

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการดำเนินการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในงานห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในงานห้องผู้ป่วยหนัก มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และการจัดการในงานห้องผู้ป่วยหนัก
2. แนวคิดรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing system) ประกอบด้วย ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ ลักษณะของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และการจัดการในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
3. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ หลักการ ลักษณะ ชนิด วิธีการและขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย คุณลักษณะของพยาบาลที่มีพลังอำนาจในตนเอง ประโยชน์และแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองและผู้อื่น เครื่องมือในการเสริมสร้างพลังอำนาจในหน่วยงาน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งงานวิจัยในประเทศและงานวิจัยต่างประเทศ

1. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยหนักเป็นการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันการณ์ ผู้ป่วยรอดชีวิตอย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความสมบูรณ์และสนองตอบความต้องการในทุกด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลมีคุณภาพ คุ่มค่า คุ่มทุน พยาบาลควรจะเน้นการดูแลที่มีการผสมผสานกันในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นั่นคือให้การพยาบาลแบบองค์รวมและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักที่กำหนดไว้ รวมถึงมีการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เครื่องมือ และเครื่องใช้ ให้มีอย่างเหมาะสม เพียงพอ และพร้อมใช้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การพยาบาลแบบองค์รวมในงานห้องผู้ป่วยหนัก

ลักษณะงานการพยาบาลในงานห้องผู้ป่วยหนัก เป็นการพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ต้องเฝ้าระวังและตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบอยู่บนพื้นฐานวิชาชีพ มีความรอบรู้ถึงความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และกลไกธรรมชาติของชีวิต มีความเชื่อถือและตระหนักถึงความสำคัญในความเป็นองค์รวมของแต่ละบุคคล ความแตกต่างของบุคคลรวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อม มีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งศึกษาถึงความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ครอบคลุมเรื่องของจิตสังคม พฤติกรรมศาสตร์ พยาธิสรีรวิทยา ตลอดจนแนวทางในการรักษาเฉพาะโรคในผู้ป่วยภาวะวิกฤต

นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักต้องมีการพัฒนาความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย มีการตระหนักถึงความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลดำเนินไปอย่างปลอดภัย มีการใช้กระบวนการพยาบาลเต็มรูปแบบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยวิกฤต โดยในการปฏิบัติ การพยาบาลมีการเก็บข้อมูล แยกแยะ กำหนดความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนของผู้ป่วย เพื่อจัดวางแผนงานและให้การพยาบาลที่เหมาะสมในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในขณะที่ชีวิตถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย

ในด้านการดูแลญาติของผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤตและระยะสุดท้ายของโรค พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักต้องให้การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจและช่วยเหลือให้คำแนะนำด้านสิทธิการรักษา การจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตลอดจนประเมินผลการพยาบาลและบันทึกอย่างมีความหมายถึงสิ่งที่ได้จัดกระทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีการพัฒนาความรู้และทักษะให้ทันกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2537 : 52)

ในปัจจุบันการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งจะมีการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลที่ก้าวหน้ารวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ในระบบคอมพิวเตอร์พยาบาลจึงต้องมีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลกับเครื่องมือต่างๆเหล่านี้ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมไปพร้อมกันด้วยซึ่งจะเป็นการบูรณาการการพยาบาลเฉพาะทาง การใช้เทคโนโลยีและการดูแลมนุษย์ (Human Care) ความรู้ความสามารถของพยาบาลจึงต้องก้าวหน้ามากกว่าการพยาบาลพื้นฐานระดับปริญญาตรี (พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ, 2544. หน้า 8)

การพยาบาลผู้ป่วยหนักแบบองค์รวมดังกล่าวข้างต้นได้มีผู้สรุปเป็นขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหนักไว้ดังนี้ (วิจิตรา กุสมภ์, 2546. หน้า 3-4)

1) เผื่อระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยและประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานอย่างมีทักษะ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2) รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาอย่างกะทันหัน ญาติหรือครอบครัวจึงเกิดความกลัว วิตกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม พิกัดหรือทศพลภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้

3) ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิต และพัฒนาการของบุคคล สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยภาวะวิกฤตประกอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือจำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) การต่อท่อระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย เสียงรบกวนจากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ แสงสว่างตลอดกลางวัน และกลางคืนซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นภาวะเครียด (stressor) ทำให้มีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสูญเสียความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ตลอดจนกระทบต่อภาวะจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมดูแลและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อเป็นการดูแลประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย

การที่จะให้การดูแลผู้ป่วยหนักแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริม การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลและมีความสม่ำเสมอ เป็นที่มั่นใจและยอมรับของผู้ใช้บริการได้นั้น พยาบาลต้องมีการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และมีการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

ในต่างประเทศสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing : AACN) (วิจิตรา กุสมภ์, 2546. หน้า 4 อ้างอิงจาก AACN, 2000) ได้กำหนดบทบาท มาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ไว้ ดังนี้ 1) คุณภาพของการดูแล (Quality of care) ประเมินคุณภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติพยาบาลอย่างเป็นระบบ

2) ปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกถึงความรู้ที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพโดยมีการประเมินผลการปฏิบัติ (Individual practice evaluation) 3) รักษาระดับความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Education) 4) สร้างเสริมและพัฒนาวิชาชีพ (Collegiality) 5) ใช้หลักจริยธรรม (Ethics) ในการตัดสินใจทางคลินิก 6) ประสานความร่วมมือ (Collaboration) ระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ 7) ใช้ความรู้ที่เกิดจากการวิจัย (Research) ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ 8) ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Resource utilization) มีประสิทธิผลและปลอดภัย

ในประเทศไทยสำนักงานการพยาบาลได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักครั้งแรกขึ้นในปี พ.ศ.2535 และปรับปรุงพัฒนามาเรื่อย ๆ คือ ในปี พ.ศ.2536 และ พ.ศ.2542 ทั้งนี้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดมาตรฐานมาพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (กฤษฎา แสงดีและคณะ, 2542. หน้า 141-181) ซึ่งประกอบด้วย

1. มาตรฐานการบริการพยาบาล 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) ทิศทางการบริหารการพยาบาล 2) การจัดองค์กรและการบริหารงาน 3) ทีมการพยาบาล 4) การพัฒนาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล 5) มาตรฐานวิธีปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก 7) อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์สำหรับให้บริการผู้ป่วย 8) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 9) สารสนเทศทางการพยาบาล

2. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 7 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ 2) วินิจฉัยการตรวจและวางแผนการพยาบาล 3) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน 4) การวางแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน 5) การประเมินผลการพยาบาล 6) การบันทึกทางการพยาบาล 7) การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

3. เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล 48 ตัวชี้วัด ประกอบด้วยตัวชี้วัดใน 6 หมวด ได้แก่ 1) ระบบบริหารบริการพยาบาลมี 14 ตัวชี้วัด 2) การลดต้นทุนการพยาบาลมี 4 ตัวชี้วัด 3) การพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการมี 3 ตัวชี้วัด 4) การเข้าถึงบริการมี 1 ตัวชี้วัด 5) คุณภาพการบริการพยาบาลมี 24 ตัวชี้วัด 6) การบริการประทับใจมี 2 ตัวชี้วัด

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักที่มีผลโดยตรงต่อกิจกรรมการพยาบาลกระทำต่อผู้ให้บริการได้แก่มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 7 มาตรฐาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลโดยตรงมีเนื้อหาครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้ (กฤษฎา แสงดีและคณะ, 2542. หน้า 150 – 172)

มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความต้องการและคาดการณ์ภาวะวิกฤตได้ก่อนจะรุนแรง เช่น ประเมินสัญญาณชีพ อาการปวด สภาพผิวหนัง ส่งสิ่งส่งตรวจ และติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องมือ

มาตรฐานที่ 2 วินิจฉัยการตรวจและวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดแผนการตรวจเพื่อตอบสนองปัญหาหรือความต้องการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะวิกฤตและระยะต่อเนื่อง เช่น กำหนดเป็นราย ๆ ในการบรรเทาภาวะวิกฤต กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย วิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ เพื่อวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงแผนการพยาบาล จัดระบบการสื่อสาร และรายงานให้สมาชิกในทีมการพยาบาลเข้าใจแนวทางปฏิบัติ

มาตรฐานที่ 3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและภาวะวิกฤตโดยเร็ว เช่น การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ เผื่อระวังอาการภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ดูแลการไหลเวียนโลหิต รักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือพิเศษให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะติดเชื้อและปัญหาด้านจิตสังคม

มาตรฐานที่ 4 วางแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน เช่น กำหนดแผนและเป้าหมายของการพยาบาลร่วมกับครอบครัว จัดโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน ประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือย้ายไปยังหอผู้ป่วยอื่น ในกรณีผู้ป่วยวาระสุดท้าย ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ปรีกษาผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนเผชิญกับความตาย หรือถ้าจำเป็นควรส่งปรึกษาพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา

มาตรฐานที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินความก้าวหน้า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะ ๆ เช่น การตรวจสอบข้อมูล ปรับปรุงแผนการพยาบาล ในกรณีที่ผลการพยาบาลเดิมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ผลสำเร็จหรือปัจจัยที่มีอุปสรรคต่อความสำเร็จของการพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลการพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล เช่น การบันทึกประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง วินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้แบบฟอร์มบันทึกที่ได้มาตรฐาน บันทึกอย่างชัดเจน กระตือรือร้นเข้าใจง่าย ตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานในแต่ละเวร

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว ปรับตัวและยอมรับการรักษาพยาบาล เช่น จัดโปรแกรมการปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย เกี่ยวกับสิทธิที่พึงได้รับจากทีมสุขภาพ การใช้สถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ความสำคัญของการรักษาพยาบาล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลแม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว

กล่าวโดยสรุป มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักเป็นข้อความหรือหลักการที่อธิบายแนวทางในการจัดบริการและการปฏิบัติ ครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ให้บริการ มีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงกัน แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลทั้งทางด้านโครงสร้างของการบริการ ด้านกระบวนการให้การพยาบาลและด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านวิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการบริการพยาบาล ซึ่งใช้เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพยาบาลในงานห้องผู้ป่วยหนักอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล การจัดหาหรือจัดการทรัพยากร รวมทั้งกำหนดนโยบาย และการศึกษาวิจัยอันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และคุณภาพการพยาบาลได้

ในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไปมาก ดังนั้นนอกจากการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอย่างต่อเนื่องแล้วพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหนักยังต้องขยายขอบเขตในการดูแลผู้ป่วยให้กว้างขวาง พร้อมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตโดยเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพิจารณาใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมโดยประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีความแตกต่างจากที่ไม่ใช้หรือไม่ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและการตอบสนองของร่างกาย จิตสังคม มากกว่าการดูแลตามการวินิจฉัยของแพทย์ ตลอดจนคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงไปในหลายด้าน (วิจิตร ฤกษ์, 2546, หน้า 9) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น 2) ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีปัญหาคับซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น มีอวัยวะต่างๆ หลายระบบทำงานล้มเหลว (multiple organ failure) 3) ผู้ป่วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บ (trauma) เพิ่มขึ้น 4) มีการปลูกถ่ายอวัยวะต่าง (transplant organ) เพิ่มขึ้น 5) มีผู้สูงอายุมากขึ้น 6) มีผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์มากขึ้น 7) เป็นผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลมากขึ้น 8) ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูงเพิ่มขึ้น 9) มีผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น 10) มีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีไม่เหมาะสม 11) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ขณะเดียวกันอุปกรณ์เทคโนโลยีและยาส่วนใหญ่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง

การจัดการในงานห้องผู้ป่วยหนัก

เนื่องจากงานห้องผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย ชั้นวิกฤตซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2537. หน้า 53) ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการเพื่อเอื้ออำนวยให้การให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2543. หน้า1) กล่าวคือ

1. การจัดการอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่อง และมือเครื่องใช้ ต้องเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย เช่น การมีห้องแยก สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ มีระยะห่างระหว่างเตียงพอดีที่จะวางเครื่องมือช่วยชีวิตและการเข้าช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน มีม่านกันทุกเตียง เคาน์เตอร์พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยทุกเตียง มีตู้เก็บเครื่องมือปลอดเชื้อ มีห้องหรือบริเวณเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้ในการช่วยเหลือหรือเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานได้ทันที เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องกระตุกหัวใจ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน เป็นต้น และที่ตั้งของหน่วยงานต้องอยู่ใกล้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยสามัญ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกเอ็กซเรย์ ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ธนาคารเลือด ห้องผ่าตัด ห้องพักรฟื้น เป็นต้น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2533. หน้า 3-4)

2. การจัดการด้านบุคลากร จัดให้มีแพทย์เฉพาะทางดูแลโดยตรงและมีห้องทำงานในหน่วยงาน หรือมีแพทย์เฉพาะสาขาเป็นผู้ดูแลซึ่งสามารถตามตัวได้ทันทีที่มีปัญหาภาวะวิกฤตเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในส่วนของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานนี้ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์และได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตสามารถใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อเอื้ออำนวยต่อการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพตลอดเวลา นอกจากนี้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ ทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตรา กุสมภ์, 2546. หน้า 3)

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยหนักเป็นการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ให้บริการที่มีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตให้ปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นการให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันการณ์และมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นการกระทำโดยตรงต่อผู้ให้บริการนับว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานมีความครอบคลุมและสนองตอบความต้องการในทุกๆด้าน นั่นคือการให้การพยาบาลแบบองค์รวมนอกจากต้องมีการบริหารจัดการงานห้องผู้ป่วยหนักในด้านต่างๆที่กล่าวมาแล้วข้างต้นอย่างเหมาะสมต่อการ

ให้บริการแล้ว นอกจากนี้ในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ต้องมีการบริหารจัดการหน่วยงาน ทั้งทางด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ให้มีความเพียงพอ เหมาะสม ทันสมัย มีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ตลอดจนบุคลากรที่ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางรับผิดชอบดูแลรักษาตลอดเวลา มีพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยหนักแบบองค์รวมอย่างสมบูรณ์แบบตามมาตรฐานวิชาชีพ มีทักษะในการพยาบาล ผู้ป่วยหนัก และมีทักษะในการใช้และบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์ทุกชนิดที่มีอยู่ในหน่วยงาน รวมถึงพยาบาลที่ทำงานในห้องผู้ป่วยหนักต้องพัฒนาตนเองให้ทันต่อความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์ ทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อรับประกัน ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการได้ตลอดเวลา

การที่จะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ต้องเริ่มที่การพัฒนา ระบบบริการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เกิดการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาลในองค์กรพยาบาล เป็นไปอย่างมีขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการทั้งบุคลากร การประเมินคุณภาพการพยาบาล เชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ตลอดจนมีการประเมินผลเพื่อให้มีการปรับปรุง และ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ สูงสุด (วิภาดา คุณาวิภัติกุลและคณะ, 2542. หน้า 2) และในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย วิธีใด จะเหมาะสมและควรเลือกใช้ในหน่วยงานนั้นต้องคำนึงถึงว่าจะสอดคล้องกับปรัชญาและเป้าหมาย ของแผนหรือไม่ ค่าใช้จ่ายเป็นอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจหรือไม่ พยาบาลได้ปฏิบัติเต็ม บบาทและพอใจหรือไม่ ระบบเอื้อต่อการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้หรือไม่ เท่าที่ท่าอยู่ยังขาด การมองให้เป็นระบบระเบียบว่าวิธีใดจึงจะเหมาะสม จะทำกันตามความเคยชินและใช้แบบเก่า มากกว่าเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบที่ดีขึ้นเนื่องจากขาดการวิจัยหรือติดตามผลความก้าวหน้าเมื่อริเริ่ม สิ่งใหม่ๆ ขึ้นในองค์กร จึงมักถอยกลับไปสู่รูปรอยเก่า การจัดระบบการดูแลจึงยังไม่มีทิศทาง ที่ชัดเจนต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือและนิเทศให้การวางระบบการดูแลบรรลุเป้าหมาย เอื้ออำนวยในด้านทรัพยากร ให้ความรู้ความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกันและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญ และยอมรับ นอกจากนี้ยังต้องให้มองเห็นความท้าทายในหลายประการ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537. หน้า 80) เช่น 1) ต้องรักษาเอกสิทธิ์ อิศรภาพ และมีการตัดสินใจจากกลุ่ม 2) มีปฏิสัมพันธ์ ในกลุ่มและสัมพันธ์ภาพในทางสังคมดี 3) มีสิ่งแปลกและใหม่ไปจากเดิมหรือไม่และแตกต่างกับ สิ่งอื่นๆ หรือไม่ 4) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับทักษะและความสามารถของพยาบาล แค่นั้น 5) พยาบาลรับข้อแนะนำได้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินผลตนเองและการให้ผู้อื่นประเมิน 6) การติดต่อสื่อสารเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ปัจจุบันรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ที่คำนึงถึงคุณภาพการบริการมีหลากหลายรูปแบบ ในแต่ละรูปแบบแตกต่างกันตามลักษณะ คุณสมบัติของบุคลากร สถานที่ของการให้บริการ และแนวคิดในระบบบริการขณะนั้น โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เกิดผลลัพธ์บริการตามที่คาดหวังทั้งสิ้น มากบ้างน้อยบ้างตามข้อจำกัดที่เป็นตามลักษณะขององค์กรและลักษณะของบุคลากร ทั้งนี้มีความแตกต่างกันของแต่ละรูปแบบอยู่ที่การจัดบุคลากร และมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติดูแล การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยถือเป็นงานในความรับผิดชอบของผู้บริหารในด้านการจัดการเพื่อความคล่องตัวในการบริการสุขภาพ ผู้บริหารการพยาบาล จะต้องจัดระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเลือกวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและปรัชญาขององค์กร (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537. หน้า 84)

2. แนวคิดรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing)

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลมาใช้ เพื่อมุ่งการดูแลผู้ป่วยในองค์กรวมจึงใช้พยาบาลระดับวิชาชีพล้วนๆ โดยที่พยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มรับจนจำหน่ายและวางแผนการพยาบาลให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้จะมีผู้ป่วยในการดูแลและจะให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานและในช่วงที่ไม่ได้อยู่เวรจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันแทนและสามารถตามเจ้าของไข้มาดูแลผู้ป่วยได้ถ้าอาการเปลี่ยนแปลง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537. หน้า 79)

ลักษณะรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ค่อนข้างใช้ได้ดีทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะสามารถสื่อสารภาษาได้ชัดเจนกับผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบร่วมกัน และสมาชิกอื่นในทีม โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการพยาบาลและสามารถรับข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพในองค์กรวม พยาบาลทำงานเต็มความสามารถและมีความพึงพอใจในงาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537. หน้า 79)

มาแรม เชลเกลและเบวิส (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. p. 16) กล่าวว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการจัดให้พยาบาลแต่ละคนดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ในฐานะที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เมื่อไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลแทน

กล่าวโดยสรุปรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เป็นผู้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย

ตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เมื่อไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลแทน

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

ความเป็นมา ในปี ค.ศ.1960 ประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับเรื่องสิทธิส่วนบุคคลและความเป็นอิสระจากข้อจำกัดทางสังคม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อวิชาชีพการพยาบาล ทั้งนี้เพราะพยาบาลเริ่มที่จะไม่พึ่งพอใจต่อการขาดเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ รวมทั้งองค์การทางด้านสุขภาพก็ตระหนักได้ถึงคุณภาพของการบริการที่ลดลง ในการค้นหาเอกสิทธิ์ในวิชาชีพและการเพิ่มคุณภาพของการบริการพยาบาล ได้นำระบบการบริการพยาบาลมาสู่ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นวิธีการที่จะเพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น (Yoder- Wise, 1999. pp. 417-418)

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ “ My Nurse – My Patient ” (Manthey, 1970. p.8) เป็นการมอบหมายงานในลักษณะของการกระจายอำนาจลงสู่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โดยที่พยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นรูปแบบบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบมีการประสานงานต่อเนื่องและให้การพยาบาลผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลโดยพยาบาลผู้ซึ่งมีเอกสิทธิ์ (autonomy) มีความรับผิดชอบ (accountability) และมีอำนาจตามหน้าที่ (authority) ตลอด 24 ชั่วโมง จะมีบทบาทเหมือนแพทย์เจ้าของไข้ คือ จะมีพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วย 4-5 ราย แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เวลาคืออื่นๆนอกเหนือจากนี้ก็เป็นหน้าที่ของพยาบาลอื่นที่ปฏิบัติงานแทนเรียกพยาบาลกลุ่มหลังนี้ว่าเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล (associate nurse) ซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคก็ได้ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2542. หน้า 45 – 46)

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ส่งเสริมให้พยาบาลมีลักษณะเฉพาะ 3 ประการ (Triple nurse) คือ มีเอกสิทธิ์ (autonomy) มีความรับผิดชอบ (accountability) และมีอำนาจ (authority) ในการดูแลผู้ป่วย (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. pp.16 – 17) กล่าวคือ 1) ความมีเอกสิทธิ์พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้มีเอกสิทธิ์ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ เป็นต้น 2) ความรับผิดชอบ พยาบาลเจ้าของไข้

จะต้องรับผิดชอบการตัดสินใจให้การดูแลภายใต้ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล กล่าวคือ ตัดสินใจในการวางแผนและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ สามารถรายงานต่อเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาได้ 3) ความมีอำนาจตามหน้าที่ พยาบาลเจ้าของไข้จะมีอำนาจเต็มที่ในการสั่งการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อให้มีการพยาบาลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเอกสิทธิ์ทางการพยาบาลนี้จะเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล (Swanburg, 1990 .p 196) พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี (Yoder - Wise, 1999. p 418) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เพราะผู้ป่วยสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ พยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสาร แผนการดูแลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลจะเป็นแบบองค์รวม (holistic care) โดยพิจารณาถึงความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมมากที่สุด ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (Yoder - Wise, 1995. p 419) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ลดจำนวนบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพลงไปเพราะรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต้องการผู้ปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพเท่านั้น พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพราะจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแนวลึก (Bernhard & Walsh, 1995. p. 48) มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้นทำให้มีการประสานการดูแลดีขึ้น (Yoder - Wise, 1999. p. 419) แพทย์ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะว่าแพทย์จะได้รับข้อมูลที่ละเอียดกว่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นอย่างดี คุณภาพการดูแลในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ดีมาก เพราะว่าพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงดี และรวดเร็ว (Spitzer & Lehmann, 1994. p 555)

วัตถุประสงค์ มาแรม เชลเกลและเบวิส (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. pp.46 – 49) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ไว้ดังนี้

1. มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล (Patient centered care) โดยเน้นถึงการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดถึงความผาสุกของ

2. การมอบหมายงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลเจ้าของไข้ ในการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการพยาบาล ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี

3. พยาบาลเจ้าของไข้ที่วางแผนการพยาบาลจะเป็นผู้ให้การพยาบาลตามแผนที่ตนเองเขียนไว้ทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน และเป็นผู้ติดตามปัญหาของผู้ป่วยหรือปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ

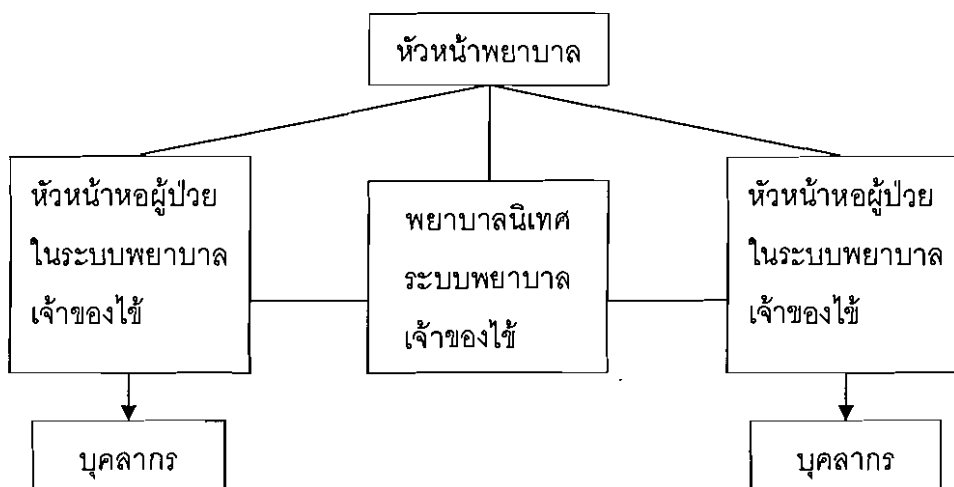
4. ลักษณะการติดต่อสื่อสารจากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่น ในลักษณะสื่อสารโดยตรง (Direct communication) ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดต่อประสานงานเองจะยิ่งเพิ่มการยอมรับในบทบาทจากบุคลากรในทีมสุขภาพมากขึ้น

5. บทบาทของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและดำเนินงานให้การปฏิบัติงานในรูปแบบบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ให้บรรลุผลสำเร็จ จึงต้องเป็นผู้มีลักษณะผู้นำ มีความสามารถในการจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรให้ความสำคัญและสนใจในการพัฒนาบุคลากร นอกจากนี้ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการชี้แนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาล

การจัดการในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

การจัดการในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ประกอบด้วยแนวทางในการจัดการเกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างองค์กร แนวทางในการติดต่อสื่อสาร การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ การบันทึกและรายงาน บทบาทของบุคลากรพยาบาล สิ่งจำเป็นในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งมาแรม เซลเกลและเบวิส (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. pp. 49 – 51) ได้อธิบายองค์ประกอบการจัดการในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1. โครงสร้างองค์กรในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นโครงสร้างองค์กรที่มีการกระจายอำนาจไปสู่บุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นตรงต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งขึ้นตรงต่อหัวหน้างานพยาบาล โดยมีพยาบาลนิเทศเป็นที่ปรึกษาของหัวหน้าตึกดังภาพ 1



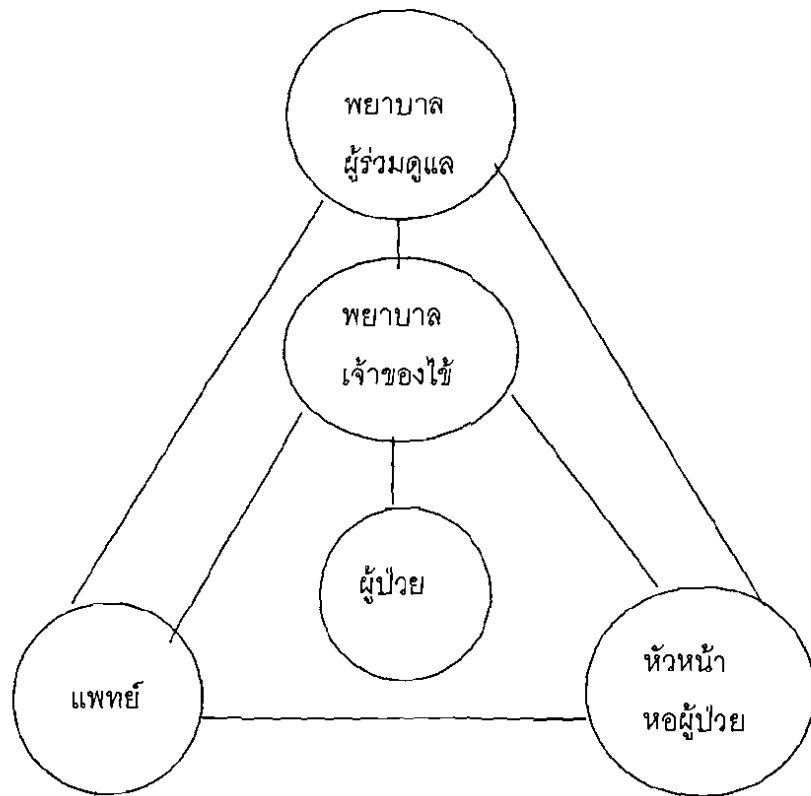
ภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าพยาบาล พยาบาลนิเทศ และหัวหน้าหอผู้ป่วย
ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, Marram, Schlegel & Bevis 1974, p. 51)

2. แนวทางในการติดต่อสื่อสาร ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล มาแรม เซลเกลและเบลวิส (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. pp. 51 – 53) ได้เสนอแนวทางการติดต่อสื่อสารในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้¹⁾ พยาบาลเจ้าของไข้ จะสื่อสารกับพยาบาลผู้ร่วมดูแลโดยตรงในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนการจัดประชุมหรือในขณะเดียวกัน พยาบาลผู้ร่วมดูแลสามารถรายงานไปยังพยาบาลเจ้าของไข้เมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

2) พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยโดยจะต้องตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและการฟื้นหายจากโรค ความสัมพันธ์ของ พยาบาลเจ้าของไข้และครอบครัวผู้ป่วยจะเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้คำแนะนำ สอนหรือจัดอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างไรในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย 3) พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในด้านอื่นๆ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ฯลฯ เพื่อประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างราบรื่น ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเมื่อต้องไปตรวจนอกแผนก 3) พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารกับหน่วยงานในชุมชน เป็นการติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

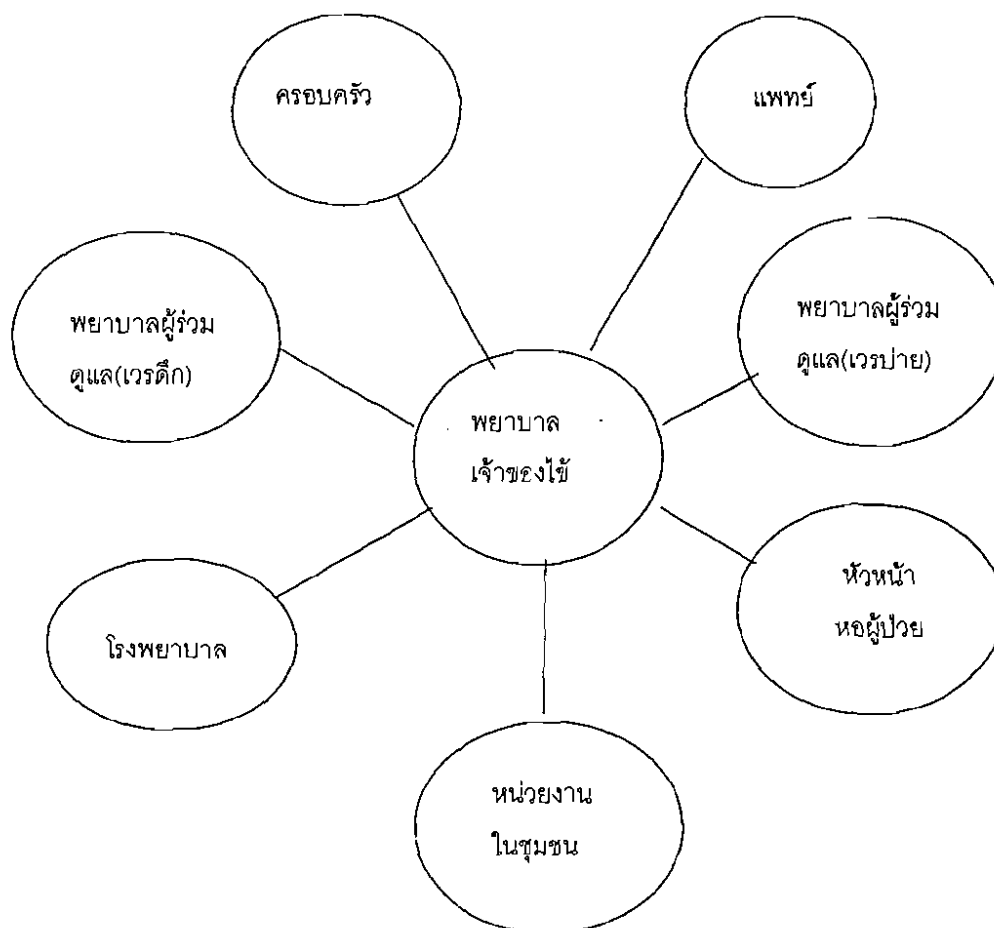


อย่างต่อเนื่องซึ่งอาจติดต่อผ่านทางนักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาลสาธารณสุขให้ประสานงาน
ต่อเนื่องในการวางแผนจำหน่าย 4) พยาบาลเจ้าของใช้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์จะมีแนวทาง
การติดต่อสื่อสารในรูปสามเหลี่ยม



ภาพ 2 การติดต่อสื่อสารรูปสามเหลี่ยมในระบบพยาบาลเจ้าของใช้
(Marram, Schlegel & Bevis, 1974. p. 53)

การติดต่อสื่อสารรูปสามเหลี่ยมในรูปแบบบริการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ มีความสำคัญ
ในการจัดการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของใช้ แพทย์ และหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบ
ในการวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย มีการปฏิบัติการ และการประเมินผลโดยคำนึงถึงความ
ต้องการของตัวผู้ป่วย ในขณะเดียวกันเน้นการสื่อสารโดยตรงย้อนกลับจากแพทย์หรือพยาบาล
เจ้าของใช้ไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารร่วมกัน โดยที่
พยาบาลผู้ร่วมดูแลร่วมตรวจเยี่ยมกับแพทย์ทุกวันหรือประสานการดูแลการให้การพยาบาลและ
การจัดการ



ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย บุคลากรอื่น
(Marram, Schlegel & Bevis, 1974. p. 52)

3. การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ (สุปาณี เสนาดีสัยและคณะ, 2542. หน้า 19)

พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายและ/หรือย้ายหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลแทนในขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนั้นพยาบาลคนหนึ่งจะได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งและเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง จำนวนผู้ป่วยที่มอบหมายให้ดูแลนั้นจะคำนึงถึงอัตรากำลังบุคลากร ความสามารถของพยาบาลและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย การมอบหมายงานจะมีแผ่นมอบหมายงานประจำวันที่ระบุชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ ชื่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ และกิจกรรมที่กระทำในแต่ละวัน

4. การบันทึกและการรายงาน (สุปาณี เสนาดีสัยและคณะ, 2542. หน้า 19) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้บันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประวัติทางการพยาบาล บันทึกแผนการพยาบาล

ลงในรายงานผู้ป่วย ส่วนการบันทึกสิ่งที่สังเกตได้และการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละวันเป็นหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล โดยใช้ระบบบันทึกตามปัญหา ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้รายงานอาการประจำวันให้กับผู้รับผิดชอบในเวรต่อไป โดยรายงานเฉพาะสิ่งที่สำคัญตามปัญหาของผู้ป่วย

5. สิ่งที่เป็นจำเป็นในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (สุปาณี เสนาดีสัยและคณะ, 2542. หน้า 19) ได้แก่ 1) แผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ต้องวางแผนการพยาบาล และบันทึกไว้อย่างสมบูรณ์เพื่อให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล สามารถปฏิบัติตามได้เมื่อเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน 2) แบบบันทึกประจำวัน พยาบาลเจ้าของไข้ต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกเป็นอย่างมากเพื่อการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) แผ่นป้ายเจ้าของไข้ เป็นแผ่นป้ายที่แสดงถึงรายชื่อผู้ป่วยและรายชื่อพยาบาลที่รับผิดชอบ (พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลในแต่ละเวร) เพื่อให้แพทย์หรือนุคลากรอื่นตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวทราบ

6. บทบาทของบุคลากรพยาบาลระดับต่างๆในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มาแรมเชลเกิลและเบลวิส (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. pp. 103 – 112) ได้อธิบายถึงบทบาทบุคลากรพยาบาลระดับต่างๆไว้ดังนี้

6.1 ผู้ตรวจการพยาบาล (Supervisor) ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลและหาแนวทางในการสร้างเสริมแรงกระตุ้นให้พยาบาลเจ้าของไข้ ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ภายใต้นโยบายหรือเป้าหมายของหน่วยงาน เช่น มาตรฐานการพยาบาล เป้าหมายการพัฒนาบุคลากร โดยมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้ 1) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและร่วมประชุมทางการพยาบาล เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาล 2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหา 3) ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา 4) ช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน 5) เข้าร่วมประชุมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาล และกำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและคุณภาพการพยาบาล

6.2 หัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Nurse) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และดำเนินงานให้การปฏิบัติงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้บรรลุผลสำเร็จ จึงต้องมีความสามารถในการเป็นผู้นำ มีความสามารถในการจูงใจ เห็นความสำคัญและให้ความสนใจต่อการพัฒนาบุคลากร และต้องเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องของการพยาบาลเจ้าของไข้ และเรื่องกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาในเรื่องของการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งพอจะสรุปบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ ดังนี้

- 1) มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ทุกราย
- 2) มอบหมายให้พยาบาลเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate Nurse) ดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่อยู่ในแต่ละเวร
- 3) ร่วมรับและส่งเวรเพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพยาบาล
- 4) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลการพยาบาลและสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- 5) ร่วมประชุมและปรึกษานหาหรือพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาล
- 6) ตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประเมินทางการพยาบาล
- 7) แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วย
- 8) แนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง
- 9) รวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ประกอบการประเมินและแนวทางการแก้ไขปัญหา
- 10) สำรวจความต้องการหรือความสนใจในการเรียนรู้ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมสมรรถภาพในการปฏิบัติงาน
- 11) จัดให้มีการอบรม ประชุม สัมมนาร่วมกันภายในหน่วยงาน ประจำวัน ประจำสัปดาห์ หรือประจำเดือน
- 12) จัดให้บุคลากรได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ
- 13) จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยดี และมีคุณภาพ
- 14) เป็นสื่อกลางการติดต่อประสานงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยสื่อสารให้บุคคลเข้าใจในนโยบาย เป้าหมาย และแผนงานของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล ในขณะที่เดียวกันก็ต้องสื่อสารให้ผู้บริหารเข้าใจในการปฏิบัติงาน คุณภาพการปฏิบัติงาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการปฏิบัติงาน

6.3 พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse) เป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง ให้ครอบคลุมปัญหาของ ผู้ป่วย ให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างสมบูรณ์แบบและต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้จึงมีความรับผิดชอบที่จะต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่

ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยคือ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย หรือย้ายหอผู้ป่วย มีการประเมินผล การพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความจำเป็น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

- 1) รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจำนวนหนึ่ง
- 2) แนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึง ความสำเร็จของงานที่มีต่อผู้ป่วย
- 3) วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ทำการบันทึกแผนการพยาบาลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้ตรงกันถึงปัญหา ของผู้ป่วยและแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วย
- 4) ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- 5) มีบทบาทที่สำคัญในทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ตลอดจน ร่วมในการปรึกษาหารือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 6) มีบทบาทสำคัญในการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยรับผิดชอบ ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- 7) ติดต่oprสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
- 8) รับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ในการดูแลผู้ป่วยอื่นที่พยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ

6.4 พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate Nurse) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ เมื่อพยาบาล เจ้าของไข้ไม่อยู่สามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ตามความจำเป็นเพื่อช่วยแก้ไขปัญหผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแลมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

- 1) แนะนำตัวให้ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ และเพื่อนร่วมงานได้ทราบถึง บทบาทหน้าที่ของตนเองต่อผู้ป่วย
- 2) ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้
- 3) ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลหัวหน้าตึก หากมีความ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย

4) บันทึกแผนการพยาบาลตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล

5) ร่วมกับทีมสุขภาพในการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา

6) มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องขึ้นเวรปฏิบัติงานติดต่อกันหลายเวร และผู้ป่วยในความรับผิดชอบมีอาการหนักมาก อาจทำให้เกิดความเครียด หรือความเหนื่อยล้าได้ สิ่งเดียวที่จะช่วยได้คืออนุญาตให้พยาบาลเจ้าของไข้ละเว้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองบ้าง และให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลแทน

7. การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (Patient care conference) สุปาณี และคณะ (สุปาณี เสนาดีสัยและคณะ, 2542. หน้า 22 - 24) ได้อธิบายถึงการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไว้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ นำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดี การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ 1) ชี้แจงแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ 2) อธิบายให้ผู้ร่วมงานได้ทราบถึงวิธีการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ 3) ชี้แจงเหตุผลในการกำหนดแผนต่างๆ ที่เตรียมไว้ให้ผู้ป่วย และผู้ร่วมงานได้ 4) รับทราบความคิดเห็นจากผู้ร่วมงาน และที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่ตนยังไม่สามารถแก้ไขได้ ดังนั้น การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงควรนำการประชุมโดยพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่าที่จะเป็นหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย การประชุมจะมีจุดเน้นที่แผนการพยาบาลในปัจจุบันของผู้ป่วยที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้พัฒนาขึ้น คุณลักษณะของพยาบาลเจ้าของไข้และกิจกรรมที่ควรทำให้เกิดในการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย คือ

7.1 พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้นำการประชุม ตั้งแต่เรียกให้มีการประชุม เอื้อให้บุคคลในกลุ่มการประชุมได้มีการแสดงความคิดเห็น และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการประชุม

7.2 พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะต้องแสดงออกถึงการยอมรับในความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยดังแนวคิดหลักของการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ว่า "My nurse – My Patient" ตลอดการประชุม

7.3 พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะต้องพัฒนาแผนการพยาบาลให้เสร็จก่อนการประชุมปรึกษา โดยมีการเขียนปัญหา การปฏิบัติการพยาบาล และแนวทางการประเมินผล เพื่อที่จะสามารถนำปัญหาที่ตนยังแก้ไขไม่ได้มาปรึกษาในที่ประชุม

7.4 พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะต้องเป็น Resource person โดยสามารถตอบข้อซักถามจากการประชุมได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย คือจะต้องมีข้อมูลของผู้ป่วยเพียงพอ

7.5 พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะต้องแสดงออกถึงการใช้สหวิทยา(Multidisciplinary) ในการประสานการดูแลผู้ป่วย ในการประชุมด้วย

กิจกรรมการประชุมปรึกษาดังกล่าว จะเป็นการวิเคราะห์และสื่อสารการดูแลในลักษณะที่เป็นภาพรวมทั้งหมดของการดูแล โดยพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่แท้จริง

นอกจากนี้มาแรม เชลเกลและเบลวีส์ (Marram, Schlegel & Bevis, 1974. pp. 73 – 75) ได้กล่าวถึงการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญและจำเป็นในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

1. การประชุมปรึกษาจากคาร์เด็กซ์ (Kardex review conference) มีการวางแผนการพยาบาลประจำวัน เพื่อสื่อสารให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด เช่น ความต้องการและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ สามารถตรวจสอบสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้จากคาร์เด็กซ์นอกจากนั้นบุคลากรพยาบาลอื่นๆก็สามารถตรวจสอบข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ และสามารถให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่บุคคลทั่วไปได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลคนอื่นๆ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

2. การประชุมปรึกษาโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(Patient centered conferences) เป็นการค้นหาปัญหา ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะเช่นเดียวกับการประชุมปรึกษาจากคาร์เด็กซ์ ซึ่งจะเน้นการบริการพยาบาลโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประชุมปรึกษาจะเริ่มปฏิบัติเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบและแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประชุมปรึกษาจะเกี่ยวข้องกับการรักษา ยาที่ได้รับ ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด การรักษาเฉพาะการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การวางแผนจำหน่าย การติดต่อสื่อสารกับแหล่งชุมชน การเยี่ยมบ้าน เพื่อประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและสิ่งสำคัญคือ การวางแผนการพยาบาล การดูแล การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการสอน การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร ซึ่งการวางแผนการพยาบาลสามารถกระทำได้ขณะที่ประชุมปรึกษาร่วมกัน

3. การประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัว (Family conferences) เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับต่อความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ได้ การติดต่อสื่อสารกับแหล่งชุมชนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลจะใช้เวลาในขณะที่เยี่ยมตรวจผู้ป่วยพูดคุยกันอย่างน้อยวันละ 5 นาที พยาบาลเจ้าของไข้จะช่วยทำให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา แผนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยและพยาบาลเจ้าของไข้เองมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของญาติ

4. การประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์ (Physician conferences) แพทย์และพยาบาลจะต้องมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน โดยจะมีลักษณะการติดต่อแบบรูปสามเหลี่ยมคือ มีการติดต่อสื่อสารโดยตรง เนื่องจากพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจึงต้องใช้ข้อมูลที่ครบถ้วนซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการนำมาวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ พยาบาลต้องมีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การประชุมปรึกษานั้นจะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ผลที่เกิดจากการวินิจฉัยโรค การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละบุคคลและเหตุผลในการรักษา การสอนเช่นเดียวกันแพทย์ควรทราบถึงแผนการพยาบาลและเข้าใจแผนการพยาบาลนั้นๆ ให้การสนับสนุนต่อการวางแผนการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้

กล่าวโดยสรุปรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีความต่อเนื่องในการดูแลโดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เมื่อไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลแทนโดยให้การดูแลตามแผนที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลเกิดการพัฒนาตนเอง และมีองค์ประกอบในการบริหารจัดการได้แก่ โครงสร้างองค์กร แนวทางในการติดต่อสื่อสาร การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ การบันทึกและการรายงานสิ่งที่จำเป็นในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ บทบาทของบุคลากรพยาบาลระดับต่างๆ การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวมปัญหาหรือคำถาม จากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart, 1988. p.5)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการค้นหาคำตอบโดยที่นักวิจัยและนักปฏิบัติทำงานร่วมกัน ตลอดกระบวนการของการค้นคว้า ซึ่งแตกต่างไปจากวิธีค้นคว้าที่นักวิจัยที่กำหนดว่านักวิจัยต้องรักษาความเป็นกลางโดยแยกตัวจากสิ่งที่ศึกษาโดยสิ้นเชิง (พันธ์ทิพย์ รามสูตร, 2540. หน้า 20)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ สามารถนำผลไปใช้และเผยแพร่ได้ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาใช้ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปฏิบัติการต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปตรงที่จะต้องมีการลงมือปฏิบัติกิจกรรม วิเคราะห์กิจกรรม และปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติจนเป็นที่น่าพอใจ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534. หน้า 4)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจจะเป็นการวิจัยของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือการวิจัยของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งถ้าหากเป็นการวิจัยของกลุ่มจะเป็นการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ส่วนเคมีสและแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart, 1988. p.13) มีความเห็นว่า วิธีการปฏิบัติที่จะถือได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น จะต้องมีการร่วมมือ (Collaborative approach) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ถึงแม้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการของกลุ่มจะเป็นผลมาจากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานอย่างลึกซึ้ง (Critically examined action) ของบุคคลหนึ่งในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานก็ตาม แต่ก็เป็นการที่ทำให้สามารถนำความรู้ไปพัฒนาการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์นั้นๆนอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาความรู้จากการสะท้อนการปฏิบัติงาน ทำให้ได้ความรู้และการปฏิบัติที่ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลง (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534)

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการนำการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนากิจกรรมเพื่อหารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆให้ได้ผลเป็นที่พึงพอใจ โดยการร่วมมือและมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการ ในการประเมินปัญหาหรือวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามกำหนด ร่วมกันคิดและตัดสินใจ หาแนวทางแก้ปัญหา ปรับปรุงแก้ไข จนได้แนวทางปฏิบัติเป็นที่พึงพอใจ

3.1 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะที่แตกต่างไปจากการวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ได้มีนักวิจัยอธิบายแตกต่างกันไป

พันธทิพย์ รามสูตร (2540. หน้า 20-22) กล่าวถึงคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ คือ

1) การร่วมมือประสานระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ โดยหลักของการวิจัยปฏิบัติการเน้นที่การปฏิสัมพันธ์และการร่วมมือระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติ หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติกับนักวิจัยร่วมกันเป็นทีมวิจัย

2) การแก้ปัญหาในลักษณะของการลงมือปฏิบัติ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะกำหนดปัญหาในลักษณะที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์และสถานการณ์เฉพาะที่จะทำการวิจัย โดยระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการกำหนดปัญหาวิจัย จะมีความสำคัญต่อผลการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในเชิงปฏิบัติการ ไม่จำเป็นต้องมีวิธีการพิเศษในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อจะทำการกำหนดปัญหาแต่อย่างใด แต่ทุกวิธีการสามารถนำมาใช้ได้ เช่น การสังเกต แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การทดลอง การบันทึกภาพและเสียงของเหตุการณ์ บางรูปแบบของวิธีการก็อาจสร้างไว้ก่อนล่วงหน้า และบางอย่างก็อาจจะทำในระหว่างกระบวนการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ

3) การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการปฏิบัติจะเกิดขึ้นตามธรรมชาติของปัญหาที่กำหนด กระบวนการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติ การแทรกแซงที่ใส่เข้าไป ลักษณะการเปลี่ยนแปลงมีได้ทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกายภาพ การทำหน้าที่และการปฏิบัติขององค์กรหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล หรือเป็นนามธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงค่านิยม ความเชื่อ เป็นต้น

4) การพัฒนาทฤษฎี การพัฒนาทฤษฎีเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการวิจัยปฏิบัติการ นักวิจัยอาจสร้างทฤษฎีขึ้นใหม่ หรือขยายทฤษฎีเก่าที่มีอยู่กว้างขวางออกไปก็ได้หรืออาจจะเป็นการพัฒนาทฤษฎีใหม่ที่นอกเหนือจากที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา หาปัญหาหรือการนำปฏิบัติการแทรกแซงลงไปในพื้นที่ก็ได้ทั้งสิ้น

นอกจากนี้เคมมิสและแมคทาตกาท (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534. หน้า 5 - 6 อ้างอิงจาก Kemmis & McTaggart, 1988. pp. 22 - 25) ได้อธิบายว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนตลอดโครงการวิจัย ซึ่งได้สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังนี้

- 1) เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing)
- 2) อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน
- 3) เป็นการทดลองปฏิบัติและอาศัยเทคนิค การสะท้อนคิดของบุคคลหรือกลุ่ม
ในกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติ ปรับปรุงแผนเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น ในวงจรต่อไป เป็นการทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ ไม่มีการควบคุม
- 4) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง เพื่อความเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ ไม่ใช่การแก้ปัญหาอย่างผิวเผิน
- 5) เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา เรียนรู้ที่จะพัฒนากิจกรรมนั้นๆ
- 6) เป็นกระบวนการทางด้านการเมืองเพราะการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ การต่อต้านนี้จะเกิดขึ้นทั้งผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติ
- 7) เป็นการบันทึกความก้าวหน้าและการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการศึกษา รวมถึงการบันทึกความ ประทับใจ การตัดสินใจ ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติกิจกรรมด้วย
- 8) เป็นการสร้างทฤษฎีโดยหาเหตุผลของการปฏิบัติจากปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้วนำมาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) และสรุปเป็นหลักการภายหลัง

3.2 หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการมีหลักการในการทำคือ (McTaggart, 1991. pp. 170 – 172)

- 1) ลักษณะของโครงการ เป็นงานวิจัยที่มุ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับบุคคลและวัฒนธรรมของกลุ่ม สถาบันและสังคม ที่บุคคลเหล่านั้นเป็นสมาชิกไปพร้อมกัน โดยบุคคลและกลุ่มตกลงร่วมกันไม่ได้เกิดจากการบังคับ
- 2) เปลี่ยนแปลงและศึกษาแบบแผนของภาษา แบบแผนของกิจกรรมและการปฏิบัติ
- 3) งานวิจัยเชิงปฏิบัติการมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมของบุคคล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มนักวิชาการและขยายไปสู่สถานที่ทำงาน กลุ่มผู้วิจัย และกลุ่มผู้ทำงาน
- 4) เน้นการปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ สะท้อนคิดและปรับแผนการปฏิบัติต่อไป
- 5) เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบจากการปฏิบัติในสถานการณ์ของตนเองและปลดปล่อยตนเองให้เป็นอิสระจากอุปสรรคด้านสถาบันและบุคคล
- 6) เป็นการสร้างองค์ความรู้

7) เป็นกระบวนการทางการเมือง เพราะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลทำการเปลี่ยนแปลงร่วมกันซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้อื่นด้วย

8) อาศัยวิธีการของการวิจัยแบบศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenology) มนุษยวิทยา (Ethnography) และกรณีศึกษา (Case study)

9) สร้างทฤษฎีของการทำงาน ทฤษฎีที่ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงาน

3.3 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คาร์และเคมมิส (อาภรณ์ เทื่อประไพศิลป์, 2534. หน้า 5-6 อ้างอิงจาก Carr & Kemmis, 1986) ได้แบ่งระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 3 ระดับ คือ

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (Empirical science หรือ Natural science) เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องการพัฒนาระบบหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีกรอบทฤษฎีอธิบายชัดเจน ผู้วิจัยออกแบบแผนวิจัย โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎี แล้วนำไปทดลองหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ร่วมวิจัย ความยั่งยืนของโครงการมีน้อย

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (Practical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic or Interpretive science) การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้ อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน มีการทำความเข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้าใจปัญหาาร่วมกัน หาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกันมีความยั่งยืนของโครงการ

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (Emancipatory action research) อาศัยปรัชญาพื้นฐานของ Critical social science เน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างอิสระของผู้วิจัย ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และกระบวนการขององค์กร มักอาศัยอำนาจในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของกลุ่มนักวิจัยและผู้บริหาร โครงการมีความยั่งยืนสูงมาก

3.4 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โคลลินส์ และสปิเกล (Collens & Spiegel, 2004. n.d.) เสนอว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการควรดำเนินตามขั้นตอน ต่อไปนี้

1) ศึกษา วิเคราะห์ ปัญหา (Identifying a Problem) ทำโดยการสังเกตโดยผู้เริ่มต้นต้องเป็นครู ครูควรเลือกปัญหาที่อยู่ใกล้ตัวที่สุด และเราอยู่ในฐานะที่จะจัดการได้

2) วางแผนการวิจัย (Making a plan) จะใช้วิธีการดำเนินการ วิจัยอย่างไร เช่น อาจจะทำการศึกษาโดยวิธีการสำรวจความคิดเห็น หรือทำวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ต้องระมัดระวังในการเตรียมวิธีการเก็บข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น ใช้การประเมินผลแบบ Illuminative Evaluation และใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบ Triangulation

3) ลงมือทำการวิจัย (Taking Action) ในการลงมือปฏิบัติการวิจัย ไม่ว่าจะแผนที่วางไว้จะดีเพียงใด ย่อมต้องมีเหตุการณ์ที่นอกเหนือความคาดหมายเกิดขึ้นเสมอ นักวิจัยที่ดีต้องวางแผนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลไว้ให้รัดกุม

4) การประเมินผลของการวิจัย (Evaluating the Effect of the Action) อาจต้องเตรียมตอบคำถาม การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลอย่างไร การเปลี่ยนแปลงนี้ควรเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ ถ้าต้องการให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอจะต้องทำอะไรบ้าง มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่เราจะวิจัยต่อไปอีก

5) การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสู่สาธารณชน (Communicating about Action Research) การทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการจำเป็นจะต้องบอกข้อค้นพบที่สำคัญ ให้ชัดเจนและเที่ยงตรงตามข้อมูลที่ได้ โดยให้สอดคล้องกับปัญหาและการปฏิบัติ การวิเคราะห์และประเมินผลในสถานการณ์ที่ทำวิจัยปฏิบัติการนั้น ๆ ข้อมูลที่น่าเสนอต้องชัดเจนและตรงไปตรงมาและเป็นที่น่าสนใจของผู้อ่านและผู้ฟัง

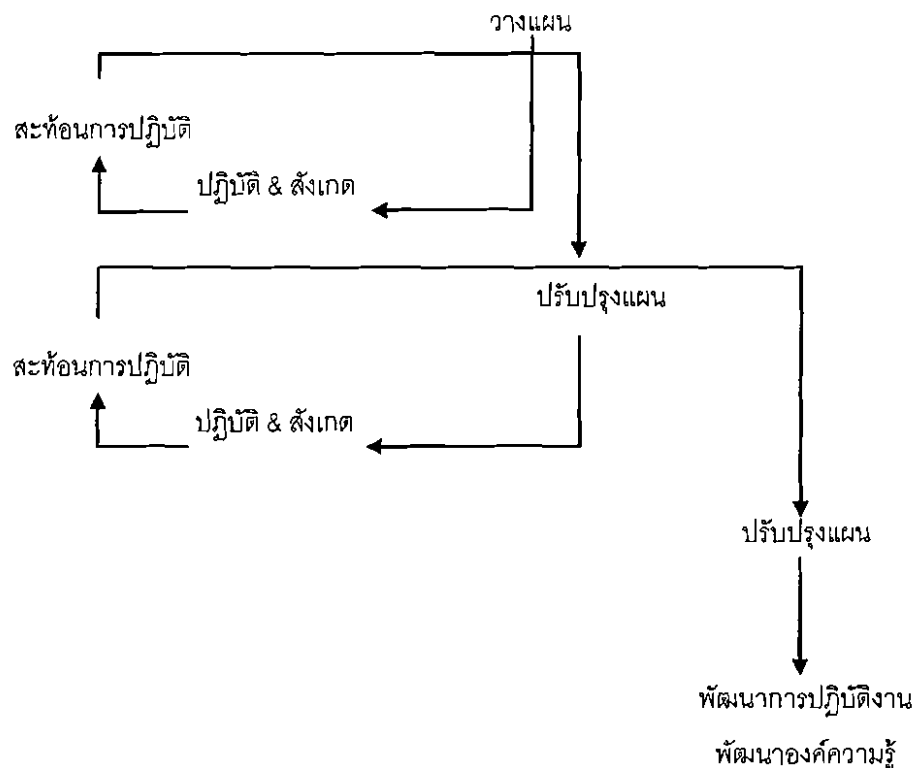
6) การรักษาทิมงาน (Maintaining Collegiality) การวิจัยปฏิบัติการจะทำให้สำเร็จคนเดียวไม่ได้ต้องอาศัยผู้ร่วมงาน ดังนั้นการทำงานต้องให้โอกาสผู้ร่วมงานแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระและยอมรับความคิดเห็นบนพื้นฐานของความเป็นประชาธิปไตย การกล่าวถึงขั้นตอนของวิจัยปฏิบัติการนั้นง่าย แต่การทำจริง ๆ นั้นแต่ละขั้นจะซ้อนทับกันและไม่สามารถจะแยกจากกันได้อย่างเด็ดขาด

วิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) กล่าวว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมิได้มีความแตกต่างจากการวิจัยชนิดอื่น ๆ ที่จะเริ่มต้นจากปัญหาของการวิจัยโดยมีความแตกต่างหลักอยู่ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการวิจัยและการเริ่มต้งานวิจัย เช่น การเริ่มต้นที่การวางแผน หรือเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาร่วมกัน
2. บทบาทของผู้วิจัยที่เป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) ผู้กระตุ้นประคอง (facilitator) ผู้ร่วมงาน (Associate) ผู้ให้คำปรึกษา (consultant) มากกว่าที่จะเป็นผู้อำนวยการ (director, head) บทบาทของผู้วิจัยขึ้นอยู่กับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
3. ความยืดหยุ่น (Flexibility) มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแผนวิธีการดำเนินงานได้ตามข้อมูลที่ได้รับจากการสะท้อนคิดหรือสะท้อนการปฏิบัติซึ่งจะได้รับการประชุมของทีมนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ การสำรวจข้อคิดเห็น หรือข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ

4. การปฏิบัติ (Action, implementing) ถือเป็นส่วนสำคัญมากซึ่งการปฏิบัตินี้เป็น การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงต้องวางแผนให้รอบคอบ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อปฏิบัติไประยะ หนึ่ง เมื่อมีการรับฟังการสะท้อนการปฏิบัติหรือสะท้อนคิด ก็จะทำมาทบทวนและปรับแผนตาม ความเหมาะสมแล้วนำไปปฏิบัติอีก เป็นวงจรต่อไปจนกว่าจะถึงระดับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

เคมมิสและแมคทาตกาท (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534. หน้า 8-9 อ้างอิงจาก Kemmis & McTaggart, 1988) ได้เสนอแนวคิดขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปเกลียววงจร การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research spiral) ซึ่งมีลักษณะคล้ายกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจร ต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวเขียนเป็น ไดอะแกรม (Diagram) ได้ดังนี้



ภาพ 4 รูปเกลียววงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคทาตกาท
(ที่มา : อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534. หน้า 9)

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนากิจกรรมหรือการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น ผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มดำเนินการพัฒนาโดยการประเมินสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา ร่วมกันคิดและตัดสินใจในวางแผนปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติตามวงจรการวิจัย คือ วางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติและปรับแผน ทำซ้ำๆ จนได้แนวทางปฏิบัติที่ลงตัวเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและเป็นที่ยอมรับ

4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

แนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในวงการวิชาชีพพยาบาลเป็นอย่างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้นำในวิชาชีพพยาบาลเกิดความตระหนักถึงการไร้พลังอำนาจของวิชาชีพ เมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งๆ ที่วิชาชีพพยาบาลมีบุคลากรจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสาธารณสุข (อวยพร ตันมุขยกุล, 2540. หน้า 1)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539, หน้า 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจรในองค์กร
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มากกว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative management) หรือในการมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee involvement)

ในแง่ของการบริหารจัดการแคนเตอร์ (Kanter, 1983) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรคือการที่ผู้นำองค์กรดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมในองค์กรและวิธีการจัดการเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข่าวสารข้อมูล แหล่งสนับสนุน ทรัพยากร และโอกาส

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กรมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือที่แนะนำให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง (Gibson, 1991 : 354)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การสร้างความรู้สึกของความสำเร็จ เป็นการพัฒนาแรงจูงใจและความสามารถในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกกว้างขวางเป็นสิ่งสำคัญและไม่ยากที่จะบรรลุเป้าหมาย (Stewart, 1994)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต (Zimmerman, 1995)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่างที่เข้ามา มีผลต่อชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองที่จะกระทำการต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ (สายฝน เอกวางกุล, 2542)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการต่างๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลตระหนักคุณค่าความสามารถแห่งตน รู้สึกว่ามีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพ ตลอดจนจัดโอกาสและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ให้รับรู้ถึงความสำเร็จและความพึงพอใจในชีวิต (อรพรรณ ทองคำ, 2543)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การสร้างและการสนับสนุนสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยเน้นถึงคุณค่าและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ร่วมงาน ให้ทางเลือกแต่ไม่ใช่การมอบอำนาจในการปฏิบัติงาน ผู้บังคับบัญชาจะเป็นผู้คอยชี้แนะและให้คำปรึกษาและยังต้องรับผิดชอบต่อการตัดสินใจทั้งหมด (ศิริกร โพธิ์ศรีและวิไลวรรณ นุชศรี, 2545. หน้า 2 – 3)

ในทางการบริหารการพยาบาลการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการแสดงถึงศักยภาพหรือความสามารถของผู้บริหารทางการพยาบาลที่นำไปสู่พลังในการผลักดันผู้อื่นให้กระทำหรือเปลี่ยนทิศทางที่ต้องการดั่งนั้นอำนาจสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลจึงเป็นอำนาจที่เกิดจากความรอบรู้ ควบคุมคุณธรรม ผู้บริหารทางการพยาบาล ต้องรู้รอบ (Well rounded) ท้นต่อเหตุการณ์ และยึดมั่นในวิชาชีพของตน มีความยืดหยุ่นสูงมีความทันสมัย อิสระ จึงจะสามารถสร้างพฤติกรรมแบบอย่างเป็นการโน้มน้าวบุคลากรพยาบาลให้ไปสู่เป้าหมายการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (ศิริกร โพธิ์ศรีและวิไลวรรณ นุชศรี, 2545. หน้า 3)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่สามารถถ่ายทอดจากหัวหน้าไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน โดยหัวหน้าแสดงออกด้วยการสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ทรัพยากร ให้โอกาสเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน รวมถึงให้กำลังใจเพื่อให้

ผู้ปฏิบัติงานมีศักยภาพ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เกิดความยึดมั่นในองค์กร สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2547. หน้า 196)

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคลในองค์กร มีพลังในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับการส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่สนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของตนเอง ได้อย่างคุ้มค่า ในแง่ของการปฏิบัติทางการพยาบาลการเสริมพลังอำนาจเป็นการช่วยเหลือบุคคล ให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในแง่ของการบริหารการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การที่ผู้นำองค์กรดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมในองค์กรและวิธีการจัดการเพื่อให้บุคลากรสามารถ เข้าถึงข่าวสารข้อมูลแหล่งสนับสนุนทรัพยากรและโอกาส เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองที่จะกระทำการต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สูงสุด บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีในการบริการพยาบาล

คุณลักษณะของพยาบาลที่มีพลังอำนาจในตนเอง (Empowered nurse)

การจำแนกคุณลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลที่ตระหนักในความเป็นพลังอำนาจ ของตนเอง (Empowered nurse) กับพยาบาลที่รับรู้ในความเป็นพลังอำนาจในตนเอง (Subjugated nurse) สามารถพิจารณาได้จากทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมของพยาบาลเอง (Hall, 1992) สำหรับคุณลักษณะของพยาบาลที่มีพลังอำนาจในตนเองพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่สามารถใช้ความรู้ความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จอันสูงสุด แม้ว่าจะมีปัญหาหรืออุปสรรคก็สามารถแก้ไขให้ลุล่วงไปได้ พยาบาลเหล่านี้จะเชื่อในความรู้ความสามารถของตนเองและสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเสมอ
2. มีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีความเชื่อมั่น มีความคิดสร้างสรรค์
3. เป็นผู้ที่สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ทุกบทบาท
4. เป็นผู้ตระหนักในความเป็นอิสระและเป็นเอกภาพแห่งตนในการทำงาน (Autonomy) สามารถควบคุมมาตรฐานและสถานการณ์การทำงานตามขอบเขตของวิชาชีพได้ด้วยตนเอง
5. เป็นผู้ที่กล้าคิด กล้าทำ และกล้าแสดงออก (Assertiveness) จึงพบเสมอว่า พยาบาลเหล่านี้มักเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือองค์กรต่างๆ ในหน่วยงานหรือในสังคมเสมอ นอกจากนี้ยังมีศักยภาพในการชักจูงหรือส่งเสริมให้พยาบาลคนอื่นๆ ได้พัฒนาและมีพลังอำนาจในตนเองด้วย

6. เป็นผู้สามารถติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานอื่นๆ ตลอดจนผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. เป็นผู้ที่สามารถทำความเข้าใจหรือต่อรองกับผู้ร่วมงานหรือกับผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมักเป็นผู้เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในทุกๆระดับได้

ประโยชน์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานให้กับบุคลากร

เมื่อเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานให้กับบุคลากรแล้ว จะเกิดผลประโยชน์ต่อทุกคนในองค์กร (Smith, 1996) ได้แก่

1. ประโยชน์ต่อผู้บังคับบัญชา การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้การทำงานในหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นจึงเกิดความภูมิใจในความสำเร็จ เกิดความพึงพอใจในงานและได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและบุคลากรอื่น นอกจากนี้ยังทำให้ได้มาซึ่งการเรียนรู้และความเข้าใจและทักษะใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน จากการได้มีโอกาสมองในสิ่งที่แตกต่างของบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน
2. ประโยชน์ต่อผู้ใต้บังคับบัญชา เมื่อได้รับการถ่ายโอนอำนาจจากผู้บังคับบัญชา ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มมากขึ้น รู้สึกพึงพอใจต่อความรับผิดชอบในการบรรลุความสำเร็จของงาน มีความรู้สึกว่าได้ทำบางสิ่งที่คุ้มค่า ยินดีจากการได้ติดต่อสื่อสารและร่วมงานกับบุคคลอื่น และเพิ่มความเชื่อมั่นจากการได้กระทำบางสิ่งที่คิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้ เป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานเกิดความคิดสร้างสรรค์
3. ประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานซึ่งจะมีการปรับโครงสร้างการบริหารที่แบนราบและมีความยืดหยุ่น ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจในระดับปฏิบัติการ ดังนั้นจะทำให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน เกิดคุณภาพในงาน และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ
4. ประโยชน์ต่อองค์กร เมื่อผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการสนับสนุนผลที่ตามมาคือ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Wilson & Laschinger, 1994) ผู้ใต้บังคับบัญชามีความซื่อสัตย์ และเกิดการคงอยู่ในองค์กร (Clutterbuck & Kernaghan, 1994)
5. ประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาล พลังอำนาจของพยาบาลเป็นคุณสมบัติที่พึงปรารถนา ทำให้เกิดกับพยาบาลทุกคนเมื่อพยาบาลมีพลังอำนาจจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองวิชาชีพ กล่าวคือ

ประโยชน์ต่อตัวพยาบาล การมีพลังอำนาจในตนเองทำให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงานทุกระดับ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาล จะเป็นผู้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและต่อวิชาชีพ จะรับรู้

ถึงคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง (Havens & Mills, 1992 ; McGinn, 1992) กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน มีความมั่นใจในตนเอง สามารถติดต่อประสานงานกับผู้ร่วมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chandler, 1992) และเป็นผู้มีความพึงพอใจในงาน สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (McGinn, 1992) อันจะส่งผลดีในการให้บริการ เนื่องจากพยาบาลที่มีพลังอำนาจจะสามารถใช้ความรู้ทางวิชาชีพได้อย่างมีอิสระและเต็มศักยภาพ ทำให้รู้จักประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหาที่ขึ้นและแสวงหาทางเลือกในการให้บริการรวมถึงการตัดสินใจ และประเมินผลการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เป็นพื้นฐาน ตลอดจนมีความตระหนักในความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ นอกจากนี้ พยาบาลที่มีพลังอำนาจจะสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวางแผน ทำให้มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการทำงานอันจะส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของในการทำงานมีความกระตือรือร้น มีความร่วมมือ มีความพึงพอใจ อัตราการลาออกของพยาบาลจะลดลงด้วย

แนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้บริหารต้องมีความเข้าใจในประเด็นสำคัญ 3 ประการ (ศิริกร โปธิ์ศรี และวิไลวรรณ นุชศรี, 2545. หน้า 3) คือ ประการแรก พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิดแต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ ประการที่สอง ควรมีความเชื่อมั่นว่า เมื่อผู้ใดได้ให้อำนาจแก่ผู้อื่น ผู้นั้นจะได้รับอำนาจกลับมามากขึ้น ประการที่สาม เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ นั่นคือ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจและเคารพผู้อื่น มีความเคารพในกฎกติกาขององค์กรที่ตนสังกัดอยู่ มีทรัพยากรเพียงพอ (เช่น มีความรู้ มีความชำนาญ เวลาและเครื่องมือรวมทั้งด้านการเงิน) นอกจากนี้ ยังสามารถแสดงตนว่ามีคุณค่าในบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ผู้นำองค์กรจึงต้องตระหนักในการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งในตนเองและผู้ใต้บังคับบัญชาและโดยภาพรวมทั้งองค์กร

แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร สามารถทำได้โดยผสมผสานกับทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎี(ศิริกร โปธิ์ศรีและวิไลวรรณ นุชศรี, 2545. หน้า 3 - 9)

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์

ตามทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ ได้กล่าวถึง ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของมนุษย์ ความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดของมาสโลว์นั้นชี้ให้เห็นว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการอยู่ตลอดเวลา ไม่สิ้นสุด ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นแรงจูงใจอีกต่อไป มนุษย์จึงมีความต้องการขั้นสูงขึ้นไปเรื่อยๆ

การเสริมสร้างพลังอำนาจที่สอดคล้องตามทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ คือ ผู้บริหารจะต้องให้การสนับสนุน ผลักดัน และพัฒนาระบบการทำงานเพื่อให้เกิดการสร้างพลังอำนาจขึ้นในระดับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และองค์กรจะต้องให้การสนับสนุน เช่น จัดให้มีการเสริมทักษะการทำงานมีรูปแบบการสื่อสารในองค์กรอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ และการจัดสถานที่ทำงานที่ทำให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ศาสตร์การดูแล

การแสดงออกถึงพลังอำนาจที่จะส่งผลให้บุคลากรพยายามได้เจริญในวิชาชีพนั้นขึ้นอยู่กับว่าบุคลากรพยายามจะได้รับการดูแลอย่างไรจากผู้บริหารทางการแพทย์ ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องผสมผสานการเสริมสร้างพลังอำนาจกับศาสตร์การดูแลแนวทางสำคัญที่จะช่วยในการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน คือ

2.1 ให้ความเป็นอิสระ คือ การที่ผู้ได้บังคับบัญชามีโอกาสที่จะทำงานตามขอบเขตหน้าที่ให้มีผลสำเร็จสูงสุดโดยได้ใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง สามารถแสวงหาวิธีการทำงานที่จะส่งผลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดของงานได้โดยตนเอง

2.2 สร้างสัมพันธภาพที่มีความไว้วางใจ คือ ความสัมพันธ์ที่ผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกในแนวทางที่ส่งเสริมให้ผู้ร่วมงานทำงานให้กับหน่วยงานได้อย่างเต็มใจ มั่นใจ โดยจะต้องอำนวยความสะดวกให้ตามความจำเป็น ไม่เกิดพฤติกรรมการควบคุมที่เข้มงวด มีวิธีการติดตามงานที่เหมาะสม มีความเข้าใจในตัวผู้ร่วมงานและไว้วางใจต่อความสามารถของผู้ร่วมงาน

2.3 ให้การสนับสนุน ผู้บังคับบัญชาควรมีพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้บังคับบัญชาในการจัดหา จัดให้ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชา เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง และสามารถเพิ่มพูนศักยภาพได้ต่อไปเป็นลำดับ

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้การบริหารงานคุณภาพ

การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการมีพลังอำนาจขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเข้าใจหรือได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ได้รับการสนับสนุน ได้รับการตอบสนองความต้องการ การได้ทำงานที่ตรงกับความสามารถ และการมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพของตนเองหรือไม่ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับขั้นตอนการบริหารงานคุณภาพได้ กล่าวคือ

ขั้นที่ 1 องค์กรจะต้องกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ให้ชัดเจนเพราะวิสัยทัศน์ พันธกิจเป็นสิ่งสะท้อนให้ผู้ให้บริการเห็นถึงระดับความเชี่ยวชาญ และความสามารถขององค์กร โดยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะอธิบายไว้อย่างชัดเจน และเข้าใจได้ทั้งภายในองค์กรและชุมชน

ขั้นที่ 2 กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ขององค์กรให้ชัดเจนจากนั้นจึงกำหนดเป็นกลยุทธ์การดำเนินงานโดยต้องวางแผนปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนโดยจัดลำดับตามความสำคัญและรู้จักให้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ขั้นที่ 3 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลักสำคัญ ซึ่งบุคลากรเห็นความสำคัญของกระบวนการให้บริการอย่างมีคุณภาพ มีการประเมินความสามารถทั้งของบุคลากรและองค์กรในภาพรวมอยู่เสมอ นอกจากนี้ต้องพัฒนาระบบการทบทวนงานระบบย้อนกลับ (Feedback) การให้ความรู้ ระบบการให้รางวัล เพื่อรักษากลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร รวมทั้งการให้ได้ผลผลิตหรือการบริการสูงสุด

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์บทบาทของบุคคลและทีมงาน การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่และภาระงาน พัฒนาระบบการแก้ไขตนเอง การประสานงานและระบบข่าวสาร เพื่อให้มั่นใจว่าทุกแผนกในองค์กรมีความเข้าใจที่ตรงกัน และมีการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมออีกทั้งมีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นในองค์กร

ขั้นที่ 5 บุคลากรได้รับคำแนะนำในการประเมินข้อมูล ประเมินผลงาน มีการพัฒนาทักษะและรูปแบบการมีสัมพันธภาพที่ดีในองค์กร เพื่อให้ทุกคนมองเห็นปัญหาร่วมกัน มีความร่วมมือในการแก้ปัญหา การเจรจา และการเผชิญหน้าระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการรู้จักแก้ไขปัญหา และการจัดการกับความขัดแย้งอย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 6 มีการลดความเสี่ยงในองค์กร ผู้บริหารองค์กรจะต้องตามตอบคำถามเหล่านี้ด้วยความซื่อสัตย์และตรงไปตรงมาโดยประเมินจาก

- ความคาดหวัง เช่น บุคคลมีมุมมองเกี่ยวกับความผิดพลาดอย่างไร และมีความแตกต่างในการปฏิบัติต่อความผิดพลาดนั้นอย่างไร

- การให้รางวัล เช่น ภาพพจน์ของผู้มาเป็นอย่างไร มีเครื่องส่งเสริมการปฏิบัติงานอย่างไร มีการส่งเสริมโอกาสในการทำงานอย่างไร

- ระบบสนับสนุน เช่น บุคลากรจะได้รับคำแนะนำอย่างไรบ้าง มีความรับผิดชอบต่อความล้มเหลวอย่างไร มีการประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติงานอย่างไร รวมทั้งการมีระบบพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

- ทรัพยากร เช่น องค์กรมีข้อกำหนดและการอนุญาตการใช้ทรัพยากรอย่างไร มีวิธีการสนับสนุนและจัดการกับทรัพยากรอย่างไร

ขั้นที่ 7 ยอมรับค่านิยมที่เป็นพื้นฐานความเชื่อของบุคลากรในองค์กรซึ่งเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความปรารถนาและความต้องการ ถ้าค่านิยมของคนในองค์กรได้รับการยอมรับและ

ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าจะส่งผลให้สัมพันธภาพในการทำงานดี อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างพลังอำนาจในองค์กร

การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง

ใช้หลักการของ Holistic approach ซึ่งมี 5 ระดับ คือ (Hamiltan & Kicfer, 1986)

1. ระดับสังคม (Social level) คือ การฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะทางสังคม และการหาโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ที่เราชื่นชมและเห็นคุณค่า
2. ระดับกายภาพ (Physical level) การรู้จักดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะมีสุขภาพดี และมีบุคลิกภาพที่ดี
3. ระดับสติปัญญา (Intellectual level) เป็นการศึกษาใฝ่รู้ การฝึกเขียน อ่าน ฟังและพูด รวมถึงการสร้างบรรยากาศเชิงวิชาการในที่ทำงาน
4. ระดับจิตอารมณ์ (Emotional level) เป็นการตระหนักถึงอารมณ์ของตนเอง มีการพัฒนาระดับอารมณ์ให้คงที่ (Emotional Quality = E.Q) สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดีและสามารถเผชิญต่อภาวะเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ระดับจิตวิญญาณ (Spiritual level) เน้นการพัฒนาความผาสุกในชีวิตตนเอง การสร้างจุดมุ่งหมายของชีวิต

การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้อื่น

แฮมิลตันและคีเฟอร์ (อวยพร ตันมุขยกุล, 2540. หน้า 6 อ้างอิงจาก Hamiltan & Kicfer, 1986) แนะนำการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้อื่นที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้บังคับบัญชา ผู้ที่มีพลังอำนาจในตนเองจะสามารถสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีพลังอำนาจได้โดยการเสนอแนะให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปรับเป้าหมายส่วนตัวให้สอดคล้องกับเป้าหมายองค์กร แสดงตนให้ผู้บังคับบัญชาเห็นความสนใจของตนเองว่าต้องการเรียนรู้จากเขา ในขณะเดียวกันต้องแสดงให้ผู้บังคับบัญชาเห็นถึงประสิทธิภาพของตน
2. ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา ผู้มีพลังอำนาจในตนเองควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชาในทางที่ถูกต้อง โดยกระจายอำนาจ กระจายงานและสร้างทีมงาน
3. ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การให้บริการด้านสุขภาพ พยาบาลควรปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาความรู้ความสามารถของตน ในการปฏิบัติกรพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการที่ตนรับผิดชอบ

ให้สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะสาขาอย่างต่อเนื่องและแสดงความรู้ ความสามารถ ของตนให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน สามารถใช้พลังกลุ่มเพื่อปรับปรุงงานและสร้างบรรยากาศ ของงานในทุกระดับ

เครื่องมือในการเสริมสร้างพลังอำนาจในหน่วยงาน

ผู้บริหารสามารถดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคลากร โดยอาศัยเครื่องมือสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Rodriguez, 1995) ดังนี้

1. ระบบการแนะนำ (Suggestion systems) เป็นระบบการที่แนะนำให้ผู้ปฏิบัติงานตาม พัฒนางานและสิ่งแวดล้อมของงาน
2. การติดต่อสื่อสารที่ทั่วถึง (Open communication) โดยเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ ผู้ปฏิบัติงานได้มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางาน
3. อาหารกลางวัน การจัดเลี้ยงเล็กๆ น้อยๆ บางครั้งเป็นสินน้ำใจ และขณะเดียวกัน ทำให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง
4. นโยบายการเข้าถึง (Open door policy) การที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าพบผู้บริหาร ได้สะดวกจะส่งเสริมให้ลดช่องว่าง ลดความกลัว และกล้าแสดงข้อคิดเห็น
5. การประกาศเกียรติคุณ เป็นการให้รางวัลอีกวิธีหนึ่ง เช่น การเลือกบุคลากรดีเด่น ประจำเดือน เป็นต้น
6. การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้ตามเกิดความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการทำงาน
7. การสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำและผู้ตามจะทำให้เกิดทีมงาน ที่สามารถทำงานร่วมกันได้
8. การพัฒนาคุณภาพงานโดยเน้นการทำงานที่มีเป้าหมาย
9. การสร้างทีมงานที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอการสั่งการ
10. การปกครองร่วมกัน (Shared governance) วิธีนี้จะช่วยให้เกิดระบบที่เป็นทางการ ที่ผู้ตามสามารถเสนอข้อมูลได้ เช่น การร่วมประชุมปรึกษาหารือกันในระหว่างหัวหน้างาน
11. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเฉพาะ

กล่าวโดยสรุปพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถ เป็นแรงผลักดันภายในบุคคลและเป็นแรงผลักดันให้ผู้อื่นปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่บุคคลนั้น ต้องการ พลังอำนาจเป็นสิ่งที่เสริมสร้างขึ้นมาได้ ผู้ที่มีพลังอำนาจในตนเองจะเป็นผู้ที่สามารถ สร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้อื่นได้ วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ของมาสโลว์ ใช้ศาสตร์ของการดูแล และใช้การบริหารงานคุณภาพ แต่ควรพิจารณาจากความ

ต้องการพื้นฐานเป็นสำคัญ ในองค์กรหรือสิ่งแวดล้อมใดที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจบุคลากรในองค์กรจะรู้สึกเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของตน รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรนั้น และมีการร่วมมือร่วมใจในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กรนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ศาสตร์ของการดูแล เพราะสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์การให้บริการการพยาบาลได้เป็นอย่างดี โดยผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ภาวะสุขภาพดีของผู้ใช้บริการและการเพิ่มพูนพลังอำนาจของพยาบาลผู้ให้บริการ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ สุกัญญา โกวศัลย์ดิลก (2537) ศึกษาผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล และผู้ป่วย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจมากกว่าในระบบปกติ แต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและการใช้กระบวนการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลมากกว่าระบบการมอบหมายงานแบบที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากกว่าระบบการมอบหมายงานเป็นทีมที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าในระบบการมอบหมายงานแบบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลไม่แตกต่างจากระบบมอบหมายงานแบบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วราภรณ์ เขมโชติกูร (2541) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสัมพันธ์ พบว่าคะแนนความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 28.37$, S.D=5.89) และเมื่อพิจารณาในแต่ละหอผู้ป่วย พบว่าคะแนนความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ในด้านทัศนคติพบว่าทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} =$

107.21, S.D=11.49) เช่นเดียวกันกับเมื่อพิจารณาในแต่ละหอผู้ป่วย และพบว่าความรู้และทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและแยกตามหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างไร้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 1.5$) และที่ระดับ .05 ($r = -.01, -.15, .10, .15$ และ $.16$ ตามลำดับ)

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล : กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในภาพรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพบริการพยาบาลด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุษณีย์ หลิมกุล (2544) ศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ตัวอย่างประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยมี 2 ประเภท คือ คู่มือการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้และแบบตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอน โดยตรวจสอบจากแบบบันทึกทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรวรรณ ทองสง (2544) ศึกษาผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและของผู้ป่วย เป็นการวิเคราะห์กึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการใช้กระบวนการพยาบาลมากกว่าระบบมอบหมายงานแบบปกติ พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงกว่าระบบการมอบหมายงานแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .00 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลสูงกว่าการมอบหมายงานแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

เรณู พุกบุญมี (2544) ศึกษาผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถและความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์ (2547) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูงทั้งหมดและระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางถึงมากทั้งสองกลุ่ม ความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบปกติไม่แตกต่างกันแต่ในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศพบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปทดลองใช้ และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ พบว่าหลังการทดลองผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542 ; วรวรรณ ทองสง, 2544) ในด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังการทดลองมีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น (สุกัญญา โกวศัลย์ดิลก, 2537 ; วรวรรณ ทองสง, 2544 ; ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์, 2547) ในด้านการใช้กระบวนการพยาบาลพบว่าหลังการทดลองมีการใช้เพิ่มขึ้น (สิริกาญจน์

บริสุทธิบัณฑิต, 2540 ; อุษณีย์ หลิมกุล, 2544 ; วรวรรณ ทองสง, 2544) ในด้านบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพพบว่าหลังการทดลองมีบทบาทอิสระในการให้การพยาบาลเพิ่มขึ้น (ศิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540. ; เรณู พุกบุญมี, 2544. ; ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์, 2547.) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยศึกษาเชิงพรรณนาสัมพันธ์พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทัศนคติต่อรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับปานกลาง (วราภรณ์ เขมโชติกูร, 2541) กล่าวโดยสรุปหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยรวมดีขึ้นเหมาะสมที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นและการที่มีความรู้และทัศนคติต่อรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับปานกลางเป็นการชี้บ่งให้ผู้บริหารทางการพยาบาลตระหนักว่าในการพัฒนาให้เกิดการบริการในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ให้สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต้องมีการเสริมความรู้และทัศนคติที่ดีต่อรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ให้พยาบาลวิชาชีพก่อน

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

มาแรมและคณะ (Marram et.al, 1974) ศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบทีม แบบหน้าที่ และแบบเจ้าของไข้ ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 แห่งในสหรัฐอเมริกา พบว่าการมอบหมายงานในระบบเจ้าของไข้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดถึง 65 % เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้ระบบการมอบหมายงานแบบนี้ ผู้ป่วยพึงพอใจเพิ่มจาก 29 % เป็น 64 % ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการดูแลฐานะบุคคลเพิ่มขึ้นจาก 30 % เป็น 95 % ได้รับการดูแลสนับสนุนทางอารมณ์เพิ่มจาก 35 % เป็น 75 %

จอนส์ดอทเตอร์ (Jonsdottir, 1999) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง :ประสบการณ์ของพยาบาล ในโรงพยาบาล 2 แห่งในประเทศไอซ์แลนด์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 21 คน ที่มีประสบการณ์ในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยแยกหมวดหมู่ตามหัวข้อดังนี้ สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง ความพึงพอใจและความปลอดภัยของผู้ป่วย การเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล ความยั่งยืนของระบบ ภาระงาน ความกระตือรือร้น และความรับผิดชอบของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้นำสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น ที่สำคัญที่สุดคือ พยาบาลมีประสบการณ์ในการรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญถึงผลลัพธ์ที่ดีในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง แต่มีข้อควรระวังคือกรณีมีจำนวนพยาบาลน้อยเกินไปที่จะใช้รูปแบบการดูแลแบบนี้

กู๊ดและโลวี (Goode & Rowe, 2001) ได้ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ของพยาบาลในงานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในเมืองเบลฟัสต์(Belfast) ประเทศไอร์แลนด์เหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 60 คน โดยใช้แบบสอบถามและสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลตรงกับทฤษฎีที่กล่าวถึงรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นการพยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน มีการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ให้การดูแลตามแผน และประเมินผลการดูแลและมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนด สิ่งที่เด่นชัดของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้คือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสอนหรือขยายต่อ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อให้เกิดภาวะเครียดในกรณีที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่เรื้อรังรวมถึงญาติของผู้ป่วยดังกล่าวด้วย

ลักคิโอและรูตาสาลอ (Laakso & Routasalo, 2001) ศึกษาการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในสถานพักฟื้นในฟินแลนด์ : ประสบการณ์ของผู้พักฟื้น ญาติและพยาบาล วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือศึกษาประสบการณ์ของผู้พักฟื้น สมาชิกครอบครัวและพยาบาล ในการเปลี่ยนรูปแบบการดูแลจากรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่ไปใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นเวลา 18 เดือน การเปลี่ยนแปลงเริ่มจากการสอนแนวคิดแก่ทีมพยาบาล วางแผนการเปลี่ยนแปลงและปรึกษาหารือกันภายในทีม มีการประชุมชี้แจงแก่ญาติเพื่อให้คำแนะนำและแจ้งให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทีมการพยาบาลนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้เป็นอย่างดี ภาระภายใต้การสนับสนุนของทีมบริหารสถานพยาบาลดังกล่าว วิธีการศึกษาใช้วิธีสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผน โดยมีคำถามหลัก 5 หัวข้อ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล สภาพการณ์ของผู้พักฟื้น สัมพันธภาพระหว่างผู้พักฟื้นกับพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างญาติกับพยาบาล และบทบาทผู้ดูแลของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้พักฟื้นไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งในการดูแลของพยาบาลและสัมพันธภาพกับพยาบาล แต่ญาติผู้ป่วยพบว่ามีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของทีมพยาบาล คือเป็นกันเองมากขึ้น ให้เวลากับผู้พักฟื้นมากขึ้นและมีบทบาทในการกระตุ้นผู้พักฟื้นมากขึ้น ความร่วมมือระหว่างญาติกับพยาบาลเพิ่มขึ้นเล็กน้อย มีพยาบาลบางส่วนต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก บางคนกล่าวว่ามีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในปีที่ผ่านมา คือ มีบทบาทอิสระเพิ่มมากขึ้น มีอำนาจในการคิดตัดสินใจมากกว่าเมื่อก่อน

และให้การดูแลผู้พักฟื้นเป็นรายบุคคลและให้คำปรึกษาในการคิดตัดสินใจที่ดีแก่พวกเขา ผู้ศึกษามีการตอบสนองในการปรับปรุงพัฒนาสถานที่ทำงานมากขึ้น สรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นแนวทางหนึ่งที่พยาบาลและญาติสามารถทำงานด้วยกันอย่างใกล้ชิดในการดูแลผู้พักฟื้นที่สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้กล่าวถึงความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลจากรูปแบบที่ดูแลตามหน้าที่เป็นรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และในขณะเดียวกันได้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดในกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

เดรกซ์และซาฮาวี (Drach-Zahavy, 2004) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลเจ้าของไข้ : บทบาทที่สนับสนุนในด้านการบริหารจัดการ โดยกล่าวถึงความเป็นมาว่าในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้พบว่าส่วนใหญ่มุ่งศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความพึงพอใจ บทบาทอิสระของพยาบาลและคุณภาพของการดูแล มีส่วนน้อยที่ศึกษากระบวนการการนำรูปแบบการดูแลนี้ไปใช้ วิธีการทำให้เกิดความยั่งยืน และศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล แต่ไม่ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ คือ มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลในด้านการสนับสนุนจากการบริหารว่ามีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไฮฟา ประเทศอิสราเอล ใช้วิธีสอบถามจากพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยจำนวน 368 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินระดับการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ การสนับสนุนจากผู้ตรวจการพยาบาลที่รับผิดชอบงานนั้นและการตระหนักถึงผลจากการสนับสนุนจากผู้ตรวจการพยาบาลซึ่งเป็นผู้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในหน่วยงานนั้นๆ ผลการศึกษาพบว่านอกจากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้แล้ว ยังมีปัจจัยการสนับสนุนจากผู้ตรวจการพยาบาลที่มีผลกระทบต่อสมรรถนะของพยาบาลอีกด้วย กล่าวคือถ้าได้รับการสนับสนุนจากผู้ตรวจการพยาบาลมาก สมรรถนะของพยาบาลจะดีกว่าการได้รับการสนับสนุนจากผู้ตรวจการพยาบาลน้อย ในแง่นี้ทำให้พยาบาลยอมรับถึงคุณค่าของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ตรวจการพยาบาลว่ามีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ถึงแม้การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในช่วงเวลาหนึ่งแต่ผลการศึกษาก็บ่งชี้ถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารมีความสำคัญต่อผลสำเร็จในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

จากการศึกษางานวิจัยต่างประเทศ มีการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และเชิงปฏิบัติการ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น ได้รับการดูแลในฐานะบุคคล และได้รับการ

สนับสนุนทางอารมณ์เพิ่มขึ้น (Marram et.al,1974) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพด้านการรับรู้และประสบการณ์พบว่าผู้ใช้บริการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในด้านสัมพันธภาพ คือ พยาบาลเป็นกันเองมากขึ้น ให้เวลามากขึ้น และมีการกระตุ้นผู้ใช้บริการมากขึ้น ในส่วนของพยาบาลรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในด้านการเพิ่มบทบาทอิสระและการมีอำนาจในการดูแล ให้การดูแลเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ให้คำปรึกษา และตอบสนองต่อการพัฒนาสถานที่ทำงานมากขึ้น และในการวิจัยเชิงปฏิบัติการพบว่าในภาพรวมคุณภาพการดูแลดีขึ้น ที่สำคัญพบว่าพยาบาลรับรู้และเข้าใจปัญหาผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น การศึกษาดังกล่าวเป็นการยืนยันถึงผลการนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎี 4 แนวคิด คือ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยหนัก แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การพยาบาลผู้ป่วยหนักเป็นการให้การดูแลผู้ใช้บริการที่มีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตตลอดเวลา ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีการติดตามเฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะทุกระบบอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทันสมัย มีเทคโนโลยีสูง รวมถึงการดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการควบคู่กันไป เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยที่วิกฤตทำให้ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนักท่ามกลางอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทันสมัยมีกิจกรรมการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และญาติไม่สามารถเฝ้าดูแลข้างเตียงได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยหนักจึงต้องเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่องจึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอได้

การพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบให้การดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหน่วยงานหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นผู้วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงให้การดูแลผู้ใช้บริการทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลเจ้าของไข้หยุดจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลคนอื่นๆให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ และสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ตามปัญหาที่พบ โดยมีการประสานงานกับพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรงหรือผ่านหัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลเจ้าของไข้จะมีอิสระมีเอกสิทธิ์และมีความรับผิดชอบสูง ในการ

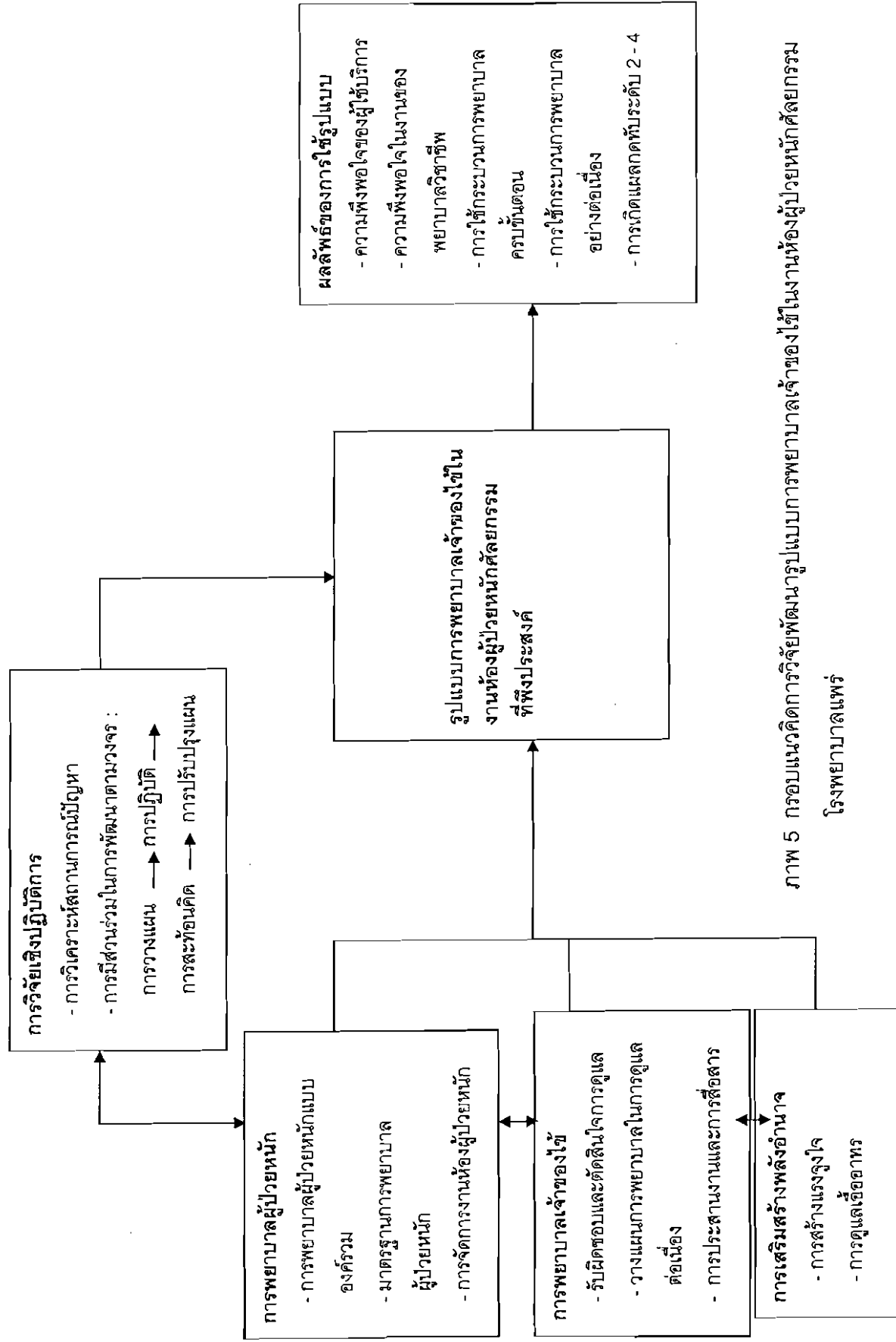
วางแผนการพยาบาล ตัดสินใจให้การพยาบาล สามารถรายงานความก้าวหน้าและให้เหตุผลในการตัดสินใจการพยาบาลภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกันเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนากิจกรรมหรือการปฏิบัติที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ร่วมทำความเข้าใจสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างต่อแท้ หาวิธีการหรือแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน นำไปทดลองปฏิบัติร่วมกัน สะท้อนการปฏิบัติและวางแผนปรับปรุงจนได้แนวทางปฏิบัติที่พึงพอใจ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาพฤติกรรมบริการที่ดีมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนด้วยตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่เสริมสร้างให้บุคคลในองค์กรมีพลังในการควบคุมชีวิตของตน จากการได้รับการส่งเสริม การช่วยเหลือชี้แนะให้บุคคลเกิดความสามารถที่สนองความต้องการและแก้ไขปัญหของตนเองได้อย่างคุ้มค่า ในแง่ของการบริหารการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการที่ผู้นำองค์กรดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมในองค์กรและวิธีการจัดการเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข่าวสารข้อมูลแหล่งสนับสนุน ทรัพยากรและโอกาส ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ส่งผลให้ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีในการบริการพยาบาล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกันมาพัฒนาการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเพื่อให้คุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน แต่เนื่องจากการพัฒนาครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาเพราะการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรม เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นๆร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันคิดวางแผนหาแนวทางแก้ไขปรับปรุง เพื่อหารูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆจนเป็นที่น่าพอใจ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534 หน้า 4) รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ ผู้ใช้บริการจะได้รับตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมทุกด้าน มีการประสานงานการดูแลในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้กับผู้ให้บริการ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

และการใช้ศาสตร์ของการดูแลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานโดยการให้ความเป็นอิสระในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพที่มีความไว้วางใจ และให้การสนับสนุนจะส่งผลให้พยาบาลผู้ให้บริการในระบบนี้เกิดควมมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพมากขึ้น มีความรับผิดชอบสูง มีการประสานงานที่ดี มีการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ คือ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในงาน และประจักษ์เห็นคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล ส่งผลให้การบริการมีคุณภาพที่ยั่งยืนได้



ภาพ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลแพร์