที่ใช้ในขั้นตอนนี้มีหลายแบบ เช่น ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) การฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งปัจจุบันศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลาได้ดำเนินการ การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบนี้ เป็นการใช้กลุ่มบำบัด งานบำบัดมาแก้ไข ความคิด ปรับอารมณ์ ความรู้สึกให้ได้ การแก้ไขพฤติกรรมก็จะแก้ไขได้เอง การดำเนินการมุ่งฟื้นฟู



สมรรถภาพด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของจิตใจ พฤติกรรม ปัญหาต่างๆอันเป็นมูลเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้โดยเด็ดขาด โดยดำเนินการทั้งเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแลเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และมีการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา การมีกิจกรรมทางเลือกหลายๆทางให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้เหมาะสมกับตนเอง การใช้กระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. การติดตามหลังการรักษา (After Care) การติดตามหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจแล้ว ถือว่าเป็นขั้นสุดท้าย และเป็นขั้นที่สำคัญ ซึ่งหมายถึง การติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ แนะนำให้ความช่วยเหลือ ติดตามผลการรักษา และที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 ปี ซึ่งวิธีติดตามหลังการรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม

4.1 วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผล ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามผลวิธีโดยตรงมีหลายแบบ เช่น

4.1.1 นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งปัญหาที่พบในการติดตามโดยวิธีนี้ คือ ผู้ป่วยไม่มาตามนัดบ่อยมาก แต่จะสะดวกต่อสถานพยาบาล

4.1.2 นัดพบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้สามารถทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้า หรือไม่ได้นัดหมาย ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคนและงบประมาณ

4.1.3 นัดพบกันครึ่งทาง สำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัดพบกันครึ่งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ห้างสรรพสินค้า วัด

4.1.4 นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งนายจ้างมักไม่ชอบให้รบกวนเวลางาน ผู้ป่วยเองอาจไม่ยอมให้ผู้ร่วมงานทราบว่า ยังอยู่ในขั้นตอนการรักษาเสพติด ยกเว้น ผู้ป่วยบางรายที่ประกอบอาชีพอิสระ การนัดแบบนี้อาจมีความเหมาะสม

4.2 วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผล ไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การติดตามผลทางโทรศัพท์ การติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวก และไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาทำได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามมักไม่ได้รับการตอบกลับ

## 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติด

ผู้ป่วยติดสารเสพติด มีความซับซ้อนของปัญหาต่างๆมากมาย การให้การดูแลช่วยเหลือที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีกเป็นเรื่องยาก ผู้ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม ดังนั้น แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพของผู้ติดสารเสพติดในลักษณะต่างๆ ในอันที่จะส่งเสริมให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ดังนี้ คือ (สมจิตต์ วงษ์ป่า, 2544)

1. ด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนกระทั่งถึงระดับที่ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤติ

### 1.1 การดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และเกิดอาการเกิดพิษ (Intoxication)

1.1.1 ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับสารเสพติดมาก จะต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เพื่อประเมินระดับอาการเกิดพิษ วัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่หรือบรรยากาศที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน และให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน จัดให้อยู่ในบริเวณที่จะดูแลหรือช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วที่ ควรให้มีคนดูแลใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา ถ้าไม่มีคนดูแลอาจจะต้องผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เพราะผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักได้

1.1.2 ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอื่นๆ เช่น ยาบ้า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่เกิดอาการทางจิตได้ เช่น หนูแ้ว ประสาทหลอน ในเบื้องต้นจะต้องลดใช้พลังงานของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมลดลง ลดสิ่งกระตุ้นในเรื่องของสิ่งแวดล้อม และตัวบุคคล ถ้าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อาจจะต้องทำการผูกมัด

1.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความอยากยา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดเครื่องมือให้พร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษบรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องสงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้น

1.3 การปฏิบัติเรื่องอาหาร จะเป็นส่วนที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการบำบัดเบื้องต้น ควรเติมกรดอะมิโน (Amino Acid) ในอาหารเพื่อช่วยในการสร้างสาร Neurotransmitters กรดแอสคอร์บิก (Ascorbic Acid) และกรดโฟลิก (Folic Acid) นั้น มีความจำเป็นต่อการเผาผลาญ Tyrosine มีการค้นพบว่า Tropicamide เป็นตัวหนึ่งช่วยยับยั้งการทำลายของ Neuropeptide ซึ่งมีผลต่ออาการอยากยา (Craving) ได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนั้น จึงควรให้อาหารที่วิตามินและเกลือแร่สูงในผู้ป่วยติดสารเสพติด

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดี โดยการจัด โปรแกรมการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลังสารเอ็นโดฟิน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้มีความสุข

1.5 ระยะเวลาพักผ่อน จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่น ได้ฝึกนิสัย ให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง

## 2. ด้านจิตใจ

2.1 การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่างๆ มักจะเป็นคนตามใจตนเอง ทนอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงแสดงกิริยาต่อต้านคนอื่นที่ไม่ชอบตน ผู้ดูแลต้องเข้าใจการเกิดพฤติกรรมนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการการได้รับการช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุข และทำให้เขาารู้สึกมีคุณค่า

2.2 ฝึกควบคุมอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดยา ขั้นแรกคือ ให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก โดยการอธิบาย พูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่า การที่เขาเสพติดเป็นสิ่งเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทางอารมณ์เท่านั้น ขั้นต่อไปให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาสถานการณ์ ที่มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพติดสูง เช่น กลุ่มเพื่อนที่เสพติด เสพสารเสพติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการ อาจจะเป็นอดีตที่นำมาใช้แล้ว ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพติด คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา และหาวิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือเผชิญปัญหา

2.3 สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

2.4 การสร้างความหวัง โดยการแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นผู้มีศักดิ์ศรีโดยให้ ทบทวนถึงการเสพติด และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ส่งเสริมประสบการณ์ทางบวก และตั้งความหวังว่า ชีวิตจะดีกว่านี้ถ้าปราศจากสารเสพติด และสร้างเสริมทัศนคติในการสร้างความหวัง ความมีคุณค่า ความไว้วางใจ มีการคาดการณ์ในทางที่ดี ให้มองถึงอนาคตข้างหน้า และมีความเชื่อมั่น

## 3. ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม

3.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาเสพติด การสอนให้ ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนารูปแบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคมที่ปลอดภัยจากสารเสพติด ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะ

ยอมรับผู้อื่น และรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกความเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพ ให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว

3.2 การทำงาน ให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไป หรือหางานใหม่ ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณค่าในสังคม

3.3 การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจเพิ่มกันมากขึ้น และครอบครัวสามารถที่วางแผนรองรับเมื่อผู้ป่วยออกจากสถานบำบัด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดให้ได้ผลดี ต้องมีการดูแลแบบองค์รวม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ เป็นหน่วยงานที่บูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติด ซึ่งใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม และเทคนิคบางอย่างเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมหลายอย่างเป็นตัวการให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจต่างๆ และปัญหานานาประการ เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมหลายอย่าง เช่น การควบคุมตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิด การพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นวิกฤติต่างๆ ได้ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจในตนเอง เป็นกำลังใจในการดำรงชีวิต และในการปรับเปลี่ยนความคิด รวมทั้งพฤติกรรมนั้นซึ่งเป้าหมายและความร่วมมือระหว่างผู้ให้รักษาที่ต้องลงมือกระทำร่วมกันทั้งสองฝ่าย โดยเน้นพฤติกรรมเป้าหมายเฉพาะเจาะจง มีข้อตกลงเบื้องต้นว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์ ความรู้สึกจะออกมาทางบวกเอง แต่ผู้ป่วยหลายคนจะเกิดความเบื่อหน่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด เพราะถูกระเบียบบังคับซึ่งความเครียดที่ปรากฏจะแสดงออกมาตามลักษณะที่แตกต่างกันตามแต่ละบุคคล หากบุคคลสามารถมองตนเองให้เห็นความมีคุณค่าในตัวเองได้มากจากการสามารถปฏิบัติสิ่งที่ต้องการได้ และเกิดความรู้สึกที่ดีเมื่อประสบความสำเร็จ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนที่ดีเหล่านี้จะเป็นส่วนช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้เป็นอย่างดี และจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองต่อไปในอนาคต ซึ่งในขั้นตอนนี้จะมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือการบำบัดในหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานคุมประพฤติ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สงขลา, 2549) เป็นการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายจิตใจร่างกายที่เข้มแข็งและมั่นคง ซึ่งขั้นตอนนี้สำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถ

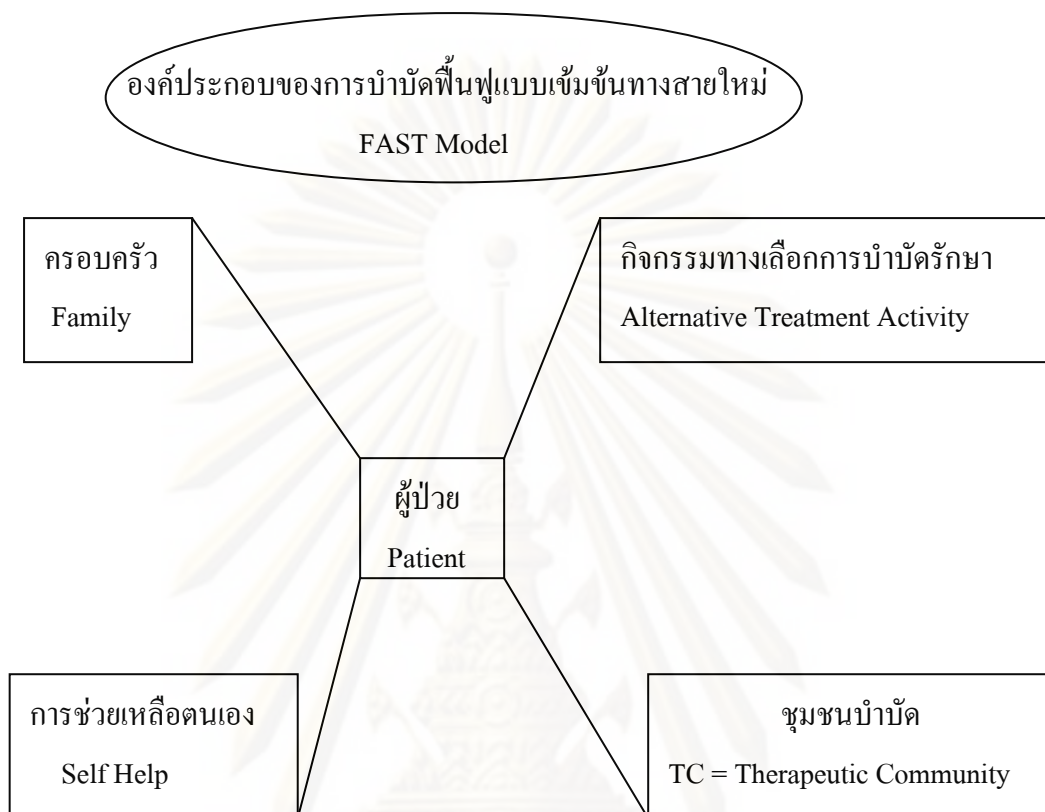


เลิกยาได้อย่างแท้จริง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดจะมีกิจกรรมงานบำบัด และกลุ่มบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ติดยาเสพติด สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีจิตใจที่เข้มแข็งมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นพอที่จะละเว้นการใช้อยาเสพติด และสามารถดำรงชีวิตอยู่สังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันในการบำบัด และครอบครัวเป็นหลักฐานสำคัญในการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งในการดำเนินการนั้นได้นำองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกัน (ดังแผนภาพที่ 3) มาดำเนินการ ได้แก่ ครอบครัว (F-Family) ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก และเป็นสถาบันแรกที่มีความสำคัญที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยได้ดี โดยครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาาร่วมกันในระหว่างการบำบัด กิจกรรมทางเลือกในการบำบัด (A-Alternative Treatment Activity) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกในสิ่งที่ตนสนใจอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ อย่างเช่น กิจกรรมคลายเครียด ชมรมที่ชื่นชอบต่างๆ การช่วยเหลือตนเอง (S-Self-help) เป็นการเรียนรู้ของผู้ป่วยในการบำบัดรักษาทางกาย จิต สังคม โดยปรับพฤติกรรม เจตคติความรู้สึก และสัมพันธภาพ จนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุข ปลอดภัยยาเสพติด ชุมชนบำบัด (T.C.-Therapeutic Community) เป็นการฝึกการพัฒนาตนเองโดยการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยมีกฎระเบียบต่างๆ ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้ประสบการณ์เพิ่มขึ้น มีความอบอุ่นทั้งร่างกาย และจิตใจ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่  
(ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลจิต สงขลา, 2549)

องค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ประกอบด้วย ครอบครัว (F-Family) กิจกรรมทางเลือกในการบำบัด (A-Alternative Treatment Activity) การช่วยเหลือตนเอง (S-Self-help) ชุมชนบำบัด (T.C.-Therapeutic Community) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายจิตใจร่างกายที่เข้มแข็ง และมั่นคง เป็นการพัฒนาตนเองโดยใช้ทักษะต่างๆ ตามองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่ต้องพึ่งพาพยาบาลจิต จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

### 3. การพยาบาลเจ้าของไข้

#### 3.1 ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้

Manthey (1970) ให้ความหมายการพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นวิธีการให้การพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้
2. พยาบาลเจ้าของไข้จะดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
3. มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล
4. พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ และวางแผนการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

Ciske (1979) การพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นรูปแบบการมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะรายตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดรับไว้ใน การดูแลจนกระทั่งจำหน่าย

Marram et al. (1979) ให้ความหมายการพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ให้พยาบาลเจ้าของไข้เริ่มดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน หรือจำหน่ายออกไปจากรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ เพื่อให้การพยาบาลโดยยึดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างปัจเจกบุคคล เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่ได้รับการมอบหมาย โดยมีการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการติดต่อประสานงานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ

#### 3.2 แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดของ Marram et al. (1979) เกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care)
2. เพื่อให้การพยาบาลผสมผสานทั้ง 4 มิติ ซึ่งเหมือนกับการดูแลแบบองค์รวม (Comprehensive Care)

3. เพื่อให้มีการประสานงานดูแลผู้ป่วย (Coordinated Care)
4. เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Care)
5. เพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

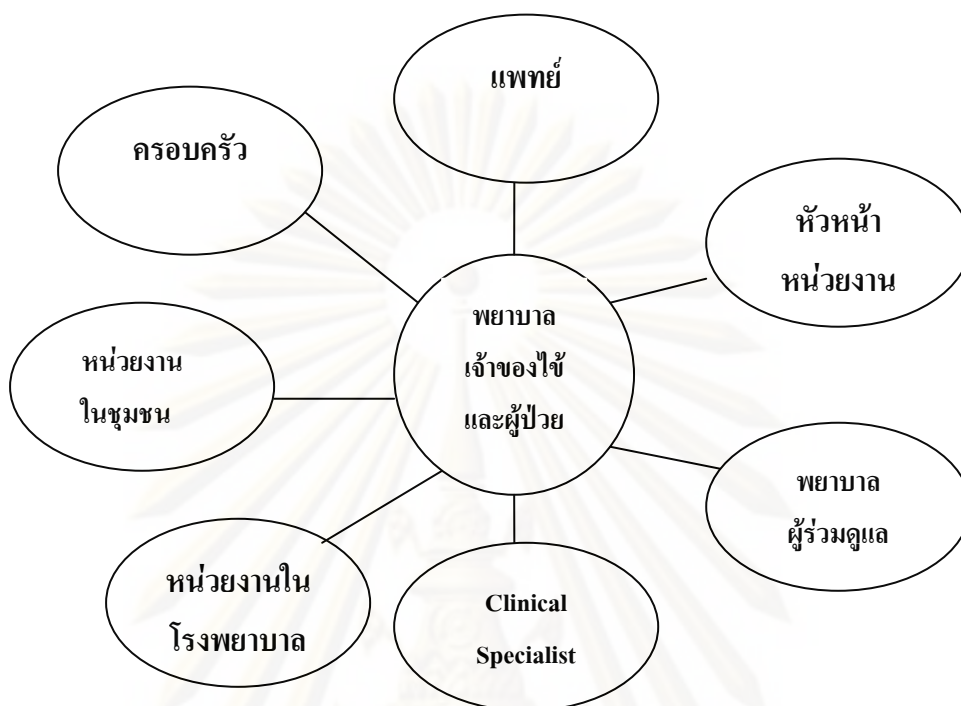
Marram et al. (1979) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมอบหมายงานด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

1. การมอบหมายงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเน้นและคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว โดยมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน ดูแลผู้ป่วย 4 - 6 คน

2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย มีการบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลเจ้าของไข้ หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล เป็นผู้บันทึกแผนการพยาบาล จากข้อมูล และการบำบัดรักษาด้วยตนเอง สำหรับการส่งต่อเวร พยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมส่งเวร ในแต่ละเวรจะเป็นผู้ส่งต่ออาการในเวรต่อไป และพยาบาลทุกคนของเวรต่อไปจะร่วมรับฟัง แต่เฉพาะอาการที่สำคัญเท่านั้น รายละเอียดอาการผู้ป่วยแต่ละราย จะต้องรายงานตรงต่อผู้รับผิดชอบต่อไป

3. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือปฏิบัติกับแพทย์ และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม พยาบาลเจ้าของไข้จะติดตามปัญหาของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมอบหมายงานให้พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน ซึ่งจะเรียกว่าพยาบาลผู้ร่วมดูแล โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้แล้ว พยาบาลผู้ร่วมดูแลสามารถปรับแผนการพยาบาลได้ ในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะฉุกเฉิน ต้องติดต่อสื่อสารให้เจ้าของไข้ทราบด้วย

4. การติดต่อสื่อสารจากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย อาจจะใช้การติดต่อสื่อสารโดยวาจา หรือการบันทึกทางการพยาบาล



แผนภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (Marram et al., 1979)

จากแผนภาพที่ 4 แสดงถึงความสัมพันธ์ที่พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือปฏิบัติกับแพทย์ และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ พยาบาลผู้ร่วมดูแล Clinical Specialist หัวหน้าหน่วยงาน หน่วยงานในชุมชน หน่วยงานในโรงพยาบาล รวมทั้งครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม สามารถตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการพยาบาลเจ้าของไข้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Nurse) มีบทบาทในการรับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมงาน เป็นผู้จัดให้พยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาความรู้ความสามารถ และคุณลักษณะของพยาบาลเจ้าของไข้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยของตนได้อย่างเต็มที่ เป็นผู้เชี่ยวชาญการใช้กระบวนการพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล
2. พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse) มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้



- 2.1 รับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง
- 2.2 ประเมินความต้องการการพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล
- 2.3 ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบด้วยตนเองทุกครั้ง ที่ขึ้นปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางแผนการพยาบาลไว้
- 2.4 ปรึกษาหารือเกี่ยวกับผู้ป่วยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการพยาบาล
- 2.5 มีอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ และมีอิสระในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่

3. พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate Nurse) มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน และสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารให้เจ้าของไข้ทราบด้วย

#### 4. การพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การบริการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการจัดบริการพยาบาลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกลับสู่สังคม สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยจากยาเสพติด โดยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การพยาบาลผู้ป่วยจะมีการพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นพิเศษ สามารถผสมผสาน/ประยุกต์ใช้ศาสตร์ และศิลปะทางการพยาบาลแบบองค์รวม จิตวิทยาการพยาบาล เทคนิคการให้คำปรึกษาและครอบครัวบำบัด รวมทั้งต้องมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการศึกษาอาชีพ สภาพการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม เป็นอย่างดี และยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข จึงจะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยให้รับรู้ และเข้าใจตนเอง ฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้ทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคติ และพฤติกรรมให้เป็นไปได้เหมาะสม และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ทีมการพยาบาลที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยมีการประสานงานกับคณะกรรมการอื่นที่รับผิดชอบ ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และสมาชิกอื่น ๆ การพยาบาลที่ใช้เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้การพยาบาลด้วยตนเอง



หรือมอบหมายให้สมาชิกอื่น ๆ ในทีมการพยาบาลปฏิบัติภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบ ตามหน้าที่ และหลักเกณฑ์การมอบหมายงาน โดยมีกรณีพิเศษ ควบคุมกำกับ และประเมินผลการปฏิบัติงานจากพยาบาลวิชาชีพ

**การปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) ประกอบด้วย**

1. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสารเสพติดในการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล
2. พยาบาลเจ้าของไข้ ส่งเสริมการพัฒนาคำคิด อารมณ์ และการแสดงออกของผู้ป่วยติดสารเสพติด
3. พยาบาลเจ้าของไข้ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดสารเสพติด
4. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การบำบัดครอบครัวผู้ป่วย
5. พยาบาลเจ้าของไข้กับการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดซ้ำ

1. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสารเสพติดในการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล

### การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลเจ้าของไข้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลได้ โดยพยาบาลเจ้าของไข้จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับกิจกรรมการบำบัดรักษา เช่น การจัดห้องปฏิบัติงานของคณะรับผิดชอบ การจัดสถานที่ในการฝึกงานอาชีพบำบัด ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาลด้วยสื่อต่าง ๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันงดสูบบุหรี่โลก รวมทั้งมีการจัดทัศนศึกษาทั้งในและนอกสถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยบอกเวลา สถานที่ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ ทั้งในและนอกสถานบำบัดได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยเล่าเรื่องหรือสรุปเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับตนเองและการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์

ทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันได้อย่างถูกต้อง

3. ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข

## 2. พยาบาลเจ้าของไข้ ส่งเสริมการพัฒนาความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของผู้ป่วยติดสารเสพติด

### การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลเจ้าของไข้ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เห็นผลสำเร็จในระยะสั้น เช่น การปลูกต้นไม้ การแสดงความคิดเห็นในกลุ่มสัมมนา การทำโปสเตอร์หรือทำงานที่ตนเองถนัด สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันของตนเอง และเกิดความสำเร็จ เช่น การปรุงอาหารในกลุ่มครัว การปลูกต้นไม้ในกลุ่มงานเกษตรกรรมบำบัด ชมเชย และให้กำลังใจเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้สำเร็จ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองโดยการมอบหมายงาน ตามหน้าที่รับผิดชอบ เสริมสร้างกำลังใจ โดยกล่าวชมเชยทุกครั้ง เมื่อทำความดีให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ป่วย และบอกผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทุกครั้งพร้อมทั้งคำแนะนำในการปรับปรุงต่อไป

