



ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของกิง
ต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ
ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก



ศุภจิต นาคะรัตน์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของกิง
ต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ
ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก



ศุภจิต นาคะรัตน์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECTS OF THE USE OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES
KING'S NURSING THEORY ON COLLEGIAL RELATIONSHIP AS
PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES IN
INTENSIVE CARE UNIT**



SUPACHIT NAKARAT

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Master of nursing science (Nursing Administration)
Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand
Academic Year 2013**

Copyright Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์
เรื่อง
ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
ต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ
ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 23 ธันวาคม 2556





ศุภจิต นาคะรัตน์

ผู้วิจัย



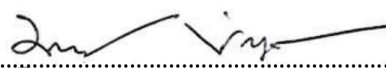
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์, Ph.D.

ประธานสอบสารนิพนธ์



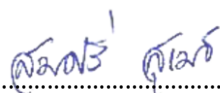
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ดร.มนสกรณ์ วิทูรเมธา ค.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



เชอร์ ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ค.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ, ค.ค.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณาชี้แนะให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีจาก
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และดร.มนสกรณ์ วิฑูรเมธา
ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางการศึกษา ค้นคว้า และได้ประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการทำ
สารนิพนธ์ครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของคู่มือที่ใช้
ในการศึกษาวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี
และขอขอบพระคุณทุกๆ ท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา



ศุภจิต นาคะรัตน์

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 110301007; สาขาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: ศุภจิต นาคะรัตน์
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECTS OF THE USE OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES KING'S NURSING THEORY ON COLLEGIAL RELATIONSHIP AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES IN INTENSIVE CARE UNIT
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: มนสกรณ์ วิบุรเมธา, ค.ด.
คำสำคัญ	: รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน
จำนวน	: 133 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน และเปรียบเทียบการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มควบคุม 10 คนโดยใช้การเลือกตามลักษณะที่กำหนด ใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.98 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อน และหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed-Rank Test ตามที่กำหนดในสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยอยู่ในระดับมากที่สุด 1 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ และอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ 2) ระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าหลังใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน 4) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวม หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ACADEMIC CODE : 10301007; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : SUPACHIT NAKARAT

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECTS OF THE USE OF PRIMARY NURSING MODEL THAT
INTEGRATES KING'S NURSING THEORY ON COLLEGIAL
RELATIONSHIP AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES IN
INTENSIVE CARE UNIT

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : MANASAPORN VITOONMETHA, Ph.D.

KEY WORDS : PRIMARY NURSING MODEL, KING'S NURSING THEORY,
COLLEGIAL RELATIONSHIP

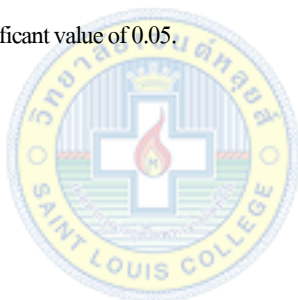
: 133 PAGES

ABSTRACT

This research was the Quasi- experimental, two-group, pretest and posttest design. The purposes of this research were to study the level of means of perceived collegial relationship of professional nurses before and after the use of the models which were the mode of primary nursing the integrates King's nursing theory; to compare the Means of experimental group after using the model and the means of control group which was the model of task- oriented. Samples comprised 20 professional nurses who were selected by purposive sampling there were 10 nurses in Experiment group and 10 nurses in control group which they all came from Intensive Care Unit in the secondary care hospitals under Metropolitan Administration. Research tools included the service model for professional nurses which were the service model of primary nursing that integrates King's nursing theory developed by researcher and the model for control group; that was task- oriented. Data collection tool was the questionnaires designed by researcher on the collegial relationship. Both research tools have pressed content validity taking by 3 experts as reviewers. Internal reliability had been done by the use of try- out for 30 cases using Cronbach's Alpha Coefficient which was 0.98 for total value of external reliability. Dervish on Mean – Whitney U- test and Willcoxon Signed Rank test were used for date analysis according to the practitioners according to the use of the model of primary nursing that integrates King's nursing theory. The mean of experimental group after using the nurse practitioners according to the model of primary nursing that integrates King's nursing theory and control group after using the model of task- oriented were compared. The degrees before and after the use are compared. Samples comprised 20 professional nurses who were selected by purposeful sampling. There were 10 nurses in the experimental group, from intensive care unit Ratchaphiphat Hospital, who used the model of primary nursing that integrated King's nursing theory. There were also 10 nurses in control group, from intensive care unit, Venerable Thawisak Jutindharo Hospital, who used the model of task- oriented. Research tools included the handbook for nurse practitioners it was the model of primary nursing that integrates King's nursing theory Data collection tools, which were questionnaires, designed by the researcher, on the collegial relationship that was. Both sets of tools passed the test of according

to 3 experts and 30 cases for try- out has been done for the questionnaire yields the internal accuracy and measured validity by Cronbach's Alpha Coefficient which it was .98. Data collection were done before and after using those two models. Means, Standard Deviation, Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Signed-Rank Test were use of for data analysis. Data collection was done before and after the use of two models Means, Standard Deviation, Mean – Whitney U- test and Wilcoxon Signed Rank test were used for data analysis according to the hypothesis.

The research results indicated as follows: 1) The level of means of collegial relationship perceived by professional nurses before using the model of primary nursing that integrates King's theory was high as well as one component were at the highest level and the other components were at high level where as after using the same model The level of means were at the highest level and the other components were at high level where as after using the same model the level of means were at the highest levels in both total mean and means of each area. 2) The means of collegial relationship perceived by professional nurses after using the model of primary nursing that integrates King's nursing theory was higher than that of those who used the model of task-oriented be a statistically significant value of 0.05 in total. 3) The means of collegial relationship perceived by professional nurses after using the model of primary nursing that integrates King's nursing theory was higher than that of those before experimentation by a statistically significant value of 0.05.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 เหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.6 นิยามศัพท์.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	10
2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	18
2.3 สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน.....	23
2.4 การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต.....	33
2.5 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงและการรับรู้ สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.....	37
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	40
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	59

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
3 วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.4 จริยธรรมในการวิจัย.....	60
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	60
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ตอนที่ 1 ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานและรูปแบบ การพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	67
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม และรายด้านของกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งความสัมพันธ์ของงานกับ กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Mann-Whitney U Test.....	75
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม และรายด้าน ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของ ไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test.....	83
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	90
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	91
5.2 อภิปรายผล.....	92
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	100
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	108
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย.....	111
ค คู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	114

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ).....	หน้า
ง แบบสอบถาม เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล ของกึ่งต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก....	119
จ หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล.....	129
ประวัติผู้วิจัย.....	133



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงการจับคู่พยาบาลวิชาชีพ.....	41
2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงานและตำแหน่ง.....	43
3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	45
4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง.....	52
5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (n=20).....	67
6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลองใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (n=20).....	68
7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานและรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวม และจำแนกเป็นรายข้อ (n=20).....	68
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพโดยภาพรวม และจำแนกเป็นรายข้อ (n=20).....	71
9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพโดยภาพรวมและจำแนกเป็นรายข้อ (n=20).....	73
10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมและรายด้าน (n=20).....	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20).....	76
12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงจำแนกเป็นรายข้อ (n=20).....	78
13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20).....	81
14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน (n=20).....	83
15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพจำแนกเป็นรายข้อ.....	84
16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบการการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงจำแนกรายข้อ (n=10).....	86
17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูง จำแนกรายข้อ (n=10)	88

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	39
2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	65



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคแห่งการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2558 จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและงานบริการการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง (กาญจนา จันทรไทย และอุไรพร จันทะอุ่มมั่ง, 2556, น. 1) ผู้บริหารจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบการมอบหมายงานให้เหมาะสม เลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยตามบริบท เพื่อให้เกิดการมอบหมายงานทางการพยาบาลที่สร้างความสมดุลระหว่างการจัดการ โครงสร้าง ทรัพยากร กระบวนการ และรายละเอียดในการปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดการกระจายงานให้บุคลากรพยาบาล แต่ต้องมั่นใจว่าพยาบาลมีทักษะความชำนาญและจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบพื้นฐานของรูปแบบการมอบหมายงาน คือ การมีปฏิสัมพันธ์ในการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแล การประสานงานกันในทีมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย (Huber, 2010, p. 443) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ทันเวลา และเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลและผลคุณธรรมของสภาการพยาบาลในระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2548

การดูแลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง (Watson, 1977, p. 36) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่ามุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง (Watson, 1977, p. 36) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Archibong (1999, p. 680) ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในประเทศไนจีเรีย พบว่าส่วนใหญ่มีการปรับปรุงในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีส่วนน้อยที่มีการปรับปรุงการดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลที่เป็นงานประจำ และทางด้านเทคนิคการพยาบาล หลักปรัชญาของพยาบาลเจ้าของไข้ คือ การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม เกิดการค้นพบสิ่งที่เรียกว่าเป็นหัวใจของการพยาบาล คือ การดูแลที่ต่อเนื่อง การรับผิดชอบในงาน ความมีอิสระ ความครอบคลุม และความ

เป็นวิชาชีพ ซึ่งไม่มีในรูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ และการมอบหมายงานเป็นทีม (Archibong, 1999, p. 681)

รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน เช่นรูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ บุคลากรได้รับการมอบหมายหน้าที่ให้รับผิดชอบเฉพาะงานแต่ละงาน ในแต่ละเวร (Chitty & Black, 2011, p. 341) ให้เหมาะสม ตามความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ โดยหัวหน้าเป็นผู้รับผิดชอบในภาพรวมทั้งหมด เป็นผู้นิเทศ และให้คำแนะนำพนักงาน (Grohar-Murray & DiCroce, 2003, p. 162) ซึ่งไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และไม่มั่นใจในคุณภาพการรักษาก่อน เป็นการสื่อสารตามลำดับชั้นการบังคับบัญชา หัวหน้าเวรเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการส่งผลให้ขาดความทุ่มเทมุ่งมั่น (Sense of commitment) ของพยาบาลผู้ร่วมงาน (Archibong, 1999, p. 680) แต่ละคนมุ่งทำงานที่ได้รับมอบหมายให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นการปฏิบัติงานที่มุ่งงานมากกว่ามุ่งที่ผู้ป่วย (Huber, 2010, p. 444) ไม่มีผู้ใดได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จึงคาดหวังไม่ได้ว่าจะมีผู้รับผิดชอบในการเขียนแผนการพยาบาล และนำแผนการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วน (Marriner-Tomey, 2004, p. 92) พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายงานและประสานการดูแล พยาบาลให้ความสนใจกับงานบริหารและงานที่ไม่ใช่งานการพยาบาล ซึ่งจะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าปฏิบัติงานด้านนี้แทน (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุญต์, 2551, น. 163) ไม่มีพยาบาลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและไม่สามารถศึกษาความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคนภายในระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดี ไม่เกิดความไว้วางใจพยาบาล และพยาบาลขาดความรับผิดชอบในการพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้รับมอบหมาย จึงไม่มีระบบสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และไม่สามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ (Watson, 1977, p. 35) สอดคล้องกับ Manthey (2002, p. 18) ได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังพยาบาลกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า เมื่อเพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยขึ้นอีกร้อยละ 60 แล้ววัดจำนวนเวลาที่ใช้การดูแลผู้ป่วย พบว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้เวลาอยู่ที่เคาเตอร์พยาบาล ทำงานเอกสาร พุดคุยเรื่องส่วนตัว หรืออยู่ในที่อื่นๆ แต่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะว่าหากมีการบริหารจัดการหน่วยงานโดยที่ไม่ต้องเพิ่มอัตรากำลังพยาบาล แต่ออกแบบงานให้พยาบาลใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ก็จะสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ใช้สัมพันธภาพเป็นฐานในการปฏิบัติ (Relationship-based practice) โดยพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประสานการดูแล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก เป็นผู้จัดการที่คอยประสานการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และให้การวางแผนจำหน่าย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ครอบครัว และทีมสุขภาพด้วยความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ และมีอำนาจตัดสินใจกระทำการใดๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (Zerwekh & Gameau, 2012, p. 321) หากนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ภายในหอผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลต้องรู้จักวิธีการมอบหมายงาน นิเทศงาน สื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (Masters, 2008, p. 170) รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในขณะที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย มุ่งเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับพยาบาลตามแนวคิด “การรู้จักผู้ป่วย” (Manley, Hamill & Hanlon, 1977, p. 278) ลักษณะพื้นฐานเฉพาะของพยาบาลเจ้าของไข้ คือ การมีภาระรับผิดชอบต่อผลงาน ได้แก่ ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน (Autonomy) และมีภาระรับผิดชอบต่อผลงาน (Accountability) มีอำนาจในการตัดสินใจกระทำการ (Authority) พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate nurse) ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ (Manthey, 2002, p. 18) แม้ว่าการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะปฏิบัติงานในรูปแบบเพื่อนร่วมงาน แต่ยังพบปัญหาสัมพันธภาพของพยาบาลเจ้าของไข้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแล (Watson, 1977, p. 38) บางคนจะรู้สึกว่าจะต้องทำงานตามลำพัง (Tiedeman & Lookinland, 2004, p. 295) จึงจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนควรต้องให้ความร่วมมือร่วมกันทำงาน การแก้ปัญหาพร้อมกัน สามารถนำแนวคิดของคิงมาใช้จัดการระบบการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตรขององค์กร เพื่อจัดโครงสร้างการพยาบาล ตามกระบวนการแลกเปลี่ยนจากทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพในระบบการบริการทางด้านสุขภาพ

การทำงานร่วมกันของพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำความรู้เฉพาะทาง ทักษะต่างๆ มาให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนด้วยการสื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกัน ตั้งเป้าหมายร่วมกันนำไปสู่ผลลัพธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ก่อให้เกิดคุณภาพการดูแล (Killeen & King, 2007, p. 156) จึงสามารถนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาบูรณาการกับการทำงานในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ได้ เนื่องจากทฤษฎีการพยาบาลของคิงมุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และการตั้งเป้าหมายร่วมกันของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายทางการพยาบาลประสบผลสำเร็จได้เกิดจากพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ร่วมกันค้นหาปัญหา ยอมรับวิธีการที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย และต่างก็แสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น (King, 1981, p. 1) การที่พยาบาลและผู้ป่วยสื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะตั้งเป้าหมายร่วมกันและตัดสินใจเลือกวิธีจัดสิ่งรบกวนหรือเพื่อการแก้ไขปัญหานั้น ต้องมีการประสานความร่วมมือกันกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ (King, 1981, p. 3) พยาบาลแต่ละคนที่ปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานในสถานการณ์ต่างๆ ต้องบูรณาการองค์ความรู้มาใช้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วิธีที่นิยมใช้ ได้แก่ การเข้าถึง การวางแผน

การดำเนินการ และการประเมินผลการดูแล ซึ่งเราเรียกว่ากระบวนการพยาบาล ในการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องมีทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย ทักษะการสัมภาษณ์ และทักษะการสื่อสารจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพื่อหาข้อมูล กำหนดเป้าหมาย และหาวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น (King, 1981, p. 9) ทฤษฎีการพยาบาลของคิงได้ถูกทดสอบโดยงานวิจัย ข้อค้นพบจากการวิจัยเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของคิงจึงใช้ได้ผลดี และมีประโยชน์มากต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำหรับผู้รับบริการในหลากหลายบริบท (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556, น. 16) ด้วยเหตุนี้จึงสามารถนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาบูรณาการกับการบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการมอบหมายงาน

วิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ พยาบาลจึงต้องมีความสามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หากพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ (Masters, 2009, p. 365) โดยเฉพาะในบทบาทความเป็นวิชาชีพด้านการเป็นเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพด้วยกัน พยาบาลแสดงบทบาทเพื่อนร่วมงานด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และให้คำปรึกษากันในทีมการพยาบาล พฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในองค์กรวิชาชีพ ให้คำปรึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า และเป็นแบบอย่างในการให้บริการพยาบาล ช่วยเหลืองานวิจัย เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาชีพและสนับสนุนให้การช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน (Chitty, 2005, p. 177)

ในการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ทั้งในด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ การสร้างสัมพันธภาพ และการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและพยาบาล จึงจะบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดี (Husband, 1988, p. 485) ดังนั้น แนวคิดการพยาบาลของคิง จึงสามารถนำมาบูรณาการกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และอาจมีผลต่อระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากต้องมีการประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงเป็นอย่างไร

2) การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ารูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงานหรือไม่

3) การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.4 เหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1.4.1 เหตุผลการวิจัย

รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่อง เพราะพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และเป็นผู้เขียนแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน เพื่อสื่อสารให้เพื่อนร่วมงานได้ทราบและปฏิบัติตามแผนดังกล่าว (เรณู พุกบุญมี และคณะ, 2544, น. 27-42; ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ และกัญญดา ประจุศิลป์, 2554, น. 16) ศึกษาผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และความพึงพอใจของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลด้วยรูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ ความมีอิสระ ความมีภาระรับผิดชอบต่อผลงาน ความมีอำนาจในการตัดสินใจกระทำการเป็นข้อกำหนด

เบื้องต้นของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ใช้รูปแบบการบริหารงานแบบวิชาชีพที่มีการกำกับและควบคุมตนเอง (Self-governance) พยาบาลทราบข้อมูลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็ว การที่พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวได้พูดคุยกันด้วยความเข้าใจ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อว่าพยาบาลจะช่วยเหลือพวกเขาได้

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน ซึ่งพยาบาลทุกคนจะต้องยอมรับและเต็มใจที่จะให้อำนาจ (Authority) แก่พยาบาลเจ้าของไข้ในการวางแผน และจัดทำแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้ช่วย (Associate nurse) สามารถนำไปให้การพยาบาลผู้ป่วย (Primary patients) (Zander, 1980, p. 195) พยาบาลแต่ละคนต้องแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และนำไปใช้ประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป พยาบาลพอใจกับการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เนื่องจากรูปแบบนี้พยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความรับผิดชอบ มีการประสานความร่วมมือทางการพยาบาลจากเวรหนึ่งไปอีกเวรหนึ่ง ด้วยการสื่อสารทางตรงระหว่างพยาบาลผู้ดูแล จึงทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้สมบูรณ์แบบในแต่ละเวร (Ryan & Logue, 1988, p. 418; Manley, Hamill & Hanlon, 1977, p. 278)

งานวิจัยของ Perala & Hentinen (1989, p. 231-242) ที่ให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถาม ก่อนและหลังจากการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้ 5 เดือน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่ามีข้อดีมากกว่าข้อเสีย ข้อดี คือ การรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยได้มากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการมองเห็นบทบาทของการให้การพยาบาลชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อเสีย คือ เพิ่มการใช้เอกสาร การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง เกิดความไม่เสมอภาคในการให้การดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาการบริหารจัดการในหน่วยงาน พยาบาลเจ้าของไข้รู้สึกว่าเป็น สิ่งยุ่งยากและพบปัญหาด้านการสื่อสาร อย่างไรก็ตาม พบว่ามีเพียงความสับสนในการให้การพยาบาลเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในด้านการบริหารการพยาบาล สามารถนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาประยุกต์ใช้กับการมอบหมายงานรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการดัดแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายของพยาบาลกับผู้ใช้บริการ (Transaction) มาเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรพยาบาล จะมีการรับรู้ซึ่งกันและกัน ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล มีการพูดคุยโต้ตอบสื่อสารกัน เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน คือ การดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพดี จึงสามารถนำมาใช้เป็นกระบวนการพื้นฐานในการสร้างรูปแบบมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ซึ่ง วรรณ

เอกอนันต์ธรรม (2552) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบทีมการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบทีมการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เมื่อนุคผลการพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความเชื่อถือในความสามารถซึ่งกันและกัน ให้ความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้อื่นซึ่งมีความสามารถในการพยาบาลที่แตกต่างกัน สร้างบรรยากาศการประสานความร่วมมือ การให้คำปรึกษาให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย และมีความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาล (Minnesota Nurses Association, 1999) ดาวใจ จีเพชร (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำการภายหลังการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าหลังการทดลองสัมพันธภาพระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำการสูงกว่าก่อนการทดลอง Tourangeau et al., (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติภาวะผู้นำ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การสื่อสารของพนักงาน และผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว พบว่า ความพึงพอใจในงานสูงสัมพันธ์กับการที่พนักงานที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ ได้รับการเสริมพลังอำนาจ ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ได้รับกำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน และประสบความสำเร็จในการทำงานในระดับสูง ส่วนการที่บุคลากรลาออกจากงานเพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการที่พนักงานมีความพึงพอใจในงานต่ำ มีความเหนื่อยหน่ายสูง มีงานอื่นรองรับ องค์กรขาดความสามัคคี ประสบความสำเร็จในการทำงานในระดับต่ำ และมีความรู้สึกรู้สต่อเพื่อนร่วมงานในแง่ลบ

1.4.2 สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

- 1) การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน
- 2) การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1.5.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ

1.5.2 ตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

- 1) ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน
- 2) ตัวแปรตาม คือ การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ

1.6 นิยามศัพท์

รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างพยาบาลในระหว่างเวรต่อเวร ใช้กระบวนการการพยาบาล และเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีปฏิสัมพันธ์ด้วยการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับสมาชิกทีมการพยาบาล มีการสื่อสารแบบสองทางระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย/ครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกัน และร่วมกันค้นหาปัญหา ค้นหาวิธีการใดๆ ในการแก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ตกลงใจเลือกแนวทางปฏิบัติและนำไปปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการมอบหมายงานของ Manthey (2002) และทฤษฎีการพยาบาลของ King (1981) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับมอบหมายงาน และการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต

กิจกรรมที่ 2 การให้การดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน

กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัว และพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน

รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน หมายถึง การปฏิบัติงานโดยที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการวางแผนจัดการ และให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในแต่ละเวร เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆเรื่อง โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระหว่างคนต่อคน และคนต่อกลุ่ม แต่จะมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฉพาะช่วงเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานต่างคนต่างรับผิดชอบงานของตน โดยไม่มีการประชุม

ปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างสมาชิกทีมในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแผนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงวิถีและการแก้ปัญหาของผู้ป่วย

การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ร่วมวิชาชีพ ขณะปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความความรักใคร่ผูกพันกัน ไว้วางใจกัน มีความสามัคคีกัน ร่วมกันตัดสินใจ และให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับความเป็นวิชาชีพ แสดงออกทางวาจาและท่าทาง ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานของ Beyer & Marshall (1981) ซึ่งวัดได้ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1) **การปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดที่แสดงถึงการกระทำกิจกรรมด้วยการใช้ความรู้เฉพาะทางในการตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลครบทุกขั้นตอน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันทุกเวอร์ และเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มีการสร้างเสริมความรู้ให้กันและกันจากการปฏิบัติงานร่วมกัน

2) **การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดที่แสดงถึงการพิจารณาปัญหาทางการพยาบาล เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูล และนำเสนอทางเลือกที่ดีที่สุดเพื่อแก้ปัญหาจนได้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดผลลัพธ์ดีต่อผู้ป่วย มีการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ

3) **ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดที่มีต่อ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน ได้แก่ มีความไว้วางใจกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประสานความร่วมมือ การให้ความช่วยเหลือกันในการทำงานเชิงวิชาชีพ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานมาเป็นรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2) พัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้ระบบการมอบหมายงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

3) พยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานจากการใช้ระบบการมอบหมายงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ก่อให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย เพื่อประกอบการศึกษาในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2.3 สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2.5 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก

2.1 รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การมอบหมายงานทางการพยาบาล หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานถ่ายโอนบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานหรือแบ่งงานให้บุคลากร เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ (Huber, 2010, p. 444) โดยพิจารณาถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน ความต่อเนื่องของงาน ปริมาณงาน เวลา ให้ท้าทายความสามารถและเหมาะสมกับศักยภาพของ แต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีอำนาจในการปฏิบัติงาน มีความรับผิดชอบสามารถตัดสินใจวางแผนได้เอง มีภาระความรับผิดชอบต่อผลงาน (Accountability) เพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ (รัชนี อยู่ศิริ, 2551, น. 41; และนิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2554, น. 261)

รูปแบบการมอบหมายงานทางการพยาบาลมีเป้าประสงค์ เพื่อกำหนดกรอบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย โดยจัดลำดับความสำคัญในการดูแลก่อนหลัง วางแผนการดูแล และประเมินผลการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ (Masters, 2009, p. 173)

รูปแบบการมอบหมายงานทางการพยาบาลที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ ดังนี้ (รัชนี อยู่ศิริ, 2551, น. 44-49; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2554, น. 263-264; Cherry & Jacob, 2011, p. 430-436; Marroner-Tomey, 2000, p. 378-384)

1) การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (Case assignment หรือ Case method หรือ Total patient care) เป็นการมอบหมายงานให้พยาบาลดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหนึ่งราย หรือหลายรายก็ได้ ตลอดระยะเวลาการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรพยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้วางแผน จัดการและให้การดูแลทั้งในด้านสุขอนามัย การให้ยา การรักษา การดูแลด้านจิตใจ และให้การศึกษา ซึ่งจะครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Total care) พยาบาล และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกไว้วางใจ มีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อม จะให้ความร่วมมืออันเป็นประโยชน์และผลดีต่อการรักษา รูปแบบนี้มีข้อเสีย คือ ผู้มอบหมายงาน อาจไม่มอบหมายผู้ป่วยรายเดิมให้ดูแลในวันถัดไป ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความสับสนได้ วิธีนี้มีข้อจำกัดในการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีระดับต่ำกว่า พยาบาลวิชาชีพ และรูปแบบนี้ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากจึงมีค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลจะรู้จักแต่ ผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบเท่านั้น ขาดการช่วยเหลือผู้อื่นภายในหน่วยงานเมื่อจำเป็น ระบบการมอบหมาย งานรูปแบบนี้มุ่งเน้นปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

2) การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional assignment) เป็นการมอบหมายงานที่เน้น หน้าที่และกิจกรรมเป็นสำคัญ โดยบุคลากรจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ 1-2 อย่าง ตามความยากง่ายของแต่ละชั้นงาน พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายด้านการประเมินผู้ป่วย (Chitty & Black, 2011, p. 341) เช่น การเป็นพยาบาลวัดไข้ พยาบาลแจกยา (Chitty & Black, 2011, p. 448) พยาบาล หัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายงานและประสานการดูแล พยาบาลมักจะให้ความสนใจกับงานบริหารและ งานที่ไม่ใช่งานการพยาบาล ซึ่งมักจะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าปฏิบัติงานด้านนี้แทน รูปแบบการมอบหมายงานแบบนี้มีข้อดี คือ พยาบาลมีโอกาสพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานบางอย่าง จนกลายเป็นผู้ชำนาญการเฉพาะงานนั้นได้ บุคลากรไม่รู้สึกลำบากในการทำงานใช้บุคลากรน้อยแต่ สามารถทำงานได้สำเร็จ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย การตรวจสอบประเมินผลทำได้ง่ายและสะดวก และมีข้อเสีย คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วนไม่เป็นองค์รวม รูปแบบนี้มุ่งงานมากกว่ามุ่งที่ ผู้ป่วย ไม่มีพยาบาลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและไม่สามารถศึกษาความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วย แต่ละรายจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน ภายในระยะเวลาดังกล่าว ทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดี ไม่เกิดความไว้วางใจพยาบาล และพยาบาลขาด ความรับผิดชอบในการพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้รับมอบหมาย บุคลากรรู้สึกไม่ท้าทายและไม่มีสิ่งจูงใจ ในการทำงาน เมื่อต้องปฏิบัติงานซ้ำๆ อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้เหมาะสมกับบางหน่วยงานที่มีผู้ป่วยที่ ต้องการการดูแลที่คล้ายกัน เช่น งานในห้องผ่าตัด และใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี

3) การมอบหมายงานเป็นทีม (Team method) เป็นการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม ในรูปแบบ การกระจายงาน (Decentralization) ที่หัวหน้าหอกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบให้หัวหน้าทีม ผู้นำทีม

ซึ่งจะเป็นพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการมอบหมายงานให้สมาชิกทีมในการพยาบาลผู้ป่วย ตามความรู้และทักษะ และชี้แนะสมาชิกทีมที่ขาดความรู้ ทักษะและเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย หัวหน้าที่วางเป้าหมายลำดับความสำคัญในการพยาบาลวางแผนการพยาบาล โดยประชุมปรึกษาร่วมกับสมาชิกทีมทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล (Pre-post nursing case conference) สมาชิกทีมทุกคน โอกาสใช้ความรู้ความสามารถแก้ไขปัญหผู้ป่วย และได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถ และเป็นส่วนหนึ่งของทีม ทีมให้การยอมรับต่อกันพึ่งพาอาศัยกัน และปฏิบัติงานด้วยความร่วมแรงร่วมใจ และระบบนี้จะมีประสิทธิภาพด้านบุคลากรทำงานโดยมุ่งวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย มีความเชื่อมั่นไว้วางใจกัน ยอมรับในความสามารถของกันและกัน ทุกคนในทีมต้องรับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ข้อเสียของรูปแบบนี้ต้องใช้พยาบาลทุกระดับในทุกเวร จึงต้องมีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ และหากหัวหน้าหอไม่กระจายความรับผิดชอบให้หัวหน้าทีมปฏิบัติงานอย่างอิสระจะประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ และหัวหน้าทีมต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะประสบการณ์ และมีภาวะผู้นำที่ดี จึงจะสามารถนำทีมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การมอบหมายงานรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing method) เป็นการมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) รับผิดชอบวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานมีพยาบาลผู้ช่วย (Associate nurse) ดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ โดยจะให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนไว้ เป็นรูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพสูง เกิดการดูแลแบบองค์รวม พยาบาลมีอิสระในการทำงานรูปแบบนี้มีข้อเสีย คือ พยาบาลรู้จักผู้ป่วยน้อยคน ยกแก่การมอบหมายงานหากพยาบาลหมุนเวียนปฏิบัติงานกันบ่อย ต้องใช้พยาบาลจำนวนมาก พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ และพยาบาลบางคนอาจไม่ต้องการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบนี้ใช้ได้ดีในระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice nursing) ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นเวลานาน

5) การมอบหมายงานรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management method) เป็นระบบที่มุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดคุ้มค่า เป็นการดูแลโดยทีมสุขภาพ เป็นรูปแบบที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) ทำหน้าที่ดำเนินการประสานการดูแล ติดตามกำกับการณ์ปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติหรือระบบเพื่อจัดการแก้ไขตลอดจนประเมินผลคุณภาพการดูแลรักษา ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามความจำเป็น ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล (5 ขั้นตอน) มีการประสานงานข้ามหน่วยงาน เช่น

ประสานกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรืออำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา ระยะยาวหรือการไปเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยควรเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse : APN) จึงจะปฏิบัติงานได้ผลดี และต้องมีการเตรียมการในเรื่องทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การสร้างแรงจูงใจ การประชุมปรึกษา การสร้างพลังอำนาจ การทำงานเป็นทีมการบริหาร ความขัดแย้ง ความสามารถด้านการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ กลยุทธ์การตลาด ภาวะผู้นำ การวางแผนจัดการคุณภาพการบริการ การจัดการเรียนการสอน และการวิจัย

2.1.1 รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นรูปแบบที่เอื้ออำนาจให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการของแต่ละบุคคล ด้วยการแจกจ่ายผู้ป่วยให้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และจะเป็นผู้เขียนแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน เพื่อสื่อสารให้ผู้ร่วมงานได้ทราบและปฏิบัติตามแผนดังกล่าว (Archibong, 1999, p. 680; เรณู พุกบุญมี และคณะ, 2544, น. 28) รูปแบบนี้ให้ความสำคัญในการพัฒนานุเคราะห์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการของแต่ละบุคคล ด้วยการแจกจ่ายผู้ป่วยให้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ทั้งในด้านการรักษา พึ่งพา และป้องกัน พยาบาลเจ้าของไข้มีการะับผิดชอบต่อผลงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบต่อเนื่องให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การประสานความร่วมมือ และการติดต่อสื่อสารข้อมูลต่อแพทย์ ครอบครัว และสมาชิกทีมสุขภาพ (Marram et al., 1974, p. 46-47) ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งที่จำเป็นจากผลของการประสานงาน (Co-ordination) และประสานความร่วมมือ (Collaboration) ของพยาบาลเจ้าของไข้กับทีมสุขภาพ (Watson, 1977, p. 36) จุดมุ่งหมายเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง (Continuity) รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ให้การดูแลและประเมินผล (Archibong, 1999, p. 680)

Marram, et al. (1974, p. 16-17) ได้แสดงลักษณะเฉพาะ 3 ประการ (Triple a nurse) ของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน (Autonomy) และมีการะับผิดชอบต่อผลงาน (Accountability) มีอำนาจในการตัดสินใจกระทำการ (Authority)

1) ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบครอบคลุมองค์รวม โดยได้วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างอิสระ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ควบคุมแผนการดูแลมีหัวหน้าหอเป็นทีปรึกษา

2) ความมีภาระรับผิดชอบต่อผลงาน หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติงานแทนเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ แต่ก็ยังคงต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ภาระรับผิดชอบต่อผลงานอยู่เบื้องหลังการตัดสินใจดำเนินการ เมื่อพยาบาล มีความรับผิดชอบ ผลที่เกิดขึ้นทางคลินิก ผลตอบแทน ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับพยาบาลเจ้าของไข้

3) ความมีอำนาจในการตัดสินใจกระทำการ หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล สามารถอธิบายถึงเหตุและผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สื่อสารให้เพื่อนร่วมงานทราบ พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติหรือมอบให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติตามแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

Manthey (2002) กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย การรับมอบหมายดูแลผู้ป่วยเฉพาะ รายการใช้ช่องทางการสื่อสารโดยตรงจากบุคคลสู่บุคคล และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

1) ความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น เป็นทั้งผู้วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล ค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี พยาบาลเจ้าของไข้ไม่เพียงแต่จะต้องมีความรู้เท่านั้น แต่จะต้องรู้ว่าอะไรคือข้อมูลสำคัญในการค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน บางครั้งก็ต้องปรึกษาเพื่อนร่วมงานช่วยชี้แนะเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล (Manthey, 2002, p. 27)

2) การรับมอบหมายดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยให้อยู่ในการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ พิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และทักษะความชำนาญเฉพาะทางของพยาบาลแต่ละคน พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลอย่างไร และสื่อสารแผนการพยาบาลให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น ตัวผู้ป่วย เวชระเบียน แพทย์ เป็นต้น แล้วนำมาวางแผนการพยาบาล และเขียนลงในแบบฟอร์ม การตัดสินใจเลือกวิธีการพยาบาลจะเกิดประสิทธิภาพสูง เมื่อผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ก่อให้เกิดกระบวนการรักษาที่ดีที่สุด ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลสุขอนามัยที่จำเป็น หรือปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และติดตามให้การดูแลตามแผนการพยาบาลต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ในส่วนที่ยังขาดตกบกพร่อง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงก็อาจปรับเปลี่ยนแผนได้ ผู้ป่วยจะถูกติดตามประเมิน

ผลลัพธ์โดยพยาบาลที่ให้การดูแลในแต่ละเวร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแลขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ (Manthey, 2002, p. 30-31)

3) การใช้ช่องทางการสื่อสารโดยตรงจากบุคคลสู่บุคคล หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแล โดยประสานความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพโดยตรง ได้แก่ พยาบาล แพทย์ โภชนากร นักกายภาพ เภสัชกร ฯลฯ ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบแนวราบกับผู้เกี่ยวข้องโดยตรง โดยปกติพยาบาลมีการสื่อสารกันด้วยการรายงานส่งเวร พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในเวรจะเป็นผู้รายงานส่งเวรให้กับพยาบาลที่มารับเวรโดยใช้ช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น การพูดคุย บันทึกเทป การเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งต้องใช้เวลามาก ในรูปแบบ การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงให้พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลรับส่งเวรพูดคุยกัน สื่อสารแผนการพยาบาลในรายละเอียดเพิ่มเติม เพื่อให้ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ลดระยะเวลาในการรายงานส่งเวรเนื่องจากไม่ต้องเน้นรายละเอียดปลีกย่อย (Manthey, 2002, p. 31)

4) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง พยาบาลเจ้าของไข้ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพสามารถทำได้ในรูปแบบของการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอ พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลร่วมดูแล โดยนำปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายมารวมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Marram, et al., 1974, p. 49)

จากการศึกษาการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าคุณสมบัติของผู้ที่จะเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ คือ ต้องมีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลประจำอย่างน้อย 2 ปี หรือเคยเป็นหัวหน้าเวร เนื่องจากในปีแรกของการทำงานพยาบาลต้องเรียนรู้ระบบการทำงาน และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และสุภาณี เสนาดีสัย, 2554, น. 280) ระดับการศึกษา ประสบการณ์ของพยาบาลจะถูกนำมาพิจารณากำหนดผู้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมกับสถานะผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่อายุไม่มาก ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง และไม่ได้ป่วยด้วยโรคที่มีความซับซ้อน สามารถมอบหมายให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ไม่มากเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้ และควรจัดพยาบาลผู้ช่วยร่วมให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ และจะมีการปรึกษากับพยาบาลเจ้าของไข้ทุกครั้งก่อนเมื่อมีการเปลี่ยนแผนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ควรจัดพยาบาลผู้ร่วมดูแล 2-3 คนต่อผู้ป่วย 1 คน ขึ้นอยู่กับความถี่ห่างในการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และสุภาณี เสนาดีสัย (2554) ได้สรุปผลการศึกษารูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลรามาริบัติว่าแบ่งเป็น 3 รูปแบบดังนี้

1) การมอบหมายงานตามหลักการรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน ต่อผู้ป่วย 1-2 คน ใช้ในหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อย เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยพิเศษซึ่งมีลักษณะเป็นห้องแยก พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีการทวนทวนความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อนำไปวางแผนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วย การที่พยาบาลได้รับเป็นเจ้าของไข้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันบ่อยๆ จะสามารถพัฒนาสู่ความชำนาญทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจได้

2) การดัดแปลงมอบหมายงานจากหลักการรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตามหลักการมาดัดแปลงการมอบหมายงาน ในหอผู้ป่วยสามัญซึ่งในหอผู้ป่วยสามัญรับผู้ป่วยจำนวนมาก อัตราการหมุนเวียนผู้ป่วยสูง ผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อนจะอยู่ด้านหน้าของหอผู้ป่วย เมื่อต้องการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด พยาบาลแต่ละคน จะดูแลผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ 3-4 ราย และเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การดูแลผู้ป่วยอีก 5-6 ราย และมีพยาบาลผู้ร่วมดูแล 1 คน ช่วยเตรียมยา ในระบบการกระจายแบบหนึ่งหน่วย (Unit dose) เพื่อแก้ไขปัญหาที่พยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนต้องใช้เวลาดูแลยาเป็นเวลานานในผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากผู้ป่วยมียาที่ต้องให้จำนวนมาก และมักมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษาหลายครั้งใน 1 วัน ซึ่งจะทำให้ไม่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่จัดยา

3) การมอบหมายงานแบบทีมพยาบาลเจ้าของไข้ใช้กับหอผู้ป่วยศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม โดยแต่ละทีมมีพยาบาลเจ้าของไข้ 3 คนดูแลผู้ป่วย 1 ทีม (8-10 ราย) และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งกลับบ้านหรือย้ายทีม การมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ใช้ตามลักษณะกลุ่มโรคการมอบหมายงานแบบทีมพยาบาลเจ้าของไข้จะลดปัญหาการใช้เวลาของพยาบาลเจ้าของไข้ที่ใช้ในการเตรียมและส่งผู้ป่วยไปผ่าตัด มีการประชุม อภิปรายปัญหาผู้ป่วยในทีม และระหว่างทีม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และแก้ไขปัญหาที่พบของพยาบาลเจ้าของไข้ และเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ในแต่ละทีม เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายทีม

การจะนำรูปแบบมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหน่วยงาน ตามแนวคิดของ Manthey (2002, p. 43-53) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดประเด็นปัญหาและตกลงใจร่วมกันที่จะสำรวจและประเมินระบบ สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบเดิม จึงต้องพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการจัดหาหนังสือเอกสารเกี่ยวข้องกับรูปแบบมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อรูปแบบการมอบหมายงานแบบนี้ และ

ทำความเข้าใจกับผู้ที่ไม่เห็นด้วย บทบาทของผู้นำต้องส่งเสริมสนับสนุนอย่างเปิดเผย และจริงจัง มีความไว้วางใจกันและให้การช่วยเหลือบุคลากรเมื่อนำรูปแบบนี้มาใช้ในหน่วยงาน

ข้อที่ 3 ความเห็นชอบที่จะใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการจะสมบูรณ์เมื่อมีการนำรูปแบบการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี คือ ทำทุกช่วงเวลา และค่อยๆ ทำทีละช่วงเวลา การค่อยๆ ดำเนินการไปบางส่วน ผลลัพธ์จะดีกว่าเมื่อบุคลากรในหน่วยงานตกลงใจอย่างเป็นเอกฉันท์ จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการ ควรจัดประชุมเพื่อสื่อสารรูปแบบมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้บุคลากรทุกคน ทุกหน่วยงาน เพื่อพัฒนารูปแบบนี้ให้ปฏิบัติได้จริง

ขั้นที่ 4 ประเมินผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการมอบหมายงานทางการพยาบาล ควรประเมินผลภายหลังดำเนินการอย่างน้อย 6 เดือน

การมอบหมายงานรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแล

1) หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้กำกับติดตามให้เกิดประสิทธิภาพในงาน ด้วยการตรวจสอบ ประสานการดูแล และอำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Marram, et al., 1974, p. 105) เป็นผู้มอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลประจำการโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลประจำการแต่ละคน และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นิเทศ เป็นผู้นำทางคลินิก ควบคุม กำกับดูแลการทำงานของพยาบาลประจำการ (Manthey, 2002, p. 62-63)

2) พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย มีเอกสิทธิ์ อำนาจหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผล และปรับเปลี่ยนแผนการดูแลอย่างเหมาะสมในด้านการวางแผนการพยาบาล ซึ่งต้องมีการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล (Basavanthappa, 2011, p. 287) เริ่มจากพยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้ว จึงเขียนแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลการดูแล อย่างสม่ำเสมอ ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย หากพบปัญหาใดๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง และยินดีรับฟังข้อคิดเห็นจากเพื่อนร่วมงาน และในด้านการประสานงานร่วมกับแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้ต้องตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ เพื่อรับทราบแผนการรักษาและเสนอข้อคิดเห็นเมื่อเป้าหมายในการพยาบาล และการรักษาไม่สอดคล้องกัน (Grohar-Murray & DiCrece, 2003, p. 165)

พยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดขณะที่ พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ (Basavanthappa, 2011, p. 286) ให้ข้อเสนอแนะแก่พยาบาลเจ้าของไข้ หากจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลในด้านการวางแผนการพยาบาล (Marriner-

Tomey, 2004, p. 382) แต่หากมีความคิดเห็นที่แตกต่างกับแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดก็สามารถพูดคุยกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ ในด้านการประสานงานร่วมกับแพทย์ พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะนำข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลเจ้าของไข้มาสื่อสารกับแพทย์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงาน และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ หากจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดูแลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ (Grohar–Murry & DiCroce, 2003, p. 165)

รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ พยาบาลและผู้ป่วยรู้จักกันและกันเป็นอย่างดี มีการประสานงานและการดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจสูง รูปแบบนี้ส่งเสริมการทำงานโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรับผิดชอบและมีอำนาจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความพึงพอใจในงานและการบรรลุผลสำเร็จของพยาบาล ส่วนข้อเสีย คือ มีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องใช้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทำให้ยากในการปฏิบัติ พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยคนอื่นๆ จึงยากที่จะช่วยซึ่งกันและกัน อาจเกิดข้อขัดแย้งระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแล หากพยาบาลผู้ร่วมดูแลเปลี่ยนแผนการพยาบาลโดยที่ไม่ได้สื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้ (Tomey, 2004, p. 383) พยาบาลเจ้าของไข้เกิดความเครียดเนื่องจากต้องรับผิดชอบตลอดเวลา โดยเฉพาะพยาบาลใหม่จะมีความเครียดมาก (Chitty, 2005, p. 366)

2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2.2.1 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

เป็นทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย (A Theory of Goal Attainment) มุ่งเน้นที่บุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและบริบททางสังคม มโนทัศน์หลักตามแนวคิดของคิง (Alligood & Tomey, 2010, p. 293) มีดังนี้

1) การพยาบาล (Nursing) เป้าหมายทางการพยาบาล คือ การช่วยให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี เพื่อให้บุคคลสามารถทำบทบาทของตนเองได้ การพยาบาลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ประกอบด้วย การแสดงออก (Action) ปฏิกริยาโต้ตอบ (Reaction) ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) และผลของปฏิสัมพันธ์ (Transaction) ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต้องรับรู้ซึ่งกันและกัน

2) บุคคล (Person) มีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1) บุคคลมีจิตวิญญาณ

2.2) บุคคลมีความคิด การรับรู้ ตัดสินใจเลือก และการเลือกที่จะทำ

2.3) บุคคลมีความสามารถทางภาษา เพื่อคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมของตนเอง

2.4) บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การมีสุขภาพดีกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันอย่างเป็นเอกเทศได้

2.5) บุคคลมีเอกลักษณ์ และมีความเป็นองค์รวม มีคุณค่า มีความสามารถคิดอย่างมีเหตุผล ตัดสินใจได้ในสถานการณ์ส่วนใหญ่

2.6) บุคคลมีความต้องการ และเป้าหมายที่แตกต่างกัน

3) สุขภาพ (Health) การมีสุขภาพดีเป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่ง บ่งบอกว่าต้องปรับตัวต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในภายนอก ด้วยการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม เพื่อให้การใช้ชีวิตประจำวันมีศักยภาพสูงสุด

4) สิ่งแวดล้อม (Environment) กล่าวว่าการเข้าใจวิธีที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลสิ่งแวดล้อมมีทั้งสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคล โดยสิ่งแวดล้อมในตัวบุคคลจะแปลงเป็นพลังงานให้บุคคลใช้ในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เกิดขึ้นตลอดเวลาการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขขึ้นอยู่กับความกลมกลืนและเท่าเทียมกันของสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของบุคคล

จึง ได้เสนอกรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ มนุษย์เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การพยาบาล คือ การดูแลสุขภาพของมนุษย์ และเป้าหมายของการพยาบาล คือ ช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มคนรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในบทบาททางสังคมได้ โดยมีการประสานกันของ 3 ระบบ ดังนี้

1) ระบบบุคคล (Personal systems) คือ สิ่งที่อยู่รอบๆ บุคคลแต่ละคน (ปัจเจกบุคคล)แต่ละคนเป็นระบบเปิด เรียกว่า ระบบบุคคลทั้งตัวพยาบาลและผู้ป่วย แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบบุคคล เช่น ผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กันในสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติทางการพยาบาล (Alligood, 2002, p. 175) ระบบบุคคลประกอบด้วยมโนคติ 6 ประการ ได้แก่

1.1) การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการด้านความคิดที่มีการจัดรวบรวม ตีความ และเปลี่ยนรูปข้อมูล จากระบบประสาทสัมผัสและความจำเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้มีความเป็นสากล เป็นปรนัย เป็นเรื่องส่วนบุคคลที่แต่ละคนเลือกสรร มุ่งเน้นการกระทำในปัจจุบัน และเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (King, 1981, p. 22-24) การรับรู้เป็นสิ่งที่พยาบาลกับผู้ป่วยใช้ติดต่อสื่อสารกัน พยาบาลเป็นระบบหนึ่งและผู้ป่วยเป็นอีกระบบหนึ่ง ซึ่งจะติดต่อสื่อสารผ่านการรับรู้ของแต่ละบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 217)

1.2) อัตตา (Self) ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกที่ทำให้บุคคลตระหนักถึงความเป็นตนเอง ความเข้าใจว่าตนเองเป็นใครและเป็นอะไร รวมถึงระบบความคิด ทศนคติ ค่านิยม และสิ่งยึดเหนี่ยว อัตตามีความเป็นพลวัตเมื่อพบปัญหาจะพยายามหลีกเลี่ยงและสร้างความสมดุลในชีวิต เป็นระบบเปิดมีการติดต่อกับผู้อื่น และมีการกระทำอย่างมีเป้าหมาย (King, 1981, p. 26-27) การรับรู้อัตตาของแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งไม่สามารถสัมผัสหรือสังเกตอัตตาโดยตรงได้ แต่บุคคลจะแสดงออกทางความคิดและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 217) การมีมโนคติด้านอัตตาทำให้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย มีความตระหนักที่จะช่วยให้เกิดการมีสุขภาพดีจากการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน (King, 1981, p. 28)

1.3) การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ (Growth and development) คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงคุณธรรม จริยธรรม และการกระทำตามบทบาทของบุคคลในช่วงอายุขัยของบุคคลนั้นๆ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 218) การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในชีวิตของคน ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต พยาบาลสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลสุขภาพ หากได้รับรู้ข้อมูลเหล่านี้ (King, 1981, p. 31)

1.4) ภาพลักษณ์ (Body image) เป็นภาพที่บุคคลหนึ่งมีความคิดเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง ซึ่งประกอบขึ้นมาเป็นตนเอง เป็นพลวัตเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พยาบาลต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (King, 1981, p. 31- 32)

1.5) พื้นที่เฉพาะ (Space) ทุกคนมีพื้นที่เฉพาะ ซึ่งเป็นลักษณะการรับรู้อาณาเขตหรือพื้นที่ส่วนตัวของบุคคล เปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวะของบุคคล เฉพาะตัวปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขอบเขตพื้นที่เฉพาะ ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ภาวะสุขภาพ เป็นต้น (King, 1981, p. 37) ขอบเขตพื้นที่เฉพาะแสดงถึงความเป็นส่วนตัว บุคคลจะป้องกันตนเองด้วยการต่อต้านหรือถอยหนี หากมีผู้อื่นเข้าใกล้หรือถูกล้ำพื้นที่ส่วนตัว ขอบเขตพื้นที่เฉพาะจะกว้างเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า และแคบเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 218)

1.6) เวลา (Time) เป็นระยะระหว่างการเกิดของเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ จากช่วงเวลาหนึ่งไปสู่อีกช่วงเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในอดีตและอนาคต การรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตของบุคคล (King, 1981, p. 45) การรับรู้เวลาของบุคคลคนเดียวกัน แต่ในสภาพร่างกาย และสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน อาจรับรู้เวลาต่างกัน เช่น บุคคลที่มีความทุกข์จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงของเวลาช้ากว่าบุคคลที่มีความสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 217)

2) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) หมายถึง การที่บุคคลอยู่รวมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ สองคนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Alligood, 2002, p. 177) จะมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน โดยมีการปรับบทบาทมีการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์มีการดำเนินการไปสู่เป้าหมายและอาจมีภาวะเครียด เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น ประกอบด้วย

2.1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Human interactions) เป็นกระบวนการสื่อสารกันระหว่างบุคคลกับบุคคล เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด เมื่อบุคคลมีความเห็นตรงกันในวิธีดำเนินการก็จะมี การแลกเปลี่ยนกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้วยมโนคติของการรับรู้ การติดต่อสื่อสารและการแลกเปลี่ยน ใช้วิจารณ์ญาณ การแสดงออกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (King, 1981, p. 61)

2.2) การติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างบุคคล ทั้งการพูดคุยและแสดงพฤติกรรม การสื่อสารเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บุคคลไม่สามารถพูดให้ชัดเจนจนผู้อื่นเข้าใจได้โดยง่าย และยากที่จะฟังให้ได้ใจความสมบูรณ์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสื่อสารจึงควรสร้างบรรยากาศให้ความเคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน (King, 1981, p. 62)

2.3) การแลกเปลี่ยน (Transaction) เป็นกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ในการติดต่อสื่อสารของบุคคลบนพื้นฐานของการรับรู้ในสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลให้แต่ละบุคคลรับรู้สิ่งใหม่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่มีคุณค่า (King, 1981, p. 82) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอาจเป็นในรูปการสื่อสารความหมายด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา ทำให้บุคคลรับรู้สิ่งใหม่ ตัดสินใจ และแสดงออก หรือกระทำพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 221)

2.4) บทบาท (Role) เป็นพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในบุคคลที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ (King, 1981, p. 93) บุคคลจะมีการแลกเปลี่ยนในเรื่องใด เนื้อหา และกระบวนการใดขึ้นอยู่กับกรอบบทบาทหน้าที่ของตน รวมถึงความคาดหวังของบุคคลรอบตัวและสังคมด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550, น. 221)

2.5) ภาวะเครียด (Stress) เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาสมดุลเพื่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและการกระทำ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด (King, 1981, p. 98)

3) ระบบสังคม (Social system) หมายถึง การที่กลุ่มคนที่ใหญ่ขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนอื่นในสังคมนั้นๆ เช่น ชุมชน โรงเรียน มีการกำหนดขอบเขตของบทบาททางสังคม พฤติกรรมและการพัฒนาเพื่อให้คงไว้ซึ่งค่านิยม และกลไกในการควบคุมการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (King, 1981, p. 115) การมีจุดมุ่งหมายคล้ายๆ กัน จะผลักดันให้มีการจัดองค์กร มีการจัดแบ่งอำนาจและตำแหน่งในสังคมนี้

เพื่อประโยชน์ของการตัดสินใจ หรือวางนโยบายร่วมกันในสังคมอย่างราบรื่น และได้ผลงาน (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2548, น. 63) ประกอบด้วย

3.1) องค์กร (Organization) เป็นระบบที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทและตำแหน่ง มีการใช้ทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งของบุคคล และองค์กร (King, 1981, p. 119)

3.2) อำนาจในการปฏิบัติงาน (Authority) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันจากการปฏิบัติงาน ตามค่านิยมของบุคคลในองค์กร ภูมิหลัง และการแสดงการรับรู้ตามบทบาทที่กำหนด การมีเหตุผล และการแสดงการรับรู้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตน การยอมรับในอำนาจของแต่ละบุคคลในองค์กร บุคคลหนึ่งมีอิทธิพลทำให้บุคคลอื่นเกิดการยอมรับ และคล้อยตามด้วยอำนาจของบุคคลนั้น (King, 1981, p. 124)

3.3) อำนาจ (Power) เป็นกระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลเหนือผู้อื่นในสถานการณ์ที่จะชักนำ ชี้นำ ควบคุม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้เกิดการยอมรับในการกระทำนั้นๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย โดยที่ผู้อื่นอาจจะไม่เห็นด้วยกับสิ่งนั้น (King, 1981, p.128)

3.4) สถานภาพ (Status) เป็นการแสดงตำแหน่งของบุคคลในกลุ่มของตนเองหรือกลุ่มอื่นในองค์กร มาพร้อมกับบทบาท (King, 1981, p. 130)

3.5) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นกระบวนการเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหา โดยคำนึงถึงความเสี่ยง รายได้ เวลา และทรัพยากร เกิดเป็นแผนการดำเนินงานซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ (King, 1981, p. 133)

จากมโนทัศน์ใน 3 ระบบขั้นต้น จึงได้พัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลที่ให้ชื่อว่า “ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย” จึงมีความเห็นว่าหัวใจสำคัญของการพยาบาล คือ การสร้างสัมพันธภาพ และการกระตุ้นให้มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจึงจะบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดี ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหลายฝ่าย (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2548, น. 61)

ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (King, 1981, p. 143-144) มีดังนี้

- 1) การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
- 2) เป้าหมายความต้องการและค่านิยมของพยาบาลและผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
- 3) บุคคลมีสิทธิที่จะรู้เรื่องเกี่ยวกับตนเอง
- 4) บุคคลมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มีอิทธิพลต่อชีวิต สุขภาพ และการบริการของชุมชน

5) บุคคลในวิชาชีพสุขภาพมีความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

6) บุคคลมีสิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการดูแลสุขภาพที่ตนเองจะได้รับ

7) เป้าหมายของบุคคลในวิชาชีพสุขภาพและเป้าหมายของผู้รับบริการอาจไม่ตรงกัน

ในระบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการแต่ละฝ่ายจะมีส่วนบุคคล ที่มาใช้ร่วมกัน กล่าวคือ ต่างฝ่ายต่างมีการรับรู้และการติดต่อสื่อสารของตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ (1) การกระทำ (Action) คือ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการ (2) การตอบสนอง (Reaction) คือ ปฏิกริยาจากผู้รับบริการและ (3) สิ่งรบกวน (Disturbance) คือ ปัญหาหรือสิ่งที่ทำให้เขาต้องมารับการบริการทางสุขภาพ

องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาใช้บริการทางสุขภาพ เมื่อพยาบาลทราบรายละเอียดขององค์ประกอบดังกล่าวแล้ว พยาบาลจะเข้ามีส่วนร่วมในองค์ประกอบต่อไปนี้ (George, 1990, p. 202-203) คือ

1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือกันค้นหาและกำหนดจุดมุ่งหมายที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้

2) ค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมาย (Explore means to achieve goal) ทั้งสองฝ่ายจะร่วมมือกันหาวิธีการที่จะใช้ในการดำเนินการไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้ร่วมมือกันตั้งไว้

3) ตกลงเลือกวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Agree on means achieve goal) ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกัน และยอมรับในการนำวิธีดำเนินการที่เลือกมาใช้

4) การแลกเปลี่ยนหรือการกระทำร่วมกันตามที่ตกลงไว้ (Transaction) พฤติกรรม หรือการแสดงออกในขั้นสุดท้าย ที่แสดงให้เห็นว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.3 สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน

คนเรานั้นคงไม่มีใครที่จะทำงานโดยลำพังแต่ผู้เดียวโดยไม่เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ นั่นคือ คนต้องทำงานร่วมกับคนอื่น ทั้งที่อาวุโสกว่าตน อ่อนอาวุโสกว่าตน และเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในระดับเดียวกันหรือที่มักเรียกกันว่า “เพื่อนฝูง” หรือ “เพื่อนร่วมงาน”

2.3.1 สัมพันธภาพ

สัมพันธภาพ หมายถึง การติดต่อเกี่ยวข้องกับกันในการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลหรือระหว่างบุคคล ในองค์การใดองค์การหนึ่ง เพื่อให้องค์การนั้นบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2551, น. 235)

1) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพ

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2551, น. 236) กล่าวถึง องค์ประกอบในด้านสัมพันธภาพ 3 ประการ ดังนี้

1.1) การเข้าใจตนเอง หมายถึง การรู้ว่าตัวเองเป็นใคร มีความสามารถมากน้อยเพียงใดทำอะไรได้และไม่เก่งอะไร การรู้จักตนเองทำให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง เข้าใจในสิทธิหน้าที่คุณค่าต่างๆ ของตนเอง

1.2) การเข้าใจผู้อื่นๆ มีความหมายเช่นเดียวกับการเข้าใจตนเอง เราต้องรู้ว่าคนที่เราต้องการติดต่อกับเป็นใคร มีความสามารถอย่างไร เราต้องยอมรับในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของคนอื่นด้วย

1.3) การรู้จักคนอื่น หมายถึง การสนใจจิตใจคนอื่นด้วยสันติวิธีด้วยความพึงพอใจของเขา ความเต็มใจของเขา โดยใช้เทคนิคการรู้จัก การรู้จักธรรมชาติของคน

ทฤษฎีพื้นฐานสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Fundamental Interpersonal Relations Orientations) ของชูลทซ์ (Schutz) มี 3 มิติ คือ การรวมกลุ่ม (Inclusion) เป็นความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการมีปฏิสัมพันธ์และสัมผัสกับผู้อื่น การควบคุมใกล้ชิด (Control) คือ ความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยความเคารพ ในหน้าที่และสิทธิของเขา และความรักใคร่ผูกพัน (Affection) เป็นความต้องการรักใคร่ พึงพอใจซึ่งกันและกัน (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2551, น. 82-83) บุคคลแต่ละคนมีรูปแบบหรือมีลักษณะเฉพาะในการปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงและปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น ซึ่งความสัมพันธ์นั้นอาจเป็นไปในลักษณะที่เข้ากันได้ (Compatibility) หรือเข้ากันไม่ได้ (Incompatibility) ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์และการปรับตัวของสมาชิกในกลุ่ม (ทิตินา แชมมณี, 2545, น. 9)

2) แนวคิดสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน (Collegiality relationship)

แนวคิดสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน ของ Beyer & Mashall (1981) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นวิชาชีพ (Professionalism) การตัดสินใจ (Decision making) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)

2.1) ความเป็นวิชาชีพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542, น. 1073) ได้อธิบายความหมายของวิชาชีพว่าหมายถึง วิชาที่จะนำไปใช้ในการประกอบอาชีพ วิชาชีพการพยาบาล เป็นงานที่ต้องใช้สติปัญญา ความคิด และรับผิดชอบงานในหน้าที่ รับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน มีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ มีองค์ความรู้เฉพาะสาขาที่ชัดเจน ผู้ประกอบวิชาชีพต้องประเมินการปฏิบัติงานของตนเองให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ต้องหมั่นศึกษาหาความรู้ทางการพยาบาลเพิ่มเติมอยู่เสมอ มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาพัฒนางาน

ร่วมมือกับเพื่อนร่วมงานในการพัฒนาวิชาชีพ ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ประเมินคุณภาพ และประสิทธิภาพการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีจรรยาบรรณวิชาชีพ (Arnold & Boggs, 2003, p. 30; Chitty & Black, 2011, p. 66-68)

2.1.1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล

พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัย เพื่อเพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Marram et al., 1974, p. 34) ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงานทางคลินิก ที่นำความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง ในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดที่จะดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย (Masters, 2008, p. 206) โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบด้วยการบูรณาการความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพ ค่านิยมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ กับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2555, ออนไลน์) การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหนึ่งในขั้นตอนที่จะทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแต่ละคนจะได้รับบริการที่ดีที่สุด ซึ่งสามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

2.1.2) กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

สามารถแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2555, ออนไลน์) ได้แก่

- (1) การประเมินผู้ป่วย (Assess the patient) เริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนด ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย
- (2) การตั้งคำถาม (Ask the question) เป็นการตั้งคำถามเพื่อใช้ในการหาคำตอบต่อปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด
- (3) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Acquire the evidence) เป็นการเลือกแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ใช้เว็บไซต์ PubMed และทำการค้นคว้า/ศึกษาวิจัยด้วยวิธีที่เหมาะสม
- (4) การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraise the evidence) เป็นการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการวิเคราะห์ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ได้จริง
- (5) การนำไปใช้ (Apply: talk with the patient) เป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการพิจารณาว่าดีที่สุดไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหา โดยสิ่งนั้นต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วย
- (6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะก่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนา หรือยึดเป็นแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานการปฏิบัติต่อไป

2.1.3) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และ ค้นหาแนวทางการตอบสนองปัญหาและความต้องการที่ดีที่สุด เนื่องจากผ่านการกลั่นกรองจากกระบวนการคิดของกลุ่มบุคคล (กนกนุช ขำภักตร์, 2549, น. 1) เพื่อหาแนวทางปฏิบัติของปัญหาเฉพาะเรื่อง ผู้เข้าร่วมการประชุมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และนำมาวางแผนการพยาบาล (สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วนิชปัญญพล, 2552, น. 96)

(1) ประเภทของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลอาจปฏิบัติได้หลายลักษณะขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ สาระ หรือประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต้องการ ซึ่งการประชุมปรึกษาแต่ละประเภทก็จะมีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ แบ่งเป็น 8 ประเภท (กนกนุช ขำภักตร์, 2549, น. 1-2) คือ

(1.1) การประชุมปรึกษาในการชี้แนะแนวทาง (Direction giving conference) หรืออาจเรียกว่า Pre-conference เป็นการประชุมปรึกษาก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการมอบหมายงาน การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่างในแง่ภาระความรับผิดชอบ และสิ่งจำเป็นต่างๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

(1.2) การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (Content conference) เป็นการนำหัวข้อเรื่องที่สมาชิกสนใจที่จะเรียนรู้มาอภิปรายร่วมกัน โดยมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำอภิปราย และสมาชิกในกลุ่มทุกคนต้องเตรียมเนื้อหามาร่วมอภิปราย

(1.3) การประชุมปรึกษาทีมการพยาบาล (Team nursing conference) เป็นการประชุมปรึกษาในทีมหรือหลายทีมร่วมกัน เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการพยาบาลเฉพาะอย่างของผู้ป่วยเฉพาะราย หรืออาจอภิปรายไปถึงผู้ป่วยคนอื่นที่มีปัญหาเดียวกันด้วย

(1.4) การประชุมปรึกษานุคลากรทีมการพยาบาล (Nursing team conference) เป็นการประชุมปรึกษาร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้รักษาอื่นๆ เพื่อผลทางการพยาบาลโดยตรง ช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันที่ดี และส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

(1.5) การประชุมปรึกษาข้างเตียง (Bedside conference) เป็นการนำผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการประชุมปรึกษา เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง และอาจสาธิตหรือลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างกับผู้ป่วย

(1.6) การประชุมปรึกษานุคลากรพยาบาล (Nursing staff conference) เป็นการประชุมปรึกษาของบุคลากรพยาบาลหลายๆ ระดับเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล โดยไม่

เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง อาจเกี่ยวข้องกันทรัพยากรด้านการพยาบาล ซึ่งสำคัญและจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพการพยาบาล

(1.7) การประชุมปรึกษาการพยาบาล (Nursing care conference) เป็นการประชุมปรึกษาของกลุ่มบุคลากรพยาบาล เพื่ออภิปรายเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย อันจะมีผลโดยตรงต่อการวางแผนการพยาบาล

(1.8) การประชุมปรึกษาล้างปฏิบัติงาน (Post-conference) เป็นการประชุมปรึกษาเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน และการเรียนรู้ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากรในทีมการพยาบาล

(2) การมอบหมายงาน

การมอบหมายงาน เป็นกิจกรรมที่หัวหน้าสื่อสารให้สมาชิกในทีมรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบดูแล การมอบหมายโดยคำนึงถึงความรู้ความสามารถของสมาชิก และมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร (สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วนิชปัญจพล, 2552, น. 52)

2.2) การตัดสินใจ

การตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดนำมาใช้แก้ไขปัญหา เพื่อจัดปัญหาให้หมดไป หรือบรรเทาระดับความรุนแรงของปัญหา (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2551, น. 339) รูปแบบการตัดสินใจมี 4 รูปแบบ (รัตติกรณ์ จงวิศาล, 2554, น. 41-42) ได้แก่

(1) การตัดสินใจแบบชี้แนะ บุคคลที่มีรูปแบบการตัดสินใจแบบนี้จะมีความอดทนอดกลั้นต่อความคลุมเครือต่ำ มุ่งงาน และกังวลด้านเทคนิคในการตัดสินใจของตนเอง เป็นนักปฏิบัติชอบใช้อำนาจ ต้องการเป็นผู้ควบคุม

(2) การตัดสินใจแบบวิเคราะห์ บุคคลที่มีรูปแบบการตัดสินใจแบบนี้จะมีความอดทนอดกลั้นต่อความคลุมเครือสูง มุ่งงาน และเทคนิค ชอบวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้เวลานานในการตัดสินใจ ชอบใช้อำนาจเผด็จการ

(3) การตัดสินใจแบบพฤติกรรม บุคคลที่มีรูปแบบการตัดสินใจแบบนี้จะมีความอดทนอดกลั้นต่อความคลุมเครือต่ำ และมีลักษณะมุ่งคน และสังคม จึงทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี และชอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดเผย หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง และไม่ชอบตัดสินใจในปัญหาที่ยาก และมีคนที่ต้องผิดหวังกับการตัดสินใจนั้น

(4) การตัดสินใจแบบความคิดรวบยอด บุคคลที่มีรูปแบบการตัดสินใจแบบนี้จะมีความอดทนอดกลั้นต่อความคลุมเครือสูง และมีลักษณะมุ่งคน และสังคม จะมีแนวคิดใหม่ๆ ชอบเสี่ยง มักจะตัดสินใจไม่เด็ดขาด

2.2.1) การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ

การตัดสินใจเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ วิชาชีพทางการแพทย์เป็นการคัดเลือกที่จะดำเนินอย่างใดอย่างหนึ่งจากทางเลือกหลายๆ ทาง การ โดยอาศัยกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ที่นำไปสู่การตัดสินใจ วางแผนการดำเนินการ ควรพิจารณาเฉพาะกลยุทธ์ที่สามารถปฏิบัติได้ พิจารณาผลลัพธ์ที่ตามมา กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจโดยคำนึงถึงความพึงพอใจความเป็นวิชาชีพ และค่านิยมขององค์กร เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ตัดสินใจดำเนินการ และประเมินผลลัพธ์ (Basavanthappa, 2011, p. 54; Marroner-Tomey, 2004, p. 56)

เพื่อนร่วมงานควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจ มีการอภิปรายให้ข้อคิดเห็น การตัดสินใจจากกลุ่มเพื่อนร่วมงานอาจจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าการตัดสินใจเพียงลำพัง เนื่องจากกลุ่มจะมีมุมมองที่กว้าง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันค้นหาปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น แต่ละคนนำเสนอทางเลือกที่สามารถปฏิบัติได้ นำมาหาข้อสรุปจนได้กิจกรรมที่เหมาะสมแล้วจึงนำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจโดยกลุ่มมีข้อเสีย คือ กระบวนการตัดสินใจต้องใช้เวลา และค่าใช้จ่ายมากกว่าการตัดสินใจเพียงลำพัง ในบางครั้งจะมีแรงกดดันจากคนในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติตามความต้องการ การสร้างสรรค์สิ่งใหม่จึงอาจเกิดขึ้นได้ยาก และเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีอำนาจจะเป็นผู้ชักนำการตัดสินใจของกลุ่ม บ่อยครั้งที่การตัดสินใจโดยฉันทมติ เกิดประสิทธิภาพน้อยกว่าการตัดสินใจโดยคนคนเดียว (Follett, 1982, p. 340)

2.3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542, น. 1170) ได้อธิบาย หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง บุคคลย่อมต้องมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในสังคม การสร้างมนุษยสัมพันธ์มีความสำคัญมากต่อการบริหารงาน การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วยความไว้วางใจกัน ร่วมมือสามัคคีกัน เป็นสัมพันธภาพของเพื่อนร่วมงานในการทำงานร่วมกันอย่างมีมิตรภาพ (Comradeship) มีความเข้าใจกันระหว่างบุคคลในองค์กรด้วยความมีจิตสาธารณะ (Comunal spirit) และมีความพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Effort) แบ่งได้เป็น 8 องค์ประกอบ (Beyer & Marshall, 1981, p. 662-663) ดังนี้

(1) ความมั่นใจและความไว้วางใจ (Confidence and trust) เป็นพฤติกรรมที่เกิดควบคู่กันไป แสดงออกด้วยการมีความเชื่อสัจต่อกัน มีความเชื่อถือซึ่งกันและกัน มั่นใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดต่อเพื่อนร่วมงาน

(2) การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help) เป็นบรรยากาศการทำงานที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของกลุ่ม ให้ความช่วยเหลือช่วยแก้ไขปัญหาด้าน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การให้ความสนับสนุนกันและกัน (Mutual support) การที่เพื่อนร่วมงานเต็มใจรับฟัง ให้การยอมรับ ยกย่องชมเชย ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเชิงบวก ส่งเสริมกันและกัน

(4) ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ (Friendliness and enjoyment) การปฏิบัติงานด้วยความผ่อนคลาย พุดคุยปรึกษากันด้วยความเคารพซึ่งกันและกัน และปฏิบัติต่อกันด้วยความสนใจห่วงใยกัน

(5) ความพยายามของทีมที่มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย (Team efforts toward goal achievement) มีการประสานงานความร่วมมือในการทำงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สมาชิกกระตือรือร้นเสียสละในการปฏิบัติงาน โดยกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันเพื่อให้งานสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

(6) การริเริ่มสร้างสรรค์ (Creativity) มีการกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ คิดอย่างมีวิจารณญาณ มีบรรยากาศของการให้อภัย ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

(7) การสื่อสารอย่างเปิดกว้าง (Open communication) มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์กันอย่างเปิดกว้าง รับฟังข้อมูลจากเพื่อนร่วมงาน และสามารถจัดการข้อขัดแย้งอย่างเปิดเผยและไม่ถือคติ สามารถสื่อสารได้หลายช่องทางทั้งการพูด อ่าน เขียนและฟัง และเป็นการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

(8) ความเป็นอิสระจากการคุกคาม (Freedom from threat) ปฏิบัติงานด้วยความเป็นอิสระและมีความรู้สึกปลอดภัย มั่นคงต่อเพื่อนร่วมงาน ด้วยบรรยากาศที่ไม่เคร่งเครียด

การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของบุคคลในองค์กร ทั้งหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกน้อง ในองค์กร และบุคคลอื่นที่ต้องเกี่ยวข้องนอกองค์กร จะช่วยให้บรรยากาศในการทำงาน การติดต่อประสานงานดีขึ้น บุคคลในองค์กรจะทำงานอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในการทำงาน รู้สึกผูกพันกับองค์กร (รัตติกรณ์ จงวิศาล, 2554)

2.3.2 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน

สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานเป็นสัมพันธภาพในแนวนอน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2551, น. 366) เป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ (Basavanthappa, 2011, p. 560) การทำงานร่วมกันในหมู่เพื่อนร่วมงานจำเป็นต้องสร้างสัมพันธไมตรีต่อกันเพื่อให้ทำงานด้วยกันได้ดี ผู้ที่อยู่ในองค์กรได้นานมีความผูกพันกับองค์กรมีความศรัทธาและจงรักภักดีต่อ

องค์กร จะเป็นผู้ที่มิสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2551, น. 255) มีดังนี้

- 1) เมื่อเพื่อนพูดให้รับฟังด้วยความตั้งใจ ไม่ใช้อารมณ์ในการตัดสินความคิดของเขา
- 2) ให้ความเป็นกันเองและเป็นมิตร
- 3) ยกย่องชมเชยเพื่อนร่วมงานด้วยความจริงใจ โดยปราศจากความอิจฉาริษยา
- 4) อย่าแสดงตนว่าเหนือกว่าเพื่อนร่วมงาน
- 5) มีความจริงใจและเสมอต้นเสมอปลายในการติดต่อกัน
- 6) ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีทุกข์ร้อน
- 7) มีโอกาสในการพบปะสังสรรค์นอกเวลาทำงาน
- 8) ยิ้มแย้มแจ่มใสและเป็นมิตรกับเพื่อนร่วมงาน
- 9) ไม่โยนความผิดหรือชักทอดความผิดให้กับเพื่อนร่วมงาน
- 10) ใจกว้างและยอมรับความสามารถของเพื่อนร่วมงาน

2.3.3 สัมพันธภาพในวิชาชีพการพยาบาล (Intraprofessional in nursing)

ในสังคมพยาบาลพบความขัดแย้งกันมากมายในระหว่างเพื่อนร่วมงาน เช่น การซุบซิบนินทา วิวาทวิวาท การปกปิดข้อมูล ข่มขู่รุกรานทั้งกายและวาจา โดยที่ผู้บริหารมักจะไม่ว่าและผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการถูกคุกคามจากเพื่อนร่วมงานมากกว่าสาเหตุอื่น (Baltimore, 2006, p. 30) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึง เพราะเนื่องจากการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล การเพิ่มผลผลิตและการควบคุมต้นทุนของระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าหากบุคลากรมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในหมู่เพื่อนร่วมงานกับเกิดข้อขัดแย้งในสถานที่ทำงานจะทำให้บุคลากรไม่อยากทำงาน บุคลากรขาดงานเพิ่มขึ้น ขวัญกำลังใจลดลงและนำไปสู่การออกจากงานในที่สุด (Duddle & Banghton, 2007, p. 29; Baltimore, 2006, p. 30)

มุมมองของสัมพันธภาพในวิชาชีพทางการพยาบาลมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมให้มีการประสานความร่วมมือกัน การประสานกันและรับรู้ซึ่งกันและกันในหมู่เพื่อนร่วมวิชาชีพทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานร่วมกัน พยาบาลแสดงบทบาทผู้ร่วมงานด้วยการแลกเปลี่ยนการให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษากันในทีมพยาบาล ซึ่งสามารถพบเห็นพฤติกรรมเหล่านี้ได้ เช่น การที่พยาบาลมีส่วนร่วมในองค์กรวิชาชีพ การให้คำปรึกษาเป็นพี่เลี้ยงแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย การเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริการทางการพยาบาล ช่วยเหลือผู้วิจัยเก็บข้อมูล เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาชีพและสนับสนุนให้ความช่วยเหลือเพื่อร่วมงาน (Chitty, 2005, p. 177)

1) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักขาดอิสระที่จะเลือกวิธีการรักษาให้ตนเอง และต้องสัมผัสกับบุคลากรที่มีสุขภาพมากมายที่มาดูแลรักษาตามความเจ็บป่วย เช่น พยาบาล แพทย์หลายสาขานักกายภาพ ฯลฯ ซึ่งแต่ละคนจะให้การดูแลรักษาให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้จะต้องเป็นปากเป็นเสียงให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้และเป็นผู้วางแผนการพยาบาล ตลอดจนให้ความช่วยเหลือครอบครัว พยาบาลเจ้าของไข้ ต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำไปวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม 24 ชั่วโมง และให้การช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และก่อให้เกิดการดูแลรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน (Schiro, 1980, p. 236-237)

2) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและพยาบาล

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้รับความคาดหวังว่ามีความสามารถสูงในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือกันในหมู่เพื่อนเป็นสิ่งสำคัญ แต่เนื่องจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักจะภาคภูมิใจในความสามารถของตน จึงมีความมั่นใจในตนเองสูง ตัดสินใจตามลำพัง มีการแข่งขันกันในกลุ่มเพื่อนร่วมงานส่งผลให้พยาบาลแต่ละคนต้องเฝ้าหาความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน แต่ละคนก็มีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นของตนเอง บ่อยครั้งที่เกิดความขัดแย้งกันซึ่งเป็นข้อเสียของรูปแบบนี้ หัวหน้าหอจึงต้องจัดให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เพื่อให้มีเวทีของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นไม่เพียงแต่จะทำให้ลดการแข่งขันกันแต่ยังก่อให้เกิดความสามัคคีภายในหน่วยงาน พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ จึงต้องได้รับการระบายความเครียดด้วยความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน การสับเปลี่ยนเวร เปลี่ยนผู้ป่วยในความดูแล ซึ่งแพทย์ไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพูดคุยกันในหมู่พยาบาลจะช่วยให้คลายความเครียดลงได้ (Schiro, 1980, p. 236-238)

3) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต้องทำร่วมกันเป็นทีม ในบางครั้งเกิดข้อขัดแย้งระหว่างพยาบาลและแพทย์ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ปกติแพทย์ไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สามารถช่วยเหลือแพทย์ได้ เนื่องจากรูปแบบนี้พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีอำนาจในการตัดสินใจ แต่อาจไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์เพราะส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้หญิง และแพทย์เป็นผู้ชาย การได้รับการยอมรับว่าตนเองมีสถานะไม่เท่าเทียมแพทย์จึงทำให้พยาบาลไม่กล้าเป็นปากเป็นเสียงให้ผู้ป่วย หากใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักพยาบาลต้องค้นหาความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ แม้ว่าพยาบาลจะไม่ได้เป็นหมอ (Mimidoctor) แต่ก็มีอิสระในการทำงานที่มีส่วนที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักจะ

ทำตามคำสั่งแพทย์และดูแลสิ่งแวดล้อมทั่วไป แต่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป้าหมายสำคัญของพยาบาล คือ การประเมินผู้ป่วยและติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดภายหลังให้การพยาบาลด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาล รายงานแพทย์เมื่อตรวจพบปัญหาขณะให้การดูแล เช่น กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปใน หลอดเลือด เมื่อสังเกตพบอาการปัสสาวะเป็นเลือดมีภาวะเลือดออกไม่หยุดและไอเป็นเลือด แพทย์อาจ แสดงกิริยาก้าวร้าวต่อพยาบาล เมื่อได้รับการรายงานอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และปล่อยให้พยาบาล แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นเหมือนเด็กที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง พยาบาลจึงต้อง ปฏิบัติตนเหมือนแม่ที่ให้การดูแลเอาใจใส่ดูแลตลอดเวลา แพทย์รับบทบาทเป็นพ่อที่เข้มแข็งตอบสนอง ต่อความต้องการของพยาบาลผู้ดูแล แต่รูปแบบการมอบหมายงานไม่มีอยู่ในโครงสร้างจึงต้องนำ การทำงานเป็นทีมมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาล แพทย์ และครอบครัว มีสัมพันธภาพต่อกัน แพทย์จะต้องเข้าใจว่าพยาบาลเป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทำงานเคียงข้างกัน รับฟังซึ่งกันและกัน พยาบาลส่วนมากอยู่ภายใต้อำนาจแพทย์ ด้วยการปฏิบัติงานตามคำสั่ง การรักษาที่แพทย์บันทึกไว้ในเวชระเบียนก่อนออกไปจากหน่วยงาน พยาบาลส่วนใหญ่วิตกกังวลเมื่อมี ประเด็นที่จำเป็นต้องปรึกษารือกัน พยาบาลรู้สึกไม่เพียงพอในทำที่ที่ก้าวร้าวของแพทย์ พยาบาล เจ้าของไข้ต้องเอาชนะปัญหานี้ด้วยการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน พยาบาลเจ้าของไข้แก้ไข ปัญหานี้ด้วยการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน ต้องทำให้แพทย์มีความรับผิดชอบร่วมกับตนเอง ซึ่งในกรณีนี้เพื่อนร่วมงานไม่สามารถช่วยเหลือได้ ต้องอาศัยความเข้าใจและความเชื่อมั่นซึ่งกันและ กัน แพทย์ควรสื่อสารกับพยาบาลในเชิงวิชาชีพ เมื่อพบปัญหาของผู้ป่วยแพทย์ควรประสาน พยาบาลเจ้าของไข้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักควรเป็นลักษณะ ของเพื่อนร่วมงาน ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (Schiro, 1980, p. 238-239)

4) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและครอบครัว

พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทช่วยเหลือครอบครัวให้เข้าใจการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วย ได้รับ ส่งเสริมครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤตและบรรเทาความวิตกกังวลเนื่องจากพยาบาลมี ภาระงานมากประกอบกับครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ในระยะเวลาสั้นๆ ทำให้พยาบาลไม่ค่อย มีเวลาพูดคุยด้วย พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวด้วยการแจ้งชื่อตนเอง แนะนำตนเองว่า เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และยินดีให้การช่วยเหลือหากต้องการความช่วยเหลือใดๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยจะช่วย ให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ สัมพันธภาพกับครอบครัวเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ครอบครัวมีส่วนช่วยในการประเมินสภาพผู้ป่วยจากการเล่าประวัติการรักษา อาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับพยาบาลได้ พยาบาลสามารถค้นหา

ข้อมูลผู้ป่วยได้จากครอบครัว เช่น ลักษณะนิสัย ความชอบไม่ชอบ เพื่อนำไปใช้วางแผนการพยาบาล โดยทั่วไประยะเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอนุญาตให้เยี่ยมได้ประมาณ 5 นาที อาจน้อยเกินไปในผู้ป่วยบางราย พยาบาลเจ้าของไข้ควรพิจารณาเพิ่มระยะเวลาการเข้าเยี่ยมให้เหมาะสม สภาพผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจการต่อสายท่อระบายต่างๆ ทั้งเข้าและออกจากร่างกาย พยาบาลต้องตระหนักในสิ่งเหล่านี้และเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ช่วยแก้ปัญหาครอบครัวหรือปัญหาทางการเงินแต่จะส่งต่อให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ (Schiro, 1980, p. 239-241)

2.4 การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2.4.1 ผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำเป็นต้องรับไว้รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดหลายๆ ด้าน เช่น ได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังจากการทำงานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีแสงสว่างมากตลอด 24 ชั่วโมง ผู้คนพลุกพล่านมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีการดำเนินชีวิตที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถตัดสินใจหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่มีอำนาจในการต่อรอง และขาดความเป็นส่วนตัว (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556, น. 20) สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย มีผู้ป่วยไม่น้อยที่ประสบความทุกข์ทรมานขณะพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีการตอบสนองด้านจิตสังคม (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2553, น. 5-6) ดังนี้

- 1) ความกลัวและความวิตกกังวล (Fear and anxiety) เช่น กลัวความตาย กลัวเจ็บปวด กลัวพิการ
- 2) การนอนหลับไม่เพียงพอ (Sleep deprivation) สาเหตุเกิดจากแสง เสียง ยา และกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่กระทำตลอด 24 ชั่วโมง
- 3) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรมร้องไห้ แยกตัว หลีกเลียงการสบตา
- 4) ภาวะสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือทำอะไรได้น้อย ทำให้รู้สึกสูญเสียอำนาจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
- 5) ภาวะบิบบั่นด้านจิตวิญญาณ (Spiritual distress) ภาวะนี้มีกฏกละเลยและไม่ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือประเมินได้ชัดเจนและประเมินได้ยาก
- 6) ความเจ็บปวด (Pain) ความรุนแรงขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน และมีสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและความวิตกกังวล
- 7) ภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต (ICU Psychosis) เป็นภาวะที่สมองทำงานบกพร่องกะทันหัน ผู้ป่วยจะมีอาการรบกวน นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556, น. 30)

2.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามของชีวิต โดยการประเมินปัญหาผู้ป่วยพร้อมทั้งวางแผนการรักษายาบาล มุ่งเน้นการรักษาประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมตามภาวะตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556, น. 3; สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, 2553, น. 2)

1) องค์ประกอบของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วย (Critical ill patient) พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical care nurse) และสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก (Critical care environment) ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยที่ผู้ป่วยกับพยาบาล มีปฏิสัมพันธ์กันและมีสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักอยู่ล้อมรอบ ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและพยาบาล (สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, 2553, น. 3)

2) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่กำลังคุกคามชีวิต การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบต่างๆ การควบคุม การติดเชื้อ การจัดการความปวดและภาวะ โภชนาการในระยะวิกฤต การนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยวิกฤต (สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, 2553, น. 1)

บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556, น. 5-6; สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, 2551, น. 9-15) ดังนี้

(1) บทบาทในด้านการประเมินผู้ป่วย ซึ่งต้องประเมินตั้งแต่แรกรับและประเมินทุกช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แบบประเมินที่นิยมใช้ คือ แบบประเมิน FANCAS ที่มุ่งเน้นลำดับความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ประเมินปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุม ประกอบด้วย ด้านความสมดุลของน้ำ (F = Fluid balance) ด้านการหายใจ (A = Aeration) ด้านโภชนาการ (N = Nutrition) ด้านการติดต่อสื่อสาร (C = Communication) ด้านการทำกิจกรรม (A = Activity) และด้านการกระตุ้น (S = Stimulation)

(2) เฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย และประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ

(3) รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วย ช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ทำให้ญาติหรือครอบครัวเกิดความเครียด ความกลัว วิดกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม พิการ หรือทุพพลภาพ รวมถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

(4) คุณแลสิ่งแวดลอมของผู้ป่วยทั้งสิ่งแวดลอมทางดานกายภาพตอบสนองต่อ ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ การระบายอากาศดี แสงสว่างเพียงพอ อุณหภูมิพอเหมาะ การระบายสิ่งคัดหลั่ง และของเสียได้ดี การควบคุมเสียงได้ดีและสิ่งแวดลอมทางดานจิตใจและสังคมที่ ควรคำนึงถึง คือ การทำให้ปราศจากความเครียดที่อยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วย

2.4.3 การพยาบาลดานจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ปัญหาความต้องการทางดานจิตสังคมมักถูกละเลย หรือให้ความสนใจน้อยเกินไป พยาบาลควร เพิ่มความสนใจและให้การดูแลผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556. น. 38) ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
- 2) ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก หออภิบาลผู้ป่วยหนัก
- 3) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้สถานที่ เวลา อธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วัตถุประสงค์ใน การรักษาพยาบาล
- 4) จัดให้มีการรับรู้ความรู้สึกอย่างมีความหมายและเหมาะสม เช่น การสัมผัสในขณะที่ พุดคุย ชักถามด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล
- 5) ลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป หรือลดการใช้เสียงทุกชนิด
- 6) อนุญาตให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้อยู่ร่วมกันโดยลำพัง เพื่อจะได้แสดงความเห็นอกเห็น ใจ และประคับประคองดานจิตใจ
- 7) จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้นมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่น
- 8) ชมเชย และให้แรงเสริมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเอง เช่น การไอ การหายใจ พลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร
- 9) อนุญาตให้ผู้ป่วยพุดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ รับฟังพฤติกรรมแสดงอารมณ์ โกรธ ของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้เวลาที่นานพอที่ผู้ป่วยจะได้ระบายความวิตกกังวล กลัว พร้อมๆ กับการสนับสนุน ให้กำลังใจ
- 10) ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเชื่อดานจิตวิญญาณ การต้องการความรัก
- 11) แสดงความเห็นอกเห็นใจโดยวิธีสัมผัส พุดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน พร้อมทั้ง ให้เวลาที่นานพอแก่ผู้ป่วย
- 12) แนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การสูดหายใจเข้า-ออก ยาวๆ ลึกๆ

13) ให้กิจกรรมพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด โดยการรวมกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างไว้ในเวลาเดียวกัน เช่น วัดสัญญาณชีพพร้อมกับการจัดท่านอนหรือดูดเสมหะให้ยาและประเมินด้านจิตสังคม

14) พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงมั่นคง แสดงความเข้าใจ เห็นอก-เห็นใจผู้ป่วย

15) ในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความต้องการโดยการเขียนกระดานหรือในกระดาษ

16) ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กอาจจำเป็นต้องเพิ่มเวลาที่จะให้พ่อ-แม่เข้าเยี่ยมบ่อยขึ้นเป็นพิเศษ หรืออาจให้พ่อ-แม่เข้าอยู่ในห้องไอซียูกับผู้ป่วย เพราะเด็กมีความต้องการพึ่งพาและอยู่กับพ่อ-แม่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมั่นคงทางจิตใจได้มากขึ้น

2.4.4 การพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

การพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก็คล้ายๆกับการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งก่อนขณะและภายหลังการเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญของญาติ ควรให้ครอบครัวอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และต้องทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการได้รับการดูแลรักษา ได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย (Simon, 2011, p. 259) นอกจากผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาแล้วสมาชิกในครอบครัวยังต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องรับรู้ความต้องการและมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (วิจิตร กุสุมภ์, 2556. น. 43; สุจิตรา ลีมอานวยลาก, 2551, น. 15-16) ดังนี้

1) ความต้องการมีความหวัง (Need to hope) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รอดชีวิตหรืออยู่ในสภาพที่พิการไปตลอดชีวิต แต่ครอบครัวก็ยังมีหวัง พยาบาลควรให้กำลังใจช่วยเหลือประคับประคองครอบครัว

2) ความต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย (Need for information) พยาบาลควรอำนวยความสะดวกให้พบปะพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย

3) ความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย (Need to assurance of loved one's comfort) พยาบาลควรดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมทั้งในด้านแสง เสียงและช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด

4) ความต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วย (Need to be with the patient) พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เยี่ยม และใกล้ชิดผู้ป่วยตามความต้องการ การจำกัดการเยี่ยมมีผลต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว จากการสัมภาษณ์ครอบครัว พบว่า การไม่จำกัดเวลาเยี่ยมเป็นความต้องการ 1 ใน 10 อันดับแรก (Simon, 2011, p. B259)

5) ความต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย (Need to be helpful) พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

6) ความต้องการที่จะได้ระบายความรู้สึกต่างๆ (Need to ventilate) พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่มีต่อผู้ป่วย รับฟังด้วยความเข้าใจและเห็นใจ

7) ความต้องการอยากมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Need to participate in discharge planning) เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมตัวกลับบ้าน

8) ความต้องการที่จะได้รับการบอกกล่าวถึงอาการของผู้ป่วยใกล้ตาย (Need to be informed of impending death) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงพยาบาลควรบอกครอบครัวให้ทราบเป็นระยะๆ เพื่อให้เตรียมใจรับสถานการณ์

2.4.5 การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ก่อนที่จะนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในเบื้องต้นต้องอธิบายแนวคิดการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องตั้งคำถาม ค้นหาปัญหา และต้องประเมินก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จควรปฏิบัติ (Schiro, 1980, p. 230) ดังนี้

1) อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

2) ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และกำหนดแผนดำเนินการ

3) สร้างการยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

4) ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินการ

2.5 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง และการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

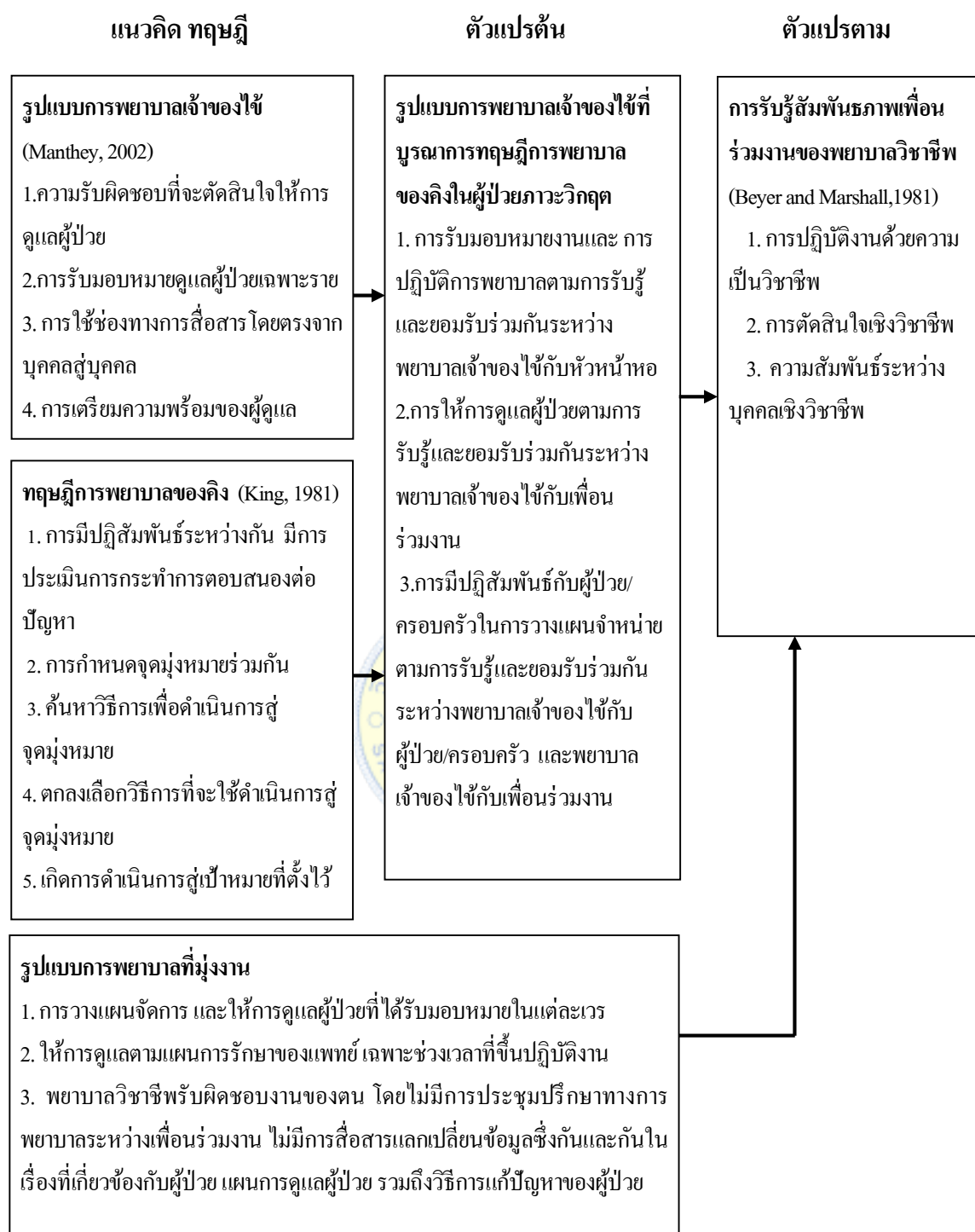
รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ ทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาผนวกเป็นการทำงานกิจกรรมของพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปฏิบัติกับเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วย โดยนำแนวคิดรูปแบบการมอบหมายงานของ Manthey (2002) และทฤษฎีการพยาบาลของ King (1981) มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับมอบหมายงาน และการปฏิบัติกรพยาบาลตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต

กิจกรรมที่ 2 การให้การดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน

กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัว และพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องเผชิญต่อภาวะความกดดันและความเครียดสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตพยาบาลต้องสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ภายใต้บรรยากาศการทำงานที่วิกฤต พยาบาลต้องทำหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้ยา ให้การดูแลพื้นฐานและประสานการดูแลอื่นๆ (Arlene, 1980, p. 229) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพปัจจัยหนึ่ง คือ การเลือกใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่เหมาะสม รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมช่วยให้พยาบาลสามารถรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลมีอำนาจและอิสระในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการรับผิดชอบในหน้าที่แต่ข้อจำกัดของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ขาดความรู้ ความสามารถ ผู้ป่วยอาจได้รับผลเสียมากกว่าการได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน (Marroner-Tomey, 2000, p. 328) จึงต้องมีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ประกอบกับพยาบาลเจ้าของไข้จะรู้จักผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดีจะไม่รู้จักผู้ป่วยคนอื่นๆ อาจก่อให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ (Chitty, 2005, p. 366) หากนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาประยุกต์เพื่อให้พยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันความรู้ ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์ 3 ระบบ ประกอบด้วย บุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และบริบททางสังคม (Chitty, 2005, p. 280) การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในหมู่เพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้บุคลากรมีความสุขในการทำงานในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องสำคัญทั้งตัวพยาบาลและทางด้านการพยาบาล หากพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ร่วมกับการมีบรรยากาศของความขัดแย้งในองค์กรก็จะเป็นสาเหตุให้พยาบาลลาออกจากงาน หรือปฏิบัติงานอย่างไม่มีความสุข จึงต้องสร้างบรรยากาศการทำงานอย่างสร้างสรรค์ เมื่อพยาบาลมีความสุขในการทำงานจะส่งผลให้บุคลากรใหม่อยากเข้ามาทำงาน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์กรก็ยังคงอยู่ในองค์กร (Duddle & Boughton, 2007, p. 29) จึงได้นำแนวคิดสัมพันธภาพของเพื่อนร่วมงานของ Beyer & Mashall (1981) มาประยุกต์ใช้จะช่วยให้การเลือกรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงประสบผลสำเร็จ ดังแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในลักษณะรูปแบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (Two-Group pretest-posttest group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน และเปรียบเทียบการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มควบคุม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิมิขนาด 104 เตียง จำนวน 10 คน

2) กลุ่มทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิมิขนาด 132 เตียง จำนวน 10 คน

3.1.3 เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า มีดังนี้

1.1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ไม่น้อยกว่า 2 ปี

1.2) พยาบาลวิชาชีพมีเวลาของการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างดำเนินการทดลองเฉพาะเวรเช้าหรือเวรบ่ายติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน

1.3) พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ราย ในระหว่างดำเนินการทดลอง

1.4) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก และเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 4 ตามการจำแนกผู้ป่วยตามแนวคิดของ Warstler (1972) ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-70 ปี

1.5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก มีดังนี้

2.1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

2.2) มีเวลาของการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในระหว่างดำเนินการทดลองน้อยกว่า 3 วัน

2.3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายแต่ละรายหรือให้การดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 2 คน

3.1.4 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน เลือกจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิขนาด 104 เตียง ให้เป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์คัดเลือกไว้จนครบ 10 คน เพื่อรอจับคู่กับกลุ่มทดลอง

2) กลุ่มทดลองจำนวน 10 คน เลือกจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิขนาด 132 เตียง ให้เป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองไว้จนครบ 10 คน จับคู่ตามคุณสมบัติให้ใกล้เคียงกัน คือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่งในแต่ละคู่จนครบ 10 คู่ ดังแสดงในตารางที่ 1

การจัดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจับคู่แบบรายคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้แต่ละคู่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 แสดงการจัดคู่พยาบาลวิชาชีพ

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ (ปี)	ตำแหน่ง
1	กลุ่มทดลอง	26	4	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	28	5	พยาบาลประจำการ
2	กลุ่มทดลอง	27	4	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	29	5	พยาบาลประจำการ

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ (ปี)	ตำแหน่ง
3	กลุ่มทดลอง	29	6	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	32	5	พยาบาลประจำการ
4	กลุ่มทดลอง	31	10	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	30	6	พยาบาลประจำการ
5	กลุ่มทดลอง	33	10	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	33	9	พยาบาลประจำการ
6	กลุ่มทดลอง	32	10	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	32	10	พยาบาลประจำการ
7	กลุ่มทดลอง	35	10	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	33	10	พยาบาลประจำการ
8	กลุ่มทดลอง	34	11	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	30	6	พยาบาลประจำการ
9	กลุ่มทดลอง	36	10	พยาบาลประจำการ
	กลุ่มควบคุม	39	16	พยาบาลประจำการ
10	กลุ่มทดลอง	47	24	หัวหน้าหอผู้ป่วย
	กลุ่มควบคุม	42	22	หัวหน้าหอผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คู่ เป็นไปตามเกณฑ์จับคู่ในหัวข้อตำแหน่งในปัจจุบัน ส่วนอายุมีจำนวน 2 คู่ ที่มีอายุไม่เท่ากัน อายุแตกต่างกัน 1 ปี จำนวน 1 คู่ มีอายุแตกต่างกัน 2 ปี จำนวน 3 คู่ อายุแตกต่างกัน 3 ปี จำนวน 2 คู่ อายุแตกต่างกัน 4 ปี จำนวน 1 คู่ อายุแตกต่างกัน 5 ปี จำนวน 1 คู่ และประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักมีจำนวน 2 คู่ ที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักแตกต่างกัน 1 ปี จำนวน 4 คู่ แตกต่าง 2 ปี 4 ปี 5 ปี และ 6 ปี จำนวนกลุ่มละ 1 คู่

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงานและตำแหน่ง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
20 – 30 ปี	3	30	4	40
31 – 40 ปี	6	60	5	50
41 – 50 ปี	0	0	1	10
2. ประสบการณ์การทำงาน				
2 – 5 ปี	3	30	3	30
> 5 – 10 ปี	5	50	5	50
> 10 ปี	2	20	2	20
3. ตำแหน่ง				
หัวหน้าหอผู้ป่วย	1	10	1	10
พยาบาลประจำการ	9	90	9	90

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ประสบการณ์การทำงานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่าอยู่ช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ทั้งสองกลุ่ม และตำแหน่งในปัจจุบันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นพยาบาลประจำการ คิดเป็นร้อยละ 90 หัวหน้าหอผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 10

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง นำไปสร้างตารางการบูรณาการพยาบาลเจ้าของไข้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง และตารางกิจกรรมจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ

3.2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการมอบหมายงาน แนวคิดรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Manthey (2002) ทฤษฎีการพยาบาลของ King (1981) แล้วบูรณาการแนวคิดทั้งหมดเข้าด้วยกัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	กิจกรรม
การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ก่อนที่จะนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ควรปฏิบัติ ดังนี้ ☐ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ☐ ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และกำหนดแผนดำเนินการ ☐ สร้างการยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี	การรับมอบหมายดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย ☐ หัวหน้าหอคัดเลือกผู้ป่วยให้อยู่ในการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ พิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และทักษะความชำนาญเฉพาะทางของพยาบาลเจ้าของไข้ ☐ พยาบาลเจ้าของไข้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะที่อยู่หอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมีการประเมินการกระทำตอบสนองต่อปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่จุดมุ่งหมายตกลงเลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่จุดมุ่งหมาย เกิดการดำเนินการสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ • บุคคลต้องมีความรับผิดชอบตอบบาทหน้าที่ของตนเองทั้งในด้านการบริหารงานและการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย • บุคคลต่างก็มีความคิดความรู้สึกและความสามารถที่แตกต่างกันจึงต้องเรียนรู้จิตใจของกันและกัน	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหอกับพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ • หัวหน้าหอมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลเจ้าของไข้ด้วยการมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความรับผิดชอบตามความรู้ความ สามารถและทักษะ มีการพูดคุยปรึกษาหารือกัน ร่วมกันค้นหาปัญหา ผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้เกิดการยอมรับแนวทางการปฏิบัติ การพยาบาล • ทำความตกลงร่วมกันมาใช้ปฏิบัติก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน	• การรับมอบหมายงานและการปฏิบัติ การพยาบาลตามการรับรู้ และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ตารางที่ 3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	รูปแบบการพยาบาล เจ้าของใช้	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	กิจกรรม
☐ ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินการ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและพยาบาล - จัดให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เพื่อให้มีเวทีของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย และก่อให้เกิดความสามัคคีภายในหน่วยงานพยาบาล - รับฟังปัญหาซึ่งกันและกันยินยอมให้เพื่อนร่วมงานแลกเปลี่ยนเพื่อลดความเครียดจากการปฏิบัติงาน	ความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย การใช้ช่องทางการสื่อสารโดยตรงจากบุคคลสู่บุคคลและการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล พยาบาลเจ้าของใช้เป็นทั้งผู้วางแผนการพยาบาลและเป็นผู้ให้การพยาบาล ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลอย่างไร และสื่อสารแผนการพยาบาลให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการประเมินการกระทำ การตอบสนองต่อปัญหาการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่จุดมุ่งหมาย ตกลงเลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่จุดมุ่งหมาย เกิดการดำเนินการสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ องค์กรเป็นระบบเปิด บุคคลในองค์กรต่างมีบทบาทที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม บุคคลในองค์กรต่างมีเหตุผลของตน จึงต้องมีปฏิสัมพันธ์เพื่อ	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของใช้กับเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ พยาบาลเจ้าของใช้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแล และสมาชิกทีมการพยาบาล มีการปฏิบัติงานร่วมกันตามบทบาท ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ทางการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งกันและกัน พุดคุยปรึกษาหารือกัน ร่วมกันค้นหาปัญหา ผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย	การให้การดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของใช้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแล

ตารางที่ 3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	กิจกรรม
สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ ● พยาบาลต้องค้นหาความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ● พยาบาลต้องกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน และทำให้แพทย์มีความรับผิดชอบร่วมกับตนเอง ● แพทย์ควรสื่อสารกับพยาบาลในเชิงวิชาชีพ เมื่อพบปัญหาของผู้ป่วยแพทย์ควรประสานพยาบาลผู้ดูแล ● สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ในหออภิบาล ผู้ป่วยหนักควรเป็นลักษณะของเพื่อนร่วมงาน	● พยาบาลผู้ร่วมงานจะเป็นผู้ให้การพยาบาลเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานให้การพยาบาลตามที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ผู้ป่วยจะถูกติดตามประเมินผลลัพธ์โดยพยาบาลที่ให้การดูแลในแต่ละเวร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแล ● พยาบาลผู้ช่วยร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลกับพยาบาลเจ้าของไข้เมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล ● พยาบาลผู้ร่วมงานจะเป็นผู้ให้การพยาบาลเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน	กำหนดเป้าหมายร่วมกันตลอดจนทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตกลงกันไว้ ● การปฏิสัมพันธ์ หมายถึง กระบวนการรับรู้และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคลหรือบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะแสดงพฤติกรรมโดยการใช้อำพุดและไม่ใช้อำพุด กระบวนการปฏิสัมพันธ์นี้จะมีจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน โดยต่างฝ่ายก็จะนำเอาประสบการณ์ในอดีต ความรู้ความต้องการ ความคาดหวังและการรับรู้ของตนเองมาแสดงออกซึ่งกันและกัน เพื่อ	เพื่อให้เกิดการยอมรับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำความตกลงร่วมกันมาใช้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน	☐ การให้การดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับแพทย์

ตารางที่ 3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	กิจกรรม
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต • การประเมินผู้ป่วย ซึ่งต้องประเมิน ตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินทุกช่วงเวลาเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการ	ให้การพยาบาลตามที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ผู้ป่วยจะถูกติดตามประเมินผลลัพธ์โดยพยาบาลที่ให้การดูแลในแต่ละเวร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแล พยาบาลผู้ช่วยร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลกับพยาบาลเจ้าของไข้เมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล ความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย การใช้ช่องทางการสื่อสารโดยตรงจากบุคคลสู่บุคคลและ การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล	ไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการรับรู้ซึ่งกันและกัน ร่วมกันในการตัดสินใจปัญหาที่จะเกิดขึ้น กระบวนการปฏิสัมพันธ์ มีการพูดคุยสื่อสารกัน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกันเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ซึ่งสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกของทั้งสองฝ่าย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการประเมินการกระทำ การตอบสนองต่อปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่จุดมุ่งหมายตกลง	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัว และเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ	• การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่าง

ตารางที่ 3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	รูปแบบการพยาบาล เจ้าของใช้	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	กิจกรรม
เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แบบ ประเมินที่นิยมใช้ คือ แบบประเมิน FANCAS ที่มุ่งเน้นลำดับ ความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยที่เกิด จากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิ สภาพของร่างกาย ทำให้ประเมิน ปัญหาได้รวดเร็ว และครอบคลุม ● เฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ ปลอดภัยและประสานงานกับ บุคลากร อื่นในทีมสุขภาพ ● ช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัว และเผชิญกับปัญหาภาวะความ เจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ ทำให้ญาติหรือครอบครัวเกิด ความเครียด ความกลัว ความวิตก กังวลอย่างรุนแรง	พยาบาลเจ้าของใช้สร้างความ คุ้นเคย รับรู้ความต้องการของ ผู้ป่วย/ครอบครัว และให้ความ ช่วยเหลือแก้ไขปัญห สุขภาพ ด้วย การเป็นปากเป็นเสียงเพื่อ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรง ตามความต้องการประสาน ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ โดยตรง ได้แก่ พยาบาล แพทย์ โภชนาการ นักกายภาพ เภสัช กร ฯลฯ ● พยาบาลเจ้าของใช้ประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วย/ ครอบครัว และศักยภาพใน การดูแลตนเองให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี ร่วมกับการรวบรวม	เลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่ จุดมุ่งหมาย เกิดการดำเนินการสู่ เป้าหมายที่ตั้งไว้ ● การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับครอบครัว พยาบาล กับเพื่อนร่วมงาน เป็นระบบเปิด ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของ ทั้ง 3 ระบบคือระบบบุคคล ระบบ กลุ่ม และระบบสังคม ต่างฝ่ายต่าง มีการรับรู้และแลกเปลี่ยนการรับรู้ ซึ่งกันและกัน มีการตั้งเป้าหมาย ร่วมกัน เมื่อผู้ป่วย/ครอบครัวมี การสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ต้อง เผชิญอยู่ พยาบาลควรมีบทบาท ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ตัดสินใจตั้งเป้าหมายในการเผชิญ	● พยาบาลเจ้าของใช้กับผู้ป่วย/ ครอบครัว ได้พบปะพูดคุยกัน ใน ประเด็นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยผู้ป่วย /ครอบครัว มีส่วนร่วมในการค้นหา ปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือก วิธีการให้ การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดย ใช้กระบวนการพยาบาล ก่อให้เกิด คุณภาพการพยาบาลตามเป้าหมายที่ กำหนดร่วมกัน ● พยาบาลเจ้าของใช้นำข้อมูลที่ได้ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเข้าร่วม ประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ สมาชิก ทีมร่วมกันประเมินปัญหาสมาชิกแต่ละ คนร่วมกันเสนอความคิดเห็นก่อนให้ การพยาบาล และเสนอแนะแผนการ	พยาบาลเจ้าของใช้กับ ผู้ป่วย/ครอบครัว และ พยาบาลเจ้าของใช้กับ เพื่อนร่วมงาน

ตารางที่ 3 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต	รูปแบบการพยาบาล เจ้าของใช้	ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	กิจกรรม
● ดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทาง ด้านกายภาพ ตอบสนองต่อความ ต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ การระบายอากาศดี แสง สว่างเพียงพอ อุณหภูมิพอเหมาะ การระบายสิ่งคัดหลั่งและของเสีย ได้ดี การควบคุมเสียงได้ดี และ ทางด้านจิตใจและสังคมที่ควร คำนึงถึง คือ การทำให้ปราศจาก ความเครียดที่อยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วย	ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น ตัว ผู้ป่วย เวชระเบียน แพทย์ เป็น ต้น แล้วนำมาวางแผน การ พยาบาลและเขียนลงในแบบ ฟอร์มการตัดสินใจเลือกวิธี การพยาบาล ● พยาบาลเจ้าของใช้ให้ ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และติดตามให้การดูแลตาม แผนการพยาบาลต่างๆ ที่ กำหนดไว้ ผู้ป่วยและญาติมี ส่วนร่วมในการดูแล ก่อให้ เกิดกระบวนการรักษาที่ดีที่สุด ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแล สุขภาพอนามัยที่จำเป็น หรือ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน	กับปัญหานั้นๆ ร่วมกับพยาบาล โดยมีการประเมินการกระทำและ การตอบสนองต่อปัญหาของ ผู้รับบริการ พยาบาลและผู้ป่วย/ ครอบครัวร่วมกันค้นหาวิธีการ และกำหนดเป้าหมายที่น่าจะ เป็นไปได้ ตัดสินใจเลือกแนวทาง ปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสอง ฝ่าย ดำเนินการแลกเปลี่ยน ปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ซึ่ง คือ การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา ร่วมกันตามที่ตกลงกัน อันจะนำ ไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในที่สุด	พยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย โดยมีการตัดสินใจร่วมกัน กำหนด เป้าหมายร่วมกัน และร่วมกันคิดวิธี ปฏิบัติทางการพยาบาล นำไปสู่ เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน	

1.2) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอน และกิจกรรมตามแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาล	ผลลัพธ์	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	1. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลที่ร่วมโครงการวิจัย จำนวน 2 คน โดยมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 2. ผู้วิจัยพูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพให้เข้าใจว่าเนื้อหาทั้งหมดประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด 3 กิจกรรมใหญ่ ที่ต้องปฏิบัติตามกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายอื่น เริ่มดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น. หรือ 16.00 - 24.00 น. ดังกิจกรรมที่กำหนดต่อไปนี้		
กิจกรรมที่ 1 การรับมอบหมายงานและการปฏิบัติพยาบาลตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอจัดสรรผู้ป่วยให้อยู่ในการดูแล ผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหอ ด้วยการสื่อสารแบบสอทาง พูดคุยกันในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจนเกิดการยอมรับและ	วันที่ 1 1. หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นลายลักษณ์อักษร ตามความรู้ความสามารถ 2. พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจากแบบฟอร์มการมอบหมายงาน 3. หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักให้คำปรึกษา แนะนำในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมองค์รวม 4. พยาบาลเจ้าของไข้แนะนำตัวให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย	พยาบาลเจ้าของไข้และหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักร่วมกันรับรู้และเข้าใจในเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดร่วมกัน	● แบบฟอร์มการมอบหมายงาน ● แบบฟอร์มการประเมินสภาพผู้ป่วย

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบ การบริการพยาบาล	ผลลัพธ์	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
พร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงในงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลตาม เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน	5. พยาบาลเจ้าของใช้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ใน ปัญหาที่จำเป็นเร่งด่วน ประกอบด้วย 5.1 พยาบาลเจ้าของใช้ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการสังเกต การ สัมภาษณ์ผู้ป่วย /ครอบครัว การตรวจร่างกาย ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ ได้รับมอบหมายจากเวชระเบียน และการรับส่งเวร ในเรื่องประวัติ การเจ็บป่วย อาการ อาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ การรักษาพยาบาลก่อนเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยและแผนการรักษา 5.2 พยาบาลเจ้าของใช้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ และ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น พยาบาลครอบคลุม 24 ชั่วโมง (Actual nursing diagnosis) และต้องการการดูแลในทันที 5.3 วางแผนการพยาบาลในแต่ละชั่วโมง ระบุกิจกรรมที่ต้องทำ ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม จะทำกิจกรรมเมื่อไรจึงจะเหมาะสม กำหนดเป้าหมาย และเกณฑ์การประเมินผล เขียนแผนการพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษร 5.4 ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในรูปแบบการพยาบาลที่ เฉพาะ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา ลดความยุ่งยาก เช่น การจัดท่า		

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาล	ผลลัพธ์	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	พลิกตัว การดูแลเสมหะในทางเดินหายใจ การให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ ดูแลความสุขสบาย และให้กำลังใจ เขียนบันทึกกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติให้กับผู้ป่วย 5.5 ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล 6. พยาบาลเจ้าของไข้ (ส่งเวร) สื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรดัดไปเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาล และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในเวร สื่อสารแผนการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาล		
กิจกรรมที่ 2 การให้การดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลเจ้าของไข้สร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีการสื่อสารและการร่วมมือกันให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการสื่อสารแบบสองทาง พูดคุยกันในเรื่องปัญหาของผู้ป่วย การกำหนด	วันที่ 2 1. พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 2. การรายงานส่งเวร พยาบาลเจ้าของไข้ (รับเวร) รับฟังอาการ อาการแสดงการรักษาพยาบาล และซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้ช่วย พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลที่ได้รับลงในสมุดรับส่งเวร 3. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 3.1 พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินสภาพผู้ป่วยเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 3.2 พยาบาลเจ้าของไข้ นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ และ	พยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงานมีการรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยตรงกัน และให้การพยาบาลอย่างมีเป้าหมายเดียวกัน	● แบบฟอร์มการประเมินสภาพผู้ป่วย ● แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาล	ผลลัพธ์	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลนำไปสู่การร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน	กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งที่เกิดขึ้นจริง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง (High risk nursing diagnosis) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นไปได้ (Possible nursing diagnosis) 3.3 วางแผนการพยาบาลครอบคลุม 24 ชั่วโมง วิธีการเช่นเดียว กับกิจกรรมวันที่ 1 และนำข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย / ครอบครัวที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์มาประกอบการกำหนดแผน การพยาบาล 3.4 ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในรูปแบบการพยาบาลที่เฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มเติมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย / ครอบครัวเลือกวิธีปฏิบัติ เขียนบันทึกกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติให้กับผู้ป่วย 3.5 ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล 4. พยาบาลเจ้าของไข้เข้าร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล อภิปรายในเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ เพื่อให้บุคลากรในทีมการพยาบาลรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยตรงกัน มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการตัดสินใจร่วมกัน พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย จนได้ข้อสรุปในการกำหนดแผนการพยาบาล		

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาล	ผลลัพธ์	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	5. พยาบาลเจ้าของไข้ (ส่งเวร) สื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรถัดไปเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาล และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในเวร สื่อสารแผนการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาล		
กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัว และพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการการดูแล กำหนดปัญหาตั้งเป้าหมาย กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน และนำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย	วันที่ 3 1. พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 2. พยาบาลเจ้าของไข้ (รับเวร) รับฟังอาการ อาการแสดงการรักษาพยาบาล และซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้ร่วมดูแล พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลที่ได้รับลงในสมุดรับส่งเวร 3. พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 2 เพิ่มเติมการพูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย 3.1 ประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านความต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3.2 ประเมินความรู้ความเข้าใจ แรงจูงใจ ทักษะของผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น	ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามความต้องการภายหลังออกจากโรงพยาบาล	● แบบฟอร์มแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาล	ผลลัพธ์	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
รายบุคคล โดยสมาชิกทีมร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้กระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ในการพูดคุยปรึกษาหารือกันในลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง มีการตัดสินใจร่วมกันค้นหาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย	3.3 พยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วย ครอบครัว มีการพูดคุยกันถึงสภาพผู้ป่วย ความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย และตั้งเป้าหมายร่วมกัน 4. พยาบาลเจ้าของไข้ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารผลการประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยตรงกัน มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการตัดสินใจร่วมกัน พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย จนได้ข้อสรุปในการกำหนดแผนการจำหน่าย 5. พยาบาลเจ้าของไข้(รายงานส่งเวร) สื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรถัดไปเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาล และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในเวร สื่อสารแผนการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลร่วมดูแลปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาล		

1.3) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือ “คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง” โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาบูรณาการกับแนวคิดการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อใช้ประกอบการปฏิบัติการพยาบาล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาคำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Beyer & Marshall (1981) โดยประกอบเป็นข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านๆ ละ 10 ข้อ ได้แก่ 1) การปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ 2) การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ

มีลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งในแต่ละช่วงคำตอบมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคนี้นี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้

ผู้ตอบน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคนี้นี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้

ผู้ตอบน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคนี้นี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้

ผู้ตอบปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคนี้นี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้

ผู้ตอบมาก ให้คะแนน 4 คะแนน

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคนี้นี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้

ผู้ตอบมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลความหมายระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยรวม และรายด้าน ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมีตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977, p. 174) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนชั้น} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

เมื่อได้ช่วงคะแนนแล้วจึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	4.21-5.0	หมายถึง	เป็นจริงมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.41-4.20	หมายถึง	เป็นจริงมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.61-3.40	หมายถึง	เป็นจริงปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.81-2.60	หมายถึง	เป็นจริงน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00-1.80	หมายถึง	เป็นจริงน้อยที่สุด

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแนวคิดที่กำหนดไว้ในความหมายของคำจำกัดความ โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงถือเป็นเกณฑ์ตัดสิน นำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิด้วยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยสรุปข้อคำถามส่วนใหญ่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 คน จึงใช้ข้อคำถามเดิมแต่ได้ปรับแก้ข้อความในบางคำถามให้สละสลวย และสื่อความหมายได้ชัดเจนขึ้น ยกเว้นข้อคำถามในด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพข้อที่ 1 ได้ปรับเปลี่ยนจาก “ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อช่วยเพื่อนร่วมงานแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณอยู่ปรึกษากัน” แก้ไขเป็น “ท่านเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณอยู่ปรึกษากัน” และข้อ 8 “ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันตัดสินใจเลือกผลงานวิจัยที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลทุกครั้งที่คุณอยู่ปรึกษากัน” แก้ไขเป็น “ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันเลือกผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลทุกครั้งที่คุณอยู่ปรึกษากันทางการพยาบาล” ไม่มีข้อคำถามใดที่ถูกตัดออก จำนวนข้อคำถามจึงยังคงเท่ากับจำนวนในตอนการสร้างเครื่องมือ

3.3.2 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น

30 คน นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดทดสอบหาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 พบว่าด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547, น. 232)

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5)

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณา และควบคุมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์ และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครตามลำดับขั้นตอน

3) เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง 9 คน ขนาด 106 เตียง 10 คน และขนาด 242 เตียง 13 คน นำจำนวนฉบับที่ครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์จำนวน 30 ฉบับ

4) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แจ้งให้เข้าใจว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้ร่วมวิจัยไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการโดยไม่ระบุชื่อ ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัวในเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย ซึ่งจะดำเนินการควบคุมไปกับการดูแลรักษา และไม่มีผลเสียต่อการรักษา โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอยุติเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และไม่มีผลกระทบต่องานผู้ป่วยแต่อย่างใด

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1) การเตรียมเอกสาร

1.1.1) เอกสารแบบฟอร์มแสดงความยินยอมร่วมมือในการวิจัย

1.1.2) คู่มือการใช้รูปแบบการปฏิบัติงานรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

1.1.3) แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพผู้ร่วมงาน

1.1.4) เขียนโครงการอบรม เรื่อง รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และเสนอต่อผู้อำนวยการ เพื่อขออนุมัติจัดอบรม

1.2) เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1) กลุ่มทดลอง

(1) ดำเนินการจัดอบรมในหัวข้อ รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ให้กับพยาบาลกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิให้การบรรยาย 3 ชั่วโมง

(2) ภายหลังการอบรมแจกคู่มือ การปฏิบัติงานรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

(3) ผู้วิจัยอธิบาย วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วิจัย สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ลงนามในแบบบันทึกสถิติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล

(4) อธิบายการใช้คู่มือ และฝึกทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ตามคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนการปฏิบัติการพยาบาลจริง ในทุกขั้นตอนของการทำงานพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามกิจกรรมที่กำหนดในแต่ละวัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยคนละ 1 ราย ผลการทดลองฝึกปฏิบัติตามรูปแบบ พยาบาลจำนวน 8 คน สามารถฝึกทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ส่วนอีก 2 ราย ฝึกทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยจำนวน 2 ราย

1.2.2) กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วิจัย สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ลงนามในแบบบันทึกสถิติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

2.1) กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา และช่วยคัดเลือกผู้ป่วยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย มีขั้นตอนปฏิบัติงาน ดังนี้

(1) ผู้วิจัยแจกเอกสารเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

(2) ผู้วิจัยส่งมอบผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกให้หัวหน้าหอ จากนั้นหัวหน้าหอมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน 10 คนๆ ละ 2 ราย

(3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงเฉพาะเวรเช้าหรือเวรบ่ายอย่างน้อย 3 วัน ติดต่อกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมายจำนวนไม่น้อยกว่า 2 คน และผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลโดยพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างน้อย 3 วันติดต่อกัน ใช้เวลาปฏิบัติการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยเริ่มการทดลองตั้งแต่วันที่ 28 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2556 โดยมีกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การรับมอบหมายงานและการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับหัวหน้าหอ คือการที่หัวหน้าหอจัดสรรผู้ป่วยให้อยู่ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหอ ด้วยการสื่อสารแบบสองทาง พูดคุยกันในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจนเกิดการยอมรับและพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงในงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน (พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามตารางที่ 4)

วันที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การให้การดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน คือ การที่พยาบาลเจ้าของไข้สร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีการสื่อสารและการร่วมมือกันให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการสื่อสารแบบสองทาง พูดคุยกันในเรื่องปัญหาของผู้ป่วยการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลนำไปสู่การร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน (พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามตารางที่ 4)

วันที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนจำหน่ายตามการรับรู้และยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัว และพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน คือ การที่พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการการดูแลกำหนดปัญหา ตั้งเป้าหมาย กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และนำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของ

ผู้ป่วยรายบุคคล โดยสมาชิกทีมร่วมกันแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้กระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ในการพูดคุยปรึกษาหารือกัน ในลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง มีการตัดสินใจร่วมกัน ค้นหาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย

พยาบาลเจ้าของไข้ทำกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบ พยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยอ่านและทำความเข้าใจทุกขั้นตอน และเปิดคู่มืออ่านประกอบได้ในขณะปฏิบัติงาน ในช่วงเวลาที่ทำการทดลองผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมสังเกตการ ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 3 วัน เพื่อติดตามความก้าวหน้า และช่วยแก้ไขปัญห อุปสรรคต่างๆ และสามารถขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการทดลอง

มีผู้ป่วย 4 ราย ได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นเวลา 7 วัน ผู้ป่วย 5 ราย ได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นเวลา 6 วัน ผู้ป่วย 3 ราย ได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วย 7 ราย ได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นเวลา 4 วัน และผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นเวลา 3 วัน

2.2) กลุ่มควบคุม

ปฏิบัติงานด้วยรูปแบบการพยาบาลตามที่ปฏิบัติอยู่เดิม ตลอดระยะการดำเนินการวิจัยในการปฏิบัติงานแต่ละเวรจะมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน 3-4 คน ไม่นับรวมหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งลักษณะการปฏิบัติงานเป็นรูปแบบการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจัดสรรผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลตามความรู้ความสามารถ พยาบาลแต่ละคนต่างคนต่างให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันในแต่ละเวร หากพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจึงปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ หัวหน้าเวร มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะขณะปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองก่อนการทดลองให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ (Pretest) ในวันที่ 18 - 24 ตุลาคม 2556 และปฏิบัติงานด้วยรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยวัดการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ (Posttest) ในวันที่ 25 - 30 พฤศจิกายน 2556 โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพผู้ร่วมงานชุดเดียวกัน

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ (Pretest) ในวันที่ 21 - 27 ตุลาคม 2556 และปฏิบัติงานด้วยรูปแบบการพยาบาลตามที่ปฏิบัติอยู่เดิมเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัย

วัดการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน ของพยาบาลวิชาชีพ (Posttest) ในวันที่ 25 – 30 พฤศจิกายน 2556 โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพผู้ร่วมงานชุดเดียวกัน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

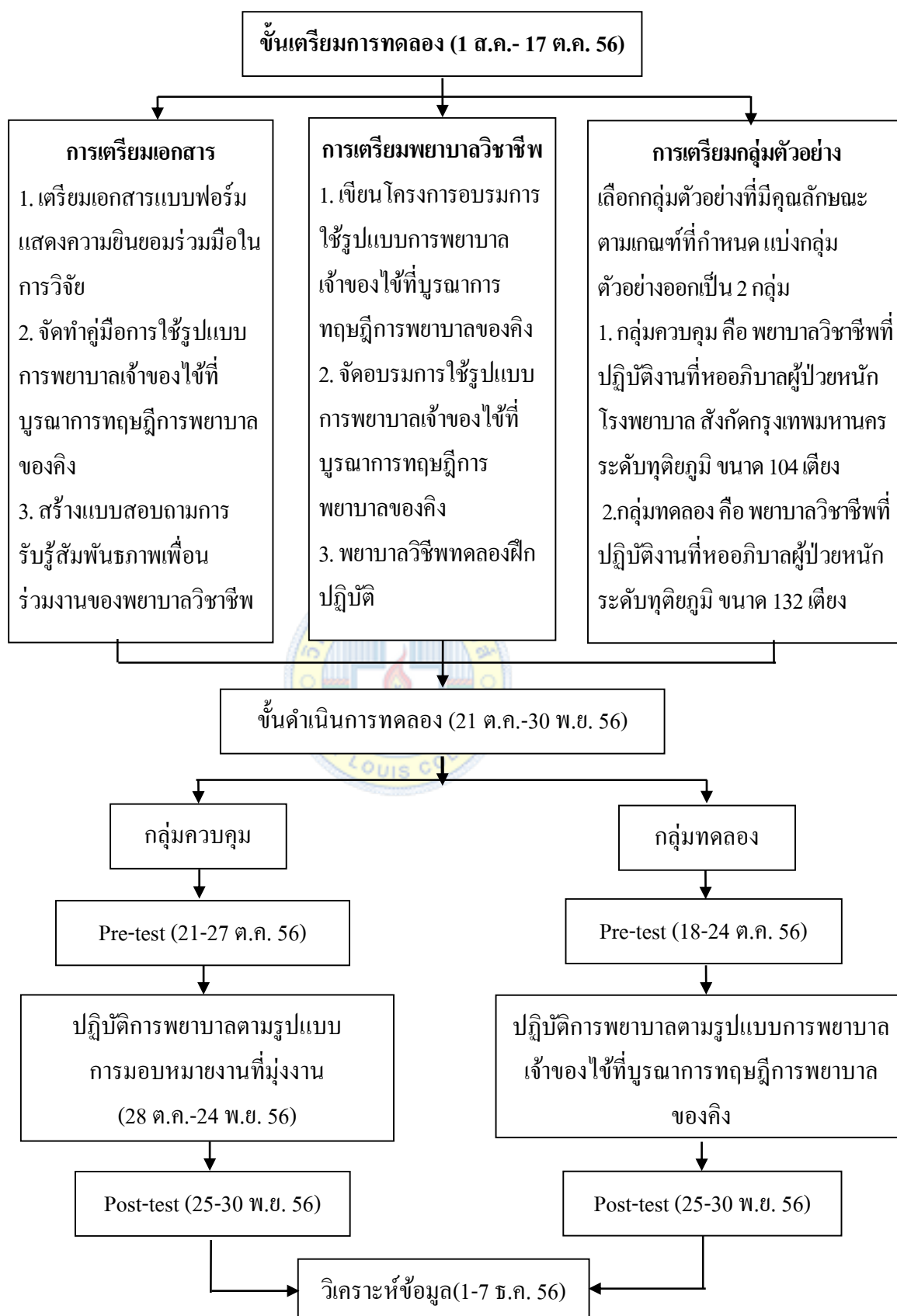
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และแสดงจำนวนเป็นร้อยละ

2) วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงาน ที่มุ่งเชื่อมโยงงาน โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งความสัมพันธ์ของงาน โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Mann-Whitney U Test

4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon Matched-pairs Signed-Rank Test



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงานเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม และรายด้านก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานและรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ตารางที่ 7-11)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม และรายด้านของกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 12-15)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test (ตารางที่ 16-19)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของ พยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการบริการการ พยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (n=20)

เพื่อนร่วมงาน	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	4.08	0.181	มาก	4.08	0.181	มาก
2.ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	3.94	0.143	มาก	4.15	0.445	มาก
3.ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	4.04	0.070	มาก	4.28	0.483	มากที่สุด
รวม	4.02	0.086	มาก	4.15	0.260	มาก

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาล วิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่ บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ และด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ อยู่ในระดับมากทั้งสองกลุ่ม ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพกลุ่มควบคุมในระดับมาก กลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง (n=20)

การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	4.14	0.255	มาก	4.43	0.388	มากที่สุด
2. ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	3.98	0.789	มาก	4.29	0.360	มากที่สุด
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	4.07	0.067	มาก	4.42	0.393	มากที่สุด
ภาพรวม	4.06	0.102	มาก	4.38	0.288	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.102) และหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.288)

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมและจำแนกเป็นรายข้อ(n=20)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการประชุมปรึกษาทุกครั้ง เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย	4.30	0.483	มากที่สุด	4.10	0.316	มาก
2. ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง ท่านและเพื่อนร่วมงานพิจารณาคัดเลือกผลงาน วิจัยที่ช่วยชี้นำผลงานวิจัย ที่ช่วยชี้นำวิธีการปฏิบัติ การพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย	3.90	0.737	มาก	3.80	0.788	มาก

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมและจำแนกเป็นรายชื่อ (n=20) (ต่อ)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3. ท่านวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานทุกครั้ง ขณะเยี่ยมตรวจผู้ป่วย และชี้แนะการปฏิบัติการพยาบาล ณ เวลานั้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ด้วยเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาล	4.10	0.568	มาก	4.40	0.699	มากที่สุด
4. ท่านรายงานส่งเวรให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้งเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายในเวรของท่าน เพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บรรลุผลทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ	4.50	0.527	มากที่สุด	4.60	0.516	มากที่สุด
5. ท่านรายงานส่งเวรผลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนในเวรของท่านให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้ง เพื่อช่วยให้เกิดการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.30	0.483	มากที่สุด	4.90	0.316	มากที่สุด
6. ท่านใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเขียนรายงานทางการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อสื่อสารให้เพื่อนร่วมงานรับทราบข้อมูลที่เกิดขึ้นในเวรของท่านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง	3.90	0.568	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด
7. ท่านเขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในเวชระเบียนทุกครั้ง ช่วยให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ สภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากผลการปฏิบัติการพยาบาลในเวรของท่าน ณ เวลานั้น	4.30	0.483	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมและจำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
8. ท่านรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง	4.00	0.667	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
9. ท่านสร้างข้อปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่ก่อให้เกิดการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อย่างสม่ำเสมอ	4.10	0.738	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด
10. ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้งที่ท่านเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.00	0.471	มาก	4.50	0.707	มากที่สุด
ภาพรวม	4.14	0.255	มาก	4.43	0.221	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานในกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.255) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อ และระดับ 6 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.43$ S.D. = 0.221) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อและระดับมาก 2 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพโดยภาพรวม และจำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณปรึกษา	4.00	0.667	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
2. ท่านยอมรับการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากเพื่อนร่วมงานทุกครั้ง หากมีเหตุผลทางวิชาการที่ชัดเจนมาสนับสนุน	4.30	0.483	มากที่สุด	4.70	0.483	มากที่สุด
3. ท่านเตรียมข้อมูลทางวิชาการเพื่อร่วมอภิปรายค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้งในการประชุมปรึกษาผู้ป่วยรายกรณี	4.00	0.000	มาก	4.10	0.737	มาก
4. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาล ทุกครั้งที่พูดคุยปรึกษากัน	3.80	0.422	มาก	4.20	0.632	มาก
5. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง	4.10	0.316	มาก	4.30	0.674	มากที่สุด
6. ท่านปรึกษาเพื่อนร่วมงาน และค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณพบปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล	4.00	0.000	มาก	4.30	0.674	มากที่สุด
7. พยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการทฤษฎีการพยาบาล ทุกครั้งที่พูดคุยปรึกษากันทางการพยาบาล	3.90	0.568	มาก	4.20	0.632	มาก

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพโดยภาพรวม และจำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
8. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันเลือกผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ทุกครั้งที่พูดคุยปรึกษากันทางการพยาบาล	3.70	0.483	มาก	3.60	0.516	มาก
9. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมโดยพิจารณาข้อดีข้อเสียที่เกิดขึ้นจากหลายวิธี เปรียบเทียบกัน ทุกครั้งที่พูดคุยปรึกษากัน ก่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	4.00	0.000	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด
10. ท่านยอมรับและปฏิบัติตามมติที่ประชุมจากการปรึกษาทางการพยาบาลที่มีเหตุผล ซึ่งผู้ร่วมประชุมได้ร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้ง	4.00	0.000	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
ภาพรวม	3.98	0.789	มาก	4.29	0.360	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน ในกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$, S.D.= 0.789) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อ และระดับมาก 9 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.29$, S.D.= 0.360) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 6 ข้อ และระดับมาก 4 ข้อ

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพโดยภาพรวม และจำแนกเป็นรายชื่อ (n=20)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละคน ที่ท่านให้การดูแลแก่เพื่อนร่วมงานอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เขาปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	4.00	0.000	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
2. เมื่อท่านปฏิบัติงานผิดพลาด เพื่อนร่วมงานยังให้การยอมรับรวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงงานทุกครั้ง	4.10	0.316	มาก	4.20	0.421	มาก
3. ท่านมั่นใจการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยแทนท่านเสมอ	4.20	0.422	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
4. ท่านพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสม่ำเสมอ	3.90	0.316	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด
5. ท่านแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาปัญหาผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เพื่อนร่วมงานนำไปประยุกต์ใช้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	4.00	0.000	มาก	4.20	0.918	มาก
6. ท่านและเพื่อนร่วมงานตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันเสมอ ช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จ	4.10	0.316	มาก	4.40	0.516	มากที่สุด
7. ท่านและเพื่อนร่วมงานได้ร่วมมือกันปรับปรุงงานด้านการพยาบาล จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.10	0.316	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพโดยภาพรวม และจำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
8. ท่านสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้เพื่อนร่วมงานทราบทุกครั้งในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ	4.10	0.316	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด
9. ท่านได้รับข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากเพื่อนร่วมงานในการประชุมปรึกษาปัญหาผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติงานจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	4.00	0.000	มาก	4.20	0.788	มาก
10. เพื่อนร่วมงานยินดีให้ความช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยเสมอ หากท่านร้องขอ	4.20	0.421	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด
ภาพรวม	4.07	0.674	มาก	4.42	0.393	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งความงานในกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.674) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ ส่วนกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.393) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 7 ข้อ และระดับมาก 3 ข้อ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมและรายด้าน (n=20)

การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	ควบคุม	10	4.14	0.255	7.35	73.50	-2.398*
	ทดลอง	10	4.43	0.221	13.65	136.50	
2. ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	ควบคุม	10	3.98	0.079	7.70	77.00	-2.151*
	ทดลอง	10	4.29	0.360	13.30	133.00	
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	ควบคุม	10	4.07	0.067	8.15	81.50	-1.816*
	ทดลอง	10	4.42	0.393	12.85	128.5	
ภาพรวม	ควบคุม	10	4.06	0.102	7.20	72.0	-2.505*
	ทดลอง	10	4.38	0.288	13.80	138.0	

*p < 0.05

จากตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลอง พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกลุ่มควบคุมโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติงาน ด้วยความเป็นวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกเป็นรายชื่อ (n=20)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ใน การประชุมปรึกษาทุกครั้ง เพื่อวิเคราะห์หา แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.30	0.483	11.50	115.00	-1.090
	ทดลอง	10	4.10	0.316	9.50	95.00	
2. ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทุกครั้ง ท่านและเพื่อนร่วมงานพิจารณา คัดเลือกผลงานวิจัยที่ช่วยชี้แนะวิธีการปฏิบัติ การพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย	ควบคุม	10	3.90	0.739	10.90	109.00	-0.326
	ทดลอง	10	3.80	0.788	10.10	109.00	
3. ท่านวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับ เพื่อนร่วมงานทุกครั้ง ขณะเยี่ยมตรวจผู้ป่วย และชี้แนะการปฏิบัติการพยาบาล ณ เวลานั้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยด้วยเหตุผล ตามหลักวิชาการพยาบาล	ควบคุม	10	4.10	0.568	9.15	91.50	-1.147
	ทดลอง	10	4.40	0.699	11.85	118.50	
4. ท่านรายงานส่งเวรให้เพื่อนร่วมงาน รับทราบทุกครั้งเกี่ยวกับปัญหาทางการ พยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายในเวรของท่าน เพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนการพยาบาล อย่างต่อเนื่องบรรลุผลทางการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ	ควบคุม	10	4.50	0.527	10.00	100.00	-0.438
	ทดลอง	10	4.60	0.516	11.00	110.00	
5. ท่านรายงานส่งเวรผลของการปฏิบัติ การพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนในเวร ของท่านให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุก ครั้งเพื่อช่วยให้เกิดการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องบรรลุผลของการพยาบาลอย่างมี ประสิทธิภาพ	ควบคุม	10	4.30	0.483	7.50	75.00	-2.669*
	ทดลอง	10	4.90	0.316	13.50	135.00	

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติงาน ด้วยความเป็นวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
6. ท่านใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเขียนรายงานทางการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อสื่อสารให้เพื่อนร่วมงานรับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในเวรของท่าน ทำให้ผู้ป่วย	ควบคุม	10	3.90	0.568	8.80	88.00	-1.594
	ทดลอง	10	4.30	0.483	12.00	120.00	
7. ท่านเขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในเวชระเบียนทุกครั้ง ช่วยให้เพื่อนร่วมงานรับทราบสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากผล การปฏิบัติ การพยาบาลในเวรของท่าน ณ เวลานั้น	ควบคุม	10	4.30	0.483	8.50	85.00	-1.744
	ทดลอง	10	4.70	0.483	12.50	125.00	
8. ท่านรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามหลักวิชาการ พยาบาลทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.00	0.660	7.70	77.00	-2.339*
	ทดลอง	10	4.70	0.483	13.30	133.00	
9. ท่านสร้างข้อปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่ก่อให้เกิดการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ	ควบคุม	10	4.10	0.738	9.80	98.0	0.608
	ทดลอง	10	4.30	0.483	11.20	112.00	
10. ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เหตุผลตามหลักวิชาทางการพยาบาล ทุกครั้งที่ท่านเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ควบคุม	10	4.00	0.471	8.25	82.50	-1.912*
	ทดลอง	10	4.50	0.707	12.75	127.50	
ภาพรวม	ควบคุม	10	4.14	0.255	7.35	73.50	-2.398*
	ทดลอง	10	4.43	0.221	13.65	136.5	

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกลุ่มควบคุมโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านรายงานส่งเวรผลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนในเวรของท่านให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้งเพื่อช่วยให้เกิดการพยาบาลอย่างต่อเนื่องบรรลุผลของการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ” “ท่านรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง” และ “ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้งที่ท่านเฝ้าตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา” ที่หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง ที่พูดคุยปรึกษากัน	ควบคุม	10	4.00	0.667	7.70	77.00	-2.339*
	ทดลอง	10	4.70	0.483	13.30	133.00	
2. ท่านยอมรับการแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากเพื่อนร่วมงาน ทุกครั้ง หากมีเหตุผลทางวิชาการที่ชัดเจน มาสนับสนุน	ควบคุม	10	4.30	0.483	8.50	85.00	-1.744
	ทดลอง	10	4.70	0.483	12.50	125.00	
3. ท่านเตรียมข้อมูลทางวิชาการเพื่อร่วมอภิปรายค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ที่เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้งในการ ประชุมปรึกษาผู้ป่วยรายกรณี	ควบคุม	10	4.00	0.000	10.00	100.00	-0.498
	ทดลอง	10	4.10	0.737	11.00	110.00	

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของกิง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
4. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาล ทุกครั้งที่พุดคุยปรึกษากัน	ควบคุม	10	3.80	0.422	8.80	88.00	-1.592
	ทดลอง	10	4.20	0.632	12.20	122.00	
5. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.10	0.316	9.45	94.50	-0.990
	ทดลอง	10	4.30	0.674	11.55	115.00	
6. ท่านปรึกษาเพื่อนร่วมงาน และค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ทุกครั้งที่พบปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล	ควบคุม	10	4.00	0.000	9.00	90.00	-1.500
	ทดลอง	10	4.30	0.674	12.00	120.00	
7. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาล ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ทุกครั้งที่พุดคุยปรึกษากัน	ควบคุม	10	3.90	0.568	9.25	92.25	-1.117
	ทดลอง	10	4.20	0.632	11.75	117.50	
8. ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันเลือกผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ทุกครั้งที่พุดคุยปรึกษากันทางการพยาบาล	ควบคุม	10	3.70	0.483	11.00	110.00	-0.457
	ทดลอง	10	3.60	0.516	10.00	100.00	
9. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยพิจารณาข้อดีข้อเสียที่เกิดขึ้นจากหลายวิธีเปรียบเทียบกับทุกครั้งที่พุดคุยปรึกษากัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.00	0.000	9.00	90.00	-1.831
	ทดลอง	10	4.30	0.483	12.00	120.00	

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกเป็นรายข้อ (n=20) (ต่อ)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
10. ท่านยอมรับและปฏิบัติตามมติที่ประชุมจากการปรึกษาทางการพยาบาลที่มีเหตุผล ซึ่งผู้ร่วมประชุมได้ร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้ง	ควบคุม	10	4.00	0.000	8.00	80.00	-2.517*
	ทดลอง	10	4.50	0.527	13.00	130.00	
ภาพรวม	ควบคุม	10	3.98	0.789	8.00	80.00	-2.151*
	ทดลอง	10	4.29	0.360	13.00	130.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกลุ่มควบคุมโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อร่วมแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณปรึกษา” และ “ท่านยอมรับและปฏิบัติตามมติที่ประชุมจากการปรึกษาทางการพยาบาลที่มีเหตุผล ซึ่งผู้ร่วมประชุมได้ร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้ง” ที่หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงจ้านเกเป็นรายข้อ (n=20)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการให้ การดูแล แก่เพื่อนร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เขาปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องจน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ควบคุม ทดลอง	10 10	4.00 4.50	0.000 0.527	8.00 13.00	80.00 130.00	-2.517*
2. เมื่อท่านปฏิบัติงานผิดพลาดเพื่อนร่วม งานยังให้การยอมรับ รวมทั้งให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปรับปรุงงานทุกครั้ง	ควบคุม ทดลอง	10 10	4.10 4.20	0.316 0.421	10.00 11.00	100.00 110.00	-0.610
3. ท่านมั่นใจการปฏิบัติงานของเพื่อน ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยแทนท่านเสมอ	ควบคุม ทดลอง	10 10	4.20 4.70	0.422 0.483	8.00 13.00	80.00 130.00	-2.190*
4. ท่านพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์อย่างสม่ำเสมอ	ควบคุม ทดลอง	10 10	3.90 4.30	0.316 0.483	8.65 12.35	86.50 123.50	-2.007
5. ท่านแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาของผู้ป่วยในการประชุมปรึกษา ปัญหาผู้ป่วย รายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เพื่อนร่วมงานนำไปประยุกต์ใช้ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ควบคุม ทดลอง	10 10	4.00 4.20	0.000 0.918	9.00 12.00	90.00 120.00	-1.500
6. ท่านและเพื่อนร่วมงานตั้งเป้าหมายใน การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันเสมอช่วย ให้งานบรรลุผลสำเร็จ	ควบคุม ทดลอง	10 10	4.10 4.40	0.316 0.516	9.00 12.00	90.00 120.00	-1.510
7. ท่านและเพื่อนร่วมงานได้ร่วมมือกัน ปรับปรุงงานด้านการพยาบาล จนเกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	ควบคุม ทดลอง	10 10	4.10 4.40	0.316 0.527	8.50 12.50	85.00 125.00	-1.902

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงจำแนกเป็นรายชื่อ (n=20) (ต่อ)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
8. ท่านสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้เพื่อนร่วมงานทราบทุกครั้งในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ	ควบคุม	10	4.10	0.316	8.00	80.00	-2.285*
	ทดลอง	10	4.60	0.516	13.00	130.00	
9. ท่านได้รับข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากเพื่อนร่วมงานในการประชุมปรึกษาปัญหาผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติงานจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ควบคุม	10	4.00	0.000	9.50	95.00	-0.938
	ทดลอง	10	4.20	0.788	11.50	115.00	
10. เพื่อนร่วมงานยินดีให้ความช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยเสมอหากท่านร้องขอ	ควบคุม	10	4.20	0.422	8.50	85.00	-1.780
	ทดลอง	10	4.60	0.516	12.50	125.00	
ภาพรวม	ควบคุม	10	4.04	.067	8.15	81.50	-1.816*
	ทดลอง	10	4.42	0.393	12.85	128.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานกลุ่มควบคุมโดยรวมและรายช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายช้อย่อยพบว่า มีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละคนที่ท่านให้การดูแลแก่เพื่อนร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ ช่วย使他ปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย” “ท่านมั่นใจการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยแทนท่านเสมอ” และ “ท่านสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้เพื่อนร่วมงานทราบทุกครั้งในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ” ที่หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank Test

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวม และรายด้าน (n=10)

การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	ก่อน	4.08	0.181	1.50	1.50	-2.666*
	หลัง	4.43	0.221	5.94	53.90	
2. ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	ก่อน	4.10	0.434	4.67	14.00	-1.011
	หลัง	4.29	0.360	5.17	31.00	
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	ก่อน	4.27	0.391	4.00	12.00	-0.842
	หลัง	4.42	0.393	4.80	24.00	
ภาพรวม	ก่อน	4.15	0.260	2.83	8.50	-1.938*
	หลัง	4.38	0.288	6.64	46.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลอง โดยรวม พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ จำแนกรายข้อ (n=10)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการประชุมปรึกษาทุกครั้ง เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย	ก่อน	4.10	0.316	1.50	1.50	0.00
	หลัง	4.10	0.316	1.50	1.50	
2. ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทุกครั้ง ท่านและเพื่อนร่วมงานพิจารณาคัดเลือกผลงานวิจัย ที่ช่วยชี้แนะวิธีการผลงานวิจัยที่ช่วยชี้แนะวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย	ก่อน	3.10	0.994	0.00	0.00	-2.333*
	หลัง	3.80	0.788	3.50	21.00	
3. ท่านวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานทุกครั้ง ขณะเยี่ยมตรวจผู้ป่วย และชี้แนะการปฏิบัติการพยาบาล ณ เวลานั้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ด้วยเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาล	ก่อน	3.70	1.252	4.00	4.00	-1.382
	หลัง	4.40	0.699	3.40	17.00	
4. ท่านรายงานส่งเวรให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้งเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายในเวรของท่านเพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บรรลุผลทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ	ก่อน	4.70	.483	3.00	9.00	-0.447
	หลัง	4.60	0.516	3.00	6.00	
5. ท่านรายงานส่งเวรผลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนในเวรของท่านให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้ง เพื่อช่วยให้เกิดการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บรรลุผลของการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ	ก่อน	4.70	0.483	0.00	0.00	-1.414
	หลัง	4.90	0.316	1.50	3.00	

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพก่อน และหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ จำแนกรายข้อ (n=10)

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
6. ท่านใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเขียนรายงานทางการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อสื่อสารให้เพื่อนร่วมงานรับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในเวรของท่านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง	ก่อน	4.00	0.816	3.00	9.00	-0.879
	หลัง	4.30	0.483	4.75	19.00	
7. ท่านเขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในเวชระเบียนทุกครั้ง ช่วยให้ผู้ร่วมงานรับทราบสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากผลการปฏิบัติการพยาบาลในเวรของท่าน ณ เวลานั้น	ก่อน	4.40	0.516	0.00	0.00	-1.732*
	หลัง	4.70	0.483	2.00	6.00	
8. ท่านรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง	ก่อน	4.50	0.527	0.00	0.00	-1.414
	หลัง	4.70	0.483	1.50	3.00	
9. ท่านสร้างข้อปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่ก่อให้เกิดการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อย่างสม่ำเสมอ	ก่อน	4.10	0.568	2.50	5.00	-0.707*
	หลัง	4.30	0.483	3.33	10.00	
10. ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เหตุผลตามหลักวิชาทางการพยาบาลทุกครั้งที่ท่านเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ก่อน	4.10	0.316	3.50	3.50	-1.633
	หลัง	4.50	0.707	3.50	3.50	
ภาพรวม	ก่อน	4.08	0.181	1.50	1.50	-2.666*
	หลัง	4.43	0.221	5.94	53.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพโดยรวม พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง ท่านและเพื่อนร่วมงานพิจารณาคัดเลือกผลงานวิจัย ที่ช่วยชี้นำวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย” “ท่านเขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในเวชระเบียนทุกครั้งช่วยให้เพื่อนร่วมงานรับทราบสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากผลการปฏิบัติการ” และ “ท่านสร้างข้อปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่ก่อให้เกิดการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ” ที่หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ (n=10)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อร่วมแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณปรึกษากัน	ก่อน	4.60	0.516	2.00	2.00	-0.577
	หลัง	4.70	0.483	2.00	4.00	
2. ท่านยอมรับการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากเพื่อนร่วมงานทุกครั้ง หากมีเหตุผลทางวิชาการที่ชัดเจนมาสนับสนุน	ก่อน	4.60	0.516	2.00	2.00	-0.577
	หลัง	4.70	0.483	2.00	4.00	
3. ท่านเตรียมข้อมูลทางวิชาการเพื่อร่วมอภิปราย ค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้งในการประชุมปรึกษาผู้ป่วยรายกรณี	ก่อน	3.90	0.738	2.50	5.00	-0.707*
	หลัง	4.10	0.737	3.33	10.00	
4. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลทุกครั้งที่คุณปรึกษากัน	ก่อน	3.90	0.738	0.00	0.00	-1.342
	หลัง	4.20	0.632	1.50	3.00	

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ (n=10) (ต่อ)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
5. ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง	ก่อน	4.20	0.422	3.00	6.00	-0.447
	หลัง	4.30	0.674	3.00	9.00	
6. ท่านปรึกษาเพื่อนร่วมงาน และค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล	ก่อน	4.40	0.516	4.00	12.00	-0.333
	หลัง	4.30	0.674	3.00	9.00	
7. ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาล ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลทุกครั้ง ที่พูดคุยปรึกษากัน	ก่อน	4.00	0.471	3.50	7.00	-0.816
	หลัง	4.20	0.632	3.50	14.00	
8. ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันเลือกผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่เชื่อถือได้ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลทุกครั้ง ที่พูดคุยปรึกษากันทางการพยาบาล	ก่อน	3.10	0.738	4.00	4.00	-1.890*
	หลัง	3.60	0.516	4.00	24.00	
9. ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยพิจารณาข้อดีข้อเสียที่เกิดขึ้นจากหลายวิธีเปรียบเทียบกับกันทุกครั้ง ที่พูดคุยปรึกษากัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ก่อน	4.10	0.568	3.50	7.00	-0.816
	หลัง	4.30	0.483	3.50	14.00	
10. ท่านยอมรับและปฏิบัติตามมติที่ประชุมจากการปรึกษาทางการพยาบาลที่มีเหตุผล ซึ่งผู้ร่วมประชุมได้ร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้ง	ก่อน	4.40	0.699	3.00	6.00	-0.447
	หลัง	4.50	0.527	3.00	9.00	
ภาพรวม	ก่อน	4.10	0.434	4.67	14.00	-1.011
	หลัง	4.29	0.360	5.17	31.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพโดยรวม พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีเพียง 1 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันเลือกผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลทุกครั้งที่คุณพริ้งกัณฑ์ทางการพยาบาล” ที่หลังการใช้รูปแบบการสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ (n=10)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละคนที่ท่านให้การดูแล แก่เพื่อนร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เขาปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ก่อน	4.30	0.675	2.50	2.50	-1.000
	หลัง	4.50	0.527	2.50	7.50	
2. เมื่อท่านปฏิบัติงานผิดพลาด เพื่อนร่วมงานยังให้การยอมรับ รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงงานทุกครั้ง	ก่อน	4.40	0.516	2.50	7.50	-1.000
	หลัง	4.20	0.421	2.50	2.50	
3. ท่านมั่นใจการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยแทนท่านเสมอ	ก่อน	4.40	0.516	0.00	0.00	-1.732*
	หลัง	4.70	0.483	2.00	6.00	
4. ท่านพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสม่ำเสมอผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสม่ำเสมอ	ก่อน	4.10	0.738	3.50	7.00	-0.816
	หลัง	4.30	0.483	3.50	14.00	
5. ท่านแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย ในการประชุมปรึกษาปัญหาผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เพื่อนร่วมงานนำไปประยุกต์ ใช้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	ก่อน	4.00	0.471	5.25	10.50	-0.632
	หลัง	4.20	0.918	3.50	17.50	

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง จำแนกรายข้อ (n=10) (ต่อ)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ	กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
6. ท่านและเพื่อนร่วมงานตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ	ก่อน	4.20	0.422	0.00	0.00	
การพยาบาลร่วมกันเสมอ ช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จ	หลัง	4.40	0.516	1.50	3.00	-1.414
7. ท่านและเพื่อนร่วมงานได้ร่วมมือกันปรับปรุง	ก่อน	4.30	0.483	2.50	2.50	
งานด้านการพยาบาล จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	หลัง	4.50	0.527	2.50	7.50	-1.000
อย่างสม่ำเสมอ						
8. ท่านสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้เพื่อน	ก่อน	4.50	0.527	2.00	2.00	
ร่วมงานทราบทุกครั้ง ในการประชุมปรึกษาทาง	หลัง	4.60	0.516	2.00	4.00	-0.577
การพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรง						
ตามความต้องการ						
9. ท่านได้รับข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลผู้ป่วย	ก่อน	3.90	0.876	4.75	9.50	
จากเพื่อนร่วมงานในการประชุมปรึกษาปัญหา	หลัง	4.20	0.788	3.70	18.50	-0.791
ผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านสามารถ						
ปฏิบัติงานจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย						
10. เพื่อนร่วมงานยินดีให้ความช่วยเหลือท่านใน	ก่อน	4.60	0.516	2.50	5.00	
การดูแลผู้ป่วยเสมอ หากท่านร้องขอ	หลัง	4.60	0.516	2.50	5.00	0.000
ภาพรวม	ก่อน	4.27	0.391	4.00	12.00	
	หลัง	4.42	0.393	4.80	24.00	-0.842

*p < 0.05

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพโดยรวม พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านมั่นใจการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยแทนท่านเสมอ” ที่หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Two – Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้านประกอบด้วย การปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงกับกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน โดยศึกษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มตัวอย่างประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ไม่น้อยกว่า 2 ปี มีจำนวน 20 คน แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลราชพิพัฒน์จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มทดลอง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชุมติธร ไร อุตสาหกรรมเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สร้างขึ้นตามแนวคิดของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Menthey (2002) และทฤษฎีการพยาบาลของทฤษฎีการพยาบาลของ King (1981) 2) โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Beyer และ Marshall (1981) เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาล 30 คน ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98

ในการทดลองผู้วิจัยได้ชี้แจงให้หัวหน้าตึกและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทุกคนในแต่ละหอผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยอย่างสมบูรณ์ แล้วเริ่มเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นได้จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน 10 คน ภายหลังการอบรมผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และอธิบายรายละเอียด

และขั้นตอนการให้คู่มือให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองทุกคนใช้เวลาทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และได้เก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และในกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานด้วยแบบสอบถามเดิม ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง

นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลใช้ ค่าร้อยละ ส่วนคะแนนจากแบบสอบถามใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับการรับรู้ สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงด้วยสถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank Test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ต่อการรับรู้ สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

5.1.1 ระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน สรุปได้ ดังนี้

1) ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน

2) ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพและด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และอยู่ในระดับมากที่สุด 1 ด้าน คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ

3) ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

4) ระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

5.1.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าหลังใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยรวมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 การรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงาน

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 10) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 อธิบายได้ว่าการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงนั้นส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานมากขึ้น เนื่องจากมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างพยาบาลในระหว่างเวรต่อเวร ใช้กระบวนการการพยาบาล และเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีปฏิสัมพันธ์ด้วยการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับสมาชิกทีมการพยาบาล มีการสื่อสารแบบสองทางระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย/ครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และร่วมกันค้นหาปัญหา ค้นหาวิธีการใดๆ ในการแก้ไขปัญหา ดังเป้าหมายร่วมกัน ตกลงใจเลือกแนวทางปฏิบัติและนำไปปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ นำความรู้ ทักษะทางวิชาชีพโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่องตามลักษณะเฉพาะ 3 ประการ (Triple a nurse) ของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน (Autonomy) และมีภาระความรับผิดชอบต่อผลงาน (Accountability) มีอำนาจในการตัดสินใจกระทำการ (Authority) ตามแนวคิดของ Marram, et al. (1974) และการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) มาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับมอบหมายงาน การรายงานส่งเเว การประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน โดยการติดต่อสื่อสารกันแบบ 2 ทาง พยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงานตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) แลกเปลี่ยนข้อมูลของแต่ละคนรับรู้ร่วมกัน ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย (Explore means to achieve goal) เพื่อนร่วมงานสามารถเสนอให้ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ หากมีข้อมูลสนับสนุนและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกว่า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต่างฝ่ายต่างยอมรับ ก่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด และตกลงเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Agree on means achieve goal) คือ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในหมู่เพื่อนร่วมงานทั้งในด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณา เอกอนันต์ธรรม (2552) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบทีมการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายให้พยาบาลแต่ละคนดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบในแต่ละเวรหมุนเวียนกันไป แต่ละคนจะปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระหว่างคนต่อคน และคนต่อกลุ่ม แต่จะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฉพาะช่วงเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานต่างคนต่างรับผิดชอบงานของตน โดยไม่มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างสมาชิกทีมในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแผนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงวิธีและการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้มีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานน้อย กว่ารูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทั้งนี้เนื่องจาก ในทุกขั้นตอนของการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการพูดคุยกับผู้ป่วย ครอบครัว การสังเกต ศึกษาจากเวชระเบียน ค้นหาปัญหา และนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และสื่อสารข้อมูลกับเพื่อนร่วมงานในขณะรายงานส่งเเว การทำกิจกรรมประชุมปรึกษามีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลของแต่ละคนรับรู้ เพื่อนร่วมงานร่วมค้นหาปัญหา และกำหนดจุดมุ่งหมาย ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาสามารถเสนอให้ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ หากมีข้อมูลสนับสนุนและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่

เหมาะสมกว่า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต่างฝ่ายต่างยอมรับ ก่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด ดังที่เรณู พุกบุญมี และคณะ (2544) ได้เปรียบเทียบการมอบหมายงานในรูปแบบที่มุ่งงานกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่ารูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และมีอิสระในการปฏิบัติงานมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการวางแผนจัดการ และให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในแต่ละเวร เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระหว่างคนต่อคน และคนต่อกลุ่ม แต่จะมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฉพาะช่วงเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานต่างคนต่างรับผิดชอบงานของตน โดยไม่มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างสมาชิกทีมในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแผนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงวิถีและการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้มีระดับสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานน้อย ดังที่ Tiedeman & Lookinland (2004) ให้แนวคิดรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งงานว่า เป็นการทำงานภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามที่ได้รับมอบหมาย ไม่มีอิสระตัดสินใจที่จะทำหรือไม่ทำบางสิ่ง ทำให้สูญเสียความเป็นวิชาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้านจิตใจ สังคม

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้หลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 11) อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พยาบาลเจ้าของไข้และเพื่อนร่วมงานมีการพูดคุย ปรึกษาหารือ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น รายงานการวิจัย ประสพการณ์จากการทำงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มในบรรยากาศที่สร้างสรรค์จะช่วยให้กลุ่มเกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ พิจารณารายข้อ กลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สัมพันธภาพอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ เท่ากับกลุ่มทดลอง คือข้อที่ 4, 5 และ 7 (ตารางที่ 9) ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสาร แสดงให้เห็นว่าการรายงานรับส่งเวร และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติทั้งในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงาน ในข้อ 5 (ตารางที่ 11) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า พยาบาลเจ้าของไข้รายงานส่งเวรในรายละเอียดต่างๆ เพิ่มเติม เช่น อาการ อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแล ทั้งสองฝ่ายจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด และการรับรู้จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีการประเมินข้อมูลร่วมกัน ก่อให้เกิดการดูแลที่ครบถ้วนครอบคลุมในทุกประเด็นปัญหาและเกิด

ความต่อเนื่อง ดังที่ Manthey (2002, p. 30) กล่าวถึงพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลอย่างไร และสื่อสารแผนการพยาบาลให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ ส่วนในข้อ 8 และข้อ 10 (ตารางที่ 11) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่ารูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า พยาบาลเจ้าของไข้มีภาระความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในความดูแลของตน จึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันตั้งจุดมุ่งหมายที่ได้รับการยอมรับจากทั้งสองฝ่าย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ดังที่ Marram, et al. (1974, p. 49) กล่าวถึงพยาบาลเจ้าของไข้ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพสามารถทำได้ในรูปแบบของการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอ พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล โดยนำปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายมารวมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนในข้อที่ 1 (ตารางที่ 7) กลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สัมพันธภาพอยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สัมพันธภาพอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมอาจมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพก่อนการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุดอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งสอดคล้องตามสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย หมายถึง ตระหนักในความสำคัญของการทำวิจัยและการพัฒนาความรู้ มีความรู้พื้นฐานในกระบวนการทำวิจัยและการจัดการความรู้ การพิจารณาการใช้ประโยชน์จากความรู้เชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน และการเผยแพร่ความรู้ กับทีมสุขภาพและสาธารณะ สถานการพยาบาล (2552; อ้างใน นัยนา กล้าขยัน, 2554, น. 26)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 12) อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันค้นหาวิธีการหลายๆ วิธีที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ตกลงร่วมกัน และร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เป้าหมายบรรลุผล จึงทำให้ระดับสัมพันธภาพของกลุ่มทดลอง ในด้านนี้สูงกว่ากลุ่มควบคุม รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงนั้น พยาบาลเจ้าของไข้และเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น นำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล และร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อกำหนดแผนการพยาบาล ซึ่งสถานการณ์พยาบาลระหว่างประเทศมีความเชื่อว่า พยาบาลต้องค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ใน

การตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อพิจารณาคัดเลือกสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย (Bryant & Benton, 2012, p. 8) พิจารณารายชื่อ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในข้อที่ 1 และข้อที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงานร่วมกันมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และคัดเลือกวิธีการเพื่อบำบัดการสู่จุดมุ่งหมาย จะก่อให้เกิดการยอมรับและให้การปฏิบัติการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับกระบวนการการตัดสินใจ ประกอบด้วย การระบุปัญหา รวบรวมข้อมูล ค้นหาทางเลือก เปรียบเทียบทางเลือก เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด วางแผน และนำทางเลือกไปแก้ไขปัญหา กำกับติดตาม และประเมินผล (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2551, น. 346)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 13) อธิบายได้ว่าในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงาน มีความไว้วางใจกันร่วมมือปฏิบัติงาน การช่วยเหลือสนับสนุน และให้การปรึกษาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน จึงทำให้ระดับสัมพันธภาพในด้านนี้สูงขึ้น พิจารณารายชื่อในข้อที่ 1, 3 และ 8 กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สัมพันธภาพอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงานมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลร่วมกัน ก่อให้เกิดความไว้วางใจกัน ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการทำงาน และทำให้การดำเนินงานบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2551, น. 365) ซึ่งสอดคล้องกับ ศศิธร ชิดนาค (2550, น. 100) ที่ให้แนวคิดเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความห่วงใย ความผูกพัน ความเอาใจใส่ และการยอมรับนับถือกัน จะทำให้การปฏิสัมพันธ์ดำเนินไปสู่เป้าหมายที่ราบรื่น และรวดเร็ว

5.2.2 สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 14) อธิบายได้ว่า เมื่อหัวหน้ามอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแล ได้ให้คำแนะนำปรึกษา และติดตามประเมินผลลัพธ์ พยาบาลเจ้าของไข้สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเพื่อนร่วมงาน ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิงในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้และเพื่อนร่วมงาน แต่ละคนจะมี

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เหมือนหรือแตกต่างกัน และเมื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกันจะเกิดการคิดพิจารณาในสิ่งที่แต่ละคนรับรู้และนำเสนอวิธีการปฏิบัติพยาบาลซึ่งมีได้หลากหลายวิธี เพื่อช่วยตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดที่กลุ่มได้เลือกสรร และปฏิบัติการพยาบาลตามแผน เกิดการกระทำที่ตอบสนองซึ่งจะสะท้อนแนวคิดร่วมกัน นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้คือผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในหมู่เพื่อนร่วมงาน ทั้งในด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวรรณ อนุสันติ (2547) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการประชุมปรึกษาที่บูรณาการกระบวนการคิดพิจารณาจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าของกระบวนการพยาบาล และการรับรู้ความมีเหตุผลทางการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 15) อธิบายได้ว่าพยาบาลเจ้าของไข้ นำความรู้ นำผลงานวิจัย ทางพยาบาลมาใช้ในการร่วมประชุมปรึกษากับเพื่อนร่วมงาน มีการนำเสนอปัญหาของผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เหตุผลตามหลักวิชาทางการพยาบาล วิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานขณะเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยร่วมกับเพื่อนร่วมงาน และเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาล ณ เวลานั้น ด้วยเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้รายงานส่งเวรให้เพื่อนร่วมงานรับทราบเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายในเวร เขียนรายงานทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้เพื่อนร่วมงานรับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในเวร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประนมวัน เกษัญชัย และวิภาพร วรหาญ (2555) ที่ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต้องเกี่ยวข้องกับผู้ร่วมงานหลายฝ่าย มีการประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา หรือปรับปรุงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานให้ความร่วมมือ ร่วมใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการระดมสมองในการปรับกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์หรือผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับแนวคิดของนิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2554, น. 266) ที่ว่าวัตถุประสงค์สำคัญของการประชุมปรึกษา คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมร่วมกันใช้ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาของผู้ป่วยในทีม ส่งผลให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดีและเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกทีม พิจารณารายข้อ (ตารางที่ 15) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติงานด้วย ความเป็นวิชาชีพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในข้อที่ 2, 7 และ 9 อธิบายได้ว่า ในการใช้กระบวนการพยาบาลพยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อน

ร่วมงานได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การรายงานส่งเวรมากขึ้น ซึ่งมีการสื่อสารแบบสองทางตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ของคิงที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้วยการพูดคุย ซักถาม สอดคล้องกับแนวคิดของ วรณา เอกอนันต์ธรรม (2552) ที่กล่าวถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานในการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการบริการพยาบาล โดยสมาชิกทีมเป็นผู้ให้และรับข้อมูลอย่างจริงใจ และไม่ปิดบัง ทำให้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ดีขึ้น และเหตุผลอีกประการหนึ่ง คือพยาบาลเจ้าของไข้ได้ให้การดูแลผู้ป่วยรายเดิมทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ทำให้ทราบข้อมูล ปัญหา อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถเขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลได้ครอบคลุม ทุกปัญหา ซึ่งตรงกับหลักการของรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ว่า เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ยื่น ปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้ต้องสื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยให้แก่เพื่อนร่วมงานทราบ (Zander, 1980, p. 195)

ด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาล วิชาชีพก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมประชุมปรึกษากับเพื่อนร่วมงาน เพิ่มมากขึ้น มีการเตรียมข้อมูลทางวิชาการ ค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล คัดเลือกผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงาน และเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วม วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาผู้ป่วย ร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม และร่วม รับผิดชอบในการตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ใน บางครั้งพยาบาลเจ้าของไข้จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อผู้ป่วย ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน จึงต้องตัดสินใจให้การพยาบาลในทันทีทันใด (วิจิตร กุสุมภ์, 2556, น. 47) และส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 ซึ่งเป็นผู้ที่มีทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน จึงตัดสินใจแก้ไขปัญหาโดย ไม่ได้นำปัญหาผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner (1984; อ้างใน อภิญา จำปามูล, 2557) ที่ว่าผู้เชี่ยวชาญ (Expert) มีประสบการณ์มากกว่า 5-7 ปี เข้าใจแต่ละ สถานการณ์ได้ลึกซึ้ง วินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่ยึดติดกับคู่มือ หลักการ มีประสบการณ์ กว้างขวาง ไวต่อปัญหา รู้วิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เมื่อพิจารณารายชื่อ (ตารางที่ 16) กลุ่มทดลองมีค่า คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในข้อที่ 3 และ 8 อธิบายได้ว่า ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน มีการแลกเปลี่ยน ความรู้ที่ตนเองได้ศึกษาค้นคว้ามาจากการอ่านหรืองานวิจัย ได้ยินได้ฟังมาจากการเข้าร่วมประชุม อบรม

เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ เสวตักษณ์ จิรธรรมคุณ (2552, น. 60) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงานว่าเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทีม มีส่วนร่วมในการนำความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาของผู้ป่วยในทีมการพยาบาล

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหมู่เพื่อนร่วมงาน ตามสมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพตามที่สภาการพยาบาล (อึ้งใน นัยนา กล้าขยัน, 2554, น. 27) กำหนด ได้แก่ การมีความรู้และทักษะในการติดต่อสื่อสาร การนำเสนอข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความตระหนักในความถูกต้องของการสื่อสาร และการสร้างปฏิสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุดอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งขัดแย้งกับกับงานวิจัยของ วรรณา เอกอนันต์ธรรม (2552) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบทีมการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงโดยรวมหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามระยะเวลา 1 เดือน ภายหลังทำการทดลองการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง พบว่าระดับค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น หากมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองอาจจะสูงขึ้นกว่าเดิม (Manthey, 2002, p. 53) เมื่อพิจารณารายข้อ (ตารางที่ 17) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในข้อที่ 3 อธิบายได้ว่าพยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อนร่วมงานได้ร่วมกันประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วย การได้พูดคุยโต้ตอบสื่อสารกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เสวตักษณ์ จิรธรรมคุณ (2552, น. 60) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงานว่าเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ส่งผลดีต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดเป็นนโยบาย ในการนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ดังกล่าวไปใช้ในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาล เพื่อการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอื่นๆ และควรเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้มีความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และยอมรับการปรับเปลี่ยนจากรูปแบบการมอบหมายงานแบบเดิม เริ่มตั้งแต่การจัดอบรมให้ความรู้ ให้ทดลองฝึกปฏิบัติ นำไปปฏิบัติจริงและติดตามประเมินผลภายหลังดำเนินการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นิเทศ ติดตามประเมินผล

5.3.2 ด้านการบริการทางการพยาบาล

การจัดกิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับเพื่อนร่วมงาน โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิงอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการนำความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละคนมาใช้วิเคราะห์แก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ยังช่วยเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรทำกิจกรรมการจัดประชุมปรึกษารูปแบบที่ได้ทำการทดลองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล หรือขณะรายงานส่งเวร พยาบาลผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำเป็นต้องหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อนำไปวางแผนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วย การที่พยาบาลได้รับเป็นเจ้าของไข้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันบ่อยๆ ทำให้เกิดทักษะความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้นๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

5.3.3 ด้านวิจัยทางการพยาบาล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มุ่งศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลต่อผู้ป่วย ที่เป็นผลจากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง เช่น ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อจำนวนระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

- กนกนุช จำกัศตร์. (2549). เทคนิคการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล. *สารวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก*, 5(2), 1-10.
- กาญจนา จันทรไทย, และอุไรพร จันทะอุ่มเม้า. (2556). การบริหารการพยาบาลในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง. *วารสารกองการพยาบาล*. 40(2). 1-15.
- จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และสุภาณี เสนาดีสัย. (2554). ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*. 17(2). 278-286.
- จันทรเพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณา, และรัตนารักษ์ ศิริวิวัฒน์ชัยพร. (2548). *แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- จินตนา ยูนิพันธุ์, และวราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2550). *เอกสารคำสอนรายวิชา ทฤษฎีทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาวใจ จีเพชร. (2547). ผลของการฝึกทักษะการสื่อสารสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อสัมพันธภาพระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อพยาบาลประจำการ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล*. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศนา แยมมณี. (2545). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: นิชนเอดเวอร์ไทซิง กรุ๊ป.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 31(4). 16-25.
- นัยนา กล้าขันธ์. (2554). *การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสหัชชนันท์ จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2555). การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP). *จุลสารสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์. ฉบับที่ 1 ปี 2555*. นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557. จากเว็บไซต์: https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book55_1/pbhealth.htm.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (บรรณาธิการ). (2554). *การบริหารการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2555). การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : Evidence-Based Practice: EBP. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2555. จากเว็บไซต์: https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book55_1/pbhealth.htm
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูแอเน็ค ไอออนเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การในศตวรรษที่ 21*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนมวัน เกษัญชัย และวิภาพร วรหาญ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 20(3). 24-32.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2551). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี. (2551). *คุณภาพการบริหารการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ และ กัญญาดา ประจุศิลป์. (2554). ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 23(3). 13-25.
- รัชณี อยู่ศิริ. (บรรณาธิการ). (2551). *การบริหารการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พิทักษ์การพิมพ์.

รัตติกรณ์ จงวิศาล. (2554). *มนุษย์สัมพันธ์ : พฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.

เรณู พุกบุญมี, จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, จุติพร แดงฉาย และสุภาณี เสนาดีสัย. (2544). ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถ และความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ. *รามารับดีสาร*. 7(1). 27-42.

วรรณา เอกอนันต์ธรรม. (2552). *ผลของการใช้รูปแบบทีมการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

ศศิธร ชิดนายิ. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ธนาเพลส.

สุจิตรา ล้อมอานวยลาภ. (2553). การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ใน เพลินตา ศิริปการ, สุจิตรา ล้อมอานวยลาภ, กาญจนา สิมะจาริก และชวนพิศ ทำนอง. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 1-38). ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.

สุวรรณา อนุสันติ. (2547). *ผลของการใช้รูปแบบการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการคิดวิจารณ์ญาณต่อการรับรู้คุณค่าของกระบวนการการพยาบาล และความมีเหตุผลทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

สุพิศ กิตติรัชดา, และวาริ วณิชปัญจพล. (2552). *การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพการนิเทศการพยาบาล*. นนทบุรี: สามเจริญพานิชย์.

เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. (2552). *ถามและตอบ : การบริหารหอผู้ป่วย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โฟร์ไคแมนชั่น.

อภิญญา จำปามูล. (2557). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ*. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตร
เครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพกับการนำไปใช้ รุ่นที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.

Alligood, M. R. (2002). Philosophies, models, and theories : Critical thinking structures. In Alligood, R.
M., & Tomey, A. M. (Eds.). *Nursing theory : Utilizations & application*. (2nd ed., pp. 41-61).
St. Louis: Mosby.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. (7th ed). Missouri, MO:
Mosby Elsevier.

Archibong, E. U. (1999). Evaluation the impact of primary nursing practice on the quality of nursing
care: A Nigerian study. *Journal of Advanced Nursing*. 29(3). 680-689. [https://doi.org/10.1046/
j.1365-2648.1999.00937.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00937.x)

Arnold, E. & Boggs, K. U. (2003). *Interpersonal relationships : Professional communication skills for
nurses*. (4th ed.). Missouri: Saunders.

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). Englewood cliffs: N.J: Prentice-Hall.

Beyer, J. E., & Marshall, J. (1981). The interpersonal dimension of collegiality. *Nursing Outlook*. 29(11).
662-665.

Baltimore, J. J. (2006). Nurse collegiality : Fact or fiction?. *Nursing Management*. 37(5). 28-36 ; quiz
50. doi: 10.1097/00006247-200605000-00008.

Basavanthappa, B. T. (2011). *Management of nursing services and education*. New Delhi:
Jaypee Brothers Medical.

Bryant, R. & Benton, C., D. (2012). *Closing the gap: From evidence to action*. Geneva: International
Council of Nurses.

Cherry, B. & Jacob, S. R. (2011). *Contemporary Nursing : Issues trend & management*. (5th ed).
St.Louis, Missouri: Mosby.

- Chitty, K. K. (2005). *Professional nursing : Concepts and challenges*. (4th ed.). St.Louis: Elsevier Saunders.
- Chitty, K. K. & Black. B. P. (2011). *Professional nursing : Concepts & challenges*. (6th ed). Maryland Heights, Mo.: Saunders/Elsevier.
- Duddle, M. & Baughton, M. (2007). Intraprofessional relation in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 59(1). 29–37. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04302.
- Follett, M. P. (1982). Decision Making : An executive decision is a moment in a process. In Gillies, D. A. (Eds.) *Nursing Management : A Systems Approach*. (pp.328-342). Philadelphia: W.B. Saunders.
- George, J. B. (1990). *Nursing Theories : The base for professional nursing practice*. (3rd ed). London: Prentice-Hall International.
- Grohar–Murray, M. E., & DiCrocce, H. R. (2003). *Leadership and management in nursing*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management*. (4th ed.). Maryland Heights, Mo. : Saunders.
- Husband, A. (1988). Application of King’s Theory of Nursing to the care of the adult with diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 13(4). 484-488. doi: 10.1111/j.1365-2648.1988.tb02854.x.
- Killeen, M. B., & King, I. M. (2007). Viewpoint: Use of King’s conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18(2). 51-57.
- King, I. M. (1981). *A Theory for nursing : Systems, concepts, process*. New York: John Wiley and Sons.
- Manley, K., Hamill, J. M., & Hanlon, M. (1997). Nursing staff’s perceptions and experiences of primary nursing practice in intensive care 4 years on. *Journal of Clinical Nursing*. 6(4). 277-287. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00316.x>.

- Manthey, M. (2002). *The practice of primary nursing*. (2nd ed). Minneapolis, MN: Creative Health Care Management.
- Marram, G. D., Schlegel, M. W., & Bevis, E. O. (1974). *Primary nursing : A model for individualized care*. St. Louis: Mosby.
- Marroner-Tomey, A. (2000). *Guide to nursing management and leadership*. (6th ed.). St Louis: Mosby.
- Marriner-Tomey, A. (2004). *Guide to nursing management and leader ship*. (7th ed.). St.Louis, Missouri: Mosby.
- Masters. K. (2008). *Role development in professional nursing practice*. (2th ed.). Ontario: Jones & Bartlett.
- Masters, K. (2009). *Role development in professional nursing practice*. U.S.A.: Jones and Bartlett Publishers.
- Minnesota Nurses Association. (1999). *MNA position statement : Colleagueship in nursing practice*. Retrieved Mar 5, 2013. from <http://www.mnnurses.org>.
- Perälä, M. L., & Hentinen, M. (1989). Primary nursing: opinion of nursing staff before and during implementation. *International Journal of Nursing Studies*. 26(3). 231-242. doi: 10.1016/0020-7489(89)90004-7.
- Ryan, A. A., & Logue, H. F. (1988). Developing an audit tool for primary nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 7(5). 417-423. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00158.x.
- Schiro, A. (1980). Primary nursing in the critical care areas. In Zaren, K. S. (Ed.). *Primary nursing: Development and management*. (pp. 229-241). Germantown: Aspen Systems.
- Simon, E. (2011). *Critical care nursing practice guide : A road map for students and new graduates*. London: Malloy.
- Tiedeman, M. E., & Lookinland, S. (2004). Traditional models of care delivery: What have we learned?. *The Journal of Nursing Administration*. 34(6). 291-297. doi: 10.1097/00005110-200406000-00008.

- Tourangeau, A. E., Cranley, L. A., Laschinger, H., & Pachis, J. (2010). Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Management*. 18(8). 1060-1072. doi: 10.1111/j.1365-2834. 2010.01125.x
- Warstler, M. E. (1972). Some management technique for nursing service administrators. *The Journal of Nursing Administration*. 2(6). 25-34. doi: 10.1097/00005110-197211000-00009.
- Watson, J. (1977). Primary nursing - nursing care can be patient centred. *The Australian Nurses' Journal*. 7(2). 35-54.
- Zander, K. S. (1980). *Primary nursing: Development and management*. London: Aspen.
- Zerwekh, J. G. & Garneau, A. Z. (2012). *Nursing today : Transition and trends*. (7th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.นุศ ทิพย์แสนคำ

การศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาล)

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน)

มหาวิทยาลัยมหิดล

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) (สาธารณสุขศาสตร์)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. อาจารย์ สุมิตตา สว่างทุกข์

การศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาล)

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การอุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3. อาจารย์ภัทรรัตน์ ดันนุกิจ

การศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาล)

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 4/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงร่างงานวิจัยเรื่อง: "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการพฤติกรรมการพยาบาล
ของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก"

ของ: นางศุภจิต นาคะรัตน์

นักศึกษานักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล
ของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ
ในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก
รหัสโครงการ : N023q/57
หัวหน้าโครงการ : นาง ศุภจิต นาคะรัตน์
สถาบันที่สังกัด : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ลงชื่อ.....

(นายพีระพงษ์ สายเชื้อ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง...Q15.....

ให้ไว้ ณ วันที่ 19 FEB 2014

หมดอายุ วันที่ 18 FEB 2015

ประเภทของการรับรอง : ☒ ครั้งแรก ☐ แก้ไขโครงร่างการวิจัย ☐ ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า ☐ 1 ปี ☒ 6 เดือน ☐ 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ก

(ตัวอย่าง) คู่มือการปฏิบัติงาน



คู่มือ
การปฏิบัติงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล
ของคิง

จัดทำโดย

นางศุภจิต นาคะรัตน์



อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2556
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คำนำ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษาศีรษะ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มา บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานของ พยาบาลวิชาชีพขณะปฏิบัติงาน และจัดทำเป็นคู่มือสำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการใช้คู่มือ รายละเอียดของรูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ขั้นตอนการปฏิบัติ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาล วิชาชีพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล

ศุภจิต นาคะรัตน์



คู่มือการปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือ

1. เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
2. สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในบทบาทของพยาบาลหัวหน้าหน่วย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ช่วย
3. เข้าใจแนวทางการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานเมื่อปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

วิธีการใช้คู่มือ

1. ผู้ปฏิบัติอ่านและทำความเข้าใจในเนื้อหาสาระของคู่มือนี้ทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงาน
2. ผู้ปฏิบัติทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติ การพยาบาลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ในบทบาทของพยาบาลหัวหน้าหน่วย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ช่วย
3. ผู้ปฏิบัติปรึกษาผู้วิจัย เมื่อมีข้อสงสัยในเนื้อหาสาระของเครื่องมือ หรือต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติเพิ่มเติม
4. ทดลองการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง คนละ 1 ราย ก่อนการปฏิบัติจริง และสามารถปรึกษาผู้วิจัยได้ในกรณีที่ยังมีข้อสงสัย
5. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติการพยาบาลในทุกกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนประกอบของเครื่องมือ

คู่มือรูปแบบการการปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎี การพยาบาลของคิงนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. รูปแบบการพยาบาลการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
 - 1.1 แนวคิด/ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1.1 แนวคิดรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 1.1.2 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
 - 1.2 ความหมายของรูปแบบการพยาบาลการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2.1 การบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้กับทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง

2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในรูปแบบการการพยาบาลการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

3.1 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย / พยาบาลหัวหน้าเวร

3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้

3.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ช่วย



ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพ
เพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก



เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

ชื่อโครงการวิจัย	ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก
หัวหน้าโครงการวิจัย	นางศุภจิต นาคะรัตน์
สถานที่วิจัย	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ผู้สนับสนุนวิจัย	ทุนส่วนตัว

ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้

พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งในการปฏิบัติงานร่วมกันพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน บางครั้งก็มองข้ามบทบาทวิชาชีพในการเป็นเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุน ส่งเสริมด้านความร่วมมือ การรับรู้ร่วมกันในหมู่เพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานร่วมกัน พยาบาลวิชาชีพแสดงบทบาท เพื่อนร่วมงานด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และให้คำปรึกษากันในทีมการพยาบาล พฤติกรรมเหล่านี้ (Kittrell, 2005, p. 177) หากพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะช่วยให้บรรยากาศในการทำงาน การติดต่อประสานงานดีขึ้น และทำงานอย่างมีความสุขมีความพึงพอใจในการทำงานรู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกอยากมาทำงานหรือรู้สึกผูกพันกับองค์กร และในส่วนขององค์กรก็จะได้รับประโยชน์ในด้านต่างๆ การลาออก ความขัดแย้งในการทำงาน การขาดงาน ลางานและเกิดอุบัติเหตุบ่อยลง สามารถทำงานได้เต็มความสามารถ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีพยาบาลเจ้าของไข้ให้การวางแผนการพยาบาลครอบคลุม 24 ชั่วโมง และให้การพยาบาล ประเมินผลการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง เมื่อบูรณาการกับทฤษฎีการพยาบาลของคิงที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่จุดมุ่งหมาย ตกลงเลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการ ตามจุดมุ่งหมาย และเกิดการดำเนินสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม และเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และรูปแบบการมอบหมายงานที่มุ่งความสัมพันธของงาน

เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน ที่มุ่งความสัมพันธของงาน

เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

จะปฏิบัติต่อท่านอย่างไร

ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วิจัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวท่านไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการโดยไม่ระบุชื่อ หากท่านมีข้อสงสัยผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งความสัมพันธของงาน มาเป็นรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
2. พัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้ระบบการมอบหมายงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง
3. พยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน จากการใช้ระบบการมอบหมายงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ก่อให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้ ขึ้นอยู่กับตัวท่านเองและแม้ว่าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้ว ถ้าไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป สามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลา

คำตอบแทน

ไม่มี

การรักษาความลับของท่าน

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวท่านไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยต่อหน่วยงานเฉพาะ สรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการโดยไม่ระบุชื่อบุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดโปรดสอบถามโดยตรงได้ที่นางศุภจิต นาคะรัตน์ โทร. 0-2444-0138 ต่อ 8926 (เวลาราชการ) หรือ 08-935-1253

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการ
(นางศุภจิต นาคะรัตน์)



แบบสอบถาม

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้
สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง แบบสอบถามมี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี
2. ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักของท่าน
_____ ปี
3. ตำแหน่งในปัจจุบันของท่านคือ
() หัวหน้าหอผู้ป่วย
() พยาบาลประจำการ



**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล
ของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของ
พยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก
นึกคิดของท่านตามระดับการรับรู้สัมพันธภาพที่เป็นจริงมากที่สุดโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความทั้งหมดในประ โยคนี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของ ท่านน้อยที่สุด
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความทั้งหมดในประ โยคนี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของ ท่านน้อย
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความทั้งหมดในประ โยคนี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของ ท่านปานกลาง
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความทั้งหมดในประ โยคนี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของ ท่านมาก
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความทั้งหมดในประ โยคนี้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของ ท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้ที่เป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพ					
1	ท่านนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการประชุม ปรึกษาทุกครั้ง เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหา สุขภาพของผู้ป่วย					
2	ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง ท่าน และเพื่อนร่วมงานพิจารณาคัดเลือกผลงานวิจัย ที่ ช่วยชี้นำวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้ที่เป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3	ท่านวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับเพื่อนร่วมงานทุกครั้ง ขณะเยี่ยมตรวจผู้ป่วยและชี้แนะการปฏิบัติการพยาบาล ณ เวลานั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยด้วยเหตุผลตามหลักวิชาการพยาบาล					
4	ท่านรายงานส่งเวรให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้งเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายในเวรของท่าน เพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องบรรลุผลทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ					
5	ท่านรายงานส่งเวรผลของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนในเวรของท่านให้เพื่อนร่วมงานรับทราบทุกครั้ง เพื่อช่วยให้เกิดการพยาบาลอย่างต่อเนื่องบรรลุผลของการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ					
6	ท่านใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเขียนรายงานทางการพยาบาลทุกครั้งเพื่อสื่อสารให้เพื่อนร่วมงานรับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในเวรของท่านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง					
7	ท่านเขียนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในเวชระเบียนทุกครั้ง ช่วยให้เพื่อนร่วมงานรับทราบสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากผลการปฏิบัติการพยาบาลในเวรของท่าน ณ เวลานั้น					
8	ท่านรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง					
9	ท่านรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้ที่เป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10	ท่านนำเสนอปัญหาของผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เหตุผล ตามหลักวิชาการทางการพยาบาลทุกครั้งที่ท่านเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับเพื่อนร่วมงาน					
	การตัดสินใจเชิงวิชาชีพ					
1	ท่านเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมแก้ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณปรึกษา					
	ท่านยอมรับการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากเพื่อนร่วมงานทุกครั้ง หากมีเหตุผลทางวิชาการที่ชัดเจนมาสนับสนุน					
	ท่านเตรียมข้อมูลทางวิชาการเพื่อร่วมอภิปรายค้นหาวិธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทุกครั้งในการประชุมปรึกษาผู้ป่วยรายกรณี					
4	ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ทุกครั้งที่พูดคุยปรึกษา					
5	ท่านและเพื่อนร่วมงานร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทุกครั้ง					
6	ท่านปรึกษาเพื่อนร่วมงาน และค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกครั้งที่คุณปรึกษาจากการปฏิบัติการพยาบาล					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้ที่เป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	ท่านและเพื่อนร่วมงาน ปรึกษาหารือกัน เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล					
8	ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันเลือกผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่เชื่อถือได้ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลทุกครั้งที่คุณพยาบาล ปรึกษากันทางการพยาบาล					
9	ท่านและเพื่อนร่วมงาน ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยพิจารณาข้อดี ข้อเสียที่เกิดขึ้นจากหลายวิธีเปรียบเทียบกันทุกครั้ง ที่คุณพยาบาลปรึกษากัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย					
10	ท่านยอมรับและปฏิบัติตามมติที่ประชุมจากการปรึกษาทางการพยาบาลที่มีเหตุผลซึ่งผู้ร่วมประชุม ได้ร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทุกครั้ง					
	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ					
1	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยแต่ละคนที่ท่านให้การดูแลแก่เพื่อนร่วมงาน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เขาปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย					
2	เมื่อท่านปฏิบัติงานผิดพลาด เพื่อนร่วมงานยังให้การยอมรับ รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไข ปรับปรุงงานทุกครั้ง					
3	ท่านมั่นใจการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยแทนท่านเสมอ					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้ที่เป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4	ท่านพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสม่ำเสมอ					
5	ท่านแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย ในการประชุมปรึกษาปัญหาผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เพื่อนร่วมงานนำไปประยุกต์ใช้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย					
6	ท่านและเพื่อนร่วมงานตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันเสมอ ช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จ					
7	ท่านและเพื่อนร่วมงานได้ร่วมมือกันปรับปรุงงานด้านการพยาบาล จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ					
8	ท่านสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้เพื่อนร่วมงานทราบทุกครั้ง ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ					
9	ท่านได้รับข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากเพื่อนร่วมงานในการประชุมปรึกษาปัญหาผู้ป่วยรายกรณี อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติงานจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย					
10	เพื่อนร่วมงานยินดีให้ความช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยเสมอ หากท่านร้องขอ					

ภาคผนวก จ

(ตัวอย่าง) หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และ
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/(ว)0982

29 กรกฎาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการอนุรักษ์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวสุจิต นาคะรัตน์ นักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาขอเรียนเชิญ ดร.นุศ แก้วแสนคำ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุจิต นาคะรัตน์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ดร.นุศ แก้วแสนคำ



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/(ว)0982

29 กรกฎาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวสุกจิต นาคะรัตน์ นักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาขอเรียนเชิญ คุณภัทรารัตน์ ตันนุกิจ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุกจิต นาคะรัตน์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : คุณภัทรารัตน์ ตันนุกิจ



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd., Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ บพ.1บพ.125/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

26 กันยายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน คณะอนุกรรมการและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย
 2. เครื่องมือวิจัย
 3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ด้วย นางศุภจิต นาคะรัตน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการรับรู้สัมพันธภาพเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในการนี้นักศึกษามีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเวชการุณรค์มี ทั้งนี้ นักศึกษาผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นักศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางศุภจิต นาคะรัตน์
วัน เดือน ปีเกิด	25 กุมภาพันธ์ 2509
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเกื้อการุณย์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

