

การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล
โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

นาง ชุติมา สืบวงศ์ลี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2553
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEVELOPMENT OF A NURSING CARING BEHAVIOR ASSESSMENT INSTRUMENT
USING THE COGNITIVE INTERVIEW TECHNIQUE

Mrs. Chutima Suebwonglee

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Educational Research Methodology

Department of Educational Research and Psychology

Faculty of Education

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร
ทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

โดย

นางชุตินา สืบวงศ์ลี

สาขาวิชา

วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวาณิช

คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย กาญจนวาสี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ สุวรรณมรรคา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ว่องวาณิช)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐภรณ์ หลาวทอง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

ชุดิมา สืบวงศ์ลี : การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา. (DEVELOPMENT OF A NURSING CARING BEHAVIOR ASSESSMENT INSTRUMENT USING THE COGNITIVE INTERVIEW TECHNIQUE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. ศิริเดช สุชีวะ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ศ. ดร. สุวิมล ว่องวาณิช, 269 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการสัมภาษณ์เชิงปัญญาสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล 2) ศึกษาคุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย 3) พัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา และ 4) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ที่อยู่ในบริบทของการดูแลอย่างเอื้ออาทร ได้แก่ ผู้ป่วย/ญาติ พยาบาล อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,092 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติบรรยาย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยง ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธและความตรงเชิงโครงสร้าง ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ว่า

- 1 ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่1) ได้ข้อสรุปองค์ประกอบจำนวน 4 ด้าน คือ 1) การมีสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย 2) ความเมตตาากรุณา 3) การเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย และ 4) ความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ
2. ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่2) ได้เปลี่ยนคำว่า "ปฏิบัติการพยาบาล" เป็น "การดูแล" และตัดข้อคำถามในเครื่องมือฉบับร่างออกจำนวน 3 ข้อ
3. เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ มีจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต สเกล 5 ระดับ
4. ผลการตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.837 และความเที่ยงรายองค์ประกอบ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.362-0.820
5. ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ IOC เฉลี่ย เท่ากับ 0.79 และ IOC รายข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.44 - 1.00
6. ผลการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธกับเครื่องมือเกณฑ์จำนวน 2 ฉบับ พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.909 และ 0.881 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
7. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลจำนวน 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (6 ข้อ) 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ (6 ข้อ) 3) ความเมตตาากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ (4 ข้อ) 4) การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ (3 ข้อ) 5) การใส่ใจอย่างแท้จริง (3ข้อ) และ 6) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (2 ข้อ)
8. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสองขั้นตอน พบว่าโมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 240.75$, $df = 207$, $p = .054$, $GFI = 0.96$ $AGFI = 0.95$ $RMSEA = 0.017$ $RMR = 0.023$)

ภาควิชา...วิจัยและจิตวิทยาการศึกษา.....ลายมือชื่อนิสิต.....
 สาขาวิชา...วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา..ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา..2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

4984631827 : MAJOR EDUCATIONAL RESEARCH METHODOLOGY

KEYWORDS : NURSING CARING BEHAVIOR / COGNITIVE INTERVIEW

CHUTIMA SUEBWONGLEE : DEVELOPMENT OF A NURSING CARING BEHAVIOR
ASSESSMENT INSTRUMENT USING THE COGNITIVE INTERVIEW TECHNIQUE.

ADVISOR: ASSOC. PROF. SIRIDEJ SUCHEVA, Ph.D., CO-ADVISOR: PROF. SUWIMON
WONGWANICH, Ph.D., 269 pp.

The research objectives were 1) to develop the cognitive interview process for collecting data in nursing caring 2) to study the attributes and nursing caring factors in Thai context, 3) to develop instrument assessing nursing caring behavior, NCBA, (Nursing Caring Behavior Assessment) using cognitive interview technique and 4) to examine NCBA quality validation. The research samples were 1,092 people consisted of patients, nurses, nursing instructors, and nursing students. The data were analyzed by content analysis, descriptive statistics, and validate quality of instrument with reliability, content validity, concurrent validity, and construct validity.

The major finding were summarized as follows:

1. The result of cognitive interviewing (result 1) indicated the attributes and nursing caring factors in Thai context consisted of 4 factors; 1) relationship with patient, 2) compassion, 3) respect and 4) knowledge and professional competency.
2. The result of cognitive interviewing (result 2) showed the ambiguous term "nursing" was replaced with "caring" and 3 question items were deleted.
3. The nursing caring behavior assessment instrument (NCBA) consisted of 24 items in 5-points Likert scale
4. The internal consistency reliability (α) of NCBA was 0.837 of Cronbach's alpha coefficient, and the component scale reliability ranged from 0.362 to 0.820.
5. The content validity of NCBA derived from IOC average was 0.79 and IOC value of each item ranged from 0.44 to 1.00.
6. The concurrent validity of NCBA and 2 criterion tools showed Pearson's product moment coefficient was 0.909 and 0.881 with statistical significance at 0.01.
7. The results of exploratory factor analysis indicated 6 components of nursing care behavior; those were 1) Building relationship (6 items), 2) Professional competency & skills (6 items), 3) Compassion (4 items), 4) Holistic information (3 items), 5) Attention (3 items), and 6) Respect (2 items).
8. The structural validity using second order confirmatory factor analysis showed the model fit well with the empirical data set ($\chi^2 = 240.75$, $df = 207$, $p = .054$, $GFI = 0.96$ $AGFI = 0.95$ $RMSEA = 0.017$ $RMR = 0.023$).

Department : ..Educational Research and Psychology.. Student's Signature

Field of Study : ..Educational Research Methodology.. Advisor's Signature

Academic Year : ...2010..... Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ด้วยความเมตตาและความเอื้ออาทรของผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.ศิริเดช สุชีวะ และ ศ.ดร.สุวิมล ว่องวานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาให้คำปรึกษา แก้ไขข้อบกพร่อง ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.สิริพันธุ์ สุวรรณมรรคา ผศ.ดร.ณัฐภรณ์ หลาวทอง และ พ.ท.หญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ กราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ความอนุเคราะห์ทุนช่วยเหลือบางส่วนในการศึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษาที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำวิจัย ตลอดจนมอบความรักและความเมตตาให้กับศิษย์มาโดยตลอดซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์วาณี โพธิ์นคร ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ และขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการ อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นสาขาจิตวิทยาการศึกษาและสาขาวัดและประเมินผล รวมทั้งรุ่นพี่และรุ่นน้องทุกท่าน ที่มีความเป็นกัลยาณมิตรช่วยเหลือ แนะนำ สนับสนุน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และคอยใต้ถามทุกข์สุขอยู่เสมอ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบเท้าขอบพระคุณ คุณพ่อบุญมากและคุณแม่ทองเพียร โมลี ที่ได้ให้ชีวิต ความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนในทุกวิถีทาง และขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่เป็นกำลังใจมาโดยตลอด คุณความดีที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ ครูบาอาจารย์ และทุกท่านผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ตอนที่ 1 การดูแลอย่างเอื้ออาทร.....	10
ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงปัญญา.....	65
ตอนที่ 3 หลักการออกแบบ พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	96
ตอนที่ 4 กรอบความคิดการวิจัย.....	107
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	109
การวิจัยระยะที่ 1	109
การวิจัยระยะที่ 2.....	111
การวิจัยระยะที่ 3.....	116
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	118
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	121
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาคุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทร	

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
2.1	สรุปแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่นิยมใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย.	26
2.2	เครื่องมือ CARE-Q องค์ประกอบและตัวอย่างข้อความแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแล.	29
2.3	สรุปเครื่องมือวัด/ประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทร.....	38
2.4	สรุปเครื่องมือในงานวิจัยจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Roch.....	47
2.5	สรุปเครื่องมือในงานวิจัยจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Watson.....	54
2.6	มิติและตัวอย่างรายการข้อความในแบบสอบถาม CAPSTI ฉบับภาษาไทย.....	56
2.7	ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบและพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรจาก การศึกษาในบริบทของไทย.....	61
2.8	แนวคำถามที่ใช้บ่อยในขั้นตอนการระดมสมอง.....	77
2.9	ตัวอย่างข้อผิดพลาดต่างๆ ในคำถามการสำรวจ.....	78
2.10	สรุปขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย.....	91
3.1	สรุปขั้นตอนการวิจัย.....	120
4.1	ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ เพศ และอายุ.....	122
4.2	สรุปตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลจำแนกตามกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล.....	145
4.3	มิติและพฤติกรรมบ่งชี้การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลฉบับร่างที่ 1.....	147
4.4	สรุปข้อความแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ.....	151
4.5	ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุ คะแนนสมรรถภาพสมอง และ เวลาในการสัมภาษณ์.....	155
4.6	สรุปข้อความพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ปรับปรุงใช้ใน การวิจัย.....	160
4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิหลัง.....	164
4.8	ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล..	166
4.9	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ทางการพยาบาล.....	168

4.10	ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล.....	170
4.11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	171
4.12	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	173
4.13	เมทริกซ์องค์ประกอบที่ได้จากการหมุนแกนและเมทริกซ์สัมประสิทธิ์คะแนน องค์ประกอบ.....	177
4.14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน.....	180
4.15	ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล...	182
4.16	ความสัมพันธ์ของคะแนนจากจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นกับคะแนนเกณฑ์.....	185
4.17	ค่าอำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล.	186
4.18	ความเที่ยงของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรจำแนกตาม องค์ประกอบ.....	188
5.1	สรุปกระบวนการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการ พยาบาล (NCBA).....	191

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	รูปแบบการจัดเรียงบัตรพฤติกรรมการดูแลตามลำดับความสำคัญ.....	29
2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	108
4.1	องค์ประกอบของการดูแลอย่างเฝ้าระวังทางการแพทย์พยาบาลจากชั้นการ สัมภาษณ์เชิงปัญหา.....	146
4.2	แผนภาพ scree plot แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	178
4.3	แผนภาพ Q-plot แสดงความสอดคล้องของโมเดลการดูแลอย่างเฝ้าระวัง.....	183
4.4	โมเดลการดูแลอย่างเฝ้าระวังทางการแพทย์พยาบาล.....	184

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกในสภาวะปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เป็นความเจริญก้าวหน้าแบบก้าวกระโดด ได้แก่ ความก้าวหน้าด้านวัตถุ เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ส่วนความเจริญในภาคส่วนด้านอื่นๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมความเป็นอยู่ จะมีความก้าวหน้าตามหลังวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอยู่มาก และบางภาคส่วนประสบกับปัญหาการชะงักงันและชะลอตัว การเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เน้นความเจริญด้านวัตถุดังกล่าวนี้นำส่งผลให้เกิดการขาดความสมดุลของมิติต่างๆ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ที่สำคัญคือการขาดมิติทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ที่เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนามนุษย์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สำหรับในประเทศไทย เมื่อพิจารณาในด้านสังคม วัฒนธรรม คนไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตค่านิยมที่เป็นผลกระทบจากการเลื่อนไหลทางวัฒนธรรมต่างชาติเข้าสู่ประเทศทั้งทางสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศโดยขาดการคัดกรองและเลือกรับวัฒนธรรมที่ดีงาม ทำให้คุณธรรมและจริยธรรมของคนไทยลดลง นำไปสู่ค่านิยมและพฤติกรรมที่เน้นวัตถุนิยมและบริโภคนิยมเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ระบบคุณค่าของสังคมไทยในเรื่องจิตสำนึก ความเอื้ออาทร และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเริ่มเสื่อมถอย ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) จึงได้มีจุดเน้นประการหนึ่งคือ แผนในการสร้างสังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน ที่ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าของเอกลักษณ์สังคมไทยที่พึงพาเกื้อกูลกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551)

แนวคิดด้านความเอื้ออาทรในสังคม มีพื้นฐานอยู่ที่ความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ด้วยความรัก ห่วงใยและเอื้ออาทรต่อกันอย่างจริงใจและมีเหตุผล ในองค์ประกอบโครงสร้างการทำหน้าที่ของสังคม ได้กำหนดให้มีบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญคือการดูแล ช่วยเหลือและอาทรต่อเพื่อนมนุษย์ในการพัฒนาสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพการพยาบาล โดยแนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นแนวคิดที่ถูกปลูกฝังอยู่ในวิชาชีพพยาบาลมาตั้งแต่เริ่มแรก เป็นแนวคิดที่เป็นหัวใจหรือเป็นแก่นของการพยาบาล (Leininger, 1988; Watson, 1988) และในด้านการศึกษาพยาบาล มโนทัศน์ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็น

การแสดงความสัมพันธ์อันกัลยาณมิตร ระหว่างบุคคลต่อบุคคลตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม ด้วยการเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2546)

แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นศาสตร์สากลทางการพยาบาล การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539) การดูแลเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ มีเป้าหมายที่คุณภาพของการพยาบาลที่ผู้รับบริการและผู้ให้การดูแลต่างรับรู้ได้ ซึ่งตามหลักปฏิบัติด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลนั้น น้ำมือ น้ำคำและน้ำใจที่อยู่ในกระบวนการปฏิบัติส่งผลให้ผู้รับเกิดความพอใจ สุขใจ และคลายทุกข์ ที่สำคัญคือความเจ็บป่วยทุเลาลง (healing) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลอย่างเอื้ออาทร (จินตนา ยูนิพันธ์, 2536)

ในภาวะสังคมปัจจุบันที่เน้นความเจริญทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ การดูแลและเอื้ออาทรต่อกันระหว่างมนุษย์ จะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น แต่ในวิชาชีพพยาบาลกลับพบว่า เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัยได้ถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดความห่างเหินของกระบวนการรักษาพยาบาล เพราะพยาบาลบางคนให้ความสำคัญกับวิธีการและเทคโนโลยีมากกว่าตัวของผู้รับบริการซึ่งเป็นมนุษย์ พบว่าพยาบาลขาดความรู้สึกในการดูแลอย่างเอื้ออาทร (sense of caring) (Ousey and Johnson, 2007) โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลเมื่อแรกเริ่มเข้าสู่วิชาชีพจะมีจิตสำนึกที่เต็มเปี่ยมไปด้วยจิตใจที่เสียสละเพื่อผู้อื่น มีความเมตตา ความกระตือรือร้น และการตระหนักถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แต่เมื่อสำเร็จการศึกษาและปฏิบัติหน้าที่อย่างสมบูรณ์แล้ว ภาวลักษณะที่ปรากฏมักจะเป็นลักษณะของความเย็นชา ความไม่อาทร และการไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย (Fromer, 1981 อ้างถึงในสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2546) ในปัจจุบันจึงมักปรากฏปัญหาการปฏิบัติงานของพยาบาลอยู่เสมอๆ เช่น พยาบาลพูดไม่เพราะ พยาบาลไม่ดูแล พยาบาลดูแลไม่ทั่วถึง พยาบาลไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ให้เวลากับผู้ป่วย เหล่านี้เป็นต้น จากปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมา ฟาริดา อิบราฮิม (2546: 163-164) ได้สรุปประเด็นเชิงจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลที่มีความสำคัญประเด็นหนึ่งคือ พยาบาลมีความซาบซึ้งในบทบาท "การดูแล" ซึ่งถือเป็นแกนของการปฏิบัติการพยาบาลแค่นั้น เพียงใด และทำอย่างไรจึงจะช่วยพยาบาลทุกคนให้สอดแทรกการดูแลในทุกอิริยาบถของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความอบอุ่นใจและมั่นใจ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536) ได้ให้ความเห็นด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลในวิชาชีพการพยาบาลว่าบุคลากรพยาบาลควรสนใจศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับสังคมไทย

และใช้ได้จริงในการปฏิบัติ หากพฤติกรรมการดูแลได้เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว คุณภาพการพยาบาลย่อมเกิดขึ้นและเป็นที่พึงพอใจต่อผู้ใช้บริการซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งระบบบริการ ระบบการศึกษาและระบบการบริหารพยาบาล ซึ่งในการปลูกฝังแนวคิดและพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรให้เกิดขึ้นในวิชาชีพพยาบาลนั้น ควรจะต้องปลูกฝังตั้งแต่เริ่มก้าวเข้าสู่วิชาชีพ โดยหลักสูตรการศึกษาคควรมีแนวคิดของการดูแลเป็นแกนหรือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และในกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ จะต้องมีการสอดแทรกแนวคิดดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Higgin, 1996) เพื่อช่วยในการหล่อหลอมพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรและเสริมสร้างให้แนวคิดนี้สอดแทรกอยู่ในอิริยาบถจนเป็นพฤติกรรมมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

จากการศึกษาประเด็นด้านเครื่องมือในการวัดและการประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรพบว่า ได้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวคิดของการดูแลตลอดจนเครื่องมือวิจัยในประเด็นดังกล่าวอย่างก้าวหน้ามาเป็นลำดับในสังคมตะวันตก สำหรับในประเทศไทยในระยะแรกยังไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลและสาระด้านศาสตร์การดูแลไว้อย่างชัดเจน และแนวคิดด้านนี้ยังจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้ที่สนใจ จนเมื่อประมาณ 15 ปีที่ผ่านมาได้เริ่มมีการประชุมสัมมนาและระดมความคิดจากนักวิชาการทางการพยาบาลขึ้นและมีการรวบรวมข้อมูลวิชาการและการวิจัยศาสตร์การดูแลในประเทศไทย การศึกษาวิจัยด้านการดูแลในระยะเริ่มแรกมีการศึกษาทั้งระเบียบวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา โดยศึกษาทั้งในส่วนของผู้ให้การดูแลและผู้รับบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดที่นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้เสนอ และได้ค้นคว้าวิจัยไว้แล้วในต่างประเทศ รวมทั้งมีการผสมผสานแนวคิดความต้องการของมนุษย์เข้ามาประกอบในการวิจัยทำให้นักวิจัยสามารถศึกษาการดูแลในประเด็นของพฤติกรรมการดูแลในบริบทเฉพาะของสังคมไทยอันเป็นการขยายองค์ความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลของไทย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2536) เมื่อพิจารณาในด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินพฤติกรรมการดูแลในงานวิจัยต่างๆ ดังกล่าว ส่วนใหญ่มีลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม และแบบประเมินพฤติกรรม ซึ่งเป็นการดัดแปลงเครื่องมือจากต่างประเทศ โดยมีการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของไทยหรือเป็นการแปลจากเครื่องมือของต่างประเทศคำต่อคำ หรือเป็นการสร้างขึ้นมาใหม่ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีผู้สร้างไว้แล้ว

ในศาสตร์ด้านการวิจัย ส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินทัศนคติหรือแนวคิดที่นักวิจัยสนใจศึกษา ควรได้รับการพัฒนาหรือสร้างขึ้นภายใต้บริบทของสังคม หรือวัฒนธรรมนั้นๆ แต่ในกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยที่มีมาตรฐาน และมีคุณภาพใน

ด้านความเที่ยงและความตรงนั้น จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ มีขั้นตอนสร้างหลายขั้นตอนและใช้เวลาในการสร้างค่อนข้างมาก ดังนั้นการแปลเครื่องมือที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานในวัฒนธรรมอื่นที่ประเมินมโนทัศน์เดียวกันกับมโนทัศน์ที่นักวิจัยสนใจศึกษาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถทำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรในประเทศไทย ได้มีการนำเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่สร้างขึ้นจากต่างประเทศมาแปลและปรับใช้กับการศึกษาในสังคมไทย เช่น เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแล (Caring Behavior Assessment: CBA) ที่สร้างขึ้นโดย Cronin and Harrison (1988) เครื่องมือวัดการดูแลอย่างเอื้ออาทรเชิงวิชาชีพ (Caring Professional Scale) ที่สร้างขึ้นโดย Swanson (1999) เป็นต้น ในกระบวนการแปลเครื่องมือเหล่านี้ นักวิจัยควรต้องคำนึงถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ความแตกต่างของโครงสร้างไวยากรณ์ระหว่างภาษาต้นฉบับกับภาษาเป้าหมาย เช่น การแปลจากภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทย ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวทำให้การแปลเครื่องมือมีความยุ่งยาก อาจใช้คำพุ่มเพื่อทำให้เข้าใจยากและไม่สามารถสื่อความหมายได้ตรงตามความหมายเดิมของเครื่องมือต้นฉบับ หรือข้อความอาจถูกบิดเบือนความหมายไปจากเดิม นอกจากนี้ปัญหาที่อาจจะพบได้ คือการคงอยู่ของมโนทัศน์ ซึ่งนักวิจัยจะต้องตระหนักว่ามโนทัศน์จากต่างวัฒนธรรม อาจไม่มีความสอดคล้องหรือเหมาะสมกับบริบทของสังคมอื่น ดังนั้นกระบวนการแปลเครื่องมือจึงไม่อาจถ่ายทอดเนื้อหาสาระของมโนทัศน์จากวัฒนธรรมหนึ่งไปสู่อีกวัฒนธรรมหนึ่งได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้เมื่อแปลเครื่องมือแล้วอาจพบปัญหาในด้านคุณภาพของเครื่องมือต่ำลง ทั้งความเที่ยง ความตรง และการกระจายตัวของข้อมูลซึ่งความแตกต่างของวัฒนธรรมอาจทำให้รูปแบบของคำตอบที่ได้แตกต่างไปจากรูปแบบของคำตอบที่ได้จากเครื่องมือต้นฉบับ ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าสถิติ อันแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือ (สัจจา ทาโต, 2549)

ในกระบวนการศึกษาวิจัยโดยทั่วไป สิ่งที่นักวิจัยมุ่งหวังคือการได้ผลการวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้ผลการวิจัยมีคุณภาพ คือ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง และตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ดังนั้นขั้นตอนที่มีความสำคัญต่อการได้ข้อมูลที่นักวิจัยต้องการคือ ขั้นตอนของการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ถ้าหากเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นมีคุณภาพ และมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม นักวิจัยก็จะได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัยตามที่ต้องการ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีหลายประเภทเช่น แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบวัด แบบรายการตรวจสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น ในบรรดาเครื่องมือวิจัยที่ใช้รวบรวมข้อมูลเหล่านี้ เครื่องมือที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและเป็นที่ยอมรับและรู้จักของคนทั่วไป คือ

แบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นรายการข้อความหรือคำถามหลายหัวข้อรวมกันและให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้เลือกเติมคำตอบเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความคิดเห็นต่างๆ หรือวัดความจริงที่ยังไม่ทราบ เพื่อนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับความจริง หรือวัดความคิดเห็นเพื่อนำผลที่ได้ไปตรวจสอบกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นที่ผู้ตอบได้ตอบไว้ในแบบสอบถาม ในการสร้างและใช้แบบสอบถามถึงแม้จะมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไป แต่การสร้างให้ได้แบบสอบถามที่ดีและใช้ได้เหมาะสมนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก (อุทุมพร จามรมาน, 2544)

วิธีการในการสร้างแบบสอบถามประกอบด้วยขั้นตอนหลายขั้นตอน เช่น ผู้สร้างจะต้องตัดสินใจว่าจะสร้างเครื่องมืออะไร ต้องการวัดอะไร วัดอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลคือใครและต้องการผลเมื่อไร เป็นต้น ซึ่งในกระบวนการแต่ละขั้นตอนของการสร้าง จนได้รูปแบบของคำถามในแบบสอบถามดังกล่าวมานั้นอาจพบปัญหาความผิดพลาดต่างๆ ได้ ในทุกขั้นตอน ความผิดพลาดดังกล่าวก่อให้เกิดข้อจำกัดที่มักจะพบได้อยู่เสมอในการใช้แบบสอบถาม คือข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากผู้ตอบเข้าใจคำถามไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจคำหรือความหมายเฉพาะในแบบสอบถาม การเกิดปัญหาเช่นนี้มีสาเหตุที่สำคัญคือ แบบสอบถามที่มีความคลุมเครือ คำต่างๆ ไม่ชัดเจน ไม่เอื้อต่อความเข้าใจและไม่เอื้อต่อการตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม (Drennan, 2003) ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถสรุปได้ตามกระบวนการของการตอบคำถาม (response process) ว่าเป็นปัญหาด้านความเข้าใจ (comprehension) การระลึก (recall) และการตัดสินใจ (decision) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลที่得不สมบูรณ์ และอาจส่งผลต่อการสรุปอ้างอิงผลการศึกษา (Willis, 2005)

ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านวิธีวิทยาของการวิจัยได้รุดหน้าไปอย่างมาก นักวิธีวิทยาการวิจัยได้พยายามค้นหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจพบได้ในการวิจัย สำหรับปัญหาด้านเครื่องมือในงานวิจัย ได้มีการนำ การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) ซึ่งมีพื้นฐานการคิดส่วนหนึ่งมาจากจิตวิทยาเชิงปัญญา (cognitive psychology) มาใช้เพื่อตรวจสอบและสืบค้นปัญหาของเครื่องมือวิจัย ซึ่งเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหานี้ ประกอบด้วยชุดของเทคนิควิธีการเฉพาะ คือ การสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ (think-aloud) และการตะล่อมถาม (verbal probing) (Willis, 2005) ซึ่งเทคนิคดังกล่าวจะทำให้นักวิจัยได้ข้อมูลที่ เป็นกระบวนการคิดของผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกตอบข้อความแต่ละข้อ และยังได้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความและรายละเอียดต่างๆ ในแบบสอบถาม รวมทั้งความเข้าใจตัวเลือกตอบที่กำหนดไว้ ซึ่งผล

การสัมภาษณ์จะทำให้นักวิจัยสามารถค้นหาข้อบกพร่องของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปปรับแก้ไขและพัฒนาแบบสอบถามหรือเครื่องมือต่างๆ ในการศึกษาวิจัย ก่อนจัดทำเป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์และนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงในภาคสนามต่อไป

ปัจจุบันนักวิจัยได้เริ่มนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ไปใช้ในการพัฒนาและตรวจสอบแบบสอบถามหรือเครื่องมือต่างๆ ในการวิจัยกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น เช่น งานวิจัยที่ศึกษาประเด็นที่ค่อนข้างไวต่อความรู้สึกของผู้ตอบเช่น การติดเชื้อไวรัส HIV (Punpanich, 2005) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเฉพาะเช่น ผู้สูงอายุ (Enagonio, 2006; Ingersoll-Dayton et al., 2004) ผู้ป่วยมะเร็ง (Radwin et al., 2005; Sepucha et al., 2007) ในกลุ่มนักศึกษาต่างๆ เช่น นักศึกษาแพทย์ (Billings-Gagliardi et al., 2004) นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา (Ouimet et al., 2004) หรือในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามทั่วไป (Chang et al., 2003; Takeuchi et al., 2006) ตลอดจนได้มีการนำไปใช้เพื่อตรวจสอบแบบสอบถามที่ถูกแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาอื่นๆ (Goerman, 2006) โดยนักวิจัยได้ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาผสมผสานเข้ากับเทคนิควิธีการสร้างแบบสอบถามในลักษณะที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป เช่น การศึกษาเอกสาร การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ การสนทนากลุ่ม การทดสอบนำร่อง เป็นต้น ซึ่งน่าจะส่งผลให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพคือมีความชัดเจนมีความตรงและมีความเที่ยงอันเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารด้านเครื่องมือวิจัย ในงานวิจัยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในประเทศไทย พบว่า เป็นการสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีของผู้สร้างชาวต่างประเทศและการแปลเครื่องมือจากต่างประเทศ บางงานวิจัยได้พยายามสร้างเครื่องมือขึ้นภายใต้บริบทของสังคมไทยโดยตรงด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ ทำให้ได้เครื่องมือประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรหลายชุด หลายรูปแบบ และมีคุณภาพของเครื่องมือที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามในการทบทวนเอกสารครั้งนี้ ไม่พบรายงานวิจัยเรื่องใดที่มุ่งเน้นศึกษาในเรื่องของการสร้างเครื่องมือวัดหรือประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยเฉพาะ และไม่พบว่ามีเครื่องมือฉบับใดใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในกระบวนการของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ นอกจากนี้เครื่องมือต่างๆ ที่ได้สร้างขึ้นแล้วนั้นยังไม่พบเครื่องมือฉบับใดใช้วิธีการในการตรวจสอบหลายวิธี โดยเฉพาะการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล โดยอิงข้อมูลเชิงประจักษ์จากมุมมองและการรับรู้ความเอื้ออาทรในบริบทของสังคมไทย ด้วยกระบวนการสร้างและพัฒนาหลากหลายวิธีร่วมกัน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาเข้ามาใช้ในการสร้างและพัฒนาเพื่อให้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความสมบูรณ์ เหมาะสมกับบริบทไทย ใช้งานได้จริง และที่สำคัญคือมีคุณภาพของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับได้ โดยการตรวจสอบยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือด้วยวิธีการทางสถิติขั้นสูง ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นนอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิธีวิทยาการวิจัยในด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการค้นหาความจริงซึ่งเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญของการวิจัยในที่สุด

คำถามการวิจัย

1. การรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญหาควรมีลักษณะของกระบวนการเป็นอย่างไร
2. คุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทยควรมีลักษณะอย่างไร
3. เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นด้วยการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ควรมีลักษณะของเครื่องมือเป็นอย่างไร
4. เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นด้วยการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา มีคุณภาพในด้านความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนากระบวนการสัมภาษณ์เชิงปัญหาสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะ และองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย
3. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาในกระบวนการของการพัฒนาเครื่องมือวิจัย
4. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญหาในการสืบค้นข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านคุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทและสภาพแวดล้อมของสังคมไทย โดยศึกษาจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้ มากำหนดเป็นกรอบเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลขึ้น โดยนำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการคิดตั้งๆ และการตะล่อมถาม มาใช้ในกระบวนการตรวจสอบและพัฒนาเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือประเมินพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพเหมาะสม และมีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของพยาบาลทั้งทางด้านวาจา และการแสดงออกทางภาษากาย เช่น สีหน้า ท่าทาง การสัมผัส และการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม อันประกอบด้วย การดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีลักษณะของการกระทำที่เข้าถึงความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตลอดจนส่งเสริมการดูแลตนเอง และพิทักษ์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การสัมภาษณ์เชิงปัญหา ในการวิจัยครั้งนี้มีความหมาย 2 นัยยะดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงปัญหาเพื่อสืบค้นข้อมูล หมายถึง การสัมภาษณ์เพื่อสอบถามข้อมูล การรับรู้ ความคิดเห็นและความทรงจำของผู้ถูกสัมภาษณ์ ในด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ประกอบด้วยเทคนิควิธีการที่สำคัญ 3 วิธีคือ การกลับคืนสู่บริบทเดิม (context reinstatement) การบันทึกรายละเอียด (report everything) และการถามคำถามที่สอดคล้องในแนวเดียวกัน (compatible questioning) ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง
2. การสัมภาษณ์เชิงปัญหาเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย หมายถึง เทคนิควิธีการที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยเทคนิควิธีที่สำคัญ 2 วิธี คือ การสัมภาษณ์แบบคิดตั้งๆ (think-aloud) และการตะล่อมถาม (verbal probing) สำหรับการสืบค้นกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) ของผู้ถูกสัมภาษณ์ในด้านการรับรู้ – ความเข้าใจ ในข้อคำถามและชุดของคำตอบ เพื่อยืนยันความชัดเจน และความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือวิจัย

ความเที่ยง หมายถึงความสอดคล้องภายในของคะแนนการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร คำนวณจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

ความตรง (validity) หมายถึง ความแม่นยำของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ที่สามารถวัดพฤติกรรมที่ต้องการวัดและสามารถบอกถึงสภาพความเอื้ออาทรได้อย่างแท้จริง ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาความตรง 3 ประเภทดังนี้

ความตรงตามเนื้อหา (content validity) หมายถึงความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นกับเนื้อหาของสิ่งที่ต้องการวัด โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความตรงตามโครงสร้าง หมายถึงความสอดคล้องของโครงสร้างและองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการศึกษาด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและตรวจสอบความสอดคล้องด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้ถูกต้องตรงตามพฤติกรรมการแสดงออกอย่างแท้จริง โดยคำนวณจากความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นกับคะแนนที่ได้จากเครื่องมือเกณฑ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ในทางปฏิบัติ ผลจากการวิจัยทำให้ได้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพคือ ให้ผลการวัดที่มีความตรง ความเที่ยง และเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

2. ประโยชน์ทางวิชาการ ได้พัฒนากระบวนการของการสร้างเครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยใช้วิธีวิทยาเชิงคุณภาพคือ เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ซึ่งสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยอื่นๆ ต่อไป

3. ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทำให้ได้สารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลทั้งในด้านการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการดูแลอย่างเอื้ออาทร

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอนำเสนอสาระเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนแรก เป็นมโนทัศน์ของการดูแลอย่างเอื้ออาทร (caring) ตอนที่สอง เป็นมโนทัศน์ของการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) ตอนที่สามเป็น หลักการออกแบบ การพัฒนา และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และตอนที่สี่ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยสาระสำคัญของแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 มโนทัศน์ของการดูแลอย่างเอื้ออาทร

สำหรับมโนทัศน์ของการดูแลอย่างเอื้ออาทร (caring) ผู้วิจัยได้นำเสนอตามลำดับหัวข้อ คือ 1) ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทร 2) แนวคิดและทฤษฎีของการดูแลอย่างเอื้ออาทร 3) เครื่องมือวัดและประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทร และ 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทร

การดูแลอย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วยคำที่สำคัญสองคำ คือ “การดูแล” และ “เอื้ออาทร” ดังนั้นจึงขอนำเสนอความหมายแยกกันดังนี้

ความหมายโดยทั่วไปของการดูแล

ในภาษาไทยคำว่า “ดูแล” เป็นคำกริยา หมายถึง เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า care และ caring ในลักษณะของ คำกริยาและคำนาม มีความหมายถึง เอาใจใส่ สนใจ หรือความเป็นห่วง การปกป้อง การดูแล ส่วน caring ที่ใช้เป็นคำคุณศัพท์หมายถึง (คน) เมตตา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่, (สังคม) สงเคราะห์ (พจนานุกรมออกซฟอร์ด-ริเวอร์ บุกส์อังกฤษ-ไทย, 2006)

ความหมายโดยทั่วไปของเอื้ออาทร

เอื้ออาทร มาจากคำสองคำรวมกัน คือ คำว่า “เอื้อ” และคำว่า “อาทร” ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) คำว่า “เอื้อ” เป็นคำกริยา หมายถึง เอาใจใส่ มีน้ำใจ เช่น เอื้อแก่กัน คำว่า “อาทร” เป็นคำนาม หมายถึง ความเอื้อเฟื้อคือการแสดงน้ำใจดีต่อผู้อื่น ความเอาใจใส่

ความห่วงใย ดังนั้น ความเอื้ออาทร จึงหมายถึง การแสดงความมีน้ำใจ ห่วงใยและเอาใจใส่ต่อผู้อื่น

พจนานุกรมพุทธศาสตร์ (พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตตโต), 2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า “อาทร” ไว้ว่า หมายถึง ความเอื้อเฟื้อ ความเอาใจใส่

ไกรพ วงศ์อมรวัชรพันธ์ (2547) ได้ทบทวนความหมายของความเอื้ออาทรและสรุปว่า คือ ความสัมพันธ์แบบดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือ โดยที่ความรู้สึกเชิงบวกที่คู่สัมพันธ์ให้และได้รับในระหว่างความสัมพันธ์เอื้ออาทรนั้น ได้สะท้อนให้เห็นผลการตอบสนองที่บุคคลที่เป็นคู่ความสัมพันธ์นั้นต่างได้รับอย่างเท่าเทียมกัน เป้าหมายของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง และการดำรงความผูกพันระหว่างบุคคล

จากการแปลความหมายในศาสตร์สาขาต่างๆ ได้ใช้คำภาษาไทยแทนความหมายของ care หรือ caring ได้หลายคำ เช่น ให้ความสนใจ เป็นห่วงเป็นใยอย่างมาก มีความเต็มใจและให้การดูแล ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการพยาบาลนั้น ระยะเวลาแรกนักการศึกษาและนักปฏิบัติทางการพยาบาลส่วนใหญ่ได้แปลความหมายของ care หรือ caring ไว้ว่า “การดูแล” ซึ่งในระยะต่อมาศาสตร์ทางการพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการดูแลในลักษณะองค์รวมมากขึ้นซึ่งเน้นมิติด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงได้ใช้คำแปล care หรือ caring โดยรวมคำว่าเอื้ออาทรเข้าไว้ในความหมาย เมื่อทบทวนเอกสารหรืองานวิจัยทางการพยาบาลจึงมักปรากฏทั้งคำว่า “การดูแล”, “ความเอื้ออาทร”, “การดูแลเอื้ออาทร” และ “การดูแลอย่างเอื้ออาทร” ในความหมายเดียวกัน (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2536; พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539; สิริรัตน์ สุภิธร และคนอื่น ๆ, 2544, วาสนา นัยพัฒน์, 2545) อย่างไรก็ตาม สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 148) ได้ให้ความเห็นว่าในศาสตร์ด้านการพยาบาลนั้น ถึงแม้จะใช้เพียงคำว่า “การดูแล” แต่ความหมายแท้จริงแล้วจะประกอบด้วยความเอาใจใส่และเอื้ออาทรแฝงอยู่ด้วยเสมอ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่า “การดูแลอย่างเอื้ออาทร” ซึ่งเป็นคำที่สื่อความหมายได้ชัดเจนและเป็นคำที่บรรจุไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรในศาสตร์ทางการพยาบาล

สำหรับมุมมองของศาสตร์ทางการพยาบาลนั้น ผู้นำทางการพยาบาล ทั้งนักวิชาการ ตลอดจนนักปฏิบัติการพยาบาลมีความเห็นว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นหัวใจสำคัญหรือเป็นแก่นของการพยาบาล (Leininger, 1988; Watson, 1985) และได้ให้ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้ในแนวทางที่ใกล้เคียงกันดังนี้

May (1969 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2536) ให้ความหมายของ การดูแลอย่างเอื้ออาทร ว่าเป็นการกระทำในลักษณะที่บุคคลมีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจ เกี่ยวข้องและผูกพันต่อผู้อื่น หรือการแสดงถึงความทุกข์และความสุขที่เกิดร่วมกัน

Mayeroff (1971 cited in Euswas, 1991) ให้ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโต ถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจ หรือบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการดูแลเอื้ออาทรในลักษณะนี้ผู้ดูแลจะต้องมีความรัก ความเอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้รับการดูแล และมีลักษณะคล้ายแม่ที่มีวุฒิภาวะดูแลลูก และคาดหวังให้ลูกมีความเจริญก้าวหน้าสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

Leininger (1988, 1991 อ้างถึงใน พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ให้ความหมาย การดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้ว่า หมายถึงปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (supportive) การเอื้ออำนวย (facilitative) และการพัฒนาความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการของเขา เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดีหรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

Watson (1988) นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ให้ความหมาย การดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้ว่าเป็นศาสตร์และศิลป์ในการกระทำ เป็นการแสดงความรู้สึกลึกซึ้งอย่างจริงใจระหว่างบุคคลทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งทั้งสองฝ่ายต่างก็มีศักยภาพและได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการของการดูแล

Swanson (1999) ได้ใช้แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Watson มาพัฒนาให้เป็นรูปธรรมและนำไปปฏิบัติทางการพยาบาลได้ง่ายขึ้น โดยให้ความหมายของ การดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้ว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเอาใจใส่ ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุนส่งเสริม และให้กำลังใจ จัดกระทำกับบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญาต่อบุคคลอื่น โดยตระหนักถึงความมีคุณค่า ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลนั้น

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

อารี ชิวเกษมสุข (2541) ให้ความหมาย การดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้ว่า เป็นการกระทำใดๆ ที่ช่วยเหลือประคับประคอง และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีคุณค่า

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปความหมาย การดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้ว่า จะมีลักษณะที่สมบูรณ์เมื่อมีคุณลักษณะ 3 ประการคือ 1) เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของ

ผู้ป่วย/ผู้รับการดูแล ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้เป็นกรกระทำต่อร่างกายของผู้รับการดูแลในกิจกรรมต่าง ๆ และเป็นการใช้เครื่องมือ และใช้เทคนิคต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เป็นการกระทำที่แฝงไปด้วยความรู้สึกนึกคิดด้านอารมณ์ และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย/ผู้รับการดูแล โดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย/ผู้รับการดูแลในฐานะปัจเจกบุคคล และ 3) เป็นการป้องกันระแวดระวัง เพื่อให้มีการกระทำที่ถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ผู้รับการดูแล

เมื่อพิจารณาความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่กล่าวมาข้างต้น โดยสรุปแล้วหมายถึง ลักษณะของการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการที่พยาบาลพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการมีสัมพันธภาพเพื่อถ่ายทอดความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม อันประกอบด้วยการดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยลักษณะของการกระทำต้องเข้าถึงความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตลอดจนส่งเสริมการดูแลตนเอง และพิทักษ์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

ในการปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า ความเอื้ออาทรเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลซึ่งแสดงให้เห็นความมีพลังอำนาจ มีเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ เป็นที่ต้องการและยอมรับของสังคม (จำรัส สารชะขวัญ และคนอื่น ๆ, 2548) ผลของการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความผาสุกทางอารมณ์และจิตวิญญาณ คือผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีศักดิ์ศรี ควบคุมตนเองได้และมีความเป็นตัวของตัวเอง นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ทำให้รอดชีวิต มีความปลอดภัย เสริมสร้างพลังชีวิต ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความสุขสบายและลดความสูญเสีย ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี เพิ่มความไว้วางใจ มีความเป็นกันเองและคุ้นเคย ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เอื้ออาทรจะเป็นการบั่นทอนความเป็นมนุษย์ ทำให้รู้สึกผิดหวัง หมดหวัง รู้สึกแปลกแยก รู้สึกว่าตกอยู่ในอันตราย เกิดความทรงจำที่ไม่ดีและลบเลือนได้ยาก ซึ่งจะทำให้การหายจากความเจ็บป่วยเป็นไปได้ล่าช้า (Watson, 2006)

1.2 แนวคิดและทฤษฎีของการดูแลอย่างเอื้ออาทร

แนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรเกิดขึ้นพร้อมกับวิชาชีพพยาบาลตั้งแต่ยุคสมัยของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล และในระยะต่อมา นักทฤษฎี นักวิจัยและนักการศึกษาทางการพยาบาล ต่างมีความเห็นว่าการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในศิลปะของศาสตร์ทางการพยาบาล (the art of nursing science) (ศิริอร สีนุ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) และได้นำเสนอแนวคิดและสร้างทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรไว้หลากหลาย

จากการศึกษาเอกสารด้านการดูแล พบว่าแนวคิดของการดูแลสามารถจำแนกได้ 5 รูปแบบ (Morse et al., 1990 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนี้

1. การดูแลเป็นลักษณะธรรมชาติประจำตัวของมนุษย์และสัตว์ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด แต่ความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะดูแลคนอื่นแตกต่างกัน ประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับการดูแล เอาใจใส่ในอดีตจะมีผลต่อความสามารถที่จะดูแลผู้อื่นในปัจจุบัน สำหรับพยาบาลจะต้องเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาและการปฏิบัติงาน

2. การดูแล เป็นเรื่องของความดี มีศีลธรรม คือคนที่มีศีลธรรมต้องดูแลผู้อื่น เช่น การรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้อื่น เห็นชีวิตของทุกคนมีคุณค่า การดูแลจึงเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางการพยาบาลและเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับจริยศาสตร์ทางการพยาบาล

3. การดูแล เป็นอารมณ์ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความสงสาร จากความเห็นใจ เข้าใจ ในความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบจากความทุกข์จากความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ในชีวิต เป็นความรู้สึกห่วงใย สนใจ เอาใจใส่และเสียสละเพื่อผู้อื่น อันเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลกระทำการช่วยเหลือ ในลักษณะเช่นนี้ พยาบาลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและไว้ใจซึ่งกันและกัน

4. การดูแล เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นักคิดทางการพยาบาลที่เชื่อในแนวคิดนี้ถือว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแล นั่นคือการดูแลจะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้สึกต่างๆ ความเชื่อ ตลอดจนการกระทำต่างๆ ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นการแสดงถึงการดูแล

5. การดูแล เป็นการบำบัดและเยียวยา (therapeutic intervention) พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล เช่น การรับฟัง การสัมผัส เป็นการบำบัดเยียวยาและมีส่วนเสริมช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากความเจ็บป่วยและลดความทุกข์ทรมานลงได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปทัศนะเกี่ยวกับการดูแลทั้ง 5 ประการข้างต้น ว่ามีความสัมพันธ์กัน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล คือผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจในความปลอดภัย มีความหวัง เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ในทัศนะของครุฑมเชื่อว่ามีผลต่อร่างกาย ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้น ช่วยให้พ้นหายจากโรค และพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลมีผลต่อการตอบสนองต่อร่างกายโดยตรง เช่น บรรเทาความปวด ความไม่สุขสบาย ซึ่งจากผลต่อร่างกายนี้ก็จะส่งผลต่อประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและในขณะเดียวกันประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยก็จะมีผลต่อการตอบสนองทางด้านร่างกายด้วย

สำหรับแนวคิดทฤษฎีด้านการดูแลที่นักทฤษฎีและนักการศึกษาพยาบาลได้สร้างและพัฒนาขึ้นมีหลายแนวคิดทฤษฎี ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดทฤษฎีที่เป็นที่ยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดการดูแลของ Mayeroff

Mayeroff (Mayeroff, 1971 cited in Euswas, 1991; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) เป็นนักปรัชญาที่เน้นการดูแลเอื้ออาทรต่อมนุษย์ มีแนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความสำเร็จแห่งตน (actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการดูแลเอื้ออาทรจะเป็นไปในลักษณะที่พยาบาลจะต้องมีความรัก เอื้ออาทร และจริงจังต่อผู้ป่วย คล้ายกับแม่ที่ดูแลลูกและคาดหวังให้ลูกมีความเจริญก้าวหน้าสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีองค์ประกอบของการดูแลเอื้ออาทร 8 ประการ ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น รู้ว่าคนๆ นั้นมีจุดเด่นจุดด้อยอะไร รู้ความต้องการเป้าหมายและความปรารถนา หากพยาบาลรู้จักผู้รับบริการดีแล้ว สัมพันธภาพการดูแลจะเกิดขึ้นได้ และนอกจากนี้จะต้องรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ ต้องอาศัยความรู้ในส่วนของคุณภาพสุขภาพเจ็บป่วย ตลอดจนความรู้ด้านพฤติกรรมมนุษย์และพัฒนาการสื่อสารและการแก้ปัญหา

2. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (alternating rhythms) ผู้ให้การดูแลต้องมองปัญหาหลายแนว จากหลายๆ จุด โดยเฉพาะในส่วนของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ หากมองปัญหาเพียงเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งจะทำให้ไม่ครอบคลุมสาระการดูแลและสกัดกั้นความสามารถในการดูแล นอกจากนี้จะต้องมีการประเมินการดูแลและปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

3. ความอดทน/อดกลั้น (patience) ความสำคัญขององค์ประกอบนี้อยู่ที่เป้าหมายที่ต้องการให้คนได้เจริญเติบโตได้ด้วยตนเอง ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิด ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีการอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกล้อนอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้ป่วย อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย

5. ความจริงใจ (honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของคนที่ต้องการจะให้ช่วยเหลือบุคคลอื่นร่วมกับการแสดงออกถึงความเข้าใจต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมา จึงเป็นความรู้สึกร่วมที่แท้จริง (empathy) ที่มีต่อกัน โดย

ไม่แสดงถึงความรู้สึกต่อสิ่งนั้นหรือเหตุการณ์นั้นมากเกินไป (sympathy) เพราะจะไปสกัดกั้นพฤติกรรมการดูแลที่จะให้แก่บุคคลนั้น

6. ความไว้วางใจ (trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

7. ความกล้าหาญ (courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. ความหวัง (hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแล การดูแลต้องมีความหวังเป็นจุดเริ่มต้นและคงอยู่ตลอดเวลาเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม

นักทฤษฎีทางการพยาบาลคนแรกๆ ที่เริ่มสร้างทฤษฎีการดูแลคือ Leininger (Medeline Leininger) โดยได้ศึกษาทฤษฎีการดูแลที่เข้าถึงวัฒนธรรม (Transcultural nursing) ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล โดยได้เสนอว่าการดูแลเพื่อนมนุษย์ (human care) เป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ เนื้อหาของทฤษฎีได้รับอิทธิพลมาจากความรู้ด้านมานุษยวิทยา ซึ่งเป็นการพยายามนำความรู้มาอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลคือการดูแลเชิงวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพและความผาสุกของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยสาระสำคัญของทฤษฎีได้อธิบายปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลและระบบการดูแล รวมทั้งการตัดสินใจและการกระทำการพยาบาล (nursing action) ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย Leininger ได้เสนอข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีไว้ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เป็นหัวใจและเป็นจุดเน้นของการพยาบาล
2. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นต่อความผาสุก สุขภาพ การฟื้นฟู การเจริญเติบโต การรอดชีวิตและการเผชิญกับความพิการและความตายของมนุษย์
3. การดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นสื่อที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมและเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล
4. การพยาบาลเป็นสาขาวิชาและเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ของการดูแลมนุษย์ในวัฒนธรรมที่หลากหลาย
5. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาและการฟื้นฟู ดังนั้นการรักษาให้หายจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากการดูแล

6. การดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล คือมีอยู่ในทุกวัฒนธรรม แต่ความหมาย การแสดงออก รูปแบบกระบวนการ และโครงสร้าง อาจแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม
7. ในทุกวัฒนธรรมของมนุษย์จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลของสามัญชน การดูแลที่บ้าน และการดูแลของวิชาชีพอยู่ด้วยเสมอ แต่การปฏิบัติอาจแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม
8. ค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมได้รับอิทธิพลจาก ศาสนา ภาษา ศาสนา เครือญาติ การเมืองหรือกฎหมาย การศึกษา เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ชาติพันธุ์ และบริบททางด้านสิ่งแวดล้อมของวัฒนธรรมที่เฉพาะ
9. ประโยชน์และความพึงพอใจที่ได้รับจากการดูแลทางการแพทย์ มีส่วนช่วยให้เกิดความผาสุกแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชนในบริบทของสิ่งแวดล้อมนั้นๆ
10. การดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องตามวัฒนธรรมจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อพยาบาลได้ทราบเกี่ยวกับค่านิยม การปฏิบัติ หรือรูปแบบการดูแลตามวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และนำมาใช้อย่างเหมาะสม
11. ความคล้ายคลึงและความแตกต่างในทัศนะการดูแลตามวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพและของประชาชนผู้รับการดูแล มีอยู่ทั่วไปในการดูแลมนุษย์

ทฤษฎีของ Leininger ได้ให้ความหมายของการดูแล (care) การดูแลทั่วไป (generic care) และการดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care) ไว้แตกต่างกันดังนี้ การดูแล (care) หมายถึงปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการช่วยเหลือ สนับสนุน พัฒนาความสามารถและเอื้ออำนวยให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้ตอบสนองของความต้องการของเขาเองเพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตและสุขภาพ ส่วนการดูแลทั่วไป (generic care) หมายถึงการดูแลโดยสามัญชน (ไม่ใช่วิชาชีพ) การดูแลที่บ้านที่ประชาชนในแต่ละวัฒนธรรม มีความรู้ ความเชื่อ ให้คุณค่าและปฏิบัติสืบทอดกันมา ส่วนความหมายของการดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care) หมายถึง การดูแลที่อาศัยความเข้าใจในค่านิยม ความเชื่อ มาตรฐานทางสังคม รูปแบบและการปฏิบัติเพื่อจะช่วยเหลือ สนับสนุน พัฒนาความสามารถและเอื้ออำนวยให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนรักษาไว้ซึ่งความผาสุก ปรับปรุงวิถีชีวิตและสุขภาพ หรือเผชิญกับความพิการและความตายได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีการดูแลของ Leininger เน้นความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการดูแลของบุคคลในแต่ละกลุ่ม การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล นั่นคือพยาบาลกับผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ความเชื่อ ค่านิยมซึ่งกันและกัน และจากการที่ Leininger ได้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพศึกษา

การดูแลในวัฒนธรรมต่างๆ สามารถสรุปคำสำคัญหรือมิตีย่อยการดูแลได้หลากหลาย (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2536; พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539) ได้แก่ ความสุขสบาย (comfort), ความสนใจ (attention), การสัมผัส (touch), การปกป้อง (protection), ความไว้วางใจ (trust), การร่วมรู้สึก (empathy), การสนับสนุนระดับประคอง (support), ความเมตตากรุณา (compassion), การช่วยเหลือยามทุกข์ยาก (succor), การเฝ้าระวัง (surveillance) เป็นต้น

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson

Jean Watson เป็นผู้สร้างและพัฒนาทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล มีแนวคิดมาจากปรัชญา จริยธรรม คุณธรรมและการให้คุณค่า โดยมีความเชื่อว่ารากฐานการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับมนุษยธรรมนิยม จึงได้เสนอทฤษฎีที่เน้นความเป็นมนุษย์ โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีมิติด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบ เนื้อหาสาระของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล อธิบายความเชื่อมโยงของมนุษย์กับมนุษย์ที่แต่ละฝ่ายสัมผัสถึงจิตของกันและกัน กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งจะเกิดการเชื่อมต่อของสนามพลังงานและกรอบความคิด (frame of reference) ของทั้ง 2 ฝ่าย เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนกัน เกิดความสัมพันธ์กันที่เรียกว่า biogenic reaction มีการให้และมีการรับ เป้าหมายของการให้การพยาบาลคือ การช่วยให้บุคคลมีภาวะดุลยภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าและการดูแลเยียวยาตนเอง ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. การดูแลสามารถแสดงออกและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคคลเท่านั้น
2. การดูแลประกอบด้วยปัจจัย 10 ประการที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจจากความต้องการที่เฉพาะของมนุษย์ได้รับการตอบสนอง
3. การดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะส่งเสริมสุขภาพและการเจริญเติบโต พัฒนาการของบุคคลและครอบครัว
4. การดูแลต้องยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นทั้งในปัจจุบันและอนาคต
5. บรรยากาศของการดูแลนั้นจะต้องเอื้อให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง และเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตนเองในช่วงเวลานั้นๆ
6. การดูแลเป็นการทำให้สุขภาพดีมากกว่าการรักษา การปฏิบัติดูแลจะต้องบูรณาการความรู้ทางด้านชีวภาพและพฤติกรรมมนุษย์เข้าด้วยกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นศาสตร์การดูแลช่วยเสริมศาสตร์การรักษา
7. การปฏิบัติดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาล

กระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจได้จะต้องอาศัยปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแล ซึ่ง Watson ได้เสนอองค์ประกอบ 10 ประการของการดูแล (10 caring factor) ได้แก่

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
2. สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและความหวัง
3. ไวต่อความรู้สึก การรับรู้ของตนเองและของผู้อื่น
4. พัฒนาความไว้วางใจเพื่อเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์
5. ส่งเสริมและยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบ
6. ใช้กระบวนการดูแลในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ
7. ส่งเสริมการสอนและการเรียนรู้ที่เข้าถึงบุคคล
8. ประดับประดา สนับสนุน ปกป้อง และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
9. ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล
10. ยอมรับความเชื่อ จิตวิญญาณและโลกทัศน์ของแต่ละบุคคล

แนวคิดในการดูแลระหว่างบุคคลจะช่วยให้พยาบาลได้เห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การเข้าถึงกันและกันจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันและช่วยให้พยาบาลได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรง และเอื้ออำนวยให้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลได้เกิดการพัฒนาตนเอง

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Roach

Roach (1992 cited in Tschudin, 2003; Roach, 1987 อ้างถึงใน อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ , 2548 ข; ศรีสุดา งามขำ, 2539) ได้กล่าวถึงการดูแล คือวิถีความเป็นอยู่ของมนุษย์ และได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลว่าเป็นความสามารถของมนุษย์ทุกคนในการแสดงออก หรือกระทำในการดูแลต่อมนุษย์ โดยมีพื้นฐานของความรัก ความเห็นอกเห็นใจ มีความเมตตา ความหวังใเอ เอาใจใส่ ร่วมสนุก เสียใจ เศร้าใจอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติ ส่วนการดูแลมนุษย์เชิงวิชาชีพ เป็นเอกลักษณ์การดูแลสุขภาพอย่างอิสระตามที่ได้รับมอบหมายจากสังคม ประกอบด้วยความสามารถในการดูแลที่แสดงออกได้จริงของตนเองและผู้อื่นที่มุ่งหวังตอบสนองสู่เป้าหมายและรับรู้พร้อมกัน การดูแลมีลักษณะเฉพาะอยู่ที่การแสดงออกหรือการกระทำตามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาลอย่างชัดเจนและเหมาะสม Roach ได้อธิบายคำสำคัญซึ่งเป็น

พฤติกรรมของการดูแลไว้ 5 คำ (5 C's of Caring) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแล ดังนี้

1. ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) เป็นการปฏิบัติที่คำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างกัน มีความห่วงใยและตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้อื่น มีความระมัดระวังต่อสัมพันธภาพระหว่างกันของมนุษย์ มีการแลกเปลี่ยนความสุข ความทุกข์ ความเจ็บปวด และความสำเร็จร่วมกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการปฏิบัติง่ายๆ โดยไม่เสแสร้ง

2. ความรู้ความสามารถ (competence) เป็นการปฏิบัติงานโดยใช้ทักษะความชำนาญที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องตามเทคนิควิธีและหลักวิชาด้วยความมั่นใจ เป็นการนำความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ให้เข้ากับการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีเหตุผลตามหลักวิชาการ มีการตัดสินใจที่ดีทันเวลา คำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแต่ละบุคคลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีประสบการณ์และเกิดแรงจูงใจมุ่งหวังที่จะตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกันในแต่ละบุคคลตามความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ

3. ความไว้วางใจ (confidence) เป็นลักษณะที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ เชื่อถือ และนับถือซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารความจริงต่อกัน อันจะนำไปสู่คุณภาพของการดูแล ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและมั่นใจว่าพยาบาลคือผู้ให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับตน และไม่เป็นอันตรายต่อตน เมื่อใดก็ตามที่ตนเกิดปัญหาพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้

4. มีจิตสำนึกทางจริยธรรม (conscience) คำนึงถึงศีลธรรม เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ปฏิบัติงานด้วยความมีสติ คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน เคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ

5. มีความยึดมั่นผูกพัน (commitment) เป็นแรงยึดเหนี่ยวระหว่างคนและงานในหน้าที่ เป็นความตั้งใจจริงในการปฏิบัติงาน เอาจริงเอาจัง กระทำอย่างต่อเนื่อง ไม่เลิกล้มงานนั้นง่ายๆ เป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองอย่างเต็มใจต่อการให้บริการ ยอมรับในคุณค่าและปฏิบัติเพื่อคุณค่านั้น โดยไม่คิดว่าเป็นภาระหนัก นอกจากนี้ควรมีการวางตนให้เหมาะสม (comportment) เช่นการแต่งกาย การใช้ภาษาและมีกิริยามารยาทดีงามเหมาะสม

แนวคิดการดูแลของ Swanson

Swanson (Swanson, 1986; 1991 อ้างถึงใน กุสุมา ปิยะศิริภรณ์, 2545) ได้นำแนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson ไปพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ซึ่งได้ศึกษาการได้รับการดูแลจากพยาบาลของกลุ่มมารดาหลังแท้งบุตร พบว่า สามารถจำแนกกิจกรรมการดูแลออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จัก

ผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining belief) ซึ่งต่อมา Swanson ได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงการดูแลเอาใจใส่ในมุมมองของผู้ให้บริการ เช่น ผู้บริหารทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ และพยาบาล ตลอดจน กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการกลุ่มอื่น ได้แก่ มารดาที่มีอายุน้อย ผลการศึกษาพบข้อมูลจำแนกเป็นกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่ได้ 5 ด้านเหมือนเดิมซึ่งช่วยยืนยันถึงผลการศึกษาที่ผ่านมา Swanson จึงได้สรุปความหมายของการดูแลว่า “เป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญาจัดกระทำให้แก่บุคคลอื่น โดยตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ และค่านิยม ของบุคคลนั้น” ซึ่งการดูแลอย่างเอาใจใส่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่

1. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจในเหตุการณ์ขณะที่เป็นอยู่ โดยไม่นำผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครอบคลุม และยอมรับว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนไม่เหมือนกัน คนทุกคนมีความคิดความเชื่อเป็นของตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยที่การให้การดูแลนั้น ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีความเป็นตัวของตัวเอง

2. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า พยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ โดยการให้เวลา และ/หรือมีการใช้เวลาขณะอยู่กับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า ถึงแม้ระยะเวลาสั้นก็จะสั้นก็ตาม โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนและตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้อารมณ์และแบ่งปันความรู้สึกกับผู้ป่วยไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด ถึงแม้บางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าพยาบาลยังคงห่วงใยและคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

3. การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing for) หมายถึง การที่พยาบาลช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยที่การกระทำของพยาบาลจะต้องประกอบไปด้วยทักษะอย่างเต็มกำลังความสามารถ ในขณะที่พยาบาลมีการเคารพคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเสมอ

4. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) หมายถึง การที่พยาบาลมีการให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย เสนอทางเลือกโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริม ให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพโดยพยาบาลยอมให้ผู้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและเป็นไปในทางสร้างสรรค์เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

5. การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining belief) หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่า พยาบาลคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา และความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่ โดยการให้มุมมองทางด้านบวก ส่งเสริมให้มองโลกในแง่ดีตามสภาพที่เป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีความสุขที่ได้เชื่อถือและศรัทธา และสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่กำลังเกิดขึ้นได้อย่างมีความหมาย หรือทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ถึงแม้ในบางครั้งความเชื่อของพยาบาลอาจแตกต่างจากผู้ป่วยก็ตาม

Swanson ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านนั้นจะผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ การพยาบาลที่สมบูรณ์นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างแท้จริงนั้น พยาบาลต้องสื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่า ได้รับการดูแลเอื้ออาทรครบถ้วนตามกิจกรรมทั้ง 5 ด้านดังกล่าว” นอกจากนี้ Swanson ได้สังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเอื้ออาทร เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีระดับกลางในการที่ได้มาซึ่งกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้งห้าด้าน โดยงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์นั้นครอบคลุมในกลุ่มของผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้การดูแล ได้แก่ พยาบาล นักศึกษา อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเอื้ออาทรที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์จริงที่ได้รับ ความคาดหวัง การสังเกตเห็น การแสดงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น งานวิจัยที่ Swanson นำมาสังเคราะห์มีจำนวนทั้งหมด 130 ฉบับ เป็นงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1996 หลังการสังเคราะห์และจัดหมวดหมู่แล้ว สรุปได้ว่า ความหมายของการดูแลเอื้ออาทรในงานวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาไม่ได้ออกนอกกรอบในกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้งห้าด้านที่ Swanson ได้สรุปไว้แต่อย่างใด (Swanson, 1999 อ้างถึงใน กุสุมา ปิยะศิริภรณ์, 2545)

แนวคิดของความเอื้ออาทรในบริบทสังคมไทย

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีพื้นฐานหลักคิดในการดำเนินชีวิตมาจากหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนาพุทธหรือหลักพุทธธรรม โดยหลักธรรมดังกล่าวฝังรากลึกอยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี ส่งผลให้คนในสังคมไทยมีหลักคิดที่คล้ายคลึงกันคือ เป็นหลักคิดตาม

แนววิถีพุทธ พยาบาลไทยส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธ ค่านิยมส่วนบุคคลของพยาบาลไทยจึงได้รับอิทธิพลมาจากประเพณีและวัฒนธรรมแบบชาวพุทธ และได้กลายมาเป็นค่านิยมที่ฝังงามในวิชาชีพพยาบาลด้วย เช่น การอ่อนน้อมถ่อมตน การมีความเมตตา กรุณา การมีความอดทน การเสียสละ เป็นต้น ดังนั้นการที่พยาบาลไทยจะมีลักษณะของการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้ จำเป็นจะต้องเข้าใจกระบวนการทัศนคติทางการพยาบาลตามหลักพระธรรมคำสอนทั้งในฐานะชาวพุทธ และในฐานะที่เป็นวิชาชีพที่ต้องให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนชาวพุทธซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ การที่พยาบาลรัฐซึ่งในข้อธรรมะตามหลักพระธรรมคำสอนที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและธรรมชาติของชีวิตนอกจากจะยังประโยชน์ต่อพยาบาลแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อผู้เจ็บป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลด้วย (ทัศนีย์ ทองประทีป และคนอื่น ๆ, 2545)

สำหรับพุทธธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเอื้ออาทรมีได้หลายหมวดคำสอน พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต) (2541ก; 2546) ได้เสนอหลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเอื้ออาทรสำหรับคนทั่วไปคือ คนที่มีคุณแก่ส่วนรวมเป็นผู้ช่วยสร้างสรรค์สังคมจะมีหลักความประพฤติดังนี้คือ มีพรหมวิหาร คือ ธรรมประจำใจของผู้ประเสริฐหรือผู้มีจิตใจยิ่งใหญ่กว้างขวางดุจพระพรหม ผู้ที่ดำรงตนอยู่ในพรหมวิหารย่อมช่วยเหลือมนุษยสัตว์ทั้งหลายด้วยเมตตา กรุณาและย้อมรักษาธรรมไว้ได้ด้วยอุเบกขา การช่วยเหลือจะแผ่เสมอโดยทั่วไปในมนุษยสัตว์ทั้งหลายไม่มีประมาณ ไม่จำกัดขอบเขต สำหรับการพยาบาลแล้วพรหมวิหาร 4 เป็นคำสอนหนึ่งในพุทธศาสนา ที่จะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลได้ด้วยจิตใจที่เปี่ยมด้วยความเมตตา กรุณาแก่ผู้เจ็บป่วย และเป็นปัญญาสำหรับพยาบาล เพราะจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจในสภาพธรรมชาติของสิ่งทั้งปวงตามความเป็นจริง (ทัศนีย์ ทองประทีป และคนอื่น ๆ, 2545).

พรหมวิหาร 4 หมายถึง ธรรมประจำใจอันประเสริฐ เป็นหลักธรรมที่จะต้องมิได้เป็นหัวใจและกำกับความประพฤติ จึงจะชื่อว่าดำเนินชีวิตหมดจดและปฏิบัติต่อมนุษย์ทั้งหลายโดยชอบประกอบด้วย

1.เมตตา คือความรัก ปราบปรามดีอยากให้ความสุข มีจิตอันแผ่ไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่มนุษยสัตว์ทั่วหน้า

2.กรุณา (compassion) ความสงสารคิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนของปวงสัตว์

3.มุทิตา ความยินดีในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข มีจิตใจ่องใสบันเทิง กอปรด้วยอาการแช่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอ ต่อสัตว์ทั้งหลายผู้ดำรงในปกติสุข พลอยยินดีเมื่อเขาได้ดีมีสุข เจริญอกงามยิ่งขึ้นไป

4. อุเบกขา ความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงธรรมตามที่พิจารณาเห็นด้วยปัญญา คือมีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตราขึง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พิจารณาเห็นกรรมที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่ว สมควรแก่เหตุอันตนประกอบ พร้อมทั้งจะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมองดู เพราะเขารับผิดชอบตนได้ดีแล้ว เขาสมควรรับผิดชอบตนเอง หรือเขาสมควรได้รับผลอันสมกับมารับผิดชอบของตน

นอกจากพรหมวิหารแล้ว ผู้ที่มีพรหมวิหารย่อมจะเป็นผู้ประพฤติปฏิบัติเกื้อกูลแก่ผู้อื่นด้วยสังคหวัตถุ บุคคลนั้นจะมีการบำเพ็ญการสังเคราะห์ได้แก่

1) ทาน คือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละแบ่งปัน ช่วยเหลือกันด้วยสิ่งของ ตลอดถึงให้ความรู้ และแนะนำสั่งสอน

2) ปิยวาจา คือกล่าวคำสุภาพไพเราะอ่อนหวานสมานสามัคคีให้เกิดไมตรีและความรักใคร่นับถือ ตลอดถึงคำแสดงประโยชน์ประกอบด้วยเหตุผลเป็นหลักฐานจูงใจให้นิยมยอมตาม

3) อุตถจริยา การประพฤติประโยชน์คือชวนชวายเป็นหลักกิจการ บำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ตลอดถึงช่วยแก้ไขปรับปรุงส่งเสริมในทางจริยธรรม

4) สมานัตตตา คือทำตนเสมอต้นเสมอปลาย ปฏิบัติสม่าเสมอกันในชนทั้งหลาย และเสมอในสุขทุกข์โดยร่วมรับรู้ร่วมแก้ไข ตลอดถึงวางตนเหมาะสมแก่ฐานะ ภาวะ บุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม ถูกต้องตามธรรมในแต่ละกรณี

นอกจากนี้ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต) (2551) ได้อธิบายหลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้เจ็บป่วย และนับถือกันมาว่าเป็นพุทธมนต์สำหรับสวดสาธยาย เพื่อให้คนป่วยได้สดับตรับฟังแล้วจะได้หายโรค ได้แก่ โพชฌงค์ คือธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ เป็นหลักธรรมสำคัญหมวดหนึ่งเกี่ยวกับปัญญา เป็นธรรมะชั้นสูง ซึ่งความจริงก็เป็นเรื่องของการทำให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการรักษาใจ ซึ่งพุทธวิธีเสริมสุขภาพ เป็นธรรมดว่า กายกับใจนั้นเป็นสิ่งที่อาศัยกันและกัน พอกายเจ็บป่วยไม่สบาย คนทั่วไปก็มักจะพาลจิตใจไม่สบาย เศร้าหมอง กระวนกระวาย กระสับกระส่ายไปด้วย และในทำนองเดียวกัน เมื่อจิตใจไม่สบายก็พลอยให้กายไม่สบายไปด้วย เริ่มต้นตั้งรับประทานอาหารไม่ได้ ร่างกายเศร้าหมอง เป็นสิ่งที่เนื่องอาศัยกันในทางตรงกันข้าม คือในทางที่ดี ถ้าจิตใจดี สบาย บางทีก็กลับมาช่วยกาย เช่น ในยามเจ็บป่วย ถ้าจิตใจสบาย เช่น มีกำลังใจ หรือจิตใจผ่องใสเบิกบาน โรคที่เป็นมาก ก็กลายเป็นน้อย หรือที่จะหายยากก็หายง่ายขึ้น ยิ่งถ้าหากว่ากำลังใจที่ดีนั้น มีมาถึงระดับหนึ่ง ก็ไม่เพียงแต่ทำให้โรคบรรเทาเท่านั้น แต่อาจจะช่วยรักษาโรคไปด้วยเลย ทั้งนี้ก็อยู่ที่ว่าจะช่วยทำใจของเราหรือรักษาใจของเราได้มากแค่ไหน

หลักโพชฌงค์ เปรียบเสมือนเครื่องมือที่จะช่วยให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการ โพชฌงค์มี 7 ประการมาทำงานร่วมกันครบบริบูรณ์ เป็นองค์รวมอันหนึ่งอันเดียว บุรณาการองค์ประกอบให้เกิด สุขภาพเป็นองค์รวม ได้แก่

1. สติ แปลว่า ความระลึกได้ มีลักษณะที่เป็นเครื่องดึงจิตไว้กับสิ่งนั้น ๆ ซึ่งภาษาธรรม เรียกว่า “อารมณ์” ดึงจิตหรือกุ่มจิตไว้กับอารมณ์ สติ ดึงเอาจิตมากำกับไว้กับสิ่งที่ต้องการ หรือสิ่ง ที่เราควรจะต้องเกี่ยวข้อง ทำให้สิ่งนั้นอยู่ในการรับรู้ของจิต ไม่หลุดลอย ไม่หล่นหาย ไม่พลัดกันไป

2. ธัมมวิจยะ หรือ “ธรรมวิจยะ” แปลว่า การวิจยะธรรม วิจยะ นั้นแปลว่า การเพินหรือเลือก เพิน คือการใช้ปัญญาไตร่ตรอง พิจารณา สอดส่อง ค้นคว้า ธรรม ก็คือ ความจริง ความถูกต้อง สิ่ง ที่ดีงาม สิ่งที่เป็นประโยชน์เกื้อกูล หรือคำสอนที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความจริง ความถูกต้องดีงาม และสิ่งที่เป็นประโยชน์เกื้อกูลนั้น

3. วิริยะ แปลว่า ความเพียร หมายถึง ความเป็นผู้กล้าหาญ หรือความแกล้วกล้า

4. ปีติ แปลว่า ความอิ่มใจ หรือความเต็มเต้า ความซาบซึ้ง ปลาบปลื้ม จิตใจของเรา ก็ ต้องการอาหารหล่อเลี้ยง คล้ายกับร่างกายเหมือนกัน ปีตินี้เป็นอาหารหล่อเลี้ยงสำคัญของจิตใจ

5. ปัสสัทธิ แปลว่า ความผ่อนคลาย หรือสงบเย็น ไม่กระสับกระส่าย ไม่เครียด

6. สมาธิ แปลว่า ความตั้งจิตมั่นหรือแน่วแน่อยู่กับสิ่งนั้น ๆ ถ้าพิจารณาสิ่งใด ก็ให้จิตใจ แน่วแน่ จับอยู่กับสิ่งนั้น ถ้าทำกิจการงานอะไร ก็ให้ใจของเราแน่วอยู่กับสิ่งนั้น

7. อุเบกขา แปลว่า ความวางเฉย

จากหลักธรรมซึ่งเป็นหลักแนวคิดในบริบทของสังคมไทยนั้น พบว่าจะเป็นหลักที่ส่งเสริม และเป็นแนวทางให้พยาบาลยึดถือปฏิบัติอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลต่อผู้เจ็บป่วย

จากแนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่นักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษาพยาบาล ได้นำเสนอไว้ตามที่กล่าวมาข้างต้น ต่างก็มีแนวคิด มุมมองและจุดเน้นที่แตกต่างกัน เช่น Leininger มีมุมมองว่าในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันการดูแลเอื้ออาทรก็จะแตกต่างกัน Mayeroff ได้ เน้นถึงผลของการดูแลเอื้ออาทรว่า ทำให้บุคคลอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีคุณค่า Watson เน้น ถึงองค์รวมของมนุษย์ว่ามีมิติทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งถ้าบุคคลมีคุณภาพ ของกาย จิต และจิตวิญญาณ ก็จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เห็นคุณค่าและสามารถดูแลเยียวยา ตนเองได้ เป็นต้น แนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น เป็นแนวคิดทฤษฎีที่นักวิจัยทางการพยาบาลมัก เลื่อนนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาวิจัยด้านการดูแลในมิติหรือในบริบทต่างๆ และก่อให้เกิดข้อ

ค้นพบและผลการวิจัยที่สามารถขยายองค์ความรู้ด้านการดูแลให้กว้างขวางและลึกซึ้งขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสามารถสรุปเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สรุปแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่นิยมใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิด/ทฤษฎี	แนวคิดการดูแลของ Mayeroff	ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม	ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล	ทฤษฎีการดูแลมนุษย์เชิงวิชาชีพ	แนวคิดการดูแลของ Swanson
ผู้สร้าง/พัฒนา	Mayeroff (1971)	Leininger	Watson (1989)	Roach (1987)	Swanson (1990)
ฐานแนวคิด	กระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตจนถึงระดับที่พึงพอใจ	เน้นมิติทางสังคมและวัฒนธรรม	มนุษยธรรมนิยมเน้นองค์รวมของมนุษย์	วิถีความเป็นอยู่ของมนุษย์ เป็นการแสดงออกในการดูแลต่อมนุษย์	พัฒนาจากทฤษฎีของ Watson
องค์ประกอบ	1) ความรู้ (knowledge) 2) การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (alternating rhythms) 3) ความอดทน/อดกลั้น (patience) 4) ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) 5) ความจริงใจ (honesty) 6) ความไว้วางใจ (trust) 7) ความกล้าหาญ (courage) 8) ความหวัง (hope)	-การสัมผัส (touch) -การปกป้อง (protection) -ความไว้วางใจ (trust) - การร่วมรู้สึก (empathy) -การสนับสนุน (support) -ความสนใจ (attention) -ความเมตตา (compassion) -ความสุשבาย (comfort) -การช่วยเหลือยามทุกข์ยาก (succor), -การเฝ้าระวัง (surveillance)	1 การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ 2 สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและความหวัง 3 ไวต่อความรู้สึก การรับรู้ ของตนเองและผู้อื่น 4 การพัฒนาสัมพันธภาพ การช่วยเหลือเกื้อกูล ความไว้วางใจ การดูแลเอื้ออาทรมนุษย์ 5 ส่งเสริมและยอมรับ การแสดงความรู้สึก 6 ใช้กระบวนการดูแลในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และเป็นระบบ 7 ส่งเสริมการเรียนรู้ สอนร่วมกันของบุคคล 8 ปรึกษา ประคับประคอง สนับสนุน ปกป้อง แก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ 9 ช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการของบุคคล 10 ยอมรับความเชื่อ จิตวิญญาณและโลกทัศน์ของแต่ละบุคคล	1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) 2) การใช้ความรู้ความสามารถ (competence) 3) ความไว้วางใจ (confidence) 4) การมีจิตสำนึกทางจริยธรรม (conscience) 5) การยึดมั่นผูกพัน (commitment)	1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing for) 4) การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining believe)

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นเป็นการสร้างและพัฒนาขึ้นโดยนักทฤษฎีชาวต่างประเทศ สำหรับแนวคิดทฤษฎีจากการศึกษาของนักการศึกษาพยาบาลของไทย คือ พยอม อยู่สวัสดิ์ (Euswas, 1993) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า พยาบาลที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมะเร็งต้องมีความเมตตากรุณา (benevolence) มีพันธะสัญญาที่จะกระทำ (commitment) มีทักษะและความสามารถในการปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical competency) ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล คือ รับรู้ได้ถึงความรู้สึกที่ดี และการดูแลเอาใจใส่ในฐานะบุคคลหนึ่งจากพยาบาล (uniqueness) รับรู้ได้ถึงการใช้ความไว้วางใจและความรู้สึกและการแสดงออกของผู้ป่วย (vulnerability) และรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพเมื่อต้องการ (needing assistance in health need) โดยได้สรุปแนวคิดของการดูแลเอาใจใส่จากงานวิจัยว่า การปฏิบัติการดูแลเอาใจใส่ทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร เกิดขึ้นในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างประจักษ์ถึงผลของการดูแลเอาใจใส่ที่จะเกิดขึ้น ทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ นั่นคือ พยาบาลได้ใช้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือเป็นพลังบำบัดแก่ผู้ป่วย (therapeutic used of self) และผู้ป่วยชื่นชมต่อการได้รับการดูแลเอาใจใส่บุคคลที่มีศักดิ์ศรี จึงเกิดการเรียนรู้ในการเยียวยาตนเอง ซึ่งการดูแลเอาใจใส่เพื่อให้เกิดผลเป็นพลังบำบัดนั้น ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องโดยมีองค์ประกอบดังนี้ (Euswas, 1993)

1. การอยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ (being there)
2. การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจต่อกัน โดยที่พยาบาลแสดงความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ (a relationship trust)
3. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการทางสุขภาพ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหา เพื่อตอบสนองของความต้องการ (participation in meeting needs)
4. การสื่อสารด้วยความเข้าใจ มีความเมตตาเอาใจใส่ทั้งทางคำพูด การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง (empathic communication)
5. ความมีสติสัมปชัญญะของพยาบาล พยาบาลจะต้องรู้ตัว มีสติ และรับรู้ความรู้สึกของตนเองเป็นอย่างดีตลอดเวลา มีความมุ่งมั่นที่จะใช้ความคิด และการกระทำของตนในการช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่เสมอ (actualized caring moment)

6. การรักษาสมดุลขององค์ความรู้-พลังงาน-เวลา (balancing knowledge-energy-time) โดยการผสมผสานองค์ความรู้ และเลือกแนววิถีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งให้พลังกาย พลังใจ และให้เวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ (being mindfully present)

1.3 เครื่องมือวัดและประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทร

ในการวัดและประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่ผ่านมา นักวิจัยได้วัดและประเมินจากพฤติกรรมด้านการดูแลที่พยาบาลแสดงออก โดยนักวิจัยทางการแพทย์พยาบาลได้พัฒนาเครื่องมือหลายรูปแบบเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทร การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่มักเป็นการสอบถามจากการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติ พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล หน่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล หรือในสถานพยาบาล ในระยะเริ่มแรกของการศึกษาด้านการดูแล เป็นลักษณะของการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเป็นหลัก ในระยะต่อมาจึงเริ่มมีการศึกษาโดยใช้วิธีวิทยาเชิงปริมาณ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลจากนักทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลที่หลากหลาย ในการนำเสนอเครื่องมือวัดและประเมินการดูแลเอื้ออาทรรูปแบบต่างๆ ผู้วิจัยขอนำเสนอตามลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือประเมินการดูแล

Larson (1987) พัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแล (The caring assessment instrument- Q method: CARE-Q) ด้วยวิธีการสำรวจ Delphi เพื่อศึกษามิติของปรากฏการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ซึ่งเป็นการศึกษาแนวคิดที่เป็นนามธรรมและสามารถนำแนวคิดนั้นมาจัดระบบขององค์ประกอบได้ เครื่องมือนี้ใช้เทคนิค Q (Q-technique) โดยนำข้อความทุกๆ ข้อความมาจัดลำดับความต่อเนื่องของความสำคัญ เช่น จากสำคัญมากที่สุดไปยังสำคัญน้อยที่สุด กลุ่มของข้อความที่เรียงลำดับเรียกว่า Q-sort หมายความว่ารูปแบบของลำดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลนั้นๆ

ในขั้นแรกของการพัฒนาเครื่องมือนี้ Larson ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาล ได้ผลพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลจำนวน 69 ข้อ นำมาหาความตรงด้านเนื้อหา โดยกลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นจึงนำมาตรวจสอบซ้ำ โดยกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มพยาบาลในหน่วยเนื้องอกวิทยา (oncology unit) และได้ตัดข้อที่ซ้ำซ้อนออกจนเหลือข้อความพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในเครื่องมือ CARE-Q ฉบับสมบูรณ์ จำนวน 50 ข้อ จัดกลุ่มภายใต้หัวข้อย่อย 6 หัวข้อคือ 1) คาดหวัง (anticipate) 2) การช่วยเหลือปลดปล่อย

ให้กำลังใจ (comfort) 3) สัมพันธภาพแบบไว้วางใจ (trusting relationship) 4) อธิบายและ
 อธิบายอำนวยความสะดวก (explain and facilitates) 5) เข้าถึงได้ง่าย (accessible) และ 6) ฝ้า
 ระวังและติดตาม (monitors and follows) โดยแต่ละข้อความพฤติกรรมจะถูกพิมพ์ใส่การ์ดและ
 จัดเรียงลักษณะคล้ายสำหรับไฟจำนวน 50 ใบ กลุ่มตัวอย่างจะถูกขอให้เรียงการ์ดทั้ง 50 ใบแยกเป็น
 7 กองเรียงลำดับจากสำคัญมากที่สุดไปยังไม่สำคัญเลย โดยเลือกข้อความที่สำคัญที่สุด 1 ข้อ
 สำคัญปานกลาง 4 ข้อ ค่อนข้างสำคัญ 10 ข้อ ไม่น่าใจ 20 ข้อ ค่อนข้างไม่สำคัญ 10 ข้อ ไม่สำคัญ
 4 ข้อ และไม่สำคัญเลย 1 ข้อ ดังภาพที่ 2.2

คำชี้แจง ชุดของเครื่องมือประเมินการดูแล CARE-Q ประกอบด้วยการ์ด พิมพ์ข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน จำนวน 50 ใบ และถุง 7 ใบซึ่งเขียนป้ายกำกับด้วยตัวเลข (1,4,10,20,10,4,1) โปรดจัดเรียงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ท่าน คิดว่าสำคัญที่สุดไปยังไม่สำคัญเลยและแยกการ์ดพฤติกรรมนั้นๆใส่ในถุงตามจำนวนที่กำหนด ตามตัวอย่างด้านล่าง และโปรด ตรวจสอบจำนวนการ์ดว่าตรงกับที่ระบุไว้ที่ถุง						
1	4	10	20	10	4	1
สำคัญที่สุด (most important)	สำคัญปานกลาง (fairly important)	ค่อนข้างสำคัญ (somewhat important)	ไม่น่าใจ (neither important nor unimportant)	ค่อนข้างไม่สำคัญ (somewhat unimportant)	ไม่สำคัญ (unimportant)	ไม่สำคัญเลย (not important)

ภาพที่ 2.2 รูปแบบการจัดเรียงบัตรพฤติกรรมดูแลตามลำดับความสำคัญ
 (ดัดแปลงจาก Larson, 1984 cited in Larson, 1987)

หลังจากพัฒนาเครื่องมือนี้แล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำโดย
 เว้นระยะเวลา 30 วัน กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในหน่วยเฝ้าระวังอุบัติเหตุจำนวน 82 คน พบข้อที่
 สำคัญที่สุด 5 ข้อมีค่าความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ ร้อยละ 79 และข้อที่สำคัญน้อยที่สุดมีค่าความ
 เที่ยงร้อยละ 63 สำหรับองค์ประกอบและตัวอย่างข้อความแสดงพฤติกรรมดูแลในแต่ละ
 องค์ประกอบของเครื่องมือ CARE-Q แสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 เครื่องมือ CARE-Q องค์ประกอบและตัวอย่างข้อความแสดงพฤติกรรมดูแล

เครื่องมือ CARE-Q (50ข้อ)	
องค์ประกอบ	ข้อความแสดงพฤติกรรมดูแล
1. คาดหวัง (anticipate) 5 ข้อ	- ทราบความต้องการที่พอเพียงของผู้ป่วย (knows when patient has "had enough") - ความคาดหวังครั้งแรก (Anticipate "first time") - รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (Is perceptive of patient's needs)

เครื่องมือ CARE-Q (50ข้อ)	
องค์ประกอบ	ข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแล
2. การช่วยเหลือ ปลอบโยนให้กำลังใจ (comfort) 9 ข้อ	- ฟังผู้ป่วย (listens to patient) - สัมผัสผู้ป่วย (touches patient when he or she needs comforting) - พูดคุยกับผู้ป่วย (talks to patient)
3. สัมพันธภาพแบบ ไว้วางใจ (trusting & relationship) 16 ข้อ	- สนใจผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (puts patient first, no matter what else happen) - เสนอทางเลือกที่มีเหตุผล (offers reasonable alternatives) - เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก (allows expression of feeling) - มองผู้ป่วยในฐานะบุคคล (get to know patient as an individual) - ตระหนักว่าผู้ป่วยรู้จักตัวเองดีที่สุด (realized patient knows himself best)
4. อธิบายและอำนวยความสะดวก (explain and facilitates) 6 ข้อ	- สอนผู้ป่วยถึงวิธีในการดูแลตนเอง (teaches patient how to care for self) - ให้คำแนะนำคำถามที่จะถามแพทย์ (suggests question to ask physician)
5. เข้าถึงได้ง่าย (accessible) 6 ข้อ	- ให้การรักษาและให้ยาตรงเวลา (give patient's treatment and medication on time) - อยู่กับผู้ป่วย (approaches patient first) - ตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (Give quick response to patient's call) - ตรวจอาการผู้ป่วยบ่อยๆ (Checks on patient frequently) - มีการจัดระบบที่ดี (Is well organized)
6. เฝ้าระวังและติดตาม (monitors and follows) 8 ข้อ	- รู้วิธีในการให้/จัดการสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (knows how to give & manage IVs) - มีความมั่นใจในวิธีการดูแลผู้ป่วย (makes sure others know how to care for patient) - ให้การดูแลทางการเคลื่อนไหว (gives good physical care to patient) - รู้ว่าเมื่อใดควรรายงานแพทย์ (Know when to call physician)

ในระยะต่อมาได้มีผู้นำเครื่องมือ CARE-Q ไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในแผนกต่างๆ ได้แก่ การศึกษาในแผนกจิตเวช (von Essen and Sjoden, 1993) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลด้านจิตเวชจำนวน 61 คน และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล 63 คน ใช้เครื่องมือ CARE-Q ฉบับภาษาสวีเดน (Swedish version) โดยในการแปลเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยพยายามคงความหมายเดิมของแบบสอบถามไว้ และได้ปรับปรุงข้อความในคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน

17 ข้อ โดยแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วได้นำไปให้พยาบาลและนักจิตวิทยาพิจารณาและเห็นพ้องกันว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช โดยแบบสอบถามแบ่งเป็นฉบับของผู้ป่วยและฉบับของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับหัวข้อย่อย ด้านการอธิบายและการอำนวยความสะดวก เป็นอันดับหนึ่ง ส่วน พยาบาลกลับให้ความสำคัญกับหัวข้อนี้เป็นอันดับสุดท้าย ส่วนลำดับที่สองของผู้ป่วยคือ หัวข้อการช่วยเหลือปลอบโยนให้กำลังใจ ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญในหัวข้อนี้เป็นอันดับหนึ่ง สำหรับความคิดเห็นด้านการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงและความเที่ยงซึ่งเครื่องมือนี้มีข้อคำถามหลายข้อแต่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีขนาดน้อยทำให้เป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ แต่ผลการศึกษาก็ได้ช่วยให้เกิดความรู้เห็นของการขยายความรู้ด้านการรับรู้ของผู้ป่วยว่าสิ่งใดคือการดูแลที่ดีและการดูแลด้านไหนที่ผู้ป่วยเห็นว่าสำคัญที่สุดเพื่อการปรับปรุง การประเมินและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาด้านการดูแล

นอกจากนี้ได้มีผู้นำเครื่องมือ CARE-Q ไปประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาความถี่ของการแสดงออกของพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในแผนกจิตเวช แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม (von Essen and Sjoden, 1995) โดยการถามพฤติกรรมดูแลที่พยาบาลแสดงออกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ CARE-Q ให้กลุ่มตัวอย่างเรียงลำดับความถี่ของพฤติกรรมดูแลออกเป็น 7 กลุ่ม โดยกลุ่ม 1 หมายถึงนานๆ ครั้ง จนถึงกลุ่ม 7 คือบ่อยมาก ซึ่งเป็นการปรับการใช้เครื่องมือ CARE-Q จากการให้กลุ่มตัวอย่างเรียงลำดับพฤติกรรมที่สำคัญไปเป็นการถามความถี่ของการแสดงพฤติกรรมแทน ซึ่งผลการวิจัยได้ให้ข้อค้นพบและสารสนเทศตามการปฏิบัติจริงของพยาบาล

สำหรับการศึกษาในสถานพยาบาล (nursing home) Smith and Sullivan (1997) ได้ใช้ CARE-Q เพื่อจัดอันดับของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยเรื้อรังและพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในสถานพยาบาลจำนวน 14 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลเห็นว่าพฤติกรรมดูแลที่สำคัญที่สุดคือ “ ฟังผู้ป่วย ” และอันดับความสำคัญ 10 อันดับจำเป็นพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านการสร้างความไว้วางใจ (establishing trust) การยอมรับด้านอารมณ์ (acceptance of feelings) ความซื่อสัตย์ (faith) และความจริงใจ (genuineness) ส่วนการปฏิบัติด้านการใช้เครื่องมือในการดูแลที่สำคัญจะเกี่ยวกับการแสดงออกด้านการรักษา (physical action) วิธีการปฏิบัติ (procedure) การลดความเครียด การสอน และการแก้ไขปัญหา ส่วนการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่าพฤติกรรมดูแลที่สำคัญที่สุดคือ “ผู้ป่วยต้องมาก่อนไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น” (puts the patient first, no matter what

else happens) และพฤติกรรมอื่นที่สำคัญเช่น การให้ข้อมูลที่เป็จริงเกี่ยวกับผู้ป่วย ภาวะอาการ และการรักษา (providing honest information)

จากการที่นักวิจัยนำเครื่องมือ CARE-Q ไปใช้ ธารสนเทศที่ได้เน้นไปทางการจัดอันดับของพฤติกรรมการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งงานศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นความแตกต่างในการจัดอันดับความสำคัญซึ่งเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในการดูแล และพยาบาลสามารถนำข้อค้นพบมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วย

แบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแล

Larson and Ferketich (1993) ได้นำเครื่องมือ CARE-Q มาปรับและพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินความพึงพอใจ โดยพัฒนาข้อความจำนวน 21 ข้อ รวมเข้ากับหัวข้อย่อย 6 หัวข้อใน CARE-Q เพื่อประเมินความพึงพอใจพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล และเรียกชื่อใหม่ว่าแบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแล (Care Satisfaction Questionnaire: CARE/SAT) ในการทดสอบเริ่มแรกของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 268 คน ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง โดยให้กากบาทในเส้นตรงที่ต่อจากข้อความพฤติกรรมแต่ละข้อเพื่อบ่งชี้ระดับของความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ด้านการปฏิบัติของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งฉบับพบค่าความสอดคล้องกับ 0.94 ส่วนการตรวจสอบในแต่ละหัวข้อย่อยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่าสูงกว่า 0.80 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือและการส่งต่อพฤติกรรมการดูแลเบื้องต้น (assistive and referred to basic nursing care behavior) ประกอบด้วย 12 ข้อ อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 34.8 องค์ประกอบที่ 2 กรุณาเอาใจใส่ (benign neglect) มีจำนวน 11 ข้อ อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 7.3 องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาความสามารถ (enabling) มีจำนวน 6 ข้อ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.8

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแล

Cronin and Harrison (1988) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแล (Caring behaviors assessment tool: CBA) โดยอาศัยแนวคิดปัจจัยการดูแล (carative factors) ของ Watson โดยได้พัฒนาข้อความที่แสดงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลจำนวน 61 ข้อ และนำข้อความทั้งหมดมาจัดกลุ่มเป็น 7 หัวข้อย่อย (subscale) ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้งด้านการใช้เครื่องมือในการดูแลและพฤติกรรมแสดงออกด้านการดูแล ได้แก่

1. มนุษยนิยม/ความเชื่อถือ-ความหวัง/การตอบสนอง (humanism/faith-hope/sensitivity)
2. การช่วยเหลือ/ความไว้วางใจ (helping/trust)
3. การแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ (expression of positive/negative feelings)
4. การสอน/การเรียนรู้ (teaching and learning)
5. การสนับสนุน/การป้องกัน/สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (supportive/protective/corrective environment)
6. การช่วยเหลือความต้องการของมนุษย์(human needs/ assistance)
7. เกี่ยวกับวิถีชีวิต/ปรากฏการณ์วิทยา/แรงขับด้านจิตวิญญาณ (existential/phenomenological/spiritual forces)

เครื่องมือ CBA มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละระดับสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล โดยในส่วนท้ายของเครื่องมือได้มีคำถามถึงพฤติกรรมการดูแลอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกนำมารวมไว้ในแบบสอบถาม ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการดูแลของ Watson จำนวน 4 คน และได้นำเครื่องมือไปศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 22 คน ได้ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในของหัวข้อย่อยทั้ง 7 ข้อ เท่ากับ 0.66-0.90

ปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือ CBA ไปใช้ในการศึกษาวิจัยกันอย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Marini, 1999) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนรายการข้อคำถามบางข้อในเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญที่สุด คือพฤติกรรมด้านการช่วยเหลือความต้องการจำเป็นของมนุษย์ (human needs/assistance) ซึ่งรวมข้อความพฤติกรรมเช่น “ทราบว่ามีอะไรจำเป็นจะต้องรายงานแพทย์”, “ให้ยาและการรักษาอื่นๆ ตรงเวลา”, “ตรวจสอบอาการอย่างใกล้ชิด” ซึ่งจากข้อความพฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ของการดูแลที่สำคัญที่สุดคือความสามารถของพยาบาลในการให้การดูแลความต้องการด้านร่างกายของบุคคล สำหรับมิติที่สำคัญรองลงมาคือ ด้านมนุษยนิยม/ความเชื่อถือ-ความหวัง/การตอบสนอง แสดงว่าตัวบ่งชี้หรือองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลในผู้สูงอายุ คือการดูแลในฐานะบุคคล การเคารพและการให้เกียรติ นอกจากนี้เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่สำคัญมากที่สุดได้แก่ “ทราบที่กำลังทำอะไรอยู่”, “ทราบว่ามีอะไรจำเป็นจะต้องรายงานแพทย์”, “ปฏิบัติกับฉันในฐานะบุคคลคนหนึ่ง”, “ปฏิบัติกับฉันด้วยความเคารพ” เป็นต้น

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของการนำเครื่องมือ CBA มาใช้ในการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ คือความยาวของเครื่องมือที่ใช้ซึ่งมีจำนวนมากถึง 63 ข้อ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องขอเวลาหยุดพักขณะกำลังตอบแบบสอบถามและนอกจากนี้เครื่องมือ CBA ได้สร้างและใช้ในผู้ป่วยวิกฤติ ดังนั้นการนำมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นอาจจำเป็นต้องปรับข้อความการดูแลบางข้อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการศึกษาเปรียบเทียบ CBA กับเครื่องมือชนิดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่า เช่น CBI ซึ่งจะสะดวกต่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

O'Connell and Landers (2008) ใช้เครื่องมือ CBA ฉบับปรับปรุงในการศึกษาความสำคัญของพฤติกรรมดูแลเอาใจของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลเปรียบเทียบกับการรับรู้ของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 40 คน และญาติผู้ป่วยจำนวน 30 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อความบางข้อให้เหมาะสมกับบริบทในหอผู้ป่วยวิกฤติและตัดข้อคำถามบางข้อออก คงเหลือข้อคำถามจำนวน 62 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงพินิจ (face validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีของ Watson และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลวิกฤติ หลังจากนั้นได้หาความเที่ยงโดยทดสอบนำร่องในพยาบาล 5 คนและญาติผู้ป่วย 5 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละหัวข้อย่อย พบว่าแบบสอบถามฉบับของพยาบาล ได้ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับ 0.747-0.896 ส่วนแบบสอบถามฉบับที่ถามญาติผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.358-0.858 ซึ่งค่าความเที่ยงที่ต่ำสุดคือหัวข้อย่อยด้านความช่วยเหลือความต้องการของมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการปรับเปลี่ยนข้อความพฤติกรรมที่อยู่ในหัวข้อย่อยนี้

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลในแต่ละด้านแตกต่างจากญาติผู้ป่วย เช่น ด้านมนุษยนิยม/ความเชื่อถือ-ความหวัง/การตอบสนอง ซึ่งพยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุด ในขณะที่ญาติให้ความสำคัญเป็นอันดับที่สอง สำหรับด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ หัวข้อย่อยด้านพฤติกรรมด้านการช่วยเหลือความต้องการของมนุษย์ ผลการศึกษาทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจมากขึ้นถึงการรับรู้ของบุคคลอื่นที่มีต่อพฤติกรรมดูแลของตัวพยาบาลเองและสามารถปรับพฤติกรรมดูแลให้เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลขึ้นใหม่เพื่อให้ความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

Cossette et al. (2005) ได้ปรับปรุงเครื่องมือ CBA เป็นเครื่องมือวัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในด้านการดูแลอย่างเอาใจ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลมนุษย์ 10 ประการ

ของ Watson โดยขั้นตอนแรกเป็นการศึกษาเครื่องมือ CBA และได้พบทวนงานการศึกษาด้านการดูแลจากศาสตร์สาขาอื่น จนได้ข้อความด้านการดูแลเอื้ออาทร จำนวน 121 ข้อความหลังจากนั้นจึงนำมาจัดหมวดหมู่ให้เข้ากลุ่ม 10 กลุ่ม แล้วจึงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเอื้ออาทรจำนวน 13 คนโดยผู้เชี่ยวชาญจะประเมินความชัดเจนของข้อความ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของข้อความกับกรอบแนวคิดการดูแลมนุษย์ 10 ประการ และการจัดหมวดหมู่ของข้อความถูกต้องตรงกับหัวข้อแนวคิดการดูแลมนุษย์ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับลดข้อความลงเหลือจำนวน 70 ข้อและได้จัดกลุ่มจำนวนข้อในแต่ละหัวข้อย่อยให้เหลือประมาณ 6-7 ข้อความ ลักษณะการให้ความคิดเห็นเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1, 3 และพยาบาล จำนวน 332 คน กลุ่มตัวอย่างจะพิจารณาข้อความทั้ง 70 ข้อ ด้วยคำถาม 3 ประเด็นคือ 1) ระดับของความสำคัญในแต่ละข้อ 2) ระดับความเหมาะสมในแต่ละข้อ และ 3) ความสมจริงในคลินิก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยตัววัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในแต่ละหัวข้อย่อย 10 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.73-0.91 ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ได้ในงานวิจัย งานด้านคลินิกและงานด้านการศึกษา อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นเฉพาะนักศึกษาพยาบาลและพยาบาล ไม่ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Baldursdottir and Jonsdottir, 2002) โดยใช้เครื่องมือ CBA ที่แปลเป็นภาษาไทยไอซ์แลนด์และมีการปรับลดข้อคำถามออก 2 ข้อ เนื่องจากไม่เหมาะสมกับบริบทและสภาพแวดล้อม คำนวณค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในหัวข้อย่อยทั้งเจ็ดหัวข้อเท่ากับ 0.69-0.89 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าสำคัญที่สุดคือหัวข้อย่อยด้านการช่วยเหลือความต้องการของมนุษย์ รองลงมาคือด้านการสนับสนุน/การป้องกัน/สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ส่วนพฤติกรรมที่สำคัญน้อยที่สุดคือ หัวข้อด้านการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ และพบว่า อายุ เพศ และระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ใช้เครื่องมือนี้ในการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในบริบทอื่นๆ ต่อไป

รายการพฤติกรรมการดูแล

Wolf et al. (1994) ได้พัฒนาเครื่องมือรายการพฤติกรรมการดูแล (Caring behaviors inventory: CBI) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Watson จากเครื่องมือฉบับเดิมซึ่งมีข้อคำถาม

จำนวน 75 ข้อ เป็นฉบับปรับปรุงซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 43 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยคำนวณค่าความเที่ยงแบบการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 278 คน ได้ค่า r เท่ากับ 0.96 สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.83 เมื่อรวมค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในของกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลและผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 0.96 ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และประเมินความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธี known group technique เมื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากตัวอย่างพยาบาลและตัวอย่างผู้ป่วยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าเครื่องมือ CBI ประกอบด้วยการดูแลทางการพยาบาลจำนวน 5 มิติ ได้แก่ 1) การแสดงออกถึงความเคารพต่อผู้อื่น (respectful deference to others) 2) ความเชื่อถือในตัวตนของบุคคล (assurance of human presence) 3) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางบวก (positive connectedness) 4) ทักษะและความรู้ทางวิชาชีพ (professional knowledge and skill) 5) การให้ความสนใจในประสบการณ์อื่นๆ (attentiveness to the other's experience)

ในระยะต่อมา ได้มีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการศึกษากันค่อนข้างแพร่หลาย เช่น Andrews et al. (1996) ได้นำเครื่องมือ CBI ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 26 คน พบว่าลำดับสูงสุด 3 อันดับของพฤติกรรมดูแล คือ การแสดงออกถึงความเคารพในตัวผู้ป่วย, การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึก และ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ (treats patient information confidentially)

Wolf et al. (2003) ได้ใช้เครื่องมือ CBI ฉบับปรับปรุงในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของพยาบาลและความพึงพอใจจากการได้รับการดูแลจากพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 73 คน ตัวแปรต้นในการศึกษาคือการดูแลของพยาบาล ซึ่งถูกวัดด้วยเครื่องมือ CBI ฉบับปรับปรุง และตัวแปรตามคือ ความพึงพอใจซึ่งวัดโดยเครื่องมือวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย เครื่องมือ CBI ฉบับปรับปรุงที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยข้อความแสดงพฤติกรรมจำนวน 42 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่าของลิเคิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือไม่เคย (never) ไปจนถึง 6 คือเป็นประจำ (always) และมิติหรือหัวข้อย่อยในเครื่องมือประกอบด้วย 5 ด้านดังกล่าวมาข้างต้น ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.53$) ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างมิติทั้ง 5 มิติ โดยค่าความสัมพันธ์มีค่า $r = 0.63-0.85$ ยกเว้นมิติด้าน การแสดงออกถึงความเคารพต่อผู้อื่น และการให้ความสนใจในประสบการณ์

ของผู้อื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์กัน และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ CBI ฉบับปรับปรุงในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.95

เครื่องมือ รายการมิติการดูแล

Watson and Lea (1997) ได้พัฒนาเครื่องมือ รายการมิติการดูแล (Caring dimensions inventory: CDI) วัดการดูแลตามการรับรู้ของพยาบาล โดยนำข้อมูลมาจากการทบทวนเอกสารด้านการดูแลทั้งในส่วนของความหมาย ทฤษฎีและงานวิจัยโดยเฉพาะในด้านเครื่องมือวัดการดูแลที่มีข้อจำกัดในการใช้ (Lea and Watson, 1996) โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาสร้างรายการข้อความการดูแลประกอบด้วยคำถาม 41 ข้อ จำแนกเป็นคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเช่น อายุ เพศ และคำถามด้านความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแล แหล่งความรู้ด้านการดูแล เป็นต้น สำหรับคำถามที่เป็นแกนสำคัญที่ถามความคิดเห็นด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแล มีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำแนกกลุ่มของคำถามเป็น 4 หัวข้อหลัก คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการพยาบาล และการติดต่อสื่อสาร ระบุความตรงตามเนื้อหาโดยการทบทวนเอกสารของการดูแล ความเที่ยงในระยะแรกประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจำนวน 1,430 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.91 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สร้างได้กล่าวถึงข้อจำกัดในการศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากก็จริงแต่ไม่ได้มาจากกระบวนการสุ่ม (non-random sample) ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังหากจะอ้างอิงผลการศึกษาไปยังพยาบาลกลุ่มอื่นและนอกจากนี้เครื่องมือนี้ได้ถูกพัฒนาจากมุมมองและความคิดเห็นของพยาบาลในสกอตแลนด์ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในประเทศอื่นหรือในวัฒนธรรมอื่น จึงควรมีการศึกษาและพัฒนาต่อไป

ต่อมา Lea et al. (1998) ได้ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้ CDI โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล พบมิติหลักของการดูแล 2 มิติคือ มิติด้านจิตสังคม (psychosocial aspect) และมิติด้านวิชาชีพและเทคนิค (professional and technical aspect) และต่อมา Watson et al. (1999) ได้ใช้เครื่องมือ CDI นี้ในการศึกษาแบบติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่อสืบค้นพัฒนาการของการรับรู้การดูแลของนักศึกษาพยาบาลตามระยะเวลาที่ได้รับประสบการณ์การเรียนและการฝึกหัดทางการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาพบจุดอ่อนของข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์และจัดองค์ประกอบได้ไม่ชัดเจน และต่อมา Watson et al. (2001) ได้พัฒนาเครื่องมือ CDI โดยปรับเพิ่มข้อคำถามในเครื่องมือจาก 25 ข้อ เป็น 35 ข้อ (35-item caring

dimensions inventory: CDI) และนำไปศึกษาการรับรู้การดูแลเอาใจใส่ในนักศึกษาพยาบาลและการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาพยาบาล

จากเครื่องมือวัดและประเมินการดูแลอย่างเอาใจใส่ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเครื่องมือที่นักวิจัยนำไปใช้ในงานวิจัยต่างๆ กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดของเครื่องมือดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 สรุปเครื่องมือวัด/ประเมินการดูแลอย่างเอาใจใส่

เครื่องมือ	CARE-Q	CBA	CBI	CDI
ผู้สร้าง	Larson (1987)	Cronin and Harrison (1988)	Wolf et al. (1994)	Watson and Lea (1997)
แนวคิด	ข้อมูลเชิงประจักษ์	ทฤษฎีของ Watson	ทฤษฎีของ Watson	ทบทวนเอกสาร
ลักษณะ	50 ข้อ Q-sort	61 ข้อ มาตรฐานวัด 5 ระดับ	43 ข้อ มาตรฐานวัด 4 ระดับ	25 ข้อ มาตรฐานวัด 5 ระดับ
มิติ/องค์ประกอบ	1) คาดหวัง (anticipate) 2) การช่วยเหลือปลดปล่อยให้กำลังใจ (comfort) 3) สัมพันธภาพแบบไว้ใจ (trusting & relationship) 4) อธิบายและอำนวยความสะดวก (explain & facilitates) 5) เข้าถึงได้ง่าย (accessible) 6) เฝ้าระวังและติดตาม (monitors and follows)	1) มนุษยนิยม/ความเชื่อถือ-ความหวัง/การตอบสนอง (humanism/ faith-hope/ sensitivity) 2) การช่วยเหลือ/ความไว้ใจ (helping/trust) 3) การแสดงความรู้สึกด้านบวกและลบ (expression of positive/negative feelings) 4) การสอน/การเรียนรู้ (teaching and learning) 5) การสนับสนุน/การป้องกัน/สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (supportive/ protective/corrective environment) 6) การช่วยเหลือความต้องการของมนุษย์ (human needs/ assistance) 7) วิธีชีวิต/ปรากฏการณ์วิทยา/แรงขับเคลื่อนจิตวิญญาณ (existential/ phenomenological/ spiritual forces)	1) การแสดงออกถึงความเคารพต่อผู้อื่น (respectful deference to others) 2) ความเชื่อถือในตัวตนของบุคคล (assurance of human presence) 3) ความสัมพันธ์ทางบวก (positive connectedness) 4) ทักษะและความรู้ทางวิชาชีพ (professional knowledge and skill) 5) การให้ความสนใจในประสบการณ์ของผู้อื่น (attentiveness to the other's experience)	1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) ทักษะการพยาบาล 4) การติดต่อสื่อสาร

นอกจากเครื่องมือที่เป็นที่นิยมนำมาใช้ในงานวิจัยด้านการดูแลอย่างมืออาชีพดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในมิติต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการความสามารถด้านการดูแล

รายการความสามารถด้านการดูแล (The caring ability inventory: CAI) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความสามารถของบุคคลในการดูแลในขณะที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Nkongho, 1990 cited in Beck, 1999) สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Mayeroff เครื่องมือ CAI ประกอบด้วยข้อความคำถาม 37 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 546 คน พบว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การรู้จัก (knowing) มี 14 ข้อ 2) ความกล้าหาญ (courage) มี 13 ข้อ และ 3) ความอดกลั้น (patience) มี 10 ข้อ

Nkongho (1990) ได้นำเครื่องมือไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 462 คน และพยาบาลจำนวน 75 คน ได้ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.84 เมื่อแยกตามหัวข้อย่อยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้านการรู้จัก (knowing) เท่ากับ 0.79 ความกล้าหาญ (courage) เท่ากับ 0.75 และความอดกลั้น (patience) เท่ากับ 0.71 ส่วนการศึกษาค่าความเที่ยงแบบการทดสอบซ้ำได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และเมื่อพิจารณาแยกตามหัวข้อพบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.64 และ 0.73 ตามลำดับ ด้านผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างได้ประเมินโดย Known group technique และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างระหว่างนักศึกษาและกลุ่มพยาบาลด้วยสถิติ t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายการการดูแลแบบองค์รวม

รายการการดูแลแบบองค์รวม (Holistic caring inventory: HCI) พัฒนาโดย Latham (1988 cited in Beck, 1999) เป็นเครื่องมือที่มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการดูแลเชิงมนุษยนิยม ประกอบด้วยหัวข้อย่อย 4 ด้านคือ ด้านกายภาพ (physical) ด้านการชี้แจงอธิบาย (interpretive) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) และด้านความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (sensitive) มีข้อความคำถาม 39 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจำนวน 2 คน และได้ใช้เครื่องมือ HCI เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 120 คน ตรวจสอบความเที่ยง ในแต่ละหัวข้อย่อยพบค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาคในด้านกายภาพ, ด้านการชี้แจงอธิบาย, ด้านจิตวิญญาณ, และด้านความไวต่อการเปลี่ยนแปลง เท่ากับ 0.90, 0.89, 0.91, และ 0.90 ตามลำดับ และผู้ป่วยรับรู้การดูแลที่ได้รับจากพยาบาลในด้าน

กายภาพและด้านความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับปานกลาง ส่วนด้านการชี้แจงอธิบายและด้านจิตวิญญาณ ได้รับการดูแลในระดับน้อย

เครื่องมือวัดคุณลักษณะการดูแลเอาใจอาทร

เครื่องมือวัดคุณลักษณะการดูแลเอาใจอาทร (Caring attributes scale: CAS) มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับประกอบด้วย 4 หัวข้อย่อย (sub-scales) คือ 1) มาตราวัดในจินตนาการ (an ideal scale) เป็นการรับรู้คุณลักษณะการดูแลที่อยู่ในจินตนาการ 2) มาตราวัดตามสภาพจริง (an actual scale) เป็นการรับรู้คุณลักษณะการดูแลที่กระทำจริง 3) มาตราวัดการดูแลที่มีการควบคุม (a supervisor caring scale) เป็นการรับรู้คุณลักษณะตามการนิเทศ และ 4) มาตราวัดใน 5 ปี (a 5 year scale) เป็นลักษณะของพฤติกรรมดูแลภายใน 5 ปี โดยในแต่ละหัวข้อย่อยจะประกอบด้วยพฤติกรรมเดียวกัน 20 พฤติกรรม และในแต่ละหัวข้อย่อยให้ผู้ตอบให้ค่าตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด จนไม่เห็นด้วย การศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาใน 4 หัวข้อเท่ากับ 0.87-0.98

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 26 คนพบว่าการจัดอันดับสูงสุด 3 อันดับของพฤติกรรมดูแลคือ ความเชื่อผู้อื่นว่ามีศักยภาพ มีความเคารพในความต้องการของผู้อื่น และสื่อสารทัศนคติที่น่าเชื่อถือในการช่วยเหลือไปยังบุคคลอื่น (Andrews et al, 1996 cited in Beck, 1999)

มาตรวัดพฤติกรรมดูแลของพยาบาล

มาตรวัดพฤติกรรมดูแลของพยาบาล (Caring behaviors of nurses scale: CBNS) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 -100 คะแนน ค่าคะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้การดูแลจากพยาบาลในระดับสูง ผลการนำไปใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดและรับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 25 คน โดยเก็บข้อมูล 2 ช่วงคือ หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล 24- 48 ชั่วโมง และช่วงที่ 2 ในเวลา 96-120 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้ง 2 ช่วงเวลาได้เท่ากับ 0.86 (Hinds, 1988 cited in Beck, 1999)

แบบสอบถามการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เนื่องจากแนวโน้มในปัจจุบัน เน้นการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเพื่อการตรวจสอบการให้การดูแลตามมุมมองของผู้รับบริการที่รับการดูแลที่บ้าน (home nursing) (Witte et al., 2006) วิธีการพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Care Questionnaire: CCCQ) เริ่มจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการถึงการดูแลที่ได้รับแล้วนำข้อมูลที่ได้มาสร้าง

รายการข้อความ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล หลังจากนั้นจึงทดสอบนำร่องโดยการสอบถามผู้ป่วย 6 คนที่มีอายุ เพศ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน แล้วจึงปรับปรุงแบบและคำในแบบสอบถาม ก่อนนำไปใช้ทดสอบกับผู้รับบริการจำนวน 107 คน กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าคุณสมบัติที่อยู่ในแบบสอบถามทุกข้อมีความสอดคล้องกันแต่ก็มีความแตกต่างซึ่งเข้าใจได้อย่างชัดเจนในข้อความแต่ละข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สั้นและใช้ได้ง่ายเหมาะสำหรับการใช้ประเมินการดูแลที่บ้าน ผลการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่า Cronbach's Alpha 0.94 และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ 1 องค์ประกอบ

นอกจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นในบริบทของประเทศทางตะวันตกแล้ว ในประเทศแถบตะวันออกก็เริ่มมีการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรขึ้น โดย Lee-Hsieh et al. (2005) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไต้หวัน โดยมีขั้นตอน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviews) การรับรู้ของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรมจำนวน 14 คน โดยได้ถามความคิดเห็นด้านความต้องการ ความจำเป็นและประสบการณ์การได้รับการดูแลจากพยาบาลในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มจนได้ข้อความแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลจำนวน 48 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม สร้างเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ขึ้นและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 คน ตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและรูปแบบของแบบสอบถามโดยผู้ป่วยจำนวน 3 คน นำผลที่ได้มาปรับปรุงเครื่องมือเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5 แห่งในเขตภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ของประเทศไต้หวัน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลจากนักศึกษาพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน เข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาประจำชาติได้ รู้สึกตัวและไม่มีปัญหาด้านสมอง ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามจำนวน 226 ชุดและได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 196 ชุด ผลการศึกษาในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามออก จำนวน 7 ข้อ เนื่องจากไม่เหมาะสมในการใช้จริง และจัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับจริง มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าลิเคิร์ต 4 ระดับ ขั้นตอนที่ไปจึงนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 จากผู้ป่วยจำนวน 192 คน เพื่อประเมินค่าความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผลการศึกษาได้พิจารณาตัดข้อคำถามจนเหลือข้อที่

เหมาะสมจำนวน 28 ข้อ ผลการวิเคราะห์ที่ได้องค์ประกอบจำนวน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มิติด้านความจริงใจความเห็นอกเห็นใจและความนับถือ (sincerity, empathy, respect) มีจำนวน 15 ข้อ และ 2) มิติด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวิชาชีพ (professional caring behavior) มีจำนวน 13 ข้อ

โดยสรุปแล้ว พบว่ามีเครื่องมือจำนวนมากที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวัดและประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทต่างๆ ในการศึกษาโน้ตค้นของการดูแลเอื้ออาทร ซึ่งเป็นโน้ตค้นที่ค่อนข้างซับซ้อนนั้น เครื่องมือส่วนใหญ่จึงเน้นความสนใจไปที่กลุ่มพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทร อย่างไรก็ตาม จากเครื่องมือที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าเครื่องมือแต่ละชนิด ต่างก็มีกรอบแนวคิดในการสร้างที่อาจจะต่างกัน รวมทั้งลักษณะของเครื่องมือ จำนวนข้อ หัวข้อย่อยหรือองค์ประกอบของการวัด ข้อความที่แสดงออกถึงพฤติกรรมในการวัด รวมทั้งคุณภาพของเครื่องมือ ก็พบว่ามี ความแตกต่างกันด้วย ดังนั้นจึงอาจเป็นประเด็นที่ควรจะต้องพิจารณาหากนักวิจัยต้องการนำเครื่องมือที่เหมาะสมไปใช้ในการศึกษาปัญหาวิจัยของตนเอง รวมทั้งอาจจะต้องระมัดระวังในการสรุปเทียบเคียงผลการศึกษาที่ได้กับงานวิจัยอื่นๆ ที่ใช้เครื่องมือแตกต่างกัน

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเอกสารงานวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ผู้วิจัยขอเน้นการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้วยวิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณโดยอาศัยกรอบแนวคิด ทฤษฎีของนักการศึกษาพยาบาลจากต่างประเทศ รวมถึงการสร้างเครื่องมือในงานวิจัยต่างๆ ส่วนใหญ่สร้างตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีดังกล่าว งานวิจัยบางส่วนใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากนักวิจัยต่างประเทศ นำมาแปลพร้อมทั้งดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในประเทศไทย งานวิจัยบางเรื่องใช้เครื่องมือที่สร้างจากนักวิจัยชาวต่างประเทศแล้วนำมาแปลเป็นภาษาไทยคำต่อคำเพื่อให้เหมือนต้นฉบับแล้วจึงใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการนำเครื่องมือต่างๆ ไปใช้ได้มีการรายงานคุณภาพของเครื่องมือวิจัยร่วมด้วย ซึ่งบริบทของการศึกษามีทั้งในส่วนของบริการพยาบาลและส่วนของการศึกษาพยาบาล สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีหลากหลายทั้งผู้ป่วยในแผนกต่างๆ พยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาโดยจำแนกตามแนวคิดทฤษฎีของผู้สร้างแต่ละท่าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดทฤษฎีของ Roach

แนวคิดทฤษฎีของการดูแลของ Roach (1987) ประกอบด้วยองค์ประกอบโครงสร้างของพฤติกรรมกรรมการดูแล 5 ด้านคือ 1) ด้านความเห็นอกเห็นใจ 2) ด้านการใช้ความรู้ความสามารถ 3)

ด้านความไว้วางใจ 4) ด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม และ 5) ด้านการยึดมั่นผูกพัน ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ที่นำทฤษฎีนี้มาเป็นกรอบในการศึกษาได้แก่ การวิจัยในบริบทของการศึกษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

ศรีสุดา งามขำ (2539) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลนักศึกษาพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในการสอนทางคลินิกและทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 จำนวน 283 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลนักศึกษาพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในการสอนทางคลินิกซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีของ Roach เป็นข้อความเกี่ยวกับโครงสร้างของพฤติกรรมการดูแล 5 ด้าน จำนวน 52 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านความเห็นอกเห็นใจ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการใช้ความรู้ความสามารถ จำนวน 13 ข้อ 3) ด้านความไว้วางใจ จำนวน 12 ข้อ 4) ด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม จำนวน 11 ข้อ และ 5) ด้านการยึดมั่นผูกพันจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การคิดคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของบุคคลโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ การรับรู้พฤติกรรมการดูแลระดับสูง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.01-5.00 การรับรู้พฤติกรรมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 การรับรู้พฤติกรรมระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 และไม่มีการรับรู้พฤติกรรม ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 2.01 ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 6 คน และได้หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลนักศึกษาพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในการสอนทางคลินิกตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดและนักศึกษานในแต่ละชั้นปีรับรู้พฤติกรรมการดูแลของอาจารย์โดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีระดับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของอาจารย์สูงกว่าชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 และพบว่าพฤติกรรมการดูแลนักศึกษาพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในการสอนทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความคิดเห็นว่าแนวคิดด้านการดูแลเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมและซับซ้อนลึกซึ้งมากจึงเป็นการยากที่จะวัดพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นรูปธรรมได้หมด

นฤมล เพียรเจริญ (2539) ได้ออกแบบการสอบการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่บ้านและศึกษาผลด้านความรู้ ความพึงพอใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ใช้

แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการสร้าง 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนแรกผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการดูแลโดยศึกษากรอบพฤติกรรมตามแนวคิดองค์ประกอบของการดูแลของ Roach ร่วมกับกรอบพฤติกรรมกรช่วยเหลือทางการพยาบาล (The nursing caring behaviors) ของทัศนีย์ นนทะสร (2533) ซึ่งเป็นกรอบพฤติกรรมที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวทฤษฎีปัญญาทางสังคมประกอบด้วยพฤติกรรมกรช่วยเหลือทางการพยาบาล 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย 2) การสนองตอบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก และ 3) การประดับประคองทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมการดูแล ซึ่งแบบสังเกตที่สร้างขึ้นจะครอบคลุมเนื้อหาในแผนการสอนซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่แสดงพฤติกรรมการดูแลทั้งวาจา/ท่าทาง ที่ประกอบด้วย ความเมตตา กรุณา ความสามารถ ความไว้วางใจ ความรู้สึกผิดชอบและความผูกพัน ขั้นตอนที่สอง ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรกระบบประสาท และปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ว่าได้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลนั้นๆ หรือไม่ปฏิบัติ แล้วนำจำนวนครั้งในการปฏิบัติมาเทียบเกณฑ์คะแนน 5 ระดับ จากปฏิบัติดีมาก ไปจนถึงปฏิบัติน้อย ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 13 คน พิจารณาเครื่องมือ ในด้านความถูกต้องของเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ เกณฑ์การพิจารณาคะแนน และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นได้ปรับแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 3 คน ร่วมกันในการสังเกตพฤติกรรมการดูแลจำนวน 3 เรื่อง จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากการสังเกตมาหาค่าความเที่ยงที่ละคู่โดยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต (inter-observer reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96-0.97

สมคิด จันทน์น่วม (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามรายงานของตนเองและผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนก อายุรกรรม ศัลยกรรม และสูตินรีเวชกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคกลาง จำนวน 400 คน และผู้ป่วยในแผนกดังกล่าวจำนวน 376 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนแรกเป็นการค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ซึ่งจากขั้นตอนแรกนี้ผู้วิจัยได้แนวคิดในเบื้องต้นว่าพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในสังคมไทยควรประกอบด้วย 6 ด้านคือ 1) การอยู่กับผู้ป่วย 2) การสัมผัสและสื่อสารด้วยความอาทร 3) การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ 4) ความยึดมั่นผูกพันในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 5) การ

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้และสติปัญญาและ 6) การรักษาสีทึบและคุณค่าในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาผสมผสานกรอบแนวคิดของการดูแลในบริบทสังคมไทยของพยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) และทฤษฎีการดูแลของ Roach หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นที่สอง คือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน และผู้ป่วยจำนวน 5 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมย่อยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยมีการดัดแปลงคำถามตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ ผลจากการสัมภาษณ์ได้พฤติกรรมหลักและพฤติกรรมย่อยในแต่ละด้าน หลังจากนั้นจึงนำข้อค้นพบไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 คน ตรวจสอบ แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนที่สามคือดำเนินการสร้างแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 62 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับโดยผู้วิจัยกำหนดให้ 1 หมายถึงพฤติกรรมนั้นไม่เกิดเลย จนถึง 5 หมายถึง พฤติกรรมนั้นเกิดเป็นประจำสม่ำเสมอ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 คนตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยตรวจสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องของพฤติกรรมย่อย จากแบบสอบถามที่สร้างโดยอิงตามโครงสร้างที่กำหนดจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงเป็นแบบสอบถามฉบับจริงนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน และผู้ป่วยจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และในการเก็บข้อมูลจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.96

นัยนา ภูม (2543) ได้เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบกรณีศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลของ Roach เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กของนักศึกษาพยาบาลและแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรม สำหรับขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเริ่มจากการศึกษาแนวคิดดังกล่าวจากตำรา เอกสาร งานวิจัยและศึกษาในสภาพจริงบนหอผู้ป่วยเด็ก และเลือกกิจกรรมการพยาบาลและสถานการณ์การดูแลเด็กที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วย สร้างเป็นชุดประเมินพฤติกรรมให้ครอบคลุมแนวคิด 5 ด้านของ Roach รวมจำนวนข้อคำถาม 39 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่การทำพฤติกรรมการดูแลเป็นประจำสม่ำเสมอ จนไม่เคยแสดงพฤติกรรมการดูแลนั้นเลย สำหรับแบบสังเกตพฤติกรรมประกอบด้วยรายการพฤติกรรมการดูแลที่นักศึกษาพยาบาลแสดงออกในแต่ละสถานการณ์ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการว่าพบหรือไม่พบพฤติกรรม โดยมีรายการ

พฤติกรรมย่อยที่ทำการสังเกตจำนวน 27 รายการพฤติกรรม การให้คะแนนพิจารณาจาก ถ้าพบว่า นักศึกษาปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ให้คะแนน 4 คะแนน ถ้าไม่พบพฤติกรรมนั้นให้ 0 คะแนน สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาส่วนความเที่ยงสำหรับแบบสอบถามได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลปี 3 จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 ส่วนแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเด็กได้ค่าความเที่ยงเฉลี่ยระหว่างผู้สังเกตจำนวน 3 ครั้ง (inter-observer reliability) เท่ากับ 0.98

ศิริรัตน์ สุกี๊ธ และคนอื่นๆ (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์ พยาบาลขณะสอนภาคปฏิบัติในหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศิริราช ตามการรับรู้ของนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของ อาจารย์พยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลของ Roach และดัดแปลงบางส่วนมาจาก แบบสอบถามของศรีสุดา งามขำ แบบสอบถามมีจำนวน 52 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่การรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นเกิดทุกครั้ง (4 คะแนน) จนไม่เกิดเลย (0 คะแนน) โดยแปลผล จากค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 แสดงว่ามีการรับรู้ในพฤติกรรมนั้น มาก, 2.51-3.50 แสดงว่ารับรู้ในพฤติกรรมนั้นค่อนข้างมาก, 1.51-2.50 แสดงว่ารับรู้ในพฤติกรรม นั้นค่อนข้างน้อย และ 1.00-1.50 แสดงว่ารับรู้ในพฤติกรรมนั้นน้อย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรม ความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาอยู่ในระดับค่อนข้างมากทั้งโดยรวม และรายด้าน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่ผลการรับรู้พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้วิจัย ได้ให้ความคิดเห็นถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้น ปัจจัยหนึ่งอาจเนื่องจากเครื่องมือการวิจัยที่กำหนด มาตราประมาณค่าของคำตอบ และการคิดคะแนนระดับการรับรู้ที่ต่างกัน ส่งผลให้การแปลผลมี ความแตกต่างกันของระดับการรับรู้ของนักศึกษา

อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของ นักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสังเกต พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Roach ลักษณะ เป็นมาตราประมาณค่า รวมรายการประเมินจำนวน 40 ข้อ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.92 และตรวจสอบความ เที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ 0.90 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือนักศึกษาพยาบาลปี 2ที่กำลังฝึก ภาคปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 30 คน ผล

การศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี

จากงานวิจัยที่ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Roach เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในบริบทของการศึกษาพยาบาล ซึ่งบางงานวิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีของผู้สร้างท่านอื่นมาผสมผสานร่วมด้วย ซึ่งสรุปรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยดังกล่าว ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 สรุปเครื่องมือในงานวิจัยจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Roch

ผู้ศึกษา	ศรีสุตา งามขำ (2539)	นฤมล เพ็ญเจริญ (2539)	สมคิด จันทร์น่วม . (2539)	นัยนา ภูลม (2543)	ศิริรัตน์ สุภิธร และคนอื่นๆ (2544)	อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2548)
เครื่องมือ	แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแล นักศึกษาพยาบาลของอาจารย์พยาบาล	แบบ สังเกต พฤติกรรมการดูแล	แบบ สอบถาม ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	1.แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก 2.แบบสังเกต พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก	แบบ สอบถาม พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลขณะสอนภาคปฏิบัติ	แบบสังเกต พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร
ลักษณะเครื่องมือ	-มาตรฐานค่า 5 ระดับ	-แบบตรวจสอบรายการ	-มาตรฐานค่า 5 ระดับ	-มาตรฐานค่า 5 ระดับ -แบบตรวจสอบรายการ	-มาตรฐานค่า 5 ระดับ	-มาตรฐานค่า
จำนวนข้อ	52 ข้อ	-	62 ข้อ	1. 39 ข้อ 2. 27 รายการ	52 ข้อ	40 ข้อ
กลุ่มตัวอย่าง	นักศึกษาพยาบาลปี 2, 3, 4	ญาติผู้ป่วย	พยาบาลและผู้ป่วย	นักศึกษาพยาบาลปี 3	นักศึกษาพยาบาลปี 3	นักศึกษาพยาบาลปี 2
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	283 คน	-	พยาบาล 400 คน ผู้ป่วย 376 คน	38 คน	43 คน	30 คน
วิธีการสร้าง	สร้างเองตามกรอบทฤษฎี	สร้างเองตามกรอบทฤษฎี (Roach และ ทศนีย์นันทะสร)	สร้างเองตามกรอบทฤษฎี(Roach และพยอ มอยู่สวัสดิ์)	สร้างเองตามกรอบทฤษฎี	ดัดแปลงจากแบบสอบถามของศรีสุตา งามขำ	สร้างเองตามกรอบทฤษฎี
ความเที่ยง	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 (จำนวน 30 คน)	ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 0.96-0.97	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.94 (พยาบาล 30 คน ,ผู้ป่วย 30 คน)	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90 ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 0.98	ความเที่ยง 0.87	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90 (จำนวน 15 คน)
ความตรงตามเนื้อหา	อาจารย์พยาบาล 6 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 13 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 8 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน	-	ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

แนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson

สุภาพร ดาวดี (2537) ได้ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการศึกษาเอกสารและดัดแปลงแบบวัดการประเมินพฤติกรรมการดูแล (caring behavior assessment) (Cronin and Harrison, 1988) ได้แบบสอบถามจำนวน 65 ข้อ จำแนกเป็น 10 ด้าน ตามปัจจัยการดูแลของ Watson ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ มีระดับคะแนนเท่ากับ 0 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง มีระดับคะแนนเท่ากับ 1 ปฏิบัติบ่อยครั้ง มีระดับคะแนนเท่ากับ 2 และปฏิบัติเป็นประจำมีระดับคะแนนเท่ากับ 3 เกณฑ์คะแนนกำหนดจากค่ากึ่งกลางของช่วงคะแนนเฉลี่ยตามมาตรวัดคือค่าคะแนน 1.5-3.0 หมายถึงมีคะแนนพฤติกรรมค่อนข้างมาทางสูง และ 0-1.49 แสดงถึงมีคะแนนพฤติกรรมค่อนข้างมาทางต่ำ ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 10 คน และทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 10 คน เพื่อหาความเป็นปรนัย หลังจากนั้นจึงปรับข้อคำถามจนได้แบบสอบถามฉบับจริงนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 และเมื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่าเครื่องมือที่ใช้ถึงแม้จะตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้ได้ค่าความเที่ยงที่ค่อนข้างสูงก็ตาม ในการวิเคราะห์ผลและการอภิปรายผลกลับพบอุปสรรคในการให้น้ำหนักของข้อคำถามและพบว่าทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือค่อนข้างมีความเป็นนามธรรม เมื่อผู้วิจัยพยายามถ่ายทอดเป็นข้อความในเชิงรูปธรรม ควรจะต้องมีการตรวจสอบองค์ประกอบและรายละเอียดว่าตรงกับทฤษฎีมากน้อยเพียงใด

ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลบาราคนราดัวร์ ในส่วนของพฤติกรรมดูแล ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ Watson โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลที่พัฒนาขึ้นโดย Cronin and Harrison (1988) เป็นเครื่องมือในการวิจัย คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึงพยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ จนถึง 1 หมายถึง พยาบาลไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสำหรับเกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดค่าไว้ 3 ระดับคือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.84-5.00 หมายถึงผู้ป่วยเอดส์รับรู้ว่ายามีพฤติกรรมดูแลทางการพยาบาลในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

2.17-3.83 หมายถึงการรับรู้พฤติกรรมในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.16 หมายถึงการรับรู้พฤติกรรมในระดับน้อย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรง โดยการสร้างแนวคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามผู้ป่วยเอดส์ถึงความต้องการพฤติกรรมการดูแลจากพยาบาลในมิติด้านจิตวิญญาณ แล้วนำไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ 10 รายเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงเนื้อหาและข้อคำถามในแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง แล้วนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

อิชยา สุวรรณกุล และ นงนุช เชาวน์ศิลป์ (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ให้บริการในโรงพยาบาลระยะของ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 192 คน และผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกดังกล่าว หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนรวม 374 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบทฤษฎีของ Watson ลักษณะเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจำนวน 65 ข้อ ซึ่งมีข้อความระบุพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามปัจจัยการดูแล 10 ด้าน ในแต่ละข้อระบุความถี่พฤติกรรมการดูแลให้เลือกตอบ 3 ระดับคือ 1 หมายถึงไม่เกิดขึ้นเลย 2 หมายถึง เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง และ 3 หมายถึง เกิดขึ้นสม่ำเสมอ ช่วงคะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 65-195 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับพยาบาลและผู้ให้บริการ กลุ่มละ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 และ 0.92 ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันการดูแลโดยรวมและรายด้าน 8 ด้านสูงกว่าผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยการดูแลด้านการสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และด้านการประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณพบว่าทั้งพยาบาลและผู้ให้บริการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

ดวงเนตร ธรรมกุล และ ศิริพร ครุฑกาต (2546) ได้ศึกษาคูณลักษณะความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณลักษณะความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 135

คน และนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 690 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลเอาใจหาท่นักศึกษา จำนวน 56 ข้อ ตามปัจจัยการดูแลของ Watson 10 ด้าน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคิดจากค่าเฉลี่ยแล้วแบ่งกลุ่มคุณลักษณะความเอาใจหาท่นักศึกษาของอาจารย์พยาบาลเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 หมายถึง มีคุณลักษณะความเอาใจหาท่นักศึกษาอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.68 หมายถึง ระดับปานกลางและค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง ระดับไม่ดี ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการทดสอบกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.95

ผลการศึกษาพบว่า จากจำนวนข้อคำถาม 56 ข้อ คะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะความเอาใจหาท่นักศึกษาของอาจารย์พยาบาลรายข้อตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลมีค่าคะแนนสูงกว่าการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล คือคะแนนเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 52 ข้อ เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยรายข้อตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับดีมีจำนวน 38 ข้อ ส่วนอีก 18 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลโดยรวมทั้ง 10 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ย 4.04 และ 3.78 ตามลำดับ โดยคะแนนคุณลักษณะความเอาใจหาท่นักศึกษาของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ทั้ง 10 ด้าน ส่วนการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี 7 ด้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณลักษณะความเอาใจหาท่นักศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกและควรมีการปรับปรุงและพัฒนาคุณลักษณะความเอาใจหาท่นักศึกษาของอาจารย์พยาบาล เพื่อให้สัมพันธ์ภาพระหว่างอาจารย์พยาบาลกับนักศึกษาพยาบาล เป็นไปด้วยดี เป็นแบบอย่างของความเอาใจหาท่นักศึกษา ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดการตอบสนองที่ดีต่อการศึกษาพยาบาล

ชูชาติ ดีโรมรัน (Deeromram, 2003) ได้ศึกษาพฤติกรรมเอาใจหาท่นักศึกษาของญาติผู้ดูแลในครอบครัวโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเอาใจหาท่นักศึกษาของญาติในครอบครัว ความต้องการความเอาใจหาท่นักศึกษา และการรับรู้พฤติกรรมเอาใจหาท่นักศึกษาของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด โดยใช้ทฤษฎีของ Watson เป็นกรอบในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดและเข้ารับการรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดขอนแก่นและญาติผู้ดูแลในครอบครัว จำนวนกลุ่มละ 263 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมเอาใจหาท่นักศึกษาของญาติผู้ดูแลในครอบครัว และแบบสอบถามความต้องการความเอาใจหาท่นักศึกษาและการรับรู้พฤติกรรมเอา

อาหารของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรในญาติ ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่สร้างขึ้นโดย Parichat Wanwaisat เครื่องมือที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยจำแนกตามปัจจัยการดูแล 10 ประการของ Watson ลักษณะเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คะแนนสูงในแต่ละข้อสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรในระดับสูง สำหรับแบบสอบถามความต้องการความเอื้ออาทรและการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด ผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น โดยข้อคำถามจะสอดคล้องกับข้อคำถามในแต่ละข้อของพฤติกรรมเอื้ออาทร สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงพินิจ (face validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน และตรวจสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด และญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับพฤติกรรมเอื้ออาทร ความต้องการความเอื้ออาทรและการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรเท่ากับ 0.93, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

ภรณ์นิกร มีศิริ (2548) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลในการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของตนเองและการรับรู้ของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 100 คน และผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาลให้การดูแลหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 100 คน ในแผนกสูติกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชและหู ตา คอ จมูก เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุดคือ แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลในการพยาบาลโดยถามนักศึกษาและแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลในการพยาบาลโดยถามผู้รับบริการ ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแลในการพยาบาลของ ธนพร แยมสุดา และ คณะ ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแลของ Watson แบบสอบถามที่ปรับใหม่นี้ประกอบด้วยคำถามเชิงนิมิต จำนวน 75 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยการดูแล 10 ด้าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลในการพยาบาลและการศึกษาพยาบาล จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 และ 0.84 ตามลำดับ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้วิจัยได้กำหนดความหมายและน้ำหนักคะแนนตามระดับความถี่ตั้งแต่ระดับ 5 หมายถึงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆสม่ำเสมอ จนถึง ระดับ 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เลย

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลรับรู้พฤติกรรมดูแลของตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอยู่ในระดับดีมาก ส่วนผู้รับบริการรับรู้พฤติกรรมดูแลของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ส่วนรายด้านในด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับการรับรู้พฤติกรรมดูแลของนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการพบว่าโดยรวมมีความแตกต่างกัน

ศุภกัญญา ปานเจริญ และ สกุลรัตน์ ศิริกุล (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยโดยสอบถามจากผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม และนรีเวช จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลที่สร้างโดย ฉวีวรรณ ไพรวัดย์ (2540) ซึ่งดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบวัดพฤติกรรมดูแล (Caring Behavior Assessment: CBA) (Cronin and Harrison, 1988) ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกจำนวน 50 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.97 ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 10 ด้านอยู่ในระดับสูง

จรัส สารชะวิน และคนอื่น ๆ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการสอนแบบบูรณาการวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมเอื้ออาทรสร้างตามแนวคิดการดูแลของ Watson โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยการดูแล 10 ประการ มีจำนวน 3 ชุดคือ

1. แบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรในการเรียนรู้ มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความให้นักศึกษาประเมินตนเองว่ามีระดับพฤติกรรมเอื้ออาทรเกิดขึ้นมาก ปานกลางหรือน้อย
2. แบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรของอาจารย์นิเทศที่มีต่อนักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติที่หอผู้ป่วย โดยนักศึกษาจะเป็นผู้ประเมินอาจารย์ แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ สอบถามระดับความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลาง และ น้อย
3. แบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์นิเทศและนักศึกษาพยาบาล มีจำนวน 42 ข้อลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ สอบถามระดับความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลางและน้อย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.90, 0.92 และ

0.95 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบพฤติกรรมเอื้ออาทรที่นักศึกษาได้แสดงออกทั้งโดยวาจาและพฤติกรรมท่าทางในระดับมากเรียงไปน้อย 10 ลำดับได้แก่

1. แสดงท่าทีสนใจเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ
2. เรียกชื่อผู้ใช้บริการขณะให้การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการเป็นสิ่งแรก
4. ชื่อสัตย์ต่อผู้ใช้บริการ
5. การสัมผัสและสื่อสารกับผู้ใช้บริการอย่างเอื้ออาทร
6. ใช้น้ำเสียงสุภาพนุ่มนวลกับผู้ใช้บริการ
7. การรับฟังผู้ใช้บริการอย่างตั้งใจ
8. ช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
9. ไม่แสดงท่าทีเหน้อยล้าต่อหน้าผู้ใช้บริการ
10. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ใช้บริการ

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่น ๆ (2549) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาล และได้พัฒนารูปแบบการดูแลเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 12 คน และผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจำนวน 30 คน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลราชบุรี เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่การมีพฤติกรรมเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง จนไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเลย การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับตามค่าเฉลี่ยของคะแนนคือพฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำและระดับต่ำมาก ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแบบสอบถาม แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.87

นอกจากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว ในการเรียนการสอนในคลินิก อารี ชิวเกษมสุข (2542) ได้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson เป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในคลินิก พบข้อดีของการใช้ทฤษฎีการดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยหลายประการ ข้อดีประการหนึ่งคือการปลูกฝังนิสัยของการพยาบาลที่ดี มีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย และนอกจากนี้ยังให้ข้อคิดเห็นว่าเป็นทฤษฎีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ และเสนอให้มีการกำหนดกรอบแนวคิดนี้ไว้

ในปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการเรียนการสอนการพยาบาลและควรมีการอบรมผู้สอน และผู้นิเทศให้มีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีและแนวทางการประยุกต์ใช้

งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีของ Watson เป็นกรอบในการศึกษา สามารถสรุปได้ตามตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 สรุปเครื่องมือในงานวิจัยจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Watson

ผู้ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9
เครื่องมือ	แบบสอบถาม พฤติกรรมกรมการ ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	แบบสอบถาม พฤติกรรมกรมการ ดูแล	แบบประเมิน พฤติกรรมกรมการ ดูแลผู้ป่วย	แบบสอบถาม คุณลักษณะ ความเชื่อ อาหารของ อาจารย์ พยาบาล	แบบสอบถาม พฤติกรรมซึมเศร้า อาหารและ แบบสอบถาม ความต้องการ และการรับรู้ พฤติกรรมซึมเศร้า อาหาร	แบบสอบถาม การรับรู้ พฤติกรรม การดูแลใน การ พยาบาล ของ นักศึกษา พยาบาล	-แบบสอบถาม พฤติกรรมซึมเศร้า อาหารในการ เรียนรู้ -แบบสอบถาม พฤติกรรมซึมเศร้า อาหารของ อาจารย์นิเทศ -แบบสอบถาม พฤติกรรมซึมเศร้า อาหารในการ ปฏิบัติการ พยาบาล	แบบสอบถาม พฤติกรรมกรมการ ดูแลอย่างเชื่อ อาหารในการ ปฏิบัติการ พยาบาล	แบบสอบถาม มพฤติกรรม การดูแล ผู้ป่วยอย่าง เชื่ออาหาร ของ นักศึกษา พยาบาล
ลักษณะ เครื่องมือ	มาตร ประมาณค่า 4 ระดับ	มาตร ประมาณค่า 5 ระดับ	มาตร ประมาณ ค่า 3 ระดับ	มาตร ประมาณค่า 5 ระดับ	มาตร ประมาณค่า 4 ระดับ	มาตร ประมาณค่า 5 ระดับ	มาตรประมาณ ค่า 4 ระดับ	มาตร ประมาณค่า 5 ระดับ	มาตร ประมาณค่า 5 ระดับ
จำนวนข้อ	65 ข้อ	50ข้อ	65ข้อ	56 ข้อ	ชุดละ 36 ข้อ	75 ข้อ	20,15,42 ข้อ	-	50 ข้อ
ประเภท กลุ่ม ตัวอย่าง	พยาบาล	ผู้ป่วยเอดส์	ผู้ใช้บริการ และพยาบาล	อาจารย์ พยาบาลและ นักศึกษา พยาบาล	วัยรุ่นที่ติดสาร เสพติดและ ญาติผู้ดูแลใน ครอบครัว	นักศึกษา พยาบาล และผู้ใช้ บริการ	นักศึกษา พยาบาล	พยาบาล และ ผู้ใช้บริการ	ผู้ป่วย
จำนวน ตัวอย่าง	145 คน	-	374 คน	825 คน	กลุ่มละ 263 คน	100 คน	41คน	32 คน	100 คน
ความ เที่ยง (ครอนบาค แอลฟา)	0.95	0.92	0.95, 0.92	0.95	0.93, 0.94 และ 0.92	= 0.93 และ 0.84	0.90, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ	0.87	0.97
ความตรง ตาม เนื้อหา	ผู้เชี่ยวชาญ 10 คน และ หาความเป็น ปรนัยจาก พยาบาล 10 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 7 คน(face validity)	ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน	ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน	ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน	-

หมายเหตุ 1 = สุภาพร ดาวดี (2537), 2 =ฉวีวรรณ ไพรวัดย์ (2540), 3=อิชยา สุวรรณกุล และ นงนุช
เขาวนัศิลป์ (2542), 4=ดวงเนตร ธรรมกุล และ ศิริพร ครุฑทาศ (2546), 5= Choochart Deeromram (2003),
6=กรรณิการ์ มีศิริ (2548), 7=จรัส สารขวัญ และคนอื่นๆ (2548), 8= มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่นๆ
(2549), 9=สุดกัญญา ปานเจริญ และ สกลรัตน์ ศิริกุล (2550)

แนวคิดการดูแลของ Swanson

กุสุมา ปิยะศิริภักดิ์ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษาและรายได้ ต่อพฤติกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดการดูแลเอาใจอาทรเชิงวิชาชีพ (Caring Professional Scale) ที่สร้างขึ้นโดย Swanson (Swanson,1990) ตามกรอบแนวคิดของกิจกรรมการดูแลเอาใจอาทรทั้ง 5 ด้านคือ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆให้ (doing for) 4) การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining believe) ลักษณะแบบวัดเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นด้านบวก 15 ข้อ และด้านลบ 3 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับตามมาตราลีเคิร์ท คะแนนรวมสูงสุดคือ 90 คะแนน แปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลเอาใจอาทรของพยาบาลจากการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นระดับสูง(คะแนน 67-90) ระดับกลาง (คะแนน 43-66) และระดับต่ำ (คะแนน18-42) หลังจากได้นำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทยแล้วได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 3 คนตรวจสอบความตรงด้านภาษา จากนั้นจึงให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอีก 1 คน แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง จากนั้นจึงได้นำแบบวัดไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน คำนวณความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.89 ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอาใจอาทรจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r=-0.274$) ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเอาใจอาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหนัก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำมาตรฐานการดูแลเอาใจอาทรในผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิดของ Swanson เนื่องจากมีความเหมาะสมในการใช้ และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลเอาใจอาทรที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล

นอกจากการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของผู้สร้างแต่ละท่านแล้ว ในรายงานวิจัยบางส่วนก็มุ่งศึกษาในลักษณะของพื้นที่ในการศึกษาเช่น ในงานด้านจิตเวช มธุลดา จันทสิทธิ์ (Mathulada, 2001) ได้ศึกษาคูณลักษณะการดูแลอย่างเอาใจอาทรในพยาบาลจิตเวช โดยใช้แบบสอบถาม Caring Attribute Professional Self and Technological Influences Scale (CAPSTI) ฉบับปรับปรุงที่พัฒนาโดย Arther (1999) เครื่องมือจำแนกเป็นสี่ด้านคือ การสื่อสาร การดูแลอย่างเอาใจอาทร (caring communication) การสนับสนุนการดูแลอย่างเอาใจอาทร (caring

advocacy) การมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเอื้ออาทร (caring involvement) และการเรียนรู้การดูแลอย่างเอื้ออาทร (learning to care) รวมจำนวน 33 ข้อเป็นข้อความด้านบวก 26 ข้อ และด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ผู้วิจัยได้แปลเครื่องมือภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลกลับเพื่อตรวจสอบยืนยันความตรงของภาษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชจำนวน 8 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชจำนวน 2 คน และตรวจสอบความเที่ยงจากกลุ่มพยาบาลจิตเวชจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.85 โดยผู้วิจัยได้กำหนดการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 เป็นคุณลักษณะความเอื้ออาทรระดับต่ำ, 2.34-3.66 เป็นระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 เป็นระดับสูง ตัวอย่างข้อความในแบบสอบถามดังแสดงในตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 มิติและตัวอย่างรายการข้อความในแบบสอบถาม CAPSTI ฉบับภาษาไทย

มิติ	ข้อความ
1.caring communication (14 ข้อ)	-ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะเอกัตบุคคลที่มีความต้องการเป็นของตนเอง -ให้การสัมผัสผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการความอบอุ่นใจ -ช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล -ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ -เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
2.caring advocacy (6 ข้อ)	-มีความระมัดระวังในการลงบันทึกและการเก็บรักษาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย -ร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง -รู้ว่าต้องทำอะไรในเหตุการณ์ฉุกเฉิน
3.caring involvement (9 ข้อ)	-หลีกเลี่ยงผู้ป่วยที่สร้างความยุ่งยากรำคาญใจ -คาดหวังว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำที่พยาบาลบอก -ให้เวลาแก่ผู้ป่วยเพื่อสืบค้นความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วย
4.learning to care (4 ข้อ)	-พยาบาลต้องเรียนรู้เทคนิคการให้คำปรึกษาก่อนจึงจะสามารถให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรได้ -การดูแลอย่างเอื้ออาทรสามารถเรียนรู้ได้จากสถานการณ์จริงในคลินิก

การศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพในบริบทของไทย

ปัญญากรณ์ ชูตั้งกรและคนอื่น ๆ (2538) ได้ศึกษาความหมายและพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดของ Leininger กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ

สัมภาษณ์แบบปลายเปิดประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) การดูแลหมายถึงอะไร และ 2) ท่านได้รับการดูแลอะไรบ้างจากพยาบาลในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาของความหมายและพฤติกรรมการดูแลโดยการจัดเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และแจกแจงเป็นความถี่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของการดูแลจำแนกเป็น 6 ประเด็นคือ 1) การช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย 2) การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การแก้ไขตามหลักวิชาที่ถูกต้องด้วยความนุ่มนวล และอ่อนโยน 3) การเห็นอกเห็นใจเต็มใจช่วยเหลือ 4) การช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งกายและใจ 5) การให้คำแนะนำ และ 6) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลสามารถจัดกลุ่มได้ 7 พฤติกรรมดังนี้ 1) การให้ยา ให้เลือด ออกซิเจนและน้ำเกลือ 2) การสังเกตอาการผิดปกติ การวัดสัญญาณชีพ 3) การดูแลความสะอาด 4) การให้คำแนะนำเรื่องโรค 5) การปลอบใจ 6) การช่วยเหลือให้คำแนะนำปัญหาเศรษฐกิจ และ 7) แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537, อ้างถึงใน สมคิด จันทน์นวม, 2539) ได้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการศึกษาปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ 90 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลให้ความหมายของการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ เป็นความเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความพร้อมในภาวะสุขภาพให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลยึดหลักปรัชญาสุขภาพองค์รวม คือดูแลคนทั้งคนให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้ความรู้และทักษะที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์จากการปฏิบัติ และได้กล่าวถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแล คือ กระบวนการที่พยาบาลให้การช่วยเหลือเพื่อเยียวยาผู้ป่วยโดยการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ปัจจัยร่วมกันคือ 1) การอยู่กับผู้ป่วย 2) การสร้างสัมพันธภาพไว้วางใจ 3) การสื่อสารด้วยความเมตตา เอื้ออาทร 4) พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและสนองความต้องการทางสุขภาพ 5) การคงสมดุลสติสัมปชัญญะ ในปัญญาความรู้ ในการแก้ปัญหาและสนองความต้องการแก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคล ในแต่ละเวลาได้อย่างเหมาะสม โดยที่พยาบาลให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน โดยในส่วนของ การแสดงออกของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของพยาบาลไทยพบว่าการแสดงพฤติกรรมดูแล 3 ประการคือพฤติกรรมแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การแสดงออกทางคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกในการกระทำเทคนิควิธีการพยาบาล

พิรุณ รัตนวนิช (2542) ได้ศึกษาความหมายและความต้องการการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 600 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Watson ผล

การศึกษาในด้านความหมายของการดูแลเอาใจใส่ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ การห่วงใย เอาใจใส่ ให้คำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง รองลงมาคือ การช่วยเหลือต่างๆ การเฝ้าติดตามดูแล การให้การรักษายาบาล การให้ความสะดวกสบายและการให้สิ่งที่ต้องการ ส่วนพฤติกรรมของการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญที่สุดคือ การพูดจาไพเราะ ปลอดภัยไม่ทำให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ การมีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร การให้การรักษายาบาล การพูดคุย สอบถามอาการ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการสัมผัสตามลำดับ

Lundberg and Boonprasabhai (2001) ได้ศึกษาความหมายของการดูแลทางการพยาบาลที่ดี (good nursing care) โดยใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnographic method) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายของวิทยาลัยพยาบาลในกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบ snowball ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างลักษณะปลายเปิด โดยถามถึงความหมายของการดูแลทางการพยาบาลที่ดี และการแสดงออกทางการปฏิบัติ ผลการสัมภาษณ์และการสังเกตพบว่า นักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายให้ความหมายของการดูแลทางการพยาบาลที่ดี จำแนกออกเป็น 6 ด้านคือ 1) ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) เป็นการให้การดูแลที่มาจากใจ ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ให้ความเคารพในตัวผู้ป่วย ความไว้วางใจและความรักความห่วงใย 2) ความสามารถ (competency) คือการมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ 3) ความสบาย (comfort) คือให้การดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม 4) การติดต่อสื่อสาร (communication) เป็นการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ 5) การสร้างสรรค์ (creation) มีความสำคัญสำหรับเป้าหมายการดูแล เกิดการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ 6) ความกล้า (courage) มีความสามารถและมั่นใจในการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีการตัดสินใจการดูแลที่เหมาะสมและดีต่อผู้ป่วย

ผลการศึกษาที่ได้มีความเกี่ยวข้องกับภูมิหลังของคนไทย กล่าวคือ นักศึกษาที่เข้ามาเรียนวิชาชีพพยาบาลต่างก็มีความเมตตาความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานของคนในสังคมและวัฒนธรรมไทยอยู่ก่อนแล้ว ร่วมกับการเรียนรู้และปฏิบัติขณะศึกษาทำให้มีโอกาสได้พัฒนาและเพิ่มคุณลักษณะการดูแลทางการพยาบาลในด้านอื่นๆ ตามมา และเมื่อพิจารณาผลการศึกษาพบว่ายืนยันทฤษฎีการดูแลของ Leininger ซึ่งกล่าวว่าการดูแลประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม และยืนยันทฤษฎีของ Watson ว่าการดูแลเป็นการผสมผสานทั้งด้านมานุษยวิทยาและด้านวิทยาศาสตร์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เสนอข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือ

การเก็บข้อมูลเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งในการศึกษาต่อไป ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาในแต่ละชั้นปีและควรศึกษาในกลุ่มครูผู้สอนร่วมด้วย

อารีญา ด้านผาทอง และคนอื่น ๆ (2550) ได้ศึกษาการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกพยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คน ในโรงพยาบาลจังหวัดแพร่ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลให้ความหมายของการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมี 5 องค์ประกอบคือ 1) ดูแลจากใจถึงใจเอาใจใส่ดูญาติ 2) ช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายคลายจากปัญหา 3) ปฏิบัติด้วยความรู้มีทักษะและประสบการณ์ 4) เป็นสิ่งที่ต้องปลูกฝังและเรียนรู้ และ 5) ประจักษ์ในผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรมี 7 ประการคือ 1) ความพร้อมของผู้ให้บริการ 2) บรรยากาศการทำงานอยู่แบบพี่น้อง 3) นโยบายส่งเสริมคุณธรรมและความเอื้ออาทร 4) ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 5) อุปกรณ์พร้อมใช้ 6) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 7) ความชื่นชมจากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพให้บริการอย่างเอื้ออาทรเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร (2551) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนการวิจัยขั้นตอนแรกเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรในวิชาชีพพยาบาลโดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ร่วมกับการศึกษาแนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยการสัมภาษณ์อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการและสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล จากข้อมูลพื้นฐานทั้งในส่วนของเอกสารและจากความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ได้จำนวนองค์ประกอบ 6 ด้านคือ 1) มีมนุษยสัมพันธ์ดี 2) มีความเมตตากรุณา 3) เคารพคุณค่าของความเป็นมนุษย์ 4) มีกลยุทธ์และทักษะในการบริการ 5) ยึดมั่นผูกพันในภาระหน้าที่ และ 6) ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีแบบองค์รวม โดยผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบและพฤติกรรมการดูแลในแต่ละข้อไปสร้างเครื่องมือคือแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล มีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้นักศึกษาประเมินตนเองและให้อาจารย์นิเทศประเมินนักศึกษาว่ามีพฤติกรรมในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด ซึ่งกำหนดค่าคะแนน 4 หมายถึงกระทำพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง จนถึง 0 หมายถึงไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ส่วนเกณฑ์ในการแปลค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือ 3.50-4.00

หมายถึงมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับมากที่สุด 2.50-3.49 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 1.50-2.49 หมายถึงมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง 0.50-1.49 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยและคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 0.50 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน หลังปรับแก้ไขแล้วจึงทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีในสังกัดวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ (2548) ได้ใช้วิธีวิทยาของการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษามิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของการศึกษาและการบริการพยาบาลโดยได้ศึกษาในพื้นที่เขตภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลในเขตภาคใต้ พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการในชุมชนและผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาได้จำแนกเป็นมิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. มิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลมีลักษณะเป็น “เอื้ออาทร: เริ่มที่ใจ ปลุกฝังให้เติบโตใหญ่ แล้วถ่ายทอดสู่ผู้อื่น” แบ่งเป็น 7 ด้านคือ 1) เป็นพื้นฐานของทุกคน 2) เป็นการช่วยเหลือกันฉันท์ครอบครัว 3) เอาใจเขาใส่ใจเรา 4) การให้ 5) จริงใจไม่เสแสร้ง 6) อบอุ่นเหมือนอยู่เคียงข้าง และ 7) ความเสมอภาค

2. มิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลมีลักษณะเป็น “เอื้ออาทร: ปลุกฝังและหล่อหลอมการเป็นพยาบาลที่ดี จนเข้าใจถึงสัจธรรมในชีวิต” แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การปลุกฝังการเป็นพยาบาลที่ดี 2) สัมพันธภาพที่ผูกพันฉันท์กัลยาณมิตร 3) การให้ 4) ความเท่าเทียม 5) ความยืดหยุ่นผ่อนปรน และ 6) เข้าใจถึงสัจธรรมในชีวิต

3. มิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้รับบริการ มีลักษณะเป็น “เอื้ออาทร: เริ่มที่ใจใช้สติ ช่วยเหลือทันใจทุกเรื่องประดุจดูแลญาติ” แบ่งเป็น 7 รูปแบบคือ 1) เริ่มที่ใจ 2) เป็นผู้ที่มีสติและให้สติ 3) ช่วยเหลือทันใจ ฉับไวทุกเรื่อง 4) การสื่อสารที่ตรงใจ 5) การยืดหยุ่นผ่อนปรน 6) เคารพในความเป็นบุคคล และ 7) เป็นการดูแลประดุจญาติ

4. มิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาล มีลักษณะเป็น “เอื้ออาทร: ไวต่อความรู้สึก ดูแลแบบองค์รวมประดุจญาติ สามารถในการจัดการ” แบ่งเป็น 4 รูปแบบคือ 1) ไวต่อความรู้สึก 2) การให้ 3) เป็นการดูแลประดุจญาติ และ 4) ความสามารถในการจัดการ

อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ และคนอื่น ๆ (2551) ได้ใช้วิธีวิทยาของการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษา มิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาต่างวัฒนธรรมต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 – 4 ที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม ผลการศึกษา พบว่ามิติการดูแลของนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างกันตามภูมิลำเนาต่างวัฒนธรรม คือ นักศึกษามุสลิม เป็นการปลูกฝังและพัฒนาการเรียนรู้อันเกิดเป็นพฤติกรรมเอื้ออาทรประกอบด้วย การให้ที่ถูปลูกฝังตามหลักปฏิบัติของนบีมุฮัมมัด และการดูแลที่ได้รับการพัฒนาจากการเรียนรู้ ในสถาบันการศึกษา ส่วนนักศึกษาพุทธ แบ่งมิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็น 3 รูปแบบคือ การให้ ตามเทศกาลของสถาบัน การดูแลตามธรรมเนียมสถาบันและการเข้าใจความแตกต่างทาง วัฒนธรรมและมีการถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกัน

จากการศึกษาการดูแลอย่างเอื้ออาทรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีความพยายามในการ ใช้วิธีวิทยาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกในบริบทของไทยมากขึ้น โดยการสัมภาษณ์ความ คิดเห็นทั้งจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลจึง ทำให้ได้ข้อค้นพบความหมายและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของไทย ชัดเจนขึ้น ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพสามารถสรุปองค์ประกอบและพฤติกรรมของการ ดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นประเด็นร่วมกันใน 8 ด้านคือ 1) ด้านความเมตตา 2) การสัมผัสและ สื่อสารด้วยความอาทร 3) ความรู้ ความสามารถและทักษะวิชาชีพ 4) การยึดมั่นผูกพันในหน้าที่ 5) การเป็นที่ปรึกษาและดูแลส่งเสริมสุขภาพ 6) สัมพันธภาพความไว้วางใจ 7) มนุษยสัมพันธ์และ การสื่อสาร และ 8) เคารพสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบ และพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรจากการ ศึกษาในบริบทของไทย

ผู้วิจัย	1	2	3	4	5	6	7	8	9
มิติ/องค์ประกอบ/พฤติกรรม									
1. ความเมตตา									
- ความเมตตาเห็นอกเห็นใจ		√		√	√		√		√
- ความห่วงใย เอาใจใส่		√	√		√	√	√		
- ดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มใจ		√	√		√	√	√		
2. การสัมผัสและสื่อสารด้วยความอาทร									
- การสัมผัสและสื่อสารด้วยความอาทร	√		√			√	√		
- การกระทำ/ปฏิบัตินุ่มนวลอ่อนโยน		√					√		

ผู้วิจัย	1	2	3	4	5	6	7	8	9
มิติ/องค์ประกอบ/พฤติกรรม									
- ปลอดภัยไม่ให้เกิดอันตราย		√	√		√				
- คำพูด/น้ำเสียงสุภาพ นุ่มนวล	√		√		√	√	√		
3. ความรู้ความสามารถและทักษะวิชาชีพ									
- ความรู้ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ	√	√	√	√	√			√	√
- พุดคุยซักถามและเฝ้าสังเกตติดตามอาการ		√	√		√				
- สนองความต้องการของผู้ป่วยได้เหมาะสม	√		√						
- ความกล้า (courage)				√					
- การสร้างสรรค์ (creation)				√					
- มีสติสัมปชัญญะ/ใช้ปัญญาในการให้การดูแล	√				√				
- แก้ไขปัญหา/ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน	√	√			√	√		√	
4. การยึดมั่นผูกพันในหน้าที่									
- ยึดมั่นผูกพันในภาระหน้าที่									√
- การอยู่กับผู้ป่วย/ให้ออกาส และเวลา	√				√				
- ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก						√			
- ไม่แสดงท่าทีเหนียวแน่นต่อหน้าผู้ป่วย						√			
- ช่วยเหลือให้สุขสบายทั้งกายและใจ		√	√	√				√	
5. เป็นที่ปรึกษาและดูแลส่งเสริมสุขภาพ									
- ให้คำปรึกษา/แนะนำ		√	√						
- ดูแลส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม	√								√
6. สัมพันธภาพความไว้วางใจ									
- การสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ	√				√				
- ดูแลประจักษ์ญาติ					√		√	√	
- กริยาท่าทางที่เป็นมิตร			√						
- ซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย/จริงใจไม่เสแสร้ง					√	√			
- รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ						√	√		
7. มนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร									
- การสื่อสารเหมาะสม ข้อมูลชัดเจนครบถ้วน				√	√			-	
- มีมนุษยสัมพันธ์									√
8. เคารพสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วย									
- เคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย					√				√

ผู้วิจัย	1	2	3	4	5	6	7	8	9
มิติ/องค์ประกอบ/พฤติกรรม									
- บอกผู้ป่วยให้เข้าใจสิ่งที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วย							√		
- ความเสมอภาค/ความเท่าเทียม					√				
- การยืดหยุ่นผ่อนปรน/เอาใจเขาใส่ใจเรา					√				
- เรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม						√	√		

หมายเหตุ 1. พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537); 2. ปัญญากรณ์ ชุดังกร และคนอื่นๆ (2538); 3. พิรุณ รัตนวณิช (2542); 4. Lundberg & Boonprasabhai (2001); 5. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (2548); 6. จำรัสสารขวัญ และคนอื่นๆ (2548); 7. มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่นๆ (2549); 8. อาริญา ต้านผาทอง และคนอื่นๆ (2550); 9. จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร (2551); 10. Udomluck et al., (2010)

จากตารางที่ 2.7 เป็นการสังเคราะห์มิติหรือองค์ประกอบตลอดจนพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในบริบทไทย ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาด้วยวิธีวิทยาเชิงปริมาณ พบว่ามีความใกล้เคียงและสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ และคนอื่นๆ (Udomluck et al., 2010) ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือวัดความเอื้ออาทรโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) 2) การให้ความนับถือ (respect) 3) การสนับสนุนประคับประคอง (support) 4) การอยู่เป็นเพื่อน (being with) 5) การกระทำให้ผู้ป่วย (doing for) และ 6) การใช้ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ (utilizing knowledge and skill) นอกจากนี้ วรณมยุพา รอยกุลเจริญ (2550) ได้สรุปองค์ประกอบของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ นอกจากจะประกอบด้วย ความเอื้ออาทรซึ่งเป็นความตระหนักในคุณค่าของความเป็นบุคคล ความเข้าใจในชีวิต และความรู้สึกปรารถนาดีต่อกันแล้ว ยังประกอบไปด้วย ความเห็นอกเห็นใจ (sympathy) ความเชื่อถือและไว้วางใจ (trust and confidence) และ การให้ความเคารพ (respect) ต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและการยอมรับในความแตกต่างของบุคคล ร่วมด้วย

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรในงานวิจัยเชิงคุณภาพจากต่างประเทศพบว่า มีบางประเด็นที่ใกล้เคียงกัน โดย Beck (2001) ได้สังเคราะห์อภิมานงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาการดูแลเอื้ออาทรในบริบทของการศึกษาพยาบาลโดยศึกษาจากงานวิจัย จำนวน 14 รายงาน ผลการสังเคราะห์ได้อัตลักษณ์ 4 รูปแบบ คือ 1) ท่าทางการแสดงออก (presenting) ซึ่งการแสดงออกของท่าทางที่แท้จริงจะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการ

การดูแล โดยเริ่มที่การฟังอย่างตั้งใจซึ่งจะทำให้เข้าใจในสิ่งที่อีกฝ่ายพูด 2) การแบ่งปันซึ่งกันและกัน (sharing) เป็นการให้โดยไม่คาดหวังสิ่งตอบแทน 3) การสนับสนุน (supporting) และ 4) ความสามารถ (competence) ทั้งในด้านความรู้ ประสบการณ์และทักษะทางคลินิก

โดยสรุปแล้ว จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของประเทศไทยนั้น ในงานวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนใหญ่นักวิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Watson เป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากตั้งอยู่บนฐานของการดูแลบุคคลแบบองค์รวมโดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีมิติด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539) และการจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เน้นการดูแลบุคคลแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วยมิติด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และนอกจากนี้ยังใช้การดูแลอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎีของ Watson เป็นแกนหลักของหลักสูตร โดยมีการสอดแทรกลงในเนื้อหาวิชาต่างๆ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2546) จึงทำให้แนวคิดทฤษฎีดังกล่าวเป็นที่รู้จักและนำมาใช้กันแพร่หลายมากที่สุดในส่วนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ บางรายงานวิจัยก็ใช้ทฤษฎีการดูแลของผู้สร้างบางท่านเป็นกรอบกว้างๆ ในการศึกษา และบางรายงานก็เป็นการศึกษาตามข้อมูลของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของไทย อย่างไรก็ตาม แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรนี้เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างมีความเป็นนามธรรม เป็นปรากฏการณ์ที่ยากต่อการอธิบาย และประกอบด้วยมิติ (dimension) หลายมิติและโครงสร้าง (construct) หลายโครงสร้างซึ่งเกี่ยวข้องทั้งด้านจิตสังคม ด้านวิชาชีพ และด้านเทคนิคการปฏิบัติ (Watson and Lea, 1997) ในการใช้ทฤษฎีจากต่างประเทศมาเป็นกรอบในการศึกษาพบว่าการรายงานข้อจำกัดบางประการ เช่น ทฤษฎีของ Watson มีความเป็นนามธรรม ซึ่งเมื่อนำมาถ่ายทอดเป็นข้อความในเชิงรูปธรรมจึงค่อนข้างวัดออกมาได้ยาก (สุภาพร ดาวดี, 2537) เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะของ ศรีสุดา งามขำ (2539) ซึ่งได้ให้มุมมองว่าแนวคิดของการดูแลมีความเป็นนามธรรมและซับซ้อน ยากที่จะวัดพฤติกรรมการแสดงออกเป็นรูปธรรมได้หมด

เมื่อพิจารณาประเด็นของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่นักวิจัยมีการสร้างตามกรอบทฤษฎีที่สร้างในบริบทของประเทศแถบตะวันตก หรือเป็นการนำเครื่องมือจากต่างประเทศมาแปลและปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างคนไทย ดังนั้นแนวคิดของการข้ามวัฒนธรรมจึงสมควรที่จะถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาร่วมด้วย เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสร้างโดยมุมมองของนักวิชาการต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทของสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตที่แตกต่างกัน และแนวคิดของการดูแลค่อนข้างมีความเป็นนามธรรม ดังนั้นการแปลความหมายของคำ นิยาม มโนทัศน์ ฯลฯ อาจถ่ายทอดออกมาแตกต่างกันอยู่บ้าง จึงอาจพบปัญหาการคงอยู่ของมโนทัศน์ ซึ่งนักวิจัยจะต้อง

ตระหนักว่ามโนทัศน์จากต่างวัฒนธรรม อาจไม่มีความสอดคล้องหรือเหมาะสมกับบริบทของสังคมอื่น (สังจา ทาโต, 2549) นอกจากนี้การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านมาในด้านความตรง ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ยังไม่มีการใช้วิธีวิทยาของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) มาใช้ในการศึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือ

จากบริบทสังคมไทยอาจมีปัจจัยที่เอื้อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าสังคมในต่างประเทศ ความเชื่อในศาสนาที่สอนในเรื่องของการทำดี บาปบุญ ซึ่งเป็นพื้นฐานของวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทยที่มีความเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร และเมตตาการุณากลมกลืนอยู่ในการดำเนินชีวิตของคนไทย (อิชยา สุวรรณกุล และ นงนุช เซาว์นศิลป์, 2542) ในส่วนของวิชาชีพพยาบาล การทำหน้าที่ต่อผู้เจ็บป่วยได้มีการปลูกฝังในเรื่องของความเมตตาการุณเสียสละ กลมกลืนอยู่ในวัฒนธรรมการดูแลของพยาบาลมาช้านาน การผสมกลมกลืนทั้งวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมความเชื่อ ศาสนา และบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความแตกต่างไปจากการศึกษาในบริบทต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล โดยการใช้วิธีวิทยาของการสร้างเครื่องมือวิจัยที่หลากหลายรวมทั้งการผสมผสานการสัมภาษณ์เชิงปัญญาร่วมในกระบวนการของการสร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทยมากที่สุด

ตอนที่ 2 มโนทัศน์ของการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) เป็นคำเรียกการสัมภาษณ์ที่มีความหมาย แตกต่างกัน 2 นัยยะ โดยนัยยะแรก เป็นลักษณะวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสืบค้นข้อมูลในงานวิจัยทางด้านจิตวิทยาและกฎหมาย ส่วนนัยยะที่ 2 เป็นเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อการตรวจสอบและพัฒนาเครื่องมือวิจัยในการวิจัยเชิงสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงปัญญาทั้ง 2 นัยยะนี้มีความหมาย ประวัติที่มา กระบวนการในการสัมภาษณ์ ที่มีประเด็นและเรื่องราวแตกต่างและแยกส่วนกันอย่างสิ้นเชิง ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอสาระของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาทั้ง 2 นัยยะนี้แบบแยกส่วนเป็นสองตอนคือ ตอนแรก เป็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในงานวิจัยด้านจิตวิทยาและกฎหมาย และตอนที่สอง เป็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการตรวจสอบและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ซึ่งในรายละเอียดแต่ละตอนจะนำเสนอในประเด็นด้านความหมาย กระบวนการในการสัมภาษณ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในงานวิจัยด้านจิตวิทยาและกฎหมาย

การสัมภาษณ์เชิงปัญญา หมายถึง เครื่องมือทางกฎหมาย (forensic tool) ซึ่งประกอบไปด้วยชุดของเทคนิคการรื้อฟื้นความทรงจำ (series of memory retrieval techniques) ที่ออกแบบขึ้นเพื่อเพิ่มจำนวนของข้อมูล (information) ที่ได้จากประจักษ์พยาน ส่งผลให้รายงานการสืบสวนมีความถูกต้องและมีความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งจะช่วยเหลือให้การสืบสวนด้านอาชญากรรมของเจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องของประสบความสำเร็จได้ดีขึ้น (Memon, 1999)

การสัมภาษณ์เชิงปัญญา ในงานวิจัยด้านจิตวิทยาและกฎหมายได้เริ่มปรากฏขึ้นในปี ค.ศ. 1984 จุดเริ่มต้นมาจากนักจิตวิทยาชื่อ Ed Geiselman จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย และ Ron Fisher จากมหาวิทยาลัยยอนานาชาติฟลอริดา ได้ร่วมกันพัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่ด้านกฎหมาย ในการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการสัมภาษณ์ประจักษ์พยาน ซึ่งแต่เดิมนั้นมีปัญหาด้านมาตรฐานในการสัมภาษณ์ของตำรวจในการสอบพยาน เช่น การใช้คำถามที่มากเกินไป ถ้อยคำในคำถามมีความวกวน การเรียงลำดับของข้อความที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ ส่งผลให้คุณภาพของการสืบสวนตกต่ำลง โดยเฉพาะด้านการสัมภาษณ์พยานผู้ร่วมอยู่ในเหตุการณ์หรือเห็นเหตุการณ์ ทำให้เกิดความต้องการเทคนิควิธีการอื่นๆ สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์พยานขึ้น (Memon, 1999)

ประวัติความเป็นมาของการสัมภาษณ์เชิงปัญญานี้เกิดจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาเชิงปัญญา (cognitive psychology) และจิตวิทยาสังคม (social psychology) กระบวนการพัฒนาเริ่มจากเทคนิคพื้นฐานด้านการรับรู้หรือความเข้าใจสำหรับเพิ่มจำนวนของข้อมูลต่างๆ จากการระลึกได้ โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานด้านทฤษฎี 2 องค์ประกอบ คือ 1) การรื้อฟื้นความจำ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประสิทธิภาพในการขยายความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างข้อมูลรหัส สิ่งกระตุ้นและการกลับคืนสู่บริบทเดิมจะช่วยเพิ่มความเข้าใจในสาระข้อมูลที่ถูกเก็บบันทึกไว้ และ 2) ทฤษฎี Multiple Trace Theory กล่าวถึงความทรงจำซึ่งประกอบด้วยเครือข่ายของการเชื่อมโยงและการจัดลำดับ ซึ่งจะพบว่าสาระข้อมูลต่างๆ ไม่ได้รับรู้โดยเทคนิควิธีเพียง 1 วิธี แต่สามารถเข้าถึงได้ง่ายด้วยหลายๆ วิธีการ

กระบวนการในการสัมภาษณ์เชิงปัญญาด้านจิตวิทยาและกฎหมาย

Geiselman and Fisher ได้พัฒนาเทคนิคพื้นฐานของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาฉบับแรกเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1984 ประกอบด้วยเทคนิควิธีการ 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1. การกลับคืนสู่บริบทเดิม (context reinstatement) เป็นเทคนิควิธีแรกของการสัมภาษณ์เชิงปัญญา เป็นการนึกทบทวนลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลาและเหตุการณ์ที่

ได้เคยประสบมา ซึ่งอาจจะช่วยสำหรับพยานเด็กให้สามารถพูดเล่าเรื่องออกมาได้เมื่อย้อนกลับ ไปสู่บริบทนั้น เช่น บรรยายลักษณะห้องเสมือนกับว่าเป็นรูปภาพที่ย้อนกลับมาในใจ บรรยาย กลิ่น เสียง และลักษณะสภาพแวดล้อมอื่นๆ ซึ่งเทคนิคนี้เป็นสิ่งสำคัญของการวิจัยเชิงประจักษ์ ด้านการย้อนกลับคืนสู่บริบทเดิมและการทบทวนความจำ

2 การบันทึกทุกสิ่ง (report everything) เป็นการขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกเล่าทุกสิ่งทุกอย่าง โดยไม่ตัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้น เทคนิคนี้อาจจะช่วย เพิ่มสาระข้อมูลที่มีความสำคัญ ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับรายละเอียดอื่นๆ จากพยานคนอื่นในคดี เดียวกันได้

3. การเปลี่ยนทิศทางการมอง (change perspective) เป็นการคิดทบทวนจากมุมมองใน หลายๆ ทาง โดยการกระตุ้นให้พยานจินตนาการไปอยู่ในจุดอื่นของเหตุการณ์เช่นไปอยู่ใกล้ ผู้เสียหายมากที่สุดหรือ อยู่ใกล้พยานคนอื่นมากที่สุด เป็นต้น แล้วบอกว่าการมองเห็นอะไร ซึ่ง สมมุติฐานตามทฤษฎีกล่าวไว้ว่าการเปลี่ยนทิศทางการมองจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงรายละเอียด รูปร่างลักษณะ ซึ่งมีผลให้จำข้อมูลต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป้าหมายของ เทคนิคนี้ก็คือการใช้ช่องทางหลายๆ ช่องทางในการฟื้นความทรงจำและเพิ่มจำนวนของข้อมูลให้ มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้ทักท้วงว่าเทคนิคนี้อาจทำให้พยานสับสนและคิดแต่งเรื่องราวขึ้นมาเอง ซึ่งภายหลังทางตำรวจเองก็ไม่ได้นำเทคนิคนี้ไปใช้

4. การลำดับเหตุการณ์ย้อนกลับ (reverse order) เป็นการพยายามที่จะคิดทบทวนโดย การเริ่มต้นเหตุการณ์ในจุดเริ่มที่แตกต่างกัน โดยการกระตุ้นให้คิดทบทวนในลำดับเหตุการณ์ที่ หลากหลายไปจากเดิม เช่น เริ่มจากตอนท้ายของเหตุการณ์ หรือช่วงกลางของเหตุการณ์ หรือ ในช่วงที่จำเหตุการณ์ได้มากที่สุด เป็นต้น ผลที่ได้นี้อาจจะทำให้ได้ข้อมูลใหม่ๆ ที่พยานไม่ได้บอกไว้ ในตอนแรก

ในเวลาต่อมา Geiselman and Fisher (1988) ได้เข้าร่วมสังเกตการสืบพยานของตำรวจ ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญหาและพบปัญหาด้านเทคนิคขณะสัมภาษณ์คือ 1) การขัดจังหวะ ในขณะที่พยานกำลังเล่าเหตุการณ์ 2) ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามแบบตอบเพียงสั้นๆ มากเกินไป จาก การสังเกตพบการใช้คำถามปลายเปิดโดยเฉลี่ยเพียง 3 ครั้ง และใช้คำถามแบบตอบสั้นๆ มากถึง 26 ครั้ง 3) ไม่ได้มีการวางแผนลำดับของคำถามที่จะถาม และการถามไม่ได้เชื่อมโยงกับสิ่งที่ผู้ตอบ กำลังคิดและกำลังตอบ ส่งผลให้ขาดขบวนการตอบและทำให้ความจำของพยานชะงักและขาดตอน หลังการวิเคราะห์ข้อมูลจากห้องวิจัยและจากการปฏิบัติจริง Geiselman and Fisher จึงได้ ปรับปรุงการสัมภาษณ์เชิงปัญหาโดยมีหลักวิธีการพื้นฐาน 4 ข้อดังนี้

1. ความคล้ายคลึงของเหตุการณ์และความทรงจำ (memory-event similarity) เป็นหลักการเดียวกับการกลับสู่สภาพแวดล้อมเดิม ความจำเหตุการณ์อาชญากรรมจะเพิ่มขึ้นได้เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ก่ออาชญากรรม ผู้สัมภาษณ์จึงต้องพยายามให้ประจักษ์พยานนึกย้อนในใจเกี่ยวกับลักษณะภายนอก (เช่น สภาพอากาศ) สภาพอารมณ์ (เช่น ความรู้สึกกลัว) การรับรู้ทางปัญญา (เช่น ความคิดเชื่อมโยง) ซึ่งเป็นลักษณะที่พยานเคยมีประสบการณ์เช่นนี้ ณ เวลาที่เกิดอาชญากรรม

2. การพุ่งความสนใจที่การรื้อฟื้นความจำ (focused retrieval) การรื้อฟื้นความจำจะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก บทบาทประการหนึ่งของผู้สัมภาษณ์คือ การช่วยพยานให้พุ่งความสนใจในการคิดรื้อฟื้นความจำ หากเกิดการขัดจังหวะการเล่าเรื่องของพยาน นอกจากจะลดความจำลงแล้ว ยังทำให้พยานลดความพยายามในการระลึกข้อมูลลงได้

3. การขยายการรื้อฟื้นความจำ (extensive retrieval) ยังมีความพยายามในการรื้อฟื้นความจำมากเท่าไรก็ยิ่งได้ข้อมูลมากขึ้น โดยพยานจะถูกกระตุ้นด้วยเทคนิควิธีหลายวิธี ผู้สัมภาษณ์จะกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พยายามระลึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าพยานจะบอกว่าไม่มีรายละเอียดอะไรแล้วก็ตาม

4. การถามคำถามที่สอดคล้องในแนวเดียวกัน (witness-compatible questioning) ความสำเร็จในการรื้อฟื้นความจำขึ้นอยู่กับความเข้ากันได้ของคำถามที่ถามกับสิ่งที่พยานกำลังคิดระลึกได้ ดังนั้นการซักถามจึงควรมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ โดยผู้สัมภาษณ์ควรคำนึงถึงกรอบในใจ (frame of mind) ของผู้ถูกสัมภาษณ์แล้วซักถามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น

นอกจากนี้ในการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาฉบับปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นจะต้องสัมภาษณ์โดยใช้ ทักษะสังคมและกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับพยาน ซึ่งทักษะดังกล่าวนี้ได้ปรากฏรวมอยู่ในการสัมภาษณ์เชิงปัญญาฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 1992 ที่ Geiselman and Fisher ได้ปรับปรุงขึ้น โดยได้รวมทักษะดังต่อไปนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ (rapport building) เป็นความพยายามในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์คลายความกังวลและเข้าใจความคาดหวังของผู้สัมภาษณ์ ซึ่งสิ่งสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์นี้คือการส่งผ่านการควบคุมไปยังพยานโดยการทำให้พยานทราบถึงงานที่จะต้องทำ การให้เวลาในการคิดและการตอบ

2. การเน้นความสนใจไปที่การฟื้นความทรงจำ (focused retrieval) ผู้สัมภาษณ์จะใช้เทคนิคความจำเฉพาะ ที่พุ่งความสนใจไปที่การจินตนาการส่วนต่างๆ ของเหตุการณ์ เช่นใบหน้า

ของผู้ต้องสงสัย และใช้การสร้างภาพนี้นำไปสู่การระลึกถึงเหตุการณ์นั้นๆ โดยเทคนิคนี้ ผู้สัมภาษณ์จะต้องพูดซ้ำๆ และชัดเจน มีการหยุดในช่วงจังหวะที่เหมาะสมเพื่อให้พยานได้สร้างจินตนาการและตอบคำถาม

3. การถามคำถามที่สอดคล้องกัน (witness compatible questioning) ช่วงเวลาของคำถามเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจะต้องมีความยืดหยุ่นของการลำดับคำถามตามเหตุการณ์และเรื่องราวขณะสัมภาษณ์ โดยไม่ยึดติดกับรูปแบบลำดับของคำถามที่ได้ตั้งไว้ตั้งแต่แรก เช่น หากผู้ถูกสัมภาษณ์กำลังบรรยายถึงเสื้อผ้าที่ผู้ต้องสงสัยสวมใส่อยู่ คำถามต่อไปก็ควรเป็นรายละเอียดเรื่องเสื้อผ้าซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ถูกสัมภาษณ์กำลังบรรยาย ผู้สัมภาษณ์ยังไม่ควรเปลี่ยนแนวคำถามไปยังกิจกรรมอื่นๆ ของผู้ต้องสงสัย เป็นต้น

ในการวิจัยเพื่อพัฒนาการสัมภาษณ์เชิงปัญญานี้มีแรงผลักดัน 2 ด้านคือ ความต้องการในการปรับปรุงการสัมภาษณ์ของตำรวจเมื่อต้องการข้อมูลจากการสืบพยานและความต้องการที่สองคือความพยายามในการประยุกต์วิจัยด้านจิตวิทยาในการเก็บรักษาข้อมูล และการระลึกข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดชั่วขณะของพยานผู้รู้เห็นเหตุการณ์ (Stein and Memon, 2006) มีความแตกต่างจากการสัมภาษณ์ทั่วไปคือ การสัมภาษณ์เชิงปัญญา ผู้สัมภาษณ์ส่งผ่านการควบคุมไปยังผู้ถูกสัมภาษณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสัมภาษณ์ เป็นการมอบอำนาจและสถานะภาพให้ และถือว่าการที่ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดออกมาเป็นสิ่งสำคัญ และควบคุมไม่ให้เกิดการขัดจังหวะการพูดโดยผู้สัมภาษณ์จะถามคำถามปลายเปิดบ้าง ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้จะมีผลอย่างมากต่อการสืบค้นความจริงและการใช้ร่วมกับวิธีการคืนสู่บริบทเดิม (reinstatement) ก็จะทำให้ผลที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Memon and Stevenage, 1996 อ้างถึงใน Stein and Memon, 2006)

ในการนำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ในการสืบพยานเพื่อให้ประสบความสำเร็จนั้นจำเป็น ที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องได้รับการฝึกหัดเทคนิคต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการฝึกหัดจะมีความซับซ้อนและจะได้ผลอย่างไรขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการฝึกหัด คุณภาพการฝึกหัด ภูมิหลังของผู้สัมภาษณ์ ทักษะการฝึกหัด เป็นต้น (Memon and Higham, 1999)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

ในระยะแรกของการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการสืบค้นและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้เริ่มมีการศึกษาทั้งในห้องวิจัย (laboratory study) และในภาคสนาม (field study) โดยศึกษาในบริบทของการสัมภาษณ์ข้อมูลรายละเอียดด้านอาชญากรรม และมักออกแบบการวิจัยในเชิงทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทดสอบเทคนิคนี้ เช่น การเปรียบเทียบเทคนิคการสัมภาษณ์

เชิงปัญญากับการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือการสัมภาษณ์มาตรฐานของตำรวจ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการสัมภาษณ์เชิงปัญญาสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดได้มากกว่าการสัมภาษณ์แบบเดิมของตำรวจถึงร้อยละ 25 -100 (Fisher et al., 2000) ในระยะต่อมาการวิจัยได้ขยายขอบเขตของการศึกษาเพื่อสืบค้นข้อมูลในบริบทอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุจราจร การระลึกเกมส์ที่เด็กเคยเล่น การระลึกอาหารที่เคยรับประทาน การระลึกกิจกรรมประจำวันที่เคยปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตจากการศึกษาทางด้านกฎหมายไปยังหน่วยของการศึกษาด้านจิตวิทยา ด้านระบาดวิทยา เป็นต้น และการศึกษาก็ขยายกลุ่มประชากรไปยัง เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ผู้มีการศึกษาต่ำ ฯลฯ ดังรายละเอียดรายงานวิจัยดังนี้

Milne and Bull (2002) ได้นำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ในกระบวนการฟื้นความจำโดยศึกษาในตัวอย่าง 3 กลุ่มอายุ คือกลุ่มเด็กอายุ 5-6 ปี อายุ 8-9 ปี และกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยปีที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาเปรียบเทียบกับกันในแต่ละเทคนิคและศึกษาผลของกลุ่มอายุที่มีต่อประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา วิธีการศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอเทปเหตุการณ์อุบัติเหตุ หลังจากนั้นทิ้งช่วงเวลาไว้ 48 ชั่วโมงแล้วจึงย้อนกลับมาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีละคนโดยการสุ่มใช้เทคนิค 6 รูปแบบคือ 1. การกลับคืนสู่บริบทเดิม 2. การบันทึกทุกสิ่ง 3. การเปลี่ยนทิศทางการมอง 4. การลำดับเหตุการณ์ย้อนกลับ 5. การผสมเทคนิคการกลับคืนสู่บริบทเดิมและการบันทึกทุกสิ่งเข้าด้วยกัน และ 6. กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ไม่ใช้เทคนิคใดๆ เพียงแต่พูดให้พยายามระลึกเหตุการณ์นั้นๆ ผลการศึกษาพบว่าการใช้เทคนิคต่างๆของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาให้ผลไม่ต่างไปจากกลุ่มควบคุม แต่การใช้เทคนิคร่วมกันของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาจะให้ผลการระลึกเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องมากกว่าการใช้เทคนิคใดเพียงเทคนิคเดียวและพบว่าอายุไม่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์จากการสัมภาษณ์

Stein and Memon (2006) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในบริบทของประเทศกำลังพัฒนาคือประเทศบราซิล โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและมีฐานะด้านเศรษฐกิจต่ำโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำนวน 64 คน ซึ่งเป็นพนักงานทำความสะอาดของมหาวิทยาลัยเอกชนขนาดใหญ่ในในตอนใต้ของประเทศบราซิล สำหรับผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ช่วยวิจัย 4 คน ได้รับการฝึกหัดแบบการสัมภาษณ์เชิงปัญญา 2 คน ส่วนอีก 2 คนได้รับการฝึกหัดการสัมภาษณ์แบบมาตรฐาน (standard interview: SI) ตามโปรโตคอลการสืบพยานของตำรวจ ซึ่งสัมภาษณ์โดยถามข้อมูลของเหตุการณ์โดยตรง เช่น ใคร ที่ไหน เมื่อไร และเหตุการณ์เกิดอย่างไร และจะมีการขัดจังหวะการตอบของพยานทันทีหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

การทดลองมี 2 ระยะ ระยะแรกกลุ่มตัวอย่างจะได้รับมอบหมายอย่างสุ่มให้ดู VDO ที่ไม่มีเสียงเกี่ยวกับการลักพาตัวซึ่งมี 2 รูปแบบ โดยตัวอย่างจะถูกขอร้องไม่ให้พูดคุยเรื่อง VDO กับบุคคลใด หลังจากนั้น 1 สัปดาห์จึงเข้าสู่ระยะที่ 2 ซึ่งตัวอย่างแต่ละคนจะถูกสุ่มเข้ารับการสัมภาษณ์เดี่ยวกับผู้สัมภาษณ์แบบใดแบบหนึ่ง ผู้สัมภาษณ์จะไม่ได้ดู VDO เหตุการณ์ในการวิจัย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงปัญหาประมาณ 40 นาทีและแบบ SI ใช้เวลา 20 นาที การสัมภาษณ์จะถูกบันทึกเสียงและเทป VDO ไว้เพื่อการถอดเทปและการให้คะแนนในภายหลัง ผลการศึกษาพบว่า การสัมภาษณ์เชิงปัญหาจะให้รายละเอียดที่มากกว่าและถูกต้องกว่าการสัมภาษณ์แบบเดิมทั้งในปริมาณของข้อมูลและรายละเอียดของข้อมูลในด้านคน วัตถุ กิจกรรมและสถานที่ การศึกษาชี้ให้เห็นว่าสมควรจะนำการสัมภาษณ์เชิงปัญหามาเป็นแนวทางในการสืบพยานในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มจำนวนข้อมูลที่ต้องการแล้ว ยังเป็นการลดจำนวนข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อนลงด้วย

Foster and Moody (1997) ได้เสนอแนะให้นำการสัมภาษณ์เชิงปัญหามาบรรจุในหลักสูตรการศึกษาของผู้ตรวจสอบภายใน (internal auditors) โดยมีแนวความคิดว่าในการเติบโตขององค์กรความร่วมมือขนาดใหญ่ การเพิ่มของธุรกิจระดับนานาชาติ และการดำเนินธุรกิจการค้าที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้การตรวจสอบบัญชีมีความสำคัญมากขึ้นทุกขณะ ซึ่งการตรวจสอบบัญชีจะเป็นวิชาชีพที่เติบโตมากขึ้น ในการทำงานของผู้ตรวจสอบนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งด้านเอกสารและจากการสัมภาษณ์บุคคลที่อยู่ในหน่วยงานที่ถูกตรวจสอบ ดังนั้นปริมาณและคุณภาพของข้อมูลจึงสะท้อนถึงทักษะในการสัมภาษณ์ของผู้ตรวจสอบ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับทักษะของผู้ตรวจสอบให้สูงขึ้น ในปัจจุบันเริ่มใส่เนื้อหาดังกล่าวลงในตำราด้านการตรวจสอบภายในเพิ่มมากขึ้นแล้ว แต่อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดด้านจำนวนชั่วโมงของการเรียน การฝึกหัดทักษะการสัมภาษณ์จึงมุ่งเน้นที่เทคนิคเฉพาะที่จะสามารถสร้างผลการสัมภาษณ์ที่มีนัยสำคัญ ดังนั้นนักการศึกษาจึงมุ่งหาเทคนิคที่มีประสิทธิภาพในการสอนทักษะการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงปัญหาก็เป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยปรับปรุงทักษะดังกล่าว

การสัมภาษณ์เชิงปัญหาจะช่วยในด้านการปรับปรุงคุณภาพและปริมาณของข้อมูลจากการรื้อฟื้นความทรงจำของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยอาศัยหลักการด้านการย้อนกลับคืนสู่บริบทเดิม (context reinstatement) ซึ่งผู้ตรวจสอบจะสัมภาษณ์ผู้ถูกสัมภาษณ์ในสถานที่ที่ต้องการให้นึกย้อนความจำเช่นในห้องทำงาน บริเวณระเบียบ พื้นที่ของโรงงาน เป็นต้นและให้พยายามนึกสร้างความรู้สึกลงในช่วงเวลาที่เหตุการณ์ได้เคยเกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้ตรวจสอบจะพุ่งเป้าไปที่การพยายามนึกคืนความจำของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยลดการขัดจังหวะ ลดเสียงรบกวน เสียงโทรศัพท์

ข้อคิดเห็นหรือคำถามในระยะของการนี้กทบทวนดังกล่าว หากการนี้กทบทวนไม่สำเร็จ ผู้ตรวจสอบต้องพยายามถามคำถามซ้ำด้วยการเรียงเรียงคำถามใหม่และด้วยคำถามที่หลากหลาย ซึ่งกลวิธีในการรื้อฟื้นความจำนั้นไม่ได้มีเพียงแค่วิธีใดวิธีหนึ่งหากแต่ประกอบไปด้วยวิธีในการนี้กย่อนหลากหลายวิธี การถามคำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อธิบายภาพเหตุการณ์และผู้ตรวจสอบจะรวบรวมข้อมูลของภาพที่นี้กย้อนกลับมา ซึ่งการระล่อมถามอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ได้รายละเอียดของเหตุการณ์ดังกล่าว จากหลักการของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาดังกล่าว ข้างต้นจึงสมควรจะนำเทคนิคนี้มาใช้ในการตรวจสอบภายในเนื่องจากเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย และเพราะว่าการนี้กทบทวนเป็นสิ่งที่คนทั่วไปมักจะทำกันอยู่เสมอเช่นในเวลาที่เราทำของหาย หรือขณะที่เราพยายามนึกจำสิ่งต่างๆ เรายังต้องการสถานที่เงียบๆ เพื่อที่จะคิดให้ออก ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือเฉพาะ ดังนั้นหากนำเทคนิคนี้มาใช้จะช่วยให้ผู้ตรวจสอบภายในล้วงลึกข้อมูลเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจากบุคคลผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ดียิ่งขึ้น

Fisher et al. (2000) ได้ประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อให้ผู้ตอบระลึกข้อมูลด้านกิจกรรมประจำวันจากอดีตเมื่อ 35 ปีที่ผ่านมา โดยการเปรียบเทียบข้อมูลการสัมภาษณ์ครั้งนี้กับข้อมูลเดิมจากการศึกษาของ Buffalo Health Study เมื่อปีค.ศ.1960 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์จำนวน 236 คน วิธีศึกษาเริ่มโดยการจดหมายและโทรศัพท์ติดต่อผู้ที่เคยอยู่ในโครงการเดิม และใช้การสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์เอง และที่มหาวิทยาลัยที่ Buffalo และ University of New York ในขั้นการสัมภาษณ์แบ่งเป็นหลายส่วนได้แก่ ส่วนแรกเป็นการแนะนำทั่วไป การสร้างปฏิสัมพันธ์ การให้เซ็นใบเข้าร่วมในการวิจัยและวัดความดันโลหิต ส่วนที่สองในเวลาถัดมาเป็นการนำเข้าสู่เหตุการณ์ในวิถีชีวิตของบุคคล ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนจะถูกถามด้วยคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำประจำในช่วงปีค.ศ.1960 การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ทำมาเรื่อยๆ จนมาถึงปัจจุบันและถามกิจกรรมที่ทำประจำในปัจจุบัน โดยแนวคำถามเกี่ยวข้องกับสังคม การรักษาทางการแพทย์ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ของสมอง ผู้วิจัยจะบันทึกเทปการสัมภาษณ์, เขียนบันทึกลงสมุดบันทึก และบันทึกคำตอบลงในใบให้คะแนน การสัมภาษณ์ใดที่ไม่สมบูรณ์จะติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมในภายหลัง

ในการออกแบบการวิจัยได้แบ่งผู้ถูกสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่สัมภาษณ์ด้วยวิธีมาตรฐานแบบเดิมและกลุ่มที่สัมภาษณ์ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในด้านลักษณะประชากรและลักษณะกิจกรรมที่ทำในปี 1960 สำหรับผู้

สัมภาษณ์เป็นเพศหญิงทั้งหมดจำนวน 5 คน ได้รับการฝึกหัดการสัมภาษณ์จนเป็นที่มั่นใจในความสามารถในการสัมภาษณ์ของผู้สัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าวิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญาทำให้สามารถระลึกข้อมูลได้มากกว่าและละเอียดกว่าการสัมภาษณ์แบบมาตรฐานแบบเดิมมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่ของวิธีวิทยาพบว่าการสัมภาษณ์เชิงปัญญาประกอบด้วยชุดของเทคนิคต่างๆ มาประกอบกันและมีการใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าและมีลำดับของคำถามลึกกลงในแต่ละประเด็นที่ถาม ส่งผลให้ได้ข้อมูลการระลึกที่ละเอียดมากกว่า

2) การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการตรวจสอบและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing) หมายถึง เทคนิควิธีการที่ใช้ในกระบวนการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยเทคนิควิธีเฉพาะสำหรับการซักถามกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) ของผู้ถูกสัมภาษณ์ในด้านการรับรู้ และความเข้าใจในการตอบคำถาม (Willis, 2005)

แนวคิดของการนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเริ่มในช่วงต้นทศวรรษ 1980 จากงานวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งนิยมใช้แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นเครื่องมือในการศึกษา แต่ปัญหาที่ผู้วิจัยมักจะพบอยู่เสมอคือ การที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามหรือการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ซึ่งทำให้ข้อมูลที่得不สมบูรณ์ เกิดความคลาดเคลื่อน และส่งผลต่อการสรุปอ้างอิงผลการศึกษา จึงได้เกิดความร่วมมือด้านสหวิทยาการของนักวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัยเชิงสำรวจ (survey methodology) และด้านจิตวิทยาเชิงปัญญา (cognitive psychology) ภายใต้ชื่อเรียกว่า ลักษณะเชิงปัญญาของวิธีวิทยาการสำรวจ (The Cognitive Aspects of Survey Methodology: CASM) มีบทบาทในด้านของการพัฒนาการออกแบบแบบสอบถาม การวิจัยและการประเมิน โดยได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามการสำรวจโดยนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญามาเป็นแนวทางในการประเมินความคลาดเคลื่อนของผลการตอบแบบสอบถามในการวิจัย โดยมุ่งเน้นศึกษากระบวนการด้านการรับรู้ – ความเข้าใจของผู้ตอบในการตอบคำถามในเครื่องมือวิจัย

วิธีการของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาสะท้อนถึงรูปแบบทฤษฎีกระบวนการในการตอบแบบสอบถาม ตามทฤษฎีของ Tourangeau (1984 อ้างใน Willis, 2005) โดยมีกระบวนการดังนี้

1. ความเข้าใจรวบยอดของคำถาม (comprehension of the question) เป็นการตรวจสอบว่าผู้ตอบเข้าใจจุดมุ่งหมายของคำถาม (question intent) หรือไม่ อย่างไร และเป็นการหาความหมายของคำ (meaning of term) โดยถามผู้ตอบว่าคำถามนั้นต้องการถามอะไร คำ หรือวลีเฉพาะ ในคำถามนั้นมีความหมายอย่างไร

2. การรื้อฟื้นความทรงจำจากข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (retrieval from memory of relevant information) เป็นการค้นหาข้อมูลทีละทีถึง (recall ability of information) ว่าข้อมูลประเภทใดที่ผู้ตอบจำเป็นต้องระลึกถึงเพื่อนำมาใช้ในการตอบคำถามและยังมีกลยุทธ์ในการระลึก (recall strategy) ว่ากลยุทธ์ประเภทใดที่ใช้ในการรื้อฟื้นความทรงจำข้อมูล

3. กระบวนการในการตัดสินใจ (decision processes) ประกอบด้วยแรงจูงใจ (motivation) ผู้ตอบมีความตั้งใจและใส่ใจในการตอบคำถามอย่างถูกต้องแม่นยำหรือไม่ และความไวและความต้องการทางสังคม (sensitivity/social desirability) ผู้ตอบต้องการพูดความจริงหรือไม่ หรือผู้ตอบพูดบางสิ่งออกมาเพื่อให้ตัวผู้ตอบดูดีขึ้นหรือไม่

4. กระบวนการในการตอบ (response processes) ผู้ตอบสามารถจัดคำตอบต่างๆ ไปเป็นประเภทตามคำถามการสำรวจหรือไม่ (mapping the response)

โดยสรุปแล้วลำดับขั้นตอนการตอบคำถามในเครื่องมือวิจัย ผู้ตอบจะต้องมีความเข้าใจคำถามก่อนเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นจะมีการระลึกถึงข้อมูลแล้วจึงตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อันดับสุดท้ายจึงกำหนดคำตอบให้อยู่ในรูปแบบของคำตอบที่ผู้สัมภาษณ์ถาม ซึ่งที่ผ่านมามีปัญหาในการตอบคำถามของเครื่องมือวิจัยมีสาเหตุที่สำคัญคือ แบบสอบถามไม่ชัดเจน มีความคลุมเครือไม่เอื้อต่อความเข้าใจและการตอบแบบสอบถามของผู้ตอบ (Drennan, 2003)

กระบวนการของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการตรวจสอบและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

กระบวนการของการนำเทคนิควิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ ประกอบด้วยวิธีย่อยที่สำคัญ 2 วิธีคือ 1) การสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ (think-aloud) และ 2) เทคนิคการตะล่อมถาม (verbal probing) (Willis, 2005) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **การสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ (think-aloud interviewing)** มีจุดกำเนิดมาจากวิธีการทางด้านจิตวิทยา เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามในการสำรวจซึ่งในการถามคำถามต่างๆ ผู้สัมภาษณ์ไม่ต้องการแค่คำตอบเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องการกระบวนการในการคิดเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบนั้นๆ ด้วย ซึ่งกระบวนการคิดเป็นสิ่งที่ซับซ้อน เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล การดูหรือการสังเกต ไม่เพียงพอที่จะรับรู้ได้ว่าบุคคลนั้นกำลังคิดอะไร ดังนั้นเทคนิคที่จะช่วยในการรับรู้กระบวนการคิดของบุคคลได้เทคนิคหนึ่งคือการคิดออกมาดังๆ ตั้งแต่เริ่มอ่านหรือเห็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้ตอบคิดอะไรขึ้นมาก่อน และต่อจากนั้นคิดถึงอะไร เป็นลำดับจนได้คำตอบในที่สุด ในกระบวนการดังกล่าวทำให้นักวิจัยได้ทราบว่าคุณตอบเข้าใจ ความหมายของข้อคำถามที่อยู่ใน

แบบสอบถามได้ตรงตามที่นักวิจัยตั้งใจไว้หรือไม่ ตลอดจนได้รับทราบความเข้าใจด้านตัวเลือกตอบที่กำหนดไว้ให้ตอบ เช่น ระดับความหมายของมาตราประมาณค่าแต่ละระดับ เป็นต้น

ในการใช้เทคนิคการคิดดังๆนี้ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ที่ฟังและสังเกตความพยายามในการนึกคิดเพื่อให้ได้คำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์จะอ่านคำถามซ้ำๆ ทีละ 1 คำถาม และให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดบรรยายคำตอบออกมา โดยผู้สัมภาษณ์จะบันทึกทั้งกระบวนการที่ผู้สัมภาษณ์ใช้จนกว่าจะได้คำตอบและบันทึกคำตอบทั้งหมด โดยไม่พูดสอดแทรกหรือขัดจังหวะ ยกเว้นหากมีการหยุดพูดนานเกินไปจึงกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พูดออกมาว่ากำลังคิดอะไร

อย่างไรก็ตามในการคิดออกมาดังๆนี้ เป็นวิธีการที่ค่อนข้างฝืนธรรมชาติของบุคคลทั่วไป ดังนั้นจึงต้องมีการฝึกหัดก่อนการสัมภาษณ์จริง ตัวอย่างคำถามเพื่อการฝึกและเตรียมความพร้อมของผู้ตอบในเทคนิคการคิดเสียงดัง ได้แก่ ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์นึกถึงภาพสถานที่อาศัยและให้คิดออกมาเป็นถ้อยคำว่ามีจำนวนหน้าต่างเท่าไรในสถานที่แห่งนั้น ในขณะที่กำลังนับหน้าต่างนี้ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกว่ากำลังมองเห็นอะไรและกำลังคิดเกี่ยวกับอะไร (Visualize the place where you live, and think about how many windows there are in this place. As you count up the windows, tell me what you are seeing and thinking about.) อย่างไรก็ตามการคิดดังๆนี้ไม่เป็นที่คุ้นเคยของบุคคลส่วนใหญ่ ดังนั้นในขณะที่กำลังคิดคำตอบ ผู้สัมภาษณ์มักจะเตือนให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดออกมาตลอดกระบวนการ เช่นถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์เริ่มนับหน้าต่างที่ชั้นล่าง ก็จะพูดออกมาตลอดในแต่ละห้องของชั้นล่างและจึงย้ายขึ้นไปนับที่ชั้นบนของบ้าน (Carbone et al., 2002)

ข้อดีและข้อจำกัดของเทคนิคการคิดดังๆ พบว่าการใช้เทคนิคนี้มีข้อดีคือ การปราศจากความลำเอียงของผู้สัมภาษณ์ เนื่องจากผู้สัมภาษณ์จะถามนอกเหนือจากคำถามเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เช่น ถามว่าท่านกำลังคิดอะไร โดยไม่ได้ใส่ข้อคิดเห็นของตนลงไปคำถามและนอกจากนี้ การฝึกหัดเพียงเล็กน้อยก็สามารถใช้เทคนิคนี้ได้ ผู้สัมภาษณ์เพียงแต่อ่านคำถามการสำรวจและฟังว่าผู้ถูกสัมภาษณ์พูดตอบอะไร โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญมากมายแต่อย่างไร และยังเป็นคำถามปลายเปิดที่สามารถได้ข้อมูลหลากหลาย ส่วนข้อจำกัดพบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ควรจะได้รับ การฝึกหัดก่อนสัมภาษณ์จริง เพราะว่าการที่ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดความคิดออกมานั้นจัดว่าเป็นลักษณะที่ผิดธรรมชาติสำหรับคนทั่วไป และผู้ที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนี้การใช้เทคนิคนี้ยังอาศัยเวลาในการสัมภาษณ์ที่ค่อนข้างมาก อาจทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความเหนื่อยหน่าย และจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำส่งผลให้ความเข้าใจและการทดลองปฏิบัติเกิดความยุ่งยากและใช้เวลานาน (Goerman, 2006).

2. **เทคนิคการตะล่อมถาม (verbal probing technique)** เป็นเทคนิคการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งในการวิจัยต่างๆ ไปมีการใช้เทคนิคการตะล่อมถามกันอย่างแพร่หลาย สำหรับคำว่า probing นั้นมีนักวิจัยของไทยเรียกชื่อคำนี้แตกต่างกันแต่ให้ความหมายใกล้เคียงกันดังนี้

สุภาวงศ์ จันทวานิช (2548) ใช้คำว่า “การตะล่อมกล่อมเกลามา” ในการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งหมายถึงการซักถามที่ล้วงเอาส่วนลึกของความคิดออกมา คือการสัมภาษณ์อย่างหนึ่งที่จะต้องล้วงเอาความจริงจากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้วิจัยต้องใช้วาทศิลป์เพื่อให้ผู้ตอบเล่าเรื่องออกมาทั้งหมด มักใช้กันในเจ้าหน้าที่สอบสวน ตำรวจ หรือทนายความ ในด้านนักวิจัยมักใช้ในคำถามที่เกี่ยวกับรายรับรายจ่าย หรือปัญหาทางครอบครัว เป็นต้น

เมตตา วิวัฒน์านุกูล (2545) ได้ใช้คำว่า “การควานถาม” คือการฟังสิ่งที่ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดอย่างพิถีพิถันเพื่อหาคำตอบหรือจุดบอดในคำตอบแล้วใช้คำถามรอง ช่วยเปิดช่องว่างที่สงสัย ซึ่งสาเหตุที่ควรควานถามหรือถามเจาะเนื่องจากได้รับคำตอบไม่เพียงพอ หรือไม่พอใจ ซึ่งการควานถามจะทำให้ดีก็ต่อเมื่อมีการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2543) ใช้คำว่า “ตะล่อมถาม” เป็นการถามเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงและได้ข้อมูลที่มีความละเอียดลึกซึ้งจากการสัมภาษณ์มากที่สุด โดยนักวิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์แบบอื่นๆ แต่คำถามที่ใช้ตะล่อมถามเป็นศิลปะเฉพาะตัวนักวิจัยซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญ

สำหรับ verbal probing technique ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่า “เทคนิคการตะล่อมถาม” ซึ่งความหมายของเทคนิคการตะล่อมถามในการสัมภาษณ์เชิงปัญญานั้นหมายถึงการถามคำถามเพื่อต้องการความชัดเจนเกี่ยวกับบางสิ่งที่คุณตอบได้กล่าวตอบไว้ (Willis, 2005) การตะล่อมถามสามารถใช้ในการขยายคำตอบของคำถามที่มีพื้นฐานจากพฤติกรรมกรรมการแสดงออก โดยหลังจากที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามในการสำรวจแล้ว ผู้สัมภาษณ์จะซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคำถามหรือคำตอบที่ได้รับ สำหรับคำถามที่ใช้ในเทคนิคการตะล่อมถามนี้ สามารถแยกเป็น 2 ประเภทคือ 1) คำถามที่มีต้นฉบับร่างไว้ล่วงหน้า สำหรับใช้ในหลายๆ การสัมภาษณ์ จะพัฒนาขึ้นพร้อมๆ กับแบบสอบถาม และ 2) คำถามที่เกิดขึ้นในขณะที่กำลังสัมภาษณ์ เป็นคำถามเฉพาะการสัมภาษณ์ครั้งนั้นๆ แนวคำถามที่มักใช้บ่อยๆ ในการตะล่อมถามเพื่อซักถามรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 แนวคำถามที่ใช้บ่อยในขั้นตอนการระล่อมถาม

การระล่อมถาม	ตัวอย่าง
การตรวจสอบความเข้าใจ/การแปลความหมายของคำประโยคหรือคำถาม (comprehension/interpretation probe)	คุณคิดว่า “.....” หมายความว่าอะไร คุณคิดว่า...คืออะไร ช่วยบอกรายละเอียดเกี่ยวกับ...ให้มากกว่านี้
การถอดความ (paraphrasing)	จากคำถามที่เพิ่งถามไปเมื่อสักครู่คุณสามารถถามใหม่ด้วยสำนวนของคุณเองได้หรือไม่
การตัดสินใจด้วยความมั่นใจ (confidence judgement)	คุณแน่ใจได้อย่างไรว่า.....
ระล่อมถามการจำ (recall probe) ... (เพื่อทดสอบการระลึกได้ของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง)	คุณจำได้อย่างไรว่า.....
ระล่อมถามเฉพาะ (specific probe)	เพราะเหตุใดคุณจึงคิดว่า.....
ระล่อมถามทั่วไป (general probes)	- คุณได้คำตอบนั้นมาได้อย่างไร (เพื่อตัดสินใจการใช้วิธีการทางปัญญา) - มันง่ายหรือยากที่จะตอบคำถามนี้ - ฉันสังเกตเห็นว่าคุณลังเล ช่วยบอกฉันว่าคุณกำลังคิดอะไรอยู่

ที่มา: ดัดแปลงจาก Willis (2006)

นอกจากนี้การศึกษาของ Punpanich (2005) ได้ให้แนวทางของคำถามที่ใช้ในการระล่อมถามซึ่งได้กำหนดไว้ก่อนการสัมภาษณ์ เช่น

- คุณคิดว่าประชาชนในกลุ่มอายุเดียวกับคุณจะเข้าใจคำถามนี้หรือไม่
- คุณคิดว่าประชาชนที่อายุเดียวกันกับคุณจะตอบสนองต่อคำถามนี้อย่างไร
- คุณคิดว่าประชาชนในกลุ่มอายุเดียวกับคุณสามารถตอบคำถามนี้ได้หรือไม่
- ถ้าคุณต้องการถามเพื่อนของคุณเกี่ยวกับประเด็นนี้ คุณจะถามด้วยคำถามอย่างไร
- คุณคิดว่าประชาชนในกลุ่มอายุเดียวกับคุณจะตอบคำถามนี้ตามความเป็นจริงหรือไม่

สำหรับในส่วนของคำตอบที่ได้รับ ผู้วิจัยจะระล่อมถามต่อด้วยคำถามต่อไปนี้

- ข้อมูลประเภทใดที่คุณคิดว่าคำถามนี้ต้องการถาม
- ฉันสังเกตเห็นว่าคุณลังเลก่อนที่จะตอบคำถามนี้เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น คุณมั่นใจในคำตอบที่คุณให้มาหรือไม่เพียงใด
- อะไรที่คุณคิดว่าเป็นความยุ่งยากที่คุณประสบในการตอบคำถามนี้
- แนวคิดอื่นใดที่คุณคิดว่าน่าจะมีแต่ไม่ได้นำมาตอบคำถามนี้

นอกจากนี้ก่อนที่จะเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยควรตะล่อมถามด้วยคำถามดังนี้

“ มีประเด็นหรือคำถามใดอีกหรือไม่ที่คุณเชื่อว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่เราควรจะถามคุณแต่ว่า
สิ่งนั้นไม่ได้ถูกรวมไว้ในแบบสอบถามนี้”

นอกจากนี้ Willis (2005) ได้สรุปประเด็นความผิดพลาดที่อาจพบได้บ่อยๆ ในคำถามของการวิจัยและแนวทางของการใช้คำถามในการตะล่อมถาม ดังแสดงในตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9 ตัวอย่างข้อผิดพลาดต่างๆ ในคำถามการสำรวจ

ประเด็นความผิดพลาด	แนวทางการตะล่อมถาม
คำแนะนำไม่ชัดเจนหรือมีข้อขัดแย้ง	-ก่อนเริ่มคำถามให้ช่วยบอกว่าคำแนะนำเมื่อครั้งบอกอะไรแก่คุณบ้าง
คำถามที่ยาว อ้อมค้อม ไม่ถูกไวยากรณ์หรือรูปประโยคมีความซับซ้อน	- คุณสามารถถามคำถามนี้ใหม่ด้วยสำนวนของคุณเองได้หรือไม่
ศัพท์เทคนิค: ไม่กำหนดคำนิยาม,ไม่ชัดเจน	คุณคิดว่าคำที่อยู่ในคำถามนี้มีความหมายว่าอะไร
ความคลุมเครือ: สามารถแปลความหมายของคำถามได้หลายทาง	-หลังจากที่ฉันถามคำถามนี้แล้วช่วยบอกว่าคุณกำลังคิดอะไร
ข้อสมมติที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับผู้ตอบหรือสภาพการดำเนินชีวิตของผู้ตอบ	-สามารถประยุกต์ใช้คำถามนี้กับคุณได้อย่างไร -คุณสามารถบอกรายละเอียดได้มากกว่านี้หรือไม่
ข้อคำถามที่ทำให้ผู้ตอบรู้สึกอึดอัด ลำบากใจ เป็นส่วนตัวเกินไป/เป็นพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย	-เราคุยเรื่องนี้ได้หรือไม่ หรือคุณรู้สึกไม่สะดวกในการพูดเรื่องนี้ -คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับคำถามนี้
คำถามปลายเปิด: ซึ่งไม่เหมาะสมหรือยุ่งยาก	-เป็นการง่ายหรือยากในการตัดสินใจว่าจะตอบอะไร
ลำดับของคำตอบในรายการคำตอบไม่เหมาะสม	-คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อดูรายการคำตอบทั้งหมดแล้ว -ลำดับของคำตอบเป็นสาเหตุให้คุณรู้สึกลำบากในการตอบหรือไม่

ที่มา: ดัดแปลงจาก Willis (2005)

สำหรับข้อดีและข้อจำกัดของการตะล่อมถาม พบว่าในการใช้เทคนิคนี้ผู้สัมภาษณ์สามารถจะควบคุมการสัมภาษณ์ให้มุ่งประเด็นตามที่ต้องการได้ และผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการการฝึกหัดใดๆ จึงค่อนข้างง่ายที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ ซึ่งโดยพื้นฐานแล้วการถามด้วยเทคนิคนี้ไม่ต่างจากคำถามการสำรวจมากนัก และในความเป็นจริงผู้ถูกสัมภาษณ์มีแนวโน้มที่จะแสดงความคิดเห็น และวิจารณ์คำถามอยู่แล้ว ส่วนข้อจำกัดพบว่าอาจได้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงทั้งหมดจากผู้ถูกสัมภาษณ์ และผู้สัมภาษณ์อาจมีความลำเอียงในการซักถามข้อมูลได้

ในทางปฏิบัติแล้วทั้งเทคนิคการคิดต่างๆ และการตะล่อมถามไม่ได้แยกจากกันเป็นอิสระ อาจกล่าวได้ว่าเทคนิคทั้ง 2 นี้เสนอความเฉพาะเจาะจงในระดับที่แตกต่างกัน ในการสำรวจ

นักวิจัยอาจเลือกใช้เพียงเทคนิคใดเทคนิคหนึ่ง หรือใช้เทคนิคทั้ง 2 ร่วมกัน หรืออาจปรับใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ ก็ได้ นอกจากนี้ในด้านบุคลิกลักษณะของผู้สัมภาษณ์เชิงปัญญา พบว่าปัจจัยสำคัญ 2 ประการของพฤติกรรมผู้สัมภาษณ์ที่จะต้องประสานและสมดุลกันคือ ความสามารถทางเทคนิคของวิธีการปฏิบัติ (technical ability) และทักษะระหว่างบุคคลในการพูดคุยและการสัมภาษณ์ (interpersonal skill) นอกจากนี้ คุณสมบัติที่ผู้สัมภาษณ์ควรมีเพิ่มเติมได้แก่ความยืดหยุ่น สัญชาตญาณ และการควบคุมอารมณ์ภายใต้สถานการณ์ที่บีบคั้น

นอกจากการนำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยทั่วไปแล้วเทคนิคนี้ยังเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อความเข้าใจในประเด็นที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถที่จะอธิบายลักษณะของแนวคิดนั้นได้ วิธีการนี้อาศัยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเปรียบเสมือนกับผู้เชี่ยวชาญในประเด็นเฉพาะที่ต้องการถาม เช่นในการอภิปรายถึงประโยชน์ของอุปกรณ์ประดิษฐ์ เช่น ไม้เท้า (cane) รถเข็นนั่ง (wheelchair) หรือเครื่องมือพยุงเดิน (walkers) ย่อมจะต้องอภิปรายกับผู้ที่ใช้เครื่องมือเหล่านี้จึงจะได้การรับรู้ที่ตรงตามสภาพที่เป็นจริง เป็นต้น

การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในระยะแรกหลังจากมีการพัฒนาเทคนิคนี้ ได้เริ่มมีการศึกษาทั้งในห้องวิจัย (laboratory study) และในภาคสนาม (field study) ซึ่งต่อมามีการนำไปใช้มากขึ้นในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยต่างๆ ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่ของวิธีวิทยาพบว่าการสัมภาษณ์เชิงปัญญาประกอบด้วยชุดของเทคนิคต่างๆ มาประกอบกัน และมีการใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าและมีลำดับของคำถามลึกลงในแต่ละประเด็นที่ถาม ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากและเป็นข้อมูลด้านกระบวนการคิดของผู้ตอบ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจลักษณะการตอบในสภาพเป็นจริงและสามารถนำข้อมูลที่ได้มาปรับและพัฒนาข้อคำถามและแนวคำตอบให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

ปัจจุบันได้มีการนำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยกันอย่างแพร่หลาย เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึกรายงาน แบบวัดความรู้ ทศนคติและความเชื่อ เป็นต้น โดยมีการใช้ในงานวิจัยทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข โภชนาการและด้านการศึกษา ในการนำเสนอข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ผู้วิจัยขอนำเสนอแยกเป็นรายด้านของงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านโภชนาการ

Carbone et al. (2002) ได้ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการพัฒนาเครื่องมือในการสำรวจด้านโภชนาการสำหรับประชาชนที่มีรายได้ต่ำ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาจาก

วิทยาลัยเทคนิคชุมชนท้องถิ่นในเขตเมืองDurham, North Carolina จำนวน 23 คน ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแทนของประชากรที่มีรายได้ต่ำและมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้ การสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 40 นาที โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยคำถาม 2 ข้อ เพื่อเป็นการฝึกเทคนิคการระดมคำถามและการคิดเชิงตั้งคำถามแรกคือ "บ่อยแค่ไหนที่คุณไปซื้ออาหาร (How often do you go food shopping?)" วิธีการตอบให้ตอบในลักษณะของจำนวนวิธีการ (number of way) คำถามนี้มีจุดประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นว่าคำถามหรือข้อความต่างๆ สามารถมีความหมายที่แตกต่างกันได้สำหรับบุคคลแต่ละคน คำว่า food shopping อาจมีความหมายได้ทั้งการซื้อครั้งใหญ่จำนวนมาก หรือซื้อครั้งละน้อยๆ ในรายการที่สั่งซื้อและใช้เวลาสั้นๆ ในการซื้อ หรือเป็นได้ทั้ง 2 แบบ ซึ่งจะต้องมีการระดมคำถามถึงการให้ความหมายของผู้ตอบ ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์จะเข้าใจเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้วิจัยจะต้องระดมคำถาม สำหรับคำถามที่ 2 ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์นึกถึงภาพสถานที่อาศัยและให้คิดต่างๆ ว่ามีจำนวนหน้าต่างอยู่เท่าไร

ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อความจากเทปบันทึกเสียงจะถูกถอดความคำต่อคำ และตรวจสอบซ้ำ (double check) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ หลังจากนั้นจะนำมารวมเข้ากับบันทึกที่ผู้สัมภาษณ์จดบันทึกขณะกำลังสัมภาษณ์ ซึ่งในการรวมข้อความนั้นหากใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ (interview guide) จะช่วยในด้านการจัดโครงสร้างและการจัดระบบการตอบของผู้ตอบ ซึ่งจะเอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อมา หลังจากได้ข้อมูลการสัมภาษณ์แล้วจึงทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดประเด็นสำคัญ (theme) หรือแนวคิดที่เด่นๆ ที่ปรากฏซ้ำในการสัมภาษณ์ ซึ่งนอกจากจะได้ประเด็นหรือหัวข้อใหม่ๆ แล้วยังได้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (insightful) ของผู้ถูกสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะต่างๆ ร่วมด้วย

ผลการศึกษาพบปัญหาที่สำคัญในเครื่องมือวิจัย 4 ด้านคือ 1) คำชี้แจงในการทำแบบสอบถามมีความคลุมเครือไม่ชัดเจนทำให้ผู้ตอบสับสนไม่ทราบว่าควรจะตอบคำถามนั้นอย่างไร 2) ความไม่ชัดเจนของคำถามและตัวเลือกตอบซึ่งใช้ภาษาที่ไม่เป็นที่คุ้นเคย 3) คำหรือประโยคที่มีความหมายที่เปลี่ยนแปลงได้หลายความหมาย ซึ่งถึงแม้จะเป็นคำที่คุ้นเคยแต่ผู้ตอบบางคนก็แปลความหมายได้ต่างกันทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน 4) การแปลความหมายของคำแนะนำในอุปกรณ์การวิจัยคือ พีรามิดแนะนำอาหาร (food guide pyramid) ผิดพลาด ซึ่งก่อนสัมภาษณ์นักวิจัยเข้าใจว่าผู้ตอบสามารถเข้าใจคำแนะนำต่างๆ ได้ อย่างไรก็ตามหลังการสัมภาษณ์เชิงปัญหาพบว่าผู้ตอบไม่ได้เข้าใจและแปลความหมายของคำแนะนำเหมือนกับที่นักวิจัยตั้งจุดมุ่งหมายไว้ ซึ่งผลการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับทั้งแบบสอบถามและอุปกรณ์ที่ใช้

ประกอบการวิจัย เพื่อให้เป็นที่เข้าใจและเกิดผลลัพธ์ตามที่นักวิจัยต้องการ โดยคำชี้แจงที่ไม่ชัดเจน ได้ถูกอธิบายอย่างชัดเจนและครอบคลุม ส่วนภาษา คำและวลีต่างๆ ได้ถูกนิยามให้ชัดเจนขึ้น

Chang et al. (2003) ได้พัฒนาและตรวจสอบความตรงของการวัดประสิทธิภาพตนเอง (self-efficacy) สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไขมันต่ำของผู้หญิงที่มีรายได้น้อย ซึ่งยังไม่มีเครื่องมือวัดที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือในระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้ตอบเข้าใจข้อความของแบบวัดประสิทธิภาพตนเองอย่างไร และคำตอบที่กำหนดให้ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าตั้งแต่ 1 คือ ไม่มั่นใจเลยจนถึง 4 คือมั่นใจมากนั้นมีความเหมาะสมสำหรับแนวคิดที่ต้องการจะวัดหรือไม่ โดยวิธีการศึกษาในระยะนี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อความจากเครื่องมือเดิมที่เคยศึกษาเรื่องนี้มาแล้วโดยออกแบบเป็นข้อความ 13 ข้อที่สะท้อนแนวคิดพื้นฐานของประสิทธิภาพตนเอง แล้วใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงปัญญากับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 6 คน ใช้วิธีการคิดเสียงดังแบบย้อนหลัง (retrospective-think-aloud) โดยให้ผู้ตอบบอกวิธีการได้มาซึ่งคำตอบภายหลังทำแบบทดสอบเสร็จสิ้นแล้ว หลังจากนั้นให้ผู้ตอบแปลความหมายคำถามแต่ละข้อด้วยสำนวนของตนเอง (paraphrasing) และนักวิจัยใช้เทคนิคการตะล่อมถามเพื่อติดตามรายละเอียดข้อมูลที่เพิ่มขึ้นจากคำตอบหรือวิธีในการตอบคำถามนั้นๆ โดยก่อนการสัมภาษณ์จะเริ่มขึ้นผู้สัมภาษณ์จะถามคำถามเพื่อเป็นการฝึกการคิดเสียงดังให้กับผู้ถูกสัมภาษณ์โดยให้จำนวนหน้าต่างในสถานที่พักอาศัย หลังจากผู้สัมภาษณ์เข้าใจวิธีการคิดเสียงดังแล้วจึงเริ่มกระบวนการของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วผู้วิจัยได้ตัดคำถามออกจากแบบสอบถาม 3 ข้อ เนื่องจากผู้ตอบแปลความหมายได้แตกต่างกันและมีความซ้ำซ้อนกับข้อความอื่น และบางข้อความได้ถูกปรับค่าบางคำถามคำแนะนำของผู้ตอบเช่นเปลี่ยนจาก “เมื่อฉันเตรียมอาหาร (prepare meal) เป็นเมื่อฉันประกอบอาหาร (make meals)” เพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนขึ้น เป็นต้น หลังจากได้ปรับแบบสอบถามเป็นฉบับปรับปรุงแล้วจึงเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 487 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยายและวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยแบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่มตามเลขที่แบบสอบถาม กลุ่มแรกวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและกลุ่มที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อประเมินโมเดลการวัด ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นนี้ได้ผลดีมากในด้านความเที่ยง และความตรงเชิงโครงสร้าง และพบความสัมพันธ์สูงในองค์ประกอบของโมเดลการวัด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยืนยันคุณค่าของเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยได้เรียนรู้วิธีที่ผู้ตอบแปลความหมายของคำถาม และได้ปรับปรุงความชัดเจนในความหมายของคำ เพื่อลดการแปลความหมายผิดพลาด แต่อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์เชิงปัญญาก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างในประเด็นด้านเวลาและค่าใช้จ่าย ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวโน้มจะใช้เวลามากในการพยายามพูดอธิบายความคิดของตนเอง และให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถามน้อยมาก และเป็นที่สังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกอึดอัดใจเมื่อคำถามนั้นยากสำหรับการทำความเข้าใจ และเมื่อถูกขอให้พูดทวนคำถามด้วยสำนวนของตนเอง และข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยเพียง 6 คนและเป็นการสุ่มแบบบังเอิญ (convenience sampling) ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยได้ แต่อย่างไรก็ตามจุดประสงค์ของการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญหานี้ ก็ไม่ได้มุ่งหวังในการสรุปอ้างอิงผลการศึกษา หากแต่เป็นการพัฒนาและตรวจสอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

Takeuchi et al. (2006) ได้พัฒนาและตรวจสอบแบบสอบถามจำนวน 2 ชุดในการประเมินความพร้อมของผู้บริโภคในการใช้เครื่องวัดคุณภาพอาหารเมื่อปรุงอาหารประเภทเนื้อที่ตัดเป็นชิ้นเล็กๆ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามโดยอิงกับงานวิจัยด้านพฤติกรรมอาหาร เมื่อได้แบบสอบถามฉบับต้นแบบแล้วจึงนำไปประเมินด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน แล้วนำผลมาปรับแก้ไขเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 หลังจากนั้นจึงนำไปสอบถามกับนักเรียนในระดับบัณฑิตศึกษาและเจ้าหน้าที่ของคณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัยจำนวน 10 มหาวิทยาลัย นำผลการศึกษาที่ได้มาปรับรูปแบบของมาตราคะแนน รูปแบบคำถาม เกณฑ์การคัดกรอง และถ้อยคำภาษาในแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 3 ขั้นตอนต่อไปจึงนำแบบสอบถามนี้ไปสัมภาษณ์เชิงปัญญากับตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยแต่ละคนจะถูกขอให้คิดต่างๆ ในขณะที่เติมข้อความลงในแบบสอบถาม หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จแล้วจะเป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลังโดยถามเกี่ยวกับปัญหาในการเติมข้อความลงในแบบสอบถามที่ได้ทำไปแล้ว การสัมภาษณ์เชิงปัญหานี้ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ตอบแปลความหมายของคำถาม รูปภาพและคำต่างๆ ตามที่นักวิจัยต้องการซึ่งจัดได้ว่าเป็นความตรงเชิงโครงสร้าง (construction validity) ซึ่งในขณะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสับสนระหว่างรูปภาพหน้าปัดแสดงอุณหภูมิขณะอ่านและหน้าปัดแสดงอุณหภูมิที่ตั้งไว้ของเตาอบ หลังการสัมภาษณ์แล้ว แบบสอบถามได้ถูกทำให้ชัดเจนขึ้นโดยการขยายรูปภาพของหน้าปัดอุณหภูมิที่ตั้งไว้ของเตาอบให้เป็น 2 เท่าของหน้าปัดแสดงอุณหภูมิขณะอ่าน ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจเครื่องวัดอุณหภูมิแต่ละอันได้ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ถูกสัมภาษณ์

จะถูกขอให้แสดงวิธีตรวจสอบคุณหมุมิของเนื้อที่ตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ซึ่งตัวอย่างเกือบทุกคนแสดงวิธีการที่ถูกต้องของการใช้เครื่องวัดคุณหมุมิได้แสดงให้เห็นว่ามีความคุ้นเคยกับการใช้เครื่องวัดและบ่งชี้ได้ถึงความตรงตามสภาพ (concurrent validity) และความตรงเชิงทำนาย (predictive validity) ผู้วิจัยได้นำผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปปรับแบบสอบถามจนได้แบบสอบถามฉบับสุดท้ายไปเก็บข้อมูลการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามในการสำรวจทางไปรษณีย์ในกลุ่มตัวอย่างในขั้นต่อไป

ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

Enagonio (2006) ได้นำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ไปใช้ในการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 7 คนเพื่อเป็นการทดสอบเบื้องต้น (pretest) แบบสอบถามในโครงการวิจัย Community Connections – Moving Seniors Toward Wellness เพื่อตรวจสอบความเข้าใจรวบยอดในเนื้อหาของแบบสอบถาม ผลการศึกษา พบปัญหาในแบบสอบถามซึ่งไม่พบในการศึกษานำร่อง (pilot study) หรือในการทดสอบภาคสนาม (field testing) ในการออกแบบการสัมภาษณ์มีคำถามจำนวน 150 ข้อ แบ่งเป็น 10 ตอน และคำถามได้ถูกคาดไว้ว่าอาจจะมีปัญหาในด้านความเข้าใจความหมายเนื่องจากเป็นศัพท์ด้านการแพทย์และด้านโภชนาการ ซึ่งใช้ภาษาที่ไม่คุ้นเคยและเกินกว่าระดับการศึกษาของผู้ตอบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดคำถามตะล่อมถามไว้ล่วงหน้า (scripted probes) ในประเด็นต่างๆ เช่น คุณเข้าใจความหมายของภาวะโลหิตจาง (anemia) ว่าอย่างไร คุณเข้าใจความหมายของ โรคระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ (gastrointestinal disease) อย่างไร เป็นต้น และสำหรับการทดสอบความเหมาะสมของตัวเลือกคำตอบ ผู้วิจัยได้เตรียมคำถามซึ่งถามเหตุผลว่าทำไมผู้ตอบจึงเลือกตอบคำตอบเช่น “ ดีเยี่ยม ” “ ดีมาก ” หรือ “ ดี ” ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะได้รับความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงวิธีการที่ผู้ตอบเลือกตอบได้อย่างเหมาะสมกับตัวเลือกตอบ และเนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อที่ค่อนข้างมาก เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้าและการรบกวนจากบุคคลหรือจากสิ่งอื่น จึงกำหนดระยะเวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที และหากผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงอาการเหนื่อยล้าหรือมีสิ่งอื่นใดที่ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการสัมภาษณ์ ก็จะยุติการสัมภาษณ์ทันที ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าควรปรับคำ (wording) บางคำให้เข้าใจง่ายขึ้นซึ่งหลังจากปรับแล้วได้ทดสอบซ้ำพบว่าผู้สูงอายุเข้าใจและตอบคำถามได้ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าการใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาจะส่งผลให้ผู้วิจัยเลือกใช้คำที่เข้าใจง่ายในตัวแบบสอบถาม เป็นการลดความสับสนและความไม่เข้าใจในคำสำคัญทางการแพทย์ในแบบสอบถามโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ แต่ผู้วิจัยได้แนะนำถึงการ

ใช้ว่าจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อใช้ร่วมกับการทดสอบเบื้องต้นอื่นๆ เช่น การศึกษานำร่อง (pilot study) หรือในการทดสอบภาคสนาม (field testing)

Ingersoll-Dayton et al. (2004) ได้ศึกษาแบบวัดความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุชาวไทย โดยการศึกษาทั้งวิธีวิทยาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยได้แบ่งระยะของการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในระยะแรกเพื่อค้นหาความหมายของความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุชาวไทยโดยการสัมภาษณ์รายเดี่ยวเจาะลึกและการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม หลังจากวิเคราะห์เนื้อหาและได้ข้อสรุปเรื่องความผาสุกแล้วจึงเข้าสู่ระยะที่ 2 ของโครงการโดยการพัฒนาคำถามการสำรวจแบบปลายเปิดจากเนื้อหาที่สัมภาษณ์ดังกล่าว เพื่อใช้ในการวัดความผาสุก แล้วจึงนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 477 คน พบว่าผู้สูงอายุไม่เข้าใจเนื้อหาคำถามในบางข้อและรู้สึกยุ่งยากในการตอบด้วยรูปแบบคำตอบแบบมาตรฐานค่าตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลเช่นมีญาติช่วยตอบข้อคำถาม ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ศึกษาในผู้สูงอายุ 30 คนที่สามารถพูดสะท้อนกระบวนการคิดของตนเองได้ ให้พูดเกี่ยวกับแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผลจากการสัมภาษณ์ทำให้ต้องปรับปรุงข้อคำถาม ปรับคำ คำศัพท์ โครงสร้างของคำถามตลอดจนชุดของคำตอบ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นและไม่เกิดความรู้สึกสับสน และเป็นการปรับกระบวนการของการสัมภาษณ์ให้มีความเป็นส่วนตัวและข้อมูลที่ได้อาจเป็นความคิดเห็นของผู้สูงอายุนั้นจริงๆ ซึ่งเมื่อได้แบบสอบถามฉบับปรับปรุงใหม่แล้วจึงนำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในการสำรวจของโครงการในระยะต่อไป

Radwin et al. (2005). ได้สร้างและพัฒนาแบบวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องการ 4 ด้าน คือความอดทน ความไว้วางใจ ความรู้สึกในด้านบวกของผู้ป่วยมะเร็งและการเป็นตัวแทนอย่างแท้จริงของบุคลากร โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพการดูแลในระดับสูง ข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามได้มาจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากการทบทวนวรรณกรรมโดยสร้างข้อคำถามเป็นข้อความปลายเปิด สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมของพยาบาล กิจกรรมของผู้ป่วยและความรู้สึกของผู้ป่วย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แล้วให้คณะผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นจึงปรับแก้ข้อคำถามแต่ละข้อตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วทบทวนซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงสำรวจอีกครั้ง หลังจากได้แบบสอบถามฉบับปรับปรุงแล้วจึงใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง 6 คน โดยมีจุดประสงค์เพื่อการตัดสินใจในข้อคำถามแต่ละข้อว่าเป็นที่เข้าใจ สามารถตอบได้จริง และกระตุ้นให้อยากตอบ ขั้นตอนการสัมภาษณ์โดยการอ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟังแล้วระล่อมถามเช่น “คุณ

ช่วยพูดคำถามเมื่อสักครู่นี้ซ้ำใหม่ด้วยสำนวนของคุณเอง” หรือ “ในขณะที่คุณตอบคำถามนี้ คุณคิดถึงสถานการณ์อะไรที่เกี่ยวข้องบ้าง” เป็นต้น คำตอบของผู้ป่วยทุกคนได้ถูกนำมาทบทวนและนำมาใช้ปรับข้อคำถามใหม่โดยบางคำถามได้ถูกตัดทิ้งและสร้างข้อคำถามขึ้นใหม่ จนได้แบบสอบถามในการวิจัยและนำไปศึกษานำร่องในขั้นตอนต่อไป

Sepucha et al. (2007) ได้ศึกษาแนวทางในการวัดคุณภาพของการตัดสินใจในการรักษา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยมุ่งเน้นความรู้เฉพาะสำหรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและความสอดคล้องระหว่างผลการรักษากับแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้วิจัยได้เน้นวิถีวิทยาที่หลากหลายในการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพการตัดสินใจซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือวัดคุณภาพการตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับ และเครื่องมือที่ใช้อยู่ก็ยังมีปัญหาในการใช้และการรายงานผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยมีระยะของกระบวนการในการสร้างหลายขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรกผู้วิจัยได้เริ่มศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาหลักฐานด้านคลินิกและความรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อหาประเด็นสำคัญของสภาพความเป็นจริง (key facts) และคุณค่าสำหรับการตัดสินใจ (value for decision) หลังจากนั้นจึงผนวกความรู้ที่ได้เข้ากับการศึกษาของมูลนิธิการให้ข้อมูลการตัดสินใจทางการแพทย์ (Foundation for Informed Medical Decision Making) ซึ่งได้ศึกษาข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลผู้ป่วย หลังจากการศึกษาขั้นตอนนี้แล้วผู้วิจัยจึงได้ข้อคำถามฉบับร่าง (draft item) นำไปศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงปัญญาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 6 คน เพื่อประเมินความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ความเป็นไปได้และเป็นการระบุประเด็นที่ซ่อนเร้นในคำถามหรือแนวคำตอบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถตอบคำถามค่อนข้างรวดเร็วและไม่พบปัญหาใดๆ ในด้านการให้คะแนนคุณค่า อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์ได้เปิดเผยประเด็นบางอย่างเช่น ความสับสนในความหมายของคำบางคำเช่น คำว่า “ความเสี่ยงเฉลี่ย (average risk)” หรือคำว่า “ในระยะเริ่มแรก (early stage)” ซึ่งผู้วิจัยจะต้องลดความสับสนโดยการให้นิยามคำเหล่านี้อย่างชัดเจนหรืออาจเปลี่ยนเป็นคำที่เข้าใจง่ายขึ้นโดยความหมายยังคงเดิม เช่นการเปลี่ยน ความเสี่ยงเฉลี่ย (average risk) เป็นโอกาสเฉลี่ยในการที่จะเป็นมะเร็งซ้ำ (average chance that cancer comes back)” หลังจากการปรับคำในเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบภาคสนามสำหรับศึกษาเครื่องมือโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่รวม 62 คน หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วได้ข้อค้นพบที่สำคัญด้านการตัดสินใจ ความสอดคล้องกับคุณค่า การรักษาและผลของแนวทางการรักษาและพบว่าเครื่องมือที่

พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ให้ข้อเสนอแนะถึงการศึกษาวิจัยเครื่องมือนี้ต่อไปในอนาคต

Punpanich (2005) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตตามความเหมาะสมทางวัฒนธรรมสำหรับเด็กผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย โดยมีวิธีการศึกษาหลายรูปแบบ เนื่องจากการติดเชื้อ HIV เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ตอบ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองนั้น อาจไม่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการทั้งหมดและผู้ตอบอาจไม่เข้าใจคำถาม หรือคำถามอาจคลุมเครือ กำกวม ผู้ตอบอาจลำบากใจที่จะตอบหรือเกิดความสับสน นอกจากนี้คำในตัวเลือกตอบอาจชักนำให้ผู้ตอบใช้เฉพาะคำตอบที่มีอยู่เท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาศึกษาเด็ก 10 คนที่เข้าร่วมในการวิจัยในลักษณะการถามตัวต่อตัว ในเครื่องมือฉบับร่างบรรจุคำถามที่พัฒนาขึ้นโดยการสืบค้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยจะอ่านคำถาม 1 ครั้งและผู้ถูกสัมภาษณ์จะถูกขอให้เลือกคำตอบที่ดีที่สุด เมื่อตอบคำถามจนครบแล้ว ผู้วิจัยจะตะล่อมถามในข้อคำถามและคำตอบแต่ละข้อ ซึ่งเพิ่งทำเสร็จไปเมื่อสักครู่ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากขั้นตอนนี้ได้ถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมเป็นที่เข้าใจและตรงประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการทราบข้อมูล และนำไปใช้สำหรับการสำรวจในขั้นตอนต่อไป

Miller (2003) ได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการระบุปัญหาในการตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ตอบที่มีการศึกษาต่ำและมีรายได้น้อย พร้อมทั้งได้อธิบายวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าสามารถนำมาปรับปรุงแบบสอบถามในการสำรวจ โดยได้ศึกษาในแถบชนบทของ มิชซิสซิปปี ผู้ถูกสัมภาษณ์ 21 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มีฐานะทางด้านเศรษฐกิจยากจนและมีการศึกษาต่ำ ผลการศึกษาพบว่าประเด็นหลักของคำถามที่ยากต่อการเข้าใจมี 3 ประเด็นคือการตอบด้านปฏิบัติการในการสำรวจ การคำนวณทางคณิตศาสตร์ และการตอบในองค์ความรู้อื่นๆ ผู้วิจัยพบว่าคำถามการสำรวจมักถามในสิ่งที่อยู่นอกเหนือระบบความรู้ของผู้ตอบ ถามในสิ่งที่ผู้ตอบเองก็ไม่ทราบคำตอบเช่น

- การถามเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
- การตรวจทางการแพทย์เช่นการตรวจเต้านม(mammogram)
- คำถามที่เชื่อมโยงกับสาเหตุเช่น สาเหตุของภาวะโรคนี้คือข้อใด
- คำถามการรักษาทางการแพทย์เช่น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณได้รับยาลดความวิตกกังวล เช่นยา บ้างหรือไม่ หรือในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณได้รับยาระงับอาการซึมเศร้าบ้างหรือไม่

จากลักษณะคำถามดังกล่าวข้างต้น ผู้ที่จะตอบคำถามได้จะต้องมีความรู้ที่ได้จากระบบของการศึกษา นอกจากนี้ผู้ตอบมักไม่คุ้นเคยกับคำศัพท์เฉพาะทาง หรือศัพท์เทคนิค ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องปรับคำถามใหม่เพื่อเอื้อให้ผู้ตอบเข้าใจและสามารถตอบได้ ส่วนคำถามที่ถามเกี่ยวกับภาวะของโรคที่ซับซ้อนเช่นโรคหัวใจ อาจเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องตระหนักว่าจะไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน หากถามคำถามนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการปรับแบบสอบถามได้แก่ 1). ควรมีคำชี้แจงที่เข้าใจง่ายและเหมาะสม 2). หลีกเลี่ยงการใช้คำนามธรรม (abstract word) 3). ควรมีชนิดของคำตอบที่หลากหลาย และหลีกเลี่ยงการคำนวณทางคณิตศาสตร์ 4). ถามคำถามที่ตรงกับประสบการณ์ของผู้ตอบซึ่งผู้ตอบสามารถตอบคำถามนั้นได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ให้ข้อคิดเห็นถึงการทำความเข้าใจปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการตอบคำถามซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจ

Uhrig (2001) ได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการศึกษาความเข้าใจของผู้รับเงินประกันของโครงการสวัสดิการสังคมของสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับเงินประกันของโครงการฯ จำนวน 25 คน โดยมีจุดประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าผู้รับเงินประกันของโครงการฯ ใช้วิธีใดในการเปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพ (quality information) เมื่อมีการเลือกแผนสุขภาพ (health plan) โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกขอให้นึกคาดการณ์การเลือกแผนสุขภาพของตนเองโดยการใช้อำนาจ, ผลประโยชน์และข้อมูลคุณภาพที่กำหนดในโปรแกรมของโครงการสวัสดิการ กลุ่มตัวอย่างจะอ่านข้อมูลตามลำดับจนครบ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะเปรียบเทียบแผนสุขภาพบนราคาและผลประโยชน์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพวกเขาโดยตรง และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของแผนเป็นตัวช่วยยืนยันวิธีที่เขาเลือกหรือใช้เพื่อเป็นข้อมูลเสริมประกอบการเลือก อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลที่แสดงถึงความสับสนในหลายๆ ประเด็นรวมทั้งขอบเขตของการที่ประกันจะครอบคลุมไปถึงกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน, ความหมายของคำที่ไม่เป็นที่คุ้นเคยและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการจัดลำดับคุณภาพ เป็นต้น

Drennan (2003) ได้ศึกษาการออกแบบแบบสอบถามและการทดสอบก่อนใช้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นในการตอบแบบสอบถามและได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญา ในการทดสอบก่อน (pretest) เพื่อลดปัญหาที่อาจจะเกิดโดยการสัมภาษณ์ผู้ตอบถึงความเข้าใจและการแปลความหมายของคำถาม ผลการศึกษาพบว่า การสัมภาษณ์เชิงปัญญาซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดในสิ่งที่คิดออกมา (think aloud) ช่วยให้นักวิจัยเข้าใจมุมมองของผู้ตอบแบบสอบถามมากขึ้น และมีการนำเทคนิคนี้ไปใช้ ในการทดสอบก่อน (pretest) และ

ตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อมุ่งการเพิ่มอัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม โดยเฉพาะในผู้ตอบที่อยู่ในวัยเด็กและกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในงานวิจัยด้านสุขภาพ พบการนำไปใช้ในงานวิจัยที่หลากหลายได้แก่ การสืบค้นข้อมูลการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของชีวิตของวัยรุ่น การตรวจสอบข้อคำถามในแบบสอบถามการวิจัยเชิงสำรวจผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร การวัดความรู้ทั่วไป ทักษะคิดและความเชื่อด้านโรคหอบหืดและการจัดการภาวะโรค การตรวจสอบกระบวนการคิดของนักศึกษาแพทย์ในการประเมินผู้ป่วย การพัฒนาแบบสอบถามในการวัดข้อจำกัดในการทำงานเพราะปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การพัฒนาการสำรวจสุขภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม และรายงานสุขภาพของเด็กนักเรียน

ด้านการศึกษา

Billings-Gagliardi (2004) ได้ศึกษาการแปลความหมายของผลการประเมินหลักสูตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อสันนิษฐานเบื้องต้นถึงการแปลความหมายของการประเมินหลักสูตรว่ามีความเหมาะสมในการสืบค้นสิ่งที่นักศึกษาแพทย์กำลังคิดในขณะทำแบบประเมินหลักสูตรหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาแพทย์ที่เรียนจบหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตพื้นฐานจำนวน 24 คน ทำแบบประเมินหลักสูตรโดยข้อคำถามในเครื่องมือได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและได้ใช้ในการประเมินหลักสูตรมาแล้วมากกว่า 5 ปี ข้อคำถามจะครอบคลุมการออกแบบการสอน วัตถุประสงค์การสอน และประสิทธิภาพการสอนของอาจารย์ในคณะฯ แนวคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่าประมาณ 4 - 5 ระดับ นักศึกษาจะถูกสัมภาษณ์ถึงวิธีการในการให้ความหมายข้อคำถาม รูปแบบการตัดสินใจในการตอบและการเลือกคำตอบ ในการสัมภาษณ์ นักศึกษาจะถูกขอให้คิดดังๆ ในขณะทำแบบประเมินแบบออนไลน์ และใช้การตะล่อมถามเพื่อให้ทราบกระบวนการคิดหรือช่วยในการทำความเข้าใจในการตอบ รวมทั้งลดความลำเอียงในการแปลผลของผู้สัมภาษณ์ในการเชื่อมโยงข้อความการสัมภาษณ์ในภายหลัง การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาที แบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 12 คน โดยผลการศึกษาจากกลุ่มแรกได้ถูกนำมาปรับปรุงข้อคำถามและสำรวจการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อคำถามการประเมิน แล้วจึงนำคำถามฉบับที่ปรับปรุงแล้วมาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินและใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการถอดเทปการสัมภาษณ์และทบทวนตรวจสอบโดยผู้วิจัย 3 คน และดำเนินการวิเคราะห์ตามกรอบโครงสร้างของการสัมภาษณ์เน้นวิธีการ 3 ด้านคือ 1) การแปลความหมายคำถามที่เฉพาะเช่นการทวนคำถามด้วยจำนวนของผู้ตอบเอง การให้ความหมายของแนวคิดสำคัญ (key concept) 2) การตัดสินใจ เช่นการกำหนดกลุ่มของเกณฑ์ การเปรียบเทียบกับประสบการณ์อื่น 3) การเลือกคำตอบ

(response option) เช่นวิธีในการเลือกตอบ ความหมายของตัวเลือกตอบ โดยในระยะแรกผู้วิจัย 2 คนได้จัดระบบคำตอบโดยแบ่งตามหัวข้อ ลำดับต่อมาผู้วิจัย 3 คน ลงค้นทามติของประเด็นหลัก (major themes) ที่พบ และในรอบที่สองของการวิเคราะห์รายละเอียด ผู้วิจัย 2 คนจะจัดประเภทของการตอบโดยอิสระจากกันแล้วจึงร่วมกันลงความเห็นของการจำแนกในภายหลัง

ผลการวิเคราะห์พบว่านักศึกษาแพทย์ มีความเข้าใจในความหมายของคำและแนวคิดทางการศึกษาในความหมายที่แตกต่างกันไป เช่น การเรียนรู้โดยอิสระ (independent learning) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เป็นต้น คำตอบจะขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน และพบว่านักศึกษาพยายามหลีกเลี่ยงการตอบในระดับต่ำของมาตราประมาณค่า จากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าวิธีการสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ ช่วยเปิดเผยข้อมูลของกระบวนการในการตอบคำถามและเอื้อต่อการค้นหาแหล่งความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ของคำถาม สามารถนำมาใช้ในการศึกษาความตรง (validity) รวมทั้งให้ข้อมูลในการสนับสนุนทางสถิติและการวิเคราะห์แบบวัดทางจิตวิทยาได้

Quimet et al. (2004) ได้ใช้วิธีการ 3 วิธีคือการสนทนากลุ่ม (focus groups), คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ (expert advice) และการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ในการพิสูจน์ความตรงของเครื่องมือการสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการออกแบบเครื่องมือการสำรวจระดับประเทศ โดยการใช้หลายเทคนิควิธีร่วมกัน คำถามการวิจัยคือ 1) นักศึกษาแปลความหมายของข้อคำถามและตัวเลือกตอบอย่างไร 2) ความถี่ของพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวเลือกตอบคืออะไร เช่น” บ่อยมาก” “บ่อย” “ไม่เคย” 3) คำถามมีความชัดเจนและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะก่อให้เกิดความเที่ยงและความตรงของข้อมูลหรือไม่ 4) คำถามและตัวเลือกตอบเป็นตัวแทนที่เที่ยงตรงของพฤติกรรมและความเข้าใจของนักศึกษา ซึ่งอธิบายประสบการณ์ในวิทยาลัยได้หรือไม่ อย่างไร สำหรับขั้นตอนการออกแบบและสร้างเครื่องมือดำเนินการโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรกได้ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม กับนักศึกษาปี 1 และนักศึกษารุ่นพี่โดยได้อภิปรายในประเด็นของการแปลความหมายของคำสั่งของเครื่องมือ คำถามรายชื่อและประเภทตัวเลือกตอบ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงสำรวจมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบและความชัดเจนของเครื่องมือ หลังจากได้ข้อมูล ในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 แล้วได้นำมาใช้ปรับข้อคำถามและคำตอบและปรับเป็นเครื่องมือฉบับปรับปรุง (revised instrument) หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 คือการใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการประเมินเครื่องมือฉบับปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 28 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์โดยเฉลี่ยคนละ 30-

45 นาที บันทึกเทปการสัมภาษณ์และนำมาถอดความและสำเนาเพื่อการวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับแก้ไขเป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ในการสำรวจระดับประเทศในรอบต่อไป

จากผลการนำเทคนิคทั้ง 3 วิธีมาใช้ร่วมกันเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากในการปรับปรุงลักษณะ รูปแบบของเครื่องมือ เครื่องมือมีความชัดเจน มีความตรงและความเที่ยง เทคนิควิธีการทั้ง 3 วิธีนี้ต่างซึ่งประเด็นจุดอ่อนหลายๆ ประเด็น ในเครื่องมือฉบับเริ่มแรกและเสนอโครงสร้างที่เหมาะสมของเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ที่นำไปใช้ ทำให้นักวิจัยมีความมั่นใจว่า ผู้ตอบสามารถแปลความข้อคำถามและเข้าใจประเด็นคำถามตามที่ผู้สร้างแบบสอบถามตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ซึ่งส่งผลให้นักวิจัยวิเคราะห์และแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมั่นใจมากขึ้น รายงานวิจัยฉบับนี้ได้ชี้ประเด็นให้เห็นการตรวจสอบวิธีการที่นักศึกษาแปลความหมายคำถามการวิจัยและความหมายของคำตอบ แนวทางการผสมผสานเทคนิควิธีต่างๆ ในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือนั้นจะสามารถเพิ่มความชัดเจน และการวัดที่แม่นยำของข้อคำถาม ส่งผลต่อความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ และการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทของอุดมศึกษา (higher education) เป็นมิติใหม่ของการนำวิธีการเชิงคุณภาพคือการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ผสมผสานเข้ากับการใช้ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกันในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ซึ่งนักวิจัยการสำรวจสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้เป็นกรอบ (framework) ในการตรวจสอบลักษณะข้อคำถามการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาในบริบทของประเทศไทย

การศึกษาคณะการสัมภาษณ์เชิงปัญหาในประเทศไทย ในด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยพบว่ามีผู้นำเทคนิคการคิดดังๆ มาใช้ ได้แก่ การศึกษาของ วันทนา เจริญมงคลและคนอื่นๆ (2549) ได้ศึกษาความเข้าใจและความคิดเห็นของนักศึกษาและอาจารย์พี่เลี้ยงต่อการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในหลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเข้าใจหรือความรู้ในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเรียนการสอนแบบ PBL และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนแบบ PBL หลังจากทีสร้างแบบสอบถามแล้วคณะผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงได้นำแบบสอบถามมาทดสอบในตัวอย่าง 3 คนโดยใช้วิธีการคิดดังๆคือให้ตัวอย่างอ่านคำถามในแบบสอบถามโดยอ่านออกเสียง และขณะตอบให้บรรยายความคิด ความเข้าใจที่เกิดขึ้นตลอดจนบอกเหตุผลในการเลือกคำตอบ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลดังกล่าวเพื่อตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจคำถามถูกต้องตามที่ผู้วิจัยต้องการหรือไม่และนำข้อมูลที่ได้มาปรับแก้แบบสอบถามแล้วจึงนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยขั้นต่อไป

นอกจากนี้พบว่ามีการนำเทคนิควิธีการคิดต่างๆ มาใช้ในงานวิจัยทางการศึกษาด้วย จุดประสงค์อื่นที่ไม่ใช่การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เช่น การศึกษาของ ดวงใจ จงธนากร (2535) ได้ศึกษาผลของการสอนอ่านแบบแสดงการคิดเป็นถ้อยคำ (think aloud reading technique) ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ในการอ่านเพื่อการเข้าใจภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ และการศึกษาของ กัจจกร มุณีแก้ว (2539) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้เทคนิคการคิดออกเสียง (think aloud technique) ที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์และเจตคติต่อวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสาธิตสังกัดสำนักงานสถาบันราชภัฏ

จากรายงานวิจัยที่ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาข้างต้น ได้สรุปขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยดังตารางที่ 2.10

ตารางที่ 2.10 สรุปขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง					ขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย								
	ประชาชนทั่วไป	ผู้ปวย	ผู้สูงอายุ	นักศึกษา	อื่นๆ	การสร้างเครื่องมือทั้งหมด	การใช้เครื่องมือเดิมมาปรับ	การสนทนากลุ่ม	การสัมภาษณ์เจาะลึก (indepth interview)	การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing)	ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ	การทดสอบก่อน (pretest)	การศึกษานำร่อง (pilot study)	หมายเหตุ
Carbone et al. (2002)				✓ 23		✓				✓				ปรับคำแนะนำ, ภาษา, อุปกรณ์ประกอบ
Chang, et al. (2003)	✓ 6						✓			✓				ตัดคำถามบางข้อ, ปรับคำ
Takeuchi et al. (2005)	✓ 20					✓				✓	✓	✓		ปรับรูปภาพ, คำ
Enagonio, (2006)			✓ 7			✓			✓	✓			✓	ปรับศัพท์เทคนิค
Ingersoll-Dayton (2004)			✓ 30			✓			✓				✓	ปรับคำ, ปรับมาตรวัด
Radwin (2005)		✓ 6				✓				✓	✓		✓	ตัดบางข้อทิ้ง, ปรับคำ
Sepucha et al (2007).		✓ 6					✓	✓		✓			✓	ปรับศัพท์เทคนิค
Punpanich. (2005)					✓ 10	✓				✓				ปรับคำ

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง					ขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย								
	ประชาชนทั่วไป	ผู้ป่วย	ผู้สูงอายุ	นักศึกษา	อื่นๆ	การทรงเครื่องของชนเผ่า	การใช้เครื่องมือเดิมมาปรับ	การสนทนากลุ่ม	การสัมภาษณ์เจาะลึก (indepth interview)	การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (cognitive interviewing)	ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ	การทดสอบก่อน (pretest)	การศึกษานำร่อง (pilot study)	หมายเหตุ
Miller, (2003)			✓ 21			✓				✓				ปรับคำถาม, คัพท์, คำชี้แจง, ประเภท คำตอบ
Uhrig, (2001)	✓ 25					✓				✓				ปรับคำ
Quimet, (2004)			✓ 28			✓		✓		✓	✓			

ข้อสรุปจากงานวิจัยที่ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้วิจัยได้รายงานจุดเด่นของการนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้และขณะเดียวกันก็ได้วิเคราะห์ประเด็นที่เป็นข้อจำกัดตลอดจนให้ข้อเสนอแนะไว้หลายประเด็นดังต่อไปนี้

จุดเด่นของการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

การใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในระยะแรกของการพัฒนาข้อคำถามในแบบสอบถามและวัตถุหรืออุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการวิจัย ทำให้ได้ข้อมูล สารสนเทศที่ช่วยให้เกิดความชัดเจนในความหมายของคำ รูปแบบของประเภทคำตอบที่เหมาะสมในการใช้ ตลอดจนความหมายที่เป็นศัพท์เฉพาะเช่น ด้านการแพทย์ ด้านโภชนาการ และมีประโยชน์ในด้านความตรง ความเที่ยงและความแม่นยำของข้อมูลการสำรวจและเพิ่มประสิทธิภาพของวัตถุอุปกรณ์ในการวิจัยเช่นเอกสารคำแนะนำต่างๆ (Carbone, et al., 2002)

การใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในบริบท และในกลุ่มประชากรที่แตกต่างหลากหลายช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจมุมมองของผู้ตอบแบบสอบถามมากขึ้น ทราบกระบวนการคิดและเกิดความชัดเจนในการตอบ ได้ทราบความเข้าใจที่ลึกซึ้งในข้อคำถามแต่ละข้อและทราบว่าข้อคำถามนั้นสามารถตอบได้จริง รับรู้ประเด็นที่ซ่อนเร้นในคำถามหรือแนวคำตอบ เช่น ความสับสนในความหมายของคำบางคำ (Sepucha, et al., 2007; Billings-Gagliardi, 2004) ช่วยเปิดเผยกระบวนการในการตอบคำถามและเอื้อต่อการค้นหาแหล่งความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ของ

คำถาม (Billings-Gagliardi, 2004) สามารถนำมาใช้ในการศึกษาความตรง (validity) รวมทั้งให้ข้อมูลในการสนับสนุนทางสถิติและการวิเคราะห์แบบวัดทางจิตวิทยาได้ ซึ่งนักวิจัยได้นำเทคนิคนี้ไปใช้ ในการตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อมุ่งการเพิ่มอัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม (Drennan, 2003) นอกจากนี้คำแนะนำจากกลุ่มตัวอย่างทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการปรับแบบสอบถาม เช่น การปรับคำชี้แจงให้เหมาะสมเข้าใจง่าย การหลีกเลี่ยงการใช้คำนามธรรม (abstract word) การมีชนิดของคำตอบที่หลากหลาย การถามคำถามที่ตรงกับประสบการณ์ของผู้ตอบซึ่งผู้ตอบสามารถตอบคำถามนั้นได้ เป็นต้น (Miller, 2003)

ข้อจำกัดของการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

จากรายงานการวิจัยต่างๆ ที่นำเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาไปใช้ พบว่าใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างนานคือโดยเฉลี่ยประมาณ 45-60 นาที และมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ผลจากการสัมภาษณ์ทำให้ปรับข้อความและข้อความในการสำรวจให้ยาวขึ้นกว่าเดิมซึ่งในการสำรวจบางครั้งผู้สัมภาษณ์อาจต้องพยายามอธิบายโดยใช้คำถามสั้นๆ และสรุปย่อข้อความเพื่อลดความยากลำบากของผู้ถูกสัมภาษณ์ นอกจากนี้อาจต้องมีการฝึกหัดทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการเพิ่มทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในการฝึกหัดสำหรับผู้สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียวก็จะสามารถสัมภาษณ์ได้โดยไม่จำเป็นต้องฝึกหัดซ้ำ เมื่อมีการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิเคราะห์ ผลที่ได้คือการบรรยายและคำแนะนำ ไม่บ่งบอกความเป็นสาเหตุ ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรอื่นหรือพื้นที่การศึกษาอื่นได้ อาจมีความลำเอียงของผู้วิจัยเกิดขึ้นได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ การรับรู้อาจส่งผลกระทบต่อความเข้าใจและการสัมภาษณ์ (Carbone et al., 2002)

นอกจากนี้ DeMaio and Rothgeb (1996) ได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาร่วมกับการซักถามรายละเอียด (debriefing) และได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคำถามในแบบสอบถามที่สร้างใหม่ว่าการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญหาไม่สามารถสืบค้นปัญหาได้ทั้งหมดควรใช้ร่วมกับวิธีการอื่น จะทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศมากกว่าการใช้เทคนิคใดเพียงเทคนิคเดียว

การศึกษาในผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุสามารถให้ข้อมูลด้านกระบวนการทางปัญญาได้มาก แต่ปัญหาที่พบคือเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ตอบที่มีอายุน้อยกว่า ในกระบวนการของคำถามที่ให้ผู้สูงอายุคิดต่างๆ นั้นจะต้องใช้เทคนิคอื่นๆ มาเสริมมากกว่าการถามเพียงอย่างเดียว ซึ่งปัญหาบางประการที่พบในผู้สูงอายุและมีผลต่อการสัมภาษณ์เชิงปัญญาคือระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ซึ่งในการสัมภาษณ์เชิงปัญญาบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมักมีความเข้าใจคำและคำถามในแบบสอบถามผิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาในด้านการจำ ซึ่งอาจต้องมีการประเมินการทำ

หน้าที่ของสมองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุก่อนว่าไม่มีปัญหาในด้านดังกล่าว และพบว่าไม่จำเป็นต้องใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญามาตรฐานในทุกกรณี แต่ควรเลือกใช้ในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มหรือประเด็นที่มีลักษณะเฉพาะ (Jobe et al., 1996)

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย Blair et al. (2006) จึงได้ศึกษาผลของขนาดกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงปัญญา โดยการจำลอง (simulates) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรกใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาและได้กำหนดรหัสสำหรับปัญหาที่พบในแต่ละคำถาม ระยะที่สองใช้การสัมภาษณ์รวมในลักษณะกลุ่มตัวอย่างรวมซึ่งแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบใส่คืน และระยะสุดท้าย เป็นการเปรียบเทียบข้ามกลุ่มของขนาดตัวอย่าง คำถามที่ใช้ในการทดสอบเป็นคำถามที่วัดด้านพฤติกรรมและทัศนคติ และเคยใช้ในการสำรวจมาก่อน ซึ่งคำถามต่างๆ ที่เลือกมานั้นเป็นคำถามที่มีปัญหาในการใช้และเป็นคำถามที่ได้ถูกปรับแก้ไขไปแล้ว และประเภทของปัญหาที่พบในคำถามก็มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยจะค้นพบปัญหาทุกประเภทได้น้อย ยิ่งกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นก็ยิ่งพบปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ในระดับสูงระหว่างขนาดกลุ่มตัวอย่างกับปัญหาที่พบ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องตระหนักในประเด็นนี้เพราะเป้าหมายที่สำคัญของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาคือการค้นหาปัญหาในข้อคำถามของแบบสอบถาม ดังนั้นหากใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย จะมีโอกาสพลาดปัญหาที่มีอยู่ทั้งในส่วนของปัญหาหลักที่สำคัญหรือปัญหาต่างๆ ไปได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัดสำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

กล่าวโดยสรุป การสัมภาษณ์เชิงปัญญา เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแบบสอบถามหรือวัตถุประสงค์ต่างๆ ในการวิจัย โดยมีเทคนิคย่อยที่สำคัญคือการคิดตั้งๆ และการตะล่อมถามวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาคือ การได้ข้อมูลที่เป็นกระบวนการคิดของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยเป็นกระบวนการคิดก่อนที่จะได้มาซึ่งคำตอบของคำถามที่อยู่ในแบบสอบถาม นอกจากนี้ยังได้ความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ตามประเด็นของคำถามที่ตะล่อมถามโดยเน้นความสนใจไปที่รายละเอียดของแบบสอบถาม ซึ่งปัจจุบันมีการนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยซึ่งเป็นการนำไปผสมผสานเข้ากับวิธีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือในลักษณะที่ได้เคยปฏิบัติในงานวิจัยทั่วไป โดยพบว่ามีผสมผสานเทคนิควิธีการต่างๆ เข้าด้วยกัน ได้แก่

- ความรู้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้แนวคิดและประเด็นที่เป็นกุญแจสำคัญเพื่อนำมาสร้างประเด็นในแบบสอบถาม

- การใช้เทคนิคสนทนากลุ่ม (focus group) ร่วมอภิปรายประเด็นต่างๆ ทั้งในขั้นตอนของการพัฒนาข้อคำถามและในการซักถามข้อคำถามที่สร้างขึ้นแล้ว

- การให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถามในด้านโครงสร้างและความตรงของเนื้อหา รวมทั้งในประเด็นของตัวเครื่องมือทั้ง รูปแบบ ลำดับ การจัดวางข้อคำถาม และความชัดเจนของคำในเครื่องมือ เป็นต้น

- การศึกษานำร่อง (pilot study) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างทดลองทำเครื่องมือวิจัยแล้วนำผลมาปรับแก้ข้อบกพร่อง

- การทดสอบภาคสนาม (field testing) โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงแต่จำนวนน้อยแล้ววิเคราะห์ข้อมูล

- การสัมภาษณ์เชิงปัญญา เพื่อค้นหากระบวนการทางปัญญาในการตอบคำถามในแบบสอบถามและค้นหาปัญหาของคำถามในแบบสอบถาม ประเภทตัวเลือกตอบ เหตุผลในการเลือกตอบ เป็นต้น

จากรายงานวิจัยที่นำเทคนิควิธีการดังกล่าวข้างต้นมาผสมผสานกันเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเด็นการศึกษานั้น ส่งผลให้เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่เป็นที่ยอมรับ ทั้งในด้านความตรงและความเที่ยงอันบ่งชี้ได้ถึงงานวิจัยที่มีคุณภาพตามที่นักวิจัยมุ่งหวัง

โดยสรุปแล้ว จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยด้านการสัมภาษณ์เชิงปัญญาพบว่ามี ความหมายและวิธีการที่แตกต่างกัน 2 นัยยะคือ นัยยะแรกเป็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญาที่ พัฒนาขึ้นสำหรับใช้ในกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านกฎหมายเช่นในการสืบสวน พยาน วิธีการประกอบไปด้วยเทคนิคในการสัมภาษณ์โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ย้อนกลับไปสู่บริบท เดิม แล้วรายงานทุกสิ่งที่ย้อนกลับเข้ามาในความทรงจำ และผู้ถูกสัมภาษณ์จะถูกแนะนำให้ เปลี่ยนทิศทางในการลำดับเหตุการณ์ รวมทั้งเปลี่ยนทิศทางของมุมมองโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ได้ ข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในความทรงจำของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีความละเอียด ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่สอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแบบสอบถามหรือ วัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยมีเทคนิคย่อยที่สำคัญคือการคิดตั้งๆ และการระดมคำถาม วัตถุประสงค์ ของการใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญาในลักษณะนี้จะทำให้ผู้สัมภาษณ์ได้ข้อมูลที่เป็นกระบวนการ คิดของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยเป็นกระบวนการคิดก่อนที่จะได้มาซึ่งคำตอบของคำถามที่อยู่ใน แบบสอบถาม นอกจากนี้ยังได้ความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ตามประเด็นของคำถามที่ระดมถาม โดยเน้นความสนใจไปที่รายละเอียดของแบบสอบถาม

ในด้านการนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปประยุกต์ใช้พบว่ามีการนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากการรื้อฟื้นความทรงจำของผู้ตอบซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งปัจจุบันมีการขยายขอบเขตการศึกษากว้างขวางมากขึ้นจากขอบเขตด้านกฎหมาย และมีการนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาไปใช้ในการวิจัยเชิงสำรวจโดยเน้นในด้านการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยซึ่งข้อค้นพบจากรายงานวิจัยในด้านการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยพบว่าการผสมผสานเทคนิควิธีการต่างๆเข้าด้วยกัน ดังกล่าวแล้วข้างต้น

การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำวิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญาทั้ง 2 นัยยะมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คือในขั้นตอนของการศึกษารวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเชิงลึกด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งเป็นการซักถามประสบการณ์จากความทรงจำและความคิดเห็น ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะแรกคือสืบค้นข้อมูลรายละเอียดจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนในขั้นตอนของการตรวจสอบเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีคุณภาพความตรงและความเหมาะสมของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 คือการคิดตั้งๆ และการระดมสมองเพื่อให้ได้กระบวนการคิดของผู้ตอบเกี่ยวกับรายการข้อคำถามในเครื่องมือและนำข้อมูลมาปรับแก้ไขเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ซึ่งการนำการสัมภาษณ์เชิงปัญญาทั้ง 2 นัยยะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ และมีความถูกต้อง เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

ตอนที่ 3 หลักการออกแบบ การพัฒนา และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

กระบวนการของการศึกษาวิจัยโดยทั่วไป ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอน อาทิ ขั้นตอนการกำหนดปัญหาวิจัย การกำหนดสมมติฐานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ในกระบวนการเหล่านี้ ขั้นตอนที่มีความสำคัญมากขึ้นตอนหนึ่งคือ การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ถ้าหากเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นมีคุณภาพและมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม นักวิจัยก็จะได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย เป็นข้อมูลที่ต้องการตรงตามความเป็นจริง และตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ส่งผลให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูล สรุปอ้างอิงผลวิจัยไปยังประชากรที่ศึกษา และได้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพตามที่นักวิจัยต้องการ สำหรับเนื้อหาในตอนที่สามารถได้แบ่งสาระและนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ 1) หลักการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือวิจัย และ 2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3. 1 หลักการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพของงานวิจัย ดังนั้นในการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือวิจัยจึงต้องมีการวางแผนตั้งแต่การสร้าง ความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการวัด และวิธีการในการวัดสิ่งนั้นๆ โดยจะต้องมีการระบุและนิยามตัวแปรที่ต้องการวัดในงานวิจัย การเลือกประเภทของเครื่องมือและการดำเนินการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย (วรรณิ์ แกมเกตุ, 2551; ศิริชัย กาญจนวาสิ, 2548; สุวิมล ตีรกานันท์, 2550) ดังขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 การระบุและนิยามตัวแปร

นักวิจัยจะต้องศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ที่ต้องการวัดที่ปรากฏในประเด็นปัญหาวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิดของการวิจัย ว่าตัวแปรแต่ละตัวนั้น หมายถึงอะไร และจะวัดตัวแปรตามความหมายที่กำหนดได้อย่างไร สำหรับตัวแปรในการศึกษาวิจัย สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ตัวแปรสังเกตได้ (observed variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถวัดได้โดยตรง และตัวแปรโครงสร้างตามทฤษฎี (construct variables) หรือตัวแปรแฝง (latent variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรงแต่มีโครงสร้างตามทฤษฎีที่แสดงผลออกมาในรูปของพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ ในการนิยามความหมายตัวแปรจึงสามารถทำได้สองระดับ คือ การนิยามเชิงทฤษฎีหรือการนิยามเชิงมโนทัศน์ (theoretical or conceptual definition) กับ การนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition)

การนิยามเชิงทฤษฎีหรือการนิยามเชิงมโนทัศน์ เป็นการอธิบายความหมายของตัวแปรโดยอาศัยหลักการทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้นๆ ซึ่งมักเป็นนิยามเชิงนามธรรม ให้ความหมายอย่างกว้างๆ ทั่วไป ไม่สามารถวัดได้โดยตรง ตรงข้ามกับนิยามเชิงปฏิบัติการที่เป็นการอธิบายความหมายของตัวแปรโดยการชี้ให้เห็นถึงการกระทำหรือพฤติกรรมที่เป็นตัวบ่งชี้ของคุณลักษณะของตัวแปรในเชิงรูปธรรมที่ชัดเจน สามารถวัดหรือสังเกตได้ ซึ่งการที่นักวิจัยจะสามารถระบุนิยามตัวแปรในงานวิจัยได้นั้นจะต้องศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมและชัดเจน

1.2 การเลือกประเภทของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์มีหลายประเภท (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ, 2549; สุวิมล ตีรกานันท์, 2550; อุทุมพร จามรมาน, 2540ข) ได้แก่

1. แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้สอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือใช้สอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยให้กลุ่มเป้าหมายเขียนคำตอบหรือมีแนวคำตอบจัดไว้ให้แล้วให้ผู้ตอบเลือกตอบ

2. มาตรฐาน (scaling) เป็นแบบวัดที่ใช้ในการวัดความรู้สึก อารมณ์ คุณลักษณะแฝง
3. แบบทดสอบ (testing) เป็นชุดของข้อคำถามที่เป็นสิ่งเร้าให้ผู้ตอบแสดงพฤติกรรมตอบสนองอย่างไรอย่างหนึ่ง
4. แบบตรวจสอบรายการ (check list) เป็นเครื่องมือที่มีรายการต่างๆให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับที่ผู้ตอบต้องการ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เครื่องมือนี้ควบคู่กับการสังเกต การสอบภาคปฏิบัติ โดยตรวจสอบว่ากลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมดังรายการที่คาดหวังไว้หรือไม่
5. แบบสัมภาษณ์ (interview form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ การสร้างข้อคำถามมีวิธีการเช่นเดียวกับการสร้างแบบสอบถาม แต่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายตอบได้อิสระโดยไม่กำหนดตัวเลือกตอบ เป็นการเก็บข้อมูลที่เจาะลึกรายละเอียด
6. แบบบันทึก ใช้กับวิธีการคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว หรือใช้บันทึกข้อมูลที่มีการสังเกตหรือการสัมภาษณ์

จากลักษณะของเครื่องมือดังกล่าว จะมีรูปแบบของข้อความหรือข้อคำถามในเครื่องมือการวิจัย 9 แบบคือ การประมาณค่า (rating) จัดลำดับ (ranking) เลือกตอบ, ผิด-ถูก, จับคู่, เติมคำ วลีหรือตัวเลข, ตอบสั้นๆ, ตอบยาวๆ ความเรียงหรือเขียนรายงานและภาพ ซึ่งเครื่องมือและลักษณะของข้อความคำถามแต่ละประเภทเหมาะกับพฤติกรรม คุณลักษณะที่ต้องการวัดและกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

1.3 การดำเนินการสร้างเครื่องมือวิจัย

หลังจากที่นักวิจัยได้ออกแบบและเลือกประเภทเครื่องมือวิจัยแล้ว ในขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือวิจัย จะมีวิธีการโดยทั่วไปดังนี้

1. เขียนข้อคำถาม โดยร่างข้อความคำถาม ทบทวนตรวจสอบ และจัดหมวดหมู่คำถาม
2. ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เพื่อตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นในด้านความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ระยะเวลาในการใช้เครื่องมือ
3. ปรับปรุงข้อคำถามและจัดทำเป็นเครื่องมือสำหรับใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างต่อไป
4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งสร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่อาหารของนักศึกษาพยาบาล โดยกำหนดประเภทของเครื่องมือวิจัยเป็น แบบสอบถามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมการแสดงออกด้านความเอาใจใส่ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งแบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัยที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและเป็นที่ยอมรับและรู้จักของคนทั่วไป เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความเชื่อ หรือวัดความ

คิดเห็นเพื่อนำผลที่ได้ไปตรวจสอบกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นที่ผู้ตอบได้ตอบไว้ในแบบสอบถาม ในการสร้างและใช้แบบสอบถามถึงแม้จะมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไป แต่การสร้างให้ได้แบบสอบถามที่ดีและใช้ได้เหมาะสมนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก (อุทุมพร จามรมาน, 2544) ซึ่งในงานวิจัยทั่วไปมักพบเสมอว่าความคลาดเคลื่อนในการวิจัยส่วนหนึ่งเกิดจากแบบสอบถามที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งมีสาเหตุที่สำคัญมาจากการสร้างเครื่องมือที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่แม่นยำและไม่ตรงกับเนื้อหาของตัวแปรที่จะวัด (สุวิมล ตีรกานันท์, 2550)

วิธีการในการสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการในการสร้างเครื่องมือวิจัยดังที่กล่าวมาข้างต้น และมีรายละเอียดเพิ่มเติมเช่น ในลำดับแรกผู้สร้างจะต้องตัดสินใจว่าต้องการวัดอะไรจากผู้ตอบ วัดเมื่อไร อย่างไร และมีผู้ให้ข้อมูลกี่คน ผู้วัดคือใครและต้องการผลเมื่อไร หลังจากนั้นจึงมาจัดทำตารางโครงสร้าง ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาหรือลักษณะที่เป็นองค์ประกอบที่จะวัดที่ครอบคลุม เหมาะสมถูกต้องตามทฤษฎีที่ต้องการและเจตนาของแต่ละลักษณะตามความสำคัญ (อุทุมพร จามรมาน, 2540 ก) ซึ่งในขั้นของการระบุลักษณะขององค์ประกอบที่จะวัดนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องระบุ นิยามตัวแปรหรือเนื้อหาที่จะวัดให้ชัดเจนเพียงพอในลักษณะของนิยามเชิงปฏิบัติการ หลังจากนั้นจึงมาพิจารณากำหนดรูปแบบของคำถามให้เหมาะสมกับตัวแปรหรือคุณลักษณะที่มุ่งวัด และกลุ่มผู้ตอบรวมทั้งประเภทของข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการด้วย

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ในการนำเครื่องมือวิจัยไปใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น จำเป็นต้องมีการตรวจสอบว่าเครื่องมือวิจัยมีคุณภาพ มีความเหมาะสมเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ตรงตามที่ต้องการ เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ หมายถึงเครื่องมือวิจัยที่ให้ผลการวัดด้วยเครื่องมือนั้นมีคุณสมบัติดังนี้คือ 1) ผลการวัดมีความเที่ยง 2) ผลการวัดมีความตรง 3) วัดได้ง่าย 4) มีความเป็นปรนัย 5) ไร้อคติ และ 6) มีความครบถ้วน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพตามต้องการ นักวิจัยต้องประเมินคุณภาพของข้อมูลซึ่งทำได้โดยการประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่สำคัญคือการตรวจสอบในด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเที่ยง (Reliability)

Kerlinger and Lee (2000 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) ได้ให้คำนิยามของความเที่ยงไว้ 3 แบบคือ แบบแรกเป็นความเที่ยงในความหมายของความคงที่ (stability) ความเชื่อถือได้ (dependability) และความสามารถทำนายได้ (predictability) ตามความหมายนี้หมายถึงคุณสมบัติของการวัดที่ให้ผลการวัดที่คงที่ และเชื่อถือได้ แบบที่สองเป็นความเที่ยงในความหมาย

ของความถูกต้อง (accuracy) หมายถึงคุณสมบัติของการวัดที่วัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ไม่มีผิดพลาด และแบบที่สามเป็นความเที่ยงในความหมายของคุณสมบัติของการวัดที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ให้ผลการวัดมีความถูกต้องแน่นอน (precision)

ศิริชัย กาญจนวาสี (2548) ได้สรุปนิยามเชิงทฤษฎีของความเที่ยงได้ว่า ความเที่ยงหมายถึงความคงที่หรือความคงเส้นคงวาของผลที่ได้จากการวัดซ้ำ ถ้าการวัดสิ่งเดียวกันหลายๆ ครั้งได้ค่าที่ค่อนข้างคงเส้นคงวาสูงขึ้นเพียงใดก็ถือว่าการวัดมีความเที่ยงมากขึ้นเพียงนั้น

สุวิมล ตีรพานันท์ (2550) ได้กล่าวถึงความเที่ยง ว่าหมายถึง ความคงที่ของผลที่ได้จากการวัดด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันกับคนกลุ่มเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกัน

นางลักษณณ์ วิรัชชัย (2543) ได้กล่าวถึงความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยว่า หมายถึงความถี่ของคุณสมบัติที่แสดงว่าเครื่องมือที่วัดสิ่งที่ต้องการวัด ไม่ว่าจะวัดกี่ครั้งหรือวัดในสภาพการณ์วัดที่แตกต่างกันไปก็ยังคงได้ผลการวัดคงเดิม

ในการวิจัยครั้งนี้ได้สรุปความเที่ยงของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลว่า เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่นำไปใช้ในการวัดพฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลของพยาบาลคนเดียวกัน โดยการวัดซ้ำในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน แล้วได้ผลการวัดคงเดิม

ประเภทของความเที่ยง

วิธีการในการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยที่นิยมใช้มีหลายวิธี แต่ละวิธีเป็นการหาค่าความเที่ยงในความหมายของความคงที่หรือความคงเส้นคงวาของผลการวัด โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสองชุดที่ได้มาจากเครื่องมือเดียวกันหรือเครื่องมือที่คู่ขนานกัน สำหรับวิธีการที่ใช้จำแนกได้ 3 กลุ่ม คือ (นางลักษณณ์ วิรัชชัย, 2543; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2548)

1. การหาความเที่ยงในรูปของความคงที่ (stability) ใช้วิธีการวัดซ้ำสองครั้งแล้วนำผลทั้งสองครั้งมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งวิธีการวัดซ้ำเช่นนี้อาจเรียกว่าวิธีการสอบซ้ำ (test-retest method)

หลักการหาค่าความเที่ยงในรูปของความคงที่นี้ถูกนำไปใช้ในการหาความเที่ยงเมื่อรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยการสัมภาษณ์หรือการสังเกตโดยนักวิจัยหลายคน ซึ่งหากนักวิจัยแต่ละคนใช้หลักการเดียวกันในการสัมภาษณ์หรือการสังเกต ผลที่ได้ย่อมเหมือนกับการสัมภาษณ์หรือการสังเกตโดยนักวิจัยคนเดียว การหาความเที่ยงจึงใช้หลักการหาความสอดคล้องหรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมภาษณ์หรือผู้สังเกต

2. การหาความเที่ยงในรูปของความเท่าเทียมกัน (equivalence) วิธีนี้เป็นผลจากการปรับปรุงข้อบกพร่องในวิธีการสอบซ้ำโดยใช้แบบสอบคู่ขนาน แล้วนำคะแนนการวัดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ วิธีการนี้เหมาะสำหรับเครื่องมือวัดที่เป็นแบบทดสอบหรือมาตรวัดที่มีลักษณะวิวิธพันธ์ (heterogeneity) การทดสอบใช้ความเร็วในการตอบ (speed test) หรือแบบทดสอบอำนาจ (power test) การหาความเที่ยงวิธีนี้ค่อนข้างยุ่งยากและเสียเวลาเนื่องจากต้องสร้างเครื่องมือสองชุด เพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องดังกล่าว นักวัดผลจึงได้พัฒนาวิธีการหาความเที่ยงในรูปของความคงเส้นคงวภายใน

3. การหาความเที่ยงในรูปของความคงเส้นคงวภายใน (internal consistency) วิธีการนี้นักวิจัยนำเครื่องมือไปวัดเพียงครั้งเดียวแล้วนำผลการวัดมาคำนวณค่าความเที่ยง วิธีนี้เหมาะกับเครื่องมือที่เป็นแบบทดสอบหรือมาตรวัดที่มีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) ของข้อคำถาม มีความแปรปรวนรายข้อสูงสุด มีความยากง่ายข้อเท่ากันและสหสัมพันธ์ระหว่างข้อสูงสุด วิธีการคำนวณทำได้สี่แบบดังนี้

- 3.1 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient)
- 3.2 วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson)
- 3.3 วิธีของสเปียร์แมน-บราวน์ (Spearman-Brown)
- 3.4 วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนของฮอยท์ (Hoyt's analysis of variance)

จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงจากวิธีต่างๆ ข้างต้น มีค่าสูงสุดเท่ากับ 1 โดยค่าที่เข้าใกล้ 1 มาก หมายถึงเครื่องมือมีความเที่ยงค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามมีข้อที่ควรระวังคือเมื่อมีการประมาณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์ที่สูงอาจเป็นผลจากการใช้จำนวนผู้ตอบที่มากหรือจำนวนข้อคำถามที่มาก หรือการใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ย่อมส่งผลต่อค่าความเที่ยงและความตรง (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2551; สุวิมล ตีรภานันท์, 2550; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2548) ดังต่อไปนี้

1. ความเป็นเอกพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างระหว่างบุคคลค่อนข้างมากจะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์มีค่ามาก ในทางปฏิบัตินักวิจัยไม่ควรคำนึงถึงความเป็นเอกพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพราะสิ่งที่สำคัญมากกว่าคือกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษามากที่สุด

2. จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงจะมีค่าแตกต่างกันไปตามจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ตามหลักสถิติแล้วเมื่อจำนวนตัวอย่างมากขึ้น ความคลาดเคลื่อนจะน้อยลง แต่ในทางปฏิบัติการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากจะทำให้สูญเสีย

จำนวนตัวอย่างที่ต้องการใช้จริงไป และใช้เวลาในการดำเนินการค่อนข้างมาก ดังนั้นหากพิจารณาในเรื่องการแจกแจงแบบปกติแล้ว จำนวนกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปจะถูกอนุมานว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นในการทดสอบเครื่องมือจึงควรใช้ตัวอย่างตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างยังจะต้องมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษามากที่สุด

3. จำนวนข้อคำถาม หากมีข้อคำถามมากขึ้นจะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเพิ่มขึ้น แต่โดยความเป็นจริงแล้วจำนวนข้อคำถามในเครื่องมือจะถูกกำหนดขึ้นมาจากเนื้อหาที่ใช้ในการสร้างข้อคำถาม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ซึ่งเป็นคุณภาพที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือ ดังนั้นการเพิ่มข้อคำถามที่ไม่จำเป็นอาจทำให้เครื่องมือขาดความตรงทั้งสองประเภทนี้ได้ และหากข้อคำถามที่เพิ่มขึ้นมาไม่มีคุณภาพที่ดีย่อมทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงลดลงได้เช่นกัน

4. การให้คะแนนถ้าการให้คะแนนไม่ชัดเจนและมีความคลาดเคลื่อนจะส่งผลต่อค่าความเที่ยง

5. การสร้างข้อคำถาม ข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน กำกวม หรือมีลักษณะที่ลวงผู้ตอบ อาจทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนและส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงได้

6. ปัจจัยจากผู้ตอบ เช่น ผู้ตอบอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ล้า มีความกังวลบางประการ ส่งผลให้การตอบคลาดเคลื่อน และมีผลให้สัมประสิทธิ์ความเที่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง

7. สภาพแวดล้อมในการตอบที่ไม่เหมาะสม เช่น คำชี้แจงในการตอบไม่ชัดเจน เวลาที่ทำน้อยเกินไป มีเสียงดังรบกวนสมาธิของผู้ตอบ ย่อมส่งผลต่อความถูกต้องแม่นยำของผลการตอบ และส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของสัมประสิทธิ์ความเที่ยง

จากปัจจัยที่ส่งผลต่อความเที่ยงดังกล่าวมา จึงเป็นสิ่งที่นักวิจัยจำเป็นต้องพิจารณาร่วมด้วย ซึ่งวิธีการประมาณค่าความเที่ยงของการวัดทั้งสี่วิธีที่กล่าวข้างต้น จะมีความแตกต่างกันที่วิธีการ แต่ละวิธีเหมาะสมกับเครื่องมือวัดและจุดมุ่งหมายของนักวิจัยแตกต่างกัน โดยทั่วไปจะไม่สามารถบอกได้ว่าวิธีใดดีที่สุด นักวิจัยต้องพิจารณาว่าในสภาพการณ์หนึ่งๆ วิธีใดจะให้ผลดีที่สุด ดังนั้นการเลือกใช้วิธีการประมาณค่าความเที่ยงและการกำหนดค่าความเที่ยงที่เป็นเกณฑ์ที่นักวิจัยจะยอมรับได้นั้นจึงขึ้นกับวัตถุประสงค์และลักษณะของเครื่องมือวัด ซึ่งนักวิจัยต้องพิจารณาตามความเหมาะสม

2. ความตรง (Validity)

ความตรง (validity) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือวัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพด้านความถูกต้องของผลที่ได้จากการวัด ดังนั้นในทางทฤษฎีแล้ว ความตรง จึงหมายถึง ความแม่นยำ

ของเครื่องมือในการวัดสิ่งที่ต้องการวัด เป็นความใกล้เคียงกันระหว่างค่าที่วัดได้กับค่าที่แท้จริง ถ้าผลการวัดได้ค่าที่ใกล้เคียงกับค่าที่แท้จริงเพียงใด ถือว่าการวัดมีความตรงมากขึ้นเพียงนั้น ดังนั้น ความตรงจึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือ ซึ่งสามารถบอกได้ถึงสภาพที่แท้จริงของตัวแปรที่ศึกษา (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2548)

ในทางปฏิบัติ การประมาณค่าความตรงที่แท้จริงจะใช้นิยามของความตรงว่าหมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากเครื่องมือกับคะแนนเกณฑ์ภายนอกที่เป็นอิสระอื่นๆ ซึ่งเชื่อถือว่าสามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องระบุโครงสร้างของคุณลักษณะ เนื้อหา หรือเกณฑ์ภายนอกที่เป็นตัวแทนลักษณะที่ต้องการวัดได้อย่างเหมาะสม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เทียบถึงความถูกต้องเหมาะสม หรือความสอดคล้องของคะแนนที่ได้ในการวัดคุณลักษณะที่ต้องการนั้น

สำหรับความตรงของเครื่องมือวิจัย นางลักษณ วิรัชชัย (2543) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงคุณสมบัติของเครื่องมือวิจัยที่วัดสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ โดยนักวิจัยต้องทราบอย่างชัดเจนว่าสิ่งที่ต้องการจะวัดด้วยเครื่องมือวิจัยนั้น มีลักษณะธรรมชาติและนิยามอย่างไร จึงจะตรวจสอบได้ว่าเครื่องมือที่มีความตรงมากน้อยเพียงใด โดยนักวิจัยต้องกำหนดนิยามของสิ่งที่ต้องการวัดหรือตัวแปรที่จะวัดก่อนที่จะสร้างเครื่องมือวิจัย เพื่อเปรียบเทียบว่าเครื่องมือที่วัดสิ่งที่ต้องการวัดได้จริงหรือไม่

ความตรงของเครื่องมือวิจัยสามารถจำแนกได้หลายประเภทแตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้วัดความตรง เนื่องจากนักวิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยขึ้นโดยมีจุดประสงค์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อจะวัดความตรงจึงต้องพิจารณากำหนดเกณฑ์ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งลักษณะของเกณฑ์ที่กำหนดแตกต่างกันจะทำให้วิธีการหาค่าความตรงทำได้แตกต่างกันไปด้วย ทางด้านการศึกษาและจิตวิทยาแบ่งความตรงออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (วรรณิ แกมเกตุ, 2551; สุวิมล ทิรกานันท์, 2550)

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) หมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือวิจัยที่มีเนื้อหาสาระเป็นตัวแทนที่ดีของสิ่งที่ต้องการวัด มีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจะต้องดำเนินการก่อนการนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ ทำได้โดยการนำนิยามเชิงทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการ โครงสร้างการสร้างข้อคำถามและแบบสอบถามไปให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอิสระจากกัน พิจารณาความสอดคล้อง โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งควรมีตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปจะพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อมาจากประเด็นใด ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องนั้นหรือไม่ หลังจากนั้นนักวิจัยจะนำผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแต่

ละท่านมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นที่ต้องการทราบ เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective congruence Index: IOC) โดยคะแนนระดับความสอดคล้องมีค่า =1 ถ้าไม่แน่ใจมีค่า =0 และไม่สอดคล้องมีค่า =-1 ข้อคำถามที่ดีควรมีค่า IOC ใกล้ 1 ส่วนข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรมีการปรับปรุงแก้ไข

2. ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (criterion-related validity) หมายถึง คุณสมบัติของการวัดที่ให้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะหรือพฤติกรรมที่ต้องการวัดซึ่งได้กำหนดเป็นเกณฑ์ (criteria) ค่าของความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์คือค่าสหสัมพันธ์ระหว่างผลการวัดโดยเครื่องมือหนึ่ง กับคะแนนตามเกณฑ์ภายนอกซึ่งวัดคุณลักษณะที่ต้องการ ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์จำแนกได้สองชนิดคือ

2.1 ความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) หมายถึงคุณสมบัติของเครื่องมือที่ให้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะหรือพฤติกรรมที่ต้องการวัดตามสภาพที่แท้จริงในปัจจุบัน โดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นกับคะแนนที่ได้จากเครื่องมืออื่นที่เป็นมาตรฐานซึ่งวัดในเรื่องเดียวกัน

2.2 ความตรงเชิงทำนาย (predictive validity) หมายถึงคุณสมบัติของเครื่องมือที่ให้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะหรือพฤติกรรมที่ต้องการวัดตามสภาพแท้จริงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นกับคะแนนที่เป็นเกณฑ์ภายนอกซึ่งวัดในเวลาต่อมาหรือในอนาคต ซึ่งการคำนวณความตรงเชิงทำนายนี้จะต้องอาศัยเวลารอคอยเพราะคะแนนได้มาคนละช่วงเวลากัน

ในการคำนวณค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ วิเคราะห์โดยนำคะแนนที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเกณฑ์ โดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

3. ความตรงตามโครงสร้าง หรือความตรงตามทฤษฎี (construct validity) หมายถึง คุณสมบัติของการวัดที่ให้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะที่ต้องการวัดซึ่งนิยามโดยใช้ตัวแปรโครงสร้างตามทฤษฎี ความตรงตามโครงสร้างมีความสำคัญมากที่สุดสำหรับเครื่องมือวัดตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยา หรือตัวแปรเชิงคุณลักษณะแฝง(latent trait) ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงนามธรรมที่ต้องอาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนิยามตัวแปร ทั้งนิยามเชิงทฤษฎีและนิยามเชิงปฏิบัติการ ในทางปฏิบัติการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างสามารถตรวจสอบได้หลายวิธี วิธีที่สำคัญและนิยมใช้มีดังนี้

3.1 การตัดสินใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในทฤษฎีนั้นๆ เป็นการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างในเบื้องต้น ผู้ทรงคุณวุฒิจะพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของทฤษฎีที่นำมาใช้ นิยามโครงสร้างองค์ประกอบของคุณลักษณะที่มุ่งวัด รวมทั้งพิจารณาคุณภาพของข้อคำถามแต่ละข้อว่าวัดได้ตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการวัดตามนิยามที่กำหนดหรือไม่ มีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนคุณลักษณะที่มุ่งวัดได้ดีเพียงใด

3.2 วิธีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รู้จัก (known group) วิธีนี้ นักวิจัยต้องนำเครื่องมือวิจัยไปทดสอบว่าผลที่วัดจากเครื่องมือชิ้นนั้นใช้จำแนกกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทางทฤษฎีได้ถูกต้องเพียงใด ถ้าสามารถจำแนกกลุ่มบุคคลได้ถูกต้องแสดงว่าผลการวัดมีความตรงสูง

3.3 วิธีเมตริกซ์หลายลักษณะหลายวิธี (multitrait-multimethod: MTMM) เป็นวิธีที่อาศัยหลักการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงจากผลการวัดคุณลักษณะหลายอย่างด้วยวิธีการวัดหลายวิธี และแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เหล่านั้นในรูปของเมตริกซ์สหสัมพันธ์

3.4 วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบร่วมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และสามารถใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับแบบแผนและโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล ซึ่งได้มีการนำไปใช้ในการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของตัวแปรว่ามีโครงสร้างตามนิยามทางทฤษฎีหรือไม่

ในขั้นการวิเคราะห์องค์ประกอบ ข้อมูลที่ใช้จะประกอบด้วยตัวแปรชุดหนึ่งโดยไม่แยกว่าเป็นตัวแปรต้นหรือตัวแปรตาม เป็นการวิเคราะห์หาองค์ประกอบร่วม (common factor) ของตัวแปรชุดนั้นโดยการสกัด (extraction) องค์ประกอบและการหมุนแกน (rotation) แบบต่างๆ ประโยชน์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบคือ การรวมกลุ่มตัวแปรย่อยๆ ให้เป็นตัวแปรใหม่ ซึ่งเป็นการลดจำนวนตัวแปรในการวิเคราะห์โดยใช้ทฤษฎีเป็นพื้นฐาน เหมาะสำหรับการวิจัยสำรวจที่นักวิจัยต้องการศึกษาตัวแปรโครงสร้างที่เป็นคุณลักษณะแฝง (latent construct) ไม่สามารถวัดได้โดยตรง ต้องวัดจากตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคุณลักษณะแฝงนั้นซึ่งเรียกว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ส่วนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เป็นการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการตรวจสอบทฤษฎีองค์ประกอบของตัวแปรโครงสร้าง (constructs) ว่ามีสภาพที่เป็นจริงสอดคล้องตามทฤษฎีหรือไม่ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543)

การตรวจสอบความตรง (validation) เป็น “กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเพื่อการสนับสนุนความเหมาะสมและความถูกต้องของการนำคะแนนจากเครื่องมือวัดไปสรุป

อ้างอิงถึงคุณลักษณะที่มุ่งวัด ซึ่งจะต้องมีความชัดเจนตั้งแต่ต้นว่า “ลักษณะที่ต้องการสรุปอ้างอิงไปถึงนั้นคืออะไร” เพื่อทำการรวบรวมหลักฐานอันเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินความเหมาะสมและความถูกต้องได้ตรงตามเป้าหมายของการนำคะแนนนั้นไปใช้ การตรวจสอบความตรงต่างประเภทกัน ย่อมให้หลักฐานการสรุปอ้างอิงของคะแนนไปยังเป้าหมายของสิ่งที่มุ่งวัดต่างกัน และไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ แต่นำมาใช้สนับสนุนซึ่งกันและกันได้

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยมักจะต้องรายงานค่าความเที่ยง และผลการตรวจสอบความตรง ซึ่งจะเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย นอกจากนี้ เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ดังนี้

3. ความเป็นปรนัย (Objectivity)

ความเป็นปรนัยหมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือวิจัยที่มีลักษณะและกฎเกณฑ์ในการวัดชัดเจนตายตัว ผลการวัดไม่มีความรู้สึก หรืออคติของผู้รวบรวมข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลเข้าไปแทรกแซง ความเป็นปรนัยแบ่งเป็น 3 ประเภทตามหลักการวัด คือ 1) ความเป็นปรนัยของตัวเครื่องมือวัด คือลักษณะของเครื่องมือมีความชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องตรงกัน เช่นข้อความในเครื่องมืออ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย สื่อความหมายได้โดยไม่ต้องตีความ และเข้าใจได้ตรงกัน 2) ความเป็นปรนัยของกฎเกณฑ์ หมายถึงความชัดเจน เข้าใจตรงกันเกี่ยวกับการกำหนดค่าตัวเลข หรือให้คะแนนแทนลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัด ไม่ว่าจะใครจะเป็นผู้ตรวจให้คะแนนก็จะได้ผลเป็นแบบเดียวกัน และ 3) ความเป็นปรนัยของการแปลความหมายคะแนน หมายถึงความชัดเจนในการนำคะแนนที่เป็นผลการวัดไปใช้ ซึ่งจะแปลความหมายเป็นแบบเดียวกัน

4. การใช้ปฏิบัติ ได้สะดวก (Practicality)

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ปฏิบัติได้สะดวก หมายถึงเครื่องมือวิจัยที่นักวิจัยสามารถนำไปใช้รวบรวมข้อมูลได้ไม่ยุ่งยาก ภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร เวลาและแรงงาน ตลอดจนความชำนาญของผู้รวบรวมข้อมูลโดยไม่ทำให้เกิดความสูญเปล่าหรือความฟุ่มเฟือย

5. การไร้อคติ (Unbias)

การวัดที่ไร้อคติ หมายถึงการวัดที่มีความเที่ยงธรรม ไม่ลำเอียงในกระบวนการวัด นับตั้งแต่การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือ การให้คะแนน และการแปลความหมายคะแนน ผลการวัดไม่มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ผู้รวบรวมข้อมูลปะปนอยู่

6. ความครบถ้วน (Completeness)

ข้อมูลที่มีความครบถ้วน หมายถึงข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ตามความต้องการของนักวิจัย ไม่มีขาดตกบกพร่องทั้งในแง่รายละเอียด ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลและจำนวนผู้ให้ข้อมูล

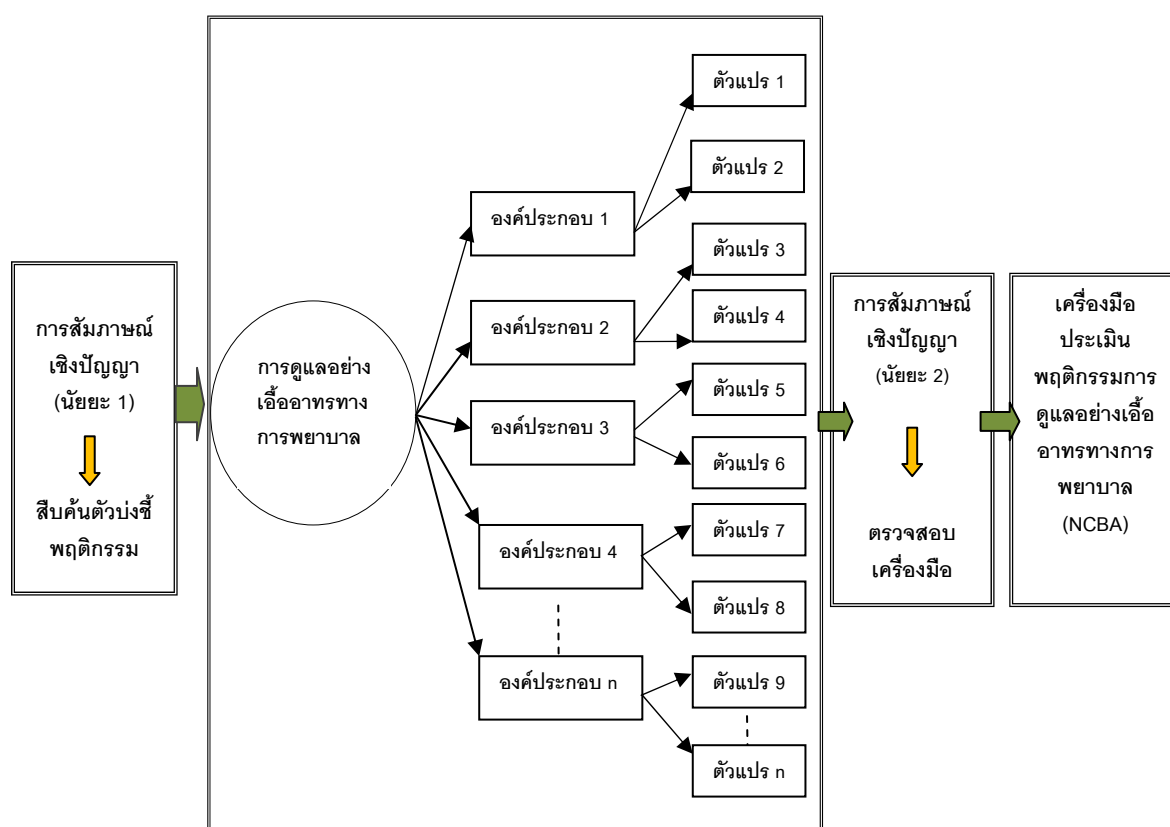
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้ง 6 ด้านที่กล่าวมานั้น เป็นการพิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับซึ่งข้อมูลที่มีคุณลักษณะครบถ้วนทั้งหกประการนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสี่ประการคือ 1) ผู้รวบรวมข้อมูล 2) ผู้ให้ข้อมูล 3) วิธีการรวบรวมข้อมูล และ 4) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ถ้าผู้รวบรวมข้อมูลไม่มีอคติ ไม่ลำเอียง ทำงานด้วยความรอบคอบ ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเหมาะสม มีเครื่องมือที่มีคุณภาพ และผู้ให้ข้อมูลร่วมมือให้ข้อมูลตามจริงโดยไม่มีอคติแล้ว ข้อมูลที่ได้มาย่อมมีคุณภาพดี (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) สำหรับการตรวจสอบและประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัยสามารถแบ่งระยะของการตรวจสอบเป็นช่วงต่างๆ ในขณะที่สร้างเครื่องมือดังนี้คือ 1) ระหว่างสร้างเครื่องมือ ทำการตรวจสอบตารางโครงสร้างว่าเนื้อหาครอบคลุม สมบูรณ์ เหมาะสม ถูกต้องตามทฤษฎีที่ต้องการหรือไม่ 2) ช่วงการทดลองใช้ครั้งที่ 1 โดยใช้กับกลุ่มขนาดเล็ก เป็นการทดลองใช้เพื่อตรวจสอบภาษาว่าสื่อสารได้ตรงกันหรือไม่ระหว่างผู้สร้างและผู้ตอบ และเพื่อตรวจสอบเวลาที่ใช้ ดูลำดับข้อ (sequence) ว่ามีความเหมาะสม สังเกตพฤติกรรมของผู้ตอบ นอกจากนี้ยังค้นหาปัญหา ข้อสงสัยจากผู้ตอบร่วมด้วย และ 3) ช่วงการทดลองใช้ครั้งที่ 2 โดยทำกับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีความเป็นตัวแทนของประชากรและเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มที่จะใช้ในการวิจัย ทำการวิเคราะห์ ความเที่ยง ความตรง ฯลฯ แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองอีกจนไม่มีที่จะต้องปรับปรุง จึงนำเครื่องมือไปใช้ได้ (อุทุมพร จามรมาน, 2540 ก)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่ได้สร้างและพัฒนาขึ้น โดยมุ่งเน้นคุณภาพด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ และความตรงเชิงโครงสร้าง เป็นหลัก ซึ่งให้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่ชัดเจน ส่วนประเด็นในด้านการวัดได้ง่าย ความเป็นปรนัย ความไว้วางใจ และมีความครบถ้วนนั้น จะได้วิเคราะห์ในลักษณะของการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุปของคุณภาพของเครื่องมือในลักษณะของสถิติเชิงบรรยายต่อไป

ตอนที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พร้อมทั้งสังเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อให้เห็นภาพของโครงสร้างการดูแลอย่างเอื้ออาทรและนำมาเป็นแนวคร่าวๆ ของกรอบการประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลและใช้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเทียบเคียงกับผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัย สำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร เริ่มจากการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) ศึกษาข้อมูลเชิงลึก

จากประสบการณ์และการรับรู้ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย โดยสัมภาษณ์จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ป่วยหรือญาติ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาลและ นักศึกษาพยาบาล หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์เนื้อหา สรุปตัวบ่งชี้พฤติกรรมและสรุปองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรสำหรับนำไปเป็นกรอบโครงสร้างของการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล แล้วจึงตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการ สัมภาษณ์เชิงปัญหา (นัยยะที่ 2) โดยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างคิดตั้ง ๆ และใช้วิธีการระดมถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลความชัดเจนด้านตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น และแนวคำตอบในแบบสอบถาม ร่วมกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการทางสถิติ ได้แก่การตรวจสอบความเที่ยง และความตรงของเครื่องมือ เพื่อให้ได้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ สำหรับกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธีวิจัย (mixed methods) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1) เพื่อพัฒนากระบวนการสัมภาษณ์เชิงปัญญาสำหรับการรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล 2) เพื่อศึกษาคูณลักษณะ และองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย 3) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในกระบวนการของการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และ 4) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็นสามระยะ (three-phase design) **ระยะที่หนึ่ง** เป็นการพัฒนา องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทยโดยการรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) และนำข้อมูลมาพัฒนาข้อความแสดง พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล **ระยะที่สอง** เป็นการพัฒนาเครื่องมือคือแบบ ประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (Nursing Caring Behavior Assessment: NCBA) และตรวจสอบเครื่องมือด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ คือการสัมภาษณ์เชิง ปัญญา (นัยยะที่ 2) และ **ระยะที่สาม** เป็นการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นด้วยวิธี วิทยาเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวม ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบท ของสังคมไทยด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1)

การวิจัยในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1.1 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาเพื่อ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการ พยาบาล โดยมีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนเอกสารด้านการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) (Geiselman and Fisher, 1984) และการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) (Willis, 2005) และสร้างแนวทางของ

การสัมภาษณ์โดยกำหนดรายการตรวจสอบการปฏิบัติ ขั้นตอนและวิธีการในการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ข.)

2. ผู้วิจัยฝึกหัดใช้เทคนิคและกระบวนการของการสัมภาษณ์เชิงปัญหาในการรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในโครงการวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการฝึกทักษะและประสบการณ์ในการสัมภาษณ์ด้วยเทคนิควิธีดังกล่าวจนเกิดความชำนาญ และสามารถใช่วิธีการสัมภาษณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้วิจัยนำแนวทางการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ในด้านคุณลักษณะ องค์ประกอบและรายการแสดงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 1.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะของพฤติกรรมแสดงออกและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการของการสัมภาษณ์เชิงปัญหาที่ได้สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 1 สำหรับรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นกรอบในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในขั้นตอนต่อไป โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทั้งในประเทศและต่างประเทศ พร้อมทั้งสังเคราะห์องค์ประกอบจากเอกสารที่ศึกษาเพื่อให้ได้กรอบอย่างคร่าวๆ ขององค์ประกอบการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่มีผู้ศึกษาไว้ในปัจจุบัน

2. ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นของความคิดเห็น/การรับรู้/ประสบการณ์ในด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของสังคมไทย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 1 ในการสอบถามรายละเอียดของข้อมูลโดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง การให้กลุ่มตัวอย่างนี้ยกย่อนเหตุการณ์การได้รับการดูแล หรือการเป็นผู้ให้การดูแล และผู้วิจัยซักถามคำถามที่สอดคล้องกับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างบอกเล่า แล้วบันทึกข้อมูลทุกอย่างที่กลุ่มตัวอย่างบรรยาย

3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดทำดัชนีข้อมูลและสรุปข้อมูลเพื่อระบุคุณลักษณะและองค์ประกอบของพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย

กลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อยู่ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ได้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล

และนักศึกษาพยาบาล โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการเก็บข้อมูลดังรายละเอียดต่อไป

1. ผู้ป่วย (หรือญาติผู้ป่วย) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก นรีเวช เด็ก สูติกรรม จำนวนอย่างน้อย 10 คนหรือจนกว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะไม่มีข้อความประเด็นใหม่เพิ่มเติม โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกต่างๆ ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป โดยผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติของการเจ็บป่วยด้านสมอง

1.2 รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและเต็มใจในการให้สัมภาษณ์

2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวนอย่างน้อย 10 คน ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลศูนย์ได้แก่ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก นรีเวช เด็ก สูติกรรม

3. อาจารย์พยาบาลจำนวนอย่างน้อย 10 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและมีหน้าที่สอนองค์ความรู้ของการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรแก่นักศึกษาพยาบาล ในสาขาวิชาต่างๆ ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลสูติศาสตร์ และการพยาบาลจิตเวช

4. นักศึกษาพยาบาลจำนวนอย่างน้อย 10 คน ที่มีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนวันที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล (สำหรับผู้ป่วย) หรือประสบการณ์การทำงาน (สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล)

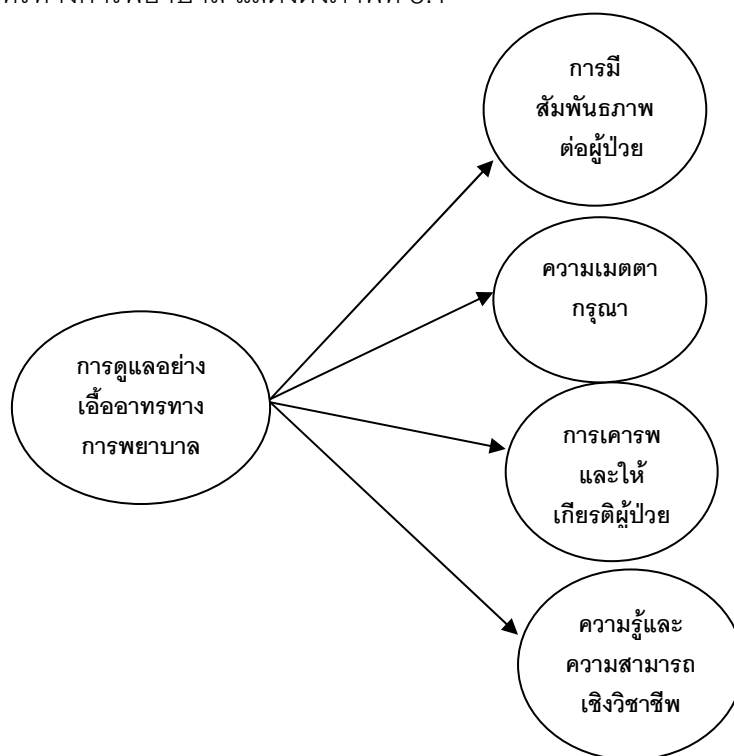
2. แนวประเด็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (interview guideline) เป็นข้อความอธิบายวิธีการและแนวทางในการซักถามข้อมูล (ภาคผนวก ข.)

การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (Nursing Caring Behavior Assessment: NCBA) และตรวจสอบเครื่องมือด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ คือการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2)

การวิจัยในระยะนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 2.1 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรฉบับร่าง โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาเป็นกรอบแนวคิดการสร้างองค์ประกอบและรายการแสดงพฤติกรรม รายละเอียดการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. จากผลการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (รายละเอียดแสดงในบทที่ 4 ตอนที่ 1) ผู้วิจัยได้สรุปเป็นข้อความแสดงพฤติกรรม และนำพฤติกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันมาจัดกลุ่มรวมเป็นมิติหรือองค์ประกอบเดียวกัน ได้จำนวน 4 องค์ประกอบ และได้กำหนดชื่อเรียกดังนี้ 1) การมีสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย 2) ความเมตตา กรุณา 3) การเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย และ 4) ความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมิติของพฤติกรรมดังกล่าวมาเป็นโครงสร้างองค์ประกอบของการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล แสดงดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงปัญญา

ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลและรายการข้อความพฤติกรรมที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาสร้างเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมในแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1

จำนวน 37 ตัวบ่งชี้ โดยได้กำหนดรูปแบบของมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในการสร้างแบบสอบถาม กำหนดจำนวน 5 ระดับ และกำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับตามรายการแสดงพฤติกรรมดังนี้

- 0 คะแนน คือไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้แสดงพฤติกรรมนั้นๆเลย
- 1 คะแนน คือน้อยครั้ง หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบจะไม่ได้ปฏิบัติ
- 2 คะแนน คือบางครั้ง หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น เป็นบางครั้งหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง
- 3 คะแนน คือบ่อยครั้ง หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น บ่อยๆ เกือบทุกครั้ง
- 4 คะแนน คือทุกครั้ง หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น ทุกครั้งที่ให้การดูแล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่าง พร้อมทั้งวัตถุประสงค์การวิจัย ความหมายของตัวแปรและมิติองค์ประกอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร และ/หรือ ด้านวิธีวิทยาการสร้างเครื่องมือวิจัยจำนวนรวม 9 ท่าน (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก.) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ข้อ คือ 1) มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลทั้งการปฏิบัติในคลินิกหรือด้านการวิจัยในประเด็นดังกล่าว และ/หรือ 2) มีคุณวุฒิและมีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

การตรวจพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นการพิจารณาว่าแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมฉบับร่างนี้มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลหรือไม่ อย่างไร และประเมินความชัดเจนของข้อความ การใช้คำ โครงสร้างในการวัด เป็นต้น ตลอดจนให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อความพฤติกรรมที่สร้างขึ้นพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ให้ชัดเจนเหมาะสมมากขึ้น (รายละเอียดแสดงในบทที่ 4)

ขั้นตอนที่ 2.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบเครื่องมือฉบับร่างด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จัดทำเป็นเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 และได้นำไปตรวจสอบด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (Willis, 2005) ซึ่งประกอบด้วยความคิดดังๆ (think aloud) และการตะล่อมถาม (verbal probing) สำหรับการสัมภาษณ์ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามรายละเอียดของเครื่องมือที่

พัฒนาขึ้นในประเด็นต่างๆ ของข้อความแต่ละข้อและตัวเลือกตอบ เช่น ความชัดเจนของคำ วลีที่อยู่ในข้อความ ความเข้าใจความหมายของคำถาม ความเข้าใจในตัวเลือกตอบที่กำหนดให้ เหตุผลในการเลือกตอบ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นกระบวนการคิด และความคิดเห็นของผู้ตอบ ต่อลักษณะของตัวแบบสอบถามและตัวเลือกตอบ

2. วิธีการในการสัมภาษณ์เชิงปัญญา เริ่มจากผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 โดยมีคำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม แนวการเลือกตอบ และข้อความพฤติกรรม โดยพิมพ์แบบสอบถามให้มีตัวอักษรขนาดใหญ่กว่าปกติเล็กน้อย เพื่อเอื้อต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยให้อ่านข้อความได้สะดวกขึ้น และหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากในการอ่านข้อความในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังอย่างช้าๆ ทีละข้อ

3. ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นต่อข้อความในแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ และความคิดเห็นที่ผู้วิจัยได้รับจะมีคุณค่าอย่างมากต่อการนำไปปรับปรุงข้อความในเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

4. ขั้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบสอบถามทีละข้อดังๆ หรือผู้วิจัยอ่านให้ฟังกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านข้อความได้สะดวก เมื่อจบข้อความแต่ละข้อ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดความคิดออกมาดังๆ ว่าในขณะที่อ่านหรือขณะที่ฟังข้อความนั้นแล้ว คิดถึงอะไร หลังจากนั้นจึงใช้การถามตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (ภาคผนวก ข.) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่กำลังนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงอาจมีพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย ที่อาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้หยุดพักหรือสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันทีที่ผู้ป่วยต้องการ

หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกในรูปแบบฟอร์มบันทึกการสัมภาษณ์ ให้รหัสข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง หลังจากนั้นได้นำข้อมูลเสียงมาถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดประเด็นสำคัญ (theme) หรือประเด็นที่ปรากฏซ้ำในการสัมภาษณ์และประเด็นข้อเสนอแนะอื่นๆ สรุปข้อมูลที่ได้จำแนกตามประเด็นการสัมภาษณ์

5. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญญามาปรับแก้ไข ข้อความพฤติกรรมในแบบสอบถามและปรับปรุงแบบสอบถามเป็นฉบับร่างที่ 3 ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ได้ปรับข้อความพฤติกรรมจากจำนวน 27 ข้อลดลงเหลือจำนวน 24 ข้อ (รายละเอียดเสนอในบทที่ 4)

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.837 ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงที่ระดับไม่ต่ำกว่า 0.70 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ว่าค่าความเที่ยงในระดับนี้ส่วนใหญ่จะพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญ (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน สุวิมล ตีรกาพันธ์, 2550: 181) ซึ่งจากค่าความเที่ยงที่วิเคราะห์ได้แสดงว่าเครื่องมือ NCBA ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

7. ปรับแก้ไขและจัดพิมพ์เครื่องมือเป็นแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (Nursing Caring Behavior Assessment: NCBA) ฉบับสมบูรณ์ (ภาคผนวก ค.)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก นรีเวช เด็ก สูติกรรมจำนวนอย่างน้อย 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะไม่มีข้อความประเด็นใหม่เพิ่มเติมโดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและเต็มใจในการให้สัมภาษณ์

1.2 รู้สึกตัวดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมองและมีคะแนนสมรรถภาพสมองโดยการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) ได้คะแนนสูงกว่า 25 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในขั้นตอนนี้ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ
2. เครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination)
3. แนวประเด็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (interview guideline) เป็นข้อความอธิบายวิธีการและแนวทางในการซักถามข้อมูล (ภาคผนวก ข.)

การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

การวิจัยขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในด้านความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) เพื่อเป็นการลดจำนวนตัวแปรในการวิจัย และเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบและสร้างโมเดลการวัดการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของโมเดลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) และตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ (criterion related validity) โดยการเทียบเคียงกับเครื่องมือที่มีผู้สร้างไว้แล้วและเป็นที่ยอมรับในงานวิจัยปัจจุบัน รายละเอียดวิธีการดำเนินการมีดังต่อไปนี้

1. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะเป็นแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดในการอ่าน เช่น อ่านข้อความลำบากเนื่องจากความเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพ หรือจากปัญหาสายตาที่เปลี่ยนแปลงตามวัย หรือผู้ที่ไม่สามารถอ่านได้อย่างคล่องแคล่ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านรายการข้อความแสดงพฤติกรรม และให้ผู้ป่วยตอบตามการรับรู้ของผู้ป่วย ทีละข้อจนครบถ้วนทุกข้อ

2. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติตอบเรียบร้อยแล้ว เพื่อป้องกันปัญหาการขาดหายของข้อมูล หากพบรายการขาดหายในข้อใด ได้ติดตามซักถามจนครบถ้วน

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลที่ได้ ในช่วงแรกจำนวนอย่างน้อย 480 ราย นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ด้วยโปรแกรม SPSS หลังจากได้ผลการวิเคราะห์แล้วได้นำมาปรับเครื่องมือให้สอดคล้องตามองค์ประกอบที่ได้ แล้วจึงนำเครื่องมือที่ปรับแล้วไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนอย่างน้อย 480 ราย นำข้อมูลมาบันทึกและตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสองขั้นตอน (second order confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL

4. ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกเครื่องมือมาเป็นฉบับเกณฑ์ในการเทียบเคียงความตรงตามเกณฑ์สัมพันธกับเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 2 ฉบับ คือ เครื่องมือที่สร้างขึ้นในบริบท

ต่างประเทศ และเครื่องมือที่สร้างในบริบทของไทย โดยเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้กันอย่างค่อนข้างแพร่หลายในงานวิจัยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้แก่

4.1 เครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแล (Caring Behaviors Assessment Tool: CBA) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในบริบทสังคมตะวันตก โดย Cronin and Harrison (1988) โดยใช้แนวคิดของ Watson เครื่องมือเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลจำนวน 61 ข้อ จัดกลุ่มเป็น พฤติกรรมทั้งด้านการใช้เครื่องมือในการดูแลและพฤติกรรมกรรมการดูแลออกด้านการดูแลรวม 7 หัวข้อย่อย (subscale) ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการดูแลของ Watson จำนวน 4 คน และได้นำเครื่องมือไปศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 22 คน ได้ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในของหัวข้อย่อยทั้ง 7 ข้อ เท่ากับ 0.66-0.90 สำหรับการนำเครื่องมือนี้ไปปรับใช้ในการศึกษาอื่นๆ ได้รายงานค่าความเที่ยงไว้ใกล้เคียงกันคือ 0.69-0.89 (Baldursdottir and Jonsdottir, 2002) , 0.73-0.91 (Cossette et al., 2005) และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้ในงานวิจัยโดย ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) โดยปรับลดจำนวนข้อคำถามลงเหลือ 50 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

4.2 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในบริบทสังคมไทย โดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ร่วมกับการศึกษาแนวคิดของการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยการสัมภาษณ์อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการและสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล จากข้อมูลพื้นฐานทั้งในส่วนของเอกสารและจากความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ได้จำนวนองค์ประกอบ 6 ด้านคือ 1) มีมนุษยสัมพันธ์ 2) มีความเมตตากรุณา 3) เคารพคุณค่าของความเป็นมนุษย์ 4) มีกลยุทธ์และทักษะในการบริการ 5) ยึดมั่นผูกพันในภาระหน้าที่ และ 6) ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีแบบองค์รวม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสำหรับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล มีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับกำหนดค่าคะแนน 4 หมายถึงกระทำพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง จนถึง 0 หมายถึงไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ส่วนเกณฑ์ในการแปลค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือ 3.50-4.00 หมายถึงมีพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับมากที่สุด 2.50-3.49 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 1.50-2.49 หมายถึงมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง 0.50-1.49 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยและคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 0.50 หมายถึงมี

พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน และตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเกณฑ์ทั้ง 2 ฉบับ มาปรับให้เหมาะสมกับการศึกษาในบริบทของผู้ป่วย และนำมาใช้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยฉบับละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะนี้ คือ ผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกหู คอ จมูก นรีเวช เด็ก สูติกรรมและผู้ป่วยหนัก โดยใช้เกณฑ์เจาะจงเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป เพื่อให้มีข้อมูลในการประเมินพฤติกรรมของพยาบาลได้ และถ้าหากผู้ป่วยไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะถามข้อมูลจากญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถสังเกต รับรู้และประเมินได้ถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยขั้นตอนนี้ใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือจำนวนอย่างน้อย 5-10 ตัวอย่างต่อตัวแปรที่ศึกษา 1 ตัวแปร (Hair et al., 2006) ซึ่งแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 24 ตัวแปร ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จึงมีจำนวน 120-240 ตัวอย่าง แต่เนื่องจากผู้วิจัยมุ่งหวังให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 ตัวอย่างต่อตัวแปรที่ศึกษา 1 ตัวแปร ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่ต่ำกว่า 480 ตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 480 ตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2. ผู้วิจัยขออนุญาตการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ตามใบอนุญาตเลขที่ 37/2553

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยตนเองและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกหัดการใช้แบบสอบถาม และมีความเข้าใจในวิธีการรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี รวมเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) จากการสัมภาษณ์เชิงปญญาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย

ส่วนที่สอง ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) คำนวณค่าสถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้สถิติภาคบรรยาย เพื่ออธิบาย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมกรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง

3. วิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ด้วยโปรแกรม SPSS

4. วิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธระหว่างแบบประเมินพฤติกรรมกรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับเครื่องมือฉบับเกณฑ์โดยการหาค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สันโปรดักโมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient) ด้วยโปรแกรม SPSS

5. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows

6. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้วยโปรแกรม LISREL โดยพิจารณาค่าดัชนีความกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งได้แก่ค่าไค-สแควร์ (chi-square) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (goodness of fit) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit) และค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (relative chi-square statistic: χ^2/df)

สรุปขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นกระทั่งเสร็จสิ้นการวิจัย 3 ระยะ สรุปได้ดังตารางที่

3.1

ตารางที่ 3.1 สรุปขั้นตอนการวิจัย

ระยะการวิจัย/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	การวิเคราะห์ข้อมูล
การวิจัยระยะที่ 1 พัฒนาองค์ประกอบและรายการพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล	- รวบรวมข้อความพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 1 - จัดทำเครื่องมือฉบับร่าง	- การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) - สังเคราะห์องค์ประกอบจากการสัมภาษณ์
การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมทางการพยาบาล	- ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ - การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 - ตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability)	- การวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) - พิจารณาข้อเสนอแนะ - การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) - สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
การวิจัยระยะที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	- ศึกษาโครงสร้างองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทร - ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) - ตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน - ตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion related validity)	- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) - การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) - สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) - สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการคือ 1) เพื่อพัฒนากระบวนการสัมภาษณ์เชิงปัญหาสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ 2) เพื่อศึกษาคุณลักษณะ และองค์ประกอบของการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ในบริบทของสังคมไทย 3) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหาในกระบวนการของการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และ 4) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอนคือ **ตอนที่ 1** ผลการศึกษาคุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ในบริบทของสังคมไทย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญหา (นัยยะที่ 1) **ตอนที่ 2** ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา (นัยยะที่ 2) **ตอนที่ 3** ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ในด้านความตรงตามโครงสร้าง ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ และความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาคุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ในบริบทของสังคมไทยด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญหา (นัยยะที่ 1)

การนำเสนอผลการวิจัยในตอนนี้แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อย ดังนี้ หัวข้อแรก ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อที่สอง ผลการวิเคราะห์เนื้อหาของการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์ หัวข้อที่สาม ผลการสรุปพฤติกรรมการดูแลอย่างเฝ้าอาทรทางการแพทย์และหัวข้อที่สี่ เป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมการดูแลอย่างเฝ้าอาทรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดังรายละเอียดผลการศึกษาต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงปัญหา (นัยยะที่ 1) ประกอบด้วย ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล 16 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน อาจารย์พยาบาล 12 คน และนักศึกษาพยาบาล

10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในระยาะนี้ 48 คน กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 39 คน (ร้อยละ 81.25) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.10 ปี (SD = 15.00) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-60 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 37.50) และมีอายุระหว่าง 16-30 ปี และ 31-45 ปี จำนวนเท่ากันคือ 23 คน (ร้อยละ 27.08) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ เพศ และอายุ

ลักษณะ	ผู้ป่วย/ญาติ (16)		พยาบาล (10)		อาจารย์พยาบาล (12)		นักศึกษาพยาบาล (10)		รวม (48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ										
ชาย	8	50.00	0	0	0	100.00	1	10.00	9	18.75
หญิง	8	50.00	10	100.00	12	100.00	9	90.00	39	81.25
อายุ อายุเฉลี่ย = 41.10 ปี SD = 15.00										
16-30 ปี	3	18.75	-	-	-	-	10	100.00	13	27.08
31-45 ปี	4	25.00	2	20.00	7	58.33	-	-	13	27.08
46-60 ปี	5	31.25	8	80.00	5	41.67	-	-	18	37.50
61 ปีขึ้นไป	4	25.00	-	-	-	-	-	-	4	8.33

1.2 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมกรดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล จำนวนรวม 48 คน มีขั้นตอนปฏิบัติในการสัมภาษณ์ดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ (rapport building) ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว พูดคุย สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงขณะกำลังสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คลายความกังวลและเข้าใจความคาดหวังของผู้สัมภาษณ์

2. การกลับคืนสู่บริบทเดิม (context reinstatement) เป็นการนึกบทวนลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลาและเหตุการณ์ที่ผ่านมาโดยมุ่งเน้นที่การฟื้นความทรงจำ (focused retrieval) โดยให้กลุ่มตัวอย่างนึกย้อนเหตุการณ์การดูแลอย่างเอื้ออาทรที่เคยได้รับหรือได้เคยพบเห็นและเกิดความรู้สึกประทับใจ และให้เล่าเรื่องราวโดยเน้นพฤติกรรมกรแสดงออก

เช่น สิ้นน้ำท่าทาง สายตา การสัมผัส คำพูด และการกระทำ โดยเล่าย้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดที่ไหน ช่วงเวลาใด ลักษณะเหตุการณ์เป็นอย่างไร

3. การบันทึกทุกสิ่ง (report everything) เป็นการขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกเล่าเรื่องราวทุกสิ่งทุกอย่างที่นึกขึ้นได้ โดยไม่ตัดสิ่งทีคิดว่าไม่เกี่ยวข้องออกไป โดยผู้วิจัยได้บันทึกเสียงของผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกราย และได้จดบันทึกรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ท่าทางขณะให้สัมภาษณ์ บรรยายากการพูดคุย เป็นต้น ซึ่งวิธีการเช่นนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน

4. การถามคำถามที่สอดคล้องในแนวเดียวกัน (compatible questioning) ผู้วิจัยซักถามประเด็นต่างๆ เพิ่มเติม จากที่กลุ่มตัวอย่างเล่า โดยคำถามจะเกี่ยวข้องและสอดคล้องกันกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างกำลังคิดย้อนถึงและกำลังเล่าเรื่อง เพื่อเป็นการทะล่อมให้ได้ข้อมูลลงลึกถึงรายละเอียดของพฤติกรรมให้ได้มากที่สุดและให้ชัดเจนที่สุด ดังนั้นคำถามที่ใช้จึงขึ้นกับเหตุการณ์ และมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และผู้วิจัยได้ถามคำถามเจาะลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ โดยให้กลุ่มตัวอย่างหรือพื้นความจำโดยให้ฟังความสนใจในด้านพฤติกรรมการแสดงออก โดยการจินตนาการส่วนต่างๆ ของเหตุการณ์ เช่น การแสดงออกทางคำพูด สิ้นน้ำท่าทาง เป็นต้น ทำให้ข้อมูลที่ได้ชัดเจนมากขึ้น

สำหรับแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 1 รายดังนี้

ผู้ป่วยอายุ 64 ปี เพศชาย เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลด้วยอาการเป็นไข้ ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด เข้ารับการรักษามาแล้ว 6 วัน ผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษาบ่อยครั้งด้วยอาการของโรคหัวใจ ในการสัมภาษณ์หลังจากขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพโดยการทักทาย แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์แล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการเริ่มสัมภาษณ์ด้วยการให้นี้กย้อนเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับการดูแลจากพยาบาล และมีความรู้สึกประทับใจ และผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมในประเด็นเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยเล่าด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อทะล่อมข้อมูลให้ได้รายละเอียดของพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาล โดยใช้คำถามที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับเรื่องหรือประเด็นที่ผู้ป่วยกำลังเล่าถึง ดังนี้

ผู้ป่วย : พยาบาลที่ดูแลดี เอื้ออาทรกับผู้ป่วย มันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประทับใจ พยาบาลคนนี้เขาพูดจาทักทายแทบทุกครั้งที่ยื่นแว่นมา พูดจาเป็นกันเองดี ไม่ถือตัวไม่รังเกียจเลย พูดจาดีมาก บางทีก็หยอแหย่ทำให้เราไม่เครียด..... หน้าตาเขายิ้มแย้มดี รอยยิ้มประทับใจ มาทักทาย ยิ้มให้เรา .. เขาจะมาคอยดูแลใกล้ชิด ดูแลแบบที่ทำด้วยใจ ใส่ใจ

ผู้วิจัย : พยาบาลดูแลแบบไหน ที่ทำให้รู้สึกว่าเขาทำด้วยใจ เขาใส่ใจ (ทะล่อมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน)

ผู้ป่วย : คือไม่ใช่แค่ทำตามหน้าที่ ไม่ใช่ทำไปงั้นๆ เพื่อให้เสร็จๆ ไปหรือทำให้ผ่านๆ คือเขาจะดูแลช่วยเหลือเต็มที่ ไม่ปล่อยผ่าน แม้แต่เรื่องเล็กๆน้อยๆ

- ผู้วิจัย : ช่วยยกตัวอย่างหรือเล่าเหตุการณ์เพิ่มเติม (ขยายเรื่องเล่าเนื่องจากข้อมูลที่ได้ยังไม่ลงลึกถึงระดับพฤติกรรม)
- ผู้ปวย : อย่างเรื่องตอนผมมาแรกๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แล้วไม่มีญาติมาเฝ้า พยาบาลมาช่วยเช็ดตัวให้ มาพลิกตัวให้ เวลาพลิกตัวเขาก็ทำเบาๆ ค่อยๆ ทำ เวลาทำอะไรให้เราเขาก็ค่อยไปด้วย ถามไปด้วย บางคนมาทำไม่ค่อยพูดไม่ค่อยจา คือทำเสร็จแล้วก็แล้วไป แต่คนนี้ดูว่าเขาทำด้วยใจ เขาจะสนใจเราว่าเราเป็นอย่างไร เรารู้สึกอย่างไร เตี้ยๆ ก็เดินมาดู เตี้ยๆ ก็เดินมาถามอาการ มาวัดความดันมาวัดไข้ มาดูแขนข่างที่ให้ยา เรียกว่ามาดูแลบ่อยมาก แล้วเขาพูดก็คอยถาม คอยบอก
- ผู้วิจัย : พยาบาลพูดอย่างไร หรือใช้คำพูดแบบไหน ที่แสดงว่าเขาพูดดี ช่วยยกตัวอย่างคำพูด (ขยายเรื่องเล่า)
- ผู้ปวย : อย่างจะถามว่าเจ็บไหม เป็นอย่างไรบ้าง เจ็บแล้วให้บอกบางทีก็ใช้คำที่แบบปลดปล่อยให้กำลังใจ ลุงต้องพยายามหน่อยนะคะ...อดทนนะลุง คำพูดแบบนี้มันจะบอกว่าเขาสนใจเรา มันเหมือนปลดปล่อยเราได้ด้วย
- ผู้วิจัย : เวลาที่พยาบาลพูดแบบนี้แล้วลุงรู้สึกอย่างไร (ตรวจสอบความรู้สึก)
- ผู้ปวย : รู้สึกดีเหมือนเขาเป็นลูกเป็นหลาน ไม่ทิ้งเรา อบอุ่น คนแก่แล้ว ไม่ต้องการอะไรมากหรอก
- ผู้วิจัย : แสดงว่าถ้าพยาบาลคอยพูดคุยกับผู้ปวยในขณะที่มาอยู่ดูแลแสดงว่าเขาใส่ใจผู้ปวย ลุงคิดว่าเป็นการทำตามหน้าที่ตามปกติที่ควรเป็นหรือไม่ (ตรวจสอบและยืนยันพฤติกรรม)
- ผู้ปวย : จริงๆ ก็น่าจะเป็นการทำหน้าที่ส่วนหนึ่ง แต่ที่เห็นมา เป็นบางคนที่ทำนะ เอาใจใส่แบบนี้ พูดคุยแบบนี้ ผมว่ามันน่าจะมากกว่าการทำหน้าที่ เพราะเขาทำหน้าที่เขาก็ทำไป อาจไม่ใส่ใจขนาดนี้ มันน่าจะเป็นคนที่ใจดีและใส่ใจคนไข้ แล้วคนไข้ไม่ใช่แค่ใส่ใจแบบนี้อย่างเดียว เขามาคอยดูแลบ่อยมาก
- ผู้วิจัย : ดูแลบ่อยแค่ไหนถึงรู้สึกว่าเขาดูแลบ่อยมาก(ขยายเรื่องเล่า)
- ผู้ปวย : แรกๆ ตอนที่ยังนอนบนเตียงตลอด เดินไปไหนไม่ได้ พยาบาลมาช่วยทำให้ทุกอย่างเลย มาบ่อย แต่ก็ไม่ได้นับนะว่ากี่หน มาวัดความดัน มาฉีดยาถ้าฉีดยาเขาจะบอกว่าเตี้ยๆจะฉีดยาให้ เตี้ยๆให้น้ำเกลือ นะ ก็บอกก่อนทุกครั้ง บอกว่าให้ยาฆ่าเชื้อนะ เจ็บหน่อย เวลาฉีดยาค่อยๆ ทำไม่ค่อยเจ็บหรอก เขาบอกก่อนทำ
- ผู้วิจัย : การบอกกล่าวก่อนที่พยาบาลจะให้การดูแล มีข้อดีอย่างไร บอกกับไม่บอกแบบไหนดีกว่ากัน (ตรวจสอบและยืนยันพฤติกรรม)
- ผู้ปวย : บอกดีกว่า เราก็จะได้เตรียมตัวก่อนไง จะได้เตรียมพร้อมว่าจะเจ็บแล้ว บางคนก็อาจไม่ยอมให้บอกก็ได้ แต่ผมอยากให้บอกว่าจะทำอะไรกับเราบ้าง อยากให้บอกด้วยว่าเราเป็นอะไร ผมไม่กลัวหรอกว่าจะเป็นอย่างอะไรที่มันแรงๆ บอกเราก็จะได้เตรียมตัว เกิดหนเดียว ตายหนเดียว ปกติผมก็รักษาความดันกับหัวใจอยู่แล้ว ผมมาบ่อย คูนกับพยาบาลดีกว่า.....

จากตัวอย่างบางส่วนที่กล่าวมา พบว่าข้อมูลที่ได้ในช่วงแรกของการสัมภาษณ์ เป็นข้อความที่มีลักษณะเป็นนามธรรมเช่น ความใส่ใจ การดูแลด้วยใจ ซึ่งยังไม่สามารถบอกได้ถึงพฤติกรรมการแสดงออกที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องตะล่อมด้วยคำถามที่สอดคล้องกับเรื่องราวที่

กลุ่มตัวอย่างเล่ามา ซึ่งลักษณะคำถามที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยได้ตอบและอธิบายเรื่องราว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลงลึกถึงพฤติกรรมที่สังเกตได้ รวมทั้งการถามเพื่อขยายเรื่องเล่าให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการ และการตรวจสอบยืนยันซ้ำข้อมูลที่ได้ ซึ่งในขณะสัมภาษณ์ได้ใช้กระบวนการดังกล่าวตามลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยเล่าโดยไม่ได้มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน แต่จะอิงกับบริบทของเรื่องเล่าจากผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการหรือขั้นตอนต่างๆ นี้ มีจุดประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและลงลึกถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทรของพยาบาล และนำมาสรุปเป็นพฤติกรรมบ่งชี้สำหรับข้อมูลตัวอย่างข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปเป็นพฤติกรรม ดังนี้ การพูดจาเป็นกันเอง หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส การทักทาย การซักถามพูดคุยขณะให้การดูแล การพูดปลอบโยนให้กำลังใจ การพูดแสดงความห่วงใย การบอกกล่าวก่อนให้การดูแล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การมาเยี่ยมเยียนดูแลบ่อยๆ เป็นต้น

ผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถนึกย้อนเหตุการณ์และเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นในอดีตได้ตามประเด็นที่กำหนด โดยผู้วิจัยไม่ได้ขัดจังหวะการเล่าเรื่องต่างๆ เพียงแต่ได้ซักถามด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อมโยงกันและมีรายละเอียดที่ชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถเล่าเหตุการณ์บางเหตุการณ์ออกมาเป็นคำพูดที่ชัดเจน บางเรื่องราวเป็นข้อความที่ไม่บ่งบอกพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยบอกตามตรงว่าอธิบายออกมาเป็นคำพูดลำบาก บางรายให้ความหมายของเหตุการณ์โดยการสรุปตามความนึกคิดและการตีความของตน เช่น เขามีความจริงใจ, เขาสนใจ เอาใจใส่, ทุ่มมีความเมตตากับคนไข้ ดังตัวอย่างความคิดเห็นจากผู้วิจัยดังนี้

“คือเรารู้ว่าเขาดูแลเราดี เขาใส่ใจ..แต่จะให้บอกยังไงละ อธิบายลำบาก”

“บอกไม่ถูก รู้แต่ว่าพยาบาลดูจริงใจ เขาทำด้วยใจ เราดูก็รู้ ดูออก ”

“จะพูดอย่างไรดีละ คือเขาดีนะ ประทับใจมาก เขาดูไม่รังเกียจเรา.....”

ในขณะที่การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งมีความคุ้นชินในการตอบคำถามการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่ถามและคุ้นเคยกับพฤติกรรมดูแลทางการพยาบาล ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ในการสัมภาษณ์มีทั้งพฤติกรรมความเอื้ออาทร แนวคิดเชิงทฤษฎีด้านการดูแลความคิดเห็นและประสบการณ์ของการดูแลทั้งในบทบาทของผู้ให้การดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้รับการดูแล ในการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลให้ข้อมูลได้ละเอียด ชัดเจน และตรงตามวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ โดยมีทั้งข้อมูลที่ลงรายละเอียดพฤติกรรมที่ชัดเจนสามารถสังเกตได้ และข้อมูลในลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรม เช่น

“เอาใจเขามาใส่ใจเรา ดูแลช่วยเหลือเต็มที่ มีใจอยากทำ ทำด้วยใจ
ไม่ใช่ตามหน้าที่ เหมือนกับเป็นญาติเรา อยากช่วยเหลือเขา ดูแลทั้งกาย
ใจ ดูแลเหมือนญาติ”
“เอื้ออาทร ต้องตั้งแต่เหมือนว่าคนที่เรารัก เหมือนดูแลด้วยความรัก
เหมือนเรารักลูก รักญาติพี่น้อง มันเหมือนเรานุ่มนวลในความรู้สึก
รู้ว่าเขาต้องการอะไร เจ็บปวดไหม มันต้องตั้งใจด้วยใจว่าเขา
ต้องการอะไร การทำอะไรให้คนไข้เราไม่ขอไปที่ ทำด้วยใจ
มันจะเอื้อได้ มันต้องพัฒนาจากข้างใน”

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำให้ได้เรื่องราวในลักษณะเป็นเรื่องเล่าผ่านกลุ่ม
ตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาสรุปประเด็นร่วมของพฤติกรรมและจัดกลุ่ม
พฤติกรรมออกเป็นข้อสรุปจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วย/ญาติ ส่วนใหญ่ได้เล่าถึงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการ
พยาบาลโดยเน้นที่การแสดงออกด้านคำพูด และสีหน้าท่าทาง ตลอดจนการปฏิบัติในขณะดูแล
จำแนกตามประเด็นและพฤติกรรมการแสดงออกดังนี้

คำพูดสุภาพ นุ่มนวล

“พยาบาลพูดดี ทำให้เรามีกำลังใจ ... เป็นกำลังใจเลย ขึ้นใจเวลาพยาบาล
พูดดี ๆ กับเรา”

ผู้ป่วย 1 ศัลยกรรม

“คำพูดเขาสุภาพ เขาก็ไม่ได้พูดเพราะคะเขาอะไรมากมายหรอกแต่เสียงพูด
เขาจะนุ่ม ๆ สุภาพ พูดนิ่มนวลไม่ตะคอก ไม่ใช่วาจาแข็งกระด้าง”

ผู้ป่วย 1 อายุรกรรม

การมีสัมพันธภาพที่ดี เช่น ยิ้มแย้ม ทักทาย ท่าทางเป็นกันเอง

“เขาพูดจาทักทายแทบทุกครั้งที่ยื่นแว่นมา พูดจาเป็นกันเองดี ไม่ถือตัว
ไม่รังเกียจเลย พูดจาดีมาก บางทีก็หย่เล่นทำให้เราไม่เครียด...
คำพูดนี้สำคัญ ยิ้มแย้มซักหน่อย..ใจมาเลยนะ คนนี้เขาหน้าตา
ยิ้มแย้มดี รอยยิ้มประทับใจ มาทักทาย ยิ้มให้เรา เราก็ดชื่น”

ผู้ป่วย 2 อายุรกรรม

“พูดจาดี เป็นกันเอง พอรู้จักชื่อเล่นผม พี่เขาก็เรียกชื่อเล่น ไม่ถือตัว

คุยสนุกๆ คุยทักทายแบบสนิท สนุกสนาน เป็นกันเอง”

ผู้ป่วย 3 อายุรกรรม

“เขาช่างสังเกต วันนี้คนไข้เป็นยังไงบ้างคะ บางวันก็เดินมาแซว
เราหายเครียด คุยกับเรา ไม่หวงตัว ทักทาย ทานข้าวรึยัง...คุยกับเรา
เจ็บไหมคะ เป็นกันเองดี”

ผู้ป่วย 2 ศัลยกรรม

การสัมผัส

“เวลาเขามาสัมผัส จะรู้สึกอบอุ่นใจ การถูกตัวเราทำให้เหมือนว่า
เขาเข้าใจผู้ป่วย มาจับแขนจับขา อบอุ่นใจ ประทับใจ”

ผู้ป่วย 4 อายุรกรรม

“เขาใจดี เข้าหาคนไข้ บางทีมาจับแขนเรา มาจับเราเต็มมือเต็มไม้ดี
พยาบาลบางคนจับเราหยาบโหย่ง เราก็แหม รังเกียจเราหรือไร
ตัวเรามันไม่เอี่ยม คนนี้เขามาจับเรา ไม่ถือตัว พยาบาลต้องอย่างนี้ดี
มันทำให้คนไข้รู้สึกดีขึ้นจริงๆ ไม่ต้องมากมายแต่ขอให้มึบ้าง”

ผู้ป่วย 1 อายุรกรรม

การซักถาม ใส่ใจดูแลอย่างใกล้ชิด และการเป็นห่วงอย่างจริงใจ

“เอาใจใส่ คอยดูแลใกล้ชิด เขาคอยดูแลดีมาก พูดคุยถามอาการ
เหนื่อยไหม.. เจ็บตรงไหนบ้าง.. มันเหมือนเขาเป็นห่วงเรา”

ผู้ป่วย 5 อายุรกรรม

“มาถามไถ่ดี เป็นอะไรไหม เจ็บปวดไหม เบาปวดรึยัง มาถามอยู่เรื่อยๆ
แบบนี้ดี เหมือนเขาใส่ใจมาก จะว่าเป็นหน้าที่ก็ได้ แต่มันก็แสดงว่า
เขาใส่ใจดูแลเราดี เรารู้สึกเหมือนปลอดภัย อบอุ่นใจด้วย”

ผู้ป่วย 3 ศัลยกรรม

“มาดูแลบ่อยๆ เอาใจใส่เราดี ไม่ได้เรียกเลย มีแต่เขามาดู มาถามไถ่
มาดูแลบ่อยๆ มาปรับเครื่อง มาวัดความดัน..”.

ผู้ป่วย 6 อายุรกรรม

“บางคนก็ฉีดยาเร็ว บางทีก็ปวด แต่พี่คนนี้เขาค่อยๆ ไล่นยา
เขาบอกช้าหน่อยไม่เป็นไร ผมจะได้ไม่ปวด”

ผู้ป่วย 3 อายุรกรรม

“เขามีความจริงใจ ไม่แกล้งทำให้ผ่านๆ ไป บางทีเขาพูดเหมือนดู

แต่เรารู้ว่าเขาจริงใจ อยากให้เราหาย เขาทำด้วยใจ เราใช้ความรู้สึก
เรารู้เลย เขามาจับมือ มาคุย มาอธิบาย ดูรู้เลยว่าทำด้วยใจ 'ไม่เสแสร้ง'

ผู้ป่วย 2 อายุรกรรม

“เป็นกันเอง ดูแลเราทุกอย่าง เขาเหนื่อยนะ เราถ่ายเบื่อนที่นอน
ไปห้องน้ำไม่ทัน เขามาเช็ดก้น เขาไม่รังเกียจ ไม่ดูไม่ว่าเราซ้กคำ
ทำแบบนี้ทำด้วยใจเลย ประทับใจมาก ”

ผู้ป่วย 4 อายุรกรรม

การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว

“พยาบาลบอกให้หายใจลึกๆ ต้องทำให้หายใจขึ้นมาแบบนี้
จะได้ไม่เหนื่อยหอบ”

ผู้ป่วย 1 อายุรกรรม

“เวลาเอายามาให้กินเขาจะบอก กินน้ำเยอะๆ นะ ยาด่วนี่มันมีอันตราย
ต่อไต ... มันเป็นความรู้...ทำให้เราทำตัวได้ถูก”

ผู้ป่วย 1 นรีเวช

“เขาก็บอก แนะนำ..ทำกายภาพบำบัดแบบนี้ะ มันจะได้หายไว..”

ผู้ป่วย 4 ศัลยกรรม

ปลอบโยน ให้กำลังใจ

“ชอบเวลาเขาพูดให้กำลังใจ “ใจเย็นๆ นะ ไม่มีอะไร” มันทำให้ผมรู้สึกกว่า
เขาจะคอยช่วยเหลือผม เขาไม่ทิ้ง...”

ผู้ป่วย 7 อายุรกรรม

“ให้คำปลอบโยนให้กำลังใจ...ลุงต้องพยายามหน่อยนะคะ..
อดทนนะลุงนะ.... มันเหมือนปลอบใจเรา”

ผู้ป่วย 2 อายุรกรรม

“พูดให้กำลังใจ ... ผ่าตัดแบบนี้ แผลไม่ลึก เจ็บไม่มาก เดียวก็หายแล้ว..”

ผู้ป่วย 1 ศัลยกรรม

การพูดคุย บอกกล่าวก่อนและขณะให้การดูแล

“ถ้าฉีดยาเขาจะบอกว่าเดี๋ยวจะฉีดยาให้ เดี่ยวให้น้ำเกลือนะ ก็บอกก่อน
ทุกครั้ง บอกว่าให้ยาฆ่าเชื้อนะ เจ็บหน่อย เวลาฉีดเขาค่อยๆ ทำ
ไม่ค่อยเจ็บหรอก เขาบอกก่อนทำ”

ผู้ป่วย 2 อายุรกรรม

“เวลาทำอะไรก็บอก ว่าลุง เดียวทำนั่นหน่อยนะ.. นี่หน่อยนะ..
บอกเราเราก็จะได้รู้จะได้เตรียมตัว”

ผู้ป่วย 1 อายุรกรรม

“เอาใจใส่ ให้อากินเขาก็เรียก เวลากินข้าวก็เรียก เรียกป่า...กินข้าวนะ
เราเหม็น กินไม่ค่อยลง เขาก็พยายามบอก ฝืนหน่อยเดี๋ยวจะได้ กินยา
มีอะไรก็บอกเขา เขาก็มาทำให้ มาคอยถาม คอยดูแลให้”

ผู้ป่วย 5 อายุรกรรม

การรับมาดูแลไม่ปล่อยให้รอนาน

“คนไข้ไปตามเขาก็รับมาดูแล บางที่เขาอยู่กับคนอื่นอยู่ เราก็เกรงใจ
เขาอาจจะมาช้าสักหน่อยแต่เขาก็มา บางทีเราก็ปิดน้ำเกลือรอไว้ก่อน”

ผู้ป่วย 5 อายุรกรรม

“เวลาเวียนหัว พยาบาลรีบมาดูแล เวลาเรียกก็มาเร็ว เขารู้หน้าที่
มีปัญหาก็มาช่วยดูแลรวดเร็ว มาซักถาม มาช่วยเหลือต่างๆ ให้”

ผู้ป่วย 2 นรีเวช

การเรียกชื่อและการดูแลที่คล้ายกับเป็นญาติ

“พยาบาลเรียกชื่อเขาก็เรียกตามวัย ตามอายุ เพราะเราก็อายุเยอะแล้ว เขาก็
เรียกตามวัย ลุง ตา ปู่ ย่า ตา ยาย”

ผู้ป่วย 1 อายุรกรรม

“คำเรียกที่พยาบาลใช้เรียก เขาเรียกคุณป้า คุณยาย คุณลุง คุณตา รู้สึก
เหมือนกับเป็นลูกเป็นหลานเรา..รู้สึกอบอุ่น”

ผู้ป่วย 2 อายุรกรรม

“เขารักลูกเราเหมือนกับลูกเขา เรียกลูกทุกคำ ไม่รังเกียจเลย
น้ำมูกน้ำลาย..”

ผู้ป่วย 1 กุมารเวชกรรม

มีน้ำใจ ช่วยเหลือดูแลนอกเหนือหน้าที่ประจำ

“เวลาขึ้นเวรมา บางทีก็มีน้ำใจซื้อขนมมาฝากเรา.. ชื่อของเล่นมาฝาก
ลูกเรา เวลาเราขอออกไปดูระนงนอกโรงพยาบาล เขาก็ฝากลูกกับเขาไว้
เขาดูแลให้..เราไม่ต้องห่วงอะไรเลย”

ผู้ป่วย 1 กุมารเวชกรรม

“พี่พยาบาลบางทีจะซื้อขนมมาฝาก เขาไม่จำเป็นต้องซื้อมาฝากก็ได้
คือเขาทำเหมือนผมเป็นน้องเขาเลย ว่างๆ เขาก็เดินมาคุยด้วย”

ผู้ป่วย 3 อายุรกรรม

กลุ่มที่ 2 พยาบาลประจำการ

พยาบาลส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า พยาบาลที่เฝ้าอาหารจะต้องมีความจริงใจ ใช้หลักใจ
เขาใจเรา ดูแลด้วยใจเมตตา กรุณา พยาบาลที่มีใจเมตตา สงสารผู้ป่วย จะปฏิบัติการพยาบาล
ด้วยความใส่ใจต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ชักถามและดูแลอย่างเต็มที่โดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ มีความ
ไวในการสังเกตอาการและเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัย รายละเอียดดังนี้

“เราดูแลโดยการใช้หลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา สิ่งใดที่เราชอบ เราชัก
เรามีความสุขแบบไหน คนอื่นก็คล้ายเรานั้นแหละ คนอื่นก็ชอบเหมือนเรา
ปรารถนาสิ่งนั้นเหมือนเรา ถ้าไม่ดี เราไม่ชอบ คนอื่นก็ไม่ชอบเหมือนกัน
เราก็จะไม่ทำ”

พยาบาล 3

“เราสงสารคนไข้ มาคนเดียวไม่มีญาติ เราไปทำให้อย่างเชิดตัวนี้
เรายุ่งมาก เราก็ไปทำ ถ้าไม่ทำก็ไม่มีการเห็น เราไม่จำเป็นต้องทำก็ได้
แต่ใจเราอยากให้เขาสบาย”

พยาบาล 1

“มาจากใจก่อน ถ้าเขาร้องขอแล้วเรามีสภาพจิตใจที่ดี เราจะอาหาร
เรารู้สึกดี รักเขา สงสารเขา เราจะทำเหมือนญาติคนหนึ่ง
ยายเขาน่าเอ็นดู.. น่าสงสาร... จะเอาอะไรใหม่... สิ่งที่เราแสดงออกมา
มันจะนุ่มนวล”

พยาบาล 5

การที่พยาบาลมีใจเมตตา กรุณา สงสารผู้ป่วย จะส่งผลให้พฤติกรรมการณ์ดูแลที่แสดงออก
เป็นไปในลักษณะที่อ่อนโยน นุ่มนวล สายตา คำพูด และการแสดงออกจะสอดคล้องกลมกลืนกัน
และผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ มีความหวังใจ เอาใจใส่สม่ำเสมอ รับรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหของ
ผู้ป่วยได้ตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ดังนี้

“สายตาและคำพูดขณะที่กระทำ น้ำเสียงอ่อนโยน
การพูดจา แบบเนียนไม่ค้ำดันต่อกันมันสอดคล้องไปด้วยกัน”

พยาบาล 6

“ใจ คำพูด สายตา ความเป็นกันเอง เจตนาดี ความตั้งใจดี
เราตั้งใจเป็นผู้ให้ เราเชื่อตามนี้เราก็มีความสุข ผู้ป่วย
ญาติก็มีความสุข”

พยาบาล 3

“เอาใจใส่ดูแล ไม่ทิ้งผู้ป่วย ไม่ทิ้งปัญหา การใส่ใจสม่ำเสมอ
ดูแลช่วยเหลือ ถึงแม้จะมีงานหนัก เช่นการพลิกตะแคงตัว
ป้องกันแผลกดทับ เราไม่หลับเวลาอยู่เวรตึก เป็นห่วงคนไข้
คอยตรวจตราความผิดปกติ เช่นเครื่องช่วยหายใจหลุด
น้ำเกลือไม่ไหล”

พยาบาล 5

“ความต่างคือการใส่ใจอย่างแท้จริง เขาจะลึกซึ้ง จะอยู่กับคนไข้ตลอด
ไม่จำเป็นไม่ไปไหน ถ้าต้องไปจะสั่งแล้วสั่งอีก ห่วงใย กลัวน้ำเกลือจะหมด
โอเคย้าแล้วย้าอีก เอาใจใส่ทุกเรื่อง คนไข้ ญาติ หมอ เขาตอบได้หมด
ให้ข้อคิดเห็นแพทย์ได้”

พยาบาล 4

“พฤติกรรมคือ ติดตามปัญหา รู้ปัญหา ปัญหาหมดริยัง ว่ามีปัญหาอะไร
เขาร้องขออะไร เราจะติดตามทำให้ เขามีอะไรที่เขาต้องการบ้าง
บางที่เขาไม่ได้ร้องขอหรือแต่เราเสนอให้เพราะเราใส่ใจ
อยากให้เขาได้สิ่งที่ดีที่สุด”

พยาบาล 5

“คำพูดดีๆ อ่อนหวานมันไม่ใช่ทั้งหมด ต้องใส่ใจ ไม่ใช่แค่ทำตามหน้าที่
คนที่ห่วงหาอาทรจะรู้อาการคนไข้ทุกอย่าง รู้แม้กระทั่งญาติคือใคร
จะมาตอนไหน”

พยาบาล 6

การสัมผัส

“สัมผัสสำคัญ การที่เรารักใครแล้วสัมผัสด้วยความรัก
เหมือนจะส่งกระแสจิตให้ผู้รับรู้ได้”

พยาบาล 5

“บางที่เขาเครียดเราสัมผัสเหมือนเป็นการให้กำลังใจ”

พยาบาล 10

“ท่าทาง การสัมผัส คนไข้ใกล้ตายที่จะลูบศีรษะจนเขาไป
คนไข้ทุกคนปัญหาเขามาก เราไปพูดคุยการสัมผัสไปด้วย
การจับ การยก การพลิก คนไข้ก็จะรู้”

พยาบาล 6

การปลอบใจ การให้กำลังใจ

“เราจะจับมือแล้วบอกเลยว่าไม่เป็นไรนะลุง พยาบาลอยู่ใกล้
เป็นยังไงก็บอกเลย”

พยาบาล 7

การมีน้ำใจช่วยเหลือนอกเหนือจากหน้าที่

“อย่างบางรายไม่มีตั้งค้เลย ไม่มีค่ารถกลับบ้าน เราจะช่วยกัน
เรียกรถกันไป รวบรวมๆ เงินกันให้เขาไป ช่วยได้เราก็ช่วย...
ช่วยเหลือแบบนี้ก็ไม่เกี่ยวกับการทำงานนะ”

พยาบาล 8

“มีพยาบาลหลายคนพอรู้ว่าผู้ป่วยไม่มีญาติ ไม่มีคนมาเยี่ยม
ก็จะซื้อของมาให้ พอหมดเวลางานก็ยังไม่ลง ไปดูแลป้อนข้าวให้
เขาทำด้วยใจจริงๆ”

พยาบาล 9

“ประสบการณ์ เช่นคนไข้ ต้องกลับไปแล้วไปต้องดูแลที่บ้าน
แล้วเขาไม่มีเงิน พี่รวบรวมเงินกับญาติๆ แล้วไปซื้อให้เขาเลยนะ
พี่คิดว่าทำบุญไปด้วย ก็ได้ผลนะ คนไข้ก็ไม่กลับมาอนอีก
มันได้ผลทั้งแง่การรักษาและการทำบุญ”

พยาบาล 2

คำพูดไพเราะ การใช้คำพูด สุภาพ นุ่มนวลอ่อนโยน

“คำพูดของพยาบาล ถ้าในใจมีความเมตตา มันแสดงออกมาเป็นคำพูด
ใส่ใจคนไข้ เป็นกันเอง พูดไพเราะ จะไม่ดูคนไข้”

พยาบาล 10

“ไม่เสียงดัง ไม่ดูคนไข้ น้ำเสียงสุภาพ อ่อนโยนน้ำเสียงนุ่มนวล เห็นใจผู้อื่น”

พยาบาล 8

“คำพูดจะให้กำลังใจคนได้ดีมาก ถ้าพูดไม่ดีมันบั่นทอนหมดทั้งกายทั้งใจ
บางคนเจอหน้ากันก็เห็นได้ง่าย แวดตา ความรู้สึก บางที่ไม่เห็นหน้า

ได้ยินคำพูดก็รู้อารมณ์แล้ว ว่าอยู่ในสภาวะใด พุดจาไพเราะ
การสัมผัสนุ่มนวล ยิ้มแย้ม แววตา เป็นมิตร ดูแล้วจริงใจ
มองแล้วรู้สึกสบายใจ อบอุ่น”

พยาบาล 3

“คนที่มองแล้วจริงใจจะสุภาพอ่อนโยน มีความเห็นอกเห็นใจ
เหมือนให้ความสนใจ พุดกับเราก็มองเรา พุดคุย สบตา มีสัมผัสภาพที่ดี”

พยาบาล 10

การเห็นใจผู้อื่น

“เราเห็นใจคนอื่น เช่นยึดหยุ่นกฎระเบียบบางอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ หรือคนไข้ใกล้ตายเราก็นุโลม
นี่ถึงใจเขาใจเรา หากญาติต้องการเฝ้า ก็อาจอนุโลมการเฝ้า..”

พยาบาล 5

การให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

“ต้องคุยต้องอธิบาย คนไข้ต้องการข้อมูลอะไร เราต้องให้เขา
ตามที่เขาต้องการ การให้ข้อมูลแก่คนไข้จะช่วยลดปัญหาลงได้
ถ้าให้ไม่ได้ต้องประสานหมอ และให้คุยกับหมอโดยตรง
หรือกรณีคนไข้ใกล้เสียชีวิต คนไข้แนวโน้มจะตายเราจะคุย
กับญาติตรงๆ เช่นอยาก让他ไปเสียชีวิตที่บ้านหรือไม่
พยาบาลต้องให้ข้อมูลถึงสิ่งที่จะทำได้ อย่างละเอียด
และตรงไปตรงมา”

พยาบาล 5

สัมผัสภาพที่ดีกับผู้ป่วย เช่น การทักทายผู้ป่วย การยิ้มแย้ม

“สัมผัสภาพกับผู้ป่วยนี้สำคัญ เรายิ้มแย้มแจ่มใส ที่ผ่านมาเขา
อาจมีประสบการณ์ไม่ดีมาก่อน เรายิ้ม เราพุดคุยกับเขาในเชิงรุก
คือเราให้เขาก่อน เขาจะรู้สึกไม่กลัว คือเวลาญาติมาเยี่ยม
เราต้องไปหาญาติเลยไม่ต้องให้เขาเดินมาถาม ที่สำคัญคือยิ้ม
เขาจะกล้ามาถาม”

พยาบาล 4

“สัมผัสภาพ การพุดจาเป็นกันเอง เรียกชื่อเล่นคนไข้”

พยาบาล 10

“ตกทายคนไข้ก่อน เวลาคนไข้มาจะพี่ไปช่วยยกคนไข้
มันเหมือนการต้อนรับ”

พยาบาล 6

“เจอผู้ป่วยก็ตกทายแนะนำตัว กล่าวสวัสดิ์ก่อน ยิ้มแย้มแจ่มใส
เปิดโอกาสให้เขาได้ซักถาม ยิ่งกับคนแก่ เราเหมือนลูกเหมือนหลาน”

พยาบาล 8

“ที่สำคัญการมีสัมพันธภาพต่อเนื่องบางรายคนไข้ย้ายจากICUไปแล้ว
แต่เรายังตามไปเยี่ยม คนไข้เอง จำหน่ายกลับบ้านแล้ว ก็กลับมาหามา
บอกว่าจะกลับบ้านแล้วนะ มาที่ก็ชื่อของมาให้ เราดีใจที่เห็นเขาผ่านพ้น
วิกฤติไปอาการดีขึ้น”

พยาบาล 4

การคุยเล่นเป็นกันเอง ทำทางเป็นมิตร เป็นกันเอง

“คนไข้ที่แก่ๆ พอเราว่างจากงานประจำเราก็ไปคุยไปแหย่เล่น
เข้าไปคุยกับเขา ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหาโดยตรง ไม่ใช่การเจ็บป่วยโดยตรง
ไปคุยเล่นตกทาย ทำความสนิทไปที่ละน้อยก่อน เขาจะมองว่าเราเหมือน
ลูกหลานเขา”

พยาบาล 8

“พูดคุยเป็นกันเองกันคนไข้ มีแซว มีพูดเล่นบ้าง”

พยาบาล 5

การใช้สรรพนาม การเรียกชื่อ

“เราใช้คำแทนตัวเองว่าป้าคุยกับเขา เล่นกับเขาก่อนให้เขาไม่กลัว
ให้สนิทสนมก่อน พูดหยอกกล้อ ค่อยๆ คุยให้เค้าไม่กลัว
เด็กก็จะให้ความร่วมมือ เข้าไปคุยทำท่าสนิทสนม พ่อแม่
เราจะไปพูดคุยเหมือนญาติ ไม่ใช่พยาบาลกับคนไข้”

พยาบาล 2

“การใช้สรรพนาม ใช้แบบนับถือทางสังคมจะดูดี คุณลุง คุณย่า
คุณยาย ดูแลให้เหมือนเป็นญาติของเรา ถ้าเขามีฐานะทางสังคม
เราก็ต้องให้เกียรติเขา เขาเป็นผ.อ.เราก็ควรเรียกผ.อ. เรียกอาจารย์
ทุกคนต้องการเกียรติ เราต้องให้เกียรติ”

พยาบาล 3

“เราคุยเล่น เรียกสรรพนามว่าลุงป้า เหมือนเป็นญาติเรา”

พยาบาล 1

การให้เกียรติและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น การบอกก่อนให้การดูแล

“เราต้องบอกอยู่แล้วว่าเราจะทำอะไร ถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัวเราก็บอก บางทีไม่รู้สึกรู้สีกตัว เราไม่บอกก็ได้ แต่มันทำจนเป็นสิ่งชินไปแล้วว่า ต้องบอกเขามันเป็นการให้เกียรติเขาด้วย เขาก็เป็นคนๆหนึ่ง”

พยาบาล 1

ทักษะ ความสามารถด้านวิชาชีพ

“ผู้ป่วยหนัก พยาบาลต้องมีศักยภาพที่จะดูแลผู้ป่วยได้ การ early detect จะลดอัตราการตายของคนไข้ได้ดีมาก”

พยาบาล 4

“ใส่ใจรู้ละเอียดทุกเรื่องของคนไข้ ดูแลด้วยความใส่ใจตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถให้คำอธิบายได้ ที่สำคัญคือการเฝ้าระวังความเสี่ยง เราจะคุยกับญาติว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่ เราจะไปพูดคุยก่อน”

พยาบาล 4

การช่วยเหลือรวดเร็วทันทีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ไม่ปล่อยให้รอ

“บางรายถ้าฉุกเฉินมาตามเราต้องไปทันที แต่บางรายถ้าไม่ฉุกเฉิน เราอาจรอดได้ถ้าเรายังอยู่ แต่ก็ต้องบอกเขา เขาจะได้ไม่เข้าใจผิด แต่ที่นี้คนไข้จะรู้ว่าพยาบาลงานหนักแค่ไหน บางคนยังบอกว่า มีลูกหลานก็ไม่อยากให้เรียนพยาบาล”

พยาบาล 1

“ใส่ใจ เวลาเขามาเรียก เราจะทันทีเลย การที่เขาเรียกแสดงว่า เขาต้องมีปัญหาแล้วเราจะไม่ ..เดี๋ยวนะ รอก่อน...”

พยาบาล 2

“ขณะที่เราทานอาหารเราก็ยังมองดูคนไข้ หรือผลัดกัน บางทีเรากำลัง กินข้าวค้างอยู่ ก็ต้องรีบลุกไปดูดูเสมหะ เราลุกทันที เราไม่รู้สึกรู้สีกว่า เรากำลังทานข้าวอยู่ ต้องไปดูดูเสมหะ ญาติถามว่าทำได้อย่างไร เขาประทับใจว่าเราให้ความสำคัญกับคนไข้ คนไข้มาก่อน”

พยาบาล 4

การดูแลแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ

“ต้องรู้ว่าจริงๆ ปัญหาของเขาคืออะไร คนไข้มานอนบ่อยๆ บางทีมันไม่ได้เป็นที่ร่างกายนะ จิตใจนี่สำคัญเลย”

พยาบาล 2

“มองลึกถึงปัญหากายและใจ เขาจะหายไม่ได้ถ้ามีปัญหาคืออย่าง เจอหมอดีๆ โรคก็หายไปเป็นครั้งแล้ว”

พยาบาล 6

“ดูแลสวดมนต์ให้ฟังที่ข้างหู บางทีคนไข้เหมือนรออะไรอยู่ ต้องซักถามญาติ รายละเอียดทั้งหมด เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือปอดบวมใจญาติ ตอบสนองด้านจิตใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต”

พยาบาล 5

“พฤติกรรมที่โดดเด่นคือการดูแลทั้งหมด กาย ใจ สิ่งแวดล้อมคนไข้ ญาติ เขาจะเข้าถึง ทางกายทางโรค ความรู้ทักษะ ต่างๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ดูแลแบบถ้วนถี่ทุกเรื่อง รอบคอบละเอียด ไม่ว่าจะเรื่องlab เรื่องการส่งเวร การไอเคงาน มีการซักถามใส่ใจทุกเรื่อง ทั้งการรักษาพยาบาล มีการไอเคงานละเอียดมาก”

พยาบาล 4

“บางคนหงุดหงิดหลังผ่าตัด เราต้องเข้าใจว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนไข้ เขาไม่ยิ้ม เราก็ยิ้มให้ วันหลังเขาสบายดีเขาก็ยิ้มให้เรา”

พยาบาล 3

“รับฟังผู้ป่วย รับฟังปัญหาและความต้องการของเขา ช่วยเหลือ คลายปัญหาต่างๆ บางทีมันไม่ใช่แค่ปัญหาทางร่างกาย จิตใจเขาก็ต้องการความช่วยเหลือ”

พยาบาล 8

ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ

“อธิบายเวลาญาติสงสัย กังวล การให้ข้อมูลควรชัดเจนให้เป็นระยะๆ ค่อยเป็นค่อยไป การให้ข้อมูลไม่ดีพอ ทำให้เข้าใจกันผิดได้ ”

พยาบาล 3

กลุ่มที่ 3 อาจารย์พยาบาล ส่วนใหญ่ให้ความหมายโดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีการสนใจ ใส่ใจ รับฟังผู้ป่วย แก้ไขปัญหาที่สอดคล้องตรงกับความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมุ่งทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณดังรายละเอียดดังนี้

เอาใจใส่ ใส่ใจในการกระทำ ทำด้วยใจ เสมือนเป็นญาติ

“คิดว่าคนไข้ที่เราดูแลเป็นคนที่เรารัก หรือเรากำลังดูแลตัวเราก็ได้ เราอยากให้ตัวเราเป็นอย่างไร ถ้าเราเป็นตัวคนไข้บ้าง เหมือนเรา เอาใจเขามาใส่ใจเรา เราต้องการแบบไหน เราก็ดูแลคนไข้ แบบนั้นแหละ”

อาจารย์ 7

การเรียกชื่อ

“สรรพนามที่ไม่ดูแตกต่าง บ้า ลุง เขาจะรู้สึกเหมือนเขาเป็นญาติ”

อาจารย์ 10

การแสดงออกถึงความเป็นมิตร ยิ้มแย้ม การทักทาย

“อย่างน้อยเราต้อง ยิ้มแย้ม มันตั้งแต่ภาษากายของพยาบาล เช่นมองหน้า ต้องเหมือนเขามีตัวตน ต้องมองหน้า สบตา ยิ้มแย้ม ทักทาย สีหน้าท่าทาง สีหน้าเป็นมิตร แววตาเป็นมิตร”

อาจารย์ 7

“เห็นคนไข้ ทักทายเลย เข้าไปถามไถ่ ให้เขาบอกว่าเขาต้องการอะไร เราควรเข้าไปพูดคุยแบบกันเอง คุยเหมือนกับเขาเป็นญาติเรา ใจเราต้องคิดแบบนั้น เราจะเข้าใจและก็จะคุยแบบกันเอง”

อาจารย์ 6

คำพูดและน้ำเสียง

“คำพูดไม่ต้องหวานมากมายอะไรหรอก แต่น้ำเสียงไม่กระซอก ไม่เสียงแข็ง ไม่บังคับ ไม่ออกคำสั่ง ”

อาจารย์ 7

“สีหน้าแววตา คำพูด คือวาจาไม่ห้วน น้ำเสียงจะนุ่มนวล คนไข้รับรู้ได้”

อาจารย์ 8

การสัมผัส

“อาจมีการสัมผัสบ้างแต่ต้องเนื้อตัวบ้างดูเป็นรายการณี การสัมผัส

จะเข้าถึงใจมากกว่า เช่นการกินยา อาจไปสัมผัส ไปแตะบอก
ไม่ใช่สะกิดนะ เคยมีคนใช้บอกเลยเวลาเราสัมผัสเขา เขารู้ว่า
เหมือนเราแบ่งปันความเจ็บปวดจากเขามา”

อาจารย์ 11

“นวดหลัง สระผม มันพึ่ๆ แต่เป็นการสัมผัสเขาโดยตรง
เขาจะบอกว่าเขาขอบคุณเรา”

อาจารย์ 3

การทำด้วยใจ

“พยาบาลจะรับรู้อารมณ์ ถ้าเราทำด้วยใจ เราจะนุ่มนวล บางทีแม้กระทั่ง
การสัมผัสเขา เขารู้ตัวเราว่าเราทำด้วยใจใหม่ เราจะรู้ว่ามันนุ่มนวล”

อาจารย์ 8

“พยาบาลรับรู้ตนเองว่าออกมาจากใจใหม่ เราเข้าไปถึงใจเขาใหม่
เช่น เจ็บปวด เขารู้สึกอารมณ์ความรู้สึกของเขา มันอาจออกมา
ได้ทั้งคำพูด หรือไม่ใช่คำพูดถ้าพยาบาลทำมากกว่าหน้าที่
มันจะรับรู้ทั้งตัวเขาและคนไข้”

อาจารย์ 5

ความนุ่มนวลในการกระทำ

“อ่อนโยน เป็นภาพที่ดี มันไม่ห่างเหินคู่อ่อนโยน การโน้มตัว ดูอบอุ่น ดูแล้วมัน
สบายตา เหมือนภาพแม่อุ้มลูก ความรู้สึกอ่อนโยน”

อาจารย์ 5

“การแสดงออก การเข้าหาคนไข้ เราจะรู้สึกได้ ว่าอ่อนโยน นุ่มนวล
เร็ว แต่ไม่แรง”

อาจารย์ 8

ไม่เปิดเผย

“ปิดผ้ามิดชิด ไม่เปิดเผยเนื้อตัวผู้ป่วย”

อาจารย์ 3

รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจและใส่ใจ

“เปิดโอกาสให้เขาได้ถามเพราะเวลาเราพูด คนไข้เข้าใจเร็วเปล่า
ต้องมีเวลารับฟังผู้ป่วย”

อาจารย์ 1

“ต้องยอมรับในตัวคนไข้ การซักถามข้อมูลต้องเปิดใจ ต้องพยายามค้นหาข้อมูล เปิดใจไม่ด่วนสรุป ต้องรับฟังปัญหา ให้การพยาบาลให้ตรงที่สุด ต้องฟังอย่างตั้งใจ ว่าเขาอยากบอกอะไร ไม่ใช่ฟังไปงั้นๆ”

อาจารย์ 7

“ในขณะที่ทำแผลให้เขา ถ้าเขาเจ็บเราก็ยังต้องลงมือทำ แต่ต้องทำด้วยความใส่ใจ รับรู้ปัญหา ความรู้สึกและแก้ไข ฟังเขามากกว่า”

อาจารย์ 1

“พฤติกรรมของเราในขณะที่พูดคุยคือหาข้อมูลให้ได้ พูดคุยเป็นกันเอง โดยฟัง ให้เขาเป็นคนพูด สิ่งที่ทำตลอดคือเวลาคุยจะต้องสัมผัสทุกครั้งและสบตา เวลาคุยกับคนไข้จะคุยเหมือนเขาเป็นญาติเรา พูดไปยิ้มแย้มไป”

อาจารย์ 12

เข้าใจความรู้สึก

“ไม่ใช่แค่ฉีดยาแล้วก็กลับมาเหมือนทำตามหน้าที่ แต่มันต้องเข้าใจความรู้สึกว่าเขาต้องการอะไร บางที่เขาอาจไม่ได้ร้องขอด้วยซ้ำ แต่เรารับรู้ด้วยความรู้สึกได้ว่าเขาต้องการอะไร”

อาจารย์ 3

การให้ข้อมูล การบอกก่อนให้การพยาบาล

“การให้ข้อมูลเหมือนการเปิดโอกาส เราควรให้ข้อมูลเพื่อเขาจะได้ไม่กังวล เหมือนเราสนใจจริงๆ เรากำลังทำอะไรกับเขา จะเกิดผลอะไร อยากรู้ทำไปพูดไป อธิบายไป”

อาจารย์ 8

“กระซิบบอกคนไข้ที่ข้างหูว่ากำลังจะทำอะไรให้ ให้เขานอนนิ่งๆ เวลาทำก็พูดให้เขารู้ ทำเหมือนว่าเขารู้สึกตัว เช่นให้ช่วยกลืน ทำให้นุ่มนวล คนไข้เข้าใจ สามารถให้ความร่วมมือถ้าเราอธิบาย ให้เขาฟัง เราต้องบอกให้เขารู้ตัว คนไข้กลัวทุกอย่างที่เราจะใส่เข้าไปในร่างกายเขา เขาจะต่อต้าน ทำยังไงให้เขาร่วมมือ ดังนั้นเราต้องบอก”

อาจารย์ 12

ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

“ไวต่อความรู้สึกของคนไข้หรือญาติ บางที่เรารู้เลยว่ามีสายตาคอยมอง เราจะถามว่ามีปัญหาอะไรไหม เขาก็จะบอกให้ฟัง ถ้าพยาบาลไว

และตอบสนองของความต้องการ ก็แสดงว่าเอื้ออาทร”

อาจารย์ 9

ให้กำลังใจ

“ในห้องคลอดคนไข้เบ่งไม่ไหว เราใช้วิธีพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย
ใจเย็นๆ นะ จะพูดไปด้วยสัมผัสไปด้วย”

อาจารย์ 2

ดูแลแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ

“เขาอาจทุกข์เรื่องอื่น ปะปนกัน เราต้องดูปัญหาอื่นๆ เช่น เศรษฐกิจ
ความทุกข์ เราก็ควรดูแลให้หมด”

อาจารย์ 9

“ถ้าจะให้กว้างขึ้นไป ก็ต้องซักถามถึงที่บ้านด้วย ใส่ใจปัญหา
ถ้าเราได้ข้อมูล บางทีเราช่วยเขาคิดด้วย เราอาจส่งต่อข้อมูล”

อาจารย์ 6

“คนตรงหน้าคือคนๆ หนึ่ง แต่คนก็มีสิ่งแวดล้อม บริบทแตกต่างกัน
ไม่ใช่ป่วยก็ดูเฉพาะความเจ็บป่วย เราก็ต้องดูประเด็นที่เกี่ยวข้องด้วย”

อาจารย์ 12

พูดคุยขณะให้การพยาบาล

“เวลาทำการพยาบาลก็น่าจะพูดคุยกับคนไข้ไปด้วย อย่างน้อยจะทำ
ให้คนไข้เข้าใจ เราได้สื่อ ได้สัมผัส ได้พูดคุยก็จะสร้างความรู้สึกที่ดี”

อาจารย์ 12

“พยาบาลที่ไม่เอื้ออาทร จะไม่พูดไม่จา หรือพูดจาก็ไม่ดี พูดห้วนๆ
ก้มหน้าก้มตาทำงาน เป็นภาพที่เราจำเลย”

อาจารย์ 8

ให้คนไข้มีส่วนร่วมในการดูแล

“พฤติกรรมของพยาบาล เริ่มแรกรับรู้ปัญหาความต้องการของเขา
แล้วลงมือทำ โดยสนองความต้องการของเขา ต้องพิจารณา เช่น
คนไข้บอกว่าต้องกินเหล้าทุกวัน ถ้าไม่กินแล้วจะนอนไม่ได้...
เราไม่ใช่ไปส่งเสริม แต่ต้องหาทางออกร่วมกัน เช่นกินอย่างไร
ให้ปลอดภัยด้วย มันต้องมีส่วนร่วมทั้ง 2 ฝ่าย”

อาจารย์ 1

“ให้เขามีส่วนร่วมกับเราด้วย พยาบาลควรเข้าใจปัญหา ต้องมองให้เห็นชีวิตของเขาหลังจากออกจากโรงพยาบาล ใครจะช่วยเขา”

อาจารย์ 4

กลุ่มที่ 4 นักศึกษาพยาบาล เน้นที่การมีใจอาทร สงสารและปรารถนาให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ และช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายจากภาวะความเจ็บป่วย

การเรียกชื่อสุภาพและให้เกียรติ

“คำเรียกคนไข้ว่า คุณลุง คุณป้า ทำให้หนูรู้สึกว่าเขาเป็นญาติของเรา หนูว่าดีกว่าการเรียกชื่อว่าคุณ...คือมันเป็นกันเองและก็สนิทสนมกว่า แล้วก็เหมือนเราให้เกียรติคนไข้ด้วย คนไข้เขาก็เรียกแทนตัวเองว่าลุงว่าป้า หนูรู้สึกว่าเขาคงคิดว่าเราเหมือนเป็นลูกเป็นหลาน”

น.ศ. 1

การบอกกล่าวก่อนให้การดูแล

“เวลาทำอะไรให้คนไข้ก็ต้องนึกถึงใจเขา คนไข้ไม่รู้ตัว เราทำอะไรเราก็กต้องบอกเขา”

น.ศ. 2

การดูแลที่ออกมาจากใจ สนใจ จริงใจ ดูแลเสมือนญาติ

“มันจะต้องมาจากใจ รู้สึกเหมือนเขาเป็นญาติ เป็นพ่อแม่ของเรา ทำให้เขาทุกอย่าง เรารู้สึกดีเวลาทำให้เขาอาการดีขึ้น”

น.ศ. 1

“การที่เรามีcase เราทำให้เตียงของเราแล้ว เราไปทำให้อีกเตียงด้วย มันไม่ใช่หน้าที่หรอก แต่เขาไม่มีใครดูแล เราอยากให้เขาสบายเหมือนคนไข้เราเราก็ไปทำให้เขา เราทำแล้วเขาสุขสบายขึ้น เราก็คือใจ”

น.ศ. 4

“หนูคิดว่าเขาอายุเท่าๆ กับยายหนู หนูรู้สึกห่วงใยเขา อยากดูแลเขา มันเกิดขึ้นในใจของเราเอง หนูว่ามันคือความอาทร พอเรารู้สึกแบบนี้ สิ่งต่างๆ ที่เราแสดงออกมันจะมาจากใจเรา”

น.ศ. 7

“การพูดใช้คำพูดที่ดี มันไม่ใช่แค่พูดเพราะ พูดสุภาพ แต่มันต้องจริงใจ และใส่ใจในคำพูด ต้องสนใจเวลาให้การพยาบาล”

น.ศ. 6

“เราสงสารเขา เวลาเราทำ เราก็ตั้งใจทำให้ดีที่สุด ให้เขาเจ็บน้อยที่สุด ค่อยๆ ทำ ช้าหน่อยไม่เป็นไร”

น.ศ. 3

“หนูเคยฝึกเห็นคนไข้ปวดศีรษะ เขามาเองไม่มีญาติมาเฝ้า เวลาว่าง หนูจะไปคุยกับเขา ไปแนะนำ ไปดูแลแบบทั่วๆไป เขามาขอบคุณ ว่าถึงไม่มีญาติ แต่ก็มีหนูไปคุยกับเขา ไปซักถาม การกินการนอน ทั้งๆที่ไม่ใช่ case ของหนู มันมาจากใจของเราที่อยากช่วยเหลือเขา ไม่ใช่หน้าที่ แต่ก็เต็มใจทำ”

น.ศ. 3

“ผมอยากเป็นพยาบาลที่ดี ผมเต็มที่ที่สุด ดูแลคนไข้ให้ดี ผมเคย มีประสบการณ์ทำให้คนไข้ไม่ดี ผมเคยทำป็นเบื่อน เข้าสู่ร่างกาย คนไข้เวลาชีดยา รู้สึกผิดมาก ตั้งแต่นั้นก็ตั้งใจมากกว่าเดิม ทำให้เขาด้วยใจ”

น.ศ. 5

ทักทาย พูดคุย ซักถาม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

“เริ่มจากการทักทายผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกดีกับนักศึกษา ผมว่านักศึกษาปี 2 คนไข้จะรักมาก เพราะว่าการพูดคุยทักทายใกล้ชิดคนไข้บ่อยๆ พอปี 3 งานหนัก จะหน้าดำคร่ำเครียด รู้สึกว่าจะห่างจากคนไข้มากกว่าเมื่อก่อน”

น.ศ. 5

“การซักถาม สีน้ การทักทาย บางคนก็เดินไปแต่ไม่ได้มองคนไข้ คนที่สนใจคนไข้จะหยุดทักทาย จะพูดคุยไต่ถาม จะสนใจคนไข้มาก ไม่แค่ทักทายอย่างขอไปที แต่จะใส่ใจกับคนไข้จริงๆ ”

น.ศ. 4

การพูดคุยขณะให้การพยาบาล

“หนูเคยเป็นไข้เลือดออก นอนโรงพยาบาล ต้องเจาะเลือดบ่อยๆ หนูกลัว พยาบาลมาก็พูดดี พี่เขาถามว่าพอไปไหน หนูว่าดีกว่า ที่เขาจะเดินมาเจาะอย่างเดียว เขาชวนคุย เขาสนใจ เหมือนชวนพูดคุย แต่หนูว่าพี่เขาก็ดูหนูอยู่ตลอด เหมือนหนูอยู่ในสายตาเขา”

น.ศ. 3

“การพูดคุยไม่เสียเวลาทำหัตถการเลย ถ้าทำทำให้เสร็จแล้วกลับเลย
นี่มันไม่เอ้อออาหาร”

น.ศ. 8

“การทำหัตถการ พยาบาลก็ยึดหลักการที่ไม่แตกต่างกัน สิ่งที่แตกต่างกัน
น่าจะเป็นการใส่ใจขณะกำลังทำ การพูดคุยซักถาม การชวนคุย”

น.ศ. 3

“เราเต็มใจที่จะทำให้เต็มที่ เราไปคุยไปซักถามแผลเป็นอย่างไร
เจ็บไหม มันต้องพูดคุยซักถาม ไม่ใช่ก้มหน้าทำอย่างเดียว”

น.ศ. 3

การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

“เคยไปฝึกงาน คนไข้คลอดเขาจะกังวล ทั้งผู้คลอด และก็ญาติ เขากังวล
พี่ๆ เขางานยุ่ง หนูก็เลยไปคุย ไปอธิบาย การเจ็บในแต่ละระยะ ก็ถามเรื่อง
น้ำนม และก็ได้ดูเขามีปัญหาหัวนม หนูก็เรียกให้พี่มาดู เขายกมือไหว้
ขอบคุณ เขากังวล แต่เขาไม่กล้าบอก”

น.ศ. 6

“ไม่ได้ดูแลแค่คนป่วย แต่ต้องดูแลญาติด้วย ซึ่งเหมือนดูแลด้วยใจ
มันเข้าถึงจิตใจเขา ว่าไม่ใช่แค่ผู้ป่วยที่ทุกข์ แต่ญาติก็อาจทุกข์ด้วย
อาจไม่ทุกข์ทางกาย แต่ทุกข์ใจ อาจวิตกกังวล”

น.ศ. 9

การแสดงออกถึงความห่วงใย

“หนูเห็นพี่พยาบาลเอาผ้ามาให้ผู้ป่วยห่ม พี่เขาคอยดูแลคนไข้
สังเกตเห็นเหมือนเขาห่วงใยจริงๆ”

น.ศ. 3

การสัมผัส

“หนูเคยสัมผัสคนไข้ อย่างคุยไป จับแขนไป หนูว่าความรู้สึกมันดี
และมันทำให้เรารู้สึกดีไปด้วยหนูว่ามันถ่ายทอดความรู้สึกที่ดี”

น.ศ. 9

การใส่ใจปัญหาอย่างแท้จริง

“หนูคิดว่าเขาไม่มีญาติ ผู้ชายแก่แล้ว ทำไมคุณตานั่งแต่ในรถเข็น
ก็เลยไปสอบถาม ตาข้างหนึ่งบอดไปแล้วอีกข้างก็เป็นต้อกระจก

หนูก็เข็นรถพาคุณตาไปตรวจ คุณตาจริงๆ แล้วเขาก็เกรงใจหนู
 หนูก็บอกไม่เป็นไรค่ะ จริงๆ เขาเดินได้แต่ตาเขาจะไม่ค่อยเห็น
 เขาอยู่คนเดียว หนูก็พาไปเอายา หนูถามเรื่องยากิน เขามองไม่ถนัด
 หนูก็เลยเขียนใหม่ให้ตัวโตๆ แล้วก็อธิบายซ้ำๆ หนูคิดว่าเราควรเอาใจใส่
 คนไข้ รู้ปัญหาของเขา หนูรู้สึกว่าเป็นญาติของหนูเลย ถ้าคุณตา
 กินยาไม่ถูก ผลการรักษา也不好 เสร็จแล้วหนูก็ไปเรียกรถมอเตอริไซด์มาให้
 ดูจนคุณตาทกลับเลยคะ”

น.ศ. 10

“อาจารย์สอนเรื่องการผสมยา ให้ใส่น้ำเยอะหน่อย น้องจะได้เจ็บน้อยลง
 ด้วยความที่ไม่อยากให้น้องเจ็บมากขึ้นเพราะน้องก็เจ็บป่วยมาแล้ว
 หนูก็เลยผสมให้เจือจางหน่อยคนไข้เจ็บน้อยลง เขาสบายขึ้น
 เวลาทำให้น้องอาการเบาลง หนูรู้สึกดีขึ้นมา”

น.ศ. 3

“ไม่มีญาติดูแลเลย เราสงสาร เราไปคอยทำให้ตลอด เวลาเราทำได้ทำให้
 เขาบอกว่าดี แล้วเราก็ไม่ได้เหนื่อยยากอะไร เราก็รู้สึกดีที่ได้ทำให้คนไข้
 รู้สึกสบายขึ้น ชักหน่อยก็ยังดี”

น.ศ. 9

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสี่กลุ่มข้างต้น ผู้วิจัยสรุป
 รายการพฤติกรรมและมิติการดูแล ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อสรุปตัวบ่งชี้พฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

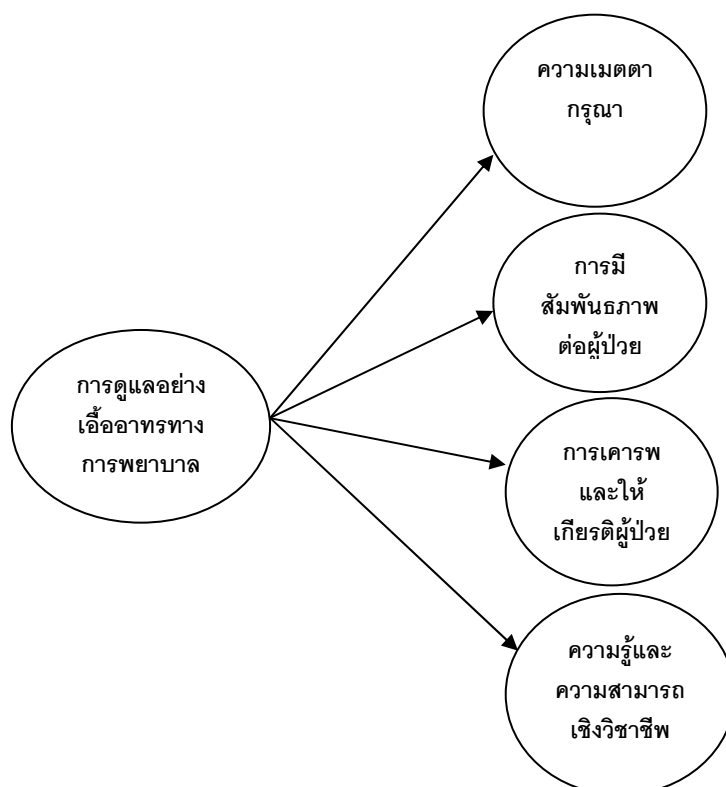
พฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล			
	ผู้ป่วย/ญาติ	พยาบาล ประจำการ	อาจารย์ พยาบาล	นักศึกษา พยาบาล
คำพูด สุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยน ไพเราะ	√	√	√	√
การมีสัมพันธภาพที่ดี เช่น ยิ้มแย้ม ทักทาย พูดคุยซักถาม ท่าทางเป็นกันเอง	√	√	√	√
เข้าใจในการดูแล การแสดงออกถึงความจริงใจ	√	√	√	√
การสัมผัสอ่อนโยน	√	√	√	√
การใส่ใจ ใกล้ชิด การเป็นห่วง	√			√
การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลต่างๆ	√	√	√	√
การเห็นใจ ปลอดภัย ปลอดภัยและให้กำลังใจ	√	√	√	
การบอกกล่าวก่อนให้การดูแล	√	√	√	√
การพูดคุยขณะให้การดูแล	√	√	√	√
การรับมาช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็วทันทีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ไม่ปล่อยให้รอ	√	√	√	
การเรียกชื่อด้วยสรรพนามที่เหมาะสม สุภาพ และให้ เกียรติ	√	√	√	√
มีความเมตตากรุณา		√	√	
แววตาอ่อนโยน		√		
การมีน้ำใจช่วยเหลือนอกเหนือจากหน้าที่ประจำ		√		√
การให้เกียรติและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย		√	√	
ความรู้ ทักษะความสามารถด้านวิชาชีพ		√	√	
การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ตามสภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง		√	√	√
เข้าใจความรู้สึกและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย		√	√	
การรับฟังอย่างตั้งใจและใส่ใจต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่าง แท้จริงทำด้วยใจเสมือนผู้ป่วยเป็นญาติ		√	√	√
ความนุ่มนวลในการกระทำ			√	
ไม่เปิดเผยผู้ป่วย			√	
ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล			√	

1.3 ผลการสรุปมิติและพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

จากผลการวิเคราะห์ที่เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหาผู้วิจัยสรุปความหมายและรายการข้อความพฤติกรรมเพื่อนำมาพัฒนาเป็นข้อความในแบบสอบถามดังนี้

การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถด้านวิชาชีพพยาบาลปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยการแสดงพฤติกรรมทั้งทางด้านวาจา และการแสดงออกทางกาย เพื่อถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยมีใจที่เปี่ยมด้วยความเมตตากรุณา มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล และให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

สำหรับรายการแสดงพฤติกรรมการดูแลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ผู้วิจัยได้สรุปผลข้อมูลและจัดกลุ่มพฤติกรรมจำแนกเป็นมิติเบื้องต้นในภาพรวมกว้างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ด้าน ดังรายละเอียดและแผนภาพที่ 4.1



แผนภาพ 4.1 องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลจากขั้นการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

1. ความเมตตากรุณา หมายถึง การดูแลอย่าง ใส่ใจ เห็นใจ และจริงใจเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและรู้สึกสุขสบายขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ สามารถประคองตนอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้

2. การมีสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย หมายถึง การติดต่อสื่อสารทั้งด้านภาษากายและด้านคำพูด ที่แสดงออกถึงความเป็นมิตรและความปรารถนาดี ต่อผู้ป่วยและญาติ

3. การเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย หมายถึงการให้เกียรติและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เป็นการคำนึงถึงและปฏิบัติกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วยความเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีสิทธิเสรีภาพ ที่เสมอกันกับพยาบาล

4. ความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลใช้ความรู้ทักษะและประสบการณ์ทางการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความรู้ความสามารถ ด้วยความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และไม่เกิดความผิดพลาดจากการดูแล

จากมิติองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ที่ได้จากการสรุปข้อมูลการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ผู้วิจัยได้นำมาจัดกลุ่มรายการพฤติกรรมที่ได้ สร้างเป็นข้อความพฤติกรรมบ่งชี้ในรูปแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 มิติและพฤติกรรมบ่งชี้การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลฉบับร่างที่ 1

มิติ	จำนวน	พฤติกรรมบ่งชี้
1. ความเมตตากรุณา หมายถึง การดูแลอย่าง ใส่ใจ เห็นใจ และจริงใจเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและรู้สึกสุขสบายขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ สามารถประคองตนอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้	13 ข้อ	1) เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด
		2) แสดงความเอาใจใส่และห่วงใย
		3) รีบให้การดูแลอย่างรวดเร็วในยามประสบปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ
		4) พุดคุยซักถามอาการต่างๆ อยู่เสมอ
		5) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแม้ในยามที่เสร็จสิ้นงานในหน้าที่ประจำวันแล้ว
		6) ยืดหยุ่นกฎระเบียบบางอย่างตามความเหมาะสมกับสถานการณ์
		7) แสดงออกถึงความจริงใจต่อผู้ป่วยทั้งคำพูด การกระทำและสีหน้าท่าทาง
		8) พุดปลอบโยนให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ทอดอຍต่อการเจ็บป่วย

มิติ	จำนวน	พฤติกรรมบ่งชี้
		9) ให้การสัมผัส จับมือหรือแตะแขน ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแล 10) เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและแสดงความกระตือรือร้นเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือ 11) ให้การดูแลโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 12) ใช้คำพูดแสดงความห่วงใย และใส่ใจขณะกำลังให้การพยาบาลต่างๆ 13) แนะนำให้ปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้ป่วย
2. การมีสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย หมายถึง การติดต่อสื่อสารทั้งด้านภาษากายและด้านคำพูดที่แสดงออกถึงความเป็นมิตรและความปรารถนาดี ต่อผู้ป่วยและญาติ	8 ข้อ	1) สีนัยยิ้มแย้มแจ่มใส 2) พุดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 3) พุดคุยด้วยความสุภาพ อ่อนโยน 4) ปฏิบัติการดูแลต่างๆ ด้วยความสุภาพ นุ่มนวล 5) ตอบข้อสงสัยต่างๆ อย่างชัดเจน 6) ให้ข้อมูลโดยอธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 7) ใส่ใจและรีบให้การช่วยเหลือหากผู้ป่วยเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ 8) อุดหนุนและใจเย็นไม่แสดงท่าทางเบื่อหน่าย เจ็บเมยหรือหงุดหงิด
3. การเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย หมายถึง การคำนึงถึงและปฏิบัติกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วยความเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีสิทธิเสรีภาพ ที่เสมอกันกับพยาบาล	8 ข้อ	1) เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย 2) ใช้คำเรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับเป็นญาติคนหนึ่ง 3) มองหน้าและสบตากับผู้ป่วยในขณะที่กำลังพูดคุยหรือให้การดูแล 4) บอกผู้ป่วยก่อนให้การดูแลต่างๆ 5) ชักถาม หรือพูดคุยกับผู้ป่วยในขณะที่ให้การพยาบาลต่างๆ 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ 7) รับฟังและใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติบอก 8) ไม่บ่น ดุ ว่า หรือใช้คำตำหนิผู้ป่วย
4. ความรู้และความสามารถเชิง	8 ข้อ	1) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และเต็มความรู้ความสามารถ

มิติ	จำนวน	พฤติกรรมบ่งชี้
วิชาชีพ หมายถึง การที่พยาบาลใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทางการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความรู้ความสามารถ ด้วยความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และไม่เกิดความผิดพลาดจากการดูแล	37 ข้อ	2) ให้การดูแลและแก้ไขปัญหาอาการของผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย
		3) รายงานอาการแก่แพทย์ผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้
		4) ดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจ สุขุมรอบคอบและ ไม่เกิดความผิดพลาดใดๆขึ้นกับผู้ป่วย
		5) ช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับผู้ป่วย
		6) รับผิดชอบต่อปัญหาของผู้ป่วยและให้การดูแลแก้ไขอย่างรวดเร็วและปลอดภัย
		7) ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด มีความสบายทางร่างกายและรู้สึกสบายใจ
		8) ให้คำแนะนำต่างๆ ในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตนทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและการปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน
		รวม

1.4 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมิติและพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อการพิจารณาว่าแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมฉบับร่างนี้มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลหรือไม่ อย่างไร และประเมินความชัดเจนของข้อความ การใช้คำ โครงสร้างในการวัด เป็นต้น ตลอดจนให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อความพฤติกรรมที่สร้างขึ้นพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ให้ชัดเจนเหมาะสมมากขึ้น

ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งการพิจารณาค่า IOC ใช้เกณฑ์มากกว่า 0.50 ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ยังได้พิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมบ่งชี้หลายข้อมีความหมายที่คล้ายคลึง ใกล้เคียงกัน หรือ ซ้ำซ้อนกัน จึงควรตรวจสอบและทบทวนความหมายให้ชัดเจน และแยกพฤติกรรมออกจากกันให้ได้มากที่สุดซึ่งอาจมีบางรายการพฤติกรรมลดลงหรือนำมารวมกันได้ ทำให้จำนวนข้อคำถามลดลงจากเดิม ซึ่งจะเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้
2. ควรจัดลำดับการแสดงผลพฤติกรรมออกเป็นด้านต่างๆ เช่น คำพูด การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การลงมือปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น
3. คำบางคำยังไม่แสดงความเป็นพฤติกรรมที่ชัดเจน ควรพิจารณาการแสดงผลออกอย่างไรที่สะท้อนถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย
4. ข้อความบางข้อ บอกพฤติกรรม/ กิจกรรม อธิบายผลที่เกิดขึ้น แต่บางข้อไม่มี ดังนั้นควรมีรูปแบบของการเขียนข้อความที่ชัดเจน
5. ควรปรับข้อความแต่ละพฤติกรรมบ่งชี้ให้มีใจความสำคัญเพียงใจความเดียวที่กระชับและชัดเจน
6. ควรให้นิยามความหมายของมิติต่างๆ ให้ชัดเจนขึ้นโดยการให้ความหมายที่ครอบคลุมด้านวิชาชีพพยาบาล
7. มิติด้านความสามารถด้านวิชาชีพ ควรให้ครอบคลุมประเด็นของลักษณะของวิชาชีพ 4 ด้านคือ การป้องกัน การดูแล การรักษาและการฟื้นฟู

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านได้แนะนำให้เพิ่มเติมข้อความพฤติกรรมบางประเด็น เช่น “ไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยไปพูดคุยหรือบอกต่อ กับบุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต” หรือ “ชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง” แต่เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถประเมินพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ผู้วิจัยจึงปรึกษาร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและมีความเห็นสอดคล้องกันจึงไม่ได้ปรับเพิ่มเติมข้อความดังกล่าวลงในแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดความยาวของข้อคำถาม ถึงแม้ว่าข้อคำถามจำนวนมากจะช่วยให้ความเที่ยงของแบบสอบถามนี้มีค่าสูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือฉบับนี้ เป็นการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถให้ความสนใจและตอบแบบสอบถามที่มีขนาดความยาวมาก ๆ ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ลดจำนวนข้อความในแบบสอบถามให้มีความยาวที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งจะไม่รู้สึกเหนื่อยล้าในการให้ข้อมูล และให้ข้อมูลได้ด้วยความเต็มใจ โดยยังคงครอบคลุมพฤติกรรมในด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลอยู่ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อคำถาม ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจนมากยิ่งขึ้นและลดความซ้ำซ้อนลง โดยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากเดิมที่มี

จำนวน 37 ข้อ ปรับลดและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 27 ข้อ ซึ่งการปรับปรุงพยายามคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นคุณลักษณะเด่นในแต่ละองค์ประกอบ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 สรุปข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเดิม	IOC	ข้อความพฤติกรรมที่ปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การมีความเมตตาากรุณา		
1. พยาบาลเอาใจใส่ดูแลท่านอย่างใกล้ชิด ทำให้ท่านรู้สึกอุ่นใจ	0.56	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำข้อความไปรวมกับข้ออื่น
2. พยาบาลแสดงความเอาใจใส่และห่วงใยท่านด้วยการตรวจเยี่ยมและดูแลอาการของท่านบ่อยๆ	0.56	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำข้อความไปรวมกับข้ออื่น
3. พยาบาลรีบมาดูแลท่านอย่างรวดเร็วในยามที่ท่านประสบปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ	1.00	ปรับรวมกับข้อ 20 เดิม - เมื่อท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ พยาบาลจะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ท่านรอนาน
4. พยาบาลเข้ามาพูดคุยซักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ	0.67	ปรับแก้ไขเป็น - ตรวจเยี่ยมและพูดคุยซักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ
5. พยาบาลให้การช่วยเหลือท่านแม้ในยามที่เสร็จสิ้นงานในหน้าที่ประจำวันแล้ว	0.56	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ไม่เกิดขึ้นบ่อย ผู้ป่วยอาจตอบไม่ได้)
6. พยาบาลยึดหยุ่นกฎระเบียบบางอย่างตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่นการเข้าเยี่ยมของญาติการเฝ้าไข้ เป็นต้น	0.67	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ไม่เกิดขึ้นบ่อย ผู้ป่วยอาจตอบไม่ได้)
7. พยาบาลแสดงออกถึงความจริงใจต่อท่านทั้งคำพูด การกระทำและสีหน้าท่าทาง	0.56	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ความจริงใจไม่เป็นข้อความพฤติกรรม)
8. พยาบาลพูดปลอบโยนให้กำลังใจ ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ทอดลอยต่อการเจ็บป่วย เช่น อดทนนะลูก, ต้องพยายามหน่อยนะคะ เป็นต้น	0.78	ปรับแก้ไขเป็น - พูดให้กำลังใจ ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ทอดลอยต่อการเจ็บป่วย เช่น อดทนนะลูก, พยายามหน่อยนะคะ เป็นต้น
9. พยาบาลให้การสัมผัส จับมือหรือแตะแขน ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน	0.78	ปรับเป็นความนุ่มนวลในการสัมผัส ซึ่งจะแสดงออกถึงความอาทรมากกว่า - สัมผัส จับมือหรือแตะแขนท่านอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน
10. พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของท่านและแสดงความกระตือรือร้น เต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือ	0.67	ปรับแก้ไขเป็น - มีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเดิม	IOC	ข้อความพฤติกรรมที่ปรับปรุง
11. พยาบาลให้การดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเลือด น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระหรือปัสสาวะ	1.00	ปรับแก้ไขเป็น - พยาบาลดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ
12. พยาบาลใช้คำพูดแสดงความห่วงใย และใส่ใจขณะกำลังให้การพยาบาลต่างๆ เช่น เจ็บหนอยนะคะ, เจ็บมากไหม, เป็นอย่างไรบ้าง เป็นต้น	0.78	ปรับแก้ไขเป็น - พยาบาลพูดแสดงความห่วงใยขณะกำลังให้การพยาบาลท่าน เช่น ปวดมากไหม, เจ็บหนอยนะคะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น
13. พยาบาลแนะนำให้ทำใจให้สงบ, แม่เมตตา, สวดมนต์หรือปฏิบัติกิจตามหลักศาสนาของท่าน	0.78	ปรับแก้ไขเป็น - พูดคุยแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบหรือไหว้พระ/สวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน
องค์ประกอบที่ 2 การมีสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย		
14. พยาบาลมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส	0.78	ปรับแก้ไขเป็น - พยาบาลมีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี
15. พยาบาลพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ	0.89	คงเดิม - พยาบาลพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ
16. พยาบาลพูดคุยด้วยความสุภาพ อ่อนโยน	0.89	ปรับแก้ไขเป็น - พยาบาลพูดกับท่านและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน
17. ปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล	0.67	ปรับแก้ไขเป็น - ปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล
18. พยาบาลตอบข้อสงสัยต่างๆ ของท่านอย่างชัดเจน และหากไม่สามารถตอบได้ พยาบาลจะไปสอบถามข้อมูลต่างๆ และมาบอกกับตัวท่าน	0.67	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ไม่เกิดขึ้นบ่อย ผู้ป่วยอาจตอบไม่ได้)
19. พยาบาลให้ข้อมูลโดยอธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการรักษาแก่ท่านและญาติผู้ดูแล	0.89	ปรับแก้ไขเป็น - อธิบายเรื่องโรค/ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับท่านหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ
20. พยาบาลเอาใจใส่และรีบให้การช่วยเหลือหากท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ โดยไม่ปล่อยให้ท่านรอนาน	0.56	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำข้อความไปรวมกับข้อ 3 เดิม
21. พยาบาลอดทนและใจเย็นไม่แสดงท่าทางเบื้อหน้าย เฉยเมยหรือหงุดหงิดกับผู้ป่วยหรือญาติ	0.89	คงเดิม - พยาบาลอดทนและใจเย็นไม่แสดงท่าทางเบื้อหน้าย เฉยเมยหรือหงุดหงิดกับผู้ป่วยหรือญาติ

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเดิม	IOC	ข้อความพฤติกรรมที่ปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 3 การเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย		
22. พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ก้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า	0.89	คงเดิม -พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของท่าน เช่นก้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า
23. พยาบาลใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่นคุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้องหรือเรียกชื่อด้วยความคุ้นเคยและเป็นกันเองหากท่านมีอายุน้อยกว่า	0.89	ปรับแก้ไขเป็น - ใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่นคุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่อด้วยความสุภาพหากท่านมีอายุน้อยกว่า
24. พยาบาลมองหน้าและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยอยู่กับท่านหรือในขณะที่ให้การดูแล	1.00	คงเดิม - มองหน้าและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยอยู่กับท่านหรือในขณะที่ให้การดูแล
25. พยาบาลบอกท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่นก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น	0.89	ปรับแก้ไขเป็น - บอกกล่าวกับท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น
26. พยาบาลซักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การพยาบาลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั้นหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว	1.00	คงเดิม - ซักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การพยาบาลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั้นหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว
27. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ	0.78	คงเดิม - เปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ
28. พยาบาลรับฟังและใส่ใจในสิ่งที่ท่านหรือญาติบอก	0.78	ปรับแก้ไขเป็น - รับฟังปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่ท่านหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ
29. พยาบาลไม่บ่น ดู ว่า หรือใช้คำตำหนิผู้ป่วย	1.00	คงเดิม - พยาบาลไม่บ่น ดู ว่า หรือใช้คำตำหนิผู้ป่วย
องค์ประกอบที่ 4 ความรู้ความสามารถด้านวิชาชีพพยาบาล		
30. พยาบาลให้การดูแลท่านอย่างเต็มที่และเต็มความรู้ความสามารถจนท่านรู้สึกเชื่อใจและไว้วางใจ	0.67	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำข้อความไปรวมกับข้ออื่น
31. พยาบาลให้การดูแลและแก้ไขปัญหาอาการของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ	1.00	คงเดิม - พยาบาลดูแลและแก้ไขปัญหาของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ
32. พยาบาลรายงานอาการของท่านแก่แพทย์ผู้ดูแลเมื่อท่านมีปัญหาที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้	0.89	คงเดิม - รายงานอาการของท่านแก่แพทย์ผู้ดูแลเมื่อท่านมีปัญหาที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเดิม	IOC	ข้อความพฤติกรรมที่ปรับปรุง
33. พยาบาลดูแลท่านอย่างมั่นใจ สุขุมรอบคอบและไม่เกิดความผิดพลาดใดๆ ขึ้นกับท่าน	0.89	ปรับแก้ไขเป็น - ดูแลท่านอย่างสุขุมรอบคอบและไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆ ขึ้นกับท่าน
34. พยาบาลช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับท่าน	0.44	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ไม่บอกพฤติกรรมที่ชัดเจน)
35. พยาบาลไวต่อปัญหาของท่านและให้การดูแลแก้ไขอย่างรวดเร็วและปลอดภัย	0.68	ตัดออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำข้อความไปรวมกับข้ออื่น
36. พยาบาลดูแลให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวด มีความสบายทางร่างกายและรู้สึกสบายใจ	0.89	ปรับแก้ไขเป็น - ช่วยเหลือให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สบายต่างๆ ของร่างกาย
37. พยาบาลให้คำแนะนำต่างๆ ในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตนทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและการปฏิบัติเมื่อกลับบ้านเช่น เรื่องยา การออกกำลังกาย การป้องกันอาการแทรกซ้อน เป็นต้น	1.00	ปรับแก้ไขเป็น - ให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตนเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น
เฉลี่ย	0.79	

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2)

การนำเสนอผลการวิจัยในตอนนี้เป็นผลจากการนำเครื่องมือฉบับร่างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ปรับแก้ไขจนเป็นเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 นำไปสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน ในการนำเสนอแบ่งเป็น 3 หัวข้อย่อยดังนี้ หัวข้อแรก ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อที่สอง ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 และหัวข้อที่สาม สรุปเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ดังรายละเอียดผลการศึกษาต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่สองคือ ผู้ป่วยจำนวนรวม 17 คน เป็นเพศหญิง 10 คน และเป็นเพศชาย 7 คน อายุเฉลี่ย 40.59 ปี คะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในช่วง 26-30 คะแนน (เฉลี่ย 28.88 คะแนน) เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 46 นาที รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุ และคะแนนสมรรถภาพสมอง และเวลาในการสัมภาษณ์

ลำดับ	เพศ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	อายุ	TMSE	เวลาที่ใช้
1	หญิง	ประถม	รับจ้าง	49	26	65
2	หญิง	ประถม	ค้าขาย	60	28	45
3	หญิง	ประถม	รับจ้าง	52	29	50
4	หญิง	ประถม	แม่บ้าน	33	30	52
5	หญิง	ประถม	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	26	36
6	หญิง	ปริญญาตรี	รับราชการ	34	30	56
7	ชาย	มัธยม	ค้าขาย	44	30	38
8	ชาย	มัธยม	รับจ้าง	26	30	45
9	ชาย	ปริญญาตรี	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	30	60
10	ชาย	มัธยม	ค้าขาย	33	30	55
11	ชาย	ประถม	ไม่ได้ประกอบ	69	28	35
12	หญิง	ปริญญาตรี	รับราชการ	40	30	45
13	หญิง	ปริญญาตรี	ธุรกิจส่วนตัว	25	29	45
14	หญิง	ปริญญาตรี	ค้าขาย	29	30	50
15	หญิง	ประถม	เกษตรกรรม	64	26	35
16	ชาย	ประถม	นักเรียน	19	30	30
17	ชาย	ประถม	รับจ้าง	28	29	40
เฉลี่ย				40.59	28.88	46.00

2.2 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา

จากการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ และการตะล่อมถามไปใช้ในการสอบถามในประเด็นของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ผลการวิเคราะห์ในลำดับแรกนำเสนอตามเทคนิคในการปฏิบัติดังนี้

1. การสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ (think-aloud interviewing) วิธีการคือให้กลุ่มตัวอย่างพูดความคิดของตนเองออกมาดังๆ ตั้งแต่เริ่มอ่านเครื่องมือวิจัยฉบับร่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะอ่านข้อความคำถามแล้วบอกว่าคิดถึงอะไร ผลการวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดถึงการแสดงออกถึงความเชื่ออาทรของพยาบาล และเห็นว่าข้อความพฤติกรรมส่วนมากสะท้อนถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ซึ่งบ่งบอกว่ารายการพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นในแบบสอบถาม

มีความหมายในมุมมองของผู้ตอบได้ตามที่ผู้วิจัยตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ในกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้ทราบว่าผู้ตอบเข้าใจ ความหมายของข้อความที่อยู่ในแบบสอบถามได้ตรงตามที่ผู้วิจัยตั้งใจไว้หรือไม่ ตลอดจนได้รับทราบความเข้าใจด้านตัวเลือกตอบที่กำหนดไว้ให้ตอบ เช่น ระดับความหมายของมาตราประมาณค่าแต่ละระดับ

2. เทคนิคการตะล่อมถาม (verbal probing technique) ผู้วิจัยได้ใช้คำถามที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า (ภาคผนวก ข) เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคำถามหรือคำตอบที่ได้รับ และในขณะที่กำลังสัมภาษณ์ ก็จะมีคำถามที่ไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับทำให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจนมากขึ้นสำหรับตัวบ่งชี้พฤติกรรมในเครื่องมือ

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ นำมาจัดกลุ่มจำแนกตามประเด็นของเครื่องมือดังต่อไปนี้

2.2.1 คำชี้แจงการทำแบบประเมินและชุดของคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจวิธีปฏิบัติในการประเมินคือ ให้ประเมินพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลเพียง 1 คน ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และเข้าใจการให้คะแนนพฤติกรรมในลักษณะของมาตราวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับได้แก่

- (0) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึงพยาบาล ไม่ได้แสดงพฤติกรรมนั้นๆเลย
- (1) น้อยครั้ง หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น นานๆ ครั้งหรือเกือบจะไม่ได้ปฏิบัติ
- (2) บางครั้ง หมายถึงพยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น เป็นบางครั้งหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง
- (3) บ่อยครั้ง หมายถึงพยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น บ่อยๆ เกือบทุกครั้ง
- (4) ทุกครั้ง หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น ทุกครั้งที่ให้การดูแล

กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความหมายของระดับการแสดงผลพฤติกรรม ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลยจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง โดยให้ความเห็นว่าสามารถจำแนกระดับการแสดงผลพฤติกรรมได้ชัดเจน และคิดว่าในการเก็บข้อมูลจริง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยน่าจะเข้าใจและสามารถตอบคำถามในแบบสอบถามนี้ได้

2.2.2 ข้อความพฤติกรรมบ่งชี้รายชื่อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เข้าใจข้อความพฤติกรรมบ่งชี้ในแบบสอบถาม ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้และให้ความเห็นว่าหากนำไปสอบถามจากผู้ป่วยทั่วไปก็จะสามารถเข้าใจข้อความดังกล่าว

“คำที่อยู่ในแบบสอบถาม เข้าใจได้ ไม่ยาก นึกภาพตามได้ชัดเจนดี”

“คิดว่าคำที่ใส่มาในแบบสอบถามไม่ยากชัดเจนดี เข้าใจ
ถ้าหาคำอื่นที่ง่ายกว่านี้ก็ดี ถ้าหาไม่ได้ แบบนี้ก็สื่อแล้ว
ผู้ป่วยทุกๆ ไป น่าจะเข้าใจได้ดี”

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับคำที่ปรากฏในแบบสอบถาม ว่าสะท้อนและสื่อให้เห็นความเชื่ออาหารจริง

“คำหลายคำสะท้อนได้ดีมาก เช่น คำว่า นุ่มนวล มันชัดเจนและบอกว่า
พยาบาลมีความเชื่ออาหาร”

“นุ่มนวล นี่จะบอกความอาหารที่อยู่ในตัวพยาบาลได้ดี ทำแล้วผู้ป่วยจะรู้
ไม่เจ็บไม่รุนแรง ค่อยๆทำ ไม่กระแทก ทำเบาๆ ถ้าคนไม่อาหารนี้ทำเบาๆ
ไม่ได้หรอก”

“พยาบาลที่เชื่ออาหารควรจะต้องทำทุกข้อที่กล่าวมา”

2.2.3 ความยาวของคำถาม

กลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นว่าคำถามบางข้อค่อนข้างยาวเนื่องจากการยกตัวอย่างของคำพูดในข้อคำถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย โดยให้ข้อเสนอแนะถึงการยกตัวอย่างในข้อคำถาม เช่น คำพูดต่างๆ ของพยาบาล ถึงแม้จะทำให้ข้อคำถามยาวไป แต่ก็ชัดเจนและทำให้เข้าใจมากขึ้นว่าคำถามนั้นต้องการถามในเรื่องใด

“หลายข้อค่อนข้างยาวแต่คิดว่า ไม่ยาวเกินไป มันทำให้เข้าใจขึ้น
ถ้าตัดคำออกเพื่อให้สั้นๆ เช่น “ให้เกียรติ” คำนี้มีมันสำคัญ
หรือคำว่า “ญาติ” ก็สำคัญ...ถ้าตัดออกไปจะไม่เข้าใจ”

“มีตัวอย่างจะทำให้ชัดเจนขึ้นมาก การยกตัวอย่างจะแปลคำ
ข้างหน้าให้เห็นเป็นภาพ ไม่ยาวเกินไปหรอก ถ้ายาวแล้วชัดเจน
มันสื่อ....เราน่าจะได้คำตอบที่ตรงประเด็น”

“ความเชื่ออาหาร ความเห็นอกเห็นใจ ถ้าไม่ยกตัวอย่างจะยากไป
นึกไม่ออก ถ้ามีก็จะเห็นภาพชัดเจนขึ้น”

2.2.4 จำนวนข้อคำถามในเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่าจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป และคิดว่าผู้ป่วน่าจะทำแบบสอบถามนี้ได้ครบทุกข้อ แต่ก็ให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าปรับให้จำนวนข้อน้อยๆ จะสะดวกสำหรับผู้ป่วน่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิกับการตอบข้อความในแบบสอบถาม และไม่รู้สึกรำคาญที่จะตอบ ถ้ายาวเกินไปจะทำให้ข้อทำๆ ไม่อยากตอบและอาจจะเป็นการรบกวนผู้ป่วน่าอีกด้วย

“ไม่ยาวเกินไป เวลาไปถามจริงเขาน่าจะตอบได้ครบทุกข้อ
แล้วก็ไม่ยาก อ่านแล้วก็ตอบได้เลย”

“ถ้าทำให้ออกมาได้สั้นกว่านี้ก็ดี แบบทำเป็น 1-2 หน้า
อย่าเกินกว่านี้ คนไข้ไม่ค่อยอยากทำ จริงๆ ถ้าทำเป็น
มาถามแล้วให้คนไข้ตอบก็ดี “ไม่ต้องมาเขียนอะไร”

2.2.5 คำที่ความหมายไม่ชัดเจน

กลุ่มตัวอย่างบางรายแนะนำคำว่า “การปฏิบัติการพยาบาล” เป็นคำที่เป็นวิชาการเกินไป และไม่แน่ใจว่าหมายถึงอะไรบ้าง หรือคำว่าพยาบาลกับการดูแล เหมือนหรือต่างกันอย่างไร พร้อมทั้งแนะนำให้ใช้คำที่ชัดเจนกว่านี้ ในขณะที่บางรายเห็นว่าคำนี้ชัดเจนดีแล้ว

“ปฏิบัติการพยาบาล จะไม่ค่อยเข้าใจ มันเหมือนว่าเขาจะต้อง
ทำอะไรกับคนไข้รีเปลา ยากไป น่าจะเปลี่ยนเป็นว่า...
บอกไปเลยก็ได้ว่าจะทำอะไร...บอกไปตรงๆ”

“ปฏิบัติการพยาบาล น่าจะต้องอธิบาย คนอายุมากๆ
จะไม่ค่อยเข้าใจนะ ใช้คำดูแลจะดีกว่า”

“เข้าใจว่าเป็นการทำงานของพยาบาลเช่น อาบน้ำให้คนไข้
การดูแลเช็ดตัว ทำแผล”

“ปฏิบัติพยาบาล เขาก็ทำอะไรกับคนไข้ก็แบบนั้นแหละ
คนไข้เขารู้นะ ถ้าจะเปลี่ยนเป็นคำที่ง่ายก็น่าจะเป็นคำตรงๆ ไปเลย
เพราะบางคนอาจไม่เข้าใจ แต่ป่าเข้าใจ”

“การปฏิบัติการพยาบาล มันคือทุกอย่างทุกอย่างที่ทำกับคนไข้
น่าจะเข้าใจกัน เพราะไม่ยาก”

2.2.6 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ความเห็นว่า พฤติกรรมบ่งชี้บางข้อเป็นหน้าที่ของพยาบาลอยู่แล้ว ที่จะต้องปฏิบัติ ไม่น่าจะเป็นความเอื้ออาทร เช่น การให้คำแนะนำ การอธิบาย การตรวจเยี่ยม เป็นต้น

“เวลาเจ็บป่วย ก็ต้องการรู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร พยาบาลรู้ก็จะต้องบอก เขาต้องแนะนำเราเป็นหน้าที่เขา เขาเรียนมา เป็นหน้าที่ ถ้าไม่บอก เราจะรู้ได้อย่างไร มันเป็นหน้าที่มากกว่าจะเป็นความอาทร”

“คำว่า “อธิบาย” ถ้าเขียนตามหน้าที่แล้วเขาปฏิบัติมันใช่เลย เพราะมันเป็น บทบาทหน้าที่ที่ต้องทำ มันกำหนดมาแล้ว”

“การตรวจเยี่ยม ก็ชัดเจนว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ แต่ก็บ่งบอกและ สื่อได้ถึงความเอื้ออาทร”

“กระตือรือร้นและเต็มใจ มองว่าเป็นหน้าที่ บวกความอาทร ลงไปด้วย เพราะมีความเต็มใจ ถ้ากระตือรือร้นอย่างเดียวมันเหมือนทำตามหน้าที่ อาจกำลังเร่งรีบอยู่”

2.2.7 การทดลองทำแบบสอบถาม

ในการทดลองทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประเมินและให้คำตอบได้ ค่อนข้างรวดเร็วแต่พบปัญหาที่เกิดจากคำในข้อความพฤติกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางราย สับสนและใช้เวลาอ่านทวนและพยายามทำความเข้าใจคำถาม ดังนี้

ข้อ 16. เดิม พยาบาลไม่บ่น ดู ว่า หรือใช้คำตำหนิผู้ป่วย

ข้อ 22 เดิม พยาบาลอดทนและใจเย็นไม่แสดงท่าทางเบื่อหน่าย เฉยเมยหรือหงุดหงิดกับ ผู้ป่วยหรือญาติ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการคิดทวนคำถามใน 2 ข้อนี้ มากกว่าข้ออื่น และให้ข้อมูลว่า ต้องค่อยๆ อ่านเนื่องจากเป็นคำในเชิงปฏิเสธ เนื้อความเป็นไปในแนวทางขัดกับตัวเลือกตอบทำให้ ต้องใช้เวลาไตร่ตรองก่อนตอบ ขณะที่บางรายบอกว่ารู้สึกสับสนในข้อคำถาม ทำให้ต้องคิดคำถาม มากกว่าข้ออื่น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แนะนำให้ปรับปรุงข้อคำถาม

ข้อ 25 เดิม รายงานอาการของท่านแก่แพทย์ผู้ดูแลเมื่อท่านมีปัญหาที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้

สำหรับข้อ 25 เดิมนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า บางรายอาจไม่สามารถตอบได้เพราะไม่ทราบข้อมูลว่าพยาบาลไปรายงานแพทย์หรือไม่ หรือ ตอบไม่ได้เพราะไม่มีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น นอกจากนี้มีความสงสัยจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปอาจมีบางพฤติกรรมที่พยาบาลยังไม่ได้แสดงพฤติกรรมนั้นๆ กับผู้ป่วยรายนั้นเลย หรืออาจปฏิบัติแต่ผู้ป่วยไม่ทราบ
- พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลบางข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แต่ได้เห็นว่าพยาบาลคนนั้นปฏิบัติกับผู้ป่วยรายอื่น จะให้เลือกตอบในลักษณะใด

จากผลการวิเคราะห์เนื้อหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสรุปเพื่อปรับแก้ไขข้อความให้ชัดเจนขึ้น และตัดข้อความที่เป็นความหมายในเชิงขัดแย้งและตอบยากออกจำนวน 3 ข้อ แสดงดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 สรุปข้อความพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ปรับปรุงใช้ในการวิจัย

รายการพฤติกรรมฉบับร่างที่ 2	รายการพฤติกรรมฉบับปรับปรุง
1) พยาบาลพูดกับท่านและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน	คงเดิม
2) พยาบาลมีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี	คงเดิม
3) พยาบาลพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ	คงเดิม
4) มองหน้าและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยอยู่กับท่านหรือในขณะที่ให้การดูแล	คงเดิม
5) รับฟังปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่ท่านหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ	คงเดิม
6) พยาบาลตรวจเยี่ยมและพูดคุยซักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ	คงเดิม
7) พยาบาลพูดแสดงความห่วงใยขณะกำลังให้การพยาบาลท่าน เช่น ปวดมากไหม,เจ็บหน่อยนะคะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น	เปลี่ยนคำว่าอาการพยาบาลเป็นการดูแล 7) พยาบาลพูดแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลท่าน เช่น ปวดมากไหม,เจ็บหน่อยนะคะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น
8) พยาบาลสัมผัส จับมือหรือแตะแขนท่านอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน	คงเดิม

รายการพฤติกรรมฉบับร่างที่ 2	รายการพฤติกรรมฉบับปรับปรุง
9) พยาบาลมีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่	คงเดิม
10) พยาบาลดูแลแก้ไขปัญหของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ	คงเดิม
11) พยาบาลดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ	คงเดิม
12) พูดย้ำให้กำลังใจ ปลอดภัยทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ท้อต่อความเจ็บป่วย เช่น อดทนนะลูก, พยายามหน่อยนะคะ เป็นต้น	คงเดิม
13) พูดยุติแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบหรือไหว้พระ/สวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน	คงเดิม
14) ใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่น คุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่อด้วยความสุภาพหากท่านมีอายุน้อยกว่า	คงเดิม
15) พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของท่าน เช่น กั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า	คงเดิม
16. พยาบาลไม่บ่น ดู ว่า หรือใช้คำตำหนิผู้ป่วย	ตัดออกจากแบบสอบถาม (เป็นคำเชิงปฏิเสธ เมื่อประเมินพฤติกรรมว่าปฏิบัติตามน้อยเพียงใดจึงทำให้ค่อนข้างสับสน)
17) พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ	คงเดิม
18) พยาบาลบอกกล่าวกับท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น	คงเดิม
19) ซักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การพยาบาลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั่มหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว	เปลี่ยนคำว่าการพยาบาลเป็นการดูแล 18) ซักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การดูแลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั่มหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว

รายการพฤติกรรมฉบับร่างที่ 2	รายการพฤติกรรมฉบับปรับปรุง
20) ปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล	เปลี่ยนคำว่าปฏิบัติการพยาบาลเป็นการดูแล 19) พยาบาลให้การดูแลท่านด้วยความนุ่มนวล
21) พยาบาลดูแลท่านอย่างสุ่มรอบคอบและ ไม่ เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆขึ้นกับท่าน	คงเดิม
22) พยาบาลอดทนและใจเย็นไม่แสดงท่าทาง เบื่อหน่าย เจ็บเมยหรือหงุดหงิดกับผู้ป่วยหรือญาติ	ตัดออกจากแบบสอบถาม (เป็นคำ 2 ข้อความทั้งบวกและลบในข้อเดียวกัน เมื่อ ประเมินพฤติกรรมว่าปฏิบัติมากน้อยเพียงใดจึงทำให้ สับสน)
23) เมื่อท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ พยาบาลจะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ ท่านรอนาน	คงเดิม
24) พยาบาลช่วยเหลือให้ท่านบรรเทาความ เจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ ของร่างกาย	คงเดิม
25) รายงานอาการของท่านแก่แพทย์ผู้ดูแลเมื่อ ท่านมีปัญหาที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้	ตัดออกจากแบบสอบถาม (ตอบลำบากเพราะไม่ทราบข้อมูลว่าพยาบาลไปรายงาน แพทย์หรือไม่หรือไม่เกิดเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น)
26) พยาบาลอธิบายเรื่องโรค/ความก้าวหน้าของ อาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับท่านหรือ ญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ	คงเดิม
27) พยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการ ปฏิบัติตนเช่น การออกกำลังกาย การรับประทาน ยา การป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น	คงเดิม

ตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้อ อาทรทางการพยาบาล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนี้เป็น การนำเสนอผลของการนำเครื่องมือ
ประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (NCBA) ฉบับสมบูรณ์ที่พัฒนาขึ้น
และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
และการสัมภาษณ์เชิงปัญญาแล้ว นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 1,027คน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 6 ตอนคือ **ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์สถิติ
เบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง **ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์สถิติเบื้องต้นของตัวแปรในการวิจัย **ตอนที่**

3 ผลการศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล **ตอนที่ 4** ผลการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล **ตอนที่ 5** ผลการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ และ**ตอนที่ 6** ผลการตรวจสอบความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไป

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์สถิติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างในตอนนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อ คือ หัวข้อแรก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อที่สอง การนำเสนอสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ คือรายการพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล และหัวข้อที่สาม ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไป

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ในหัวข้อนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรยายลักษณะภูมิหลังซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 ระยะคือระยะแรก เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) จำนวน 485 คน และระยะที่สองเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) จำนวน 542 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณทั้งสิ้น 1,027 คน ดังผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังต่อไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคัดเลือกผู้ป่วยจากเกณฑ์จำนวนวันที่นอนรับการรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลจากพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 1,027 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมจำนวน 564 คน (ร้อยละ 54.92) รองลงมาคือผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมซึ่งจำแนกเป็นศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวนรวมทั้งสิ้น 278 คน (ร้อยละ 27.07) แผนกกุมารเวชกรรม จำนวน 100 คน (ร้อยละ 9.74) นรีเวช 48 คน (ร้อยละ 4.67) และอื่นๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก แผนกตาทู คอ จมูก แผนกสูติกรรมหลังคลอดรวมทั้งสิ้น 37 คน (ร้อยละ 3.60) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 539 คน (ร้อยละ 52.48) รองลงมาเป็นเพศชายจำนวน 488 คน (ร้อยละ 47.52) อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 47.90 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.50 เมื่อจัดกลุ่มจำแนกอายุตามช่วงของวัย พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) จำนวน 331 คน (ร้อยละ 32.23) รองลงมาคือ กลุ่มผู้ใหญ่โดยจำแนกเป็นผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46-60ปี) จำนวน 259 คน (ร้อยละ 26.22) ผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 31-45 ปี) จำนวน 208 คน (ร้อยละ 20.25) วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 16-30 ปี) จำนวน 119 คน (ร้อยละ 11.59) และเป็นกลุ่มเด็ก (อายุน้อยกว่า 16 ปี) จำนวน 110 คน (ร้อยละ 10.71) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 674 คน (ร้อยละ 65.63) รองลงมาคือ เป็นโสด จำนวน 209 คน (ร้อยละ 20.35) และหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 144 คน (ร้อยละ 14.02) สำหรับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 561 คน (ร้อยละ 54.72) รองลงมาคือไม่ได้เรียนจำนวน 219 คน (ร้อยละ 21.32) มัธยมศึกษาจำนวน 201 คน (ร้อยละ 19.57) และระดับสูงกว่ามัธยม-ปริญญาตรี จำนวน 45 คน (ร้อยละ 4.38) ในส่วนของการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 302 คน (ร้อยละ 29.41) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 294 คน (ร้อยละ 28.63) อาชีพเกษตรกรรม 213 คน (ร้อยละ 20.74) เป็นนักเรียน นักศึกษาและผู้ที่อยู่ในความปกครองจำนวน 124 คน (ร้อยละ 12.07) รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิหลัง

ตัวแปร	จำนวน (N=1,027)	ร้อยละ
หอผู้ป่วย		
อายุกรรม	564	54.92
ศัลยกรรม	278	27.07
กุมารเวช	100	9.74
นรีเวช	48	4.67
อื่นๆ (ผู้ป่วยหนัก, หูคอจมูก, หลังคลอด)	37	3.60
เพศ		
ชาย	488	47.52
หญิง	539	52.48
อายุ (Mean = 47.90, SD = 22.50)		
น้อยกว่า 16 ปี	110	10.71
16-30 ปี	119	11.59
31-45 ปี	208	20.25
46-60 ปี	259	25.22
มากกว่า 60 ปี	331	32.23

ตัวแปร	จำนวน (N=1,027)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	209	20.35
คู่	674	65.63
หม้าย/หย่า/แยก	144	14.02
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	219	21.32
ประถมศึกษา	562	54.72
มัธยมศึกษา	201	19.57
สูงกว่ามัธยม-ป.ตรี	45	4.38
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	294	28.63
เกษตรกรรวม	213	20.74
รับจ้าง	302	29.41
ค้าขาย-ประกอบธุรกิจ	75	7.30
รับราชการ-รัฐวิสาหกิจ	19	1.85
ในปกครอง/นักเรียน/นักศึกษา	124	12.07

1.2 ผลการวิเคราะห์สถิติเบื้องต้นของตัวแปรในการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ ผู้วิจัยนำเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ได้แก่ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าความเบ้ (Sk) และความโด่ง (Ku) เพื่อให้เห็นลักษณะการแจกแจงและการกระจายตัวของตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้วัดองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล สำหรับตัวแปรสังเกตได้จำนวน 24 ตัวแปร จากแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้ผลการวิเคราะห์ที่ข้อมูลแสดงดังต่อไปนี้

จากรายการพฤติกรรมการดูแล พบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ C13 (พูดคุยแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบ, ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 (SD=1.25) ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ C14 (พยาบาลใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่นคุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่ออย่างสุภาพหากท่านมีอายุน้อยกว่า) มีค่าเท่ากับ 3.61 (SD=0.66)

เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลและลักษณะการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่มีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ซ้าย และมีลักษณะของโค้งที่สูงโด่งกว่าปกติ จากค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูล แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงเป็นโค้งปกติอยู่บ้าง ดังนั้นผู้วิจัยได้ทดลองเปลี่ยนรูปของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าดัชนีการเปลี่ยนรูป ซึ่งคำนวณจากค่าเฉลี่ยของตัวแปรหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean/S.D.) ถ้าค่าดัชนีการเปลี่ยนรูปดังกล่าวสูงกว่า 4 การเปลี่ยนรูปของข้อมูลในกรณีเช่นนี้จะไม่เป็นผล (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Hair et al., 1998) ซึ่งผลการคำนวณค่าดัชนีพบว่าส่วนใหญ่มีค่าสูงกว่า 4 และสำหรับค่าความเบ้ของข้อมูลที่มีค่าไม่เกิน 1.5 จะมีผลต่อระดับนัยสำคัญและอำนาจจำแนกในการทดสอบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Glass and Hopkins, 1995 อ้างถึงใน สุชาติ บวรภักติกวี, 2548) นอกจากนี้ในส่วนของธรรมชาติของข้อมูลที่มีรูปแบบในลักษณะของการประเมินพฤติกรรมกรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการแพทย์ ซึ่งพฤติกรรมบางส่วนมีลักษณะที่เป็นการแสดงออกตามมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล จึงส่งผลให้การประเมินมีแนวโน้มที่จะมีค่าคะแนนค่อนข้างสูง ด้วยลักษณะของข้อมูลดังกล่าวจึงอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงเป็นโค้งปกติอยู่บ้าง ดังนั้นในการอ่านผลและการนำไปใช้จึงควรระมัดระวังถึงการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องดังกล่าว รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรพฤติกรรมกรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการแพทย์

ตัวแปรพฤติกรรม	Mean	SD	Min	Max	Sk	Ku
C1) พยาบาลพูดกับท่านและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน	3.53	.66	0	4	-1.26**	1.18**
C2) พยาบาลมีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี	3.36	.73	1	4	-.75**	-.41**
C3) พยาบาลพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ	3.21	.80	0	4	-.65**	-.33*
C4) พยาบาลมองหน้าและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยอยู่กับท่านหรือในขณะที่ให้การดูแล	3.20	.81	0	4	-.68**	-.22
C5) พยาบาลรับฟังปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่ท่านหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ	3.29	.77	0	4	-.83**	.25
C6) พยาบาลตรวจเยี่ยมและพูดคุยซักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ	3.26	.79	1	4	-.73**	-.34*
C7) พยาบาลพูดแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลท่าน เช่น ปวดมากไหม, เจ็บหน่อยนะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น	3.36	.80	0	4	-1.06**	.48**

ตัวบ่งชี้พฤติกรรม	Mean	SD	Min	Max	Sk	Ku
C8) พยาบาลสัมผัส ผัส จับมือหรือแตะแขนท่านอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน	2.90	1.00	0	4	-.67**	-.02
C9) พยาบาลมีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่	3.22	.78	0	4	-.73**	.07
C10) พยาบาลดูแลแก้ไขปัญหาของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ	3.17	.79	0	4	-.64**	-.08
C11) พยาบาลดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ	3.52	.81	0	4	-2.17**	5.42**
C12) พยาบาลพูดให้กำลังใจ ปลอดภัย ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ติดต่อความเจ็บป่วย เช่น อดทนนะดูง, พยายามหน้อยนะคะ เป็นต้น	3.36	.84	0	4	-1.49**	2.48**
C13) พยาบาลพูดคุยแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบ, ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน	1.49	1.25	0	4	.48**	-.77**
C14) พยาบาลใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติ คล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่นคุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่อด้วยความคุ้นเคยและเป็นกันเองหากท่านมีอายุน้อยกว่า	3.61	.66	0	4	-1.64**	2.19**
C15) พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของท่าน เช่นกั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า	3.48	.88	0	4	-2.03**	4.27**
C16) พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ	3.04	.91	0	4	-.73**	.20
C17) พยาบาลบอกกล่าวกับท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น	3.57	.67	0	4	-1.62**	2.76**
C18) ซักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การพยาบาลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั่มหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว	3.12	.99	0	4	-1.21**	1.23**
C19) พยาบาลให้การดูแลท่านด้วยความนุ่มนวล	3.32	.75	1	4	-.85**	.09
C20) พยาบาลดูแลท่านอย่างสุ่มรอบคอบและ ไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆขึ้นกับท่าน	3.46	.71	0	4	-1.15**	.85**
C21) เมื่อท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ พยาบาลจะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ท่านรอนาน	3.21	.82	0	4	-.84**	.39*
C22) พยาบาลช่วยเหลือให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สบายต่างๆ ของร่างกาย	3.25	.76	0	4	-.79**	.35*
C23) พยาบาลอธิบายเรื่องโรค/ความก้าวหน้าของอาการ และแนวทางการดูแลรักษาให้กับท่านหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ	2.75	1.09	0	4	-.61**	-.31*

ตัวบ่งชี้พฤติกรรม	Mean	SD	Min	Max	Sk	Ku
C24) พยาบาล ให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น	2.93	1.08	0	4	-.90**	.20

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$ การทดสอบนัยสำคัญของความเบ้และความโด่งคำนวณจาก

สถิติ $Z_{Sk} = Sk/SE_{Sk}$ และ $Z_{Ku} = Ku/SE_{Ku}$ ค่า Std. Error for Skewness = 0.076

Std. Error for Kurtosis = 0.152

1.3 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลแล้ว ยังสามารถวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของคุณภาพการพยาบาลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นเพื่อให้ได้สารสนเทศเพิ่มขึ้น อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความถี่และร้อยละของคุณภาพการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินคะแนนในแต่ละข้ออยู่ในระดับ 4 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุดในมาตรวัดครั้งนี้ โดยพบว่าตัวบ่งชี้พฤติกรรมจำนวน 19 ข้อ มีค่าความถี่ของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงสุดคือ 4 คะแนน ตัวบ่งชี้พฤติกรรมจำนวน 4 ข้อ มีค่าระดับคะแนนส่วนใหญ่ที่ระดับ 3 คะแนน และตัวบ่งชี้พฤติกรรม 1 ข้อ มีค่าคะแนนส่วนใหญ่ที่ระดับ 1 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ตัวบ่งชี้พฤติกรรม	ไม่เคยปฏิบัติ	น้อยครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง	รวม	Mean	SD
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
C1	1(0.10)	4(0.39)	75(7.30)	313(30.48)	634(61.73)	1027(100)	3.53	.66
C2	0(0)	6(0.58)	134(13.05)	374(36.42)	513(49.95)	1027(100)	3.36	.73
C3	2(0.19)	14(1.36)	190(18.50)	379(36.90)	442(43.04)	1027(100)	3.21	.80
C4	2(0.19)	18(1.75)	183(17.82)	389(37.88)	435(42.36)	1027(100)	3.20	.81
C5	3(0.29)	10(0.97)	150(14.61)	390(37.97)	474(46.15)	1027(100)	3.29	.77
C6	0(0)	19(1.85)	162(15.77)	375(36.51)	471(45.86)	1027(100)	3.26	.79
C7	2(0.19)	20(1.95)	136(13.24)	317(30.87)	552(53.75)	1027(100)	3.36	.80
C8	23(2.24)	56(5.45)	261(25.41)	347(33.79)	340(33.11)	1027(100)	2.90	1.00
C9	2(0.19)	19(1.85)	158(15.38)	421(40.99)	427(41.58)	1027(100)	3.22	.78

ตัวบ่งชี้ พฤติกรรม	ไม่เคย ปฏิบัติ	น้อยครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง	รวม	Mean	SD
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
C10	2(0.19)	19(1.85)	175(17.04)	437(42.55)	394(38.36)	1027(100)	3.17	.79
C11	18(1.75)	13(1.27)	61(5.94)	255(24.83)	680(66.21)	1027(100)	3.52	.81
C12	13(1.27)	22(2.14)	99(9.64)	340(33.11)	553(53.85)	1027(100)	3.36	.84
C13	272(26.48)	295(28.72)	233(22.69)	138(13.44)	89(8.67)	1027(100)	1.49	1.25
C14	1(0.10)	6(0.58)	78(7.59)	225(21.91)	717(69.81)	1027(100)	3.61	.66
C15	24(2.34)	14(1.36)	86(8.37)	225(21.91)	678(66.02)	1027(100)	3.48	.88
C16	12(1.17)	36(3.51)	224(21.81)	386(37.59)	369(35.93)	1027(100)	3.04	.91
C17	3(0.29)	5(0.49)	75(7.30)	261(25.41)	683(66.50)	1027(100)	3.57	.67
C18	30(2.92)	38(3.70)	152(14.80)	363(35.35)	444(43.23)	1027(100)	3.12	.99
C19	0(0)	18(1.75)	123(11.98)	400(38.95)	486(47.32)	1027(100)	3.32	.75
C20	1(0.10)	10(0.97)	96(9.35)	331(32.23)	589(57.35)	1027(100)	3.46	.71
C21	5(0.49)	20(1.95)	166(16.16)	396(38.56)	440(42.84)	1027(100)	3.21	.82
C22	3(0.29)	13(1.27)	146(14.22)	427(41.58)	438(42.65)	1027(100)	3.25	.76
C23	37(3.60)	97(9.44)	253(24.63)	336(32.72)	304(29.60)	1027(100)	2.75	1.09
C24	38(3.70)	68(6.62)	200(19.47)	338(32.91)	383(37.29)	1027(100)	2.93	1.08

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน สำหรับการประเมินคะแนนในภาพรวมเพื่อพิจารณา ระดับของความถี่อาหารทางการแพทย์ซึ่งเป็นเกณฑ์เบื้องต้นในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณจาก คะแนนรวมทุกข้อจากตัวบ่งชี้พฤติกรรมจำนวน 24 ข้อ โดยแต่ละข้อมีระดับคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และสูงสุดคือ 4 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 คะแนนและคะแนนรวมสูงสุดคือ 96 คะแนน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 1,027 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 76.6 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.1 ค่าพิสัยเท่ากับ 49 โดยค่าต่ำสุดของคะแนน กลุ่มตัวอย่างคือ 47 คะแนน ค่าสูงสุดคือ 96 คะแนน นำมาพิจารณาจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ตาม เกณฑ์ระยะห่างของค่าเฉลี่ยตามระยะของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean \pm 1SD) และเพื่อให้สะดวก ในการพิจารณาค่าระดับคะแนน จึงพิจารณาโดยไม่คำนึงถึงทศนิยมของตัวเลข ได้ระดับของเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า 67 คะแนน จัดเป็นความถี่อาหารระดับน้อย คะแนนระหว่าง 67 - 87 คะแนน จัดเป็นความถี่อาหารระดับปานกลาง และคะแนนสูงกว่า 87 คะแนน จัดเป็นความถี่อาหารระดับ มาก รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

คะแนน	ผลการประเมิน	การแปลความหมาย
ต่ำกว่า 67	ระดับน้อย	มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทรในระดับน้อย
67-87	ระดับปานกลาง	มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทรในระดับปานกลาง
สูงกว่า 87	ระดับมาก	มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทรในระดับมาก

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจ การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

การนำเสนอรายงานในตอนนี้เป็น การเสนอผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวแปรการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล เพื่อรวมตัวแปรพฤติกรรมซึ่งจัดเป็นตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 24 ตัวแปร (C1-C24) เข้าด้วยกันเป็นองค์ประกอบ โดยแยกการนำเสนอเป็น 3 หัวข้อดังนี้ หัวข้อที่หนึ่ง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หัวข้อที่สอง ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ และหัวข้อที่สาม เมทริกซ์องค์ประกอบและเมทริกซ์คะแนนสัมประสิทธิ์ของตัวแปรแต่ละองค์ประกอบที่ได้จากการหมุนแกน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 24 ตัว พบว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จำนวน 239 คู่ โดยตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกขนาดค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง ($r = 0.11$ ถึง 0.62) และพบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 14 คู่ โดยตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกขนาดต่ำ ($r = 0.08$ ถึง 0.10) และมีจำนวนตัวแปร 23 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ชุดตัวแปรพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่นำมาศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ในลักษณะของเมทริกซ์เอกลักษณะ นั่นคือ ตัวแปรทั้ง 24 ตัวมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ ($\chi^2 = 3983.94$, $df = 276$, $p = 0.00$) ค่าความพอเพียงของการเลือกตัวอย่างโดยรวม (KMO) เท่ากับ 0.89 โดยตัวแปรมีค่าพิสัยความพอเพียงของการเลือกตัวอย่าง (MSA) เท่ากับ 0.72 - 0.94 ซึ่งมากกว่า 0.5 ทุกค่า แสดงว่าตัวแปรทุกตัวที่นำมาศึกษามีความสัมพันธ์กันเหมาะสมสามารถวิเคราะห์องค์ประกอบได้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร
ทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปร	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
C1	0.87											
C2	0.62**	0.88										
C3	0.57**	0.55**	0.90									
C4	0.46**	0.40**	0.53**	0.93								
C5	0.45**	0.43**	0.42**	0.46**	0.94							
C6	0.45**	0.44**	0.42**	0.37**	0.47**	0.91						
C7	0.32**	0.30**	0.29**	0.33**	0.42**	0.43**	0.92					
C8	0.09*	0.07	0.17**	0.23**	0.21**	0.15**	0.24**	0.85				
C9	0.31**	0.33**	0.33**	0.39**	0.47**	0.36**	0.45**	0.23**	0.93			
C10	0.24**	0.24**	0.24**	0.38**	0.45**	0.31**	0.43**	0.27**	0.58**	0.91		
C11	0.23**	0.16**	0.12**	0.14**	0.24**	0.27**	0.24**	-0.02	0.21**	0.29**	0.73	
C12	0.19**	0.22**	0.18**	0.24**	0.33**	0.32**	0.48**	0.15**	0.41**	0.41**	0.39**	0.89
C13	0.07	-0.04	0.04	0.11**	0.09*	0.08*	0.08*	0.15**	0.15**	0.15**	0.06	0.08*
C14	0.25**	0.25**	0.20**	0.20**	0.20**	0.32**	0.33**	0.04	0.25**	0.24**	0.27**	0.23**
C15	0.12**	0.15**	0.13**	0.14**	0.15**	0.18**	0.26**	0.19**	0.20**	0.14**	0.16**	0.24**
C16	0.14**	0.19**	0.21**	0.27**	0.28**	0.12**	0.12**	0.21**	0.21**	0.25**	-0.04	0.11**
C17	0.30**	0.27**	0.26**	0.25**	0.27**	0.20**	0.22**	0.15**	0.28**	0.25**	0.06	0.16**
C18	0.25**	0.15**	0.18**	0.16**	0.20**	0.26**	0.21**	-0.07	0.18**	0.20**	0.53**	0.21**
C19	0.24**	0.32**	0.31**	0.34**	0.33**	0.24**	0.32**	0.18**	0.39**	0.37**	0.14**	0.27**
C20	0.25**	0.27**	0.29**	0.28**	0.30**	0.14**	0.20**	0.17**	0.33**	0.31**	0.06	0.19**
C21	0.17**	0.23**	0.16**	0.23**	0.28**	0.19**	0.30**	0.14**	0.39**	0.34**	0.15**	0.25**
C22	0.18**	0.19**	0.22**	0.28**	0.30**	0.21**	0.25**	0.21**	0.40**	0.36**	0.09*	0.27**
C23	0.11**	0.08*	0.13**	0.12**	0.16**	-0.02	0.10*	0.23**	0.16**	0.19**	-0.07	0.12**
C24	0.07	0.06	0.09*	0.08*	0.12**	0.14**	0.16**	0.10*	0.14**	0.16**	0.07	0.19**
Mean	3.48	3.28	3.16	3.11	3.18	3.22	3.31	2.73	3.14	3.10	3.48	3.44
SD	0.68	0.72	0.79	0.81	0.78	0.80	0.80	1.01	0.78	0.78	0.90	0.73

หมายเหตุ

1. *p < 0.05, **p < 0.01
2. Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2 = 3983.94$, df = 276, p = 0.00
3. Kaiser – Meyer – olkin Measure of Sampling Adequacy (MSA) = 0.89
4. MSA ของตัวแปรมีค่าพิสัยเท่ากับ 0.72 - . 0.94

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ตัวแปร	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24
C13	0.73											
C14	-0.07	0.87										
C15	-0.001	0.41**	0.85									
C16	0.21**	0.13**	0.19**	0.89								
C17	0.06	0.33**	0.31**	0.31**	0.94							
C18	0.14**	0.30**	0.13**	0.11**	0.21**	0.77						
C19	0.10*	0.30**	0.31**	0.34**	0.44**	0.27**	0.93					
C20	0.03	0.29**	0.30**	0.34**	0.41**	0.23**	0.56**	0.91				
C21	0.11**	0.29**	0.23**	0.27**	0.33**	0.31**	0.48**	0.48**	0.91			
C22	0.13**	0.18**	0.22**	0.38**	0.35**	0.22**	0.51**	0.47**	0.52**	0.92		
C23	0.24**	-0.05	0.09*	0.36**	0.19**	0.03	0.24**	0.25**	0.18**	0.34**	0.74	
C24	0.22**	0.04	0.12**	0.16**	0.11**	0.10*	0.16**	0.14**	0.11**	0.25**	0.47**	0.72
Mean	1.66	3.61	3.50	2.87	3.48	3.02	3.20	3.34	3.16	3.16	2.72	3.11
S.D.	1.27	0.66	0.80	0.92	0.70	1.02	0.75	0.74	0.81	0.73	1.11	0.99

หมายเหตุ

1. *p < 0.05, **p < 0.01
2. Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2 = 3983.94$, df = 276, p = 0.00
3. Kaiser – Meyer – olkin Measure of Sampling Adequacy (MSA) = 0.89
4. MSA ของตัวแปรที่มีค่าพิสัยเท่ากับ 0.72 - . 0.94

3.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ Principal Component Analysis และหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก โดยวิธี varimax พบว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 24 ตัว สามารถนำมาสร้างองค์ประกอบที่สำคัญได้ 6 องค์ประกอบ แสดงว่าตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ในระดับดี คือ ร้อยละ 60.47 โดยองค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 28.30 องค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.00 องค์ประกอบที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.05 องค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.41 องค์ประกอบที่ 5 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.20 และองค์ประกอบที่ 6 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้

ร้อยละ 4.51 และเมื่อหมุนแกนโดยวิธี varimax แล้วทำให้ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของแต่ละองค์ประกอบมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยค่าร้อยละของความแปรปรวนจะมีค่าที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น โดยองค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.78 องค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.77 องค์ประกอบที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 11.89 องค์ประกอบที่ 4 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.48 องค์ประกอบที่ 5 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.04 และองค์ประกอบที่ 6 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.53 แต่อย่างไรก็ตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนรวมไม่เปลี่ยนแปลงคือมีค่าเท่ากับร้อยละ 60.47 ดังผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ค่าไอเกนขั้นต้น			Extraction Sums of Squared Loadings			ค่าไอเกนที่ได้จากการหมุนแกน		
	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของความแปรปรวน	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของความแปรปรวน	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของความแปรปรวน	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม
1	6.79	28.30	28.30	6.79	28.30	28.30	3.31	13.78	13.78
2	2.16	9.00	37.30	2.16	9.00	37.30	3.30	13.77	27.54
3	1.69	7.05	44.35	1.69	7.05	44.35	2.85	11.89	39.43
4	1.54	6.41	50.76	1.54	6.41	50.76	1.79	7.48	46.90
5	1.25	5.20	55.96	1.25	5.20	55.96	1.69	7.04	53.95
6	1.08	4.51	60.47	1.08	4.51	60.47	1.57	6.53	60.47
7	0.93	3.86	64.33						
8	0.74	3.09	67.42						
9	0.70	2.93	70.35						
10	0.65	2.71	73.06						
11	0.63	2.62	75.68						
12	0.62	2.56	78.24						
13	0.58	2.42	80.65						
14	0.56	2.32	82.97						
15	0.51	2.13	85.11						
16	0.50	2.07	87.18						
17	0.46	1.90	89.08						

องค์ประกอบ	ค่าไอเกนขั้นต้น			Extraction Sums of Squared Loadings			ค่าไอเกนที่ได้จากการหมุนแกน		
	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของความแปรปรวน	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของความแปรปรวน	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของความแปรปรวน	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม
18	0.44	1.82	90.90						
19	0.42	1.76	92.66						
20	0.40	1.66	94.32						
21	0.38	1.58	95.91						
22	0.36	1.50	97.40						
23	0.33	1.36	98.76						
24	0.30	1.24	100.00						

3.3 เมทริกซ์องค์ประกอบที่ได้จากการหมุนแกนและเมทริกซ์คะแนนสัมประสิทธิ์ของตัวแปรแต่ละองค์ประกอบ

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการหมุนแกนด้วยวิธี Varimax ได้ผลการวิเคราะห์จำนวน 6 องค์ประกอบ ซึ่งจัดเป็นตัวแปรแฝง จำนวน 6 ตัวแปร ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่าทุกองค์ประกอบมีตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 0.3 อย่างน้อย 2 ตัวแปร ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การจับกลุ่มตัวแปรว่าควรอยู่ในองค์ประกอบใด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (building relationship) ประกอบด้วย ตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ C1, C3, C2, C4, C6, C5 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามลำดับคือ 0.81, 0.79, 0.78, 0.61, 0.57, 0.54 ดังนี้

(C1) พยาบาลพูดกับท่านและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน

(C3) พยาบาลพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ

(C2) พยาบาลมีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี

(C4) พยาบาลมองหน้าและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยหรือในขณะที่ให้การดูแลท่าน

(C6) พยาบาลมาตรวจเยี่ยมและพูดคุยกักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ

(C5) พยาบาลรับฟังปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่ท่านหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ

องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ (professional competency & skill) ประกอบด้วย ตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ C20, C21, C19, C22 C17, C16 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามลำดับคือ 0.75, 0.71, 0.70, 0.69, 0.54, 0.53 ดังนี้

(C20) พยาบาลดูแลท่านอย่างสุขุมรอบคอบและไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆ ขึ้นกับท่าน

(C21) เมื่อท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ พยาบาลจะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ท่านรอนาน

(C19) พยาบาลให้การดูแลท่านด้วยความนุ่มนวล

(C22) พยาบาลช่วยเหลือให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ ของร่างกาย

(C17) พยาบาลบอกกล่าวกับท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น

(C16) พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ

องค์ประกอบที่ 3 ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ประกอบด้วย ตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ C10, C12, C7, C9 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามลำดับคือ 0.70, 0.67, 0.65 และ 0.65 ดังนี้

(C10) พยาบาลดูแลแก้ไขปัญหาของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ

(C12) พยาบาลพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ท้อต่อความเจ็บป่วย เช่น อดทนนะสูง, พยายามหน่อยนะคะ เป็นต้น

(C7) พยาบาลพูดแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลท่าน เช่น ปวดมากไหม, เจ็บหน่อยนะคะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น

(C9) พยาบาลมีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่

องค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ (holistic information) ประกอบด้วย ตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ C24, C23, C13 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามลำดับคือ 0.79, 0.75, 0.56 ดังนี้

(C24) ให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตนเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

(C23) อธิบายเรื่องโรค/ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับท่านหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ

(C13) พุดคุยแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบ, ให้อุทิศหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน

องค์ประกอบที่ 5 การใส่ใจอย่างแท้จริง (attention) ประกอบด้วย ตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ C18, C11, C8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามลำดับคือ 0.79, 0.73, 0.46 ดังนี้

(C18) ชักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การพยาบาลต่างๆ เช่น ขณะขีดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กัมน้ำทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว

(C11) พยาบาลดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ

(C8) พยาบาลสัมผัส จับมือหรือแตะแขนท่านอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน

องค์ประกอบที่ 6 การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (respect) ประกอบด้วย ตัวแปร 2 ตัว ได้แก่ ตัวแปร C15, C14 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.78 และ 0.65 ตามลำดับ ดังนี้

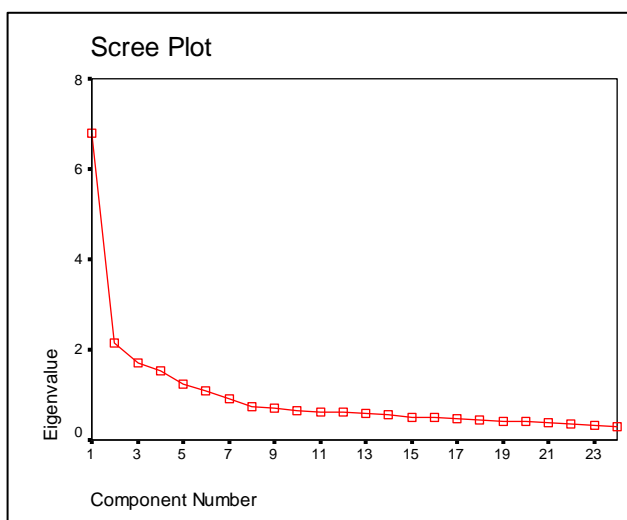
(C15) พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของท่าน เช่น กั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า

(C14) พยาบาลใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่น คุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่อด้วยความคุ้นเคยและเป็นกันเอง หากท่านมีอายุน้อยกว่า

รายละเอียดเมทริกซ์องค์ประกอบที่ได้จากการหมุนแกนและเมทริกซ์คะแนนสัมประสิทธิ์ของตัวแปรแต่ละองค์ประกอบ แสดงในตารางที่ 4.13 และเมื่อพิจารณาแผนภาพ scree plot แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทั้ง 24 ตัว สามารถสร้างเป็นองค์ประกอบสำคัญได้ 6 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่า 1 และมีจุดเปลี่ยนโค้งที่สามารถแบ่งตัวแปรได้เป็น 6 กลุ่ม ได้อย่างชัดเจน ดังแผนภาพที่ 4.2

ตารางที่ 4.13 เมทริกซ์องค์ประกอบที่ได้จากการหมุนแกนและเมทริกซ์สัมประสิทธิ์คະแนน
องค์ประกอบ

ตัวแปร	เมทริกซ์องค์ประกอบที่ได้จากการหมุนแกน						เมทริกซ์สัมประสิทธิ์คະแนนองค์ประกอบ					
	องค์ประกอบ						องค์ประกอบ					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
C1	0.81	0.09	0.07	0.06	0.16	0.08	0.33	-0.07	-0.14	0.04	0.06	-0.01
C3	0.79	0.16	0.09	0.06	-0.02	0.04	0.32	-0.03	-0.11	0.01	-0.06	-0.03
C2	0.78	0.16	0.08	-0.04	0.05	0.12	0.30	-0.02	-0.12	-0.03	-0.02	0.02
C4	0.61	0.25	0.31	0.03	-0.07	-0.06	0.20	0.02	0.05	-0.04	-0.09	-0.13
C6	0.57	-0.03	0.38	0.04	0.19	0.21	0.17	-0.16	0.08	0.03	0.05	0.09
C5	0.54	0.22	0.47	0.07	0.05	-0.04	0.14	-0.01	0.14	-0.02	-0.03	-0.13
C20	0.18	0.75	0.06	0.04	0.01	0.19	-0.02	0.29	-0.10	-0.08	-0.02	0.02
C21	0.02	0.71	0.26	-0.02	0.20	0.04	-0.12	0.30	0.04	-0.13	0.10	-0.11
C19	0.20	0.70	0.19	0.07	0.07	0.18	-0.03	0.25	-0.04	-0.06	0.01	0.01
C22	0.07	0.69	0.26	0.22	0.04	0.02	-0.08	0.25	0.02	0.02	0.01	-0.10
C17	0.26	0.54	0.00	0.07	0.01	0.35	0.04	0.17	-0.14	-0.01	-0.03	0.19
C16	0.18	0.53	0.03	0.34	-0.15	0.00	0.03	0.18	-0.09	0.13	-0.09	-0.06
C10	0.16	0.33	0.70	0.07	0.07	-0.08	-0.08	0.05	0.32	-0.06	-0.02	-0.17
C12	0.08	0.06	0.67	0.12	0.22	0.22	-0.10	-0.11	0.30	0.04	0.06	0.10
C7	0.27	0.07	0.65	0.05	0.07	0.28	-0.01	-0.12	0.28	-0.01	-0.06	0.14
C9	0.26	0.36	0.65	0.01	0.02	-0.03	-0.03	0.06	0.28	-0.10	-0.06	-0.14
C24	0.04	0.02	0.08	0.79	0.07	0.18	0.00	-0.15	-0.06	0.52	0.06	0.18
C23	0.06	0.29	0.02	0.75	-0.17	0.00	0.01	0.02	-0.08	0.43	-0.08	0.02
C13	0.00	0.08	0.15	0.56	0.15	-0.28	-0.02	-0.02	0.03	0.33	0.14	-0.22
C18	0.15	0.26	0.06	0.10	0.79	0.06	-0.01	0.08	-0.12	0.07	0.51	-0.07
C11	0.10	-0.05	0.35	0.02	0.73	0.13	-0.04	-0.10	0.10	0.04	0.43	0.01
C8	0.07	0.12	0.44	0.22	-0.46	0.12	-0.04	-0.06	0.24	0.07	-0.35	0.10
C15	0.02	0.22	0.15	0.08	-0.03	0.78	-0.07	-0.04	-0.01	0.06	-0.11	0.58
C14	0.18	0.24	0.15	-0.15	0.26	0.65	-0.01	0.00	-0.04	-0.09	0.08	0.42



แผนภาพที่ 4.2 แผนภาพ scree plot แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของตัวแปรการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (nursing caring) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสองชั้นตอน (second order confirmatory factor analysis) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม LISREL เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ดังต่อไปนี้

Nursing caring	หมายถึง ตัวแปรแฝงการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล
REL	หมายถึง ตัวแปรแฝงด้านการสร้างสัมพันธภาพ
PRO	หมายถึง ตัวแปรแฝงด้านความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ
COM	หมายถึง ตัวแปรแฝงด้านความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ
HOL	หมายถึง ตัวแปรแฝงด้านการให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ
ATT	หมายถึง ตัวแปรแฝงด้านการใส่ใจผู้ป่วยอย่างจริงจัง
RES	หมายถึง ตัวแปรแฝงด้านการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย
C1-C24	หมายถึง ตัวแปรสังเกตได้ 1-24 ตัว

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (nursing caring) พบว่าวัดได้จากตัวแปรแฝง จำนวน 6 ตัวแปรคือ 1)การสร้างความสัมพันธ์ (building relationship:REL) 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ (professional competency & skill:PRO) 3)ความเมตตา กรุณาและความเห็นอกเห็นใจ (compassion:COM) 4)การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ (holistic information:HOL) 5)การใส่ใจผู้ป่วยอย่างจริงจัง (attention:ATT) และ 6)การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (respect:RES) ซึ่งตัวแปรแฝงดังกล่าว วัดได้จากข้อความแสดงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งจัดเป็นตัวแปรสังเกตได้จำนวน 24 ตัวแปร(C1-C24) ซึ่งผลการวิเคราะห์เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 24 ตัว พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปร 249 คู่ มีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปร 10 คู่ มีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาในภาพรวมค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง โดยตัวแปร C1 กับตัวแปร C2 และตัวแปร C23 กับตัวแปร C24 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดเท่ากัน มีค่าเท่ากับ 0.61 ส่วนตัวแปร C13 และ C22 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0.07

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 24 ตัว ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ นั่นคือ ตัวแปรทั้ง 24 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้ (Bartlett's test: $\chi^2 = 3598.722$, $df = 276$, $p = .00$) ค่าดัชนี Overall Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.893 และค่าพิสัยของค่าความพอเพียงของการเลือกตัวอย่าง (MSA) ของตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.71 - 0.94 ซึ่งมากกว่า 0.5 ทุกค่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

ตัวแปร	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
C1	0.85											
C2	0.61**	0.88										
C3	0.46**	0.45**	0.92									
C4	0.38**	0.37**	0.35**	0.94								
C5	0.35**	0.39**	0.32**	0.40**	0.91							
C6	0.31**	0.37**	0.35**	0.31**	0.39**	0.94						
C7	0.31**	0.33**	0.36**	0.28**	0.32**	0.40**	0.93					
C8	0.30**	0.28**	0.31**	0.24**	0.23**	0.29**	0.32**	0.91				
C9	0.29**	0.31**	0.35**	0.35**	0.47**	0.41**	0.40**	0.39**	0.93			
C10	0.29**	0.34**	0.33**	0.29**	0.47**	0.36**	0.38**	0.37**	0.50**	0.94		
C11	0.21**	0.23**	0.20**	0.22**	0.22**	0.28**	0.26**	0.15**	0.25**	0.24**	0.92	
C12	0.19**	0.26**	0.22**	0.25**	0.27**	0.30**	0.40**	0.20**	0.30**	0.30**	0.26**	0.92
C13	0.05	0.04	0.10*	0.10*	0.07	0.05	0.08*	0.03	0.10**	0.15**	0.02	0.05
C14	0.22**	0.17**	0.12**	0.23**	0.13**	0.13**	0.20**	0.18**	0.11**	0.21**	0.23**	0.14**
C15	0.18**	0.11**	0.14**	0.26**	0.22**	0.13**	0.20**	0.18**	0.20**	0.20**	0.21**	0.14**
C16	0.18**	0.16**	0.23**	0.30**	0.43**	0.22**	0.14**	0.20**	0.32**	0.33**	0.11**	0.15**
C17	0.15**	0.17**	0.12**	0.21**	0.15**	0.16**	0.18**	0.20**	0.17**	0.16**	0.19**	0.16**
C18	0.14**	0.19**	0.15**	0.22**	0.16**	0.22**	0.25**	0.09*	0.21**	0.22**	0.29**	0.30**
C19	0.27**	0.26**	0.20**	0.24**	0.22**	0.26**	0.28**	0.32**	0.37**	0.33**	0.27**	0.23**
C20	0.17**	0.20**	0.19**	0.15**	0.20**	0.12**	0.17**	0.22**	0.23**	0.30**	0.21**	0.15**
C21	0.26**	0.33**	0.33**	0.28**	0.34**	0.22**	0.31**	0.21**	0.35**	0.36**	0.21**	0.28**
C22	0.14**	0.24**	0.21**	0.27**	0.33**	0.26**	0.31**	0.29**	0.35**	0.40**	0.18**	0.29**
C23	0.06	0.12**	0.13**	0.13**	0.20**	0.17**	0.10*	0.12**	0.20**	0.26**	0.02	0.18**
C24	0.08*	0.12**	0.13**	0.20**	0.18**	0.18**	0.14**	0.11**	0.18**	0.25**	0.05	0.22**
Mean	3.58	3.43	3.26	3.29	3.38	3.30	3.40	3.06	3.29	3.24	3.56	3.29
S.D.	0.64	0.72	0.81	0.79	0.75	0.78	0.79	0.96	0.78	0.79	0.72	0.92

หมายเหตุ

1. *p < 0.05, **p < 0.01
2. Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2 = 3598.72$, df = 276, p = 0.00
3. Kaiser – Meyer – olkin Measure of Sampling Adequacy (MSA) = 0.89
4. MSA ของตัวแปรที่มีค่าพิสัยเท่ากับ 0.71 - . 0.94

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ตัวแปร	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24
C13	0.74											
C14	0.07	0.85										
C15	0.06	0.35**	0.86									
C16	0.11**	0.20**	0.26**	0.90								
C17	0.06	0.25**	0.32**	0.14**	0.88							
C18	0.13**	0.31**	0.16**	0.15**	0.28**	0.84						
C19	0.14**	0.26**	0.21**	0.25**	0.26**	0.21**	0.90					
C20	0.02	0.18**	0.28**	0.21**	0.32**	0.14**	0.38**	0.88				
C21	0.11**	0.23**	0.18**	0.31**	0.20**	0.20**	0.38**	0.28**	0.94			
C22	0.07*	0.22**	0.27**	0.30**	0.32**	0.28**	0.36**	0.37**	0.39**	0.93		
C23	0.24**	0.07*	0.08*	0.24**	0.14**	0.07	0.13**	0.11**	0.20**	0.22**	0.73	
C24	0.26**	0.06	0.11**	0.18**	0.17**	0.04	0.09*	0.13**	0.16**	0.24**	0.61**	0.71
Mean	1.34	3.61	3.46	3.19	3.66	3.22	3.42	3.56	3.26	3.33	2.78	2.78
S.D.	1.22	0.66	0.95	0.87	0.64	0.95	0.74	0.67	0.82	0.78	1.07	1.13

หมายเหตุ

- *p < 0.05, **p < 0.01
- Bartlett's Test of Sphericity $\chi^2 = 3598.72$, df = 276, p = 0.00
- Kaiser – Meyer – olkin Measure of Sampling Adequacy (MSA) = 0.89
- MSA ของตัวแปรที่มีค่าพิสัยเท่ากับ 0.71 - . 0.94

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสองขั้นตอน (second order confirmatory factor analysis) พบว่า โมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ที่แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 240.75$, df = 207, p = .054) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ค่าแล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.95 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.017 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.023

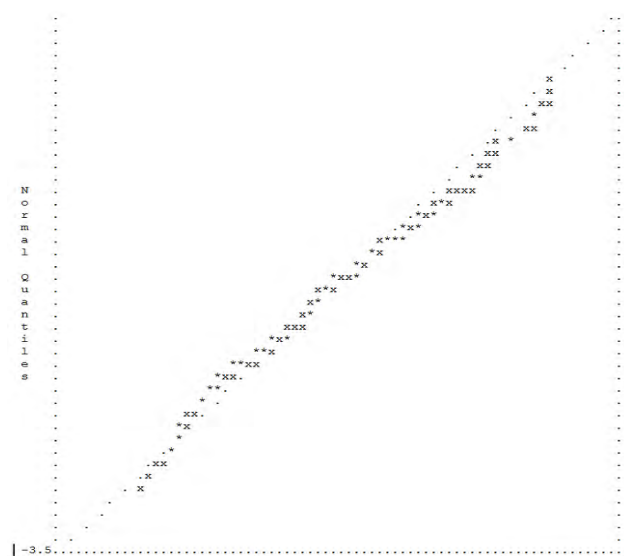
ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัว มีค่าเป็นบวก ตั้งแต่ 0.04 -1.00 โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปร Attention (ATT) มีน้ำหนักความสำคัญวัดในรูปน้ำหนักองค์ประกอบ

มาตรฐานมากที่สุดเท่ากับ 1.00 และมีความแปรผันร่วมกับ Nursing Caring ในระดับสูงมาก ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ตัวแปร Compassion (COM) มีน้ำหนักความสำคัญเท่ากับ 0.97 และมีความแปรผันร่วมกับ Nursing Caring ในระดับสูงมาก (ร้อยละ 95) ตัวแปร Relationship (REL) และ Professional competency & skill (PRO) มีน้ำหนักความสำคัญเท่ากันคือ 0.86 และมีความแปรผันร่วมกับ Nursing Caring ในระดับสูง (ร้อยละ 74 และร้อยละ 73 ตามลำดับ) ส่วนตัวแปร Respect (RES) มีน้ำหนักความสำคัญเท่ากับ 0.59 และมีความแปรผันร่วมกับ Nursing Caring ในระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 34) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ Holistic information (HOL) มีความผันแปรร่วมกับ Nursing Caring ในระดับต่ำ (ร้อยละ 17) รายละเอียดดังตารางที่ 4.15 ภาพที่ 4.3 และภาพที่ 4.4

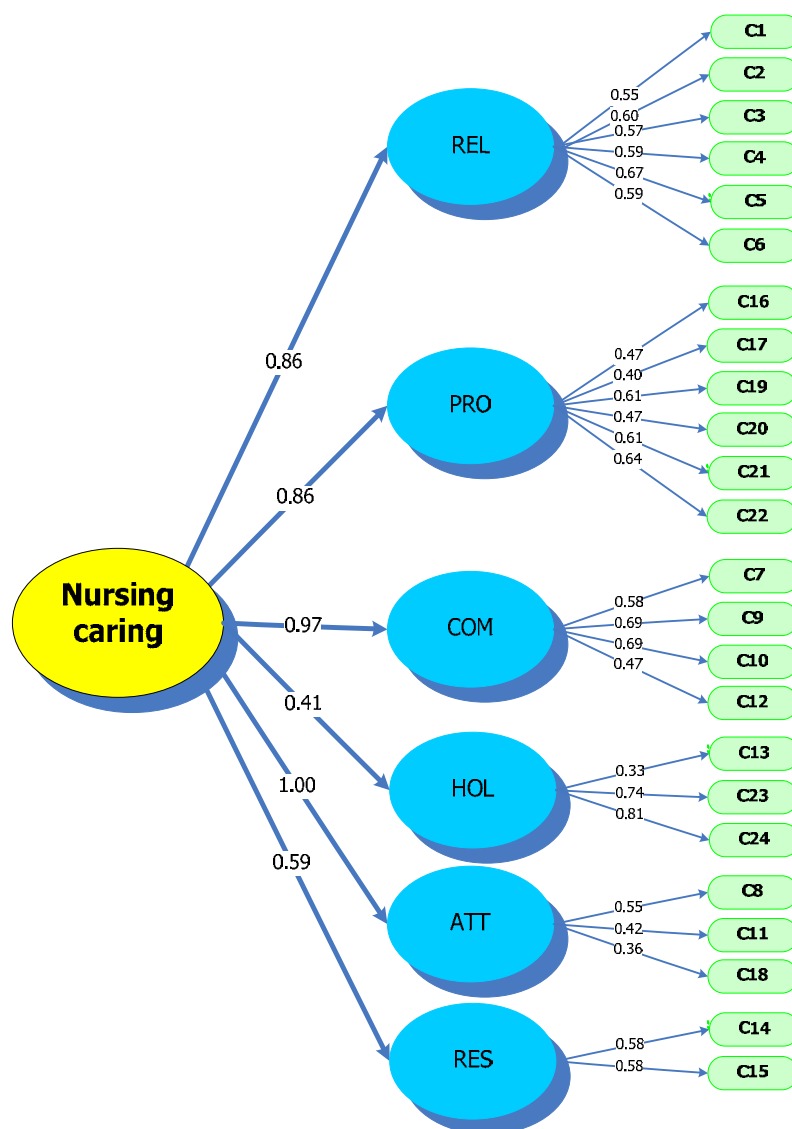
ตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	SC	R ²
Relationship (REL)					
C1	0.35	-	-	0.55	0.30
C2	0.44	0.03	13.40	0.60	0.36
C3	0.46	0.04	10.77	0.57	0.33
C4	0.46	0.05	9.91	0.59	0.34
C5	0.50	0.05	10.49	0.67	0.45
C6	0.46	0.05	9.97	0.59	0.35
Professional competency & skill (PRO)					
C16	0.41	-	-	0.47	0.22
C17	0.25	0.04	6.91	0.40	0.16
C19	0.45	0.05	8.98	0.61	0.37
C20	0.32	0.047	7.74	0.47	0.22
C21	0.51	0.06	9.02	0.61	0.38
C22	0.50	0.05	9.24	0.64	0.41
Compassion (COM)					
C7	0.46	-	-	0.58	0.34
C9	0.54	0.05	11.80	0.69	0.48
C10	0.54	0.05	11.78	0.69	0.47
C12	0.43	0.04	9.68	0.47	0.22

ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	SC	R ²
Holistic information (HOL)					
C13	0.04	-	-	0.33	0.11
C23	0.79	0.12	6.62	0.74	0.55
C24	0.92	0.14	6.46	0.81	0.66
Attention (ATT)					
C8	0.53	-	-	0.55	0.31
C11	0.30	0.04	7.65	0.42	0.18
C18	0.35	0.05	6.75	0.36	0.13
Respect (RES)					
C14	0.39	-	-	0.58	0.34
C15	0.55	0.08	6.98	0.58	0.34
Nursing Caring					
REL	0.86	0.07	11.50	0.86	0.74
PRO	0.86	0.09	9.76	0.86	0.73
COM	0.97	0.07	13.17	0.97	0.95
HOL	0.41	0.08	5.30	0.41	0.17
ATT	1.00	0.08	12.96	1.00	1.00
RES	0.59	0.08	7.61	0.59	0.34
Chi-square=240.75, df=207, P=0.054, GFI=0.96, AGFI=0.95, RMSEA=0.017, RMR=0.023					



ภาพที่ 4.3 แผนภาพ Q-plot แสดงความสอดคล้องของโมเดลการดูแลอย่างเอาใจหา



Chi-Square=240.75, df=207, p=.054, RMSEA=0.017

ภาพที่ 4.4 โมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของตัวแปรในโมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล สรุปได้ว่าองค์ประกอบและตัวแปรที่มุ่งวัดพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้าง แสดงให้เห็นว่าตัวแปรแฝงดังกล่าวสามารถวัดได้ด้วยตัวแปรสังเกตได้หรือองค์ประกอบในโมเดลได้จริง

ตอนที่ 5 ผลการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (Nursing Caring Behavior Assessment: NCBA) ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (criterion related validity) โดยได้ใช้เครื่องมือเกณฑ์จำนวน 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล (Caring behaviors assessment tool: CBA) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในบริบทสังคมตะวันตก โดย Cronin & Harrison (1988) สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ Watson และนำมาแปลและปรับใช้ในการวิจัยโดย ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามรวม 50 ข้อ จำแนกตามมิติได้ 10 มิติ

ฉบับที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ที่พัฒนาขึ้นในบริบทสังคมไทย โดย จินตมาศ โกศลชื่อนวิจิตร (2551) มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ จำแนกตามมิติได้ 6 มิติ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับมาปรับให้เข้ากับบริบทของการประเมินโดยผู้ป่วย และได้นำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยวิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (NCBA) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับคะแนนจากเครื่องมือเกณฑ์ทั้งสองฉบับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเครื่องมือเกณฑ์ฉบับที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล (CBA) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.909 และเครื่องมือเกณฑ์ฉบับที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .881 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้เป็นค่าที่แสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและระดับความสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 ซึ่งแสดงระดับความสัมพันธ์ในระดับที่ค่อนข้างสูง แสดงว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีคุณภาพในด้านความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ของคะแนนจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นกับคะแนนเกณฑ์

เครื่องมือ	ค่าสหสัมพันธ์
ฉบับที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล CBA	.909**
ฉบับที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร	.881**

หมายเหตุ ** $p < .01$

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์อำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรม

การวิเคราะห์อำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรมในขั้นนี้ เป็นการหาค่าอำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้รายตัว เพื่อศึกษาว่าตัวบ่งชี้แต่ละตัวมีความสามารถจำแนกกลุ่มค่าคะแนนสูงกับกลุ่มค่าคะแนนต่ำออกจากกันได้หรือไม่ ในการวิจัยครั้งนี้ได้พิจารณาประสิทธิภาพการจำแนกของตัวบ่งชี้ด้วยวิธีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำโดยใช้สถิติ t-test โดยหาคะแนนจุดตัดที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 กับ 75 เพื่อแยกคะแนนที่ได้ออกเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ จากนั้นจึงนำคะแนนมาเปรียบเทียบกัน ผลการทดสอบที่ค่าสถิติมีนัยสำคัญ แสดงถึงประสิทธิภาพการจำแนกของตัวบ่งชี้ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งผลการวิเคราะห์คะแนนโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,027 คน พบว่าตัวบ่งชี้พฤติกรรมทั้ง 24 ตัว มีผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่พัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ มีประสิทธิภาพในการจำแนกอยู่ใน “เกณฑ์ดี” ทุกตัวบ่งชี้ รายละเอียดดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ค่าอำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ตัวบ่งชี้พฤติกรรม	t	p
Relationship (REL) 6 ตัวบ่งชี้ย่อย		
c1	18.568	.000
c2	19.269	.000
c3	18.030	.000
c4	20.513	.000
c5	21.998	.000
c6	17.214	.000
Professional competency & skill (PRO) 6 ตัวบ่งชี้ย่อย		
c16	18.164	.000
c17	14.706	.000
c19	21.656	.000
c20	17.601	.000
c21	20.696	.000
c22	22.496	.000
Compassion (COM) 4 ตัวบ่งชี้ย่อย		
c7	19.472	.000
c9	23.591	.000

ตัวบ่งชี้พฤติกรรม	t	p
c10	25.603	.000
c12	14.750	.000
Holistic information (HOL) 3 ตัวบ่งชี้ย่อย		
c13	7.448	.000
c23	14.826	.000
c24	12.914	.000
Attention (ATT) 3 ตัวบ่งชี้ย่อย		
c8	16.310	.000
c11	13.525	.000
c18	15.233	.000
Respect (RES) 2 ตัวบ่งชี้ย่อย		
c14	13.569	.000
c15	12.601	.000

ตอนที่ 7 ผลการตรวจสอบความเที่ยง

การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยการตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ผลการวิเคราะห์ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 1,027 ราย พบว่าภาพรวมค่าสัมประสิทธิ์ของเครื่องมือทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.867 เมื่อพิจารณาจำแนกรายองค์ประกอบ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.362-0.820 แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพด้านความเที่ยงอยู่ในระดับปานกลาง แสดงดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ความเที่ยงของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรจำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	สัญลักษณ์	จำนวนข้อ	ค่าความเที่ยง
1.การสร้างสัมพันธภาพ (building relationship)	REL	6	.820
2.ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ (professional competency & skill)	PRO	6	.770
3.ความเมตตาากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ (compassion)	COM	4	.734
4.การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ (holistic information)	HOL	3	.596
5.การใส่ใจอย่างแท้จริง (attention)	ATT	3	.362
6.การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (respect)	RES	2	.532
รวม 6 องค์ประกอบ	CARE	24	.867

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ 1) เพื่อพัฒนาระบบการสัมภาษณ์เชิงปัญญาสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล 2) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทย 3) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในกระบวนการของการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และ 4) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

การวิจัยมีสามระยะ (three-phase design) คือ **ระยะที่หนึ่ง** เป็นการพัฒนาองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของสังคมไทยโดยการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) และนำข้อมูลมาพัฒนาข้อความแสดงคุณลักษณะของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล **ระยะที่สอง** เป็นการพัฒนาเครื่องมือคือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (Nursing Caring Behavior Assessment: NCBA) และตรวจสอบเครื่องมือด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ คือการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) และ**ระยะที่สาม** เป็นการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นด้วยวิธีวิทยาเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ระยะที่หนึ่ง การพัฒนาองค์ประกอบและข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อยู่ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร จำนวน 4 กลุ่มดังนี้ กลุ่มแรก เป็นผู้ป่วยจำนวน 16 คน โดยพิจารณาคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติของการเจ็บป่วยด้านสมอง และ 2) รู้สึกดีว่า สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและเต็มใจในการให้สัมภาษณ์ กลุ่มที่สอง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มที่สาม เป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 12 คน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและมีหน้าที่สอนองค์ความรู้ของการดูแลอย่างเอื้ออาทรแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชา

ต่างๆ และกลุ่มที่สี่คือ นักศึกษาพยาบาลจำนวน 10 คน ที่มีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แนวประเด็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (interview guideline) ซึ่งเป็นข้อความอธิบายวิธีการและแนวทางในการซักถามข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลการวิเคราะห์มาจัดทำเครื่องมือฉบับร่าง

ระยะที่สอง เป็นการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลฉบับร่าง ได้แก่ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน ตามเกณฑ์การคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 2 ข้อ คือ 1) มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลทั้งการปฏิบัติในคลินิกหรือด้านการวิจัยในประเด็นดังกล่าว และ / หรือ 2) มีคุณวุฒิและมีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หลังจากได้ตรวจสอบเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือมาตรวจสอบคุณภาพด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจำนวน 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและเต็มใจในการให้สัมภาษณ์ 2) รู้สึกตัวดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมองและมีคะแนนสมรรถภาพสมองโดยการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) ได้คะแนนสูงกว่า 25 คะแนน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับว่าไม่มีปัญหาด้านสภาพของสมอง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแนวประเด็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง แบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัยจำนวนรวม 30 คน

ระยะที่สาม เป็นการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะนี้ คือ ผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์เจาะจงเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จำนวนรวม 1,027 คน

กระบวนการพัฒนาเครื่องมือมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามลำดับดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 สรุปกระบวนการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (NCBA)

ขั้นที่	กระบวนการพัฒนา
ขั้นที่ 1	รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปองค์ประกอบจากการสัมภาษณ์
ขั้นที่ 2	พัฒนาเครื่องมือฉบับร่างที่ 1 (37 ข้อ)
ขั้นที่ 3	ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น ด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเป็นเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 (27 ข้อ)
ขั้นที่ 4	ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) หลังจากนั้นแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือเป็นฉบับร่างที่ 3 (24 ข้อ)
ขั้นที่ 5	ทดลองใช้เครื่องมือฉบับร่างที่ 3 (Try out) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ตรวจสอบอำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำโดยใช้สถิติ t-test หลังจากนั้นปรับแก้ไขเครื่องมือเป็นฉบับสมบูรณ์
ขั้นที่ 6	ตรวจสอบองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ
ขั้นที่ 7	ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ตรวจสอบค่าดัชนี GFI ดัชนี CFI ดัชนี RMSEA ดัชนี RMR
ขั้นที่ 8	ตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์

หมายเหตุ

1. ค่าดัชนี IOC เกณฑ์ในการพิจารณาคือค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป
2. ค่าความเที่ยง (reliability) เกณฑ์ในการพิจารณาคือค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป
3. ค่าดัชนี GFI, CFI เกณฑ์ในการพิจารณาคือค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป
4. ดัชนี RMSEA, RMR เกณฑ์ในการพิจารณาคือค่าไม่เกิน 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) จากการสัมภาษณ์เชิงปัญญาด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ด้วยสถิติภาคบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง เป็นต้น วิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) วิเคราะห์อำนาจจำแนกด้วยการใช้สถิติ t test วิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

แบบเพียร์สันโปรดักโมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการศึกษา แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (NCBA) ที่พัฒนาขึ้นด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพคือ การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) และตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ NCBA ด้วยวิธีวิทยาเชิงปริมาณ คือ การตรวจสอบความเที่ยงและการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1)

ผลการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) พบว่าให้ข้อมูลสารสนเทศด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล โดยได้ข้อสรุปมิติจากการสัมภาษณ์ จำนวน 4 มิติ คือ 1) ความเมตตา กรุณา 2) การมีสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย 3) การเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย และ 4) ความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ ซึ่งมิติที่กล่าวมานี้เป็นเพียงข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ จำแนกเป็นมิติเบื้องต้นในภาพรวมกว้างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรายการพฤติกรรมในแต่ละมิติและจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ประกอบด้วยข้อความพฤติกรรมจำนวน 37 ข้อ หลังจากนั้นได้ตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับแก้ไขเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 ประกอบด้วยข้อความพฤติกรรมจำนวน 27 ข้อ แล้วจึงนำไปตรวจสอบด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) ต่อไป

ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (NCBA) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2)

การตรวจสอบเครื่องมือด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่อยู่ในแบบสอบถามไม่ยากสำหรับการทำความเข้าใจ สามารถเข้าใจคำและความหมายที่อยู่ในแบบสอบถาม และสามารถประเมินคะแนนพฤติกรรมแต่ละข้อได้อย่างไรก็ตามได้ค้นพบปัญหาในแบบสอบถามจำนวน 3 ข้อ และมีคำบางคำที่กลุ่มตัวอย่างบางราย

ไม่เข้าใจ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข ดังนั้นหลังจากวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ แล้วผู้วิจัยได้ตัดข้อความพฤติกรรมออกจำนวน 3 ข้อ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่อยู่ในบริบทที่จะตอบและประเมินรายการพฤติกรรมดังกล่าวได้ และข้อความพฤติกรรมบางข้อมีความหมายในเชิงปฏิเสธ เมื่อต้องประเมินว่าพยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากน้อยเพียงใดจึงทำให้เกิดความสับสน นอกจากนี้ได้ปรับคำบางคำที่อาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจคือ “ปฏิบัติการพยาบาล” เป็น “การดูแล” เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่เข้าใจความหมาย และให้ความเห็นว่าถ้าปรับเป็น “การดูแล” น่าจะเข้าใจได้ดีกว่า

ลำดับสุดท้ายผู้วิจัยได้นำรายการพฤติกรรมจากการปรับแก้ไข มาจัดทำเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรในแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ซึ่งถือเป็นตัวแปรสังเกตได้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 24 ตัวแปร

ตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ NCBA ด้วยวิธีวิทยาเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลด้วยวิธีวิทยาเชิงปริมาณ โดยตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน อำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรม ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ดังนี้

3.1 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความเที่ยง (reliability) พบว่าในการตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.837 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,027 คน เท่ากับ 0.867 เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายองค์ประกอบพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อยู่ระหว่าง 0.362 - 0.820

3.2 ผลการตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกเพื่อพิจารณาประสิทธิภาพการจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรมจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำโดยใช้สถิติ t-test พบว่าประสิทธิภาพการจำแนกของตัวบ่งชี้อยู่ในเกณฑ์ดี

3.3 ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรง (validity) สำหรับเครื่องมือ NCBA ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ ได้ตรวจสอบคุณภาพความตรงของเครื่องมือ 3 แบบได้แก่ ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (criterion-related validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ดังต่อไปนี้

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เป็นการตรวจสอบคุณสมบัติที่แสดงว่าเครื่องมือวัดได้ในเนื้อหาสาระที่ต้องการวัดได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ NCBA โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรและ/หรือด้านวิถีวิทยาของการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวนรวม 9 ท่าน ผลการตรวจสอบค่า IOC จากเครื่องมือฉบับร่างที่ 1 จำนวนข้อคำถาม 37 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.44 - 1.00 และค่าเฉลี่ยของ IOC เท่ากับ 0.79

3.3.2 การตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ (criterion-related validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ NCBA ที่พัฒนาขึ้นมาเปรียบเทียบกับความตรงตามสภาพ (concurrent validity) กับเครื่องมือเกณฑ์ จำนวน 2 ฉบับ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ของเครื่องมือเกณฑ์ฉบับที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรการดูแล (Caring Behaviors Assessment Tool: CBA) ที่พัฒนาขึ้นโดย Cronin and Harrison (1988) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.909 และเครื่องมือเกณฑ์ฉบับที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมกรการดูแลอย่างเอื้ออาทร (จินตามาศ โกลลขึ้นวิจิตร, 2551) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.881 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p=.000$) ซึ่งค่าที่ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและระดับความสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ในระดับที่ค่อนข้างสูง แสดงว่าเครื่องมือ NCBA ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีคุณภาพในด้านความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ

3.3.3 การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เป็นการตรวจสอบคุณลักษณะที่แสดงว่าเครื่องมือวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้ตรงตามโครงสร้างทฤษฎี สำหรับการตรวจสอบได้ดำเนินการ 2 ขั้นตอนคือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลจำนวน 6 องค์ประกอบ รวมตัวบ่งชี้พฤติกรรม 24 ข้อ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Building relationship: REL) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรม 6 ข้อ ดังนี้

(C1) พยายามพูดคุยกับท่านและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน

(C2) พยายามมีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี

(C3) พยายามพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ

(C4) พยายามมองเห็นและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยหรือในขณะที่ให้การดูแลท่าน

(C5) พยายามรับฟังปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่ท่านหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ

(C6) พยายามตรวจเยี่ยมและพูดคุยซักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ

องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ (Professional competency & skill: PRO) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรม 6 ข้อ ดังนี้

(C16) พยายามเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ

(C17) พยายามบอกกล่าวกับท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น

(C19) พยายามให้การดูแลท่านด้วยความนุ่มนวล

(C20) พยายามดูแลท่านอย่างสุขุมรอบคอบและไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆ ขึ้นกับท่าน

(C21) เมื่อท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ พยายามจะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ท่านรอนาน

(C22) พยายามช่วยเหลือให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ ของร่างกาย

องค์ประกอบที่ 3 ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ (Compassion: COM) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรม 4 ข้อ ดังนี้

(C7) พยายามพูดคุยแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลท่าน เช่น ปวดมากไหม, เจ็บน้อยนะคะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น

(C9) พยายามมีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่

(C10) พยายามดูแลแก้ไขปัญหาของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ

(C12) พยายามพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ท้อต่อความเจ็บป่วย เช่น อดทนนะลูก, พยายามหน่อยนะคะ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ (Holistic information: HOL) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรม 3 ข้อ ดังนี้

(C13) พยายามแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบ, ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน

(C23) อธิบายเรื่องโรค/ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับท่าน หรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ

(C24) ให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตนเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 5 การใส่ใจอย่างแท้จริง (Attention: ATT) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรม 3 ข้อ ดังนี้

(C8) พยาบาลสัมผัส จับมือหรือแตะแขนท่านอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน

(C11) พยาบาลดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ

(C18) ชักถาม หรือพูดคุยกับท่านในการพยาบาลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั้นหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว

องค์ประกอบที่ 6 การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Respect: RES) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรม 2 ข้อ ดังนี้

(C14) พยาบาลใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่น คุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่อด้วยสุภาพหากท่านมีอายุน้อยกว่า

(C15) พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของท่าน เช่น กั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสองขั้นตอน (second order confirmatory factor analysis) พบว่าโมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ที่แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 240.75, df = 207, p = 0.054$) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ค่าแล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.95 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.017 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.023

อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยนำมาอภิปรายจำนวน 3 ประเด็น ประเด็นแรกคือ การนำวิธีวิทยาของการสัมภาษณ์เชิงปัญญามาใช้ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและในขั้นตอนของการตรวจสอบเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ประเด็นที่สอง คือ องค์ประกอบของการดูแลอย่าง

เชื้ออาหารทางการแพทย์ และการประเด็นที่สาม การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ NCBA รายละเอียดแต่ละประเด็นมีดังนี้

1. การนำวิธีวิทยาของการสัมภาษณ์เชิงปัญญามาใช้ในการรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

จากการนำแนวคิด หลักการและวิธีการของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาทั้ง 2 นัยยะ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะหยิบยกมาอภิปรายเพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ของเทคนิควิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญา จำแนกออกตามวิธีการทั้งสองนัยยะ ดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงปัญญาเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึก จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประยุกต์เทคนิควิธีนี้ มาจากงานศึกษาวิจัยด้านกฎหมาย ซึ่งนำเทคนิควิธีดังกล่าวมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากประจักษ์พยาน (Geiselman and Fisher, 1984) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการในกระบวนการสัมภาษณ์ที่เหมาะสมกับบริบทของการวิจัยทางการแพทย์ สำหรับแนวสัมภาษณ์ เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้นึกย้อนเหตุการณ์การดูแลอย่างเชื้ออาหารทางการแพทย์ที่เคยได้รับหรือได้เคยพบเห็นและเกิดความรู้สึกประทับใจ โดยให้บอกเล่าพฤติกรรมดังกล่าวอย่างละเอียดทั้งทางคำพูด สายตา สีหน้า ท่าทางการสัมผัส และการกระทำต่างๆ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ (rapport building) ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์เป็นกันเอง คล้ายกับการพูดคุยซักถามเรื่องทั่วๆ ไป ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกวิตกกังวล และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

2. การกลับคืนสู่บริบทเดิม (context reinstatement) เป็นการนึกทบทวนลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลาและเหตุการณ์ที่ได้เคยประสบมา โดยมุ่งเน้นไปที่การฟื้นความทรงจำ (focused retrieval) ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สร้างภาพที่นำไปสู่การระลึกถึงเหตุการณ์นั้น ๆ โดยมุ่งความสนใจไปที่การแสดงออกเช่น สีหน้าท่าทาง แววตา การสัมผัส คำพูด เป็นต้น

3. การบันทึกทุกสิ่ง (report everything) เป็นการขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกเล่าทุกสิ่งทุกอย่างที่นึกขึ้นได้ โดยไม่ตัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป ส่งผลให้ได้ปริมาณของข้อมูลเพิ่มมากขึ้นซึ่งในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยได้บันทึกเสียงของผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกราย และได้จัดบันทึกรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน เป็นข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนในพฤติกรรมแสดงออกอันสะท้อนถึงการดูแลอย่างเชื้ออาหารทางการแพทย์

4. การถามคำถามที่สอดคล้องกัน (compatible questioning) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องของเรื่องราวที่ผู้ถูกสัมภาษณ์กำลังบรรยาย

ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนวิธีการที่ Geiselman and Fisher ได้เสนอไว้คือ กลวิธีในการรื้อฟื้นความจำนั้นไม่ได้มีเพียงแค่วิธีใดวิธีหนึ่ง หากแต่ประกอบไปด้วยวิธีในการนึกย้อนหลากหลายวิธีและมีเทคนิควิธีการที่จะช่วยให้ได้รายละเอียดเพิ่มขึ้น เช่น การถามคำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อธิบายภาพเหตุการณ์และผู้สัมภาษณ์จะรวบรวมข้อมูลของภาพที่นึกย้อนกลับมา ซึ่งการซักถามเพิ่มเติมอย่างมีประสิทธิภาพตามทักษะที่กล่าวมาแล้วจะช่วยให้ได้รายละเอียดของเหตุการณ์เพิ่มมากขึ้น

จากการนำวิธีวิทยาของการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 1) มาประยุกต์ใช้ พบว่าเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย เปรียบเสมือนการพูดคุยซักถามเรื่องราวทั่วไป ประกอบกับการนึกทบทวนและเล่าเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่างๆ เป็นสิ่งที่คนทั่วไปมักจะทำกันอยู่เสมอๆ และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องฝึกหัดกระบวนการใดๆ ที่มีความพิเศษซับซ้อนเพิ่มเติม เพียงใช้ทักษะในการพูดคุยสื่อสารโดยฝึกหัดในเทคนิคต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สำหรับมโนทัศน์ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นกลุ่มของพฤติกรรมการแสดงออกที่ผู้ได้สัมผัสรับรู้ได้แต่การอธิบายออกมาเป็นคำพูดค่อนข้างอธิบายได้ลำบาก การที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้นึกย้อนเหตุการณ์อย่างซ้ำๆ และบรรยายรายละเอียดต่างๆ ตามเทคนิควิธีนี้ ทำให้ได้สารสนเทศในเชิงรูปธรรมที่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแปรสังเกตได้ในการวิจัย และนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับวัดและประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งมีความเป็นนามธรรมและสังเกตได้ยาก

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในบริบทของการดูแล ซึ่งเป็นบริบทของพยาบาลและผู้ป่วย ดังนั้นความเข้มข้นของการตรวจสอบข้อมูลจึงมีความสำคัญน้อยมาก หากเทียบกับการสืบพยานในทางกฎหมาย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยให้ครอบคลุมบุคคลที่อยู่ในบริบทของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่แสดงบทบาทการดูแล ได้แก่ บุคลากรทางการพยาบาล คือ พยาบาลประจำการ อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล หรือผู้ที่มองเห็นและได้รับผลจากบทบาทนั้นๆ คือผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งผลวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ได้ข้อสรุปที่มีความสอดคล้องสัมพันธ์กันของข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดูแลจากทุกกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ วิธีเช่นนี้จึงคล้ายคลึงกับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรวมไปด้วย

ผลการศึกษาพบว่า การสัมภาษณ์ด้วยวิธีนี้ ใช้เวลาที่ค่อนข้างยาวนานมากกว่าการสัมภาษณ์ทั่วไป เนื่องจากมีกระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ประกอบกับคำถามที่ใช้ในขณะสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ส่งผลให้การพูดคุยหรือการตอบคำถามการสัมภาษณ์จะมีเรื่องราวต่างๆ ทั้งที่สอดคล้องและนอกเหนือจาก

ประเด็นที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรเตรียมประเด็นและแนวทางในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าเพื่อให้ได้ประเด็นการสัมภาษณ์ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ในขณะที่สัมภาษณ์การตั้งคำถามที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเรื่องราวเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และควรมุ่งให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องต่างๆ มากกว่าการถามประเด็นที่ต้องการโดยตรง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคน อาจไม่สามารถอธิบายข้อมูลในลักษณะเชิงนามธรรมได้อย่างละเอียดและชัดเจนเท่าที่ควร

ข้อสังเกตที่สำคัญคือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ช่างพูด ช่างคุย ไม่ชอบอธิบาย หรือมักตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยประโยคสั้นๆ ย่อมทำให้การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลน้อย ไม่ลงลึกถึงรายละเอียดที่ต้องการและอาจไม่ตรงตามสภาพความเป็นจริงของสิ่งที่กำลังศึกษานอกจากนี้ จำเป็นต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ของการได้รับการดูแลและมีความประทับใจหรือมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลที่ได้รับจึงจะได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งจากประสบการณ์จริง ดังนั้นก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น โดยการสอบถามถึงระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชักถามการดูแลที่ได้รับและสังเกตท่าทางการแสดงออก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมดูแลของพยาบาลซึ่งจะส่งผลต่อข้อมูลรายการพฤติกรรมดูแลที่จะนำมาเป็นตัวบ่งชี้ในเครื่องมือที่จะพัฒนาในขั้นตอนต่อไป

ข้อสรุปจากการประยุกต์ใช้วิธีวิทยาของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาในการวิจัยครั้งนี้ วิธีการปฏิบัติสนับสนุนกระบวนการในการสัมภาษณ์ของ Geiselman and Fisher ถึงการสร้างสัมพันธภาพก่อนการสัมภาษณ์ การใช้คำถามที่สอดคล้องกันจะทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดชัดเจนขึ้น การนี้ยกย่องเหตุการณ์ เป็นการนี้ยกย่องความทรงจำของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งความทรงจำของบุคคลเป็นผลรวมของสิ่งที่ผู้นั้นได้พบเห็นหรือได้รับการบอกเล่ามา สำหรับประเด็นด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรม การอธิบายให้ปรากฏชัดเจนเป็นเรื่องที่อธิบายลำบาก การให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างได้นี้ยกย่องเหตุการณ์การกระทำ การแสดงออกของพยาบาล ทั้งทางคำพูด สีหน้า ท่าทางการปฏิบัติ การเล่าเหตุการณ์เปรียบเสมือนการฉายภาพซ้ำเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้สามารถได้ข้อมูลรายละเอียด ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญญานี้ เป็นการนำมาใช้ในบริบททางการวิจัยทางการแพทย์ ดังนั้นบรรยากาศจึงไม่ได้เคร่งเครียด หรือเคร่งครัดเหมือนในการสืบพยาน บรรยากาศขณะสัมภาษณ์มีความเป็นกันเองและมีความยืดหยุ่น ทั้งในด้านตัวผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์เอง คล้ายเป็นการพูดคุย เล่าเรื่อง แต่ได้ประเด็นสาระตามที่ผู้วิจัยมุ่งหวัง

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การใช้วิธีวิทยาของการสัมภาษณ์เชิงปัญญาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวทางที่น่าสนใจและเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยเฉพาะประเด็นวิจัยที่มีความเป็นนามธรรม ที่อธิบายออกมาได้ค่อนข้างลำบาก สามารถได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นรูปธรรมจากความคิดเห็นและประสบการณ์จริงของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง หากมีการนำวิธีการสัมภาษณ์เช่นนี้มาใช้ศึกษาข้อมูลในบริบทต่างๆ ให้มากขึ้น จะเป็นการขยายขอบเขตด้านวิธีวิทยาการศึกษาวิจัย และเป็นการขยายขอบเขตของประเด็นที่ศึกษา ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านการวิจัยต่อไป

1.2 การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงปัญญาเพื่อการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย (Willis, 2005) โดยผู้วิจัยนำเทคนิควิธีที่สำคัญ 2 วิธี คือการคิดตั้งๆ และการตะล่อมถาม มาใช้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ การให้ความหมายและการตอบข้อคำถามในเครื่องมือฉบับร่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นกระบวนการคิด และความคิดเห็นของผู้ตอบต่อลักษณะของตัวแบบสอบถาม และตัวเลือกตอบ สำหรับวิธีปฏิบัติเริ่มจากการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบสอบถามที่ละข้อตั้งๆ หรือผู้วิจัยอ่านให้ฟังกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านข้อความได้สะดวก เมื่อจบข้อความนั้นๆ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดความคิดออกมามั่งๆ ว่าในขณะที่อ่านหรือขณะที่ฟังข้อความนั้นๆ แล้วคิดถึงอะไร หลังจากนั้นแล้วจึงใช้การตะล่อมถามตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

ผลการศึกษาพบว่าการสัมภาษณ์เชิงปัญญาสามารถให้ข้อค้นพบปัญหาที่ซ่อนอยู่ในเครื่องมือได้จริง และให้มุมมองความคิดเห็น ที่แตกต่างออกไปจากมุมมองของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อคำถามบางข้อที่ผ่านความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เมื่อนำมาใช้พบว่าผู้ตอบเครื่องมือมีความลำบากในการตอบ

จากการศึกษางานวิจัยเชิงสำรวจที่ผ่านมา ความผิดพลาดที่มักพบได้บ่อยๆ คือ คำถามในเครื่องมือที่สร้างขึ้นไม่ได้สื่อให้ผู้ตอบเข้าใจความหมายตามที่ผู้สร้างเครื่องมือตั้งใจไว้ ทำให้เกิดล้มเหลวในการสื่อสาร สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นควรมีคุณภาพที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ ซึ่งนอกจากการออกแบบการเขียนรายการคำถามในเครื่องมือเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความผิดพลาดต่างๆ แล้ว การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ก็เป็นแนวทางหนึ่งที่มีความเหมาะสมสำหรับการตรวจสอบเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยใช้ทั้งเทคนิคการคิดออกเสียงและการตะล่อมถามร่วมกันในขณะสัมภาษณ์ คำถามที่ใช้ในการคิดออกเสียงเช่น “ขณะอ่านคำถามนี้คุณคิดถึงอะไร” เป็นคำถามสำหรับใช้เพื่อการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พูดสิ่งที่กำลังคิดออกมา เพื่อการตรวจสอบว่าเป็นไปตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้หรือไม่ ในการวิจัยครั้งนี้ ข้อคำถามส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างคิดตั้งๆ ออกมานั้น เป็นไปตามที่ผู้วิจัยกำหนด

คำต่างๆ และความหมายของคำที่อยู่ในแบบสอบถาม สะท้อนถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทร เช่น การสัมผัสด้วยความนุ่มนวล การพูดจาทักทายอย่างเป็นกันเอง ความสุภาพและน้ำเสียงอ่อนโยน การพูดคุยให้กำลังใจปลอบโยน เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีคำในคำถามบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างบางคนให้ความคิดเห็นว่า มีความหมายเป็นเพียงหน้าที่การทำงานปกติ ยังไม่ลึกซึ้งถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทร เช่น ข้อคำถามในองค์ประกอบที่ 4 เกี่ยวกับทักษะความสามารถเชิงวิชาชีพ ซึ่งตามแนวคิดของการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าถึงแม้ว่าข้อค้นในการสัมภาษณ์ หากมีเพียง 1 รายที่พบปัญหา ก็ต้องให้ความสำคัญ เพราะปัญหาที่พบ สะท้อนถึงปัญหาที่อาจพบได้ในการเก็บข้อมูลในการสำรวจจริง (Willis, 2005) แต่เนื่องจากองค์ประกอบของการดูแลทางการแพทย์มีความคาบเกี่ยวและทับซ้อนงานในวิชาชีพที่ควรจะต้องครอบคลุมมิติทางการแพทย์ ดังนั้นถึงแม้จะมีข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างในประเด็นนี้ แต่ผู้วิจัยก็ยังคงข้อคำถามดังกล่าวไว้ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อค้นพบที่ได้จากการใช้การสัมภาษณ์เชิงปัญหาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพบว่า จุดแข็งของการคิดดังๆ คือการที่ผู้สัมภาษณ์สามารถติดตามกระบวนการคิดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยเปิดเผยข้อมูลของกระบวนการในการตอบคำถาม การเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดในสิ่งที่คิดออกมา (think aloud) ว่าคิดอะไร ช่วยให้นักวิจัยเข้าใจมุมมองของผู้ตอบแบบสอบถามมากขึ้น เพื่อตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจคำถามถูกต้องตามที่ผู้วิจัยต้องการหรือไม่และนำข้อมูลที่ได้มาปรับแก้แบบสอบถาม ส่วนการระล่อมถามจะช่วยให้สามารถสืบค้นข้อมูลและได้กระบวนการย่อยทางปัญญา ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการคิดออกเสียงและการระล่อมถามมาใช้ร่วมกัน โดยมีจุดประสงค์หลักคือการมุ่งเน้นไปที่ความเข้าใจในตัวแบบสอบถามและกระบวนการตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

สำหรับข้อจำกัดประการหนึ่งของการสัมภาษณ์เชิงปัญหาที่มักพบในการศึกษาทั่วไปคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และเป็นการสุ่มแบบบังเอิญ (convenience sampling) ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยได้ (Blair, et al., 2006) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน ซึ่งผลการสัมภาษณ์พบว่า มีประเด็นสำคัญ (theme) ที่ปรากฏซ้ำ และไม่พบประเด็นข้อความใหม่เพิ่มเติม จึงสรุปได้ว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความเพียงพอที่จะระบุปัญหาของแบบสอบถามได้ และจุดประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มุ่งหวังในการสรุปอ้างอิงผลการศึกษา หากแต่เป็นการพัฒนาและตรวจสอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ดังนั้นผลที่ได้จึงบรรลุตามที่ผู้วิจัยมุ่งหวัง

ลักษณะภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ในการสำรวจหากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อาจมีข้อจำกัดในด้านความเข้าใจความหมายคำในแบบสอบถาม (Ingersoll-Dayton et al., 2004) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่อายุมาก มีปัญหาในด้านการอ่านแบบสอบถามมากกว่าปัญหาความเข้าใจในความหมายของคำ อาจเนื่องจากปัญหาสายตาตามวัย ปัญหาการอ่านหนังสือ หรืออาจเป็นปัญหาจากภาวะอาการของความเจ็บป่วย และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการยกตัวอย่างพฤติกรรมหรือคำพูดในแบบสอบถามว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยให้เข้าใจคำถามมากยิ่งขึ้น

สำหรับประเด็นด้านเวลาในการสัมภาษณ์ พบว่าใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างมาก จากการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ 46 นาที และพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนทุกข้อคำถาม บางรายใช้เวลาค่อนข้างมากในการพูดอธิบายความคิดของตนเอง และการให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม นอกจากนี้ในการใช้เทคนิควิธีการคิดตั้งๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถคิดตั้งๆ ได้ตลอด อาจเนื่องจากวัยและระดับการศึกษา ทำให้แสดงความกังวลว่าสิ่งที่กล่าวออกมาจะเป็นสิ่งที่ผิด หรือไม่ถูกต้องตามที่ควรเป็น โดยแสดงออกมาด้วยการขออนุญาตผู้วิจัยว่าสิ่งที่กล่าวมาถูกต้องหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่าการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือ ส่งผลให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้วิธีที่ผู้ตอบแปลความหมายของคำถาม และได้ปรับปรุงความชัดเจนในความหมายของคำ เพื่อลดการแปลความหมายผิดพลาด ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ตอบแปลความหมายของคำถาม และคำต่างๆ ตามที่ผู้วิจัยต้องการ สาระสนเทศจากผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัย เป็นการให้มุมมองที่ทำให้ทราบปัญหาที่อยู่ในเครื่องมือที่บางครั้งผู้สร้างคาดไม่ถึง นอกจากนี้ ยังเป็นการตรวจสอบความคิดและความเข้าใจข้อคำถามที่ละเอียด ด้วยการคิดตั้งๆ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความตรงของข้อคำถามที่สร้างขึ้นว่าวัดได้ตรงตามที่ต้องการหรือไม่

การวิจัยครั้งนี้ในการพัฒนาเครื่องมือขั้นสุดท้าย ผู้วิจัยได้นำ ข้อคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 และนำองค์ความรู้ของการสร้างข้อคำถามในเรื่องการสร้างเครื่องมือวิจัย มาวิเคราะห์ร่วมและหาข้อสรุปถึงความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยสิ่งที่ผู้วิจัยยึดเป็นแนวทางที่สำคัญคือ ความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้เครื่องมือฉบับนี้ ดังนั้นลักษณะของเครื่องมือจึงต้องมีจำนวนข้อที่ไม่มากเกินไป ควรมีตัวอย่างเพื่อให้ชัดเจนขึ้น และเพื่อให้ครอบคลุมและเป็นข้อความที่เป็นตัวแทนถึงความเอื้ออาทรทางการพยาบาลซึ่งเป็นตัวแปรแฝงที่วัดได้ยากและมีหลายองค์ประกอบ จึงเป็นที่มาของความยาวใน

ข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งบางข้อได้ยกตัวอย่างคำพูดของพยาบาลเพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ข้อคำถามบางข้อไม่ใช่ข้อความที่สั้น กระชับตามทฤษฎีของการสร้างเครื่องมือวิจัย

โดยสรุปแล้วในการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการพัฒนาเครื่องมือหลายขั้นตอนซึ่งพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ ที่ใช้วิธีวิทยาการพัฒนาเครื่องมือด้วยหลากหลายวิธีร่วมกัน เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ก่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีความชัดเจน มีความตรงและความเที่ยง ซึ่งจะส่งผลให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ลดประเด็นจุดอ่อนในเครื่องมือฉบับเริ่มแรกและเสนอคำหรือสิ่งที่เหมาะสมของเครื่องมือจากมุมมองของผู้ที่จะเป็นผู้ใช้เครื่องมือนี้ ทำให้นักวิจัยมีความมั่นใจว่า ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้ตอบสามารถแปลความข้อคำถามและเข้าใจประเด็นคำถามตามที่ผู้สร้างแบบสอบถามตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ซึ่งส่งผลให้นักวิจัยวิเคราะห์และแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมั่นใจมากขึ้น (Enagonio, 2006; Ouimet et al., 2004; Sepucha et al., 2007; Takeuchi et al., 2006)

2. องค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ผลการศึกษานี้พบว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ประกอบด้วยตัวบ่งชี้พฤติกรรมจำนวน 24 ข้อ จัดกลุ่มด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบได้จำนวน 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ 3) ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ 4) การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและจิตใจ 5) การใส่ใจอย่างแท้จริง และ 6) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ผลที่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ อุดมลักข์และคณะ (Udomluck et al., 2010) ซึ่งได้วิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทยได้ 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) 2) การให้ความนับถือ (respect) 3) การสนับสนุนระดับประคอง (support) 4) การอยู่เป็นเพื่อน (being with) 5) การกระทำให้ผู้ป่วย (doing for) และ 6) การใช้ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ (utilizing knowledge and skill)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเครื่องมือที่พัฒนาด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด จันทร์น่วม (2539) ซึ่งจัดกลุ่มพฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลในสังคมไทย 6 ด้านคือ 1) การอยู่กับผู้ป่วย 2) การสัมผัสและสื่อสารด้วยความอาทร 3) การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ 4) ความยึดมั่นผูกพันในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย 5) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้และสติปัญญา และ 6) การรักษาสีทธิและคุณค่าในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผลการวิจัยยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตามาศ โกลสีนวิจิตร (2551) ซึ่งมีจำนวนองค์ประกอบ 6 ด้านคือ 1) มีมนุษยสัมพันธ์ 2)

มีความเมตตาากรุณา 3) เคารพคุณค่าของความเป็นมนุษย์ 4) มีกลยุทธ์และทักษะในการบริการ 5) ยึดมั่นผูกพันในภาระหน้าที่ และ 6) ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีแบบองค์รวม รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lundberg and Boonprasabhai (2001) ซึ่งได้จำแนกการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลออกเป็น 6 ด้านคือ 1) ความเมตตาและความเห็นอกเห็นใจ (compassion) 2) ความสามารถ (competency) 3) ความสบาย (comfort) 4) การติดต่อสื่อสาร (communication) 5) การสร้างสรรค์ (creation) และ 6) ความกล้าหาญ (courage)

สำหรับในบริบทของต่างประเทศพบความสอดคล้องกับเครื่องมือ CARE-Q (Larson, 1987) ซึ่งจัดกลุ่มหรือองค์ประกอบได้ 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) คาดหวัง (anticipate) 2) การช่วยเหลือปลอบโยนให้กำลังใจ (comfort) 3) สัมพันธภาพแบบไว้วางใจ (trusting relationship) 4) อธิบายและเอื้ออำนวยความสะดวก (explain and facilitates) 5) เข้าถึงได้ง่าย (accessible) และ 6) เฝ้าระวังและติดตาม (monitors and follows)

อย่างไรก็ตามนอกจากความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ในส่วนของความแตกต่างพบว่าผลการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ อาทิ การศึกษาในบริบทของไทยที่พบองค์ประกอบที่ต่างกับผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ Watson ซึ่งมีติหรือองค์ประกอบมีจำนวน 10 ด้านตามกรอบทฤษฎีของปัจจัยการดูแลของ Watson (สุภาพร ดาวดี, 2537) ส่วนการศึกษาที่ใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีของ Swanson จะจำแนกองค์ประกอบได้ 5 ด้าน (กุสุมา ปิยะศิริภรณ์, 2545) หรือการศึกษาในเชิงคุณภาพของ พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537, อ้างถึงใน สมคิด จันทน์นวม, 2539) พบองค์ประกอบ 5 ด้านคือ 1) การอยู่กับผู้ป่วย 2) การสร้างสัมพันธภาพไว้วางใจ 3) การสื่อสารด้วยความเมตตา เอื้ออาทร 4) พยายามร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและสนองความต้องการทางสุขภาพ และ 5) การคงสมดุลสติสัมปชัญญะในปัญญาความรู้ ในการแก้ปัญหาและสนองความต้องการแก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคลในแต่ละเวลาได้อย่างเหมาะสม และเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานวิจัยจำนวน 9 ฉบับที่ศึกษาด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพในบริบทของไทย สามารถสรุปองค์ประกอบและพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นประเด็นร่วมกันใน 8 ด้านคือ 1) ด้านความเมตตา 2) การสัมผัสและสื่อสารด้วยความอาทร 3) ความรู้ ความสามารถและทักษะวิชาชีพ 4) การยึดมั่นผูกพันในหน้าที่ 5) การเป็นที่ปรึกษาและดูแลส่งเสริมสุขภาพ 6) สัมพันธภาพความไว้วางใจ 7) มนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร และ 8) เคารพสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (ตารางสังเคราะห์ที่ 2 หน้า 61)

ในบริบทต่างประเทศพบความแตกต่างจากเครื่องมือรายการพฤติกรรมดูแล (Caring behaviors inventory: CBI) ที่พัฒนาขึ้นโดย Wolf et al. (1994) ได้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงสำรวจจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การแสดงออกถึงความเคารพต่อผู้อื่น (respectful deference to others) 2) ความเชื่อถือในตัวตนของบุคคล (assurance of human presence) 3) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางบวก (positive connectedness) 4) ทักษะและความรู้ทางวิชาชีพ (professional knowledge and skill) และ 5) การให้ความสนใจในประสบการณ์ของผู้อื่น (attentiveness to the other's experience) ส่วนเครื่องมือ แบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแล (Care Satisfaction Questionnaire: CARE/SAT) ที่พัฒนาขึ้นโดย Larson and Ferketich (1993) ได้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การช่วยเหลือและการส่งต่อพฤติกรรม การดูแลเบื้องต้น (assistive and referred to basic nursing care behavior) 2) ความกรุณาเอาใจใส่ (benign neglect) 3) การพัฒนาความสามารถ (enabling) เช่นเดียวกับ เครื่องมือ ความสามารถด้านการดูแล (The caring ability inventory: CAI) ของ Nkongho (1990 cited in Beck, 1999) วิเคราะห์องค์ประกอบได้ 3 ด้านคือ 1) การรู้จัก (knowing) 2) ความกล้าหาญ (courage) และ 3) ความอดกลั้น (patience) ส่วนเครื่องมือที่วิเคราะห์ที่ได้องค์ประกอบ 2 ด้านคือ เครื่องมือมิติการดูแล (Caring dimensions inventory: CDI) ได้ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบมิติหลักของการดูแลคือ มิติด้านจิตสังคม (psychosocial aspect) และมิติด้านวิชาชีพและเทคนิค (professional and technical aspect) (Lea et al., 1998) และเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยได้หวั่น ได้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวน 2 ด้านคือ 1) มิติด้านความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจและความนับถือ (sincerity, empathy, respect) และ 2) มิติด้านพฤติกรรม การดูแลเชิงวิชาชีพ (professional caring behavior) (Lee-Hsieh et al., 2005)

ส่วนเครื่องมือที่มีจำนวนองค์ประกอบมากกว่า 6 องค์ประกอบ เช่น เครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแล (Caring behaviors assessment tool: CBA) ที่พัฒนาโดย Cronin and Harrison (1988) จัดกลุ่มเป็น 7 ด้าน ประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้งด้านการใช้เครื่องมือในการดูแลและพฤติกรรมแสดงออกด้านการดูแล ได้แก่ 1) มนุษยนิยม/ความเชื่อถือ-ความหวัง/การตอบสนอง (humanism/faith-hope/ sensitivity) 2) การช่วยเหลือ/ความไว้วางใจ (helping/trust) 3) การแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ (expression of positive/negative feelings) 4) การสอน/การเรียนรู้ (teaching and learning) 5) การสนับสนุน/การป้องกัน/สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (supportive/protective/corrective environment) 6) การช่วยเหลือความต้องการของมนุษย์ (human needs/ assistance) และ 7) วิถีชีวิต/ปรากฏการณ์วิทยา/แรงขับด้านจิตวิญญาณ (existential/ phenomenological/spiritual forces)

จากการเทียบเคียงผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าผลการวิจัยในครั้งนี้มีทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องจากเครื่องมือการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่มีการพัฒนาขึ้นมาก่อนหน้านี้ทั้งในบริบทของตะวันตกและในบริบทของไทย ต่างก็มีความแตกต่างกันในจำนวนองค์ประกอบที่ได้ ตั้งแต่ 2 องค์ประกอบจนถึง 10 องค์ประกอบ เนื่องจากในการพัฒนาเครื่องมือมีการออกแบบขั้นตอนที่มีความแตกต่างกัน ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาที่หลากหลายทั้งในรูปแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งมีความแตกต่างของแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษา และที่สำคัญคือจุดประสงค์ของการศึกษา ซึ่งพบว่างานวิจัยจำนวนมากไม่ได้มุ่งเน้นเพื่อการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดหรือประเมินการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยเฉพาะ สำหรับการศึกษานี้ในบริบทของไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่นำมาสร้างเครื่องมือด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรส่วนใหญ่ได้มาจากการสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรม แล้วจึงวิเคราะห์เนื้อหาและหาข้อสรุปนำมาสร้างเป็นข้อคำถามในเครื่องมือ สำหรับการศึกษานี้ที่พัฒนาเครื่องมือการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยเฉพาะ พบเพียงการศึกษาของ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ และ คณะ (Udomluck et al., 2010) ที่ศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบได้จำนวน 6 องค์ประกอบเท่ากับการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นในการเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยที่ผ่านมาจึงอาจต้องคำนึงถึงความแตกต่างในประเด็นต่างๆ ที่กล่าวมานี้ร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พิจารณาจากความหมายขององค์ประกอบ พบว่าถึงแม้จะมีข้อสรุปจำนวนองค์ประกอบ หรือชื่อเรียกขององค์ประกอบที่แตกต่างกันอยู่บ้าง แต่เมื่อพิจารณาข้อความพฤติกรรมต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงความเอื้ออาทรในแต่ละมิติหรือแต่ละองค์ประกอบย่อย กลับพบว่ามี ความสอดคล้องคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายรายละเอียดขององค์ประกอบที่ได้จากการศึกษาทั้ง 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (building relationship) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุยทักทายอย่างเป็นกันเองด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน มีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี และในขณะที่ให้การดูแลพยาบาลแสดงปฏิสัมพันธ์ โดยการพูดคุย มองหน้าและสบตากับผู้ป่วย หมั่นตรวจเยี่ยมอาการของผู้ป่วย และพูดคุย ชักถาม พร้อมทั้งรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยหรือญาติบอกรายอย่างตั้งใจ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล นับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกในการให้การดูแลซึ่งจะก่อให้เกิดเป็นความประทับใจ Morse et al. (1990 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) กล่าวว่าสัมพันธภาพเป็นสิ่งจำเป็น การดูแลจะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมี

สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และมีปฏิสัมพันธ์ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ข้อมูล และความรู้สึกต่างๆ ซึ่งองค์ประกอบด้านสัมพันธ์ภาพจากการศึกษานี้ เมื่อพิจารณาจากตัวบ่งชี้ภายในองค์ประกอบพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาในรายงานวิจัยอื่นๆ ในมิติด้านสัมพันธ์ภาพความไว้วางใจ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537; พิรุณ รัตนวนิช, 2542) และมีมิติด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร (จินดามาศ โกลชัยนวิจิตร, 2551) นอกจากนี้รายงานการวิจัยที่ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Watson เป็นกรอบในการศึกษาจะมีองค์ประกอบในด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในองค์ประกอบ 10 ประการ อาทิ เครื่องมือ Caring behaviors assessment tool: CBA (Cronin and Harrison, 1988) เครื่องมือ Caring dimensions inventory: CDI (Watson and Lea, 1997) เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ (professional competency & skill) หมายถึง การที่พยาบาลได้ใช้ความรู้ในศาสตร์สาขาพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทักษะและประสบการณ์ที่มี ให้การดูแลผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ ด้วยความรวดเร็ว นุ่มนวล สุขุมรอบคอบและไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆ ขึ้น

องค์ประกอบความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพนี้อาจมองได้ว่าเป็นการทำหน้าที่ตามปกติของวิชาชีพ แต่หากผสมผสานความเอื้ออาทรลงในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว จะมีความลึกซึ้งของการปฏิบัติซึ่งแตกต่างออกไปและผู้ป่วยรับรู้และสัมผัสได้ ดังความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ดังนี้

“การทำตามมาตรฐานวิชาชีพยังไม่ใช่ เอื้ออาทร ต้องใส่ใจ เป็นกันเอง ต้องเอาใจเข้าไปด้วย ถ้าไม่ตั้งใจทำก็ไม่ใช่เอื้ออาทร เราต้องใส่ใจ ชักถาม คอยดูแลว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร ไม่ใช่สักแต่ทำให้เสร็จๆ ตามหน้าที่”

หรือ

“ทำด้วยใจมันดีที่สุด ผู้ป่วยได้รับ เขารับรู้ได้นะ ที่สำคัญคือใจ ถ้ามีพื้นฐานทางวิชาชีพอยู่แล้ว แล้วใส่ใจเข้าไปนี่คือเอื้ออาทร”

ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับมิติหรือองค์ประกอบจากเครื่องมือหลายฉบับในบริบทของไทย (จินดามาศ โกลชัยนวิจิตร, 2551; ปิญาภรณ์ ชูตั้งกร และคนอื่นๆ, 2538; พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537; พิรุณ รัตนวนิช 2542; อารีญา ด่านผาทอง และคนอื่นๆ, 2550; Lundberg and Boonprasabhai, 200; Udomluck et al., 2010) และในบริบทของต่างประเทศเช่น การศึกษาใน

ประเทศไต้หวัน (Lee-Hsieh et al., 2005) หรือในแถบตะวันตก (Wolf et al., 1994; Watson and Lea, 1997; Lea et al., 1998)

องค์ประกอบที่ 3 ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ (compassion) เป็นลักษณะของ ความเต็มใจและกระตือรือร้นให้การช่วยเหลือดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ รวมทั้งมีความห่วงใย ให้กำลังใจ และปลอบโยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ทำต่อความเจ็บป่วย

องค์ประกอบนี้มีความสอดคล้องกับงานศึกษาในบริบทของไทยหลายฉบับ (จินตามาศ โภศลชนวิจิตร, 2551; ปิฎากรณ์ ชูตั้งกร และคนอื่นๆ, 2538; มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่นๆ, 2549; อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล, 2548; Lundberg and Boonprasabhai, 2001)

องค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ (holistic information) เป็นลักษณะการดูแลที่มุ่งเน้นในด้านการแนะนำ อธิบายให้ความรู้และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย และญาติเพื่อให้ สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งในด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ

ชีวิตของคนเราประกอบด้วย 2 ส่วนที่อยู่ร่วมสัมพันธ์กัน คือร่างกายและจิตใจ ในยามเจ็บป่วย ร่างกายและจิตใจมักจะอ่อนแอลง ดังนั้น จึงเป็นผู้ที่อยู่ในสภาพของการต้องการความช่วยเหลือทั้งร่างกายและจิตใจ (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตตโต), 2546: 216) ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้เจ็บป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในศาสตร์ด้านการพยาบาล มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งมักพบมิติหรือองค์ประกอบนี้เสมอในเครื่องมือต่างๆ (ปิฎากรณ์ ชูตั้งกร และคนอื่นๆ, 2538; พิรุณ รัตนวนิช, 2542; อารีญา ด้านผาทอง และคนอื่นๆ, 2550; Lundberg and Boonprasabhai, 2001)

องค์ประกอบที่ 5 การใส่ใจอย่างแท้จริง (attention) เป็นลักษณะที่พยาบาลแสดงออกถึงความใส่ใจผู้ป่วยทั้งคำพูดและการกระทำ โดยซักถาม หรือพูดคุยกับผู้ป่วยในขณะที่ให้การดูแล สัมผัส จับมือหรือแตะแขนผู้ป่วย อย่างนุ่มนวล ดูแลผู้ป่วยโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล เช่น การรับฟัง การสัมผัส เป็นการบำบัด เยียวยาและมีส่วนเสริมช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากความเจ็บป่วยและลดความทุกข์ทรมานลงได้ (Morse et al., 1990 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ผลขององค์ประกอบนี้สอดคล้องกับ รายงานวิจัยที่ศึกษาในบริบทของไทย ในมิติด้านการสัมผัสและการสื่อสารด้วยความอาทร (จรัส สารชะวิน และคนอื่นๆ, 2548; พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537; มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่นๆ, 2549; อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล, 2548) และเมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ในมิตินี้ พบว่าคล้ายคลึงกับตัวบ่งชี้

พฤติกรรมในเครื่องมือที่สร้างในบริบทต่างประเทศ เช่น เครื่องมือประเมินการดูแล (The caring assessment instrument- Q method: CARE-Q) (Larson, 1987)

องค์ประกอบที่ 6 การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (respect) เป็นการตระหนักถึงสิทธิ เสรีภาพของผู้ป่วย การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยสื่อออกมาได้ทั้งทางคำพูดเช่นการใช้สรรพนามเรียกชื่อที่เหมาะสม หรือการแสดงออกในกิจกรรมการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและกล้าที่จะบอกปัญหาหรือความต้องการของตนเอง

องค์ประกอบนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทของไทยและต่างประเทศ (จินดา มาศ โทศลชินวิจิตร, 2551; จำรัส สารขวัญ และคนอื่นๆ, 2548; มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์และคนอื่นๆ, 2549; อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล, 2548; Lee-Hsieh et al., 2005; Udomluck et al., 2010; Wolf et al., 1994)

โดยสรุปแล้วพบว่า การแสดงออกของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของพยาบาลไทยพบว่ามี การแสดงพฤติกรรมดูแล 3 ประการคือพฤติกรรมแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การแสดงออกทางคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกในการกระทำเทคนิควิธีการพยาบาลพยอม อยู่ สวัสดิ์ (2537, อ้างถึงใน สมคิด จันทรน่วม, 2539) ผลการศึกษาการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในครั้งนี้ องค์ประกอบที่ได้มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบในเครื่องมือฉบับอื่น หรือหากชื่อเรียกองค์ประกอบจะแตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณารายการตัวบ่งชี้พฤติกรรมในองค์ประกอบนั้นๆ พบว่ามีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้อย่างมาก ทั้งการศึกษาจากทางซีกโลกตะวันตกและทางตะวันออก ทั้งจากนักคิดนักทฤษฎีจากต่างประเทศ และในประเทศ สอดคล้องกับคำกล่าวของ Leininger ที่กล่าวว่า การดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล เป็นหัวใจของการพยาบาล ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นพยาบาลที่ใด ก็จะมีหลักหรือแก่นของการดูแลเอื้ออาทรที่คล้ายคลึงกัน แต่ประเด็นที่ต่างกันอยู่ที่ความลึกซึ้งของการแสดงออก และรายละเอียดปลีกย่อยของพฤติกรรมที่อาจแตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะของท้องถิ่นหรือบริบทแวดล้อมของประเทศหรือสังคมนั้นๆ

3. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ NCBA

การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในครั้งนี้มีการออกแบบเพื่อพัฒนาเครื่องมือด้วยวิธีการหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นตอนแรกเป็นการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 1 เพื่อค้นหาพฤติกรรมบ่งชี้ถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในบริบทของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลได้แก่ ผู้ป่วย พยาบาล อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา มาจัดทำเป็น

ข้อคำถามฉบับร่างแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นจึงปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำ จนได้เครื่องมือฉบับร่างที่ 2 จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการของเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จุดประสงค์เพื่อการตัดสินใจในข้อคำถามแต่ละข้อว่าเป็นที่เข้าใจ สามารถตอบได้จริง คำตอบของผู้ป่วยทุกคนได้ถูกนำมาทบทวนและนำมาใช้ปรับข้อคำถามใหม่โดยบางคำถามได้ถูกตัดทิ้งและปรับแก้ไขคำในข้อคำถามให้เป็นที่เข้าใจมากขึ้น จนได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์และนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความเที่ยง ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์และความตรงเชิงโครงสร้าง อันเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติตามกระบวนการของการสร้างเครื่องมือวิจัยที่สมบูรณ์ส่งผลให้ได้เครื่องมือ NCBA ที่มีความเหมาะสม

สำหรับรายละเอียดของรูปแบบคำตอบในเครื่องมือเป็นมาตรฐานค่าแบบลิเคิร์ต แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งลักษณะมาตรวัดเช่นนี้ เป็นที่นิยมใช้และพบได้ในเครื่องมือต่างๆ เช่น Caring behaviors assessment tool (CBA) (Cronin and Harrison, 1988), Caring dimensions inventory (CDI) (Watson and Lea, 1997) Caring assessment tool (CAT) (Duffy, 1993 cited in Watson, 2002) Caring professional scale (CPS) (Swanson, 2000 cited in Watson, 2002) นอกจากนี้ในบริบทของไทยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่วนใหญ่มักกำหนดรูปแบบเครื่องมือเป็นลักษณะมาตรวัด 5 ระดับเช่นเดียวกัน (กรรณิการ์ มีศิริ, 2548; จินดามาศ โกศลชี่นวิจิตร, 2551; ดวงเนตร ธรรมกุล และ ศิริพร ครุฑทาศ, 2546; มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคนอื่นๆ, 2549; นัยนา ภูลม; 2543; สมคิด จันทร์น่วม; 2539; ศิริรัตน์ สุกี๊ธ และคนอื่นๆ; 2544; ศิริสุดา งามขำ, 2539; Udomluck et al., 2010)

สำหรับประเด็นด้านความยาวของเครื่องมือ เครื่องมือที่สั้นเกินไป มีจำนวนข้อน้อย อาจทำให้ขาดความเป็นตัวแทนของสิ่งที่มุ่งวัด จึงอาจทำให้ความตรงของเครื่องมือลดลง (ศิริชัย กาญจนวาสิ, 2548) แต่ในขณะเดียวกัน เครื่องมือที่ยาวเกินไป ก็จะมีผลต่อความตั้งใจและการมีสมาธิของผู้ตอบ (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2551) สำหรับการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังให้เป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมมารดาดูแลของพยาบาล ดังนั้นเมื่อกลุ่มเป้าหมายที่ใช้เครื่องมือนี้คือผู้ป่วย จึงอาจพบข้อจำกัดจากผู้ใช้ในหลายๆ ด้าน เช่น ปัญหาการอ่านออกเขียนได้ ปัญหาสายตา ปัญหาพยาธิสภาพจากความเจ็บป่วย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลต่อความตั้งใจ ความสนใจ และความอยากร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ที่ไม่เทียบเท่ากับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ และในการศึกษาด้านการพัฒนาเครื่องมือ พบปัญหาในการใช้เครื่องมือ เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่นความไม่เหมาะสมกับบริบทในสภาพจริง หรืออาจเป็นปัญหาที่ตัวเครื่องมือเอง เช่นคำและความหมาย ดังนั้นจึงมักมีรายงานการปรับปรุงหรือตัดข้อคำถามนั้นๆ ออกจาก

เครื่องมือ ส่งผลให้ได้จำนวนข้อในเครื่องมือลดน้อยลงจากฉบับแรกที่น่าไปใช้จริง (Lee-Hsieh et al., 2005)

ดังนั้นในการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพยายามออกแบบให้มีจำนวนข้อน้อยที่สุดโดยยังคงพยายามให้ครอบคลุมมิติของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลที่ได้จากสัมภาษณ์ ซึ่งแนวคิดเรื่องขนาดความยาวของเครื่องมือนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2006) ที่ได้ปรับลดจำนวนข้อของเครื่องมือ CBI (The Caring Behavior Inventory) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยวัดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล สร้างขึ้นโดย Wolf et al. (1994) โดยปรับลดจากจำนวน 42 ข้อ พัฒนาเป็นแบบสอบถามฉบับสั้น (short form) เหลือข้อคำถาม 24 ข้อ (CBI-24) โดยยังคงคุณภาพของเครื่องมือเทียบเคียงได้กับ CBI-42 ซึ่งทำให้ลดความเหนื่อยล้าของผู้ตอบ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการวิจัย และช่วยให้อัตราการตอบกลับสูงขึ้นกว่าเดิม

การตรวจสอบข้อคำถามด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญญา ซึ่งเป็นการประเมินเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายของการวิจัย เป็นการให้ข้อคิดเห็นด้านกระบวนการคิด การให้ความหมายและความเข้าใจต่อตัวคำถามและตัวเลือกตอบในเครื่องมือที่สร้างขึ้น ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและเป็นข้อเท็จจริงจากผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งเป็นคุณสมบัติที่แสดงถึงความคงที่ของผลที่ได้จากการวัดซ้ำ โดยใช้วิธีตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษามากที่สุดจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.837 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,027 คน เท่ากับ 0.867 ซึ่งเป็นค่าที่เข้าใกล้ 1 หมายถึงเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเที่ยงค่อนข้างมาก (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2548) ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามในเครื่องมือ NCBA วัดในเรื่องเดียวกัน เมื่อพิจารณาความเที่ยงจำแนกรายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.362-0.820 โดยองค์ประกอบการสร้างสัมพันธภาพ มีค่าความเที่ยงสูงสุด 0.820 รองลงมาคือ ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ และการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.770, 0.734, 0.596, และ 0.532 ตามลำดับ ส่วนความเที่ยงที่น้อยที่สุดคือ องค์ประกอบการใส่ใจอย่างแท้จริงมีค่าเท่ากับ 0.362 ซึ่งตามหลักของการพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าความเที่ยงอธิบายได้ว่าจำนวนข้อคำถามน้อย จะส่งผลให้ความเที่ยงค่อนข้างต่ำ ซึ่งจำนวนข้อในองค์ประกอบที่ได้ค่าความเที่ยงค่อนข้างต่ำ มีจำนวนข้อคำถามเพียง 2-3 ข้อ

ส่วนผลการวิเคราะห์อำนาจจำแนกของตัวบ่งชี้พฤติกรรมในเครื่องมือฉบับนี้พบว่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำโดยใช้สถิติ t-test ผลการทดสอบค่าสถิติมีนัยสำคัญ แสดงถึงประสิทธิภาพการจำแนกของตัวบ่งชี้ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี

ความตรงเป็นคุณสมบัติที่สะท้อนว่าเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ ถูกต้องแม่นยำสำหรับความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ เป็นการหาค่าความตรงของเครื่องมือว่าเครื่องมือ NCBA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวัดได้ตรงตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด โดยการพิจารณาจากเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องว่าเครื่องมือจะเข้าบอกสภาพที่แท้จริงได้ตามที่ต้องการหรือไม่ สำหรับความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ที่นำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ความตรงร่วมสมัยหรือความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ซึ่งเป็นความตรงที่ใช้คะแนนเกณฑ์ที่มาจากการวัดในช่วงเวลาเดียวกันกับเครื่องมือวิจัย โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับคะแนนเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยได้พิจารณาจากเครื่องมือวัดพฤติกรรมเอื้ออาทรจำนวน 2 ฉบับคือฉบับที่พัฒนาขึ้นในบริบทต่างประเทศ (Cronin and Harrison, 1988) และ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในบริบทของไทย (จินตมาศ โกลิศจินวิจิตร, 2551) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน มีค่า $r = 0.909$ และ $r = 0.881$ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = .000$) ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้เป็นค่าที่แสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและระดับความสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 ซึ่งแสดงระดับความสัมพันธ์ในระดับที่ค่อนข้างสูง แสดงว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีคุณภาพในด้านความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) เพื่อสกัดองค์ประกอบของการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ด้วยวิธี Principal Component Analysis และหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก โดยวิธี varimax ได้ผลการวิเคราะห์จำนวน 6 องค์ประกอบ ซึ่งร่วมอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 60.475 ซึ่งเป็นค่าที่ค่อนข้างดี และผลการยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสองขั้นตอน (second order confirmatory factor analysis) พบว่าโมเดลการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้วัดได้ตามลักษณะโครงสร้างและความหมายทางทฤษฎีของการดูแลอย่างเอื้ออาทร

จากผลการตรวจสอบคุณภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล (Nursing Caring Behavior Assessment: NCBA) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีคุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบตามเกณฑ์มาตรฐาน

ที่ได้รับการยอมรับและสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือเพื่อศึกษาวิจัยในด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในบริบทของไทยต่อไป

จุดเด่นของเครื่องมือ NCBA

1. เป็นการสร้างในบริบทของไทย ทั้งสภาพแวดล้อม สภาพสังคม และรูปแบบวิถีชีวิต โดยสร้างจากข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการบอกเล่าเรื่องราวจากบุคคลที่อยู่ในบริบทของการดูแลอย่างเอื้ออาทรโดยตรง เป็นการเล่ารายละเอียดของพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลด้านการดูแลที่ก่อให้เกิดความรู้สึกประทับใจ เป็นลักษณะของการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในบริบทของการดูแลของพยาบาล จึงเป็นผู้ที่ตรงที่สุดในการประเมินพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลสารสนเทศที่ได้ เป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ ที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ปรับปรุงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรให้เหมาะสมที่สุด

2. การใช้วิธีวิทยาในการพัฒนาเครื่องมือด้วยกระบวนการหลายขั้นตอนได้แก่ การสัมภาษณ์ รวมทั้งการตรวจสอบเครื่องมือดังนี้

2.1 .การตรวจสอบข้อคำถามด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงปัญหา ซึ่งเป็นการประเมินเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายของการวิจัย เป็นการให้ข้อคิดเห็นด้านกระบวนการคิด การให้ความหมายและความเข้าใจต่อตัวคำถามและตัวเลือกตอบในเครื่องมือที่สร้างขึ้น ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและเป็นข้อเท็จจริงจากผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีวิทยาเชิงปริมาณ ที่ครอบคลุมทั้งการวิเคราะห์อำนาจจำแนก การตรวจสอบความเที่ยงและความตรงได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ อันเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติตามกระบวนการสร้างเครื่องมือที่สมบูรณ์ ซึ่งปัจจุบันในบริบทของไทย ยังไม่มีเครื่องมือวัดการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ที่สร้างตามกระบวนการในลักษณะเช่นนี้มาก่อน

3. จำนวนข้อคำถาม เพียง 24 ข้อ ซึ่งน้อยกว่าเครื่องมือที่ปรากฏใช้ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยไม่เหน็ดเหนื่อยเกินไปในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในหน่วยเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยในหน่วยการดูแลที่ต้องการความรวดเร็ว เช่น หน่วยผู้ป่วยหนัก ซึ่งนอกจากเป็นการลดเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับ แล้วยังส่งผลต่อความสมบูรณ์ครบถ้วนข้อมูลที่ได้รับร่วมด้วย

ข้อจำกัดของการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ต่างจังหวัด ในโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นประชากรในพื้นที่ ที่มีภูมิหลังด้านอายุเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงและระดับการศึกษาที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นหากมีการนำผลการศึกษาไปศึกษาเปรียบเทียบกับการศึกษาในพื้นที่อื่นอาจทำให้ผลที่ได้แตกต่างกัน และอาจไม่ได้ข้อสรุปที่จะสามารถยืนยันผลตามสภาพจริงได้อย่างสมบูรณ์

2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ได้มาจากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีลักษณะของการตอบข้อมูลที่ค่อนข้างระมัดระวัง อาจด้วยเกรงว่าจะมีการนำข้อมูลไปใช้พาดพิงมาสู่ตนเองหรือมาสู่ญาติของตนเองที่นอนรับการรักษาพยาบาลอยู่ ในขณะที่รวบรวมข้อมูลจึงมักจะได้คำตอบในลักษณะค่าคะแนนที่ค่อนข้างสูง หรือบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล นอกเหนือจากรายการข้อความในแบบสอบถาม ดังนั้นค่าคะแนนที่ได้ อาจไม่ใช่ข้อสรุปของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอย่างแท้จริง การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์จึงควรระมัดระวังในการอ่านผลการวิจัยที่เชื่อมโยงกับบริบทที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย จะทำให้ผู้ใช้ผลการวิจัยได้รับประโยชน์จากผลการศึกษาในครั้งนี้ได้อย่างแท้จริง

3. ข้อจำกัดของแบบสอบถามคือ กลุ่มตัวอย่างต้องอ่านออก เขียนได้ แต่เครื่องมือฉบับนี้เป็นเครื่องมือที่มีกลุ่มเป้าหมายในการใช้คือ ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการทางการพยาบาลตลอดจนญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างน้อย จึงเป็นข้อจำกัดส่งผลต่อการอ่านและทำความเข้าใจข้อความในแบบสอบถาม นอกจากนี้พยาธิสภาพของผู้ป่วยก็อาจส่งผลให้การอ่านแบบสอบถามมีความยากลำบากมากขึ้น

4. เครื่องมือฉบับนี้เป็นลักษณะของแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องด้วยผู้ป่วยบางราย อ่านแบบสอบถามค่อนข้างลำบาก อาจเนื่องจากปัญหาสายตา หรือความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงเป็นลักษณะที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยต้องอ่านข้อคำถามและถามความเห็นของผู้ป่วย จึงอาจส่งผลต่อการตอบและข้อมูลที่ได้ ดังนั้นในการใช้เครื่องมือในสภาพจริง จึงควรเป็นการประเมินในลักษณะปิดผนึก ซึ่งไม่สามารถเชื่อมโยงผลการประเมินไปยังผู้ประเมินได้ หรือเป็นการประเมินสรุปรวบยอดก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือตามสภาพที่เป็นจริง

5. กลุ่มงานพยาบาลที่เหมาะสมในการนำเครื่องมือฉบับนี้ไปใช้ คือ กลุ่มงานผู้ป่วยใน ซึ่งได้แก่ หอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาล เนื่องจากข้อบ่งชี้พฤติกรรมบางข้อเป็นลักษณะของพฤติกรรม

ที่เชื่อมโยงกับการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วย ดังนั้น หากกลุ่มงานอื่น เช่นงานผู้ป่วยนอก งานหน่วยชุมชน หรือศูนย์สุขภาพ จะนำเครื่องมือฉบับนี้ไปใช้ จำเป็นจะต้องปรับรายการตัวบ่งชี้บางข้อให้เหมาะสมกับลักษณะของงาน เช่น ตัวบ่งชี้ด้าน การให้การดูแลต่างๆ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้น้ำเกลือ หรือการดูแลในการบรรเทาความเจ็บปวด เป็นต้น

6. เครื่องมือฉบับนี้มีความเหมาะสมกับบริบทเฉพาะคือ ควรต้องเลือกใช้ในลักษณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จเฉพาะราย กล่าวคือผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลเพียง 1 ราย (case management) เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการประเมินพยาบาลได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง นอกจากนี้ควรใช้แบบประเมินนี้หลังจากที่ผู้ป่วยเข้าอนรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2-3 วัน เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพด้านการดูแลต่อกัน จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. หน่วยงานด้านการบริการ เช่น โรงพยาบาลควรนำเครื่องมือประเมินพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลไปปรับใช้ ซึ่งสาระสนเทศที่ได้จากการศึกษาและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสิน จะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสนใจและควรจะนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุง พฤติกรรมการให้การดูแล ซึ่งนอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ตามปกติของวิชาชีพแล้ว การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลที่ผสมผสานความเอื้ออาทรและการปฏิบัติโดยคำนึงถึงความต้องการนี้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจซึ่งผลการประเมินที่ได้จากเครื่องมือจะแสดงได้ถึงระดับความเอื้ออาทรของพยาบาลจากมุมมองของตัวผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลของพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพ

2. สาระสนเทศที่ได้จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ามิติที่มีความสำคัญและสะท้อนการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้ในระดับสูงคือ ความใส่ใจอย่างแท้จริง, ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ, การสร้างสัมพันธภาพ, และ ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ ดังนั้นหน่วยงานด้านการให้บริการพยาบาลจึงควรรหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมด้านนี้ให้เด่นชัดและเป็นรูปธรรม เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาล

3. จากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ข้อที่ได้คะแนนประเมินต่ำมากคือ ข้อความพฤติกรรมในการดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ ได้แก่การพูดคุยและแนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบ, ให้อาหารหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนา ค่าคะแนนที่ได้สะท้อนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในการดูแล ซึ่งสารสนเทศเช่นนี้สมควรถูกหยิบยกมาพิจารณาเพื่อหาแนวทางในการเสริมสร้างและพัฒนาการแสดงผลของพฤติกรรมด้านนี้ เนื่องจากทฤษฎีของการดูแลทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม ที่ผสมผสานทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งในความเป็นจริงอาจยังไม่สามารถนำทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ดังนั้นหน่วยงานด้านการศึกษาพยาบาลสมควรให้ความสำคัญกับการปลูกฝังพฤติกรรมด้านนี้ในการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาสามารถเข้าใจและสอดแทรกพฤติกรรมเช่นนี้ในการปฏิบัติงานอันจะเป็นการปูพื้นฐานการคิดและการปฏิบัติก่อนสำเร็จไปเป็นพยาบาล และหน่วยงานด้านการบริการพยาบาลเช่นโรงพยาบาลต่างๆ ควรจะต้องหาแนวทางในการผสมผสานแนวคิดและวิธีปฏิบัติในมิตินี้ให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมให้มากขึ้น

4. ระบบการจัดการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการแพทย์ให้เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และควรนำเครื่องมือนี้ไปปรับใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อเป็นการขยายกลุ่มการศึกษาและให้ได้สารสนเทศในการพัฒนาเครื่องมือประเมินต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในระยะต่อไป

1. ควรมีการนำวิธีวิทยาของการสัมภาษณ์เชิงปัญหาทั้งสองนัยยะ ไปศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายขอบเขตการศึกษาหรือนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ อันจะเป็นแนวทางของการพัฒนาวิธีวิทยาของการสร้างเครื่องมือวิจัยทั้งในด้านการรวบรวมข้อมูลและด้านการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

2. ควรมีการขยายขอบเขตพื้นที่ในการศึกษาให้ครอบคลุมโรงพยาบาลประเภทต่างๆ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลเอกชน หรือศึกษาในภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศเพื่อเป็นการขยายทั้งกลุ่มตัวอย่างและหน่วยการศึกษาให้กว้างขวางขึ้น อันจะเป็นการเพิ่มสารสนเทศและข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเครื่องมือซึ่งจะส่งผลให้สามารถตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและประโยชน์ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรในวิชาชีพพยาบาล

3. ควรศึกษาวิจัยต่อยอดด้านการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการแพทย์ เพื่อสร้างมาตรฐานของค่าคะแนนที่เหมาะสมและสามารถสะท้อนถึงความเอื้ออาทรของพยาบาลอย่างแท้จริง

4. ควรพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแล ในรูปแบบของเครื่องมือประเภทอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาในการอ่านหนังสือ อาจเนื่องจากระดับการศึกษาหรือ สภาพร่างกายจากความเจ็บป่วย สามารถทำแบบประเมินได้สะดวกขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรณีการ์ มีศิริ. (2548). รายงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลในการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีตามการรับรู้ของตนเองและผู้รับบริการ. เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 45(6): 359-374.
- คำจร มุณีแก้ว. (2539). ผลของการสอนโดยใช้เทคนิคการคิดออกเสียง (*think aloud technique*) ที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์และเจตคติต่อวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสาธิตสังกัดสำนักงานสถาบันราชภัฏ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, ภาควิชามัธยมศึกษา สาขาวิชาการศึกษาคณิตศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุสุมา ปิยะศิริกันท์. (2545). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไกรพ วงศ์อมธรรพพันธ์. (2547). แนวทางพัฒนาการจัดการศึกษาเพื่อความเอื้ออาทรในสังคมไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการการอุดมศึกษา, สำนักงาน. (2546). การศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ภาพรวมจรรยาบรรณวิชาชีพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. (2551). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=36> [2008, ธันวาคม 15]
- จำรัส สารชะขวัญ, เขาวดี สุวรรณนาคะ และ ปัญญาวัชร ปราบภูผล. (2548). รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสอนแบบบูรณาการวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเอื้ออาทร. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

- จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2551). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2536). การวิจัยด้านศาสตร์การดูแล. ใน พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, บรรณาธิการ. รายงานการสัมมนานำร่องเรื่องศาสตร์การดูแลในวิชาชีพการพยาบาล: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติ, หน้า 19-21. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบราศนราดูล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ จงชนากร. (2535). ผลของการสอนอ่านแบบแสดงการคิดเป็นถ้อยคำที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ในการอ่านเพื่อการเข้าใจภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, ภาควิชามัธยมศึกษา สาขาวิชาการสอนภาษาอังกฤษ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเนตร ธรรมกุล และศิริพร ครุฑทากศ. (2546). รายงานวิจัยเรื่อง คุณลักษณะความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และคนอื่นๆ. (2545). พุทธธรรมเพื่อการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอกพิมพ์ไท.
- ทัศนีย์ นนทะสร. (2533). การพัฒนาพฤติกรรมช่วยเหลือทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามแนวทฤษฎีปัญญาทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณวุฒิปบัณฑิต, ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2543). ข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูล. ใน เนาวรัตน์ พลายน้อย, ชัยยนต์ประดิษฐ์ศิลป์และ จุฑามาศ ไชยรบ, บรรณาธิการ. พรหมแดนความรู้ด้านการวิจัยและสถิติ: รวบรวมบทความทางวิชาการของดร.นงลักษณ์ วิรัชชัย. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นฤมล เพียรเจริญ. (2539). ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้ความพึงพอใจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นัยนา ภูม. (2543). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาด้านพยาบาล, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จามจุรี.
- ปัญญากรณ ชุตังกร, สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาภ และ นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต. (2538). รายงานวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วย: ความหมายและพฤติกรรมของพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พจนานุกรมออกซฟอร์ด-ริเวอร์ บุ๊กส์ อังกฤษ-ไทย. (2006). กรุงเทพฯ: ริเวอร์บุ๊กส์.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (2539). การดูแล: แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(1): 26-34.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2541). ธรรมานุญชีวิต: พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2546 ก). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตโต). (2546 ข). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ฉบับประมวลศัพท์. กรุงเทพฯ: เอส.อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์.
- พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตโต). (2551). โภชนงค์: พุทธวิธีเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, บรรณาธิการ. (2536). รายงานการสัมมนานำร่อง เรื่องศาสตร์การดูแลในวิชาชีพการพยาบาล: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิรุณ รัตนวนิช. (2542). รายงานการวิจัยเรื่อง การดูแล: ความหมาย ความต้องการการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากพฤติกรรมของพยาบาล. ตีพิมพ์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). จริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล. ในวาริยา ชินวรรณ โฉม, บรรณาธิการ. จริยธรรมในวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, ชุตติมา มาลัย, เบญจวรรณ ศรีโยธิน และอรวรรณ อนามัย. (2549). รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพการณ์จริงในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- เมตตา วิวัฒน์านุกูล (กฤตวิทย์). (2545). หลักการสัมภรณ์ในวงการบริหาร การสื่อสารมวลชน และการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- วรรณิ์ แกมเกตุ. (2551). วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2550). การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. วารสารสภาการพยาบาล. 22(3): 5-8.
- วันทนา เจริญมงคล และคนอื่นๆ. (2549). ความเข้าใจและความคิดเห็นของนักศึกษาและอาจารย์ที่เลี้ยงต่อการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในเภสัชศาสตร์ศึกษา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(4): 263-273.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2545). ความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาล: เสี่ยงสะท้อนจากนักเรียนพยาบาล. วารสารการศึกษาพยาบาล. 13(2): 19-26.
- ศรีสุดา งามจำ. (2539). พฤติกรรมการดูแลนักศึกษาพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในการสอนทางคลินิกและทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2548). ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ สุภิธร, ทศนีย์วรรณ พุกขมาเมชานันท์ และ เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์. (2544). การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลขณะสอนภาคปฏิบัติ ณ หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์ 19(3): 36-48.
- ศิริอร สิ้นธุ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล: ความเหมือนที่แตกต่าง. วารสารสภาการพยาบาล. 14(3): 10-23.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2546). คู่มือการใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

- สมคิด จันทร่นวม. (2539). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงาน
ของตนเองและผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคกลาง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.
พรินติ้ง.
- สัจจา ทาโต. (2549). การแปลเครื่องมือวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18(2): 1-9.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2551). คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย.
- สุดกัญญา ปานเจริญ และ สกฤตต์ ศิริกุล. (2550). รายงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่าง
เอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. นครสวรรค์:
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์. นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราช
ชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2548). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร ดาวดี. (2537). ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ติรกันันท์. (2550). การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่
การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2548ก). การศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษา
พยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า
จันทบุรี. 16(2): 56-66.
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2548ข). ทฤษฎีการดูแลมนุษย์เชิงวิชาชีพของโรซ. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 16(2): 67-73.
- อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์, อริสา จิตต์วิบูลย์, ณัชชา สุภิปรี, แผล จันทรสุขและกัญญ์ศิริ จันทรเจริญ.
(2551). รายงานวิจัยเรื่อง การดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลต่างวัฒนธรรม:
มุมมองของพุทธและมุสลิม. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จังหวัดสงขลา
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

- อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีในสังกัดวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้. (2548). รายงานวิจัยเรื่อง มิติการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของการศึกษาและการบริการพยาบาล. (ม.ป.ท): สถาบันพระบรมราชชนกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- อารี ชิวเกษมสุข. (2541). การนำศาสตร์การดูแลไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 16(4): 15-21.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2542). การนำทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 11(1): 6-19.
- อารีญา ค่านผาทอง, พิมพ์จรัส อยู่สวัสดิ์ และ ประภา ลิ้มประสูติ. (2550). การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับจังหวัด. *วารสารสภาการพยาบาล* 22(3): 67-79.
- อิชยา สุวรรณกุล และ นงนุช เขาวนศิศิลป์. (2542). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการ. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล* 3(1): 45-59.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. (2544). *แบบสอบถาม: การสร้างและการใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ฟีนีพับลิชชิง.
- อุทุมพร จามรมาน. (2540ก). การสร้างแบบสอบถาม ใน ทิศนา เขมมณีและสร้อยสน สกลรักษ์, บรรณาธิการ. *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร จามรมาน. (2540ข). การสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ใน ทิศนา เขมมณีและสร้อยสน สกลรักษ์, บรรณาธิการ. *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Arther, D., et al.(1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*. 36: 387-396.
- Baldursdottir, G., and Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung*. 31(1): 67-75.

- Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing* 30(1): 24-32.
- Beck, C. T. (2001). Caring within nursing education: a metasynthesis. *Journal of Nursing Education* 40(3): 101-109.
- Billings-Gagliardi, S., Barrett, S. V., and Mazor, K. M. (2004). Interpreting course evaluation results: insights from thinkaloud interviews with medical students. *Medical Education* 38: 1061-1070.
- Blair, J., Conrad, F., Ackermann, A. C., and Claxton, G. (2006). The effect of sample size on cognitive interview finding. [Online]. Available from: <http://www.elsevierhealth.com/journals/iccn> [2007, June 15]
- Carbone, E. T., Campbell, M. K., and Honess-Morreale, L. (2002). Use of cognitive interview techniques in the development of nutrition surveys and interactive nutrition messages for low-income populations. *Journal of The American Dietetic Association* 102(5): 690-696.
- Chang, M. W., Nitzke, S., Brown, R. L., Baumann, L. C., and Oakley, L. (2003). Development and validation of a self-efficacy measure for fat intake behavior of low-income woman. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 35(6): 302-307.
- Choochart Deeromram. (2003). *Caring Behaviors of Family Caregivers, Caring Needs and Caring Perceptions of Addicted Adolescents*. Master's Thesis, Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., and Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies* 42: 673-686. [Online]. Available from: www.sciencedirect.com. [2009, May 22]
- Cronin, S. N., and Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung* 17(14):374-380.

- DeMaio, T. J., and Rothgeb, J. M. (1996). Cognitive interviewing techniques: In the lab and in the field. In Schwarz, N., and Sudman, S. Eds. *Answering question: Methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing* 42(1): 57-63.
- Enagonio, M. E. (2006). *What does this question mean to you? Cognitive interviewing to pretest a questionnaire for older adults*. Master's Thesis, College Park, Faculty of the Graduate School of the University of Maryland.
- Euswas, P. (1991). *The actualized caring moment: a grounded theory of caring in nursing practice*. Doctoral dissertation, Massey University, New Zealand.
- Fisher, R. P., Falker, K. L., Trevisan, M., and McCauley, M. R. (2000). Adapting the cognitive interview to enhance long-term (35 years) recall of physical activity. *Journal of Applied Psychology* 85(2): 180-189.
- Foster, S .D.,and Moody, J. W. (1997). Internal auditors and the cognitive interview. *Managerial Auditing Journal* 12(2): 67-69.
- Geiselman, R. E. and Fisher, R. P. (1988). The cognitive interview: an innovative technique for questioning witnesses of crime. *Journal of Police and Criminal Psychology* 4(2): 2-5.
- Goerman, P. L. (2006). *Adapting cognitive interview technique for use in pretesting Spanish language survey instruments*[online]. Research Division U.S. Census Bureau. Research report series(Survey Methodology#2006-3)Statistical. [Online]. Available from: <http://www.census.gov/srd/papers/pdf/rsm2006-03.pdf> [2007, August 19]
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., and Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. Sixth edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Higgin, B. (1996). Caring as therapeutic in nursing education. *Journal of Nursing Education* 35(3): 134-136.

- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., and Aunguroch, Y. (2004). Measuring psychological well-being: Insights from Thai elders. *The Gerontologist* 44(5): 596-604.
- Jobe, J. B., Keller, D. M., and Smith, A. F. (1996). Cognitive techniques in interviewing older people. In Schwarz, N., and Sudman, S. (Eds). *Answering question: Methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Larson, P. J. (1987). Comparison of cancer patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung* 16(2): 187-193.
- Lea, A., Watson, R., and Deary, I. J. (1998). Caring in nursing: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing* 28(3): 662-671.
- Lee-Hsieh, J., Kuo, C., and Tsai, Y. (2004). An action research on the development of a caring curriculum in Taiwan. *Journal of Nursing Education* 43(9): 391-400.
- Leininger, M. M., eds. (1988). *Care: The essence of nursing and health*. Michigan: Wayne State University Press.
- Lundberg, P. C., and Boonprasabhai, S. (2001). Meaning of good nursing care among Thai female last-year undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 34(1): 35-42.
- Marini, B. (1999). Institutionalized older adults' perceptions of nurse caring behaviors. *Journal of Gerontological Nursing* May: 11-16.
- Mathulada Chantasid. (2001). *Study of caring attributes in psychiatric nurse*. Master's Thesis, Nursing Science(Psychiatric and Mental Health Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Memon, A. (1999). Interviewing witnesses: The cognitive interview. In Memon, A., and Bull, R. *Handbook of the psychology of interviewing*. New York: John Wiley&Son.
- Memon, A., and Higham, P. A. (1999). A review of the cognitive interview. *Psychology, Crime & Law* 5 :177-197.

- Miller, K. (2003). Conducting cognitive interviews to understand question-response limitations. *Am J Health Behav* 27(suppl 3): s264-s272.
- Milne, R., and Bull, R. (2002). Back to basics: A componential analysis of the original cognitive interview mnemonics with three age groups. *Applied Cognitive Psychology* 16: 743-753.
- O'Connell, E., and Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses' caring behaviors as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*. [Online]. Available from: <http://www.elsevierhealth.com/journals/iccn> [2008, August 15]
- Quimet, J. A., Bunnage, J. C., Carini, R. M., Kuh, G. D., and Kennedy, J. (2004). Using focus groups, expert advice, and cognitive interviews to establish the validity of a college student survey. *Research in Higher Education* 45(3): 233-250.
- Ousey, K. and Johnson, M. (2007) Being a real nurse-concepts of caring and culture in the clinical areas. *Nurse Education in Practice* 7:150-155.
- Punpanich, W. (2005). *Development of a culturally appropriate health-related quality of life measure for HIV-infected children in Thailand*. Doctoral dissertation, Los Angeles School of Public Health, University of California.
- Radwin, L. E., Washko, M., Suchy, K. A., and Tyman, K. (2005). Development and pilot testing of four desired health outcomes scales. *Oncology Nursing Forum* 32(1): 92-96.
- Sepucha, K., Ozanne, E., Silvia, K., Partridge, A., and Mulley, A. G. (2007). An approach to measurement the quality of breast cancer decision. *Patient Education and Counseling* 65: 261-269.
- Smith, M. K., and Sullivan, J. M. (1997). Nurses' and patients' perceptions of most important caring behaviors in long – term care setting: Patient and nurse agree on the importance of a combined scientific- humanistic caring approach. *Geriatric Nursing* 18(2): 70-73.

- Stein, L. M. and Memon, A. (2006). Testing the efficacy of the cognitive interview in a developing country. *Applied Cognitive Psychology* 20: 597-605.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of middle range theory of caring. *Nursing Research* 40:161-166.
- Takeuchi, M. T., Edlefsen, M., McCurdy, S. M., and Hillers, V. N. (2006). Development and validation of stage-of-change questions to assess consumers' readiness to use a food thermometer when cooking small cuts of meat. *Journal of the American Dietetic Association* 106(2): 262-266.
- Tschudin, V. (2003). *Ethics in Nursing: The Caring Relationship*. London: Butterworth-Heinemann.
- Udomluck, S., Tonmukayakul, O., Tiansawad, S., and Srisuphan, W. (2010). Development of Thai nurses' caring behavior scale. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 14 (1): 32-44.
- Uhrig, J. D. (2001). *Beneficiary use of quality reports for Medicare plans*. Doctoral dissertation. The Pennsylvania State University, Pennsylvania, United State..
- Von Essen, L., and Sjoden, P. (1993). Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatient and staff, with comparisons to somatically ill samples. *Research in Nursing and Health* 16: 293-303.
- Von Essen, L., and Sjoden, P. (1995). Perceived occurrence and importance of caring behaviors among patient and staff in psychiatric, medical and surgical care. *Journal of Advanced Nursing* 21: 266-276.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. USA: Colorado Associated University Press.
- Watson, G. (2006). *International Caring Conference: Caring as a Path of Education and Nursing Development*. Nonthaburi: Yutharint Printig.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care ,A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, R., and Lea, A. (1997). The caring dimensions inventory(CDI): content validity, reliability and scaling. *Journal of Advanced Nursing* 25: 87-94.

- Watson, R., Deary, I. J., and Lea, A. (1999). A longitudinal study into perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of Advanced Nursing* 30(5): 1080-1089.
- Willis, G. B. (2005). *Cognitive interview : A tool for improving questionnaire design*. London: SAGE Publications.
- Willis, G. B. (2006). Cognitive interviewing as a tool for improving the informed consent process. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*:9-24.
- Witte, L. D., Schoot, T., and Proot, I. (2006). Development of the Client-Centered Care Questionnaire. The Authors. *Journal compilation.*: Blackwell Publishing.
- Wolf, Z. R., Miller, P. A., and Devine, M. (2003). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *MEDSURG Nursing* 12(6): 391-396.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

รายนาม	สถาบัน/หน่วยงาน	ตำแหน่ง/ ความเชี่ยวชาญ
1 อาจารย์วาณี โพธิ์นคร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรคค์	ผู้อำนวยการ การดูแลอย่างเอื้ออาทร
2 อาจารย์ ดร.เยาวดี สุวรรณนาคะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์	ผู้อำนวยการ การดูแลอย่างเอื้ออาทร
3 อาจารย์ ดร.จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ	การดูแลอย่างเอื้ออาทร วิจัยและพัฒนาหลักสูตร
4 อาจารย์ ดร.ศิริพร โอภาสวัตชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี	การดูแลอย่างเอื้ออาทร หลักสูตรและการสอน
5 อาจารย์ ดร.นิรนาท วิทโยคกิติคุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรคค์	การวิจัยเชิงคุณภาพ
6 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฐภรณ์ หลาวทอง	ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา การศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การวัดและประเมินผล การศึกษา
7 อาจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี	การดูแลอย่างเอื้ออาทร วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา
8 อาจารย์ ดร.สิรินธร สินจินดาวงศ์	มหาวิทยาลัยศรีปทุม	การวัดและประเมินผล การศึกษา
9 ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข	วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวการสัมภาษณ์ (Interview guideline)

การสัมภาษณ์เชิงปัญญานัยยะที่ 1

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความคิดเห็นด้านความหมาย องค์ประกอบและคุณลักษณะของ

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทายผู้ป่วย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และชี้แจงโครงการวิจัยและการการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
3. สัมภาษณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์
4. ชักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจน

วิธีปฏิบัติ

1 การสร้างความสัมพันธ์ (Rapport Building) ผู้วิจัยแนะนำตัวและพูดคุยชักถามอาการ ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการพูดคุยสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนึกย้อนเหตุการณ์ โดยใช้ความรู้สึกประทับใจในการดูแลของพยาบาลที่บ่งบอกถึงความเอื้ออาทร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ประทับใจและบ่งบอกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล โดยเล่าย้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดที่ไหน ช่วงเวลาใด ลักษณะเหตุการณ์เป็นอย่างไร

3. มุ่งเน้นที่การรื้อฟื้นความจำ (focused retrieval) ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างรื้อฟื้นความจำโดยให้พุ่งความสนใจในด้านพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก โดยการจินตนาการส่วนต่างๆ ของเหตุการณ์ เช่น การแสดงออกทางคำพูด สีหน้าท่าทาง ผู้สัมภาษณ์พูดซ้ำๆ และชัดเจน มีการหยุดในช่วงจังหวะที่เหมาะสมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สร้างจินตนาการและตอบคำถาม

4. การถามคำถามที่สอดคล้องในแนวเดียวกัน (compatible questioning) ผู้วิจัยชักถามประเด็นต่างๆ เพิ่มเติม จากที่กลุ่มตัวอย่างเล่า โดยคำถามจะเกี่ยวข้องและสอดคล้องกันกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างกำลังคิดย้อนถึงและกำลังเล่าเรื่อง เพื่อเป็นการทะล่อมให้ได้ข้อมูลลงลึกถึงรายละเอียดของพฤติกรรมให้ได้มากที่สุดและให้ชัดเจนที่สุด

สำหรับผู้ป่วย

ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เติม..... หอผู้ป่วย.....
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. อายุ ปี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์

ขั้นที่ 1

กรุณานึกย้อนเหตุการณ์ที่พยาบาลได้แสดงพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรที่ท่านเคยได้รับหรือได้พบเห็น แล้วทำให้ท่านรู้สึกประทับใจ กรุณาช่วยเล่าเหตุการณ์อย่างละเอียดว่าท่านกำลังอยู่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใด พยาบาลมีการแสดงออกอย่างไร ทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด การกระทำต่างๆ ที่ทำให้ท่านประทับใจและรู้สึกว่าพยาบาลมีความเอื้ออาทรแก่ท่านอย่างแท้จริง

ขั้นที่ 2

ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมในประเด็นเหตุการณ์ต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างเล่าด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อระดมข้อมูลให้ได้รายละเอียดของพฤติกรรมแสดงออกของพยาบาลให้ชัดเจน โดยใช้คำถามที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับเรื่องหรือประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างกำลังเล่าถึง เช่น

ช่วยอธิบายคำว่า.....

เหตุใดจึงรู้สึกประทับใจ.....

พยาบาลแสดงออกมาได้อย่างไรว่า....

มีพฤติกรรมอะไรอีกหรือไม่..อย่างไร..

ฯลฯ

สำหรับพยาบาล/อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

หอผู้ป่วย/ภาควิชา..... อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....

ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์

ขั้นที่ 1

คุณน้าก็ย้อนพฤติกรรมของการดูแลอย่างเฝ้าอาทรที่ท่านได้เคยแสดงออกด้วยตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยและท่านรับรู้ได้ว่าการกระทำนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ และประทับใจในพฤติกรรมที่ท่านได้ให้การดูแลหรือได้ปฏิบัติ คุณน้าเล่าเหตุการณ์อย่างละเอียดว่าท่านกำลังอยู่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์แบบใด ท่านแสดงออกอย่างไร ทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด การกระทำต่างๆ

ขั้นที่ 2

ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมในประเด็นเหตุการณ์ต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างเล่าด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อระดมข้อมูลให้ได้รายละเอียดของพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลให้ชัดเจน โดยใช้คำถามที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับเรื่องหรือประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างกำลังเล่าถึง เช่น

ทราบได้อย่างไรว่าสิ่งที่แสดงพฤติกรรมออกไปทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประทับใจ.....

ผู้ป่วยได้สนองตอบต่อพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกไปอย่างไรบ้าง

คิดว่าเพราะเหตุใด..

ช่วยอธิบายคำว่า.....

ขณะนั้นมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นหรือไม่..อย่างไร

มีพฤติกรรมอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่..อย่างไร..

ฯลฯ

ตัวอย่างแนวการสัมภาษณ์

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี วินิจฉัยโรค มะเร็งตับ เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ด้วยอาการ ปวดแน่นท้อง หายใจเหนื่อย ตัวและตาเหลือง อ่อนเพลีย ในการสัมภาษณ์ หลังจากขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพโดยการทักทาย แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์แล้ว ได้เริ่มสัมภาษณ์ด้วยการให้เกียรติย้อนเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับการดูแลจากพยาบาลและมีความรู้สึกประทับใจ และผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมในประเด็นเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยเล่าด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อระดมข้อมูลให้ได้รายละเอียดของพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาล โดยใช้คำถามที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับเรื่องหรือประเด็นที่ผู้ป่วยกำลังเล่าถึง ซึ่งในช่วงแรกของการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยให้ข้อมูลในลักษณะการตอบคำถามสั้นๆ และข้อมูลที่ได้ไม่แสดงรายละเอียดพฤติกรรม หลังจากการซักถามเพิ่มเติมจึงได้รายละเอียดข้อมูลมากขึ้น ดังนี้

ผู้ป่วย	: พยาบาลก็ใจดี ดูแลดี
ผู้วิจัย	: พยาบาลทำอะไร ที่ว่าดูแลดีจนรู้สึกประทับใจ(ระดมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน)
ผู้ป่วย	: เขาก็เอาใจใส่
ผู้วิจัย	: เอาใจใส่แบบไหน พยาบาลทำอะไรบ้าง (ระดมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน)
ผู้ป่วย	: เขาก็มาคอยดูแลบ่อยๆ เข้าหาคนไข้ดี
ผู้วิจัย	: เข้าหาอย่างไร ช่วยลดอันตราย เวลาที่พยาบาลเข้ามาดูแล (ขยายเรื่องเล่าเนื่องจากข้อมูลที่ได้ยังไม่ลงลึกถึงระดับพฤติกรรม)
ผู้ป่วย	: เขาก็เอาใจใส่ ให้ยากินเขาก็เรียก เวลากินข้าวก็เรียก เรียกป้า...กินข้าวนะ เราหมิ่น กินไม่ค่อยลง เขาก็พยายามบอก ผืนหน้อย
ผู้วิจัย	: เวลาพยาบาลมาพูดมาบอกแบบนี้แล้วป้ารู้สึกอย่างไร (ตรวจสอบความรู้สึก)
ผู้ป่วย	: ก็ดีใจ ว่าเขาเป็นห่วง บางทีไม่ยอมกินข้าว มันเบื่อ กินอะไรไม่อร่อย
ผู้วิจัย	: เวลาที่พยาบาลมาเรียกป้ากินข้าวแบบนี้ เขาพูดอย่างไร (ขยายเรื่องเล่า)
ผู้ป่วย	: เขาก็มาพูด มาบอก เวลาเขาเอายามาให้กิน เขาก็บอกว่าให้กินยาเลย มันแก้คลื่นไส้ เดี่ยวจะได้กินข้าวได้ จะได้มีแรง ก็ช่วยพยุง ช่วยเอาน้ำมาให้กิน เขาบอกว่าป้าต้องผืนหน้อยนะ อยากกินอะไร เอาข้าวต้มไหม จะได้คล่องคอ เดี่ยวเขาสั่งให้ แต่อาหารโรงพยาบาลมันไม่ค่อยอร่อย เขาก็บอกให้ญาติไปซื้อของที่เราชอบมาให้ แต่มันมันนี่ก็อยากกินอะไรเอง
ผู้วิจัย	: แสดงว่าพยาบาลคนนี้เขาเอาใจใส่ต่ออาการของป้าและมาดูแลช่วยเหลือมากกว่าพยาบาลคนอื่น (ยืนยันพฤติกรรม)
ผู้ป่วย	: เขาดูแลมาตั้งแต่วันแรกที่ป้ามาอนเลย
ผู้วิจัย	: แล้วพยาบาลคนนี้เขาช่วยเหลืออะไรป้าอีกบ้างที่ทำให้ป้าประทับใจ (ขยายเรื่องเล่า)

- ผู้ป่วย : จริงๆแล้ว เขาเอาใจใส่ดีนะ คอยดูแลดี พูดคุยถามอาการ เหนื่อยไหม เจ็บตรงไหน มันเหมือนเขาเป็นห่วงเรา เพราะเวลาปวดท้อง บางทีมันแน่นอึด มันอึดอัดหายใจไม่ค่อยออก พยาบาลมาช่วยไขเตียงให้สูงหน่อย หายใจดีขึ้น เขาออกซิเจนมาให้ดม วันก่อนไม่ได้แน่นท้องมาก นอนแบบเตียงธรรมดา พยาบาลเขาเพิ่งย้ายมาให้นอนตรงนี้ (เตียงชนิดไขหัวเตียงสูง)พอดีมันเพิ่งว่าง.....
- ผู้วิจัย : แล้วบ้างประทับใจอะไรอีกบ้าง (ขยายเรื่องเล่า)
- ผู้ป่วย : เขามาดูเราบ่อย พูดให้กำลังใจ ไม่ให้เราท้อ คอยมาถามปวดท้องไหม ถ้าปวดเขาก็เอายามาฉีดให้
- ผู้วิจัย : เวลาฉีดยาพยาบาลเขาพูดอะไร หรือทำอะไรที่บ้ำรู้สึกว่าเขาอาทรกับบ้ำบ้าง(ขยายเรื่องเล่า)
- ผู้ป่วย : เขาเชื่อว่าเราปวดจริง บอกเขา เขาก็รีบมาดู บางคนบอกไปแล้วว่าจะเอายามาฉีดก็รอไป อย่างว่าพยาบาลทำงานเยอะ แต่คนนี้เขาก็รีบมาดูนะ พอดีเขาคุมมาตั้งแต่ที่ป้ามานอนวันแรกๆ เวลาฉีดยาเขาก็บอกว่าให้ยาแก้ปวดนะ เดียวก็จะเบาลง ถ้ายังไม่ดีขึ้นก็ให้บอก เดียวเขาบอกหมอให้

จากตัวอย่างบางส่วนที่กล่าวมาพบว่า ในการสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยช่างพูด ลักษณะข้อมูลที่ได้จะค่อนข้างน้อยและไม่ลึกถึงระดับพฤติกรรมซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องถามด้วยคำถามที่สอดคล้องกันหลายคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้การได้พูดคุยสร้างสัมพันธภาพและการอธิบายจุดประสงค์ก่อนการสัมภาษณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าที่จะพูดคุยให้ข้อมูลต่างๆ ลักษณะขั้นตอนการสัมภาษณ์ ไม่มีรูปแบบที่เจาะจง แต่เป็นการปรับใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเจาะลึกถึงเรื่องราวที่ยังไม่ชัดเจน เช่นคำถามว่า..อย่างไร แบบไหน มีอะไรอีกบ้าง ช่วยอธิบาย ช่วยยกตัวอย่าง ฯลฯ ลักษณะคำถามเช่นนี้จะช่วยให้ลักษณะการตอบเป็นไปในเชิงการพูดเล่าเรื่องราวและแสดงความคิดเห็น มากกว่าการตอบใช่หรือไม่ใช่ จึงเป็นการช่วยขยายเนื้อหาสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์

สำหรับในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายนี้ได้สรุปประเด็นพฤติกรรม เช่น การเอาใจใส่ใกล้ชิด การเป็นห่วงเป็นใย การช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วไม่ปล่อยให้ต้องรอ การพูดคุยเวลาให้การดูแล ฯลฯ

แนวการสัมภาษณ์
การสัมภาษณ์เชิงปัญญา (นัยยะที่ 2)

วัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความเข้าใจ การให้ความหมายและการตอบข้อคำถามในเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างมืออาชีพทางการพยาบาลฉบับร่าง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยทักทายผู้ป่วย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และชี้แจงโครงการวิจัยและการการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
3. ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านออกเสียง เครื่องมือ NCBA ทีละข้อ (ผู้วิจัยอ่านให้ฟังหากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม)
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอ่านหรือฟังแบบสอบถามแต่ละข้อแล้ว ให้พูดความคิดออกมาดังๆ ว่าในขณะที่อ่านหรือขณะที่ฟังข้อความนั้นๆ คิดถึงอะไร
5. ตะล่อมถามเพิ่มเติม ในประเด็นที่ไม่ชัดเจนตามแนวคำถามที่กำหนดไว้

ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เติง..... หรือผู้ป่วย.....
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. อายุ ปี

คำถามตะล่อมถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (เลือกถามตามสถานการณ์)

คำชี้แจง

1. คำชี้แจงมีความชัดเจนหรือไม่,
2. ท่านเข้าใจว่าคำชี้แจงนี้บอกให้ท่านทำอะไร

ข้อคำถาม

1. ท่านเข้าใจข้อความนี้อย่างไร, ท่านคิดว่าข้อนี้ต้องการประเมินว่าพยาบาลเป็นอย่างไร ,
2. มีคำไหนที่ยากเกินไปหรือท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจความหมายบ้างหรือไม่
3. ข้อความนี้ทำให้ท่านตอบยากหรือไม่
4. จะเปลี่ยนคำนี้ให้ชัดเจนขึ้นได้อย่างไร

5. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่อายุใกล้เคียงกับท่านจะเข้าใจคำถามนี้หรือไม่
6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุเดียวกับท่านสามารถตอบคำถามนี้ได้หรือไม่
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยคนอื่นจะตอบคำถามนี้ตามความเป็นจริงหรือไม่

องค์ประกอบ

1. ท่านคิดว่ากลุ่มของคำถามทั้งหมดนี้ ต้องการวัดอะไร
2. ข้อความเหล่านี้เกี่ยวข้องกับอะไร ..ถามเกี่ยวกับอะไร
3. มีคำถามข้อไหนที่ท่านคิดว่าไม่เข้าพวกหรือไม่

ตัวเลือกตอบ

1. ท่านคิดอะไรเกี่ยวกับตัวเลือกตอบ
2. ท่านคิดว่าจะมีวิธีใดที่จะช่วยให้ตัวเลือกตอบชัดเจนและเข้าใจง่ายกว่านี้หรือไม่

การประเมินในภาพรวมทั้งหมด

1. มีพฤติกรรมหรือการดูแลอย่างเอื้ออาทรใดอีกหรือไม่ที่ท่านคิดว่าสำคัญ แต่ไม่มีในรายการคำถาม
2. ท่านมีความคิดเห็นต่อภาพรวมของคำถามนี้อย่างไร
3. ท่านคิดว่าควรเปลี่ยนแปลงสิ่งใดในเครื่องมือฉบับนี้หรือไม่

ภาคผนวก ค

เครื่องมือประเมินพฤติกรรม
การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

Code _____ (สำหรับผู้วิจัย)

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

คำชี้แจง

เรียน ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล โดยจะขอความร่วมมือจากท่านให้พิจารณาพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลเพียง 1 คน ที่ดูแลท่านอย่างใกล้ชิดตลอดช่วงเวลาที่ท่านนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และแสดงความคิดเห็นว่าพยาบาลได้แสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในระดับใด ซึ่งข้อมูลที่ท่านแสดงความคิดเห็นจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำไปวิเคราะห์และเสนอผลในภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลใดๆ เชื่อมโยงไปยังตัวท่านหรือพยาบาลที่ท่านแสดงความคิดเห็น

จุดประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อการสร้างเครื่องมือประเมินเท่านั้น ไม่ใช่เพื่อการตัดสินพฤติกรรมของพยาบาล ดังนั้นข้อมูลที่ท่านแสดงความคิดเห็น จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือพยาบาลที่ให้การดูแลท่าน ขอความกรุณาท่านให้ความเห็นตามความเป็นจริง และครบทุกข้อ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ชุตินา สืบวงศ์ลี

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หอผู้ป่วย.....		<input type="checkbox"/>
ผู้ให้ข้อมูล (1) ผู้ป่วย (2) ญาติผู้ดูแล		<input type="checkbox"/>
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		
1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง		<input type="checkbox"/>
2. อายุ.....ปี		<input type="checkbox"/>
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย, หย่า, แยก		<input type="checkbox"/>
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 4. สูงกว่ามัธยมศึกษา-ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 5. สูงกว่าปริญญาตรี		<input type="checkbox"/>
5. อาชีพปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจ <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ.....		<input type="checkbox"/>
6. รวมระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน..... วัน		<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการแพทย์พยาบาล

ได้โปรดพิจารณาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลเพียง 1 คน ที่ดูแลท่านอย่างใกล้ชิด ตลอดช่วงเวลาที่ท่านนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และแสดงความคิดเห็นว่าพยาบาลคนนั้น ได้แสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ในระดับมากหรือน้อยเพียงใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยใช้ตัวเลขดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง พยาบาล ไม่ได้แสดงพฤติกรรมนั้นๆเลย
น้อยครั้ง	หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น นานๆ ครั้งหรือเกือบจะไม่ได้ปฏิบัติ
บางครั้ง	หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น เป็นบางครั้งหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง
บ่อยครั้ง	หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น บ่อยๆ เกือบทุกครั้ง
ทุกครั้ง	หมายถึง พยาบาลแสดงพฤติกรรมนั้น ทุกครั้ง ที่ให้การดูแลท่าน

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร	ไม่เคยปฏิบัติ (0)	น้อยครั้ง (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	ทุกครั้ง (4)
1) พยาบาลพูดกับท่านและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน					
2) พยาบาลมีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี					
3) พยาบาลพูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่านและญาติ					
4) พยาบาลมองเห็นและสบตากับท่านในขณะที่กำลังพูดคุยอยู่กับท่านหรือในขณะที่ให้การดูแล					
5) พยาบาลรับฟังปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่ท่านหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ					
6) พยาบาลตรวจเยี่ยมและพูดคุยซักถามอาการต่างๆ ของท่านอยู่เสมอ					
7) พยาบาลพูดแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลท่าน เช่น ปวดมากไหม, เจ็บหนอยนะคะ, รู้สึกอย่างไรบ้าง เป็นต้น					
8) พยาบาลสัมผัส จับมือหรือแตะแขนท่านอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลท่าน					
9) พยาบาลมีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่					
10) พยาบาลดูแลแก้ไขปัญหาของท่านได้ตรงตามที่ท่านต้องการ					
11) พยาบาลดูแลท่านโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยของท่านหรือสิ่งสกปรกต่างๆ ไม่ว่าจะเลือด น้ำลาย อุจจาระ/ปัสสาวะ					

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร	ไม่เคยปฏิบัติ (0)	น้อยครั้ง (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	ทุกครั้ง (4)
12) พยาบาลพูดให้กำลังใจ ปลอบโยน ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ติดต่อความเจ็บป่วย เช่น อุดทนนะลุง, พยายามหยอหยนนะคะ เป็นต้น					
13) พยาบาลพูดคุยแนะนำให้ท่านทำใจให้สบาย, ทำใจให้สงบหรือไหว้พระ/สวดมนต์ตามหลักศาสนาของท่าน					
14) พยาบาลใช้คำเรียกท่านอย่างเหมาะสมและให้เกียรติ คล้ายกับท่านเป็นญาติคนหนึ่ง เช่น คุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง/เรียกชื่อด้วยสุภาพหากท่านมีอายุน้อยกว่า					
15) พยาบาลเคารพความเป็นส่วนตัวของท่าน เช่น กั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า					
16) พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ					
17) พยาบาลบอกกล่าวกับท่านก่อนให้การดูแลต่างๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล ก่อนให้น้ำเกลือ เป็นต้น					
18) ซักถาม หรือพูดคุยกับท่านในขณะที่ให้การดูแลต่างๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่กั๊กหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จๆ ไปโดยเร็ว					
19) พยาบาลให้การดูแลท่านด้วยความนุ่มนวล					
20) พยาบาลดูแลท่านอย่างสุ่มรอบคอบและ ไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใดๆ ขึ้นกับท่าน					
21) เมื่อท่านเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ พยาบาลจะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ท่านรอนาน					
22) พยาบาลช่วยเหลือให้ท่านบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ ของร่างกาย					
23) พยาบาลอธิบายเรื่องโรค/ความก้าวหน้าของอาการ และแนวทางการดูแลรักษาให้กับท่านหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ					
24) พยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น					

ขอขอบพระคุณสำหรับความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล

ด้วยโปรแกรม LISREL

DATE: 4/19/2011
TIME: 10:55

L I S R E L 8.72

BY

Karl G. J"reskog & Dag S"rbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2005
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Documents and
Settings\Administrator\Desktop\Chutima\nursing_caring.lpj:

TI
DA NI=24 NO=542 MA=CM
CM
0.403411067
0.282069558 0.522269816
0.23950795 0.264151394 0.658630662
0.188870549 0.211154006 0.224836472 0.625427151
0.166426803 0.212944458 0.194842133 0.23764929 0.561376704
0.153177456 0.206154381 0.219216157 0.190725798 0.229293846 0.606247144
0.09736309 0.101578326 0.16215359 0.205861088 0.278396573 0.150878856
0.75818663 0.059913649 0.078138748 0.061714332 0.10825245 0.073371029
0.079366487 0.080703358 0.414361815
0.127868987 0.140432846 0.120454809 0.141455962 0.121225556 0.151257409
0.162920927 0.121866709 0.544174721
0.072620745 0.097195981 0.102393408 0.07806372 0.102952712 0.064647264
0.12010695 0.138652625 0.186964143 0.449611557
0.137557891 0.194183929 0.221439728 0.179389677 0.210072914 0.142318789
0.218765986 0.107345288 0.229791762 0.155759118 0.675177852
0.071116765 0.134672705 0.134775017 0.166177845 0.19631542 0.158163439
0.203828499 0.161024753 0.211075567 0.193737168 0.249991474 0.614704899
0.154398374 0.191612498 0.232953189 0.175147158 0.19180007 0.247945243
0.096469569 0.092707914 0.16463294 0.089386199 0.201884579 0.191987641
0.629410481
0.142659828 0.174185429 0.219291186 0.216924378 0.276466295 0.248027092
0.216951661 0.084222876 0.213544686 0.118729154 0.221903541 0.216085423
0.25093274 0.61063972
0.146175935 0.194910341 0.208319976 0.18197816 0.27606387 0.219049048
0.229478006 0.083042882 0.193498441 0.160322213 0.231476492 0.246311668
0.235268841 0.305822892 0.620649201
0.113371439 0.175761027 0.164800049 0.182888733 0.185449932 0.21401873
0.12152226 0.092196356 0.154115312 0.091241448 0.213636767 0.209926267
0.294940352 0.218008881 0.214274509 0.849393975
0.04018798 0.038039438 0.096363847 0.094310795 0.062969354 0.043741602
0.115918997 0.046476731 0.121846246 0.015005695 0.113593114 0.067566554
0.07514443 0.098007653 0.145186923 0.056748811 1.488974224

0.041998895 0.093748082 0.11267572 0.11258705 0.157539339 0.141936826
 0.223983876 0.096418413 0.10258439 0.07797505 0.178182401 0.188058877
 0.083332765 0.166191486 0.220154013 0.180167245 0.309424259 1.136548417
 0.059702205 0.096384309 0.122398729 0.177824311 0.156393449 0.162825436
 0.178117604 0.127207372 0.071945488 0.095654487 0.147246796 0.216402589
 0.124745074 0.159340022 0.226135829 0.226913397 0.352565633 0.738730382
 1.281759213
 0.184242656 0.192632204 0.238808821 0.181514347 0.16746356 0.216225249
 0.170812558 0.126238822 0.229703092 0.144293402 0.166515473 0.21623207
 0.243767521 0.296116935 0.278955876 0.178022113 -0.0299159 0.126777663
 0.121334688 0.924841929
 0.095869341 0.122013355 0.117661703 0.122968263 0.116594253 0.15577617
 0.066846962 0.086262286 0.145234669 0.103150514 0.122975084 0.100084578
 0.147434367 0.139604122 0.134880739 0.171259319 0.015633206 0.018419491
 0.043489233 0.107427137 0.520087169
 0.085829167 0.129638977 0.111945898 0.16206492 0.115584779 0.164165717
 0.127906501 0.168486676 0.146673851 0.086773844 0.157358588 0.208739453
 0.186183165 0.152822776 0.163343815 0.262678107 0.150241114 0.069663941
 0.044184952 0.082299418 0.199927018 0.901559228
 0.091364222 0.081985663 0.06682309 0.120502554 0.063910621 0.066093267
 0.117385462 0.105817435 0.125624953 0.080757924 0.123721958 0.116075874
 0.106581362 0.057655974 0.109180075 0.083936403 0.05354987 0.052594962
 0.046326674 0.112263063 0.109609784 0.197345356 0.441917728
 0.108368403 0.072920859 0.107140665 0.191609088 0.158930776 0.09762569
 0.215181671 0.197399922 0.149559037 0.179031587 0.138707191 0.200578401
 0.151543881 0.149095225 0.149647707 0.119377127 0.066782165 0.077429388
 0.113402132 0.168507138 0.142915607 0.146087265 0.221415856 0.899605077

LA

c1 c2 c3 c4 c5 c6 c16 c17 c19 c20 c21 c22 c7 c9 c10 c12 c13 c23 c24 c8 c11
 c18 c14 c15

MO NY=24 NK=1 NE=6 BE=FU GA=FI PS=SY TE=SY

LE

REL PRO COM HOL ATT RES

LK

Nursing caring

FR LY(1,1) LY(2,1) LY(3,1) LY(4,1) LY(5,1) LY(6,1) LY(7,2) LY(8,2) LY(9,2)

FR LY(10,2) LY(11,2) LY(12,2) LY(13,3) LY(14,3) LY(15,3) LY(16,3) LY(17,4)

FR LY(18,4) LY(19,4) LY(20,5) LY(21,5) LY(22,5) LY(23,6) LY(24,6)

FR GA(1,1) GA(2,1) GA(3,1) GA(4,1) GA(5,1) GA(6,1)

FI PS(5,5)

FR TE(2,1) TE(7,5) TE(23,22) TE(3,1) TE(5,3) TE(12,1) TE(14,5) TE(10,8)

FR TE(24,8) TE(16,13) TE(3,2) TE(11,3) TE(7,4) TE(9,5) TE(15,5) TE(13,6)

FR TE(13,7) TE(22,8) TE(10,9) TE(24,10) TE(22,16) TE(22,20) TE(22,21)

FR TE(23,8) TE(20,5) PS(5,4) PS(6,2) TE(23,14) TE(24,2) TE(20,11)

FR TE(13,3) TE(22,17) TE(19,9) TE(7,6) TE(23,1) TE(23,5) TE(22,12)

FR TE(18,7) TE(21,20) TE(21,16)

PD

OU AD=500 ss sc tv se rs

TI

Number of Input Variables 24
 Number of Y - Variables 24
 Number of X - Variables 0
 Number of ETA - Variables 6
 Number of KSI - Variables 1
 Number of Observations 542

TI

Covariance Matrix

c1 c2 c3 c4 c5 c6

c1	0.40					
c2	0.28	0.52				
c3	0.24	0.26	0.66			
c4	0.19	0.21	0.22	0.63		
c5	0.17	0.21	0.19	0.24	0.56	
c6	0.15	0.21	0.22	0.19	0.23	0.61
c16	0.10	0.10	0.16	0.21	0.28	0.15
c17	0.06	0.08	0.06	0.11	0.07	0.08
c19	0.13	0.14	0.12	0.14	0.12	0.15
c20	0.07	0.10	0.10	0.08	0.10	0.06
c21	0.14	0.19	0.22	0.18	0.21	0.14
c22	0.07	0.13	0.13	0.17	0.20	0.16
c7	0.15	0.19	0.23	0.18	0.19	0.25
c9	0.14	0.17	0.22	0.22	0.28	0.25
c10	0.15	0.19	0.21	0.18	0.28	0.22
c12	0.11	0.18	0.16	0.18	0.19	0.21
c13	0.04	0.04	0.10	0.09	0.06	0.04
c23	0.04	0.09	0.11	0.11	0.16	0.14
c24	0.06	0.10	0.12	0.18	0.16	0.16
c8	0.18	0.19	0.24	0.18	0.17	0.22
c11	0.10	0.12	0.12	0.12	0.12	0.16
c18	0.09	0.13	0.11	0.16	0.12	0.16
c14	0.09	0.08	0.07	0.12	0.06	0.07
c15	0.11	0.07	0.11	0.19	0.16	0.10

Covariance Matrix

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
c16	0.76					
c17	0.08	0.41				
c19	0.16	0.12	0.54			
c20	0.12	0.14	0.19	0.45		
c21	0.22	0.11	0.23	0.16	0.68	
c22	0.20	0.16	0.21	0.19	0.25	0.61
c7	0.10	0.09	0.16	0.09	0.20	0.19
c9	0.22	0.08	0.21	0.12	0.22	0.22
c10	0.23	0.08	0.19	0.16	0.23	0.25
c12	0.12	0.09	0.15	0.09	0.21	0.21
c13	0.12	0.05	0.12	0.02	0.11	0.07
c23	0.22	0.10	0.10	0.08	0.18	0.19
c24	0.18	0.13	0.07	0.10	0.15	0.22
c8	0.17	0.13	0.23	0.14	0.17	0.22
c11	0.07	0.09	0.15	0.10	0.12	0.10
c18	0.13	0.17	0.15	0.09	0.16	0.21
c14	0.12	0.11	0.13	0.08	0.12	0.12
c15	0.22	0.20	0.15	0.18	0.14	0.20

Covariance Matrix

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
c7	0.63					
c9	0.25	0.61				
c10	0.24	0.31	0.62			
c12	0.29	0.22	0.21	0.85		
c13	0.08	0.10	0.15	0.06	1.49	
c23	0.08	0.17	0.22	0.18	0.31	1.14
c24	0.12	0.16	0.23	0.23	0.35	0.74
c8	0.24	0.30	0.28	0.18	-0.03	0.13
c11	0.15	0.14	0.13	0.17	0.02	0.02
c18	0.19	0.15	0.16	0.26	0.15	0.07
c14	0.11	0.06	0.11	0.08	0.05	0.05

c15 0.15 0.15 0.15 0.12 0.07 0.08

Covariance Matrix

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
c24	1.28					
c8	0.12	0.92				
c11	0.04	0.11	0.52			
c18	0.04	0.08	0.20	0.90		
c14	0.05	0.11	0.11	0.20	0.44	
c15	0.11	0.17	0.14	0.15	0.22	0.90

TI

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
c1	0	0	0	0	0	0
c2	1	0	0	0	0	0
c3	2	0	0	0	0	0
c4	3	0	0	0	0	0
c5	4	0	0	0	0	0
c6	5	0	0	0	0	0
c16	0	0	0	0	0	0
c17	0	6	0	0	0	0
c19	0	7	0	0	0	0
c20	0	8	0	0	0	0
c21	0	9	0	0	0	0
c22	0	10	0	0	0	0
c7	0	0	0	0	0	0
c9	0	0	11	0	0	0
c10	0	0	12	0	0	0
c12	0	0	13	0	0	0
c13	0	0	0	0	0	0
c23	0	0	0	14	0	0
c24	0	0	0	15	0	0
c8	0	0	0	0	0	0
c11	0	0	0	0	16	0
c18	0	0	0	0	17	0
c14	0	0	0	0	0	0
c15	0	0	0	0	0	18

GAMMA

Nursing

REL	19
PRO	20
COM	21
HOL	22
ATT	23
RES	24

PSI

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
REL	25					
PRO	0	26				

COM	0	0	27			
HOL	0	0	0	28		
ATT	0	0	0	29	0	
RES	0	30	0	0	0	31

THETA-EPS

	c1	c2	c3	c4	c5	c6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c1	32					
c2	33	34				
c3	35	36	37			
c4	0	0	0	38		
c5	0	0	39	0	40	
c6	0	0	0	0	0	41
c16	0	0	0	42	43	44
c17	0	0	0	0	0	0
c19	0	0	0	0	47	0
c20	0	0	0	0	0	0
c21	0	0	52	0	0	0
c22	54	0	0	0	0	0
c7	0	0	56	0	0	57
c9	0	0	0	0	60	0
c10	0	0	0	0	62	0
c12	0	0	0	0	0	0
c13	0	0	0	0	0	0
c23	0	0	0	0	0	0
c24	0	0	0	0	0	0
c8	0	0	0	0	71	0
c11	0	0	0	0	0	0
c18	0	0	0	0	0	0
c14	84	0	0	0	85	0
c15	0	90	0	0	0	0

THETA-EPS

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c16	45					
c17	0	46				
c19	0	0	48			
c20	0	49	50	51		
c21	0	0	0	0	53	
c22	0	0	0	0	0	55
c7	58	0	0	0	0	0
c9	0	0	0	0	0	0
c10	0	0	0	0	0	0
c12	0	0	0	0	0	0
c13	0	0	0	0	0	0
c23	67	0	0	0	0	0
c24	0	0	69	0	0	0
c8	0	0	0	0	72	0
c11	0	0	0	0	0	0
c18	0	77	0	0	0	78
c14	0	86	0	0	0	0
c15	0	91	0	92	0	0

THETA-EPS

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c7	59					
c9	0	61				
c10	0	0	63			

c12	64	0	0	65		
c13	0	0	0	0	66	
c23	0	0	0	0	0	68
c24	0	0	0	0	0	0
c8	0	0	0	0	0	0
c11	0	0	0	74	0	0
c18	0	0	0	79	80	0
c14	0	87	0	0	0	0
c15	0	0	0	0	0	0

THETA-EPS

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c24	70					
c8	0	73				
c11	0	75	76			
c18	0	81	82	83		
c14	0	0	0	88	89	
c15	0	0	0	0	0	93

TI

Number of Iterations = 54

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c1	0.35	--	--	--	--	--
c2	0.44 (0.03) 13.40	--	--	--	--	--
c3	0.46 (0.04) 10.77	--	--	--	--	--
c4	0.46 (0.05) 9.91	--	--	--	--	--
c5	0.50 (0.05) 10.49	--	--	--	--	--
c6	0.46 (0.05) 9.97	--	--	--	--	--
c16	--	0.41	--	--	--	--
c17	--	0.25 (0.04) 6.91	--	--	--	--
c19	--	0.45 (0.05) 8.98	--	--	--	--

c20	--	0.32 (0.04) 7.74	--	--	--	--
c21	--	0.51 (0.06) 9.02	--	--	--	--
c22	--	0.50 (0.05) 9.24	--	--	--	--
c7	--	--	0.46	--	--	--
c9	--	--	0.54 (0.05) 11.80	--	--	--
c10	--	--	0.54 (0.05) 11.78	--	--	--
c12	--	--	0.43 (0.04) 9.68	--	--	--
c13	--	--	--	0.40	--	--
c23	--	--	--	0.79 (0.12) 6.62	--	--
c24	--	--	--	0.92 (0.14) 6.46	--	--
c8	--	--	--	--	0.53	--
c11	--	--	--	--	0.30 (0.04) 7.65	--
c18	--	--	--	--	0.35 (0.05) 6.75	--
c14	--	--	--	--	--	0.39
c15	--	--	--	--	--	0.55 (0.08) 6.98

GAMMA

	Nursing

REL	0.86 (0.07) 11.50
PRO	0.86 (0.09)

9.76
 COM 0.97
 (0.07)
 13.17
 HOL 0.41
 (0.08)
 5.30
 ATT 1.00
 (0.08)
 12.69
 RES 0.59
 (0.08)
 7.61

Covariance Matrix of ETA and KSI

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
REL	1.00					
PRO	0.74	1.00				
COM	0.84	0.83	1.00			
HOL	0.35	0.35	0.40	1.00		
ATT	0.86	0.86	0.97	0.20	1.00	
RES	0.50	0.65	0.57	0.24	0.59	1.00
Nursing	0.86	0.86	0.97	0.41	1.00	0.59

Covariance Matrix of ETA and KSI

Nursing
 Nursing 1.00

PHI
 Nursing
 1.00

PSI

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
REL	0.26 (0.06) 4.27					
PRO	- -	0.27 (0.07) 3.87				
COM	- -	- -	0.05 (0.05) 1.15			
HOL	- -	- -	- -	0.83 (0.24) 3.46		

ATT	- -	- -	- -	-0.21 (0.06) -3.48	- -	
RES	- -	0.15 (0.06) 2.63	- -	- -	- -	0.66 (0.15) 4.42

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
0.74	0.73	0.95	0.17	1.00	0.34

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
0.74	0.73	0.95	0.17	1.00	0.34

W_A_R_N_I_N_G: PSI is not positive definite

THETA-EPS

	c1	c2	c3	c4	c5	c6
c1	0.28 (0.02) 14.58					
c2	0.13 (0.02) 7.64	0.33 (0.02) 14.03				
c3	0.07 (0.02) 3.86	0.05 (0.02) 2.66	0.44 (0.03) 13.69			
c4	- -	- -	- -	0.41 (0.03) 14.48		
c5	- -	- -	-0.05 (0.02) -2.82	- -	0.30 (0.02) 12.64	
c6	- -	- -	- -	- -	- -	0.39 (0.03) 14.43
c16	- -	- -	- -	0.07 (0.02) 2.89	0.11 (0.02) 5.27	0.02 (0.02) 0.86
c17	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c19	- -	- -	- -	- -	-0.04 (0.02) -2.88	- -
c20	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c21	- -	- -	0.05	- -	- -	- -

			(0.02)				
			2.69				
c22	-0.04 (0.01) -3.22	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c7	- -	- -	0.05 (0.02) 2.49	- -	- -	0.06 (0.02) 2.91	
c9	- -	- -	- -	- -	0.04 (0.02) 2.60	- -	
c10	- -	- -	- -	- -	0.04 (0.02) 2.34	- -	
c12	- -	- -	- -	- -	- -	- -	
c13	- -	- -	- -	- -	- -	- -	
c23	- -	- -	- -	- -	- -	- -	
c24	- -	- -	- -	- -	- -	- -	
c8	- -	- -	- -	- -	-0.06 (0.02) -2.76	- -	
c11	- -	- -	- -	- -	- -	- -	
c18	- -	- -	- -	- -	- -	- -	
c14	0.02 (0.01) 1.99	- -	- -	- -	-0.03 (0.01) -2.09	- -	
c15	- -	-0.05 (0.02) -2.75	- -	- -	- -	- -	

THETA-EPS

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c16	0.59 (0.04) 15.36					
c17	- -	0.35 (0.02) 15.72				
c19	- -	- -	0.34 (0.02) 13.97			
c20	- -	0.06 (0.02) 3.69	0.04 (0.02) 2.66	0.35 (0.02) 15.14		

c21	--	--	--	--	0.42 (0.03) 13.93	
c22	--	--	--	--	--	0.36 (0.03) 13.58
c7	-0.06 (0.02) -2.71	--	--	--	--	--
c9	--	--	--	--	--	--
c10	--	--	--	--	--	--
c12	--	--	--	--	--	--
c13	--	--	--	--	--	--
c23	0.07 (0.03) 2.51	--	--	--	--	--
c24	--	--	-0.06 (0.02) -2.78	--	--	--
c8	--	--	--	--	-0.07 (0.02) -2.75	--
c11	--	--	--	--	--	--
c18	--	0.09 (0.02) 4.07	--	--	--	0.06 (0.02) 2.52
c14	--	0.04 (0.02) 2.32	--	--	--	--
c15	--	0.10 (0.02) 4.38	--	0.07 (0.02) 3.02	--	--

THETA-EPS

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
c7	0.42 (0.03) 14.70					
c9	--	0.32 (0.02) 13.19				
c10	--	--	0.33 (0.02) 13.28			
c12	0.09	--	--	0.66		

	(0.02)			(0.04)		
	3.53			15.45		
c13	- -	- -	- -	- -	1.33 (0.08) 15.87	
c23	- -	- -	- -	- -	- -	0.51 (0.07) 7.74
c24	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c8	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c11	- -	- -	- -	0.05 (0.02) 1.95	- -	- -
c18	- -	- -	- -	0.11 (0.03) 3.71	0.12 (0.04) 2.76	- -
c14	- -	-0.05 (0.02) -3.22	- -	- -	- -	- -
c15	- -	- -	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
c24	0.43 (0.08) 5.23					
c8	- -	0.64 (0.04) 14.86				
c11	- -	-0.05 (0.02) -2.15	0.43 (0.03) 15.69			
c18	- -	-0.09 (0.03) -2.92	0.09 (0.03) 3.54	0.78 (0.05) 16.00		
c14	- -	- -	- -	0.10 (0.02) 4.54	0.29 (0.03) 10.54	
c15	- -	- -	- -	- -	- -	0.59 (0.06) 10.60

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

c1	c2	c3	c4	c5	c6
0.30	0.36	0.33	0.34	0.45	0.35

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

c16	c17	c19	c20	c21	c22
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.22	0.16	0.37	0.22	0.38	0.41

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

c7	c9	c10	c12	c13	c23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.34	0.48	0.47	0.22	0.11	0.55

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

c24	c8	c11	c18	c14	c15
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.66	0.31	0.18	0.13	0.34	0.34

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 207
 Minimum Fit Function Chi-Square = 240.18 (P = 0.057)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 240.75 (P = 0.054)
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 33.75
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 76.46)

Minimum Fit Function Value = 0.44
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.062
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0 ; 0.14)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.017
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.026)
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 1.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.79
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.73 ; 0.87)
 ECVI for Saturated Model = 1.11
 ECVI for Independence Model = 17.49

Chi-Square for Independence Model with 276 Degrees of Freedom = 9415.50

Independence AIC = 9463.50
 Model AIC = 426.75
 Saturated AIC = 600.00
 Independence CAIC = 9590.59
 Model CAIC = 919.21
 Saturated CAIC = 2188.58

Normed Fit Index (NFI) = 0.97
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 1.00
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.73
 Comparative Fit Index (CFI) = 1.00
 Incremental Fit Index (IFI) = 1.00
 Relative Fit Index (RFI) = 0.97

Critical N (CN) = 580.46

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.023
 Standardized RMR = 0.032
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.96
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.95
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.67

TI

Fitted Covariance Matrix

	c1	c2	c3	c4	c5	c6
c1	0.40					
c2	0.28	0.52				
c3	0.23	0.26	0.65			
c4	0.16	0.20	0.22	0.62		
c5	0.18	0.22	0.18	0.23	0.56	
c6	0.16	0.20	0.21	0.21	0.23	0.61
c16	0.10	0.13	0.14	0.20	0.26	0.16
c17	0.07	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09
c19	0.12	0.14	0.15	0.15	0.12	0.15
c20	0.08	0.10	0.11	0.11	0.12	0.11
c21	0.13	0.16	0.23	0.17	0.19	0.17
c22	0.09	0.16	0.17	0.17	0.19	0.17
c7	0.13	0.17	0.22	0.18	0.19	0.23
c9	0.16	0.20	0.21	0.21	0.27	0.21
c10	0.16	0.20	0.21	0.21	0.27	0.21
c12	0.13	0.16	0.17	0.17	0.18	0.17
c13	0.05	0.06	0.07	0.07	0.07	0.07
c23	0.10	0.12	0.13	0.13	0.14	0.13
c24	0.11	0.14	0.15	0.15	0.16	0.15
c8	0.16	0.20	0.21	0.21	0.17	0.21
c11	0.09	0.11	0.12	0.12	0.13	0.12
c18	0.10	0.13	0.14	0.14	0.15	0.14
c14	0.09	0.08	0.09	0.09	0.07	0.09
c15	0.10	0.07	0.13	0.13	0.14	0.13

Fitted Covariance Matrix

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
c16	0.75					
c17	0.10	0.41				
c19	0.18	0.11	0.54			
c20	0.13	0.14	0.19	0.45		
c21	0.21	0.13	0.23	0.16	0.68	
c22	0.21	0.13	0.23	0.16	0.26	0.61
c7	0.10	0.10	0.17	0.12	0.19	0.19
c9	0.18	0.11	0.20	0.14	0.23	0.23
c10	0.18	0.11	0.20	0.14	0.23	0.23
c12	0.15	0.09	0.16	0.11	0.18	0.18
c13	0.06	0.04	0.06	0.04	0.07	0.07
c23	0.18	0.07	0.13	0.09	0.14	0.14
c24	0.13	0.08	0.08	0.10	0.16	0.16
c8	0.19	0.12	0.21	0.14	0.16	0.23
c11	0.11	0.07	0.12	0.08	0.13	0.13
c18	0.12	0.16	0.13	0.09	0.15	0.21
c14	0.10	0.10	0.11	0.08	0.13	0.13
c15	0.15	0.19	0.16	0.18	0.18	0.18

Fitted Covariance Matrix

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
c7	0.63					
c9	0.25	0.61				
c10	0.25	0.29	0.62			
c12	0.28	0.23	0.23	0.85		
c13	0.07	0.09	0.09	0.07	1.49	
c23	0.15	0.17	0.17	0.14	0.32	1.13

c24	0.17	0.20	0.20	0.16	0.37	0.73
c8	0.24	0.28	0.28	0.22	0.04	0.08
c11	0.14	0.16	0.16	0.17	0.02	0.05
c18	0.15	0.18	0.18	0.26	0.14	0.05
c14	0.10	0.07	0.12	0.09	0.04	0.07
c15	0.15	0.17	0.17	0.14	0.05	0.11

Fitted Covariance Matrix

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
c24	1.28					
c8	0.10	0.93				
c11	0.06	0.11	0.52			
c18	0.06	0.09	0.19	0.90		
c14	0.09	0.12	0.07	0.18	0.44	
c15	0.12	0.17	0.10	0.11	0.21	0.90

Fitted Residuals

	c1	c2	c3	c4	c5	c6
c1	0.00					
c2	0.00	0.00				
c3	0.01	0.01	0.00			
c4	0.03	0.01	0.01	0.00		
c5	-0.01	-0.01	0.01	0.00	0.00	
c6	-0.01	0.00	0.01	-0.02	0.00	0.00
c16	-0.01	-0.03	0.02	0.00	0.02	-0.01
c17	-0.01	0.00	-0.03	0.02	-0.02	-0.01
c19	0.01	0.00	-0.03	-0.01	0.00	0.00
c20	-0.01	-0.01	-0.01	-0.03	-0.01	-0.04
c21	0.01	0.03	-0.01	0.01	0.02	-0.03
c22	-0.02	-0.03	-0.04	-0.01	0.01	-0.01
c7	0.02	0.02	0.01	0.00	0.00	0.02
c9	-0.01	-0.02	0.01	0.01	0.01	0.04
c10	-0.01	0.00	0.00	-0.03	0.01	0.01
c12	-0.01	0.02	0.00	0.02	0.00	0.05
c13	-0.01	-0.02	0.03	0.03	-0.01	-0.02
c23	-0.06	-0.03	-0.02	-0.02	0.02	0.01
c24	-0.05	-0.05	-0.03	0.03	-0.01	0.01
c8	0.02	-0.01	0.03	-0.03	0.00	0.01
c11	0.00	0.01	0.00	0.00	-0.01	0.04
c18	-0.02	0.00	-0.03	0.02	-0.03	0.03
c14	0.00	0.00	-0.02	0.03	0.00	-0.02
c15	0.01	0.00	-0.02	0.06	0.02	-0.03

Fitted Residuals

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
c16	0.01					
c17	-0.02	0.00				
c19	-0.02	0.01	0.00			
c20	-0.01	0.00	0.00	0.00		
c21	0.01	-0.02	0.00	0.00	0.00	
c22	0.00	0.03	-0.02	0.03	-0.01	0.00
c7	0.00	0.00	-0.01	-0.03	0.01	0.00
c9	0.03	-0.03	0.01	-0.02	-0.01	-0.01
c10	0.05	-0.03	-0.01	0.02	0.00	0.02
c12	-0.02	0.00	-0.01	-0.02	0.03	0.03
c13	0.06	0.01	0.06	-0.03	0.04	0.00
c23	0.04	0.03	-0.02	-0.01	0.04	0.05
c24	0.05	0.04	-0.01	-0.01	-0.02	0.05

c8	-0.02	0.01	0.02	0.00	0.00	-0.01
c11	-0.04	0.02	0.03	0.02	-0.01	-0.03
c18	0.01	0.01	0.01	-0.01	0.01	0.00
c14	0.02	0.01	0.01	0.00	0.00	-0.01
c15	0.07	0.00	-0.01	0.00	-0.04	0.02

Fitted Residuals

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
c7	0.00					
c9	0.00	0.00				
c10	-0.01	0.01	0.00			
c12	0.01	-0.01	-0.02	0.00		
c13	0.00	0.01	0.06	-0.01	0.00	
c23	-0.06	0.00	0.05	0.04	-0.01	0.01
c24	-0.04	-0.04	0.03	0.07	-0.02	0.01
c8	0.01	0.02	0.00	-0.04	-0.07	0.04
c11	0.01	-0.02	-0.02	0.00	-0.01	-0.03
c18	0.03	-0.03	-0.02	0.00	0.01	0.01
c14	0.01	-0.01	-0.01	-0.01	0.02	-0.02
c15	0.01	-0.02	-0.02	-0.02	0.01	-0.03

Fitted Residuals

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
c24	0.00					
c8	0.02	0.00				
c11	-0.01	0.00	0.00			
c18	-0.02	-0.01	0.01	0.00		
c14	-0.04	-0.01	0.04	0.02	0.00	
c15	-0.01	0.00	0.04	0.03	0.01	0.00

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.07
 Median Fitted Residual = 0.00
 Largest Fitted Residual = 0.07

Stemleaf Plot

```

- 7|3
- 6|2
- 5|64
- 4|65443
- 3|9997432211100000
- 2|999888865544433333322111100
- 1|998877777665554443332222211000000
-
0|9999998888888877777666655555444433333322222221111111000000000000
0|1111111222233334444455555555666677777778888889
1|000011111222233333555666777789999
2|0011333445557777889
3|01112334467
4|1122244566799
5|2888
6|288
    
```

Standardized Residuals

	c1	c2	c3	c4	c5	c6
c1	1.36					

c2	0.48	-0.80				
c3	1.74	1.94	1.87			
c4	2.16	0.64	0.65	0.82		
c5	-0.92	-0.63	1.65	0.38	1.18	
c6	-0.64	0.38	0.39	-1.57	-0.18	1.11
c16	-0.40	-1.41	0.97	0.16	1.90	-0.85
c17	-0.38	-0.23	-1.37	1.21	-1.31	-0.39
c19	0.82	-0.26	-1.79	-0.67	-0.13	-0.07
c20	-0.62	-0.31	-0.33	-1.71	-0.93	-2.46
c21	0.45	1.73	-0.57	0.33	1.33	-1.49
c22	-1.86	-1.64	-1.97	-0.33	0.60	-0.71
c7	1.34	1.44	1.05	-0.17	-0.08	2.67
c9	-1.11	-1.57	0.66	0.51	1.05	2.61
c10	-0.88	-0.17	-0.07	-1.71	1.47	0.69
c12	-0.64	0.90	-0.08	0.70	0.25	2.14
c13	-0.30	-0.67	0.76	0.73	-0.23	-0.56
c23	-2.33	-1.08	-0.57	-0.59	0.65	0.45
c24	-2.17	-1.68	-0.92	0.88	-0.27	0.43
c8	1.33	-0.35	1.18	-1.37	-0.27	0.26
c11	0.33	0.50	-0.16	0.12	-0.90	2.00
c18	-0.88	-0.01	-1.01	0.97	-1.57	1.12
c14	-0.05	-0.18	-1.28	1.72	-0.35	-1.35
c15	0.52	0.30	-0.85	2.44	0.84	-1.24

Standardized Residuals

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
c16	1.57					
c17	-1.26	0.31				
c19	-1.20	0.57	-0.34			
c20	-0.52	0.01	-0.04	0.01		
c21	0.67	-1.45	0.17	-0.35	-1.84	
c22	-0.11	2.46	-1.34	2.63	-0.40	-0.05
c7	-0.21	-0.28	-0.46	-1.92	0.43	-0.08
c9	1.74	-1.99	0.80	-1.61	-0.33	-0.70
c10	2.32	-2.08	-0.62	1.15	0.21	1.26
c12	-0.89	0.05	-0.33	-1.07	1.37	1.33
c13	1.33	0.32	1.59	-0.89	1.03	-0.10
c23	1.90	0.97	-0.85	-0.40	1.23	1.69
c24	1.28	1.62	-0.57	-0.27	-0.55	1.83
c8	-0.56	0.50	1.21	-0.02	0.58	-0.66
c11	-1.78	1.21	1.69	1.23	-0.45	-1.79
c18	0.24	0.56	0.59	-0.33	0.29	0.01
c14	0.81	1.31	0.95	0.08	-0.21	-0.77
c15	2.54	0.52	-0.65	-0.59	-2.05	0.98

Standardized Residuals

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
c7	0.93					
c9	0.27	0.35				
c10	-1.06	1.54	0.22			
c12	2.00	-0.82	-1.08	0.46		
c13	0.03	0.31	1.55	-0.27	-0.54	
c23	-2.25	-0.19	1.99	1.25	-0.34	1.13
c24	-1.57	-1.60	1.08	1.88	-0.92	1.68
c8	0.29	1.03	-0.04	-1.69	-1.52	1.33
c11	0.70	-1.33	-1.68	-0.35	-0.24	-1.07
c18	1.36	-1.45	-0.94	0.41	0.27	0.39
c14	0.33	-1.99	-0.68	-0.50	0.48	-0.79
c15	0.26	-1.03	-1.02	-0.54	0.27	-0.74

Standardized Residuals

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
c24	0.79					
c8	0.75	-0.84				
c11	-0.44	-0.36	-0.23			
c18	-0.50	-1.09	0.93	0.53		
c14	-1.41	-0.39	2.43	1.67	1.71	
c15	-0.25	-0.15	1.83	1.02	1.03	0.02

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -2.46
 Median Standardized Residual = -0.05
 Largest Standardized Residual = 2.67

Stemleaf Plot

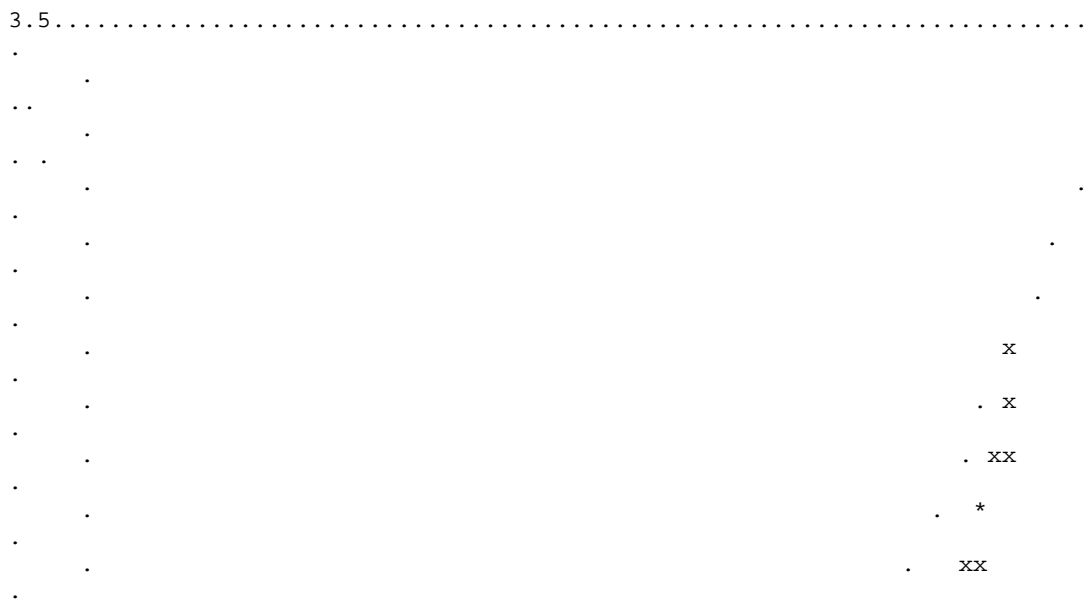
```

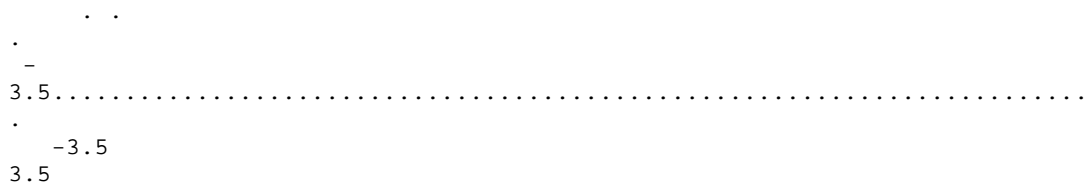
- 2|5
- 2|32211000
- 1|9988887777766666665555
- 1|44443333322111111000
- 0|999999999888888877777666666666655555
- 0|44444444444333333333333322222222211111110000000000
  0|11122222333333333333344444444
  0|555555555666666777777778888889999
  1|00000000001111222222333333334444
  1|556666777777778899999
  2|00012344
  2|55667
    
```

Largest Positive Standardized Residuals
 Residual for c22 and c20 2.63
 Residual for c7 and c6 2.67
 Residual for c9 and c6 2.61

TI

Qplot of Standardized Residuals





LAMBDA-Y

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
c1	0.35	- -	- -	- -	- -	- -
c2	0.44	- -	- -	- -	- -	- -
c3	0.46	- -	- -	- -	- -	- -
c4	0.46	- -	- -	- -	- -	- -
c5	0.50	- -	- -	- -	- -	- -
c6	0.46	- -	- -	- -	- -	- -
c16	- -	0.41	- -	- -	- -	- -
c17	- -	0.25	- -	- -	- -	- -
c19	- -	0.45	- -	- -	- -	- -
c20	- -	0.32	- -	- -	- -	- -
c21	- -	0.51	- -	- -	- -	- -
c22	- -	0.50	- -	- -	- -	- -
c7	- -	- -	0.46	- -	- -	- -
c9	- -	- -	0.54	- -	- -	- -
c10	- -	- -	0.54	- -	- -	- -
c12	- -	- -	0.43	- -	- -	- -
c13	- -	- -	- -	0.40	- -	- -
c23	- -	- -	- -	0.79	- -	- -
c24	- -	- -	- -	0.92	- -	- -
c8	- -	- -	- -	- -	0.53	- -
c11	- -	- -	- -	- -	0.30	- -
c18	- -	- -	- -	- -	0.35	- -
c14	- -	- -	- -	- -	- -	0.39
c15	- -	- -	- -	- -	- -	0.55

GAMMA

Nursing

REL	0.86
PRO	0.86
COM	0.97
HOL	0.41
ATT	1.00
RES	0.59

Correlation Matrix of ETA and KSI

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
REL	1.00					
PRO	0.74	1.00				
COM	0.84	0.83	1.00			
HOL	0.35	0.35	0.40	1.00		
ATT	0.86	0.86	0.97	0.20	1.00	
RES	0.50	0.65	0.57	0.24	0.59	1.00
Nursing	0.86	0.86	0.97	0.41	1.00	0.59

Correlation Matrix of ETA and KSI

Nursing		PSI					
-----		REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
Nursing	1.00	-----	-----	-----	-----	-----	-----
REL	0.26						
PRO	--	0.27					
COM	--	--	0.05				
HOL	--	--	--	0.83			
ATT	--	--	--	-0.21	--		
RES	--	0.15	--	--	--	--	0.66

TI

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y		REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
-----		-----	-----	-----	-----	-----	-----
c1	0.55	--	--	--	--	--	--
c2	0.60	--	--	--	--	--	--
c3	0.57	--	--	--	--	--	--
c4	0.59	--	--	--	--	--	--
c5	0.67	--	--	--	--	--	--
c6	0.59	--	--	--	--	--	--
c16	--	0.47	--	--	--	--	--
c17	--	0.40	--	--	--	--	--
c19	--	0.61	--	--	--	--	--
c20	--	0.47	--	--	--	--	--
c21	--	0.61	--	--	--	--	--
c22	--	0.64	--	--	--	--	--
c7	--	--	0.58	--	--	--	--
c9	--	--	0.69	--	--	--	--
c10	--	--	0.69	--	--	--	--
c12	--	--	0.47	--	--	--	--
c13	--	--	--	0.33	--	--	--
c23	--	--	--	0.74	--	--	--
c24	--	--	--	0.81	--	--	--
c8	--	--	--	--	0.55	--	--
c11	--	--	--	--	0.42	--	--
c18	--	--	--	--	0.36	--	--
c14	--	--	--	--	--	--	0.58
c15	--	--	--	--	--	--	0.58

GAMMA

Nursing	

REL	0.86
PRO	0.86
COM	0.97
HOL	0.41
ATT	1.00
RES	0.59

Correlation Matrix of ETA and KSI

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
REL	1.00					
PRO	0.74	1.00				
COM	0.84	0.83	1.00			
HOL	0.35	0.35	0.40	1.00		
ATT	0.86	0.86	0.97	0.20	1.00	
RES	0.50	0.65	0.57	0.24	0.59	1.00
Nursing	0.86	0.86	0.97	0.41	1.00	0.59

Correlation Matrix of ETA and KSI

	Nursing
Nursing	1.00

PSI

	REL	PRO	COM	HOL	ATT	RES
REL	0.26					
PRO	- -	0.27				
COM	- -	- -	0.05			
HOL	- -	- -	- -	0.83		
ATT	- -	- -	- -	-0.21	- -	
RES	- -	0.15	- -	- -	- -	0.66

THETA-EPS

	c1	c2	c3	c4	c5	c6
c1	0.70					
c2	0.28	0.64				
c3	0.14	0.09	0.67			
c4	- -	- -	- -	0.66		
c5	- -	- -	-0.08	- -	0.55	
c6	- -	- -	- -	- -	- -	0.65
c16	- -	- -	- -	0.10	0.17	0.03
c17	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c19	- -	- -	- -	- -	-0.08	- -
c20	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c21	- -	- -	0.08	- -	- -	- -
c22	-0.09	- -	- -	- -	- -	- -
c7	- -	- -	0.07	- -	- -	0.09
c9	- -	- -	- -	- -	0.08	- -
c10	- -	- -	- -	- -	0.07	- -
c12	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c13	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c23	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c24	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c8	- -	- -	- -	- -	-0.08	- -
c11	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c18	- -	- -	- -	- -	- -	- -
c14	0.06	- -	- -	- -	-0.06	- -
c15	- -	-0.08	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	c16	c17	c19	c20	c21	c22
c16	0.78					
c17	- -	0.84				
c19	- -	- -	0.63			
c20	- -	0.13	0.09	0.78		

c21	--	--	--	--	0.62	
c22	--	--	--	--	--	0.59
c7	-0.08	--	--	--	--	--
c9	--	--	--	--	--	--
c10	--	--	--	--	--	--
c12	--	--	--	--	--	--
c13	--	--	--	--	--	--
c23	0.07	--	--	--	--	--
c24	--	--	-0.08	--	--	--
c8	--	--	--	--	-0.09	--
c11	--	--	--	--	--	--
c18	--	0.14	--	--	--	0.08
c14	--	0.09	--	--	--	--
c15	--	0.17	--	0.11	--	--

THETA-EPS

	c7	c9	c10	c12	c13	c23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c7	0.66					
c9	--	0.52				
c10	--	--	0.53			
c12	0.12	--	--	0.78		
c13	--	--	--	--	0.89	
c23	--	--	--	--	--	0.45
c24	--	--	--	--	--	--
c8	--	--	--	--	--	--
c11	--	--	--	0.07	--	--
c18	--	--	--	0.13	0.10	--
c14	--	-0.10	--	--	--	--
c15	--	--	--	--	--	--

THETA-EPS

	c24	c8	c11	c18	c14	c15
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c24	0.34					
c8	--	0.69				
c11	--	-0.08	0.82			
c18	--	-0.10	0.13	0.87		
c14	--	--	--	0.16	0.66	
c15	--	--	--	--	--	0.66

Time used: 0.375 Seconds

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชุตติมา สืบวงศ์ลี เกิดเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ.2509 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จ การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ปีการศึกษา 2532 สำเร็จการศึกษา ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2544 และเข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ กระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่างผลงานทางวิชาการและประสบการณ์ระหว่างศึกษา

(1) Wongwanich, S & Suebwonglee, C..and others. (2009). *Evaluation of Health Program in Thailand: Multi-site and Multiple Evaluations..* Multi-Paper presented at American Evaluation Association 2009 International Social Network Conference. November 11-14., Orlando,, Florida, USA.

(2) Suebwonglee, C. & Wongwanich, S. (2009). *Use of Cognitive Interviewing in Evaluating the Effectiveness of Media in the Media Project for Children, Youth and Families under The Family Happiness Plan.* The IMES 2009 The International Conference: Global Issue and Trends in Educational Research, Measurement, Evaluation, Statistics and Psychology. Jan 29-30. Thailand.

(3) สุวิมล ว่องวานิช และคณะ. (2551). *รายงานการประเมินแผนงานสุขภาพครอบครัว*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(คณะผู้ประเมิน).

(4) สุวิมล ว่องวานิช และคณะ. (2551). *รายงานการประเมินแผนงานสุขภาพองค์กรภาคเอกชน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (คณะผู้ประเมิน).

(5) สุวิมล ว่องวานิช, หฤทัย อาจปรี และ ชุตติมา สืบวงศ์ลี. (2551). *รายงานการประเมินโครงการศูนย์เรียนรู้เพื่อครอบครัวเข้มแข็ง จ.สุราษฎร์ธานี*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

(6) สุวิมล ว่องวานิช, ชุตติมา สืบวงศ์ลี และ จิรวรรณ นาคพัฒน์. (2551). *รายงานการประเมินโครงการสื่อสำหรับเด็กและเยาวชนและครอบครัว*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

(7) ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ. (2552). *รายงานการประเมินแผนงานสุขภาพครอบครัว*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(คณะผู้ประเมิน).

(8) ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ. (2553). *รายงานการประเมินภายในแผนงานสุขภาพองค์กรภาคเอกชน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(คณะผู้ประเมิน)

(9) ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ. (2553). *โครงการคู่มือสำรวจสุขภาพระดับองค์กร แผนงานสุขภาพองค์กรภาคเอกชน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

สถานที่ติดต่อ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

E-mail: chu322@hotmail.com