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยบอกชื่อของตนเอง ต่อพยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนผู้ป่วยได้
2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้ายิ้มแย้มเมื่อได้รับคำชมเชยจากพยาบาลเจ้าของไข้
3. ผู้ป่วยพูดถึงความสำเร็จของตนเองได้

## 3. พยาบาลเจ้าของไข้ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดสารเสพติด

พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนจัดกิจกรรม ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ โดยการปฐมนิเทศเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มออกกำลังกาย ฯลฯ กระตุ้น และดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามความเหมาะสม พยาบาลให้การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายอย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ตามสภาพของร่างกาย เช่น การออกกำลังกายช่วงเช้า เกมสั นันทนาการ และดนตรีบำบัด เป็นต้น ส่งเสริมและกระตุ้นให้

ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามความเหมาะสม
2. ผู้ป่วยทุกรายมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และแข็งแรงตามสภาพของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยปลอดภัย จากการเกิดอุบัติเหตุ ขณะเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด

### 4. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การบำบัดครอบครัวผู้ป่วย

พยาบาลเจ้าของไข้สามารถเตรียมผู้ป่วย และครอบครัวให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน ได้มีโอกาสพูดคุย ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคลแก่ญาติผู้ป่วย มีการกำหนดแผนการสอน และฝึกทักษะ ในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนกลับบ้าน (ซึ่งอาจใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D) เป็นแนวทางในการปฏิบัติ (M = Medication; E = Environment & Economic; T = Treatment; H = Health Promotion & Prevention; O = Outpatient Referral; D= Diet)

M = Medication: ผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

E = Environment & Economic: ผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเสพยา การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม (เช่น การฝึก และการประกอบอาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง เป็นต้น)

T = Treatment: ผู้ป่วยติดสารเสพติด และครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการบำบัดรักษา สามารถสังเกตอาการ หรือพฤติกรรมของตนเอง และรายงานอาการ หรือพฤติกรรมที่สำคัญให้แพทย์/พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ก่อนมาถึงสถานบำบัด

H = Health Promotion & Prevention: ผู้ป่วยติดสารเสพติด และครอบครัวเข้าใจภาวะการป้องกันการเสพยาของตน ตลอดจนการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน รวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัด ใ้เื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถป้องกันการเสพยาได้

O = Outpatient Referral: ผู้ป่วยติดสารเสพติดเข้าใจ และทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการบำบัดรักษา และแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วย ให้กับหน่วยงานอื่นที่รับช่วงดูแลต่อ

D = Diet: ผู้ป่วยติดสารเสพติดเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะ และข้อจำกัดด้านสุขภาพ (ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วมด้วย)

และมีโอกาสให้ผู้ป่วยลากลับเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว และสามารถเรียนรู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริง จัดกิจกรรมวันครอบครัวสัมพันธ์ โดยเชิญครอบครัว และญาติมาพบกัน เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วย และครอบครัว กับผู้บำบัดเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคม

#### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ครอบครัวรับรู้เข้าใจ และสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสังคมได้
3. ครอบครัวให้ความร่วมมือ โดยการมาเข้าร่วมกิจกรรมวันครอบครัวสัมพันธ์

#### 5. พยาบาลเจ้าของไข้กับการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดซ้ำ

พยาบาลเจ้าของไข้เตรียมผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ ให้เกิดทักษะในการป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำ โดยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ให้กำลังใจในการเลิกยาเสพติด และแนะนำการคบเพื่อน การรู้จักปฏิเสธเพื่อนเมื่อเพื่อนชักชวนให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ แนะนำและวางแผนร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยจากยาเสพติด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับผลเสียของการติดยาเสพติด เน้นให้เห็นข้อเสียเกี่ยวกับการทำลายสุขภาพ ทั้งทางกาย และทางจิต บอกแผนการติดตามหลังการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ โดยนัดให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ/ครอบครัว มาพบที่สถานพยาบาลหรือที่อื่นใด ตามความเหมาะสมและเป็นไปได้ ตามที่นัดรวมทั้งการติดต่อสื่อสาร เช่น จดหมาย โทรศัพท์ โดยมีแบบสอบถามยังผู้ป่วย และญาติเมื่อกลับบ้านส่งต่อให้บุคลากรในท้องถิ่นช่วยติดตามได้

#### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยมีการติดต่อกับสถานบำบัดเป็นระยะ ๆ



2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ในฐานะสมาชิกผู้หนึ่งของครอบครัวอย่างเหมาะสม เช่น การไม่เป็นภาระของครอบครัว ไม่เป็นผู้ว่างงาน เป็นต้น
3. สามารถเลิกยาเสพติดได้เด็ดขาด

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

### 5.1 ความหมายความพึงพอใจ

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2543) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ และเหมาะสม ส่วนพจนานุกรมทางจิตวิทยา ให้ความหมายของความพึงพอใจ คือ สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใดก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการรู้สึกได้สำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของความรู้สึก (จันทรา จินดา, 2546)

### 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ความพึงพอใจเป็นมาตรฐานของการบริการคุณภาพ การที่จะให้ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยตอบสนองตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยนั้น ในบริการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลต้องสามารถแสดงออกให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และเกิดความพึงพอใจ

มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ ดังนี้

Risser (1975) ได้เสนอแนวคิดความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยในงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (Technical Professional Behavior) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในด้านทักษะความรู้ เทคนิคทางการพยาบาล รวมถึงความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการให้บริการพยาบาล
2. ลักษณะบุคลิกภาพ (Intra-interpersonal) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล และการแสดงออกทางสังคม
3. สัมพันธภาพด้านความเชื่อมั่น (Trusting Relationship) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งการรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย



4. สัมพันธภาพด้านการเรียนรู้ (Educational Relationship) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลที่มุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล การให้คำอธิบาย รายละเอียดของการให้การพยาบาล

แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ Eriksen (1988) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. ด้านศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึง ความรู้สึกยินดี ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่แสดงออกถึงความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร สนใจเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ พุดจาไพเราะ รับฟังความคิดเห็น และรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

2. ด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วย ต่อการบริการพยาบาลที่แสดงออกถึงความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติ ในเรื่องของทักษะการปฏิบัติ การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

3. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมกลุ่ม บำบัด การพักผ่อน การไม่ให้เกิดถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากกลับไปเสพยา เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

4. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ที่มีการประสานงานอย่างต่อเนื่องในการดูแล การได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

5. ด้านความพร้อมในการบริการ (Availability) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ในเรื่องของการให้คำแนะนำ การให้ความรู้ การแนะนำตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

6. ด้านผลลัพธ์ของการดูแล (Outcomes of care) หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ในเรื่องของความปลอดภัย การได้รับข้อมูล การได้รับคำแนะนำในเรื่องทักษะการปฏิบัติตน การฝึกอาชีพ การเตรียมตัวก่อนจำหน่าย เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งพาสมาชิก เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

Derdiarian (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวก หรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นสิ่งที่พอเพียง

กับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุจุดมุ่งหมายของการพยาบาล และสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดีพอใจ หรือชื่นชอบต่อผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ร่วมที่ผู้รับบริการได้จาก การที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวัง และความต้องการของพวกเขา

สรุป ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกยินดีชื่นชอบต่อการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้เข้ามารับการบำบัดรักษา ซึ่งตรงกับความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Eriksen (1988) โดยพัฒนาจากแบบสอบถามของนางนุช ประสิทธิ์วีไล (2548) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

### 5.3 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

การบริหารจัดการในองค์กร ทรัพยากรบุคคลเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลขององค์กร

มีผู้ให้ความหมาย ความพึงพอใจในงาน ดังนี้

จรีวัฒน์ คงทอง (2539) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาลเป็นความรู้สึกพึงพอใจในงานที่ทำด้วยความเต็มใจ และตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่าคนชอบ และให้คุณค่าต่องานของตนเองสูงขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

Stamps and Piedmonte (1986) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า คือ ความรู้สึก หรือทัศนคติทางบวกของพยาบาลที่ทำอยู่ อันเป็นผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน เช่น ค่าตอบแทน ความเป็นอิสระ ลักษณะงาน นโยบายขององค์กร สถานภาพของวิชาชีพ และปฏิสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน

Specter (1997) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า คือ ความรู้สึก หรือทัศนคติทางบวกที่มีต่องาน สามารถประเมินได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ ในงานของตน มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ลักษณะในงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

Quinn (1998) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจพบว่า บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ 5 ด้านด้วยกัน คือ ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแล การจัดสรรทรัพยากร

George and Jones (2005) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงาน เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง และเป็นทัศนคติที่ดีในพฤติกรรมองค์กร ความพึงพอใจในการทำงานมีความเป็นไปได้ที่จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมองค์กร และส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับที่ดีขององค์กร

สรุป ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำ สามารถบอกได้ว่าชอบ หรือไม่ชอบ ทำให้มีความรู้สึกที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย เป็นทักษะเชิงบวก ในการแสดงออกทางพฤติกรรมของพยาบาลที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

Robbins (2001) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลต่อการให้บริการพยาบาล ซึ่งพัฒนามาจาก McClelland's Theory ซึ่งกล่าวถึงความต้องการ 3 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการความสำเร็จ (Need for Achievement) หมายถึง ความต้องการที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของบุคคลที่ต้องการความสำเร็จ มากกว่าการหวังผลตอบแทนเป็นรางวัล ต้องการงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน จากการศึกษาวิจัยของ McClelland พบว่าผู้ที่ประสบผลสำเร็จสูงจะมีแนวทางในการทำงานที่แตกต่างจากคนอื่น ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ความสามารถ การให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น และหาสถานการณ์ที่สามารถกำหนดความท้าทายในระดับปานกลาง ชอบความท้าทายในการแก้ปัญหา ผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อมองเห็นความเป็นไปได้ของความสำเร็จ 50-50 ไม่ชอบทำงานที่ไม่ท้าทาย ชอบทำงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ

2. ความต้องการด้านอำนาจ (Need of Power) เป็นความต้องการให้มีผลกระทบ อิทธิพล และควบคุมผู้อื่นได้ ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจในการทำงานที่ได้รับผิดชอบ ในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ มีความมุ่งมั่นในการทำงาน เพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะชอบเรื่องศักดิ์ศรี

3. ความต้องการด้านสัมพันธภาพ (Need of Affiliation) เป็นความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ชอบสถานการณ์ที่ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Robbins (2001) โดยปรับปรุงแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลของเพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ซึ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจใน 3 ด้าน คือ ด้านความสำเร็จ ด้านอำนาจ ด้านสัมพันธภาพ ให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยติดสารเสพติด

#### 5.4 การเสริมสร้างความพึงพอใจ

ทฤษฎีสำหรับการสร้างความพึงพอใจมีหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและมีชื่อเสียงที่ผู้วิจัยจะนำเสนอ คือ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) ที่กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการเหมือนกัน แต่ความต้องการนั้นเป็นลำดับขั้น เขาได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ไว้ดังนี้ (Maslow, 1970)

1. มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอ และไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่ความต้องการสิ่งใดได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอย่างอื่นก็จะเกิดขึ้นอีกไม่มีวันจบสิ้น

2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นสิ่งจูงใจสำหรับพฤติกรรมอื่นต่อไป ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม

3. ความต้องการของมนุษย์จะเรียงเป็นลำดับขั้นตามลำดับความสำคัญ กล่าวคือ เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนอง ซึ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์มี 5 ขั้นตอนตามลำดับขั้นจากต่ำไปสูง ดังนี้

3.1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการเบื้องต้นเพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น ความต้องการในเรื่องของอาหาร น้ำ อากาศ เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย และความต้องการทางเพศ ความต้องการทางด้านร่างกาย จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนก็ต่อเมื่อความต้องการทั้งหมดของคนยังไม่ได้รับการตอบสนอง

3.2 ความต้องการด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง (Security of Safety Needs) ถ้าความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองตามสมควร แล้วมนุษย์จะต้องการในขั้นสูงต่อไป คือ เป็นความรู้สึกที่ต้องการความปลอดภัยหรือความมั่นคงในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งรวมถึงความก้าวหน้าและความอบอุ่นใจ

3.3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social or Belonging Needs) หลังจากที่มนุษย์ได้รับการตอบสนองในสองขั้นดังกล่าวแล้วก็จะมีความต้องการสูงขึ้นอีก คือ ความต้องการทางสังคมเป็นความต้องการที่จะเข้าร่วมและได้รับการยอมรับในสังคม ความเป็นมิตรและความรักจากเพื่อน



3.4 ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับนับถือ (Esteem Needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นยกย่อง ให้เกียรติ และเห็นความสำคัญของตนเอง อยากรเด่นในสังคม รวมถึงความสำเร็จ ความรู้ความสามารถ ความเป็นอิสระ และเสรีภาพ

3.5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self Actualization) เป็นความต้องการระดับสูงสุดของมนุษย์ ส่วนมากจะเป็นการอยากจะเป็นอยากจะได้ตามความคิดของตน หรือต้องการจะเป็นมากกว่าที่ตัวเองเป็นอยู่ในขณะนั้น

จากสาระสำคัญของทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์สรุปได้ว่า ความต้องการทั้ง 5 ขั้นของมนุษย์มีความสำคัญไม่เท่ากัน การจูงใจตามทฤษฎีนี้จะต้องพยายามตอบสนองความต้องการของมนุษย์ซึ่งมีความต้องการที่แตกต่างกันไป และความต้องการในแต่ละขั้นจะมีความสำคัญแก่บุคคลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่ได้รับจากการตอบสนองความต้องการในลำดับนั้นๆ

เทคนิคการสร้างความพึงพอใจในงาน

1. บทบาทผู้บริหาร จัดบรรยากาศในการทำงาน ด้านกายภาพ บรรยากาศความเป็นมิตร ติดต่อสื่อสารเปิดเผย มีอิสระในการทำงาน

2. บทบาทของผู้ปฏิบัติงาน ทำงานมีจุดหมาย/ คำนึงถึงคุณค่า/เพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์/ พัฒนาคุณภาพงานอยู่เสมอ / การทำงานคือการพัฒนาคุณค่าแก่ชีวิต / แสวงหาความรู้ ทักษะ ประสบการณ์

## 5.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ในการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้ ดังนี้

เตยหอม บุญพันธ์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ คือ

1. อายุ กับความพึงพอใจ อายุเป็นสิ่งที่กำหนดวัยของมนุษย์ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ที่น่าจะทำให้บุคคลแต่ละวัยมีความคาดหวังจากผู้อื่น หรือจากการเข้าไปขอรับบริการในโรงพยาบาลแตกต่างกันไปด้วย คือ อายุที่แตกต่างกันจะมีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างหรือเหมือนกัน แต่ด้วยเหตุที่อายุมากขึ้นมักจะมีเจ็บป่วยตามมา ทำให้ผู้มีอายุมากขึ้นจะไปโรงพยาบาลบ่อยครั้งจนกระทั่งเกิดความคุ้นเคย ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

2. เพศ กับความพึงพอใจ จากการศึกษาของ Wilson, 1970; Hulka et al., 1973 (อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์, 2539) ในเรื่องเพศ พบว่า เพศหญิงพึงพอใจต่อบริการ และการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะเพศหญิงยอมรับความเจ็บป่วย และเสาะแสวงหาการรักษาพยาบาลในเวลาที่รวดเร็วกว่าเพศชาย

จากการศึกษาของอุไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์ (2542) เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลของพยาบาล กับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลของพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยอายุมากจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า

ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อการให้บริการพยาบาล จากการศึกษาของสิระยา สัมมาวาจา (2540) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าว คือ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลต่อระดับความพึงพอใจ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นตัวกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ซึ่งบุคคลที่มีอายุในช่วงอายุเดียวกัน มีการรับรู้ ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเป็นแบบเดียวกัน ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน ก็ย่อมมีความพึงพอใจที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการจับคู่ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อให้เกิดความคล้ายคลึงในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และลดตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย

## 5.6 การวัดและประเมินความพึงพอใจ

### 5.6.1 การวัดและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ ตามความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้มีผู้ศึกษาการประเมินความพึงพอใจไว้มากมาย ดังนี้

Risser (1975) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการ (Patients Satisfaction Instrument: PSI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมา

เป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อบริการพยาบาล ดังนี้ คือ องค์ประกอบของความสัมพันธเชิงเทคนิคและวิชาชีพ หมายถึง กิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล หรือทักษะความรู้ความสามารถในงานที่ทำเพื่อให้เกิดบริการที่สมบูรณ์แบบ ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกให้เกิดผลดี และเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมทั้งการติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมาย รายละเอียดของวิธีการให้การพยาบาล หรือการสาธิตเทคนิคต่างๆ ให้ผู้รับบริการเข้าใจ

#### 5.6.2 การวัดและประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล

สำหรับการวัดมิติความพึงพอใจในงาน (นงนุช โรจนเลิศ และ วรณี ต. ตระกูล, 2551) สามารถวัดได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบแรก คือ ตัวงาน หมายถึง งานที่บุคคลทำเป็นงานที่น่าสนใจและเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีการเรียนรู้ และมีส่วนรับผิดชอบ องค์ประกอบที่สอง คือ ผลตอบแทนหรือรายได้ที่ได้รับว่ามีความคุ้มค่า และวิธีที่ได้รับผลตอบแทนนั้น องค์ประกอบที่สาม โอกาสก้าวหน้า หมายถึง โอกาสของความก้าวหน้าที่บุคคลจะได้รับจากการทำงาน องค์ประกอบที่สี่ หัวหน้างาน หมายถึง ความสามารถในด้านเทคนิคและการจัดการของหัวหน้างานที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา องค์ประกอบสุดท้าย คือ ผู้ร่วมงานที่บุคคลทำงานร่วมด้วยว่ามีความสัมพันธ์ในลักษณะใด

เนื่องจากการวัดความพึงพอใจในงาน เป็นคุณลักษณะทางจิตของบุคคลที่ไม่อาจวัดได้โดยตรง การวัดความพึงพอใจในงานจึงเป็นการวัดโดยอ้อม (Indirect Measure) วิธีการวัดความพึงพอใจในงานที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม โดยที่วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ใช้เวลามาก ดังนั้น นักวิชาการโดยมากนิยมการใช้แบบสอบถามในการวัดความพึงพอใจ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาผลของการจัดการดูแลการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการบริการพยาบาล กรณีศึกษาในศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Eriksen (1988) มีองค์ประกอบ คือ ด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพในทางเทคนิค การดูแล ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล ด้านความพร้อมในการบริการ และ ด้านผลลัพธ์ของการดูแล พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของ

ผู้ใช้บริการ ก่อน และหลังการจัดการพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบหน้าที่ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หลังการใช้การจัดการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่จัดการดูแลแบบหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

เขาวลักษณะ อโณทยานนท์ (2543) ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจ และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม ในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ไข้แนวคิดของ Eriksen (1988) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาล ไข้แนวคิดของ Slavik et al. (1978) มีองค์ประกอบ คือ ลักษณะงาน ความอิสระในงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน พบว่า ความพึงพอใจ และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในด้านความเป็นอิสระในการทำงานหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอด และหลังคลอด ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ไข้แนวคิดของ Spector (1997) มีองค์ประกอบ คือ ลักษณะงาน การบังคับบัญชา สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน ส่วน ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ ไข้แนวคิดของ Eriksen (1988) มีองค์ประกอบ คือ ด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล ด้านความพร้อมในการบริการ และ ด้านผลลัพธ์ของการดูแล พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลในการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ารูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศศิธร แสงสร (2545) ศึกษาการพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท พบว่า ประโยชน์จากการดำเนินโครงการการพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก คือ ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากขึ้น เนื่องจากความต่อเนื่องในการดูแล ประโยชน์ที่พยาบาลได้รับ คือ ความพึงพอใจในงาน

อุบล วรรณกิจ (2547) ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับการ



ปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงนุช ประสิทธิ์วิไล (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีการผ่าตัดสมองต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย สำหรับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วย ใช้แนวคิดของ Eriksen (1988) มีองค์ประกอบ คือ ด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล ด้านความพร้อมในการบริการ และ ด้านผลลัพธ์ของการดูแล พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมอง ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่แตกต่างกัน แต่ความพึงพอใจในบริการพยาบาล เกี่ยวกับการแนะนำตนเองก่อนให้การพยาบาล การได้รับการดูแลจากพยาบาลคนเดิมอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เพ็ญภา ทองศิริรัมย์ (2549) ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยก่อน และหลังการพยาบาลเจ้าของไข้แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Pattison and Nelson (1986) ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพยาบาลมีความรับผิดชอบในหน้าที่ และมีอิสระในการดูแลผู้ป่วย

Archibong (1999) ศึกษาประเมินการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการพยาบาลกรณีศึกษาในประเทศไทยในจีเรีย ประเมินผลโดยการใช้ Quality of Patient Care Scale โดยทำการศึกษาใน 6 ด้าน คือ ด้านจิตสังคมส่วนบุคคล ด้านสังคม ด้านร่างกาย ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการใช้วิชาชีพ ด้านทั่วไป พบว่า คุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และที่เพิ่มอย่างชัดเจน คือ การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

Goode and Rowe (2001) ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลเจ้าของไข้ในงานผู้ป่วยหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลให้ข้อมูลตรงกับทฤษฎีที่กล่าวถึงการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นการพยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง

เจ้าหน้าที่ออกจากหน่วยงาน มีการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ให้การดูแลตามแผน และประเมินผลการดูแล และมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนด สิ่งที่เด่นชัดของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการขยายผล

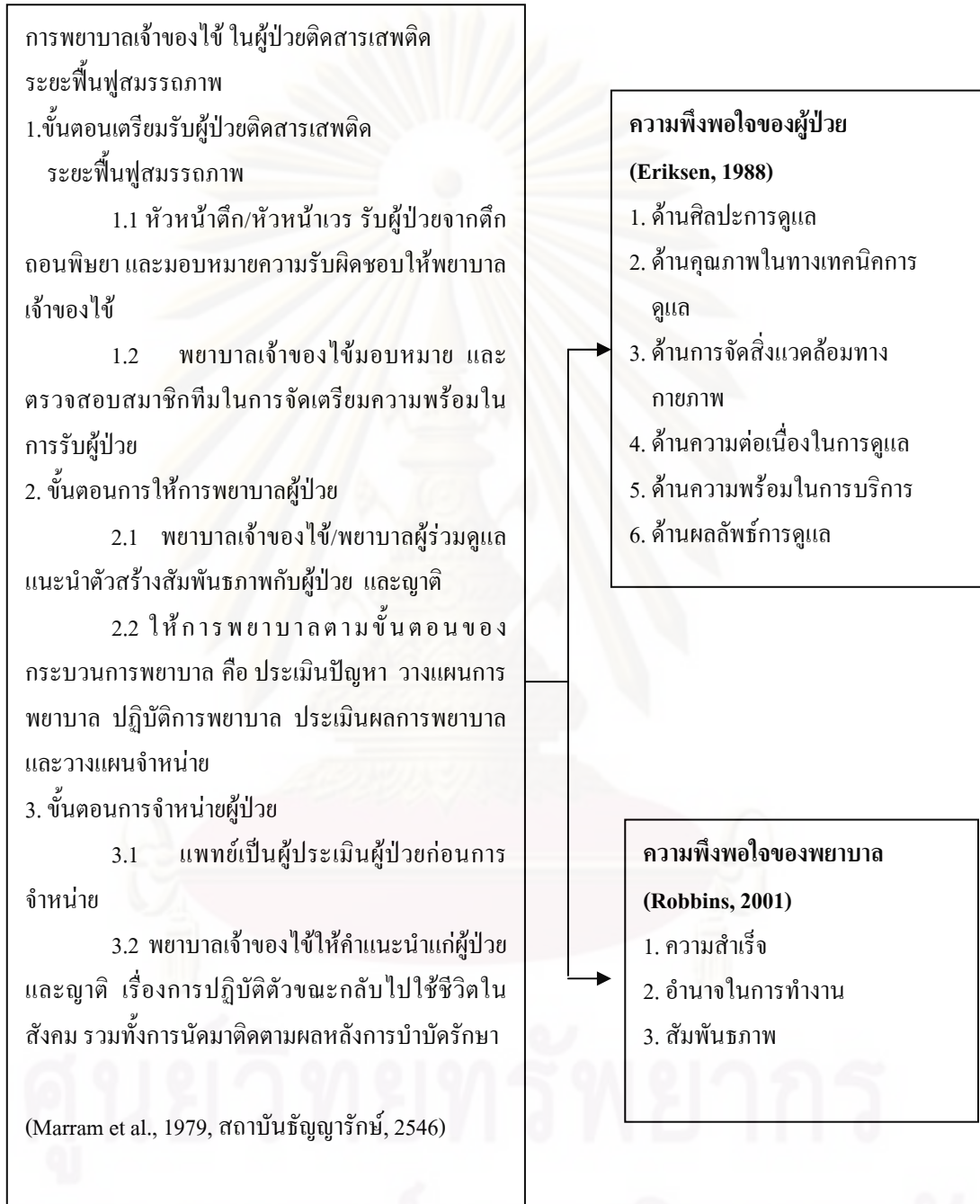
Sellick, et al. (2003) ศึกษาการพยาบาลเจ้าของไข้ ในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ซึ่งมีการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า หลังจากการพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในด้านสัมพันธภาพ คือ พยาบาลมีเวลาให้กับผู้ป่วยมากขึ้น เป็นกันเองมากขึ้น ในส่วนของพยาบาลมีการรับรู้ว่ามีอิสระ และมีอำนาจในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดวิจัย ดังนี้

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest- Posttest Design) (ธวัชชัย วรพงศธร, 2543)

$O_1 \quad X \quad O_2$

$O_1$  หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้

$O_2$  หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการพยาบาลเจ้าของไข้

X หมายถึง การดูแลโดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Control Group Posttest Only Design) (สุจิตรา บุญรัตน์, 2547)

$C \quad - \quad O_3$

$E \quad X \quad O_4$

C หมายถึง กลุ่มควบคุม

E หมายถึง กลุ่มทดลอง

X หมายถึง การดูแลโดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้

$O_3$  หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

$O_4$  หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ



1. พยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน

2. ผู้ป่วยติดสารเสพติด ระบบบังคับบำบัด ที่เข้ามารับการบำบัดประเภทผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดสงขลา จำนวน 60 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มี 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานที่ทำการทดลอง ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา จำนวน 16 คน เป็นกลุ่มเดียวกัน ที่ดูแลทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.2 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำแนกตามช่วงอายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
31 - 35 ปี	8	50
> 40 ปี	4	25
36 - 40 ปี	3	18.75
26 - 30 ปี	1	6.25

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
2. สถานภาพสมรส		
คู่	10	62.60
โสด	5	31.20
หม้าย/หย่า/แยก	1	6.20
3. วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16	100
4. ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาล		
10 - 15 ปี	5	31.25
16 - 18 ปี	4	25
4 - 6 ปี	4	25
7 - 9 ปี	3	18.75
รวม	16	100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาล ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 35 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา อายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมา สถานภาพโสด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาล 10 - 15 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25

2. ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเภทผู้ป่วยใน สำหรับเหตุผลที่เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการถอนพิษยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหัวใจของการบำบัดรักษาเสพติด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

- 2.1 อายุมากกว่า 18 ปี
- 2.2 เป็นผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด
- 2.3 เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ไม่มีอาการหลงผิด
- 2.4 เป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง
- 2.5 เป็นผู้อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

## 2.6 เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยในระบบสมัครใจ ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดระหว่างการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยต่างด้าว ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit and Hunger, 1999) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และความเป็นไปได้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมครบจำนวน 30 คนก่อน หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้ว จึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และมีการจัดกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกัน โดยการจับคู่ (Matched Pairs) กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. เพศ แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง
2. อายุ กำหนดเป็นช่วงอายุ ตามช่วงชีวิตมนุษย์ และตามพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย และความรู้สึกกึ่งกึกกิด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
  - กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี
  - กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 19-40 ปี
  - กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-65 ปี
3. ประสบการณ์ในการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

### การจับคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การเลือกผู้ป่วยที่นำมาเข้ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน โดย 30 คนแรก จัดให้เป็นกลุ่มควบคุม และอีก 30 คน จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจับคู่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายกันมากที่สุด โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน และประสบการณ์ในการบำบัดรักษา ซึ่งได้กลุ่มผู้ป่วยทั้งสิ้น 68 คน โดยเริ่ม

ดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2552 ถึง วันที่ 15 มิถุนายน 2552 เริ่มเก็บกลุ่มควบคุม ตั้งแต่ วันที่ 20 – 27 มีนาคม 2552 ได้จำนวน 35 คน หลังจากนั้นเริ่มเก็บกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ 15 เมษายน ถึง วันที่ 15 มิถุนายน 2552 ได้จำนวน 33 คน นำมาจับคู่เพื่อความใกล้เคียงกันทั้งสิ้น 30 คู่ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยควบคุม และกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของเพศ อายุ ประสบการณ์ในการบำบัดรักษา

ลำดับ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ในการบำบัดรักษา	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ในการบำบัดรักษา
1	ชาย	22	ครั้งที่ 1	ชาย	19	ครั้งที่ 1
2	ชาย	18	ครั้งที่ 2	ชาย	18	ครั้งที่ 2
3	ชาย	23	ครั้งที่ 1	ชาย	29	ครั้งที่ 1
4	ชาย	27	ครั้งที่ 1	ชาย	31	ครั้งที่ 1
5	ชาย	25	ครั้งที่ 1	ชาย	31	ครั้งที่ 1
6	ชาย	22	ครั้งที่ 1	ชาย	23	ครั้งที่ 1
7	ชาย	27	ครั้งที่ 1	ชาย	37	ครั้งที่ 1
8	ชาย	19	ครั้งที่ 1	ชาย	19	ครั้งที่ 1
9	ชาย	26	ครั้งที่ 1	ชาย	19	ครั้งที่ 1
10	ชาย	42	ครั้งที่ 1	ชาย	53	ครั้งที่ 1
11	ชาย	22	ครั้งที่ 1	ชาย	24	ครั้งที่ 1
12	ชาย	28	ครั้งที่ 1	ชาย	27	ครั้งที่ 1
13	ชาย	24	ครั้งที่ 1	ชาย	27	ครั้งที่ 1
14	ชาย	24	ครั้งที่ 1	ชาย	32	ครั้งที่ 1
15	ชาย	18	ครั้งที่ 1	ชาย	18	ครั้งที่ 1
16	ชาย	25	ครั้งที่ 1	ชาย	28	ครั้งที่ 1
17	ชาย	26	ครั้งที่ 1	ชาย	32	ครั้งที่ 1
18	ชาย	30	ครั้งที่ 1	ชาย	32	ครั้งที่ 1



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับ	เพศ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		
		อายุ	ประสบการณ์ในการบำบัดรักษา	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ในการบำบัดรักษา
19	ชาย	24	ครั้งที่ 4	ชาย	26	ครั้งที่ 4
20	ชาย	27	ครั้งที่ 1	ชาย	21	ครั้งที่ 1
21	หญิง	20	ครั้งที่ 1	หญิง	29	ครั้งที่ 1
22	หญิง	24	ครั้งที่ 1	หญิง	24	ครั้งที่ 1
23	หญิง	18	ครั้งที่ 2	หญิง	18	ครั้งที่ 3
24	หญิง	19	ครั้งที่ 1	หญิง	28	ครั้งที่ 1
25	หญิง	19	ครั้งที่ 1	หญิง	40	ครั้งที่ 1
26	หญิง	29	ครั้งที่ 1	หญิง	20	ครั้งที่ 1
27	หญิง	36	ครั้งที่ 1	หญิง	36	ครั้งที่ 1
28	หญิง	26	ครั้งที่ 2	หญิง	27	ครั้งที่ 2
29	หญิง	23	ครั้งที่ 1	หญิง	28	ครั้งที่ 1
30	หญิง	22	ครั้งที่ 1	หญิง	25	ครั้งที่ 1

## ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด จำแนกตามช่วงอายุ เพศ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
19 - 40 ปี	26	86.67	26	86.67

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15 - 18 ปี	3	10	3	10
41 - 60 ปี	1	3.33	1	3.33
2. เพศ				
ชาย	20	66.70	20	66.70
หญิง	10	33.3	10	33.3
3. สถานภาพ				
โสด	17	56.70	18	60
คู่	11	36.70	8	26.70
หม้าย/แยกกันอยู่	2	6.60	4	13.30
4. การศึกษา				
ระดับประถมศึกษา	14	46.66	11	36.70
ระดับมัธยมศึกษา	13	43.34	11	36.70
ระดับอนุปริญญา	-	-	5	16.60
อื่นๆ ระบุ	3	10.0	3	10
5. อาชีพ				
ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	13	43.34	14	46.68
ค้าขาย	6	20	6	20
ธุรกิจส่วนตัว	6	20	4	13.33
เกษตรกรรม	3	10	4	13.33
รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	1	3.33
พนักงานบริษัท	1	3.33	1	3.33
6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการ บำบัดรักษาในศูนย์ บำบัดรักษาเสพติดสงขลา				

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	26	86.67	28	93.34
ครั้งที่ 2	3	10	1	3.33
ครั้งที่ 3	1	3.33	1	3.33
7. พักอาศัยอยู่กับ				
บิดา มารดา	13	43.34	14	46.68
ญาติ	10	33.34	6	20
มารดาคนเดียว	5	16.66	5	16.66
ผู้ปกครอง	2	6.66	3	10
บิดาคนเดียว	-	-	2	6.66
8. อาศัยอยู่ในเขต				
ชุมชนเมือง	17	56.66	19	63.34
ชนบท	13	43.34	11	36.66

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการวิจัย มีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 19 – 40 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 18 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 และ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา จำนวนเท่ากัน คือ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ว่างงาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.68 และค้าขาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ

จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งแรก จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.34 ตามลำดับ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1. โครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้แนวคิดของ Marram et al. (1979) ในการจัดทำคู่มือ
3. แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ในแผนกผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. แบบทดสอบความรู้
  - 4.1 การพยาบาลเจ้าของไข้
  - 4.2 การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

#### ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ได้แก่

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Robbins (2001) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ เพียร์จิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ซึ่งศึกษาเรื่อง ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล โดยผู้วิจัยปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลด้านยาเสพติด
2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Eriksen (1988) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นงนุช ประสิทธิ์วิไล (2548) ซึ่งศึกษาเรื่อง ผลของการใช้การ



ดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมองต่อความพึงพอใจ  
ในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสารเสพติด

## ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ภาคผนวก ก) โดยจัดการอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน ระยะเวลา 2 วัน คือ วันที่ 3 และ 7 เมษายน พ.ศ. 2552 ณ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการจัดโครงการอบรม ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งได้ทำการศึกษาไว้แล้ว ได้แก่ ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ (2547) นงนุช ประสิทธิ์วีไล (2548) และเพ็ญญา ทองดีรัมย์ (2549) และโครงการอบรมนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram et al. (1979)

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3 กำหนดเนื้อหาในโครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งประกอบด้วยการบรรยาย การประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง การบรรยายความรู้ 3 เรื่อง ที่จะทำการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

1.3.1 การให้ความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นการบรรยายของวิทยากร โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นวิทยากรในการบรรยาย ซึ่งใช้เวลาในการบรรยาย 6 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามแผนการจัดอบรม และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนวิทยากรบรรยายแนวคิด ความเป็นมา และการนำไปใช้ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงแนวคิด และความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ รวมถึงความสำคัญของการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3.2 การให้ความรู้ เรื่อง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของมนุษย์กับการคิด สารเสพติด แนวทางการแก้ไขโรคแทรกทางจิตเวช ที่พบในผู้ป่วยติดสารเสพติด ซึ่งบรรยายโดย นายแพทย์อังกูร ภัทรากร จากสถาบันรัชฎณรงค์ เป็นวิทยากรในการบรรยาย ซึ่งใช้เวลาในการบรรยาย 3 ชั่วโมง

1.3.3 การทบทวนความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบ FAST Model (การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ประกอบด้วย ครอบครัว (F-Family) กิจกรรมทางเลือกในการบำบัด (A-Alternative Treatment Activity) การช่วยเหลือตนเอง (S-Self-help) ชุมชนบำบัด (T.C.-Therapeutic Community) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายจิตใจร่างกายที่เข้มแข็ง และมั่นคง เป็นการพัฒนาตนเองโดยใช้ทักษะต่างๆ ตามองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมา สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข) โดย คุณอนุพงศ์ จันทรจุฬา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา เป็นวิทยากรบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และเป็นการทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

1.3.4 แนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึง แนวทางการปฏิบัติ ตั้งแต่การมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลแต่ละราย เพื่อเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ การให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมปรึกษา ถึงปัญหาอุปสรรค สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระหว่างหัวหน้าตึก พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแล

1.3.5 มีการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ในการพัฒนา และปรับปรุง แนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ และการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลเจ้าของไข้ 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด 1 ท่าน (ดังภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความถูกต้อง

เหมาะสมของภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการจัดโครงการอบรม

2. คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับพยาบาลในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง หลังจากได้รับการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลได้ทบทวนแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้ฝึกอบรม และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างคู่มือดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของกรพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ และสามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

2.3 รายละเอียดเนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย องค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คำชี้แจงในการใช้คู่มือ

องค์ประกอบที่ 2 ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ วัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้

องค์ประกอบที่ 3 คุณสมบัติพยาบาลเจ้าของไข้บทบาทของบุคลากรในการพยาบาลเจ้าของไข้ โครงสร้างการพยาบาลเจ้าของไข้

องค์ประกอบที่ 4 แนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด แนวทางบันทึกตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลผู้ป่วยติดสารเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์ประกอบที่ 5 Critical Pathway for Primary Nurse of Drug Dependence แผนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์ประกอบที่ 6 ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติด การเปลี่ยนแปลงลักษณะของการเสพ ครอบครัวบำบัดกับการบำบัดผู้ติดสารเสพติด

2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้น เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มี

ความรู้ และประสบการณ์การพยาบาลเจ้าของไข้ และการพยาบาลด้านยาเสพติด จำนวน 5 คน (ดังภาคผนวก ก) ตรวจสอบรายละเอียด ความครอบคลุมของเนื้อหา ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนนำไปใช้

### 3. แบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

3.1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้

3.2 กำหนดเนื้อหาของการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย การแสดงออกและการปฏิบัติของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยแบบสังเกตเป็นแบบ Check List ว่า ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ ซึ่งแบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ มีจำนวน 10 ข้อโดยแบบสังเกตจะประกอบด้วย การแสดงออกของพยาบาลเจ้าของไข้ การดูแล การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้การพยาบาล การรับ-ส่งเวร รวมทั้งการตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้สังเกต เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวจริง ให้ลงบันทึกในช่องปฏิบัติ ถ้าไม่ปฏิบัติให้ลงในช่องไม่ปฏิบัติ มีการกำหนดช่วงเวลาติดตามการปฏิบัติของพยาบาลในวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ โดยการจับเวลาแบบไม่แทนที่ และกำหนดเวลาโดยมีการสังเกตทุกเวร คือ เวรเช้า เวลา 10.00 -12.00 น. เวรบ่าย เวลา 20.00 - 22.00 น. เวรคึก เวลา 6.00 - 8.00 น. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตตามสถานการณ์ และมีช่วงห่างของเวลาที่สังเกตเท่าๆกัน สังเกตการให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคน คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ถ้าพบว่ามีพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดหมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามข้อรายการของแบบสังเกต น้อยกว่า 10 ข้อของรายการแบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงกับพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลคนนั้นๆ ทราบ เพื่อให้มีการแก้ไข และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้

### 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้น เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ด้านการพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 5 คน (ดังภาคผนวก ก) ตรวจสอบรายละเอียด ความครอบคลุมของเนื้อหา ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนนำไปใช้

3.3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยพร้อม



ผู้ช่วยวิจัย 1 คน ร่วมกันใช้ และสังเกตกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเวร และตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลร่วมด้วย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงระหว่างการสังเกต (Inter Rater Reliability) โดยนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยค่าความเที่ยงของการสังเกตต้องมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ .7 จึงจะยอมรับได้ ซึ่งมีสูตรการคำนวณค่าความเที่ยงของการสังเกต (Polit and Hunger, 1999) (ดังภาคผนวก จ)

จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ค่าความเที่ยงของการสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ เท่ากับ .75 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

#### 4. แบบทดสอบความรู้

##### 4.1 การพยาบาลเจ้าของไข้

##### 4.2 การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

##### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ มีดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเนื้อหาการพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) และเนื้อหาการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

2. นำเนื้อหาที่บรรยาย มาสร้างแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบทดสอบความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

##### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบทดสอบความรู้ เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบทดสอบความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกัน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน (ดังภาคผนวก ก) มีความเห็นสอดคล้องกัน ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนะนำการใช้ภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น และปรับข้อความในบางข้อให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

2. นำแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 13 ข้อ และแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด จำนวน 20 ข้อ ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานี เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2552

3. นำมาหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยค่าความยากง่ายที่ยอมรับได้จะมีค่าระหว่าง .20 ถึง .80 และค่าอำนาจจำแนก มีค่าอยู่ระหว่าง -1

ถึง +1 ถ้าคำนวณค่าอำนาจจำแนกออกมามีค่าบวกสูง แสดงว่าอำนาจจำแนกดี แต่ถ้าค่าเป็นลบ หรือเป็นศูนย์ ถือว่า อำนาจจำแนกใช้ไม่ได้ ค่าอำนาจจำแนกที่ถือว่าจำแนกกลุ่มอ่อน และกลุ่มเก่ง ได้ จะใช้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .2 ขึ้นไป

ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก ของแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาล เจ้าของใช้ พบว่า มีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง .25 และ .80 และค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง .2 และ .7 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาล ผู้ป่วยติดสารเสพติด พบว่า มีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง .4 และ .80 และค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง .2 และ .6 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร Kuder- Richardson 20 (KR-20) พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาล เจ้าของใช้ และแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 1 ซึ่งถือได้ว่า มีค่าความเที่ยงสูง

## ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ได้แก่

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีของ Robbins (2001) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) มาประยุกต์ใช้

### ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิด และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Robbins (2001) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) โดยศึกษาในองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน และความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพโดยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ มีลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในแต่ละช่วงคำตอบมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	พยาบาลรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติ หรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ใน ประโยคนั้นๆ
มาก	หมายถึง	พยาบาลรู้สึกพึงพอใจมากที่ได้ปฏิบัติ หรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ใน ประโยคนั้นๆ
ปานกลาง	หมายถึง	พยาบาลรู้สึกพึงพอใจปานกลางที่ได้ปฏิบัติ หรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ใน ประโยคนั้นๆ
น้อย	หมายถึง	พยาบาลรู้สึกพึงพอใจน้อยที่ได้ปฏิบัติ หรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ใน ประโยคนั้นๆ
น้อยที่สุด	หมายถึง	พยาบาลรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดที่ได้ปฏิบัติ หรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ใน ประโยคนั้นๆ

ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแบบปลายปิด มีเกณฑ์การเลือกตอบ และการให้คะแนนดังนี้

5	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานในระดับมากที่สุด	(ร้อยละ 81-100)
4	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานในระดับมาก	(ร้อยละ 61-80)
3	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานในระดับปานกลาง	(ร้อยละ 41-60)
2	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานในระดับน้อย	(ร้อยละ 21-40)
1	หมายถึง	พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานในระดับน้อยที่สุด	(ร้อยละ 0-20)

#### การนำไปใช้และเกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด  
ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล  
คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 16 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 90 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายความว่า  
พยาบาลมีความพึงพอใจมาก โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และแบ่งเกณฑ์  
การแปลผล (ประคอง วรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- |                                   |             |                |
|-----------------------------------|-------------|----------------|
| 1. ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ      | จำนวน 5 ข้อ | (ข้อที่ 1-5)   |
| 2. ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน | จำนวน 5 ข้อ | (ข้อที่ 6-10)  |
| 3. ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ      | จำนวน 6 ข้อ | (ข้อที่ 11-16) |

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลที่ได้ปรับปรุงแก้ไข เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบรายละเอียด ครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนรัดกุมของภาษา โดยผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด หากค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา  $CVI = .95$  ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ของศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศิตตธานี เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2552 แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

โดยถ้าค่าแอลฟา อยู่ระหว่าง .65 - .70 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ถ้าอยู่ในระหว่าง .70 - .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ และถ้าอยู่ระหว่าง .80 - .90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก แต่ถ้าได้ค่าแอลฟามากกว่า .90 ต้องพิจารณาข้อคำถามใหม่ เนื่องจากอาจมีความซ้ำซ้อนของข้อคำถามได้ (DeVellis, 1991) สำหรับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล จำแนกตามรายด้าน ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล  
จำแนกตามรายด้าน

ความพึงพอใจของพยาบาล	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ด้านความสำเร็จ	.65
ด้านอำนาจในการทำงาน	.69
ด้านสัมพันธภาพ	.70
โดยรวม	.81

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีของ Eriksen (1988) โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นงนุช ประสิทธิ์วิไล (2548) และปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยติดสารเสพติด

#### ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดและความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Eriksen (1988) โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นงนุช ประสิทธิ์วิไล (2548) และปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยติดสารเสพติด มีลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในแต่ละช่วงคำตอบมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด ที่ได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ
มาก	หมายถึง	ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมาก ที่ได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจปานกลาง ที่ได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ
น้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจน้อย ที่ได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด ที่ได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้นๆ

ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแบบปลายปิด มีเกณฑ์การเลือกตอบ และการให้คะแนน  
ดังนี้

5	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานในระดับมากที่สุด	(ร้อยละ 81-100)
4	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานในระดับมาก	(ร้อยละ 61-80)
3	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานในระดับปานกลาง	(ร้อยละ 41-60)
2	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานในระดับน้อย	(ร้อยละ 21-40)
1	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานในระดับน้อยที่สุด	(ร้อยละ 0-20)

### การนำไปใช้และเกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการให้บริการพยาบาล คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 29 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 145 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายความว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และแบ่งเกณฑ์การแปลผล (ประคอง กรรมสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจน้อยที่สุด

ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านศิลปะการดูแล จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5)
2. ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 6-10)
3. ด้านความพร้อมในการบริการ จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 11-15)
4. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 16-19)
5. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 20-23)
6. ด้านผลลัพธ์การดูแล จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 24-29)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ปรับปรุงขึ้น เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบรายละเอียด ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนรัดกุม

ของภาษา โดยผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หากค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา  $CVI = .89$  ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานี เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2552 แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยถ้าค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง .65 - .70 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ถ้าอยู่ในระหว่าง .70 - .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ และถ้าอยู่ระหว่าง .80 - .90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก แต่ถ้าได้ค่าแอลฟามากกว่า .90 ต้องพิจารณาข้อคำถามใหม่ เนื่องจากอาจมีความซ้ำซ้อนของข้อคำถามได้ (DeVellis, 1991)

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย จำแนกตามรายด้าน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย จำแนกตามรายด้าน

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ด้านศิลปะการดูแล	.67
ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค	.66
ด้านความพร้อมในการบริการ	.69
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	.68
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	.60
ด้านผลลัพธ์การดูแล	.66
โดยรวม	.89

## การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

### ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

มีการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

2. เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลติดยาเสพติดสงขลา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสานงานกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมพยาบาลที่มีประสบการณ์ที่สามารถเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้ และกลุ่มพยาบาลที่เป็นผู้ร่วมดูแล ในตึกผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

3.1 ประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ และความรู้เรื่องการพยาบาลด้านยาเสพติด ก่อนการอบรม

3.2 จัดอบรมเรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน

4. เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล เจ้าของไข้ คุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลประจำการที่ไม่ได้เข้าร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดมากกว่า 5 ปี ได้รับการอบรม เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ และมีความสมัครใจในการเป็นผู้ช่วยในการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบ และอธิบายวิธีการสังเกตการปฏิบัติตามการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ



## ระยะที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ ในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดสงขลา จากพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 16 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในแผนกผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 20-26 มีนาคม พ.ศ. 2552

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมพยาบาล ผู้วิจัยจัดอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้แก่พยาบาลประจำการ ในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดสงขลา ทั้งหมด 16 คน ใช้เวลาในการอบรม 2 วัน คือ วันที่ 3 และ 7 เมษายน พ.ศ. 2552 เวลา 8.30 – 16.00 น. โดยจัดการอบรมแบบบรรยาย และประชุมกลุ่ม ณ ห้องประชุม ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดสงขลา

ในวันแรกของการจัดอบรม วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2552 หลังจากที่ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึง วัตถุประสงค์ของการอบรมครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการอบรมทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนเริ่มการอบรม (Pre-test) เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมในวันแรก ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทำแบบทดสอบความรู้หลังการอบรม (Post-test) ในวันที่สองของการอบรม คือ วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการอบรมทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนเริ่มการอบรม (Pre-test) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมในวันที่สอง ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทำแบบทดสอบความรู้หลังการอบรม (Post-test) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบทั้ง 2 เรื่อง มีดังนี้

### ตารางที่ 7 คะแนนความรู้การพยาบาลเจ้าของไข้ และความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

แบบทดสอบเรื่อง	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย
		ก่อนการอบรม	หลังการอบรม
การพยาบาลเจ้าของไข้	13 (100%)	10.6 (81.5%)	12.07 (92.8%)
การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด	20 (100%)	14.2 (71%)	16.02 (80.1%)

จากคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม แต่ยังไม่สามารถตอบได้ถูกต้องทุกข้อ ซึ่งจากการตรวจข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่ข้อคำถามที่ผู้เข้ารับการอบรมตอบผิดเป็นเรื่องของ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์พยาบาล และหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ชี้แจงให้ทราบถึงขั้นตอนการสื่อสารระหว่างบุคลากรว่า พยาบาลเจ้าของไข้สามารถที่จะสื่อสารโดยตรงกับแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องรายงานผ่านหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม แต่ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถตอบได้ถูกต้องทุกข้อ ซึ่งจากการตรวจข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่ ตอบข้อ 8 และ ข้อ 9 ผิด คือ ข้อคำถามว่า แนวคิด 12 ขั้นตอน (Twelve steps program) เน้นการบำบัดผู้ป่วยด้านใด และพยาบาลที่มีลักษณะของพยาบาลด้านยาเสพติดที่เหมาะสมคือข้อใด

หลังจากเสร็จสิ้นการอบรม ผู้วิจัยได้ เผลยข้อสอบ และอธิบายเหตุผลในคำตอบแต่ละข้อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบ และมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

เมื่อเสร็จสิ้นการอบรม ทั้ง 2 วัน ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้ารับการอบรม ประเมินผลการอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 85.71 พึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 14.29 ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในระดับมากต่อความรู้ เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ได้ชัดเจนมากขึ้น การนำแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ต่อระยะเวลาในการจัดอบรม 2 วัน และสถานที่ในการจัดอบรม คือ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาพยาบาล สงขลา สะดวกต่อการเดินทางในการอบรม

หลังจากอบรมแล้ว พยาบาลประจำการเริ่มทดลอง การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลสงขลา เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 10 - 16 เมษายน 2552 พยาบาลประจำการ สามารถขอคำปรึกษาแนะนำกับผู้วิจัยได้ ในกรณีที่เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน และรวบรวมข้อมูลที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2552 เวลา 10.00 – 12.00 น. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และพยาบาลเจ้าของไข้ได้ประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นในการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และร่วมหาแนวทางแก้ไข ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่ มีดังนี้

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแล ยังไม่มีความคุ้นเคยกับการแนะนำตนเอง ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางแก้ไข ผู้วิจัย ทำหน้าที่ในการเริ่มต้นแนะนำตัวพยาบาลเจ้าของไข้ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิดความคุ้นเคยกับการที่จะแนะนำตนเอง

2. พยาบาลบางท่านมีความรู้สึกว่ามีภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม คือ ต้องมีการวางแผนการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาลด้วยตนเอง เนื่องจาก ก่อนหน้านี้ที่ปฏิบัติ คือ ไม่มีการวางแผนการพยาบาล และจะบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะรายที่มีปัญหาเท่านั้น

แนวทางแก้ไข ผู้วิจัย อธิบายให้พยาบาลบางท่านที่มีความรู้สึก ถึงภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ว่า ควรมีการจัดระบบในการทำงานที่เกิดขึ้นให้เหมาะสม เนื่องจากการวางแผนการพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเขียนภายในเวรเดียว อาจเพิ่มเติมได้ในภายหลัง หากพบว่า มีปัญหาเกิดขึ้น สำหรับการบันทึกทางการพยาบาล ให้เลือกปัญหาสำคัญของผู้ป่วย หรือแนวโน้มปัญหาที่จะเกิดขึ้นมาเขียนบันทึกทางการพยาบาล

3. การสื่อสารกับทีมสุขภาพด้วยตัวพยาบาลเจ้าของไข้เอง เนื่องจาก ก่อนหน้านี้ที่ปฏิบัติ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้รายงาน ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้ขาดทักษะในการสื่อสารกับทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางแก้ไข หัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลหัวหน้าเวร ฝึกให้พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้รายงาน หรือสื่อสารกับทีมสุขภาพ ด้วยตัวเองทุกครั้ง ที่ต้องมีการสื่อสาร หรือประสานงาน

4. การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ยังทำได้ค่อนข้างน้อย เนื่องจาก นโยบายของศูนย์บำบัดรักษาเยสพิดีต สงขลา มีการกำหนดให้ครอบครัวผู้ป่วย เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จึงทำให้การติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ไม่ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข ผู้วิจัย นัดหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้มาพบครอบครัวผู้ป่วย ในวันที่ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำหน้าที่ในการเริ่มต้นแนะนำตัวพยาบาลเจ้าของไข้ ให้กับครอบครัวแต่ละราย

ผู้วิจัย อธิบายให้พยาบาลเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแล ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และครอบครัว ในการให้การพยาบาลเจ้าของไข้

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิดีตสงขลา โดยให้การพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 20

เมษายน พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วนของพยาบาลตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

ในระหว่างการดำเนินการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยมีการกำกับการทดลอง โดยการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกำหนดช่วงเวลาติดตามการปฏิบัติของพยาบาล ในวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ และกำหนดเวลาโดยมีการสังเกตทุกเวร คือ เวรเช้า เวลา 10.00 - 12.00 น. เวรบ่าย เวลา 20.00 - 22.00 น. เวรดึก เวลา 6.00 - 8.00 น. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตตามสถานการณ์ และมีช่วงห่างของเวลาที่สังเกตเท่าๆกัน สังเกตการให้ดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคน คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ ถ้าพบว่ามีพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามข้อรายการของแบบสังเกต น้อยกว่า 10 ข้อ ของรายการแบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงกับพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลคนนั้นๆ ทราบ เพื่อให้มีการแก้ไข และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้  
จำแนกตามรายการกิจกรรม (n= 16)

ข้อ ที่	กิจกรรมการ พยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ
1	พยาบาลเจ้าของไข้มี การแนะนำตนเองแก่ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ ได้รับมอบหมายให้ การดูแล	13 (81.25%)	3 (18.75%)	14 (87.5%)	2 (12.5%)	16 (100%)	0 (0%)
2	พยาบาลเจ้าของไข้มี การวางแผนการ พยาบาล โดยบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษร	10 (62.50%)	6 (37.50%)	12 (75%)	4 (25%)	16 (100%)	0 (0%)



ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อ ที่	กิจกรรมการ พยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ
3	พยาบาลเจ้าของไข้ เขียนบันทึกทางการ พยาบาลด้วยตนเอง	12 (75%)	4 (25%)	14 (87.5%)	2 (12.50%)	16 (100%)	0 (0%)
4	พยาบาลเจ้าของไข้มี การติดต่อสื่อสารกับ บุคลากรในทีม สุขภาพด้วยตนเอง	9 (56.25%)	7 (43.75%)	12 (75%)	4 (25%)	16 (100%)	0 (0%)
5	พยาบาลเจ้าของไข้มี การติดตามปัญหาของ ผู้ป่วย และปรับปรุง แผนการพยาบาลอยู่ เสมอ	10 (62.50%)	6 (37.50%)	13 (81.25%)	3 (18.75%)	16 (100%)	0 (0%)
6	ในกรณีที่พยาบาล เจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้น ปฏิบัติงาน จะ มอบหมายงานให้ พยาบาลที่ไม่ใช่ พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน	13 (81.25%)	3 (18.75%)	14 (87.5%)	2 (12.50%)	16 (100%)	0 (0%)
7	ในกรณีที่มีอาการ เปลี่ยนแปลงพยาบาล ผู้ร่วมดูแลสามารถ ปรับแผนการ พยาบาลได้ และมีการ ติดต่อสื่อสารให้ พยาบาลเจ้าของไข้ ทราบ	15 (93.75%)	1 (6.25%)	16 (100%)	0 (0%)	16 (100%)	0 (0%)

ข้อ ที่	กิจกรรมการ พยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ
8	พยาบาลเจ้าของไข้มี การวางแผน การดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	10 (62.50%)	6 (37.50%)	13 (81.25%)	3 (18.75%)	16 (100%)	0 (0%)
9	พยาบาลเจ้าของไข้ ทำ หน้าที่รับ-ส่งเวร ใน ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของไข้	14 (87.5%)	2 (12.50%)	15 (93.75%)	1 (6.25%)	16 (100%)	0 (0%)
10	พยาบาลเจ้าของไข้ มี การวางแผน การ จำหน่ายผู้ป่วยเป็น ลายลักษณ์อักษร	8 (50%)	8 (50%)	12 (75%)	4 (25%)	16 (100%)	0 (0%)

จากตารางที่ 8 พบว่า การสังเกตพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามรายกิจกรรม ทั้ง 10 ข้อ ในการสังเกตครั้งที่ 1 กิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติได้มากที่สุดถึง 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.75 คือ กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลผู้ร่วมดูแล สามารถปรับแผนการพยาบาลได้ และมีการติดต่อสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ สำหรับการสังเกตพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ มีการปฏิบัติเพียง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งผู้วิจัยได้สอบถามพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ ไม่มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร เพราะ ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้อธิบายให้ทราบถึง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ การสังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ในครั้งที่ 3 พยาบาลเจ้าของไข้ ทั้ง 16 คน สามารถปฏิบัติตามแบบสังเกตได้ทั้งหมด

### ระยะที่ 3 ขั้นการประเมินผลการทดลอง

หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการประเมินผลการทดลองดังนี้

1. ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้
2. ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้
3. มีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในพยาบาลกลุ่มอย่าง จำนวน 16 คน หลังจากทำการทดลองครบ 1 เดือน สำหรับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ผู้วิจัยใช้รหัส FG (Focus Group) แทนผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยเริ่มตั้งแต่ FG -1 (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) ถึง FG -16 (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16) ซึ่งมีการพูดคุยถึงการให้การพยาบาลเจ้าของไข้ในประเด็นต่างๆ ให้ชัดเจนมากขึ้น โดยมีแนวทางในการสนทนากลุ่ม ใช้คำถามแบบกว้างๆในประเด็นที่สนใจ ดังนี้

- 3.1 อยากให้เล่าถึงประสบการณ์ในการให้การพยาบาลเจ้าของไข้
- 3.2 มีความรู้สึกอย่างไรต่อการให้การพยาบาลเจ้าของไข้

จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ สรุปเป็นประเด็นหลัก ได้ดังนี้

1. ระบบการทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
2. พยาบาลเจ้าของไข้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
3. ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจในการรักษา
4. ความต่อเนื่องในการดูแล
5. เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

**1.ระบบการทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย** จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้การทำงานของพยาบาลมีความชัดเจนมากขึ้น ในเรื่องของการมอบหมายงาน การประสานงานกับทีมสุขภาพ การสื่อสาร การวางแผนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว ดังการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ทำให้เรารู้จักคนไข้มากขึ้นค่ะ รู้สึกถึงการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้น มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีเป้าหมายในการทำงาน ในส่วนของครอบครัวผู้ป่วย เราได้มีการพูดคุยกัน มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกัน เราได้มีการเตรียมความพร้อมคนไข้ในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างของตัวน้องที่ได้ไปดูงานผู้ป่วยยาเสพติดของ Day Top ที่อเมริกา เคื่อก็มีการดูแลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ค่ะ รู้สึกพอใจมากค่ะ ที่เราก็มมีการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้กับผู้ป่วยด้วย ได้ประโยชน์มาก อยากให้ดูแลแบบนี้ไปตลอด” (FG -3)

“ได้ความรู้ในเรื่องของการพยาบาลเจ้าของไข้มากขึ้นค่ะ จากเมื่อก่อนเคยได้ยินมาเหมือนกัน แต่ยังไม่ลึกซึ้งพอ ชัดเจนขึ้น แล้วก็สามารถนำไปใช้งาน อันไหนที่ไม่เข้าใจก็สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยค่ะ ก็ดีค่ะ ศูนย์เราจะได้มีระบบงานที่ชัดเจน เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น อย่างเรื่อง nurse's note ก็เหมือนกัน เมื่อก่อนเขียนไม่ค่อยจะถูกกัน เขียนตามๆกัน ไม่ได้พัฒนาเรื่องนี้กันนานแล้ว เวลา HA เข้ามาคู เขาก็ comment ทุกครั้ง เรื่องของการเขียน nurse's note ตอนนี้มีแนวทางมาให้ดู ได้เรียนรู้จากอาจารย์ เข้าใจมากขึ้น มั่นใจในการเขียนมากขึ้น” (FG -6)

“ข้อดีของการนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้เหมือนเป็นแรงกระตุ้นให้เราเขียน nurse's note มากขึ้น ทั่วๆที่ก่อนหน้านี้ไม่ค่อยเห็นความสำคัญในการเขียน มีความรู้สึกว่ามีงานอื่นที่เราต้องเคลียร์ก่อน บางทีก็เรื่องคนไข้ กว่าจะเสร็จเรื่องก็ใกล้ถึงเวลา ทำให้ไม่มีเวลาในการเขียน แล้วตอนนี้คนไข้ก็เพิ่มมากขึ้น เกือบ 50 คนแล้ว มีพยาบาลดูแลทั้งเวร แค่ 2 คน ดูการทำกลุ่มของคนไข้ ก็แทบจะไม่มีเวลาทำอย่างอื่นแล้ว” (FG -1)

2. พยาบาลเจ้าของไข้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ในรายที่ตนเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ดังการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของเรา พอเราได้พูดคุยก็พบว่ามีปัญหา เรื่องเงิน เราก็ส่งต่อไปหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือเขาได้ เช่น สังกมสงเคราะห์ โดยไม่ต้องรอรายงานผ่านหัวหน้าตึก เพราะบางครั้งก็อาจล่าช้า เนื่องจากหัวหน้าตึกติดประชุมบ้าง อะไรบ้าง เราก็สามารถตัดสินใจเองได้เลย” (FG -4)

“การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ดีค่ะ ฟังพอใจมากที่สุด สามารถตัดสินใจในการทำงานได้ด้วยตนเอง มีอิสระในการทำงานใน case ที่เราเป็นเจ้าของไข้ คนไข้จะยอมรับในการรักษาหรือไม่นั้น ดูได้จากตัวเราเลยคะ ถ้าเราตั้งใจ สนใจ รับฟัง และช่วยแก้ปัญหาให้เค้าได้ แม้ว่าจะไม่ทั้งหมด คนไข้ก็ยอมรับแล้วละคะ แล้วมันก็เหมือนเป็นแรงบันดาลใจนะคะ ถ้าช่วยให้เค้าเลิกยาได้ ก็เหมือนชุบชีวิตคนๆนึง ให้เกิดใหม่เลยคะ มันเป็นความภูมิใจอย่างนึงเหมือนกันว่าเค้ากลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยที่ครอบครัวยอมรับตัวเค้า มีอนาคตที่ดีต่อไปคะ” (FG -6)



3. ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจในการรักษา จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วย และญาติมีความมั่นใจ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด สามารถเลิกหรือหยุดการพึ่งยาเสพติดได้ ดังการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผู้ป่วยเขาชอบนะ มีพยาบาลคอยดูแลโดยเฉพาะ แล้วผู้ป่วยก็ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ส่วนของญาติก็เหมือนกัน คำก็ได้สอบถามอาการของผู้ป่วยกับเราโดยตรงเหมือนกับเค้าเชื่อมั่นในตัวเรานะ ว่าสามารถช่วยลูกหลานเค้าได้” (FG -10)

4. ความต่อเนื่องในการดูแล จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการดูแลโดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ ในการพยาบาลโดยยึดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างปัจเจกบุคคล เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าพยาบาลจะหยุดเวรไป แต่ก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องได้ เนื่องจากมีพยาบาลผู้ร่วมดูแล ทำให้เกิดการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ดังการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เวลาที่เราหยุดเวรไปหลายวัน กลับมาก็รู้ว่าผู้ป่วยเป็นยังไงบ้าง ได้ตามใน case เดิมที่เราได้รับมอบหมายอยู่ มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลส่งต่ออาการผู้ป่วย ปัญหา ความต้องการของเค้า” (FG -12)

“ตอนแรกคิดว่าต้องเพิ่มงาน ต้องมาสนใจในการดูแลให้มากขึ้นหรือไม่ พอทำแล้วผู้ป่วยพอใจ รู้สึก positive กับเรา อีกร้อยเราได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ พอทำไปซักระยะหนึ่ง ก็รู้ว่าไม่ได้ยุ่งยากอย่างที่คิด ถ้าได้ทำต่อไปอีกหน่อย ทุกอย่างก็คงเข้าที่เข้าทางมากกว่านี้ล่ะ” (FG -7)

5. เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ได้รับความร่วมมือ และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติ การได้รับความร่วมมือในการบำบัดรักษาจากผู้ป่วย และญาติ ดังการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ก็ดีนะ ทำให้เราได้พูดคุยกับคนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของเราได้มากขึ้น คนไข้ก็น่าเปิดใจกับเรามากขึ้น เพราะคนไข้พวกนี้นะ ถ้าเค้าไม่ไว้วางใจเรา บางเรื่องเค้าก็จะปิดเรา ไม่บอกเราหมดหรอก แต่พอมีพยาบาลที่ดูแลเค้าเฉพาะราย ให้คำปรึกษาแนะนำเค้า สัมพันธภาพก็เกิด ความไว้วางใจก็มีมากขึ้น” (FG -16)

“เห็นปัญหาของคนไข้ได้มากขึ้น เขากลับที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว พูดให้เราฟัง สัมพันธภาพดีขึ้นกว่าเมื่อก่อนเยอะ” (FG -14)

“ผู้ป่วยเค้าบอกนะ ว่าเค้าภูมิใจที่ตัวเองมีที่พยาบาลเจ้าของไข้อยู่ดูแล ถ้ามองได้สารทุกข์สุกดิบ รู้สึกอุ่นใจ กล้าที่จะบอกความรู้สึก ความต้องการของตัวเอง กับที่พยาบาลเจ้าของไข้” (FG -2)

“ผู้ป่วยไว้วางใจเรามากขึ้น ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก ผู้ป่วยไว้วางใจเราตลอด ถึงแม้ว่าเราไม่ได้ขึ้นเวรทุกวันก็ตาม แต่จะมีพยาบาลคนอื่นคอยส่งเวรต่อให้” (FG -5)

“ได้พูดคุยกับคนไข้มากขึ้น สามารถดึงปัญหาของผู้ป่วยมาวางแผนในการให้การพยาบาล รวมทั้งได้พูดคุยกับญาติมากขึ้น” (FG -9)

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลบางท่านมีความพึงพอใจ ที่ทำแล้วผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดนั้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการบำบัด ทั้งในด้านของความตั้งใจในการบำบัด ความต้องการเลิกใช้สารเสพติด การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการบำบัดรักษาต่างๆ แต่ผู้ป่วยหลายรายมักไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เช่น มีการหลีกเลี่ยง การเฉยเมยไม่สนใจ ไม่ปฏิบัติตาม การหลบหนีออกจากสถานบำบัด หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เพื่อประโยชน์ และการฟื้นฟูจากการติดสารเสพติด แต่ก็มีพยาบาลผู้ให้ข้อมูลบางท่านมีความพึงพอใจน้อยต่อการดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ทำแล้วยังไม่เห็นความสำคัญ ของการทำงานแบบนี้เลย ตัวเองรู้สึกว่ายังไม่เต็มที่เท่าที่ควร ทำแบบเดิมก็โอเคคืออยู่แล้ว แบบนี้มันยุ่งยาก มีการเขียนอะไรที่เยอะแยะไปหมด แต่ละเวรก็ไม่มีเวลามา complete chart มันต้องมีแรงจูงใจที่มากกว่านี้ ถึงรู้สึกว่า ทำแล้วดี” (FG -15)

“คนไข้ไม่มีปัญหาอะไร ก็สบายดี ไม่รู้ว่าจะเขียนแผนการพยาบาลยังไง คนไข้ไม่มีอาการอะไรที่เป็นปัญหาให้เขียน ก็เขียนเหมือนเดิมๆ ทุกวัน งานลู่ทีนก็มากพออยู่แล้ว ทำงานไม่ค่อยทัน ไม่มีเวลานั่งแปลนงาน การรายงานแพทย์ หัวหน้าตึกทำเอง ก็คืออยู่แล้ว เราก็รายงานหัวหน้าตึกอยู่แล้วถ้ามีอะไรเกิดขึ้น ไม่เห็นต้องมารับผิดชอบเองเลย” (FG -13)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าการตอบรับ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ต่อการพยาบาล ต่อบริการ หรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient /Participant Information Sheet) ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย ในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

สำหรับการสนทนากลุ่ม ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ และใช้จรรยาบรรณของนักวิจัย เนื่องจากการสนทนากลุ่ม อาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลในด้านการรักษาความลับ เรื่อง ทศนคติ ข้อคิดเห็น ความรู้สึกที่อาจเกี่ยวข้องกับงานในปัจจุบัน ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก อธิบายให้ทราบว่าขณะสนทนากลุ่ม จะขอบันทึกเสียงด้วย เพื่อความสะดวก และถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูล ขณะบันทึกเสียงหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้บันทึกเสียง สามารถที่จะหยุดบันทึกเสียงเมื่อใดก็ได้ และรักษาความลับด้วยการทำลายบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม การสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันชัยภูมิรักษ์ และได้รับการอนุมัติจากศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลจิตตสงขลา เพื่อดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่าง ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ Dependent t-test statistic โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบโดยใช้วิธีการทางสถิติทดสอบของ Kolmogorov-Smirnov (K-S Test)
4. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ Independent t-test Statistic โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบ โดยใช้วิธีการทางสถิติทดสอบของ Kolmogorov-Smirnov (K-S Test)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เตรียมสถานที่ เตรียมพยาบาล  
เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย

### 2. ขั้นตอนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูล ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการพยาบาล  
เจ้าของไข้ จากพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 16 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย  
ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมพยาบาล ในเรื่องของ

1. การให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหา ประกอบด้วย การ  
พยาบาลเจ้าของไข้ ทบทวนความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟู  
สมรรถภาพ ในเรื่องของ การมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมทางเลือกการบำบัดรักษา  
การช่วยเหลือตนเอง ชุมชนบำบัด ขั้นตอนกระบวนการพยาบาลโดยใช้การพยาบาลเจ้าของ  
ไข้ ซึ่งใช้วิธีการบรรยาย ตามแผนการอบรม 2 วัน

2. การร่วมกันบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  
โดยร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในเรื่องของ  
การมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมทางเลือกการบำบัดรักษา การช่วยเหลือตนเอง  
ชุมชนบำบัด ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งใช้วิธีการ  
อภิปราย ระดมสมอง ตามแผนการอบรม 2 วัน

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟู  
สมรรถภาพในสถานการณ์จริง เป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟู  
สมรรถภาพ โดยการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้ร่วมกันบูรณาการขึ้นไปปฏิบัติในแผนก  
ผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีการประชุมกลุ่มเพื่อหาข้อเสนอแนะ  
อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง

3. ขั้นการประเมินผลการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล และ  
สนทนากลุ่มหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ จากพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 16 คน และเก็บรวบรวม  
ข้อมูลความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลการพยาบาล  
เจ้าของไข้ จำนวน 30 คน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง การพยาบาลเจ้าของไข้ รายด้านและโดยรวม
- ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ รายด้านและโดยรวม

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง  
การพยาบาลเจ้าของไข้ รายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง  
การพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n = 60)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ			
ด้านผลลัพธ์ การดูแล	3.46	.633	มาก	3.90	.759	มาก	56.18	2.464	.008
ด้านการจัด สิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ	3.76	.510	มาก	3.89	.709	มาก	58	.835	.204
ด้านคุณภาพการ ดูแลทางเทคนิค	3.30	.742	ปานกลาง	3.70	.744	มาก	58	2.084	.021
ด้านความพร้อม ในการ ให้บริการ	3.19	.642	ปานกลาง	3.61	.827	มาก	54.65	2.18	.017
ด้านศิลปะการ ดูแล	3.04	.758	ปานกลาง	3.56	.719	มาก	57.84	2.726	.004
ด้านการดูแล อย่างต่อเนื่อง	2.76	.724	ปานกลาง	3.32	.933	มาก	54.62	2.59	.006
โดยรวม	3.28	.494	มาก	3.69	.674	มาก	53.19	2.674	.005

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นต่างก็สูง

## ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ รายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล เจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n = 16)

ความพึงพอใจของ พยาบาล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความพึงพอใจ ด้านความสำเร็จ	4.19	.622	4.29	.541	15	.540	.298
ความพึงพอใจ ด้านสัมพันธภาพ	3.95	.560	4.15	.554	15	1.149	.135
ความพึงพอใจ ด้านอำนาจในการ ทำงาน	3.91	.532	3.96	.662	15	.311	.380
โดยรวม	4.02	.481	4.13	.501	15	.849	.205

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ทั้งสามด้าน โดยรวม หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ เป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลแต่ละด้าน หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ต่างก็สูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาถึงผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยออกแบบแผนการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest- Posttest Design) (ธวัชชัย วรพงศธร, 2543)

$O_1 \quad X \quad O_2$

$O_1$  หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้

$O_2$  หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการพยาบาลเจ้าของไข้

X หมายถึง การดูแลโดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Control Group Posttest Only Design) (สุจิตรา บุญรัตพันธ์, 2547)

$C \quad - \quad O_3$

$E \quad X \quad O_4$

C หมายถึง กลุ่มควบคุม

E หมายถึง กลุ่มทดลอง

X หมายถึง การดูแลโดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้

$O_3$  หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

$O_4$  หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการพยาบาลเจ้าของไข้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังการพยาบาลเจ้าของไข้
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังการพยาบาลเจ้าของไข้
4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการพยาบาลตามปกติ
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน
2. ผู้ป่วยติดสารเสพติด ระบบบังคับบำบัด ที่เข้ามารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพประเภทผู้ป่วยใน ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา จำนวน 60 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มี 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด มีพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานจำนวน 16 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานที่ทำการทดลอง ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษานี้ จำนวน 16 คน เป็นกลุ่มเดียวกัน ที่ดูแลทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

- 1.2 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเภทผู้ป่วยใน สำหรับเหตุผลที่เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการถอนพิษยา และระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหัวใจของการบำบัดรักษาเสพติด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

- 2.1 อายุมากกว่า 18 ปี
- 2.2 เป็นผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด
- 2.3 เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ไม่มีอาการหลงผิด
- 2.4 เป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง
- 2.5 เป็นผู้อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 2.6 เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยในระบบสมัครใจ ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดระหว่างการบำบัดระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยต่างด้าว ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยทั้งหมด คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit and Hunger, 1999) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และความเป็นไปได้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมครบจำนวน 30 คนก่อน หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้ว จึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และมีการจัดกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกัน โดยการจับคู่ (Matched Pairs) กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. เพศ แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง
2. อายุ กำหนดเป็นช่วงอายุ ตามช่วงชีวิตมนุษย์ และตามพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆทั้งด้านร่างกาย และความรู้สึกกึ่งจิต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
  - กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี
  - กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 19-40 ปี
  - กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-65 ปี

3. ประสพการณ์ในการเข้ารับการบำบัดรักษาเยาเสพตลด หมายถึง ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาเยาเสพตลด ในศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพตลดสงขลา เป็นครั้งที่เท่าไร

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1. โครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยตลดสารเสพตลด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยตลดสารเสพตลด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้แนวคิดของ Marram et al. (1979) ในการจัดทำคู่มือ
3. แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ในแผนกผู้ป่วยตลดสารเสพตลด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. แบบทดสอบความรู้ 2 เรื่อง คือ
  - 4.1 การพยาบาลเจ้าของไข้
  - 4.2 การพยาบาลผู้ป่วยตลดสารเสพตลด

**ชุดที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ได้แก่

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Robbins (2001) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546)
2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Eriksen (1988) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นงนุช ประสิทธิ์วิไล (2548) ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยตลดสารเสพตลด

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้
  - 1.1 เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยตลดสารเสพตลด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โครงการอบรมเรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยตลดสารเสพตลด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้



และการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

1.2 การเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสานงานกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมพยาบาลที่มีประสบการณ์ที่สามารถเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้ และกลุ่มพยาบาลที่เป็นผู้ร่วมดูแล ในแผนกผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 เตรียมผู้ช่วยในการทำวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลประจำการที่ไม่ได้เข้าร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้

2. ขั้นตอนการทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการให้การพยาบาลเจ้าของไข้ แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา จำนวน 16 คน ตั้งแต่วันที่ 20 – 26 มีนาคม พ.ศ. 2552 และเก็บความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดโครงการอบรม เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้แก่พยาบาลประจำการแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 16 คน จัดอบรม 2 วัน คือ วันที่ 3 และ 7 เมษายน พ.ศ. 2552 เวลา 8.30- 16.00 น. ในวันแรกได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี เป็นวิทยากรบรรยาย แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ และการประยุกต์ใช้ในงาน การบันทึกทางการพยาบาล ระยะเวลาในการบรรยาย 6 ชั่วโมง สำหรับวันที่ 2 ของการอบรม ได้รับเกียรติจากวิทยากร นายแพทย์อังกูร ภัทรากร จากสถาบันรัชฎญารักษ์ บรรยายหัวข้อ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของมนุษย์ กับการติดสารเสพติด แนวทางการวินิจฉัยโรคแทรกทางจิตเวช ที่พบในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะเวลาในการบรรยาย 3 ชั่วโมง หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ วิทยากรบรรยายโดย คุณอนุพงศ์ จันทร์จุฬา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา มีการประเมินความรู้ก่อน และหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม ในเรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ และการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ส่วนผู้วิจัยร่วมกับ ผู้เข้ารับการอบรม ประชุมกลุ่มระดมสมองในการจัดทำ แนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้

ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประกอบในการทำคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้  
ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้  
ตามคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ได้จัดทำขึ้น  
ดำเนินการทดลอง ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม – 20 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่  
เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นระยะเวลา 1 เดือน และ  
ให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังจากได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นระยะเวลา  
1 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในส่วนของพยาบาล  
ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน  
หลังจากนั้นมีการทำสนทนากลุ่ม เรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้  
จากประสบการณ์จริงของพยาบาล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความพึงพอใจ  
ของพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่าง ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล  
เจ้าของไข้ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ Dependent t-test statistic โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ .05 และได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบโดยใช้วิธีการทางสถิติ  
ทดสอบของ Kolmogorov-Smirnov (K-S Test)
4. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ Independent t-test  
Statistic โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น  
ของการใช้สถิติทดสอบ โดยใช้วิธีการทางสถิติทดสอบของ Kolmogorov-Smirnov (K-S Test)

## สรุปผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ทั้งสามด้านโดยรวม หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ เป็นรายด้าน คือ ด้านความสำเร็จ ด้านอำนาจในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลแต่ละด้าน หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ต่างก็สูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ความพึงพอใจของพยาบาล ด้านความสำเร็จ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า พยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับบริการพยาบาลที่ดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลมากที่สุด

ความพึงพอใจของพยาบาล ด้านอำนาจในการทำงาน หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ความพึงพอใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีอิสระ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลมากที่สุด

ความพึงพอใจของพยาบาล ด้านสัมพันธภาพ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า พยาบาลยินดีช่วยเหลือผู้ร่วมงานเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลมากที่สุด

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ทั้ง 6 ด้าน คือ

ความพึงพอใจด้านศิลปะการดูแล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วยโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า การสอนของพยาบาล สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ต้องปฏิบัติอย่างไรในการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดห้องพักให้น่าอยู่ และสะอาด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า พยาบาลสามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจด้านผลลัพธ์การดูแล หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า พยาบาลช่วยในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ทั้งสามด้านโดยรวม หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความพึงพอใจด้านศิลปะการดูแล ความพึงพอใจด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล ความพึงพอใจด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการ ความพึงพอใจด้านผลลัพธ์การดูแล ต่างก็สูง

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย ผลการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย สามารถอธิบายเหตุผลได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความพึงพอใจของพยาบาล ตามแนวคิดของ Robbin (2001) ที่ผู้วิจัยได้ทำการวิจัย มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความสำเร็จ ด้านอำนาจในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพ อภิปรายผลแต่ละด้าน ดังนี้

ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อความสำเร็จในการให้บริการพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาเสพติด โดยที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด มีแนวทางในการ



บริการพยาบาลที่ใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางการพยาบาลด้านยาเสพติด และทำทนายความสามารถ พยาบาลมีความรู้สึภภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งความมีคุณค่าในตนเอง ดังที่ Robbins (2001) กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจในการทำงานก่อให้เกิดผลผลิตสูง ดังนั้นการสร้าง ความพึงพอใจในการทำงานจึงเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ทำงานด้วยความสมัครใจ และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Slavit et al. (1978) กล่าวว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านอิสระใน การทำงาน ปัจจัยด้านความต้องการของงาน หรือลักษณะงาน คือ ได้ปฏิบัติงานที่ทำทนายความสามารถ ได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแล ผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลที่ดี

ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อน การพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลเจ้าของไข้ มีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ การมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) หมายถึง การปฏิบัติงานซึ่งมี ความอิสระในการตัดสินใจ โดยไม่ต้องรอการสั่งการจากผู้บังคับบัญชา ความรับผิดชอบต่อการ ทำงาน (Accountability) หมายถึง การรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น และ การมี อำนาจหน้าที่ในการทำงาน (Authority) หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้สามารถปฏิบัติงาน ที่ตนได้รับ มอบหมายอย่างเต็มกำลังความสามารถ ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้มีความอิสระในการตัดสินใจใน การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานติดต่อสื่อสารโดยตรงกับบุคลากรในทีม ทำให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจ สอดคล้องกับ Robbins (2001) กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับผิดชอบใน งานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มขึ้นทำให้มีความพึงพอใจในการทำงาน ดังพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจากการ สทนทนากลุ่ม ต่อความพึงพอใจในประเด็นพยาบาลเจ้าของไข้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

“คนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของเรา พอเราได้พูดคุยก็พบว่ามีปัญหา เรื่องเงิน เราก็ส่งต่อไปหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือเขาได้ เช่น สังกมสงเคราะห์ โดยไม่ต้องรอรายงาน ผ่านหัวหน้าตึก เพราะบางครั้งก็อาจล่าช้า เนื่องจากหัวหน้าตึกคิดประชุมบ้าง อะไรบ้าง เราก็ สามารถตัดสินใจเองได้เลย” (FG-4)

“การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ดีค่ะ พึงพอใจมากที่สุด สามารถตัดสินใจใน การทำงานได้ด้วยตนเอง มีอิสระในการทำงานใน case ที่เราเป็นเจ้าของไข้ คนไข้จะยอมรับในการ รักษาหรือไม่ฉัน ดูได้จากตัวเราเลยคะ ถ้าเราตั้งใจ สนใจ รับฟัง และช่วยแก้ปัญหาให้เค้าได้ แม้ว่า

จะไม่ทั้งหมด คนไข้ก็ยอมรับแล้วละค่ะ แล้วมันก็เหมือนเป็นแรงบันดาลใจนะคะ ถ้าช่วยให้เค้าเลิกยาได้ ก็เหมือนชุบชีวิตคนๆหนึ่ง ให้เกิดใหม่เลยละ มันเป็นความภูมิใจอย่างหนึ่งเหมือนกันว่าเค้ากลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยที่ครอบครัวยอมรับตัวเค้า มีอนาคตที่ดีต่อไปค่ะ”

(FG -6)

ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลเจ้าของไข้ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และครอบครัว สอดคล้องกับ Robbins (1998) กล่าวว่า ความเป็นมิตร และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Slavitt et al. (1978) กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ หรือการได้ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานในวิชาชีพ ระหว่างปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน ดังพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ต่อความพึงพอใจในประเด็นสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

“มีระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ก็ดีนะ ทำให้เราได้พูดคุยกับคนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของเราได้มากขึ้น คนไข้กล้าเปิดใจกับเรามากขึ้น เพราะคนไข้พวกนี้นะ ถ้าเค้าไม่ไว้วางใจเรา บางเรื่องเค้าก็จะปิดเรา ไม่บอกเราหมดหรอก แต่พอมีพยาบาลที่ดูแลเค้าเฉพาะราย ให้คำปรึกษาแนะนำเค้า สัมพันธภาพก็เกิด ความไว้วางใจก็มีมากขึ้น” (FG -16)

“เห็นปัญหาของคนไข้ได้มากขึ้น เขากล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว พูดให้เราฟัง สัมพันธภาพดีขึ้นกว่าเดิมเยอะ” (FG -14)

“ผู้ป่วยเค้าบอกนะ ว่าเค้าภูมิใจที่ตัวเองมีพี่พยาบาลเจ้าของไข้คอยดูแล ถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ รู้สึกอุ่นใจ กล้าที่จะบอกความรู้สึก ความต้องการของตัวเอง กับพี่พยาบาลเจ้าของไข้” (FG -2)

“ผู้ป่วยไว้วางใจเรามากขึ้น ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก ผู้ป่วยไว้วางใจเราตลอด ถึงแม้ว่าเราไม่ได้ขึ้นเวรทุกวันก็ตาม แต่จะมีพยาบาลคนอื่นคอยส่งเวรต่อให้” (FG -5)

“ได้พูดคุยกับคนไข้มากขึ้น สามารถดึงปัญหาของผู้ป่วยมาวางแผนในการให้การพยาบาล รวมทั้งได้พูดคุยกับญาติมากขึ้น” (FG -9)

จากการสนทนากลุ่ม พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 16 คน แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิดสงขลา พบว่า ประสพการณ์ต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สรุปเป็นประเด็นหลัก ได้ 5 ประเด็น คือ ระบบการทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจในการรักษา ความต่อเนื่องในการดูแล เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับ Jonsdottir (1999) ศึกษาถึง ผลลัพธ์ของการพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง : ประสพการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาล 2 แห่ง ของประเทศไอซ์แลนด์ โดยการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 21 คน ที่มีประสพการณ์ในการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยแยกหมวดหมู่ตามหัวข้อ ดังนี้ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง ความพึงพอใจ และความปลอดภัยของผู้ป่วย การเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล ความยั่งยืนของระบบ ภาระงาน ความกระตือรือร้น และความรับผิดชอบของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ นำสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น ที่สำคัญที่สุดคือ พยาบาลมีประสพการณ์ในการรับรู้ และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น และตรงกับการศึกษาของ Good & Rowe (2001) ศึกษาถึงการรับรู้และประสพการณ์ในการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลในงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลในประเทศไอซ์แลนด์เหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 60 คน โดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลตรงกับทฤษฎีที่ว่า การพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สิ่งที่เด่นชัดของการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสอน หรือขยายต่อ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ก่อให้เกิดภาวะเครียด ในกรณีที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่เรื้อรัง รวมถึงญาติของผู้ป่วยดังกล่าวด้วย และตรงกับการศึกษาของ Laakso & Routasalo (2001) ศึกษาการพยาบาลเจ้าของไข้ในสถานพักฟื้น ประเทศฟินแลนด์ : ประสพการณ์ของผู้พักฟื้น ญาติ และพยาบาล เป็นการเปลี่ยนจากการมอบหมายงานตามหน้าที่ มาเป็นการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ใช้ระยะเวลา 18 เดือน โดยเริ่มจากการสอนแนวคิดให้กับทีมพยาบาล การวางแผน การปรึกษาหารือกันภายในทีม มีการประชุมชี้แจงแก่ญาติ เพื่อให้คำแนะนำ และแจ้งให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว วิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ในประเด็นคำถาม 5 ข้อ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล สภาพการณ์ของผู้พักฟื้น สัมพันธภาพระหว่างผู้พักฟื้นกับพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างญาติกับพยาบาล และบทบาทของพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า



ในผู้พักฟื้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งในการดูแลของพยาบาล และสัมพันธภาพกับพยาบาล แต่สำหรับญาติพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงกับทีมพยาบาล คือ มีความเป็นกันเองมากขึ้น ความร่วมมือระหว่างญาติกับพยาบาลเพิ่มขึ้น มีพยาบาลบางส่วนต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก บางคนกล่าวว่า มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในปีที่ผ่านมา คือ มีบทบาทอิสระเพิ่มมากขึ้น มีอำนาจคิดตัดสินใจมากกว่าเมื่อก่อน ซึ่งการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นแนวทางหนึ่งที่ญาติและพยาบาล สามารถทำงานด้วยกันอย่างใกล้ชิดในการดูแลผู้สูงอายุที่พักฟื้น

2. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่สูงขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่ดูแล ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม และปฏิบัติงานด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ เชื่อมั่น ต่อพยาบาลผู้ให้การบำบัดรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Marram et.al (1974) ศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบทีม แบบหน้าที่ และการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา 2 แห่ง พบว่า การมอบหมายงานด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดถึงร้อยละ 65 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 64 ความพึงพอใจจากการได้รับการดูแลแบบปัจเจกบุคคลเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 95 ความพึงพอใจจากการได้รับการดูแลสนับสนุนทางสังคมเพิ่มจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 75 สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Eriksen (1988) ที่ผู้วิจัยได้ทำการวิจัย มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านศิลปะการดูแล ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านความพร้อมในการให้บริการ และด้านผลลัพธ์การดูแล อภิปรายผลแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านศิลปะการดูแล ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก ผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนึงถึงความต้องการและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีความเข้าใจในปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ซึ่ง



สอดคล้องกับ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2539) ที่กล่าวว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้รับบริการให้เกิดความประทับใจ เกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ต้องมีความอดทน อดกลั้น เข้าใจในความเป็นมนุษย์และคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ ให้การดูแลด้วยการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความเมตตา กรุณา มีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา สอดคล้องกับปรางทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) ศึกษาพบว่า การมีความสนใจต่อปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ มีความอ่อนโยน มิไม่ตรีต่อกัน และมีวาจาที่ไพเราะ จะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจต่อตัวพยาบาล เกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของสิริกัญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) พบว่า ศิลปะการดูแล มีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลด้วยความอ่อนโยน และเห็นอกเห็นใจ จะมีผลต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับในระดับสูง

ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่ให้บริการ ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ว่า พยาบาลที่ดูแลตนเองมีลักษณะเป็นอย่างไร มีความรู้ความสามารถ มีทักษะ ความชำนาญมากน้อยเพียงใด ในส่วนตัวของพยาบาลเจ้าของไข้ ก็ต้องมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะ และความชำนาญในการให้การพยาบาล จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความประทับใจ และพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสิริกัญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) พบว่า ทักษะ ความชำนาญในการพยาบาล และความรู้ความสามารถของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจได้

ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า พยาบาลเจ้าของไข้มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด อีกทั้งพยาบาลเจ้าของไข้จัดสภาพแวดล้อมบริเวณเรือนนอนของผู้ป่วยให้เอื้อต่อการพักผ่อน และการจัดไม่ให้มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากกลับไปเสพยา เช่น บรรยากาศที่เงียบสงบ วัสดุหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด สอดคล้องกับ การศึกษาของเขาวลัักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ของผู้ป่วยศัลยกรรม ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก สิ่งแวดล้อมภายในตึก มีอากาศที่ถ่ายเท ปลอดโปร่ง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่น จึงไม่ได้มุ่งแต่เรื่องนี้อย่างเดียว

ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับรู้และเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย สอดคล้องกับ Macguire (1989) ที่กล่าวว่า เป็นการดูแลที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากความดูแลรับผิดชอบ พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลตามความต้องการของแต่ละคน พยาบาลเจ้าของไข้ มีอิสระ มีอำนาจหน้าที่ และมีเอกสิทธิ์ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล มีความสามารถในการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันในการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

ด้านความพร้อมในการให้บริการ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากก่อนการให้การพยาบาลเจ้าของไข้ ต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร โดยเฉพาะบุคคลที่จะทำหน้าที่ในการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแล ต้องมีการให้ความรู้ในเรื่องของการพยาบาลเจ้าของไข้ การทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประยุกต์การพยาบาลเจ้าของไข้ มาใช้กับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีการทำความเข้าใจ การจัดทำคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการนำการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ปฏิบัติจริง ส่วนตัวของพยาบาลเอง ต้องมีการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และการที่พยาบาลเจ้าของไข้คนเดิมได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจสูงขึ้น (พวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์, 2539)

ด้านผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ จำนวน 4 – 6 คน ทำให้สามารถประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ได้มากขึ้น การได้รับข้อมูล การได้รับคำแนะนำในเรื่องทักษะการปฏิบัติตน การฝึกอาชีพ การเตรียมตัวก่อนจำหน่าย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหา และสามารถเลิกยาเสพติดได้ เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด สอดคล้องกับ Twardon & Gartner (1991) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการพยาบาลเจ้าของไข้ทุกด้าน โดยเฉพาะความเอาใจใส่ของพยาบาลในด้านการสอนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ แตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติ การพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ศศิธร แสงสร (2545) จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ (2547) และ เพ็ญภา ทองติตรัมย์ (2549) ตรงกันว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความแตกต่างกัน คือ มีความพึงพอใจในบริการ พยาบาลที่สูงขึ้น

การพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) เป็นการดูแล ผู้ป่วยเฉพาะราย ที่ได้รับการมอบหมาย โดยมีการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการติดต่อประสานงานการดูแล ร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งมีการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยติดสารเสพติด มักมีปัญหา หลายด้านรวมกัน ไม่เพียงแต่อาการทางกายเมื่อขาดสารเสพติดเท่านั้น ยังมีปัญหาซับซ้อนที่ แตกต่างกันไปในแต่ละราย การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ตามความต้องการ และช่วยแก้ปัญหาได้เฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รู้สึกประทับใจ และภาคภูมิใจ เช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง พูดกับ นักสังคมสงเคราะห์ว่า “รู้สึกภูมิใจ ที่ตนเองมี พยาบาลเจ้าของไข้ คอยดูแล เมื่อตนเองมีปัญหา อยากจะระบายความรู้สึกที่มันอัดอั้นอยู่ที่ที่เค้าฟัง พอได้พูดแล้วมันสบายใจขึ้น บางครั้งพี่เค้าก็มีข้อคิดดีๆ ให้เราได้คิดอยู่ เมื่อพี่พยาบาลที่เป็น เจ้าของไข้ขึ้นเวรมา ก็อุ่นใจ เข้าไปคุยด้วยแล้วรู้สึกสบายใจ พี่เค้ามีความจริงใจ คอยแนะนำในสิ่งที่ ดีๆเสมอ”

การพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วย และญาติได้ดี เนื่องจากมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบำบัดรักษา เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล ทำให้ ตอบสนองความต้องการ และแก้ปัญหาได้อย่างครบถ้วน และตรงประเด็น การให้บริการที่ สอดคล้อง กับความคาดหวัง ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ การใช้แผนการดูแลเป็น เครื่องมือในการกำกับและประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่กำหนดว่าจะปฏิบัติกิจกรรมอะไร เมื่อไร แล้วส่งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยอย่างที่เราวางแผนไว้หรือไม่ พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ปฏิบัติให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ตรงกับแผนการดูแล เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง

## ข้อสังเกต

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล เจ้าของไข้ แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เพราะ การวัดความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ได้ใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจของพยาบาล เฉพาะเจาะจงในเรื่องของการพยาบาลเจ้าของไข้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram et al. (1979) สามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลหลังให้การพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### ด้านการบริหาร

1. การนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาปฏิบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้มีความสำคัญมาก โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ ต้องมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก โดยปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ตรงกัน ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนให้สิ่งต่างๆ เกิดขึ้น ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และคงอยู่ในระดับที่คงที่ เช่น อัตรากำลังที่เพียงพอ ขวัญและกำลังใจ
2. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทบทวนความรู้ กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ชนิดต่างๆ การเตรียมหนังสือ ตำราทางวิชาการ เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าของบุคลากร

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรพัฒนาการใช้กระบวนการให้ครบขั้นตอน มีการวางแผนการพยาบาล เขียนแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการตรวจสอบคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพมากขึ้น



### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล โดยมีการประเมินผลการทดลอง ตามระยะเวลาทุก 3 เดือน หรือทุก 6 เดือน
2. แบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้ ควรปรับปรุงให้เหมาะสม และสะดวกต่อการประเมินในการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยจัดทำเป็น Self Report ให้พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้บันทึก และประเมินตนเอง
3. ควรมีการศึกษา ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มสมัครใจ
4. ควรมีการวิจัยประเมินผลการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อขยายผลการวิจัยต่อจากการวิจัยครั้งนี้

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- จอม สุวรรณโณ. 2541. การจัดการผู้ป่วยเป็นราย: รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 6 (2): 27-32.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. 2539. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้. รามาศิษย์พยาบาลสาร. 2, 2: 89 - 93.
- จันทร์จินดา. 2546. ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์. 2547. การศึกษาการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ. 2545. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอด และหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร สิมากร. 2544. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหวิชาชีพ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรีวัฒน์ คงทอง. 2539. ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล: กรณีศึกษางานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. นทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- เตยหอม บุญพันธ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ กักศิพรหม. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนฤทัย แซ่โล้ว. 2549. ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความพึงพอใจในการบริการพยาบาล และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กป่วยโรคคอตีบรุนแรงเฉียบพลันของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์ภา เชษฐเจ้าวลิต. 2541. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ทิพาวดี เอ็มวารรชนะ. 2545. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2543. หลักการวิจัยทางสาขาสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช ประสิทธิ์วิไล. 2548. ผลของการใช้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดส่องต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล เพียรเจริญ. 2539. ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้ความพึงพอใจ และพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ประชุมช่าง จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2550. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- เบญจวิไล. 2549. ผลการจัดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยกรรมกระดูกตามแนวคิดของแซนดีต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประคอง วรรณสูตร. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์. 2541. การบริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ปาริชาติ แวน ไวศาสตร์. 2543. สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล  
จิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชนก จารุประกร. 2547. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัด  
ด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์. 2551. คุณภาพการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วิพรีนทร์ (1991).
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. 2536. การประกันคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บลูพรีนทร์
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. 2544. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:  
วังใหม่บลูพรีนทร์.
- เพ็ญญา ทองศิริรัมย์. 2549. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของ  
ผู้ป่วยมะเร็ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจิตต์ ภูมิศิริกุล. 2546. ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อ  
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. 2541. นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- มานิตย์ สะสมทรัพย์. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีคุณค่าในตน บรรยากาศจริยธรรมในการ  
ทำงาน กับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน  
ในกำกับมูลนิธิ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการ  
พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล.  
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13, 2: 1-9.
- เยาวลักษณ์ อโณทัย. 2543. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของ  
พยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรักษวงศ์ บรรณาธิการ. 2549. สาระทบทวนการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุกทอง จำกัด.
- วิมล ลักษณะภิกษินชัช และวิภาวดี แสงเพชร. 2547. การศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแล หลังการรักษาสำหรับครอบครัวสถาบันรัชฎญารักษ์. เอกสารการประชุมวิชาการ ยาเสพติด. ครั้งที่ 5. สถาบันรัชฎญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, บรรณาธิการ. 2548. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น- วัยสูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิธร แสงศร. 2545. ระบบพยาบาลเจ้าของใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กรณีศึกษา โรงพยาบาล สมิตเวช สุขุมวิท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา, กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ. 2549. แนวทางการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- สถานการณ์ยาเสพติด. [Online]. Available from <http://www.thanyarak.go.th/thai4.5.5/>. [2551, ตุลาคม, 11]
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2536. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถิติผู้ป่วยยาเสพติดศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา. [Online]. Available from <http://www.sdte.go.th/upload/forum/stat.pdf>. [2551, กันยายน, 22]
- สถิติผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันรัชฎญารักษ์. [Online]. Available from [http://www.thanyarak.go.th/thai4.5.5/index.php?option=com\\_content&task=view&id=413&Itemid=51](http://www.thanyarak.go.th/thai4.5.5/index.php?option=com_content&task=view&id=413&Itemid=51). [2551, กันยายน, 22]
- สมคิด ตีรารากิ. 2545. ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. คุณค่าการพยาบาล. วารสารพยาบาล. 43, 2: 99-111.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การดูแลกับทฤษฎีการดูแลทางการพยาบาล. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วิเจพรินต์ติ้ง.
- สมยศ นาวิการ. 2545. การบริหารแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ.

- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. 2542. ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการ  
พยาบาล: กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
สาธารณสุข, กรมการแพทย์. โรงพยาบาลรัฐราษฎร์. 2543. มาตรฐานการพยาบาลยาเสพติด.  
(อัดสำเนา).
- สาธารณสุข, กรมการแพทย์. โรงพยาบาลรัฐราษฎร์. 2544. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติด  
ยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- สิระยา สัมมาวาจ. 2540. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รักษาไว้ในหอผู้ป่วย  
ศัลยกรรมสามัญโรงพยาบาลรามาริบัติ. รามาริบัติพยาบาลสาร. 3(3): 286-296.
- สิริวัฒนา เกตุวีระพงษ์. 2549. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในงานห้องผู้ป่วยหนัก  
ศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุกัญญา โกวาศัลย์คิลก. 2536. ผลการใช้กระบวนการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอ  
อภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา บุญยรัตน์พันธุ์. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับรัฐประศาสนศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2550. เอกสารคำสอน วิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- อุบล วรรณกิจ. 2547. ผลของการปฏิบัติกรพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถ  
ในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- Aday, L. A. and Anderson, R. 1975. Development of Induces of Access to Medical Care. Michigan Ann Arbor: Health Administration Press.
- Archibong, U.E. 1999. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. Journal of Advanced Nursing. 29(3), 680-689.
- Bandura, A. 1997. Self efficacy: The Exercise of Control. USA.: Freeman and Company.
- Barnum, S. B. 1998. Nursing Theory. 5 th. Philadelphia-New York: Lippincot.
- Beatty, R. S. 1980. Continuity of care: The hospital and the community. New York: Grune & Stratton.
- Brown, J. B. 1982. Perspective in primary nursing. London: Aspen.
- Brown, M. 1992. Nursing management issues and ideals: Health care management review. Maryland: An Aspen.
- Ciske, K.L. 1979. Accountability-The essence of primary nursing. American Journal of Nursing. 9 (5): 891-894.
- Coomber, B. and Barriball, K. L. 2007. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. Journal of Nursing Studies. 44: 297-314.
- Cowin, L. S., Johnson M. and et. Al. 2008. Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses. International Journal of Nursing Studies. 45: 1449-1459.
- C.P. Finn. 2001. Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. Journal of Nursing Studies. 38: 349-357.
- David, P. 1999. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? Journal of Advanced Nursing. 29(3), 584-591.
- Derdarion, A. H. 1990. Effect of using systematic assessment instrument on patient and nurse Satisfaction with nursing care. Oncology Nursing Forum. 17 (1): 45-101.
- DeVellis, R. F. 1991. Scale development: Theory and applications. Newbury Park: Sage.
- Doornbos, M. M. 2002. Family Caregivers and the Mental Health Care System: Reality and Dreams. Archives of Psychiatric Nursing. 16: 39-46.

- Eriksen, L. 1988. Measuring patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. In C.F. Waltz and O.L. Strickland. (eds). Measurement of Nursing Outcome. 524-537. New York: Springer.
- George, J.M., and Jones, G.R. 2005. Understanding and managing organizational behavior. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Goode, D. and Rowe, K. 2001. Perception and experiences of primary nursing in an ICU: a combined method approach. Intensive and critical care nursing. 17: 294-303.
- Hagemaster, J. 1993. Developing Education Program for Nurses That Meet Today's Addiction Challenges. Nurse Education Today. 13: 421-425.
- Hegyvary, T. S. 1982. The change to primary nursing: A cross-cultural view of professional nursing practice. Saint Louis: Mosby.
- Jonsdottir, H. 1999. Outcome of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses's experience. Nursing Management. 7(4): 235-242.
- Kelleher, S. 2007. Health Care Professionals' Knowledge and Attitudes Regarding Substance Use and Substance User. Accident and Emergency Nursing. 15: 161-165.
- Law, S. K. 1999. Multidimensional Constructs M Structural Equation Analysis: An Illustration Using the Job Perception and Job Satisfaction Constructs. Journal of Management. 25(2): 143-160.
- Marram, G.D., Barrett, M.W. and Bevis, E.O. (1979). Primary nursing: A model for individualized care. 2<sup>nd</sup>. Saint Louis: Mosby.
- McEvoy, L. and Duffy, A. 2008. Holistic Practice – A Concept Analysis. Nurse Education in Practice. 8: 412-419.
- Pattison, A. K. and Nelson, J. W. 1986. Primary nursing adapting the concept for OR nurse. AORN Journal. 43: 493-498.
- Perala, M.L. and Hentinen.M. 1989. Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation. International Journal of Nursing Studies. 26: 231-242.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. 1999. Nursing Research: Principle and methods. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rassool, G. H. and Oyefeso. A. 2007. Predictors of course satisfaction and perceived course impact of addiction nurses undertaking a postgraduate diploma in addictive behaviour. Nurse Education Today: 27, 256–265.



- Risser, N.L. 1975. Development of instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care and nursing care in primary care setting. Nursing Research: 24 (1), 45-52.
- Robbins, 2001. Organization Behavior. 9<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Ryan, T. 2003. Primary nursing in acute psychiatry: Practice guidelines. [Online]. Available from [http://www.tom\\_ryan@health.qld.gov.au](http://www.tom_ryan@health.qld.gov.au) or [tomliz@ozemail.com.au](mailto:tomliz@ozemail.com.au). [2008, September, 27]
- Sellick, J. K., Russell, S. and Beckmann, L. J. 2003. Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. International Journal of Nursing Studies. 40: 545-551.
- Shukla, R. K. 1981. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. International Journal of Nursing Studies. 34: 93-102.
- Specter, P.E. 1997. Job satisfaction: Application, Assessment, Cause and Consequence. London: Sage.
- Thomas, H. L. and Bond, S. 1991. Outcome of nursing care: The case of primary nursing. International Journal of Nursing Studies. 28: 291-314.
- Yoder-Wise, P. S. 1999. Leading and Managing in Nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Saint Louis: Mosby Inc.
- Zander, S. K. 1980. Primary nursing Development and Management. London: An Aspen.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

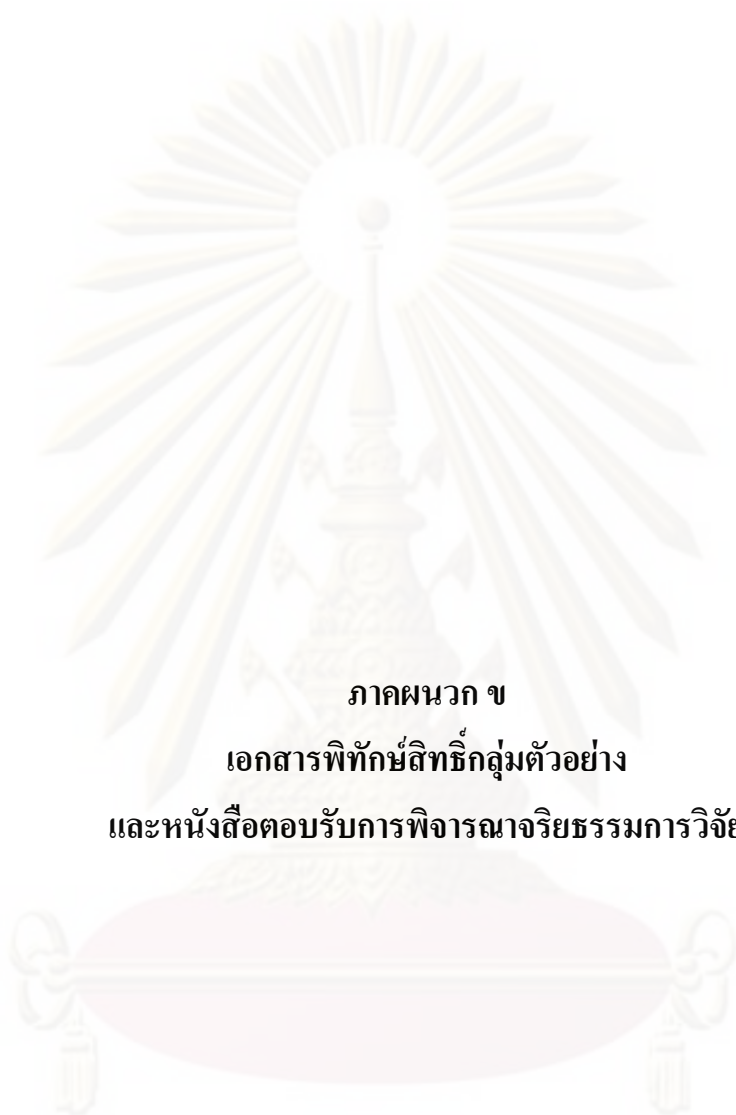
### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |   |   |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี | อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์<br>คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ  |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นะแสง  | อาจารย์พยาบาล สาขาการบริหารการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<br>วิทยาเขตหาดใหญ่  |
| 3. ดร. นิภา กิมสูงเนิน                  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันธัญญารักษ์   |
| 4. นส.นงนุช ประสิทธิ์วีไล               | พยาบาลวิชาชีพ 7<br>หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย - หญิง ชั้น 9<br>โรงพยาบาลรามาริบัติ<br>นํากรพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้กับผู้ป่วย<br>ศัลยกรรม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย - หญิง<br>ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 5. นพ. ธนรัตน์ พุทธชาติ                 | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา   |

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ข  
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง  
และหนังสือตอบรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของ  
พยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรรณรัตน์ รัตนศิริวงศ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ตำบล เกาะแก้ว อำเภอ เมือง  
จังหวัด สงขลา

(ที่บ้าน) 124/10 ม.1 ตำบล ชิงโค อำเภอ สิงหนคร จังหวัด สงขลา

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 074-467453

โทรศัพท์มือถือ 085-8968127

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้การยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม  
ในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ใน  
ผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา 1) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล หลังการ  
พยาบาลเจ้าของไข้ 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังการพยาบาลเจ้าของ  
ไข้ 3) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ และ4)  
เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับ  
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้

3. กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะ  
ฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 16 คน และผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดในระยะฟื้นฟู  
สมรรถภาพ ประเภทผู้ป่วยใน จำนวน 60 คน

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง ที่  
ผู้ศึกษาคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ ข้อมูลทั้งหมดจะมี  
การวิเคราะห์และรายงานการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมในการวิจัย

5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ ใช้เวลา 1 เดือน และจะทำ  
การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณี  
มีปัญหา สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ คือ นางสาวพรรณรัตน์ รัตนศิริวงศ์

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และยินยอมเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว

9. ผู้เข้าร่วมวิจัย เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลใดๆต่อการบำบัดรักษาแต่ประการใด

10. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของ  
พยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

เลขที่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวพรรณรัตน์ รัตนศิริวงศ์ ที่อยู่ 124/10  
ม.1 ตำบล ชิงโค อำเภอ สิงหนคร จังหวัด สงขลา ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือฉบับนี้  
ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการ  
วิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล  
และความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย**สมัครใจ** เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา  
และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะ  
ไม่มีเหตุผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็น  
**ความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งบเงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น  
ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และใบยินยอมของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....  
สถานที่/วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่/วันที่

.....  
(นางสาวพรรณรัตน์ รัตนศิริวงศ์)

.....  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่/วันที่

.....  
พยาน





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ โทร.492, 503  
 ที่... วป. ๕๑ /2552... วันที่... ๒๕ กุมภาพันธ์ 2552  
 เรื่อง... แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน... หัวหน้าโครงการวิจัย

ตามที่คณะกรรมการการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ได้พิจารณาเรื่องที่ยื่นขอรับการพิจารณาการให้การรับรองเชิงจริยธรรม ของโครงการเรื่องผลของการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย นั้น

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่างานวิจัยดังกล่าวข้างต้นมีการดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและถูกต้องตามหลักของ Good Clinical Practice (GCP) จึงมีมติอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการวิจัยต่อไป

(นางปราณี ภาณุภาส)  
 ประธานคณะกรรมการย่อย

(นางนิภา กิมสูงเนิน)  
 คณะกรรมการวิจัยฯ

(นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์)  
 คณะกรรมการวิจัยฯ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างหนังสือเชิญ

วิทยากร และผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0404



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นวิทยากรบรรยาย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา

เนื่องด้วย นางพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยคิดสารเสพติดต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตจะจัดโครงการอบรม เรื่อง การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยคิดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นายอนุพงศ์ จันทร์จุฬา เป็นวิทยากรบรรยาย เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยคิดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ" ในวันที่ 7 เมษายน 2552 เวลา 13.00-14.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นวิทยากรบรรยายตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. รุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายอนุพงศ์ จันทร์จุฬา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-9831

ชื่อ นิสิต

นางพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์ โทร. 08-5896-8127

ศูนย์บริการสุขภาพ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0199

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกคค ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กุมภาพันธ์ 2552

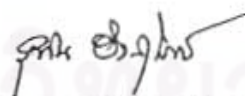
เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษาياهพิศดสงขลา

เนื่องด้วย นางพรรัตน์ รัตนสิริวงส์ นิสิตชั้นปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยคิดสารเสพติดต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ไกรขอกความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน และผู้ป่วยคิดสารเสพติด 60 คน โดยใช้คู่มือการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยคิดสารเสพติด แนววัดความรู้เรื่องการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แบบวัดความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยคิดสารเสพติด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสังเกตการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพรรัตน์ รัตนสิริวงส์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. อุทิน อังสุโรจาร์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-9831

นิสิต

นางพรรัตน์ รัตนสิริวงส์ โทร. 08-5896-8127



ที่ ศธ 0512.11/03๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทย์กิดดี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

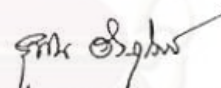
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษาสุขภาพจิตเปิดบ้าน

เนื่องด้วย นางพรรัตน์ รัตนศิริวงษ์ นักศึกษาชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยจิตเภทเล็กน้อยความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยจิตเภท 30 คน โดยใช้คู่มือการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยจิตเภทแบบวัดความรู้เรื่องการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แบบวัดความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสังเกตการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ทั้งนี้มีลักษณะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพรรัตน์ รัตนศิริวงษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ โทร. 0-2218-9831

ผู้ติดต่อ นางพรรัตน์ รัตนศิริวงษ์ โทร. 08-5896-8127

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/040๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นวิทยากรบรรยาย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยคิดสารเสพติดต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจะจัดโครงการอบรม เรื่อง การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยคิดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี เป็นวิทยากรบรรยาย เรื่อง "แนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ประสบการณ์ในการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ และการบันทึกทางการพยาบาล" ในวันที่ 3 เมษายน 2552 เวลา 09.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นวิทยากรบรรยายตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยuthin อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-9831

ผู้นิสิต

นางพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์ โทร. 08-5896-8127

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/0404



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นวิทยากรบรรยาย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์

เนื่องด้วย นางพรรัตน์ รัตนศิริวงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยจิตเภทเสถียรต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงจะจัดโครงการอบรม เรื่อง การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในผู้ป่วยจิตเภทเสถียรระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ อังกูร ภักธรากร เป็นวิทยากรบรรยาย เรื่อง "แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของมนุษย์กับการคิดเสถียรเสถียร และแนวทางการวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเสถียร" ในวันที่ 7 เมษายน 2552 เวลา 08.30-12.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลจิตเวชสงขลา เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นวิทยากรบรรยายตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. รุจน์ อังสุโรจน์)

กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ อังกูร ภักธรากร
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-9831
ข้อนี้ติด	นางพรรัตน์ รัตนศิริวงษ์ โทร. 08-5896-8127



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โครงการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะเวลา 7 วัน  
สมรรถภาพ

1.2 คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะเวลา 7 วันสมรรถภาพ

1.3 แบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้

1.4 แบบทดสอบความรู้ เรื่อง

1.4.1 การพยาบาลเจ้าของไข้

1.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลัน

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

ศูนย์วิทยพัชกร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## โครงการอบรมเรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

### หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลาใช้รูปแบบการพยาบาลแบบตามหน้าที่ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ พยาบาลที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยจะถูกหมุนเวียน สับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร เพื่อร่วมกันในการรับผิดชอบผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) แต่ไม่สามารถให้บริการอย่างเป็นองค์รวม และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ ครอบคลุมต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์พยาบาล ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เมื่อวันที่ 9-11 เมษายน พ.ศ. 2551 จำนวน 10 คน พบว่า ในส่วนที่พึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลน้อย คือ การที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการให้บริการพยาบาล การบริหารจัดการในการให้บริการ พยาบาล การประสานงานกับทีมสุขภาพ จากการศึกษพบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram et al., 1979) เป็นการดูแลผู้รับบริการที่ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง โดยจัดให้ พยาบาลเจ้าของไข้เริ่มดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่มีการ เปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม มีการประสานงาน ผู้รับบริการ และทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากร การพยาบาลเจ้าของไข้ น่าจะมีความสอดคล้องกับ การประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มากกว่าการใช้รูปแบบการ พยาบาลแบบเดิมที่ศูนย์ฯสงขลาดำเนินการ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่า การพยาบาลเจ้าของ ไข้ ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน (Roberts, 1980; Blair et al., 1982; Sellick et al., 1983; Blenkarn et al., 1988 cited in Thomas, H. L., and Bond, S. 1991.) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shukla (1981) พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจใน งานของพยาบาล และการศึกษาของ Goode, D. and Rowe, K. (2001) พบว่า การพยาบาลเจ้าของ ไข้ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และญาติดีขึ้น และเพิ่มระดับความพึงพอใจของ พยาบาล

ดังนั้น พยาบาลในหน่วยงาน ต้องพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บริการอย่างมี ประสิทธิภาพ โดยที่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการ ให้บริการผู้ป่วย ถือว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการที่ดี เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ย่อมคำนึงถึงผลกระทบต่อ ผู้ป่วยเป็นสำคัญว่ารูปแบบใดที่สามารถส่งเสริมให้พยาบาลได้มีเวลา ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาก ที่สุด การให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ รวมทั้ง

ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยได้สูงสุด

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมบูรณาการแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้กับการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้

### ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์

### ที่ปรึกษาโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์

### ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพ แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 16 คน

### ระยะเวลาการฝึกอบรม

ภาคบรรยาย วันที่ 3 และ 7 เมษายน 2552 เวลา 8.30 – 16.00 น.  
ภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 10 - 16 เมษายน 2552

### สถานที่ฝึกอบรม

ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา

### วิธีการอบรม

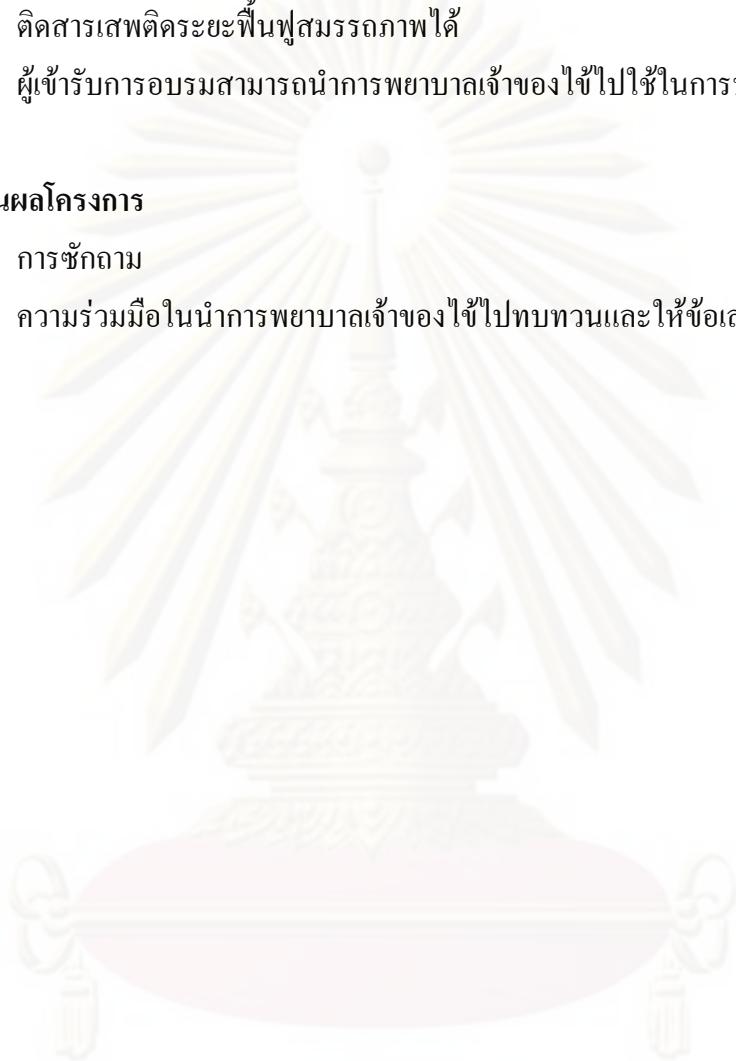
1. บรรยายเรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ และการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. ประชุมกลุ่มย่อย นำเสนอ
3. ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลเจ้าของไข้
2. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถบูรณาการแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้กับการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้
3. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้

### การประเมินผลโครงการ

1. การซักถาม
2. ความร่วมมือในนำการพยาบาลเจ้าของไข้ไปทบทวนและให้ข้อเสนอแนะ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



กำหนดการอบรม

เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเสฟติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ณ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษาเสฟติดสงขลา

วันที่ 3 และ 7 เมษายน 2552 เวลา 8.30 - 16.00 น.

วันที่ 3 เมษายน 2552

08.00 - 08.30 น. ลงทะเบียน

08.30 - 9.00 น. พิธีเปิด โดย คุณบุบผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ  
ศูนย์บำบัดรักษาเสฟติดสงขลา

09.00 -12.00 น. แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ ประสบการณ์ในการพยาบาลเจ้าของไข้  
โดย ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี

13.00 - 16.00 น. การบันทึกทางการพยาบาล  
โดย ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี

วันที่ 7 เมษายน 2552

09.00 - 10.00 น. แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของมนุษย์ กับการติดเชื้อเสฟติด  
โดย นายแพทย์ อังกูร ภัทรากกร สถาบันธัญญารักษ์

10.15 - 12.00 น. แนวทางการวินิจฉัยโรคแทรกทางจิตเวช ที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อเสฟติด

13.00 - 14.15 น. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเสฟติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  
โดย คุณอนุพงศ์ จันทร์จุฬา

14.30 - 15.30 น. แนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดเชื้อเสฟติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  
โดย คุณพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์

15.30 - 16.30 น. ประชุมกลุ่มย่อยและนำเสนอ  
แผนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเสฟติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้

หมายเหตุ

10.00-10.15 น. และ 14.15-14.30 น. พักรับประทานอาหารว่าง

12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

## คู่มือ

การพยาบาลเจ้าของไข้  
ในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดย

พรรัตน์ รัตนศิริวงศ์

และ

ผศ. ร.อ. หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คำชี้แจงในการใช้คู่มือ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์บำบัดรักษาทางเดินหายใจ

### วิธีการใช้คู่มือ

1. ผู้จัดการอบรมใช้คู่มือฉบับนี้เป็นขอบเขตในการอบรมการพยาบาลเจ้าของไข้ ในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
2. หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแล ใช้คู่มือนี้ในระหว่างปฏิบัติงาน

## การพยาบาลเจ้าของไข้

### ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้

Marram et al. (1974) ได้ให้ความหมายการพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคน รับผิดชอบผู้ป่วยรายบุคคล พยาบาลจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย โดยมีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแล ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ พยาบาลเจ้าของไข้มีการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วย

### แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1970 โดย Mary Manthey ซึ่งมีแนวคิดสำคัญ คือ “My patient – my nurse” (Manthey et al., 1970) และ Marram et al. (1974) ได้เสนอแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

1. มอบหมายงานโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน มอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลเฉพาะคน ตั้งแต่วันรับผู้ป่วย พยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง อาจไม่เกิน 6 คน ซึ่งจำนวนการรับผิดชอบผู้ป่วยขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่ออัตราส่วนของพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ต่อผู้ป่วยทั้งหมด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง Marram et al. (1979) ได้เรียกลักษณะการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า “A Triple A Nurse” นั่นคือ มีความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) มีอำนาจหน้าที่ในการดูแล (Authority) มีภาระหน้าที่รับผิดชอบ (Accountability)

2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย มีการบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้บันทึกแผนการพยาบาล จากข้อมูล และการบำบัดรักษาด้วยตนเอง สำหรับการส่งต่อเวร พยาบาลเจ้าของไข้ และผู้ร่วมส่งเวร ในแต่ละเวรจะเป็นผู้ส่งต่ออาการในเวรต่อไป และพยาบาลทุกคนของเวรต่อไปจะร่วมรับฟัง แต่เฉพาะอาการที่สำคัญเท่านั้น รายละเอียดอาการผู้ป่วยแต่ละราย จะต้องรายงานตรงต่อผู้รับผิดชอบต่อไป

3. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือปฏิบัติกับแพทย์ และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม พยาบาลเจ้าของไข้จะติดตามปัญหาของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมอบหมายงานให้

พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน ซึ่งจะเรียกว่าพยาบาลผู้ร่วมดูแล โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้แล้ว พยาบาลผู้ร่วมดูแลสามารถปรับแผนการพยาบาลได้ ในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะฉุกเฉิน ต้องติดต่อสื่อสารให้เจ้าของไข้ทราบด้วย

4. การติดต่อสื่อสารจากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย อาจจะใช้การติดต่อสื่อสารโดยวาจา หรือการบันทึกทางการพยาบาล



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (Marram et al., 1979)

วัตถุประสงค์การพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

1. เพื่อให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care)
2. เพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมเหมือนการดูแลแบบองค์รวม (Comprehensive Care)
3. เพื่อให้มีการประสานงานดูแลผู้ป่วย (Coordinated Care)
4. เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Care)
5. เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)



### แบบสังเกตการพยาบาลเจ้าของไข้

ผู้สังเกต.....

ผู้ได้รับการสังเกต.....

#### คำชี้แจง

ผู้สังเกต หมายถึง ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยที่ทำหน้าที่ในการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมายให้รับผิดชอบ ในหอผู้ป่วย

ผู้ได้รับการสังเกต หมายถึง พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้

คำชี้แจง เมื่อท่านพบเห็นพฤติกรรมปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมายให้รับผิดชอบในหอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานตลอด 8 ชั่วโมง รวมทั้งตรวจสอบจากกิจกรรมการพยาบาลจากแบบบันทึกทางการพยาบาล กรณำบันทึกสิ่งที่ท่านพบเห็น โดยใส่เครื่องหมายถูก (/ ) ลงในช่องคำว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยพิจารณาตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติ	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	พยาบาลเจ้าของไข้มีการแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการมอบหมายให้การดูแล		
2	พยาบาลเจ้าของไข้มีการวางแผนการพยาบาล โดยบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร		
3	พยาบาลเจ้าของไข้เขียนบันทึกทางการพยาบาลด้วยตนเอง		
4	.....		

## แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานทางการพยาบาล.....ปี
3. การมอบหมายงานที่ใช้ในปัจจุบัน.....

### ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามทีละข้อ และใส่เครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าข้อความดังกล่าวถูกต้อง หรือข้อความดังกล่าวผิด

ข้อที่	ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
1	การดูแลด้วยการพยาบาลเจ้าของไข้ คือการมอบหมายให้พยาบาลกลุ่มหนึ่งรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง			
2	พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง			
3	หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้ได้ตลอดเวลา			
4	Primary care หมายถึง การพยาบาลระดับปฐมภูมิ Primary nursing care หมายถึง การพยาบาลเจ้าของไข้			
5	ลักษณะของพยาบาลเจ้าของไข้ มี 3 ลักษณะเด่น คือ มีความอิสระในหน้าที่ มีความรับผิดชอบ และความมีอำนาจในหน้าที่			
6	การพยาบาลเจ้าของไข้ คือการดูแลแบบทีมผสมผสานกับการดูแลแบบองค์รวม			
7	.....			

## แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานทางการพยาบาล.....ปี
3. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด.....ปี

### ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ข้อที่ถูกต้องที่สุด

1. ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับความหมายของยาเสพติด
  - ก. มีความต้องการเสพยาทั้งร่างกาย และจิตใจ
  - ข. ต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้น
  - ค. เมื่อหยุดยาจะไม่มีอาการใด ๆ เกิดขึ้น
  - ง. สุขภาพทั่วไปทรุดโทรม
2. แอมเฟตามีนออกฤทธิ์อย่างไร
  - ก. กดประสาท
  - ข. กระตุ้นประสาท
  - ค. หลอนประสาท
  - ง. ถูกทั้ง ข. และ ค.
3. ข้อใดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาโดยวิธีชุมชนบำบัด
  - ก. ระยะเวลาการรักษา
  - ข. สัมพันธภาพระหว่างผู้ทำการรักษาและผู้รับการรักษา
  - ค. ความตั้งใจและแรงจูงใจของผู้รับการรักษา
  - ง. ถูกทุกข้อ
4. ....

## แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถาม โดยใส่เครื่องหมายถูก (/) ลงในช่อง ( ) ทางซ้ายมือ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา.....ครั้ง
2. เพศ 1. ( ) ชาย                      2. ( ) หญิง
3. สถานภาพสมรส
  1. ( ) โสด                              2. ( ) คู่
  3. ( ) หม้าย                            4. ( ) หย่า
4. ระดับการศึกษา
  1. ( ) ประถมศึกษา              2. ( ) มัธยมศึกษา
  3. ( ) อนุปริญญา                  4. ( ) ปริญญาตรี
  5. ( ) สูงกว่าปริญญาตรี        6. ( ) ว่างงาน
5. อาชีพ
  1. ( ) รับราชการ                      2. ( ) รัฐวิสาหกิจ
  3. ( ) พนักงานบริษัท                3. ( ) ธุรกิจส่วนตัว
  4. ( ) ว่างงาน
6. ท่านเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแห่งนี้ เป็นครั้งที่
  1. ( ) ครั้งที่ 1                        2. ( ) ครั้งที่ 2
  3. ( ) ครั้งที่ 3                        4. ( ) มากกว่า 3 ครั้ง



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้สึของผู้ป่วยที่มีต่อบริการพยาบาลที่ท่านได้รับจากพยาบาลที่ให้การดูแลท่าน ในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแห่งนี้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Eriksen (1988) และพัฒนาแบบสอบถามจากงานของ ประสิทธิ์วิไล (2547) โปรดใส่เครื่องหมายถูก ( / ) ลงในช่องทางขวามือในแต่ละข้อที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80-100)  
 ระดับ 4 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลในระดับมาก (ร้อยละ 60-79)  
 ระดับ 3 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40-59)  
 ระดับ 2 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลในระดับน้อย (ร้อยละ 20-39)  
 ระดับ 1 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลในระดับน้อยที่สุด (ร้อยละ 0-19)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	5 มาก ที่สุด	4 มาก	3 ปาน กลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด
<b>1. ด้านศิลปะการดูแล</b>					
1.พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ท่าน โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ					
2.พยาบาลเข้าใจในความรู้สึกของท่าน					
3.พยาบาลใส่ใจในสิ่งที่ท่านต้องการ					
4.พยาบาลไม่เร่งรัดกิจกรรมต่างๆที่ให้กับท่าน					
5. พยาบาลแสดงท่าทางเป็นมิตร มีความเอื้ออาทรต่อท่าน					
<b>2. ด้านคุณภาพในทางเทคนิคการดูแล</b>					
6. ....					

### แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Robbins(2001) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546)

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

พรรัตน์ รัตนศิริวงศ์

นิติปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิจัยการพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง แต่ละข้อความเพียงข้อเดียว

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
  1. โสด
  2. คู่
  3. หม้าย/หย่า/แยก
3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน
  1. ผู้ป่วยนอก
  2. ถอนพิษยา
  3. ฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
  1. ปริญญาตรี
  2. ปริญญาโท
  3. ปริญญาเอก
  4. อื่นๆ ระบุ.....
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล.....ปี (ในหน่วยงานปัจจุบันที่ทำงาน)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลมีทั้งหมด 15 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อ และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายดังนี้

<b>มากที่สุด</b>	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้น ๆ
<b>มาก</b>	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้น ๆ
<b>ปานกลาง</b>	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจปานกลางที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้น ๆ
<b>น้อย</b>	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้น ๆ
<b>น้อยที่สุด</b>	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับสิ่งที่ได้ระบุไว้ในประโยคนั้น ๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความพึงพอใจในการให้บริการพยาบาล	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>1. ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ</b>					
1. ท่านมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการพยาบาลที่ดี					
2. ท่านมีโอกาสร่วมงานกันทำงาน ให้มีประสิทธิผลมากกว่าที่เคยทำมาก่อน					
3. ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถด้านยาเสพติดในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว					
4. ท่านพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่ท่านรับผิดชอบ					
5. ท่านภาคภูมิใจในการให้การพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจ					
<b>2. ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน</b>					
6. ท่านพึงพอใจในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย					
7. ท่านพึงพอใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีอิสระ					
8. ท่านพึงพอใจในความรับผิดชอบในผู้ป่วยที่ได้ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นรายบุคคล					
9. ท่านสามารถจูงใจผู้ร่วมงานให้ร่วมกันทำงานตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน					
10. ท่านพึงพอใจที่ได้บริหารจัดการเกี่ยวกับการให้บริการพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่ท่านได้รับมอบหมาย					
<b>3. ด้านความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ</b>					
11. ....					
12. ....					



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1.1 การคำนวณค่าความเที่ยงของการสังเกต (Polit and Hungler, 1999) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

1.2 การคำนวณหาความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยค่าความยากง่าย คำนวณจากสูตร

$$P = \frac{H + L}{2N}$$

เมื่อ	P	คือ	ความยากง่ายของข้อสอบ
	H	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง
	L	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	N	คือ	จำนวนคนทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ค่าอำนาจจำแนก คำนวณจากสูตร

$$r = \frac{H - L}{N}$$

เมื่อ	r	คือ	อำนาจจำแนกของข้อสอบ
	H	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง
	L	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	N	คือ	จำนวนคนทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

1.4 การคำนวณความเที่ยง ของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร Kuder- Richardson 20 (KR-20) คำนวณจากสูตร

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[ \frac{1 - \sum pq}{S^2} \right]$$

เมื่อ	$r_{tt}$	คือ	ความคงที่ภายใน
	$n$	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$p$	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
	$q$	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
	$S^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตาราง ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov - Smirnov Test (K - S Test)

### กลุ่มควบคุม

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		รวม
N		30
Normal	Mean	3.2770
Parameters(a,b)	Std. Deviation	.49421
Most Extreme	Absolute	.123
Differences	Positive	.083
	Negative	-.123
Kolmogorov-Smirnov Z		.671
Asymp. Sig. (2-tailed)		.759

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

### กลุ่มทดลอง

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		รวม
N		30
Normal	Mean	3.6851
Parameters(a,b)	Std. Deviation	.67400
Most Extreme	Absolute	.177
Differences	Positive	.146
	Negative	-.177
Kolmogorov-Smirnov Z		.968
Asymp. Sig. (2-tailed)		.306

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สมมติฐานการทดสอบ

$H_0$ : คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ

$H_1$ : คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	K - S Test	p-value
กลุ่มควบคุม	.671	.759
กลุ่มทดลอง	.968	.306

$P < .05$

จากราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่า p-value มากกว่าค่าที่กำหนดในการทดสอบ คือ มากกว่า .05 แสดงว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ

ตาราง ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov - Smirnov Test (K - S Test)

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		รวมก่อน	รวมหลัง
N		16	16
Normal	Mean	4.0160	4.1319
Parameters(a,b)	Std. Deviation	.48089	.50124
Most Extreme	Absolute	.109	.154
Differences	Positive	.067	.154
	Negative	-.109	-.084
Kolmogorov-Smirnov Z		.435	.616
Asymp. Sig. (2-tailed)		.991	.842

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สมมติฐานการทดสอบ

$H_0$ : คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลมีการแจกแจงแบบปกติ

$H_1$ : คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	K - S Test	p-value
ก่อนทดลอง	.435	.991
หลังทดลอง	.616	.842

$P < .05$

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่า p-value มากกว่าค่าที่กำหนดในการทดสอบคือ มากกว่า .05 แสดงว่า คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลมีการแจกแจงแบบปกติ

ตาราง แสดงค่าความยากง่าย และอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลแบบ  
เจ้าของไข้

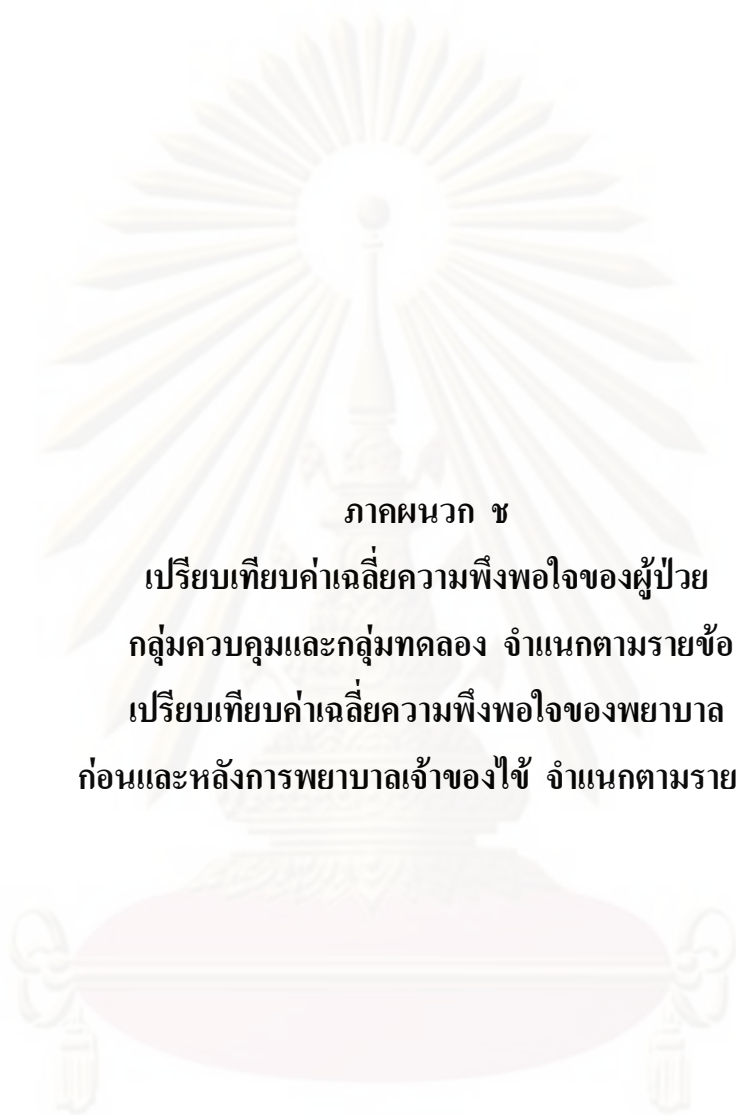
ข้อที่	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	.7	.2
2	.8	.2
3	.8	.2
4	.4	.4
5	.25	.3
6	.9	.2
7	.7	.6
8	.6	.2
9	.8	.2
10	.7	.3
11	.8	.3
12	.6	.3
13	.8	.2
14	.9	.2

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตาราง แสดงค่าความยากง่าย และอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย  
ติดสารเสพติด

ข้อที่	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	.7	.2
2	.8	.2
3	.8	.2
4	.4	.4
5	.25	.3
6	.9	.2
7	.7	.6
8	.6	.2
9	.8	.2
10	.7	.3
11	.8	.3
12	.6	.3
13	.8	.2
14	.9	.2
15	.9	.2
16	.6	.2
17	.4	.4
18	.7	.3
19	.8	.2
20	.5	.3



ภาคผนวก ช

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย  
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายชื่อ  
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล  
ก่อนและหลังการพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านศิลปะการดูแล จำแนกตามรายชื่อ (n = 60)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ			
ด้านศิลปะการ ดูแล	3.63	1.066	มาก	4.067	.907	มาก	56.55	1.695	.048
พยายามให้ ความสนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย โดยไม่แสดง ท่าที่รังเกียจ									
พยายามแสดง เป็นมิตร มีความ เอื้ออาทรต่อ ผู้ป่วย	3.13	1.008	มาก	3.97	1.033	มาก	57.96	3.162	.001
พยายามเข้าใจ ในความรู้สึก ของผู้ป่วย	2.83	1.019	ปานกลาง	3.63	.850	มาก	56.18	3.300	.001
พยายามใส่ใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการ	2.60	.968	ปานกลาง	3.13	.973	มาก	57.99	2.128	.019
พยายามไม่ เร่งรัด กิจกรรมต่างๆ ที่ให้กับผู้ป่วย	3.00	.909	ปานกลาง	3.00	1.365	ปานกลาง	58	.000	0.5
โดยรวม	3.04	.758	ปานกลาง	3.56	.719	มาก	57.84	2.726	.004

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านศิลปะการดูแล โดยรวม ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณา

รายชื่อ พบว่า พยาบาลไม่เร่งรัดกิจกรรมต่างๆ ที่ให้กับผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นต่างก็สูง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค จำแนกตามรายชื่อ (n = 60)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ			
<b>ด้านคุณภาพใน ทางเทคนิคการ ดูแล</b>									
การสอนของ พยาบาล สามารถทำให้ ผู้ป่วยเข้าใจว่า ต้องปฏิบัติ อย่างไรในการ ดูแลตนเอง	3.67	.844	มาก	4.10	.803	มาก	57.86	2.037	.023
พยาบาลอธิบาย ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับการ รักษาและ ขั้นตอนการ ปฏิบัติการดูแล	3.70	.952	มาก	4.03	.765	มาก	58	1.495	.07



## ตารางที่ 12

(ต่อ)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความ พึงพอใจ			
พยาบาลให้การ ช่วยเหลือเมื่อ ผู้ป่วยมีปัญหา ขณะรับการ บำบัดรักษา	3.40	.968	มาก	3.73	.907	มาก	58	1.376	.087
พยาบาล สามารถจัด กิจกรรมการ ดูแลผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม	2.87	1.106	ปานกลาง	3.37	.964	มาก	56.95	1.866	.034
พยาบาลให้ ข้อมูล ผลการตรวจ วินิจฉัย ตลอดจนการ รักษาของแพทย์ เมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	2.87	.973	ปานกลาง	3.27	1.172	มาก	58	1.438	.078
โดยรวม	3.30	.742	ปานกลาง	3.70	.744	มาก	58	2.084	.021

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านคุณภาพ  
ในทางเทคนิคการดูแล โดยรวม ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและ  
ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแล พยาบาลให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย มี ปัญหา ขณะ รับ การ  
บำบัดรักษา พยาบาลให้ข้อมูลผลการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการรักษาของแพทย์ เมื่อ

เปลี่ยนแปลง ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้น  
ต่างก็สูง

**ตารางที่ 13**      **เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง**  
**ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 60)**

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
			ระดับความ			ระดับความ			
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
<b>ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม</b>									
<b>ทางกายภาพ</b>									
ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการจัด	4.27	.691	มาก	4.40	.724	มาก	58	.729	.234
ห้องพักให้น่าอยู่ และสะอาด									
ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการปรับปรุง	4.30	.651	มาก	4.27	.868	มาก	58	.168	.432
สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ให้สะอาด ร่มรื่น									
พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อม ไม่ให้มีสิ่งกระตุ้นที่จะ ทำให้ผู้ป่วยคิดถึง	3.60	.814	มาก	3.90	.923	มาก	58	1.336	.093
ยาเสพติด									
พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อม ให้สนับสนุน	3.37	.850	มาก	3.57	1.040	มาก	58	.815	.209
การฟื้นฟูของผู้ป่วย									
พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อม ให้เอื้ออำนวย	3.27	.944	มาก	3.33	1.093	มาก	58	.253	.401
ในการทำกิจกรรมกลุ่ม									
โดยรวม	3.76	.510	มาก	3.89	.709	มาก	58	.835	.203

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการจัด  
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยรวม ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .05



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง  
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำแนกตามรายชื่อ (n = 60)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
<b>ด้านการดูแล อย่างต่อเนื่อง</b>									
พยาบาลสามารถ สังเกตเห็นพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย	3.60	1.003	มาก	3.90	.803	มาก	58	1.279	.103
พยาบาลสามารถ รายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษา ที่เหมาะสม	2.83	1.085	ปานกลาง	3.53	1.008	มาก	57.69	2.588	.006
พยาบาลสามารถส่งต่อ การเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการของผู้ป่วย ในแต่ละเวรได้	2.57	.858	ปานกลาง	3.03	1.273	ปานกลาง	58	1.665	.055
พยาบาลสามารถ รับรู้ถึงความต้องการ ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย ไม่ต้องบอก	2.03	.928	น้อย	2.80	1.242	ปานกลาง	53.66	2.707	.005
โดยรวม	2.76	.724	ปานกลาง	3.32	.933	มาก	54.62	2.59	.006

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า พยาบาลสามารถสังเกตเห็นพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พยาบาลสามารถส่งต่อการเปลี่ยนแปลง และความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละเวรได้ ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้น ต่างก็สูง

**ตารางที่ 15** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านความพร้อมในการให้บริการ จำแนกตามรายชื่อ (n = 60)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
<b>ด้านความพร้อมในการให้บริการ</b>									
พยาบาลเปิดโอกาส ให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบาย ความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบ	3.70	.877	มาก	4.00	.909	มาก	58	1.300	.099
พยาบาลมีการพูดคุย ซักถามอาการ/ การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และมีการแนะนำตนเอง ให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ของผู้ป่วย	3.17	1.019	ปานกลาง	3.70	.988	มาก	57.94	2.057	.022
พยาบาลปฏิบัติตาม ข้อตกลง ที่ได้ให้ไว้ กับผู้ผู้ป่วย เช่น การลด จำนวนวันในการบำบัดรักษา	3.07	1.015	ปานกลาง	3.67	1.155	มาก	57.06	2.138	.018
พยาบาลเปิดโอกาส ให้ผู้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ ร่วมกับแผนการรักษาดูแล	2.83	1.053	ปานกลาง	3.07	1.202	ปานกลาง	58	.800	.214



ตารางที่ 15 (ต่อ)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
โดยรวม	3.19	.642	ปานกลาง	3.61	.827	มาก	54.65	2.18	.017

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านความพร้อมในการให้บริการ เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจร่วมเกี่ยวกับแผนการรักษาดูแล ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นก็สูง

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านผลลัพธ์การดูแล จำแนกตามรายข้อ (n = 60)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
ด้านผลลัพธ์การดูแล พยาบาลช่วยในการ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วย กลับไปเสพยาซ้ำ	3.87	1.008	มาก	4.07	.739	มาก	58	.876	.193

ตาราง ที่ 16 (ต่อ)

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
พยาบาลให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยให้พร้อมที่จะปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น	3.60	.770	มาก	4.07	.868	มาก	57.18	2.202	.016
กิจกรรมการดูแลของ พยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ ผู้ป่วยสามารถ เผชิญปัญหา และสามารถ เลิกยาเสพติดได้	3.40	1.133	มาก	4.00	.909	มาก	55.42	2.262	.014
พยาบาลให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตามได้	3.33	.922	มาก	3.93	.868	มาก	57.79	2.594	.006
พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวล และสามารถแก้ปัญหา ที่เกิดขึ้นได้	3.13	1.137	ปานกลาง	3.70	1.179	มาก	57.92	1.895	.032
พยาบาลให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวสำหรับ ผู้ป่วยแก่ญาติเมื่อกลับบ้าน และญาติคิดว่าผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตามได้	3.40	1.102	มาก	3.63	.999	มาก	58	.859	.197
โดยรวม	3.46	.633	มาก	3.90	.759	มาก	56.18	2.464	.008

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์การดูแล เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยแก่ญาติเมื่อกลับบ้าน และญาติคิดว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ พยาบาลช่วยในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้า ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นต่างก็สูง



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการพยาบาล  
 เจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ ด้านความสำเร็จ (n = 16)

ความพึงพอใจ ของพยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
<b>ด้านความสำเร็จ</b>									
ความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับ บริการพยาบาลที่ดี	4.38	.619	มาก	4.50	.516	มาก	15	.808	.216
ความภาคภูมิใจในการให้ การพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวพึงพอใจ	4.31	.704	มาก	4.38	.719	มาก	15	.251	.403
การมีโอกาสร่วมกัน ทำงาน ให้มีประสิทธิภาพ มากกว่าที่เคยทำมาก่อน	4.06	.772	มาก	4.25	.577	มาก	15	.716	.248
การได้ใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ด้านยาเสพติดในการ พยาบาล	4.06	.680	มาก	4.25	.775	มาก	15	.899	.192
ความพึงพอใจใน ความสำเร็จของงาน	4.13	.806	มาก	4.06	.772	มาก	15	.251	.403
โดยรวม	4.19	.622	มาก	4.29	.541	มาก	15	.540	.299

จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ด้านความสำเร็จ โดยรวม หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ เป็นรายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลแต่ละชื่อ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่างก็สูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

**ตารางที่ 18**      **เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลัง**  
**การพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ ด้านอำนาจในการทำงาน (n = 16)**

ความพึงพอใจ ของพยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
<b>ด้านอำนาจในการทำงาน</b>									
ความพึงพอใจในการ ให้การดูแลผู้ป่วย อย่างมีอิสระ	4.13	.806	มาก	4.25	.683	มาก	15	.620	.272
ความพึงพอใจที่ได้ บริหารจัดการเกี่ยวกับ การให้บริการพยาบาลแก่ ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย	4.19	.655	มาก	4.06	.772	มาก	15	.488	.316
ความพึงพอใจใน การรับผิดชอบผู้ป่วย ที่ได้ให้การดูแลอย่าง ต่อเนื่องเฉพาะราย	3.81	.655	มาก	4.06	.854	มาก	15	1.074	.150
ความพึงพอใจใน หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	4.13	.719	มาก	3.81	.834	มาก	15	1.576	.068
ความสามารถของใจ ผู้ร่วมงานให้ร่วมกัน ทำงานตามวัตถุประสงค์ ของหน่วยงาน	3.31	.479	มาก	3.62	.806	มาก	15	1.576	.068
<b>โดยรวม</b>	<b>3.91</b>	<b>.532</b>	<b>มาก</b>	<b>3.96</b>	<b>.662</b>	<b>มาก</b>	<b>15</b>	<b>.311</b>	<b>.380</b>

จากตาราง ที่ 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ด้านอำนาจในการ  
ทำงาน โดยรวม หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ เป็นรายชื่อ พบว่า  
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลแต่ละชื่อ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่างก็สูงขึ้น อย่าง  
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน



**ตารางที่ 19**                      **เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการ**  
**พยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายชื่อ ด้านสัมพันธภาพ (n = 16)**

ความพึงพอใจ ของพยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			df	t	p-value
	ระดับความ			ระดับความ					
	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	พึงพอใจ			
<b>ด้านสัมพันธภาพ</b>									
พยาบาลยินดีช่วยเหลือ ผู้ร่วมงานเมื่อมีเหตุการณ์ ฉุกเฉินเกิดขึ้น	4.38	.719	มาก	4.44	.629	มาก	15	.324	.376
การมีสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วยและครอบครัว	4.06	.680	มาก	4.31	.602	มาก	15	1.464	.082
การมีสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ร่วมงาน	3.88	.957	มาก	4.25	.931	มาก	15	1.192	.126
พยาบาลในแผนกมีความ เข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน ของหน่วยงาน	4.00	.516	มาก	4.06	.574	มาก	15	.324	.376
ความรู้สึกรอบอุ้นเมื่อได้ ทำงานร่วมกับผู้ร่วมงาน	3.75	1.00	มาก	4.06	.929	มาก	15	1.000	.167
ผู้ร่วมงานให้การยอมรับ ในความรู้ความสามารถ ของพยาบาลเจ้าของไข้	3.63	.885	มาก	3.75	.577	มาก	15	.460	.326
<b>โดยรวม</b>	<b>3.95</b>	<b>.560</b>	<b>มาก</b>	<b>4.15</b>	<b>.554</b>	<b>มาก</b>	<b>15</b>	<b>1.149</b>	<b>.135</b>

จากตารางที่ 19 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ด้านสัม  
พันธภาพ โดยรวม หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ เป็นรายชื่อ พบว่า  
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลแต่ละชื่อ หลังการพยาบาลเจ้าของไข้ต่างก็สูงขึ้น อย่าง  
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ประมวลภาพ  
โครงการอบรม เรื่อง การพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด  
ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  
วันที่ 3 และ 7 เมษายน พ.ศ.2552  
เวลา 8.30 – 16.00 น.  
ณ ห้องประชุมศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา



ศูนย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



กล่าวเปิด โครงการอบรม การพยาบาลเจ้าของไข้  
 ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  
 โดย คุณบุบผา บุญญามณี

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา



วิทยากรบรรยาย  
 นายแพทย์ อังกูร ภัทรการ สถาบันรัชต์ฤทธิ์  
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



วิทยากรบรรยาย  
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี  
 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล





ศูนย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ศูนย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรรณรัตน์ รัตนศิริวงษ์ เกิดวันที่ 11 กรกฎาคม 2513 สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เมื่อ พ.ศ. 2535 และเข้าศึกษาต่อใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550 ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศสงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย