# บทที่ 2

# เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหารบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ 1) แนวคิดการจัดบริการสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน 2) แนวคิดการบริหารบริการสุขภาพ 3) แนวคิดการร่วมบริหารบริการสุขภาพ 4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 5) แนวคิดความพึงพอใจ 6) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้ให้มาตรฐานการจัดบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมาย

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไปศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม

1.2 เป้าหมายในการจัดศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2.1 การพัฒนามาตรฐาน และเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มีจุดประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั้งทางด้านกายภาพ เวลาใช้บริการที่สะดวก และมีบริการที่มีคุณภาพทางด้านการแพทย์ เข้าใจความต้องการที่รอบด้านของประชาชน สามารถตอบสนอง

ความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้องมากขึ้น และจัดให้มีระบบที่สถานพยาบาลร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง สถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งทางด้านการแพทย์ และทางด้านสังคมเป็นหัวใจหนึ่งของการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างผสมผสานต่อเนื่อง เป็นเสมือนที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นสถานพยาบาลประจำตัว/ครอบครัว ของประชาชนทุกคน

1.2.2 ในพื้นที่เขตเมือง มีโครงสร้างของสถานพยาบาลขนาดไม่ใหญ่จำนวนเพิ่มขึ้นที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ในลักษณะที่เป็นบริการด่านแรกให้แก่ประชาชน เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ประชาชนเลือกลงทะเบียนได้ บุคลากรมีความสามารถในการให้บริการที่ผสมผสานทางด้านการแพทย์เข้ากับสภาพสังคม และความต้องการที่หลากหลายของประชาชน สถานพยาบาลนี้กระจายทั่วถึงเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ให้บริการแบบนี้มีไม่เพียงพอ จึงต้องการจัดให้มีโครงสร้างบริการแบบนี้เพิ่มขึ้น ปัจจุบันคลินิกเอกชนก็มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพียงส่วนน้อย ซึ่งต้องมีมาตรการที่จูงใจ และกำหนดให้หน่วยงานเอกชนเหล่านี้ทำงานด้านนี้ด้วย

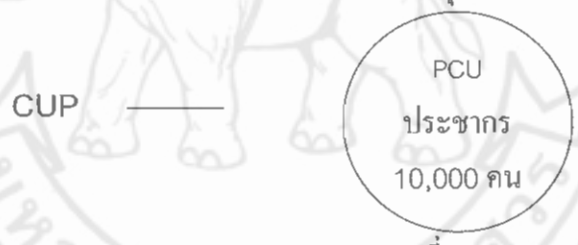
1.2.3 ในพื้นที่เขตชนบท มีศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น กระจายอย่างทั่วถึง ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ให้บริการผสมผสาน ในลักษณะของบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย เพียงแต่ขีดความสามารถของสถานีอนามัยยังไม่พอในการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน จึงควรต้องมีการเพิ่มบุคลากรที่มีความสามารถเพิ่มขึ้น รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรเดิมให้มีความสามารถในการให้บริการตรวจรักษา ดูแลสุขภาพได้มากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม ภายใต้การเชื่อมโยงทรัพยากรกับโรงพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่าเจตนาของการจัดมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การเพิ่มขีดความสามารถให้สถานีอนามัยให้มีบุคลากรเพียงพอ และสามารถให้บริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ ส่วนในพื้นที่เขตเมืองที่ไม่มีสถานีอนามัยก็ให้มีการปรับโครงสร้างเดิม เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน ให้มีการให้บริการผสมผสาน รวมทั้งมีการสร้างโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงต่อเนื่อง ปรับบทบาทของโรงพยาบาลให้เป็นหน่วยที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นหลัก ดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากศูนย์สุขภาพชุมชน

1.3 ความสัมพันธ์ในเชิงคู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

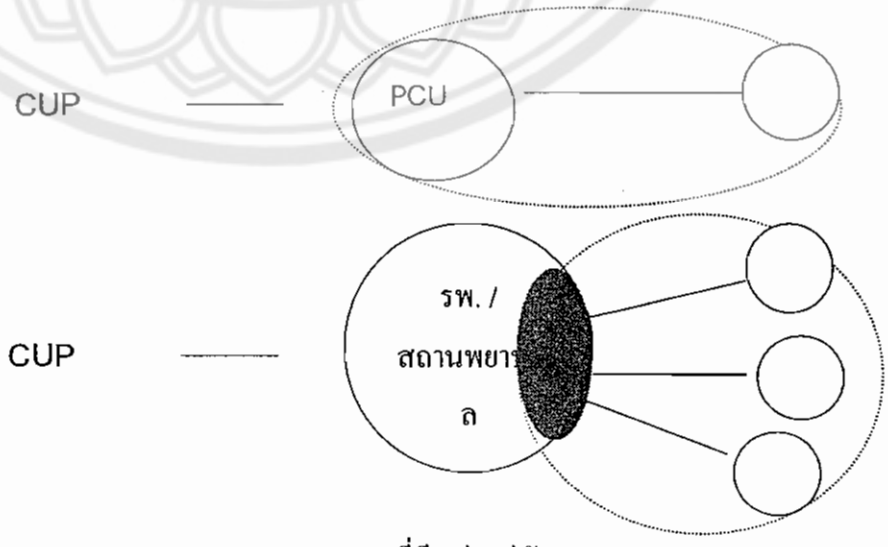
**หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ** (Contracting unit for Primary care, CUP) **หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยที่ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน** (Primary Care Unit : PCU) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) นี้อาจจัดบริการโดยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่เป็นสถานพยาบาลหน่วยเดียวจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีหน่วยบริการย่อยร่วมกันให้บริการ ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา นั้นอาจมีรูปแบบการจัดได้หลายลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นสถานพยาบาลเดี่ยวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน



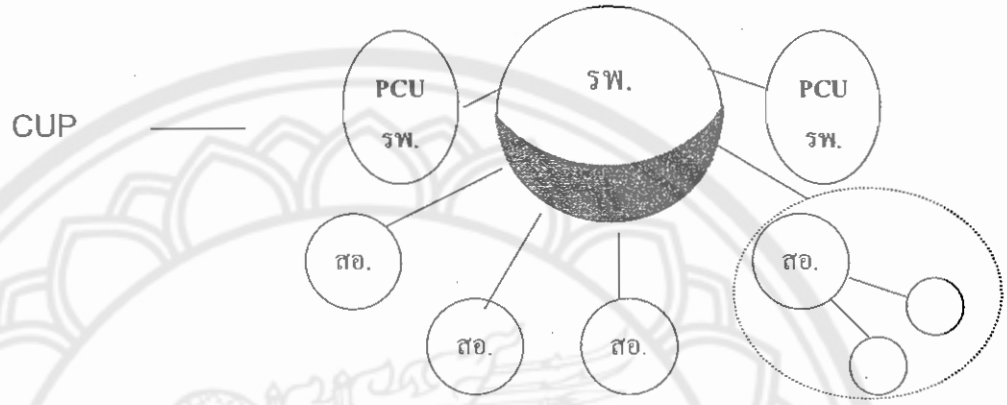

ภาพ 1 สถานพยาบาลเดี่ยว

1.3.2 เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในพื้นที่ให้บริการบางประเภท




ภาพ 2 สถานพยาบาลที่มีหน่วยคู่สัญญา

1.3.3 เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลที่มีเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก และศูนย์สุขภาพชุมชนรอง ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น กรณีของโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยทั้งอำเภอ




ภาพ 3 สถานพยาบาลหลักและคู่สัญญา

ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้บริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในจำนวนสามกลุ่มคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดระบุชัดเจนว่า

"หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชนไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ" (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ, 2545)

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่กล่าวมา อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการก็ได้

ในกรณีที่จัดบริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง จะเรียกบริการนี้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก (Main contractor) ส่วนหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ทุกประเภท หรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนดจะเรียกว่า "ศูนย์สุขภาพชุมชนรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ" (Sub - contractor) ซึ่งจะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ เว้นแต่จะรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1.4 ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ

การปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ มีเป้าหมาย คือ

1.4.1 การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น

1.4.2 การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว

1.4.3 ความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งคน อันหมายถึง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม

1.4.4 ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชน ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์ การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit ; PCU)

มาตรฐานตามแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีรายละเอียดของแต่ละประเด็น ดังนี้

1.5.1 การจัดหน่วยบริการการจัดหน่วยบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพของประชากรที่รับผิดชอบ หน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และสถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนควรต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที

ในช่วงเวลาของระยะเปลี่ยนผ่านกรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ มีประชากรรับผิดชอบจำนวนมาก ในระยะแรกให้สามารถจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ภายในโรงพยาบาลได้ 1 แห่งต่อจำนวนประชากรไม่เกิน 30,000 คน และให้จัดศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 จุด โดยดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และจะต้องมีแผนขยายศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มให้ครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบทั้งหมดได้ในอนาคต ในกรณีที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจนแยกจาก OPD ทั่วไป โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

1.5.2 ขีดความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนมีดังนี้

1) มีการให้บริการที่หลากหลายอย่างผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการให้ความรู้กับประชาชนที่มารับบริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (โดยเน้นเวลาที่สะดวกของประชาชน)

2) มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยเองหรือมีระบบเชื่อมต่อ เพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบ ไปรับบริการทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) ได้อย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3) มีบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหน่วยบริการ เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหลังหลังคลอด วางแผนครอบครัว 1-2 วันต่อสัปดาห์

4) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1- 8 วันต่อเดือน

5) มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อติดตามบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและทำความรู้จักกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัวและดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

6) มีบริการด้านยาตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยาและการให้ความรู้ด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

7) มีการตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

1.5.3 ด้านบุคลากร ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมประจำ โดยคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่าง ๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

1) มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำ คือ มีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 :1,250 คน โดยจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ใน 4 และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75

2) ให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมรับผิดชอบสุขภาพของประชาชน ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 10,000 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ติดตามกำกับคุณภาพอย่างเป็นการประจำและทำหน้าที่พัฒนาขีดความสามารถของทีมงานให้บริการ ให้สามารถดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงนั้นให้พิจารณาตามสภาพจำนวนแพทย์ที่มีจริงในพื้นที่ว่าควรจะมีบทบาทมากเพียงใดจึงจะทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นสามารถให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้นได้ในระยะยาว ในขั้นต่ำ คือ ต้องให้บริการในส่วนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นไม่สามารถให้บริการได้

3) ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการได้ จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ 3.1 ด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 1) แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

4) มีทันตแพทย์และ/หรือทันตาภิบาล ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า1: 20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตาภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 20,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมด ไม่เกิน 1 : 40,000 คน

5) มีเภสัชกรมาร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1 : 20,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่น ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงาน แทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูไม่น้อยกว่า 1 : 40,000 คน

1.5.4 ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่ มีดังนี้

1) มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ Sterile system)

2) สถานที่ตรวจรักษา / ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง

3) มีการจัดการให้มียานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

1.5.5 ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม ดังนี้

1) มีระบบรับผิดชอบประชาชนโดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน

2) ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล

3) ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว

4) ให้มีข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

5) ให้มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

6) มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

1.6 การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อการจัดบริการให้ผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง

1.6.1 การสำรวจครอบครัวและชุมชน จัดให้มีผู้รับผิดชอบครอบครัว และชุมชน สำรวจครอบครัวด้วยแฟ้มอนามัยครอบครัว เพื่อทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ และระบุกลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย พิการ ด้อยโอกาส และจัดทำแผนจัดบริการเชิงรุก การสำรวจชุมชนด้วยเครื่องมือวิถีชุมชนเพื่อค้นหาศักยภาพชุมชน ในการดำเนินงานสร้างสุขภาพต่อไป

1.6.2 ทะเบียน/คัดกรอง

1) ทะเบียน นำข้อมูลจากการสำรวจครอบครัวและชุมชน มาจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้บริการ และเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ

2) คัดกรอง การคัดกรองปัญหา กาย จิต สังคม และคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง

1.6.3 บริการหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน

1) บริการตรวจรักษา ให้บริการตรวจรักษาด้วยผู้มีความรู้และทักษะทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัว

2) บริการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการคลินิก ดูแลก่อนคลอด คลินิกเด็กดี คลินิกผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพ และให้คำปรึกษาตามวัย และความเสี่ยงตามมาตรฐาน

3) บริการทันตกรรม ให้บริการทันตกรรม ทั้งป้องกัน และบำบัดรักษา

4) ให้บริการชันสูตร

5) บริการฉุกเฉิน ให้บริการฉุกเฉิน ทำแผล ฉีดยา

1.6.4 บริการให้คำปรึกษา กิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อดูแลด้านจิตสังคม และเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

1.6.5 บริการก่อนกลับบ้าน จ่ายยา ให้คำปรึกษาเรื่องยา มีการประเมินว่าบริการสนองความคาดหวัง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ และนัดหมายให้บริการต่อเนื่อง

1.6.6 บริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมตามมาตรฐานให้ทำหน้าที่ประสานการดูแลต่อเนื่องให้ดีขึ้น

1.6.7 การประชุมทีม เพื่อวางแผนกิจกรรมต่อเนื่อง กิจกรรมเชิงรุกในชุมชน และพัฒนาคุณภาพบริการ

1.6.8 กิจกรรมในชุมชน จัดกิจกรรมเชิงรุก สร้างสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพวิถีชุมชน และส่งเสริมศักยภาพชุมชน

จะเห็นได้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงมีบทบาทและมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน โดยให้บริการที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสานประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษา และส่งต่อเพื่อสร้างสุขภาพสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยการให้บริการในระดับปฐมภูมิจะบรรลุเป้าหมายการให้บริการดังกล่าวได้นั้น องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งนั้น คือ จะต้องมีระบบการบริหารจัดการทางการบริการสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ

2. แนวคิดการบริหารบริการสุขภาพ

1.1 การบริหาร

1.1.1 ความหมายของการบริหาร

การบริหาร คือ กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปนำศาสตร์มาร่วมกันดำเนินงาน โดยใช้วิธีที่เหมาะสมอย่างมีศิลปะ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545. หน้า 1)

การบริหาร คือ การทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกับผู้อื่น โดยคนจะเป็นตัวจักรสำคัญที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2540)

สรุปได้ว่าการบริหาร คือ การทำงานที่บุคคลตั้งแต่ 2คนขึ้น ร่วมกันดำเนินงานโดยใช้วิธีที่เหมาะสมอย่างมีศิลปะ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

2.1.2 ความสำคัญของการบริหาร

การบริหารเป็นสาขาวิชาหนึ่งที่แสวงหาความเข้าใจอย่างมีระบบว่าทำอย่างไรคนจึงจะทำงานร่วมกันได้อย่างมีระบบจนสำเร็จตามเป้าหมาย โดยการบริหารเป็นทั้งศาสตร์ (science) และศิลป์ (art) การบริหารเป็นศาสตร์ เพราะการบริหารได้ถูกศึกษาและจัดระเบียนให้เป็นทฤษฎีและระบบ มีองค์แห่งความรู้ หลักการที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าเชิงวิทยาศาสตร์ในส่วนของการบริหารเป็นศิลป์ เพราะการประยุกต์เอาความรู้หลักการ และทฤษฎีทางการบริหารไปสู่การปฏิบัติ นั่นคือ ใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานร่วมกับคน เพื่อให้งานนั้นสำเร็จบรรลุเป้าหมายทั้งนี้โดยอาศัยประสบการณ์ ทักษะ ความรู้ ความสามารถพิเศษ และบุคลิกภาพเฉพาะตัวที่จะนำศาสตร์ซึ่งเป็นทฤษฎีไปประยุกต์ใช้

2.1.3 หลักการบริหารงาน

การบริหารงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะจะเป็นการสะท้อนให้เห็นวัฒนธรรมขององค์การนั้น จากการศึกษาและวิเคราะห์ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหาร พบว่า นักบริหารมีมุมมองเกี่ยวกับการบริหารงาน ในหลายแง่หลายด้าน ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

1) หลักการบริหารงานที่มุ่งผลงาน (Task) เป็นสำคัญ การบริหารงานในหลักนี้จะศึกษาในเรื่ององค์การ (organization) โดยมุ่งผลงาน ผลกำไรเป็นสำคัญ มีวิธีการบริหารโดยใช้ POSDCORB เป็นหลัก จึงได้รับการเรียกชื่อว่า Task centered ระบบนี้เกิดขึ้นเพราะผลของการปฏิวัติอุตสาหกรรม ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับปรุงการบริหารให้ก้าวหน้าตามความเจริญของอุตสหกรรมและวิทยาศาสตร์พร้อมกัน

2) หลักการบริหารโดยมุ่งตัวบุคคลผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญที่เรียกว่า Personal centered หรือ Human Relations โดยถือว่าถ้าคนดีแล้วผลผลิตก็จะตามมาเอง หลักการบริหารนี้ ได้พัฒนาภายหลังการจัดระบบงาน และพัฒนาเทคนิคในการปฏิบัติงานดีแล้ว ผลผลิตก็ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จึงมีการค้นคว้าวิจัยและพบว่า ผลผลิตขึ้นอยู่กับคนจึงพิจารณาด้านจิตใจของคนเป็นสำคัญ

3) หลักการบริหารแนวใหม่ (Modern Development) มุ่งที่จะจัดระบบการบริหารให้ผสมผสานกันระหว่างหลักการบริหารที่มุ่งผลงานและมุ่งตัวบุคคลเป็นสำคัญ หลักการบริหารแนวใหม่นี้ได้มองการบริหารกว้างขึ้นในลักษณะระบบความสัมพันธ์ทั้งคน องค์กรและระบบสังคม เป็นหลักการบริหารที่ถือว่าดีที่สุดในปัจจุบัน

2.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารกับสาขาอื่น จากแนวความคิดในหลักการบริหารงานแนวใหม่ และแนวการพัฒนาการบริหารที่มองการบริหารเป็นระบบของสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเมือง การปกครอง และระบบเศรษฐกิจ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารกับสาขาอื่น มีดังนี้

1) การเมือง การบริหารมิใช่วิชาทางด้านการเมือง แต่เป็นกระบวนที่สนับสนุนนโยบายทางการเมือง หรือทำให้การเมืองสำเร็จตามเป้าหมาย การเมืองมีส่วนสัมพันธ์กับการบริหารใน 2 ลักษณะ คือ การกำหนดนโยบายในระดับสูงและการมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทางการเมือง ซึ่งจะกระทบต่อการบริหารงาน

2) การปกครอง การบริหารมิใช่การปกครอง แต่เป็นกระบวนการหรือเครื่องมืออย่างหนึ่งในการทำให้การปกครองบรรลุเป้าหมาย

3) สังคมวิทยา การบริหารกับสังคมวิทยาเกี่ยวข้องกันมากในฐานะที่สังคมวิทยาให้รายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ และลักษณะของกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในสังคม ปฏิกิริยาของคนในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ซึ่งการบริหารงานจะต้องนำมาใช้เป็นอันมาก

4) จิตวิทยา การบริหารจำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางจิตวิทยาอย่างมาก ดังกล่าวแล้วว่า การบริหารเป็นเรื่องขององค์การ คน ระบบสังคม และอื่น ๆ ดังนั้นการบริหารที่ดีจะต้องรู้ซึ้งทั้งจิตใจของบุคคลในองค์การ ทั้งแต่ละตัวบุคคลและกลุ่มบุคคล รวมถึงขนบธรรมเนียมประเพณีของคน เป็นต้น

5) ทรัพยากรการบริหารงาน ทรัพยากรการบริหารหรือปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารที่สำคัญ ประกอบด้วย 4 ประการ คือ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และ วิธีจัดการ (Method)

2.1.5 คุณประโยชน์ของการบริหารจากวิวัฒนาการของการบริหารงาน และความพยายามอย่างยิ่งของนักวิชาการและนักบริหารที่จะแสวงหาวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการบริหารที่จะอำนวยประโยชน์ตั้งแต่องค์การ ผู้ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการจากองค์การนั้น การบริหารจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1) ประชาชน การทำงานของ องค์การบริหารต้องมีประชาชนเป็นเป้าหมายและศูนย์กลาง เช่น การกำหนดโครงการพัฒนาต่าง ๆ ในองค์การบริหารควรเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเป็นหลัก มิใช่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริหารหรือพนักงานขององค์การ

2) ประสิทธิภาพ คือ การทำงานตามกระบวนการที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วที่สุด เช่น กรณีประชาชนมาติดต่อเจ้าหน้าที่จะต้องอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำแก่ประชาชน พร้อมทั้งดำเนินการตามขั้นตอนของระเบียบกฎหมายอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จึงจะถือว่าทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ประสิทธิผล คือ คุณภาพของงานที่ทำตาม ตัวอย่างเรื่องประสิทธิภาพได้เน้นในเรื่องความรวดเร็วและถูกต้องตามขั้นตอน แต่ในเรื่องของประสิทธิผลจะเน้นที่ความถูกต้องของผลงานที่ทำ เช่น บริการได้อย่างรวดเร็วแล้ว ผลงานที่ทำจะต้องถูกต้องไม่มีปัญหาที่ประชาชนจะต้องกลับมาร้องขอให้แก้ไขอีก

4) ประหยัด องค์การบริหารจะต้องตระหนักอยู่เสมอว่า เงินงบประมาณทุกบาททุกสตางค์เป็นของประเทศชาติและประชาชน มิใช่งบประมาณส่วนตัว ดังนั้น การใช้จ่ายเงินงบประมาณจะต้องเป็นไปอย่างรอบคอบยิ่งกว่าเงินส่วนตัว การจัดซื้อพัสดุครุภัณฑ์ต้องมี

คุณภาพ และเหมาะสมกับราคา เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างคุ้มค่า ประหยัดและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยการเปิดกว้างให้มีกระบวนในการแข่งขันในการเสนอราคา

2.1.6 กระบวนการบริหาร ซึ่งนิยมใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ (ชาญชัย อาจินสมาจาร, 2544 )

1) การวางแผน (Planning) เป็นการเตรียมการล่วงหน้าเพื่อให้ทราบแนวทางปฏิบัติ และเป้าหมายของงานให้ชัดเจน เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ การดำเนินงานให้สอดคล้องกับปรัชญา พันธกิจ ตลอดจนเป้าหมายขององค์การ

2) การจัดองค์การ (Organizing) เป็นการจัดกลุ่ม/การมอบหมายกิจกรรมและการให้อำนาจหน้าที่ เพื่อการดำเนินงาน ระบุและให้คำจำกัดความ รวมถึงขอบเขตของงานที่ทำแตกงานออกเป็นหน้าที่ จัดกลุ่มหน้าที่สู่ตำแหน่ง และให้คำจำกัดความคุณสมบัติของตำแหน่ง จัดกลุ่มตำแหน่งสู่หน่วยการบริหารที่สัมพันธ์กัน มอบหมายงานที่จะให้ทำตามความรับผิดชอบและหน้าที่ ปรับปรุงและปรับโครงการจัดคนเข้ากับงาน (Staffing) เป็นการกำหนดความต้องการของทรัพยากรมนุษย์และการเลือกสรร การคัดเลือก การฝึกอบรมและการพัฒนาพนักงาน เพื่อใช้ในการทำงานให้แล้วเสร็จ กำหนดบุคลากร/ทักษะที่จำเป็นเลือกสรรพนักงานที่มีความสามารถคัดเลือกจากที่ได้เลือกสรร ฝึกอบบรม และพัฒนาพนักงาน ปรับระดับของเจ้าหน้าที่ตามความจำเป็น

3) การสั่งการ (Commanding) เป็นการชี้แนะ และการสั่งการให้เกิดพฤติกรรมของพนักงานสู่การทำจุดมุ่งหมายให้สำเร็จ อธิบายจุดมุ่งหมายให้กับพนักงาน พัฒนามาตราฐานของการปฏิบัติงาน ช่วยพนักงานให้สามารถทำงานได้ตามมาตรฐานของการปฏิบัติงาน ยกย่องและใช้วินัยด้วยความยุติธรรม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพนักงานในการตัดสินใจ

4) การควบคุม (Controlling) เป็นการวัดผลการปฏิบัติงานเทียบกับจุดมุ่งหมาย การตรวจจับปัญหา และแนวทางแก้ไข จัดตั้งมาตรฐานสำหรับปัจเจกบุคคลและหน่วยงาน กำกับดูแลผลลัพธ์ และเปรียบเทียบกับมาตรฐาน แก้ไขความเบี่ยงเบน ปรับวิธีการควบคุมตามความจำเป็นของผลงานและสภาวะแวดล้อม พัฒนามาตรฐานของการปฏิบัติงาน ช่วยพนักงานให้สามารถทำงานได้ตามมาตรฐานของการปฏิบัติงาน ยกย่องและใช้วินัยด้วยความยุติธรรม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพนักงานในการตัดสินใจ

1.2 การบริหารการพยาบาล

1.2.1 ความหมาย

การบริหารการพยาบาล หมายถึง การจัดกระทำต่อระบบการบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดวิธีการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีผลโดยตรงต่อชีวิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นสำคัญ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541)

การบริหารการพยาบาล หมายถึง กระบวนการการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534)

สรุปได้ว่า การบริหารการพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารที่มีการจัดกระทำต่อบุคลากร ทรัพยากร งบประมาณต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรการพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

1.2.2 ความสำคัญของการบริหารการพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) สรุปความสำคัญของการบริหารการพยาบาล ไว้ ดังนี้

1) การบริหารการพยาบาล ช่วยให้บุคลากรพยาบาลร่วมกันทำงานในองค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การบริหารการพยาบาล จะช่วยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มในด้านความเจริญและความสำเร็จของสังคมในอนาคต

3) องค์การพยาบาลจะคงสภาพอยู่ มีความเจริญก้าวหน้า หรือถดถอยขึ้นอยู่กับคุณภาพของการบริหาร

4) การบริหารการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรขนาดใหญ่ และมีความสลับซับซ้อนจะต้องมีการจัดระบบระเบียบขององค์การ ซึ่งเป็นมรรควิธีที่สำคัญที่จะนำสังคมไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

5) การบริหารการพยาบาล มีลักษณะต้องใช้การวินิจฉัยสั่งการเป็นเครื่องมือซึ่งผู้บริหารต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ และการวินิจฉัยสั่งการนี้เองเป็นเครื่องมือแสดงให้ทราบถึงความสามารถของนักบริหาร

6) การบริหารการพยาบาลที่ดี ย่อมก่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพราะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

7) ชีวิตประจำวันของบุคลากรพยาบาลไม่ว่าในครอบครัว หรือองค์การพยาบาลย่อมมีส่วนเกี่ยวพันกับการบริหารอยู่เสมอ ดังนั้น การบริหารจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และจำเป็นต่อการที่จะดำรงชีวิตอย่างฉลาด จะเห็นได้ว่าการบริหารการพยาบาลที่ดี จะทำให้การดำเนินงานขององค์การเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความเจริญก้าวหน้า ทำให้องค์การเจริญก้าวหน้า และส่งผลให้สังคมเจริญก้าวหน้าตามไปด้วยเช่นกัน

1.2.3 กระบวนการบริหารการพยาบาล

กระบวนการบริหารการพยาบาลมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2540)

1) การรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ (data gathering) ที่เกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลได้แก่รายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานเอง ผู้รับบริการคือผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ผู้ปฏิบัติ คือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องชุมชนหรือสังคม ทรัพยากรที่จะได้มารวมทั้งกฎหมายหรือระเบียบข้อวินิจฉัยเกี่ยวกับการดำเนินงาน เป็นต้น

2) การวางแผน (planning) ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย วัตถุประสงค์ของการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล จำนวน และชนิดของบุคลากรการพยาบาล งบประมาณ และวิธีการดำเนินงาน

3) การจัดแบ่งงาน (organization) และความรับผิดชอบ โดยจัดทำแผนผังแสดงการแบ่งหน่วยงาน และแผนผังแสดงสายการบังคับบัญชา การวิเคราะห์งาน และการแจกแจงลักษณะงานตามตำแหน่งที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาล

4) การบริหารงานบุคคลหรือการจัดบุคลากรทางการพยาบาล (staffing) เริ่มตั้งแต่การกำหนดอัตรากำลังพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย การแสวงหาการคัดเลือกบรรจุแต่งตั้ง การปฐมนิเทศ การจัดเวร การมอบหมายงาน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร

5) การแนะนำ (leading) หรือการนิเทศงาน ซึ่งรวมทั้งการตัดสินแก้ปัญหาแก้ข้อขัดแย้งต่าง ๆ และจัดให้มีการติดต่อสื่อสารที่ดี มีการจูงใจผู้ปฏิบัติงานเป็นต้น

6) การควบคุมงาน (controlling) เพื่อให้การบริหารการพยาบาลมีคุณภาพ โดยการประเมินผลการให้การบริการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

1.2.4 วัตถุประสงค์ของการบริหารการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการบริหารการพยาบาล ได้แก่ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

1) การให้การดูแลผู้ป่วย (patient care) โดยมุ่งไปในการพัฒนาเทคนิคและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมทั้งความสำเร็จทางวิชาชีพและทางธุรกิจ โดยขอบข่ายการบริหารการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย จัดการให้กิจกรรมการรักษาดำเนินไปได้ตามแผนและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามวิธีการเวลาและเป็นที่พอใจของให้บริการและผู้รับบริการจัดให้มีการปฏิบัติตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์และถูกต้องตามศาสตร์การพยาบาล จัดให้มีการ

ปฏิบัติการพยาบาลสืบเนื่องจากกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ จัดให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งในด้านการดูแลรักษา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และเป็นที่พอใจของผู้รับบริการและญาติ จัดให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ จัดการให้เกิดการลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้รับบริการ จัดการให้ข้อมูลด้านการดูแลรักษาเกี่ยวกับผู้รับบริการที่พร้อมสมบูรณ์ทันสมัยถูกต้องเกิดประโยชน์ต่อการวางแผนและประเมินการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และลดความเสี่ยงต่อการเงินด้วย

2) การจัดการต่อระบบการพยาบาล (nursing system management) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่จัดอยู่ในระดับการพยาบาล คือ กระบวนการพยาบาล การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การมอบหมายงาน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เป็นต้น

3) การพัฒนาบุคลากร (staff development) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคัดเลือกบุคลากร การจัดบุคลากร และพัฒนาบุคลากรพยาบาล

4) การวิจัย (research)

1.2.5 คุณลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องมีผู้บริหารทาการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ที่สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีภาวะผู้นำที่ดี และเหมาะสม เพราะเหตุที่ผู้นำทาการพยาบาลนั้น จะต้องปฏิบัติงานเพื่อชี้นำ ส่งเสริม และช่วยเหลือผู้อื่นให้ผู้อื่นทำงานด้วยความเหมาะสม ถูกต้อง กระตือรือร้น บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์การผู้บริหารการพยาบาลจึงควรมีคุณลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (สุมาลี จักรไพศาล, 2541)

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal attribute) หมายถึง การมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมและมีร่างกายแข็งแรง ในเรื่องบุคลิกภาพนั้น นอกจากจะพิจารณาในส่วนกายภาพแล้ว สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึง คือ การแสดงออกด้านความคิด การพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ช่วยให้การแสดงออก มีภาวะผู้นำ แสดงออกถึงความสามารถด้านบริหาร และการจัดการและความรู้เฉพาะของผู้บริหารการพยาบาลได้เป็นอย่างดี เป็นส่วนส่งเสริมความเชื่อถือและศรัทธาให้เกิดขึ้น กล่าวคือ ต้องแสดงออกให้ปรากฏได้ว่า ได้ใช้การคิดวิเคราะห์อย่างมีระบบแยบคาย และด้วยความฉลาด ได้แสดงออกด้วยการพูดอย่างถูกต้องตามกาลเทศะ และด้วยการใช้ความรู้ที่ทันสมัยและรู้จริง ใช้การฟังอย่างวิเคราะห์ แสดงออกถึงการอ่านอย่างวิเคราะห์ แสดงออกถึงการอ่านอย่างวิพากษ์วิจารณ์ และสามารถเขียนได้อย่างสื่อความหมายถูกต้องเหมาะสมตามโอกาส ลักษณะด้านจิตใจ ซึ่งรวมถึงลักษณะนิสัย นอกจากจะกล้าเสี่ยงแล้วยังต้องเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น สามารถแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นการ

แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็น สิทธิอันชอบธรรม รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจของตนให้ผู้อื่นได้รับรู้ โดยวิธีแสดงออกที่เหมาะสม คือ ไม่ก้าวร้าว ไม่อ่อนน้อมยอมตามจนเกินไป จะต้องรักษาเอกลักษณ์ของตนไว้อย่างมั่นคง ลักษณะด้านสติปัญหา คือ การแสดงออกพฤติกรรมทุกรูปแบบที่มีลักษณะของผู้มีปัญญาอยู่เสมอ ทั้งในรูปของอการอ่าน การเขียน การฟัง และการฝึกฝน ผู้นำในอดีตอาจไม่ได้คำนึงถึงระดับการศึกษาในปัจจุบันและอนาคต ผู้นำจำเป็นต้องศึกษาเพื่อเพิ่มพูนคุณวุฒิ เช่น ศึกษาระดับปริญญาโท เป็นต้น การรักษาความมีสติปัญญาจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional Competency) หมายถึง การที่ผู้บริหารทางการพยาบาลแสดงออกถึงการเป็นผู้ที่มีความรู้เชิงวิชาชีพ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ มีการแสดงออกถึงเนื้อหาสาระของวิชาชีพ เป็นตัวอย่างที่ดีในการแสดงบทบาทวิชาชีพ ผู้นำจำเป็นต้องเติมความรู้และพฤติกรรมที่สื่อสารความรู้ไปสู่ผู้อื่นทั้งในและนอกวิชาชีพการพยาบาล

3) สมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์ (Human Competency) ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสามารถในการติดต่อประสานงาน การนำการสร้างความร่วมมือที่ดี มีความสามารถในการโน้มน้าวจิตใจ การสร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจแก่ผู้อื่น เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ ใช้อำนาจอย่างถูกต้อง มีความสามารถในการเจรจาต่อรองผู้บริหารต้องมีความสามารถในการวินิจฉัยตนเอง วินิจฉัยผู้ร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และวินิจฉัยสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ร่วมงานและผู้ใช้บริการ

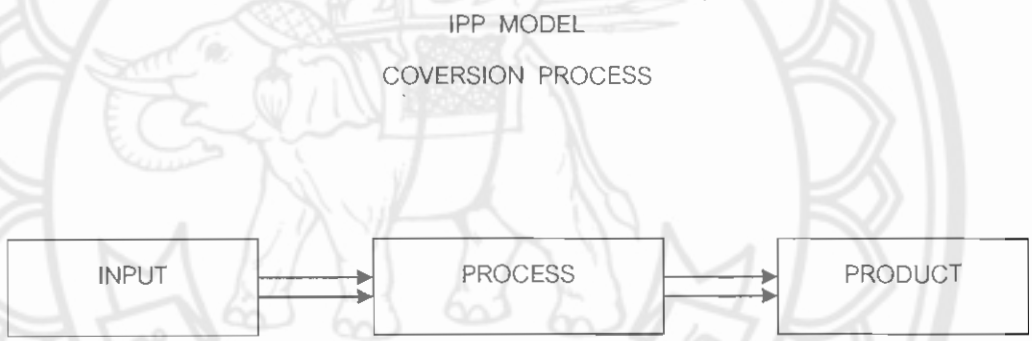
4) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ (Management Competency) ความสามารถด้านการบริหารและการจัดการ ความสามารถด้านนี้มีความสำคัญยิ่งต่อผู้ทำหน้าที่ด้านการบริหารทุกระดับ ทุกรูปแบบองค์ประกอบสำคัญของการบริหารและการจัดการ คือ การวางแผน การจัดการ การสั่งการ และการควบคุม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสืบเนื่องต่อกัน การควบคุมจะดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต้องใช้ความสามารถในการวางแผน การจัดการ การสั่งการ และการประเมินผล โดยนัยเดียวกันการวางแผนจะประสบผลสำเร็จได้จะต้องใช้การจัดการ การสั่งการและการควบคุม ดังนั้นความสามารถในการบริหารจัดการทุกองค์ประกอบจะต้องใช้ได้อย่างสอดคล้อง และมีความสัมพันธ์กัน ความสามารถหลักที่เป็นแกนกลางของการบริหารจัดการ คือ ความสามารถในการตัดสินใจ

5) ความพึงพอใจในงาน ทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในงาน กล่าวคือ ผู้บริหารสามารถใช้ภาวะผู้นำของตนเองชักนำ สร้างศรัทธา แรงจูงใจ ทำให้ผู้ตามเกิดพลัง ความศรัทธา เกิดความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตาม ทำให้

บรรยากาศการทำงานดี เกิดความพอใจในการทำงาน ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยดี ผู้ป่วยหายเร็ว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยลง บุคลากรทำงานได้เต็มศักยภาพ ค วามผิดพลาดในการปฏิบัติงานน้อยลง หรือไม่เกิดความผิดพลาดเลย บุคลากรพยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน และความยึดมั่นผูกพันธ์ในองค์การ สถิติการลาออกน้อยลง

1.2.6 องค์ประกอบของการบริหารการพยาบาล

มาเอชวารี (Mahesvari,1991 อ้างใน นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545 หน้า 4) กล่าวถึงองค์ประกอบของการบริหารการพยาบาล (component of administration) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนรูป(conversion process) ที่เริ่มจากปัจจัยนำเข้าหรือตัวป้อนหรือต้นทุน(input) ไปยังกระบวนการหรือกิจกรรม (process) และผลผลิตหรือผลลัพธ์หรือผลการบริหาร (product or output) ที่เรียกว่า IPP Model แสดงภาพ 4




ภาพ 4 กระบวนการเปลี่ยนรูป

1. ปัจจัยนำเข้า หรือตัวป้อน หรือต้นทุน (input) หมายถึง ทรัพยากรบริหาร (administrative resources) ที่จำเป็นต้องใช้ในการบริหารงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์และวิธีการจัดการ

2. กระบวนการ (process) ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การนำแผนเข้าสู่การปฏิบัติ (implementation) และการประเมินผล (evaluation) ว่าเกิดขึ้นตรงตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด และควรพิจารณาปรับปรุงอะไรบ้าง กิจกรรมการบริหารการพยาบาลในกระบวนการบริหารด้านการวางแผนนั้น ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องต้องร่วมกันคิดพิจารณา

3. ผลผลิต หรือผลลัพธ์ หรือผลที่เกิดจากการบริหาร (product or output) หมายถึง ผลทั้งหมดที่เกิดจากการบริหาร ซึ่งการบริหารการพยาบาลหมายถึง สุขภาพอนามัยของประชาชนที่เกิดจากการบริหารการพยาบาลตามโครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินไปแล้ว นับเป็นการ

ประเมินผลสุดท้ายที่มุ่งหาคำตอบว่าผลที่เกิดขึ้นจากการบริหารการพยาบาลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแต่ละโครงการระดับใด มีจุดบอดอะไรและมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงอย่างไรในการบริหารการพยาบาลครั้งต่อไป

จะเห็นได้ว่าการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องพัฒนาทักษะ และศักยภาพของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ดี อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่ผู้บริหารเพียงคนเดียวเท่านั้น บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนมีความสำคัญ และจะต้องมีส่วนร่วมบริหารจัดการทางการพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน

3. แนวคิดการร่วมบริหารบริการสุขภาพ

3.1 ความหมาย

โอ' กราดี้ (O'Grady, 1996. pp. 14-19) ให้ความหมายของการร่วมบริหารว่า การร่วมบริหารเป็นการกระจายอำนาจแบบหนึ่งซึ่งมอบอำนาจหน้าที่และการควบคุมการปฏิบัติงานและ สิ่งแวดล้อมในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติมากขึ้น ก่อให้เกิดสำนึกรับผิดชอบและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมเป็นผู้กระทำในกระบวนการติดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านบริหาร

โฮเวลล์ (Howell et al.,2001. pp. 187-195) ให้ความหมายของการร่วมบริหาร คือ โครงสร้างระบบ และกระบวนการที่ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อการบริการพยาบาลที่มุ่งให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ใช้บริการ ได้มีความรับผิดชอบในการตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการบริการพยาบาล โดยการกระจายการควบคุม อำนาจ และอำนาจสั่งการไปยังกลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544) ได้ให้ความหมายของการร่วมบริหารว่า เป็นโครงสร้างกระบวนการ และระบบทั้งหมดที่กลุ่มใช้ในการปฏิบัติงานและการตัดสินใจ

จอห์นและออทิซ (Jones & Ortiz, 1989. pp.11-16) ได้ให้ความหมายของการร่วมบริหารการพยาบาล (Shared governance) ว่าเป็นโครงสร้างขององค์การที่ให้บรรยากาศการปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระ

แอนเดอร์สัน (Anderson 1992. pp. 65) ให้ความหมายของการร่วมบริหารการพยาบาลว่าหมายถึงรูปแบบการบริหารแบบหนึ่งที่ให้บทบาทแก่พยาบาล ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการกำหนดนโยบาย

แม็คมาฮอร์น (McMahon 1992. p.59) ให้ความหมายของการร่วมบริหารการพยาบาล ว่าหมายถึง รูปแบบหนึ่งของความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วน (partnership) เป็นกระบวนการที่ต้องการแลกเปลี่ยนจากหลาย ๆ กลุ่ม หลาย ๆ ทีมงาน

การ์ดเนอร์ และคัมมิงส์ (Gardner & Cummings, 1994, p.57) ให้ความหมายของการร่วมบริหารการพยาบาล โดยแยกให้ความหมาย ได้ดังนี้

Shared หมายถึง การรู้จักพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของบุคลากรภายในองค์กรที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

Governance หมายถึง การผูกมัดเอากิจกรรมของวิชาชีพการพยาบาลเข้าไปในกระบวนการตัดสินใจขององค์การพยาบาล

ฮิสส์ (Hess, 1994,p.28 -34 )ให้ความหมายของการร่วมบริหารการพยาบาล ว่าหมายถึง การบริหารวิชาชีพที่ใช้ระบบการปกครองที่ยึดความตระหนักในความรับผิดชอบ (accountability – based ) โครงสร้างและกระบวนการมุ่งให้พยาบาลมีอำนาจโดยกฎหมายในการควบคุมการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลการตัดสินใจจะโยงต่อไปถึงการตัดสินใจในการบริหารเรื่องอื่น ๆ ด้วย มีสายบังคับบัญชาขึ้นเป็นพิเศษ มีคณะกรรมการ มีสภาที่ถูกต้องตามกฎหมาย

จึงสรุปได้ว่า การร่วมบริหารบริการสุขภาพ หมายถึง การบริหารงานที่มีโครงสร้างกระบวนการและระบบการบริหารที่แบนราบเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพให้มีอำนาจอย่างเป็นทางการ ถูกต้องตามกฎหมายที่จะตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีความตระหนักในความรับผิดชอบ เสริมสร้างความสามารถและมีอิสระในการตัดสินใจ

3.2 ความเป็นมาของการร่วมบริหารการพยาบาล (สมทรง เค้าฝ่าย, 2537)

ในอดีต การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ภายใต้ระบบราชการและระบบสายงานบังคับบัญชา (bureaucratic and hierarchical model) (Jones & Ortiz,1989. pp.11-16) ซึ่งลักษณะเด่นของระบบราชการ คือการมีลำดับขั้นของการบังคับบัญชามีกฎระเบียบที่แน่นอน มีการแบ่งงานอย่างเป็นกิจลักษณะสมาชิกในองค์การระบบราชการ จะมีความสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะเป็นทางการขณะปฏิบัติงาน การมีลำดับขั้นของการบังคับบัญชา การสั่งงานจะสั่งจากบนลงล่าง อำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่จุดสูงสุดของสายการบังคับบัญชา การสั่งงานจะสั่งจากบนลงล่าง อำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่จุดสูงสุดของสายการบังคับบัญชา การควบคุมภายในระบบได้จำกัดอิสระภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ (staff nurse) ซึ่งอยู่ที่ฐานของระบบ โครงสร้างอำนาจลักษณะนี้ก่อให้เกิดความห่างเหินและโดดเดี่ยวในกลุ่มปฏิบัติงาน องค์การระบบราชการในโรงพยาบาลนำมา ซึ่งความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องกันกับการปฏิบัติการพยาบาลระดับวิชาชีพ เมื่อมองจากโครงสร้างและความหมาย

4840183
20 ก.ค. 2548
สำนักหอสมุด

เมื่อวิชาชีพพยาบาลมีความก้าวหน้ามากขึ้น ได้มีการเคลื่อนไหวที่จะสร้างรูปแบบใหม่ในวิชาชีพขึ้น ซึ่งรูปแบบนี้สนับสนุนให้มีการร่วมบริหาร (shared governance) การเคลื่อนไหวครั้งนั้นส่วนหนึ่งมาจากความไม่พึงพอใจต่อระบบประเพณีราชการ ซึ่งก่อให้เกิดอุปสรรคหลาย ๆ ด้านต่ออิสระภาพในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังนี้ ถูกจำกัดความเป็นอิสระในบทบาทของพยาบาล ขาดการติดต่อสื่อสารกับฝ่ายบริหาร ไม่มีส่วนร่วม (participate) ในการตัดสินใจขององค์การไม่พอใจต่อค่าตอบแทน (Shidler & Pencak & McFolling,1989, p.1 - 9)

การผลักดันให้มีการพัฒนาระบบการปฏิบัติการพยาบาลจึงเกิดขึ้นโดยองค์การด้านการดูแลสุขภาพ (Health care organization) ท่ามกลางการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกาในช่วงปี 1980-1989 การเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบใหม่นี้จะช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สูงขึ้น สนับสนุนการมีอิสระภาพในการปกครองตนเองและปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระ ส่งเสริมการมีร่วมบริหารและการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานใน หน่วยงาน และการติดสินใจในการบริหาร ตลอดจนรู้คุณค่าของการปกครองโดยกลุ่ม การแบ่งปันอำนาจและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่องานของตนเองมากยิ่งขึ้น

ปรัชญาของการการร่วมบริหารการพยาบาล คือ เพื่อสนับสนุนให้มีการนำเอาหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน นอกจากนั้นยังเชื่อว่าการร่วมบริหารจะนำไปสู่การวินิจฉัยสั่งการ (decision making) ที่มีคุณภาพ ช่วยปรับปรุงคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยและพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล

3.3 รูปแบบของการร่วมบริหารการพยาบาล (สมทรง เค้าฝาย, 2533)

รูปแบบการร่วมบริหารงานในปี 1977 เป็นต้น กำเนิดของการร่วมบริหารในรูปแบบนี้พยาบาลประจำการ (staff nurse) ซึ่งได้รับการเลือกเป็นตัวแทนจากแต่ละหน่วยงานเข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าหน่วยงาน (clinical nursing chief) จากแต่ละหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือน ผู้ที่ได้รับเลือกเป็นประธานการปชุมเป็นผู้นำเสนอรายงานต่อคณะกรรมการพยาบาลระดับสูง (nurse executive committee) กลุ่มพยาบาลประจำการได้ให้ความร่วมมือกับกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล ได้ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย การปฏิบัติการพยาบาลและการให้การพยาบาล โอ' กราดี้ ( O' Grady,1987 อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544) ได้อธิบายแนวทางในการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหารการพยาบาลไว้ 4 รูปแบบ คือ

3.3.1 รูปแบบการร่วมบริหาร (shared governance model)รูปแบบนี้เป็นการร่วมบริหารเต็มรูปแบบ จึงไม่มีผู้บริหารสูงสุดเพื่อการตัดสินใจการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล นั่นคือ ทุกคนที่จะอยู่ในองค์การได้ร่วมกันบริหารอย่างเต็มที่ ทุกคนจึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพ การประเมินความต้องการการเรียนรู้ และการรักษาสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน เพื่อลดระดับความขัดแย้งลง จะมีกลุ่มผู้บริหารระดับสูงเป็นกลุ่มให้คำชี้แนะเป็นแกนกลาง ในความหมาย คือ ผู้ใช้บริการเป็นผู้ที่อยู่สูงสุดในองค์การสุขภาพ ถัดมา คือ พยาบาลปฏิบัติการ และต่อไป คือระดับการจัดการดังภาพ 5

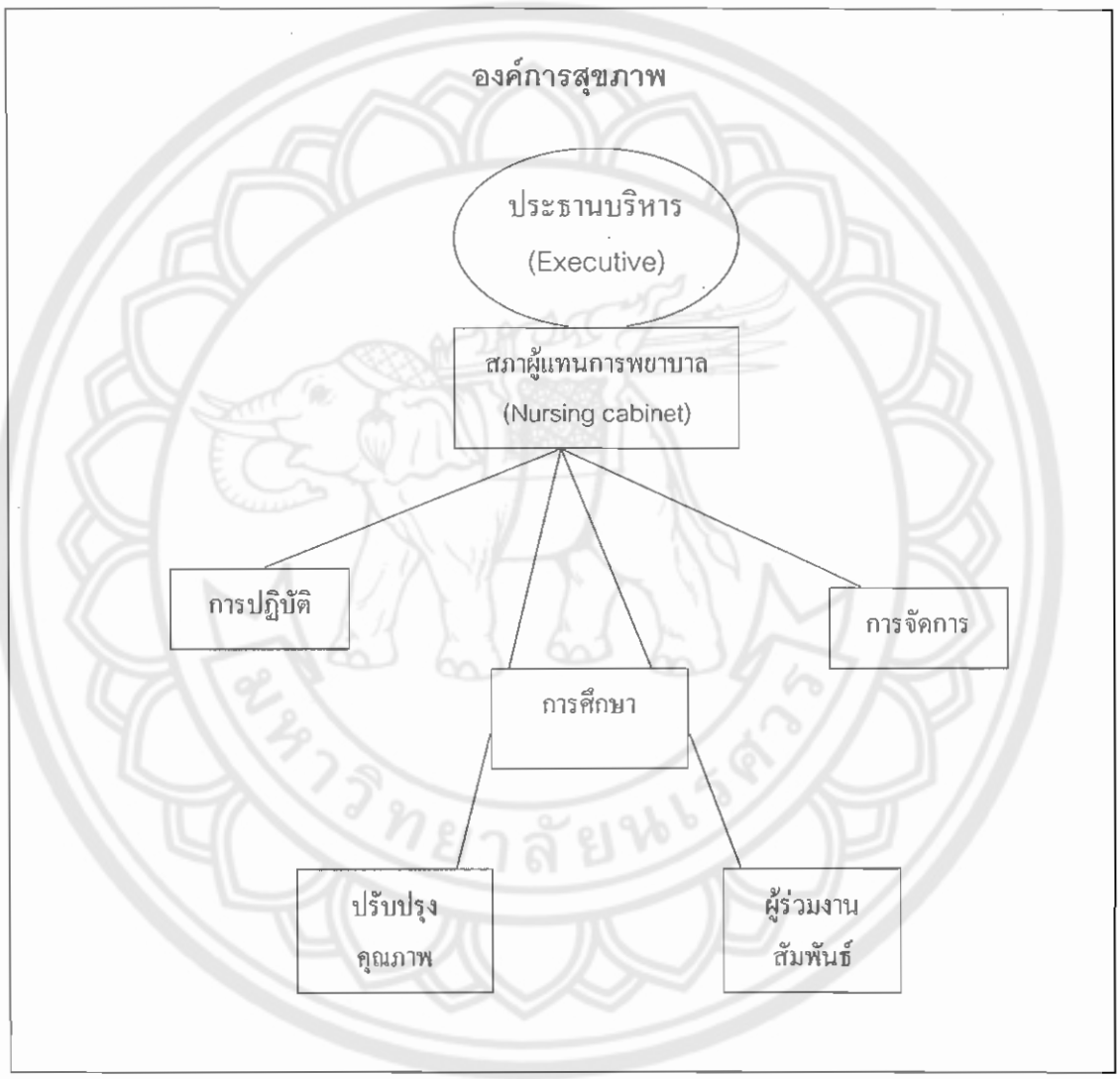
ภาพ 5 โครงสร้างการพยาบาลที่มีการกระจายอำนาจอย่างเต็มรูปแบบ
( O' Grady, 1987. อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544. หน้า 36)

3.3.2 รูปแบบสภา (Councilor model) รูปแบบนี้ใช้คณะกรรมการที่ เรียกว่า สภาโดยใช้วิธีเลือกตั้ง โดยได้กำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบไว้ ประกอบด้วย สภาด้านการปฏิบัติ (practice) ด้านปรับปรุงคุณภาพ (quality improvement) ด้านการศึกษา (education) และด้านการจัดการmanagement) เป็นสิ่งสำคัญ แสดงภาพ 6

ภาพ 6 การร่วมบริหารในรูปแบบสภา

( O' Grady, 1987. อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544. หน้า 37)

3.3.3 รูปแบบประธานาธิบดี (Congressional format) คือ รูปแบบโครงสร้างที่มีผู้บริหารสูงสุด เช่น เดียวกับประธานาธิบดี แล้วจึงมีการเลือกตั้งกลุ่มปกครอง (cabinet) อำนาจและการควบคุมจะอยู่ที่กลุ่มที่กล่าวถึงแล้วนี้ ดังภาพ 7




ภาพ 7 การร่วมบริหารในรูปแบบประธานาธิบดี

( O' Grady, 1987. อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544. หน้า 38)

3.3.4 รูปแบบการร่วมบริหารเชิงการจัดการ (Administrative shared governance model) โครงสร้างของรูปแบบนี้ประกอบด้วยคณะกรรมการหลาย ๆ ชุด ที่แยกออกไประหว่างการจัดการ และคลินิกโดยจะมีวิธีเชื่อมโยงกันระหว่าง 2 กลุ่มนี้ โดยจะไม่ใช้บุคคลในตำแหน่งหัวหน้างานแต่ใช้การประชุมร่วมกัน (Forum) ณ การประชุมนี้จะมีการกำหนดนโยบายและจะมีการตัดสินในวิธีปฏิบัติงานต่าง ๆ เกิดขึ้น ดังภาพ 8

ภาพ 8 การร่วมบริหารเชิงการจัดการ

( O' Grady, 1987. อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544. หน้า 39)

3.4 การนำแนวคิดการร่วมบริหารการพยาบาลสู่การปฏิบัติ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ , 2544)

3.4.1 การสร้างวิสัยทัศน์ของรูปแบบการปฏิบัติวิชาชีพ เวสทรอบส์และคณะ (Westrope, et al.,1995. อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544. หน้า 39) ได้เสนอว่าขั้นแรกของการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหาร คือ การสร้างวิสัยทัศน์ของรูปแบบการปฏิบัติวิชาชีพ (a professional practice model) ที่จะชี้นำความคิดไปสู่การสร้างกลยุทธ์ต่อไป

3.4.2 การศึกษาและพัฒนา (education and development) การที่พยาบาลจะมีและใช้พลังอำนาจในการตัดสินใจได้ในกรอบของการร่วมบริหารนั้น พยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลผู้บริหารต้องการทักษะใหม่หลายประการ สำหรับผู้บริหารต้องการพฤติกรรมพี่เลี้ยง (coaching behaviors) การสอน และการอำนวยความสะดวก (facilitating) ดังนั้น ผู้บริหารทุกคนจะต้องได้รับความรู้ และการพัฒนาทักษะ แนวคิดของการศึกษาและพัฒนาจึงต้องเกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหารเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมในขั้นต่อไป เช่น การกำหนดเป้าหมาย การจัดการกับปัญหา ลักษณะนิสัยของการปฏิบัติงาน การสร้างความสามารถในการทำงานตามเป้าหมายองค์การ และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเพื่อนและผู้บริหารระดับสูงเหล่านี้เป็นต้น

ส่วนพยาบาลวิชาชีพนั้น ต้องการความรู้และทักษะใหม่หลายประการ เช่น เพื่อที่จะให้เกิดการยอมรับในความรับผิดชอบตามบทบาทที่สำคัญ คือ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและแนวปฏิบัติของการร่วมบริหาร รูปแบบการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล การทำงานเป็นทีม และรูปแบบการเรียนรู้ เป็นต้น โปรแกรมการพัฒนาบุคลากรจึงต้องพัฒนาขึ้น

3.4.3 การออกแบบและการนำการร่วมบริหารไปปฏิบัติ การออกแบบในการทำงานขั้นนี้จะต้องใช้คณะกรรมการชุดหนึ่ง คือ คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหาร (the shared governance steering committee) ที่ประกอบด้วย พยาบาลในคลินิก พยาบาลระดับบริหาร และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลรวมเป็นกรรมการด้วย กรรมการมาจากการเลือกตั้งตามสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น พยาบาลในคลินิก 6 คน พยาบาลระดับบริหาร 3 คน และพยาบาลในคลินิกคนหนึ่งจะได้รับเลือกเป็นประธานกรรมการชุดนี้ โดยคณะกรรมการจะพิจารณารูปแบบโครงสร้างการร่วมบริหารเป็นสำคัญ เช่น การเลือกแบบโครงสร้าง รูปแบบสภา ก็จะต้องพิจารณาว่าจะมีสภาพอะไรบ้าง แต่ละสภาพจะทำหน้าที่อะไร อย่างไร โดยทั่วไปแล้วจะมีโครงสร้างทั้ง 2 ระดับ คือ ระดับฝ่ายการพยาบาล และระดับหอผู้ป่วย เพื่อที่จะได้มีวิธีปฏิบัติจนถึงระดับของการบริการการพยาบาลได้อย่างดีที่สุด

1) การนำไปปฏิบัติในระดับฝ่าย (division implementation) คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหาร ได้เลือกรูปการบริหาร เพื่อเป็นแนวคิดหลักในทางปฏิบัติ การได้มา

ซึ่งข้อสรุปของรูปแบบนั้นจะต้องผ่านกระบวนการสื่อสาร จะต้องทำงานหลายขั้นตอน ซึ่งต้องมีรายละเอียดของทุกส่วนประกอบ คือ ความหมายของสภา ขอบเขตหน้าที่ และบทบาทของสภา คณะกรรมการแต่ละสภาพจะต้องมาจากตัวแทนผู้ปฏิบัติทุกหน่วยงานทางการพยาบาลด้วยการเลือกตั้ง รวมทั้งการเลือกตั้งประธานของแต่ละชุดด้วย ในการกำหนดโครงสร้างการร่วมบริหารการพยาบาลนั้นมีความแตกต่างกันได้ในแต่ละองค์การ ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์การพยาบาลที่จะต้องสร้างขึ้นอย่างชัดเจน ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นแรกของการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหาร พร้อมกันนั้นจะต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ หรือประเมินองค์การระดับลึก (in - depth assessment) เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลของสภาพปัจจุบันขององค์การพยาบาล ที่สำคัญ คือ ข้อมูลในส่วนของกระบวนการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล โครงสร้างกรรมการและการทำหน้าที่ของกรรมการชุดต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิม รวมทั้งรวบรวมปัญหาที่ขัดขวางต่อประสิทธิภาพ และการสร้างผลิตผลขององค์การ สิ่งเหล่านี้ทั้งหมดปฏิบัติโดย คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหาร ซึ่งจะต้องมีคณะทำงานชุดย่อย ๆ ขึ้นอีกจำนวนหนึ่งเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างตรงที่สุด การทำงานในเรื่องนี้จะต้องการความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงเป็นอย่างมาก

2) การนำไปปฏิบัติในระดับหอผู้ป่วย (unit-based implementation) ระดับหอผู้ป่วยเป็นระดับที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นระดับปฏิบัติกระบวนการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล เอกสิทธิ์ของการปฏิบัติจะเห็นได้ชัดที่หอผู้ป่วย จากการปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพ คำว่า share เน้นที่แนวคิดพื้นฐานของการทำงานร่วมกันกับผู้ร่วมงาน ที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันในฐานะผู้ร่วมงาน ซึ่งจะต้องตระหนักในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของแต่ละบุคคลในทีมสุขภาพด้วย การร่วมปฏิบัติ (shared practice) คือ การทำงานระหว่างกัน/ต่อกัน (interdependence) โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรพยาบาลด้วยกัน ซึ่งต้องปรากฏในการทำงานที่หอผู้ป่วย เพื่อแสดงว่าพยาบาลวิชาชีพได้ให้การบริการพยาบาลกับผู้รับบริการด้วยการตัดสินใจของตนเอง

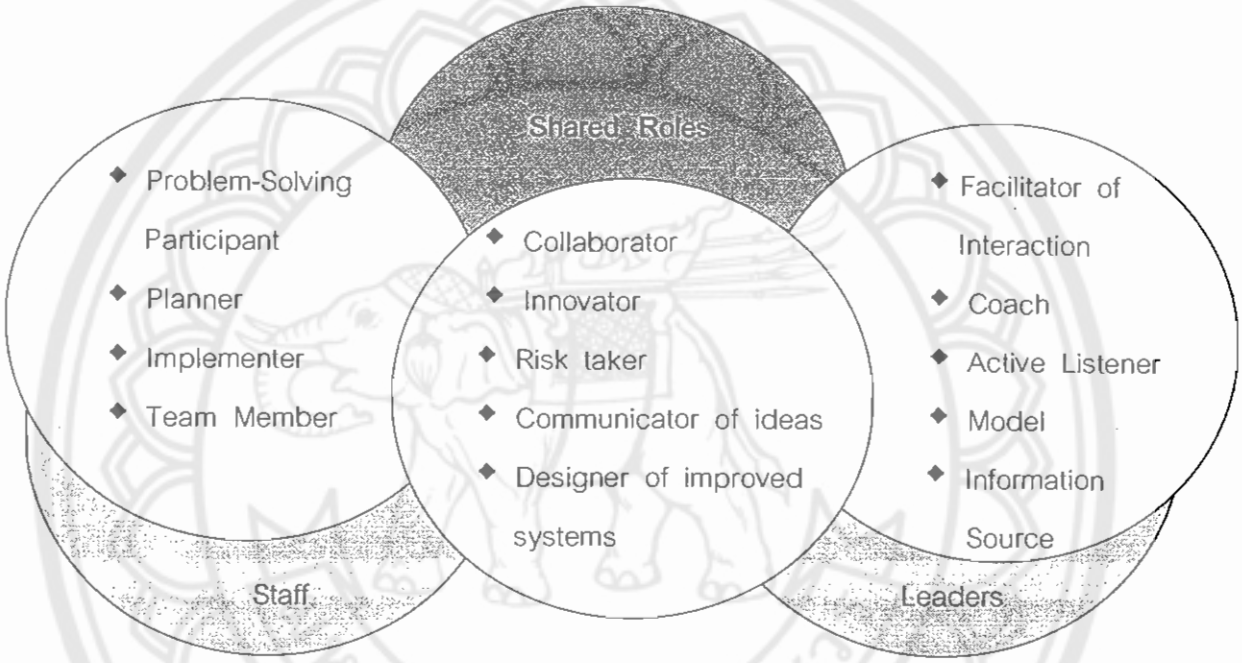
3.5 บทบาทของหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำการในรูปแบบการร่วมบริหารการพยาบาล (สมทรง เค้าฝาย, 2537)

เมื่อมีการนำเอารูปแบบการร่วมบริหารมาใช้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อาจกล่าวได้ว่าผลของการนำไปใช้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของบุคลากร ดังนี้

3.5.1 หัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องปรับบทบาทของตนโดยจะเป็นผู้ที่ส่งเสริมการใช้นวกรรมของทีมการพยาบาลในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบการร่วมบริหาร เป็นผู้อำนวยความสะดวก ฝึกสอน และให้ความร่วมมือกับพยาบาลประจำการในการวางแผนให้

การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและนำไปใช้กับผู้ป่วย (Minnen et al.,1993. pp. 5-40)ดังนั้นหัวหน้าพยาบาลจะต้องยืดหยุ่น เปิดเผยและสร้างสรรค์

3.5.2 พยาบาลประจำการ มีโอกาสได้เข้าร่วมวางแผนให้การพยาบาลแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นส่วนหนึ่งของทีม ความสัมพันธ์ของบทบาทใหม่ของทั้งสองฝ่าย (ภาพ 9) จึงปรากฏในรูปของการให้ความร่วมมือ ประสานงาน โดยมีเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย




ภาพ 9 บทบาทของหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำการในรูปแบบการร่วมบริหารการพยาบาล (Minnen et al., 1993 pp. 35-40)

3.6 กฎพื้นฐานเพื่อความสำเร็จในการออกแบบองค์กรใหม่

โอ กราดี้ (O' Grady, 1996. อ้างอิงจาก พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544) เสนอกฎพื้นฐาน 7 ประการเพื่อการปฏิบัติในการออกแบบองค์กรใหม่

3.6.1 การสื่อสารไปสู่บุคลากรในหน่วยงานให้เกิดความเข้าใจให้ได้ว่า ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแน่นอน จะใช้ระบบและรูปแบบการปฏิบัติงานแบบเดิมไม่ได้ และต้องชี้ให้เห็นประโยชน์ของการใช้รูปแบบการร่วมบริหารการพยาบาลทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและองค์การพยาบาล รวมไปถึงองค์การสุขภาพ โดยการร่วมบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการสื่อสารอย่างชัดเจนต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ไม่มีความลับใด ๆ ที่ซ่อนเร้น ทุกคนในองค์การคือ เจ้าขององค์การจึงมีสิทธิที่จะต้องรู้และเข้าใจทุกเรื่องที่ดำเนินการไม่มีข้อ

สงสัยเกี่ยวกับข้อมูล ไม่ความรู้สึกว่ามีเพียงคนส่วนน้อยที่รู้ข้อมูล ต้องเปิดเผยข้อมูลไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบ ซ่อนเร้นไม่ได้ต้องคิดร่วมกัน ให้ทุกคนมีส่วนตอบโต้ต่อการเปลี่ยนแปลงได้ คือ ความมีส่วนร่วม และผู้บริหารต้องมีความเข้าใจชัดเจนในสิ่งตอบโต้จากบุคคลและกลุ่ม และต้องติดตามเรื่องราวโดยตลอด โดยให้ให้ความช่วยเหลือด้วยกลยุทธ์เฉพาะเพื่อสร้างความมีส่วนร่วม

3.6.2 กำหนดเป้าหมายและสร้างโครงสร้างการบริหารงาน ตามระบบและรูปแบบใหม่ โดยกำหนดปรัชญา นโยบายของหน่วยงานร่วมกัน เพื่อให้บุคลากรจะรู้และเข้าใจจุดมุ่งหมายปลายทางของงานคืออะไร ต้องมีการกำหนดเป้าหมายเป็นขั้นตอน เป็นระยะ ๆ ในการดำเนินการและต้องประกาศให้ทุกคนรู้ได้ว่าขณะนี้กำลังเดินทางไปสู่จุดใด และจะไปสู่จุดอะไรต่อไปเป็นลำดับ ซึ่งเป็นการบอกทิศทางการเปลี่ยนแปลง เพื่อการสร้างความเข้าใจในทิศทางเดินสู่การเปลี่ยนแปลง

3.6.3 การสร้างวิสัยทัศน์ของรูปแบบการปฏิบัติวิชาชีพร่วมกัน บุคลากรต้องรู้ความหมายการทำงานของตน โดยการร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ การสร้างวิสัยทัศน์เปรียบเสมือนการสร้างวิญญาณในตัวงาน คือ การสร้างให้บุคลากรทำงานแบบองค์รวม เกิดการทุ่มเทในการทำงานอย่างเต็มใจ ไม่ต้องมีการบังคับ บุคลากรจะใช้ศักยภาพ และความพยายามอย่างสูงสุดกับงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ตนเองมีส่วนร่วมในการสร้างขึ้น และนำวิสัยทัศน์เป็นแนวคิดสู่การสร้างแผนกลยุทธ์ต่อไป

3.6.4 การสร้างพลังอำนาจให้กับบุคลากรในระดับปฏิบัติ การสร้างพลังอำนาจโดยการกำหนดบทบาทและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติแสดงบทบาทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การให้ความเป็นอิสระและอำนาจในการติดสินใจเกี่ยวกับการทำงาน

3.6.5 การสร้างโครงสร้างการบริหารรูปแบบใหม่ เพื่อให้เห็นโครงร่างการทำงาน การสื่อ สารการลื่นไหลของงาน แสดงความสัมพันธ์ของงานทุกงาน ตำแหน่งจากทุกตำแหน่งการมี ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีรูปแบบความเป็นอิสระในการติดสินใจ

3.6.6 การออกแบบระบบ และรูปแบบการบริหาร ให้บุคลากรทุกคนร่วมกันสร้างแผนปฏิบัติการ การออกแบบและการนำการร่วมบริหารไปปฏิบัติ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการร่วมบริหาร (the shared governance steering committee) ที่ประกอบด้วยพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลระดับบริหาร และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โดยคณะกรรมการจะจะร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ บุคลากรทุกคนจะต้องรู้ว่าตนจะทำงานให้เกิดประโยชน์ได้อย่างไร ทุกคนรับรู้ว่าตนเองคือเจ้าขององค์การ ความสำเร็จและความล้มเหลวมาจากทุกคนร่วมกันปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายร่วมกันและต้องรับผิดชอบ

ความสำเร็จของผลผลิต บุคลากรต้องใช้ความรู้ ความสามารถของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ โดยผู้บริหารเป็นผู้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ และให้อิสระแก่บุคลากรในการทำงาน การสร้างบรรยากาศของการสร้างความเป็นอิสระ พยาบาลในระดับปฏิบัติจะควบคุมตนเอง มีความไว้วางใจต่อกัน และให้ความเคารพต่อกันเป็นสำคัญ การแก้ปัญหาจะเกิดที่ระดับปฏิบัติ

3.6.7 การกำหนดเกณฑ์ชี้วัดและประเมินผล การวัดและประเมินผลเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติสอดคล้องกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของผลผลิตตามความคาดหวัง บุคลากรทุกคนจึงต้องมีส่วนร่วมในการวัดและประเมินผล โดยต้องร่วมกันกำหนดว่าจะวัดผลผลิตอะไร อย่างไร การกำหนดผลผลิตที่พึงประสงค์จะต้องชัดเจน สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแล และสามารถวัดได้ เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความสำนึกและมีความรับผิดชอบในการตรวจสอบการทำงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.7 ผลของการนำเอารูปแบบการร่วมบริหารไปใช้

มีการศึกษาวิจัยถึงผลของการนำเอารูปแบบการร่วมบริหารการพยาบาลไปใช้มากขึ้น พบว่า พยาบาลประจำการรับรู้ด้วยตนเองถึงการทำงานในบรรยากาศที่มีสิทธิ ใหญ่หลวงต่อการมีอิสระในการปกครองตนเอง และเสรีภาพในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง มีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า ลักษณะเฉพาะของผู้ปฏิบัติงานที่อาจส่งเสริมการยอมรับรูปแบบการร่วมบริหารก็คือ มีอายุมาก มีตำแหน่งสูง มีอายุการทำงานในองค์การมานานและการศึกษาสูง (Ludeman & Brown, 1989. p. 54-55)

จากผลของการนำรูปแบบการรวมบริหารไปใช้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะกลุ่มของพยาบาลประจำการ พอสรุปได้ดังนี้ (Smith, 1996. อ้างอิงจาก มณี ลี้ศิริวัฒนกุล, 2541)

3.7.1 ประโยชน์ต่อผู้บังคับบัญชา การส่งเสริมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาร่วมบริหารการพยาบาล เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้การทำงานในหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นจึงเกิดความภูมิใจในความสำเร็จ เกิดความพึงพอใจในงานและได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและบุคลากรอื่น นอกจากนี้ผู้บริหารได้มองเห็นศักยภาพของพยาบาลประจำการในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล เป็นช่องทางที่จะถ่ายโอนอำนาจ เพื่อพัฒนาวิชาชีพให้เป็นอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ต่อสังคม

3.7.2 ประโยชน์ต่อผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชาเมื่อได้รับการถ่ายโอนอำนาจจากผู้บังคับบัญชา ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับประโยชน์ ดังนี้

1) เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มมากขึ้น รู้สึกพึงพอใจต่อความรับผิดชอบในการบรรลุความสำเร็จของงาน มีความรู้สึกว่าได้ทำบางสิ่งที่คุ้มค่า ยินดี จากการได้ติดต่อสื่อสารและร่วมงานกับบุคคลอื่น

2) พยาบาลได้พัฒนาความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา และได้พัฒนาทักษะการปกครอง ผู้บริหารและพยาบาลประจำการได้ทำงานร่วมกัน ช่วยแก้ไขปัญหา ผู้บริหารมีประสบการณ์ในการบริหารบุคลากร ส่วนพยาบาลประจำการได้รับโอกาสร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

3) พยาบาลต่างตระหนักดีว่าตนมีสถานะที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหาและมีผู้มีประสบการณ์มีความคิดดี ๆ มาช่วยกัน

4) พยาบาลได้เรียนรู้การติดต่อสื่อสารในระบบการบริหารร่วมกันว่าเป็นลักษะสองทาง (two-way) ข้อมูลได้รับการแบ่งปัน การติดต่อสื่อสารได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้การติดสินใจดีขึ้น ก่อให้เกิดความไว้วางใจ พยาบาลได้เรียนรู้ที่จะฟังอีกฝ่ายหนึ่ง

5) การนำเอารูปแบบการร่วมบริหารมาใช้เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์เพราะเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้นในการได้เห็น ความคิดสร้างสรรที่พัฒนางานในบรรยากาศที่เปิดเผยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในทางตรงกันข้ามเป็นสิ่งที่น่าท้อใจหากได้เห็นความเฉยเมย เฉื่อยชา และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

3.7.3 ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีการปรับโครงสร้างการบริหารที่แบนราบและมีความยืดหยุ่น ส่งเสริมให้การติดสินใจในระดับปฏิบัติการ ดังนั้นจะทำให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน เกิดคุณภาพในงาน ผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติการดูแลจากพยาบาลประจำการที่มุ่งมั่นจริงใจ และการพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีการพัฒนาตลอดเวลา ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการร่วมมือกันของพยาบาลประจำการ และพยาบาลผู้บริหารในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

3.7.4 ประโยชน์ต่อองค์การ เมื่อผู้ใต้บังคับบัญชาได้ร่วมบริหารการพยาบาลได้รับการถ่ายโอนพลังอำนาจ ผลที่ตามมา คือ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ผู้ใต้บังคับบัญชามีความซื่อสัตย์ และเกิดการคงอยู่ในองค์การ มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ และโครงสร้างขององค์การไม่ซับซ้อนหลายระดับจนเกินไป การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีมาตรฐาน มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ เกิดจากการได้รับอำนาจอิสระในการปกครองตนเอง และอิสระภาพในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ความเชื่อมั่นในวิชาชีพของตน ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการร่วมบริหาร เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางการพยาบาล เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ นอกจากนี้การร่วมบริหารยังเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้มีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความภาคภูมิใจในผลสำเร็จของงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการบริหารทางการพยาบาล และนำไปสู่ความพึงพอใจในงาน

## 4. แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 4.1 ความหมาย

เคมมิสและแมคแทกกาด (Kemmis & McTaggart, 1988) ที่อธิบายว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการรวบรวมปัญหาหรือคำถาม จากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัตินั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

พันธ์ทิพย์ รามสูต (2540) อธิบายถึงว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการค้นหาคำตอบ โดยที่นักวิจัยและนักปฏิบัติทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการของการค้นคว้า ซึ่งแตกต่างไปจากแบบเดิมของการวิจัย ที่กำหนดว่านักวิจัยต้องรักษาความเป็นกลาง โดยแยกตัวเองจากสิ่งที่ศึกษาโดยสิ้นเชิง

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2541) อธิบายว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการนำวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจสามารถนำไปใช้และเผยแพร่ได้ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาใช้ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปฏิบัติการแตกต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพตรงที่จะต้องมีการลงมือปฏิบัติกิจกรรม วิเคราะห์กิจกรรม และปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติจนเป็นที่น่าพอใจ

4.2 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2541)

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยอย่างมีระบบเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสะท้อนข้อมูลที่ได้อย่างพินิจพิเคราะห์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการ ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องจนเป็นที่พอใจของผู้วิจัย

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการค้นหาปัญหา เพื่อการปรับปรุงและทำความเข้าใจปัญหาด้วยการกระทำและเรียนรู้จากผลของการกระทำนั้นๆ

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำวิจัยในงานของผู้วิจัยและงานของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เป็นการทำงานร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยพัฒนาทั้งงานของผู้วิจัยทำและงานของผู้ร่วมวิจัยไปพร้อม ๆ กันในการทำงานร่วมกันผู้วิจัยต้องมองว่าผู้ร่วมวิจัยเป็นคนที่มีชีวิตจิตใจไม่ใช่วัตถุ พร้อมทั้งช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีจุดหมายและช่วยให้ผู้ร่วมงานสร้างประวัติศาสตร์ผลงานด้วยตัวของเขาเอง

4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่แค่การนำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการเรียนการสอน โดยการตั้งสมมุติฐาน ทดสอบสมมุติฐาน สรุปและตีความจากข้อมูลเท่านั้น การทำวิจัยดังกล่าวคนจะถูกมองคล้ายเป็นวัตถุสิ่งของเท่านั้น แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้แนวคิดทางสังคมศาสตร์ จะเกี่ยวข้องกับบุคคลและการพัฒนาให้ดีขึ้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเป็นระบบที่หมุนไปเรื่อยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวผู้ทำวิจัยเองและสถานการณ์แวดล้อม

พันธ์ทิพย์ รามสูต (2540) กล่าวถึง คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย คุณลักษณะ 4 ประการคือ

1) การร่วมมือประสานงานระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ โดยหลักของการวิจัยปฏิบัติการเน้นที่การปฏิสัมพันธ์และการร่วมมือระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติ หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติกับนักวิจัยรวมกันเป็นทีมวิจัย

คำว่าผู้ปฏิบัติ หมายถึง บุคคลที่รู้จักพื้นที่วิจัยในฐานะที่เป็น "คนใน" พื้นที่นั้น ดังนั้น จึงเท่ากับเป็นผู้เชี่ยวชาญสถานการณ์และเหตุการณ์ที่กำลังศึกษา บุคคลดังกล่าวจะมีมุมมองทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการพัฒนาขององค์กร มีความรู้เกี่ยวกับสมาชิกขององค์กรและสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับความคาดหวังของสมาชิกต่อกิจกรรมของโครงการวิจัย รวมทั้งความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการปฏิบัติของตนเองด้วยคำว่านักวิจัย หมายถึง บุคคลที่อยู่ "ภายนอก" ที่เข้าไปทำงานในพื้นที่นั้นในฐานะผู้เชี่ยวชาญในทางทฤษฎี และการวิจัย โดยเฉพาะความชำนาญพิเศษในประเด็นที่ทำวิจัย แต่นักวิจัยก็เป็นผู้ที่รู้น้อยเกี่ยวกับประสบการณ์ท้องถิ่น ดังนั้น จึงเป็นเพียงผู้ศึกษา หรือผู้เรียนในประเด็นดังกล่าว นอกจากนั้น นักวิจัยยังต่างจากผู้ปฏิบัติ

ในส่วนที่ไม่ใช่คนอยู่ในพื้นที่ แต่มีที่ทำงานประจำอยู่ภายนอกพื้นที่ ซึ่งเมื่อโครงการสิ้นสุดลงแล้วก็จะออกไปจากพื้นที่นั้น

2) การแก้ไขปัญหาในลักษณะของการลงมือปฏิบัติ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะกำหนดปัญหาในลักษณะที่สัมพันธ์กับสถานการณ์และเหตุการณ์เฉพาะที่จะทำการวิจัย โดยระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการกำหนดปัญหาวิจัย จะมีความสำคัญต่อผลของการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่จำเป็นต้องมีวิธีการพิเศษในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อจะทำการกำหนดปัญหาแต่อย่างใด แต่ทุกวิธีการสามารถนำมาใช้ได้ เช่น การสังเกต แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การทดลอง การบันทึกภาพและเสียงของเหตุการณ์ บางรูปแบบของวิธีการก็อาจสร้างไว้ก่อนล่วงหน้า และบางอย่างก็อาจจะทำในระหว่างกระบวนการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ

3) การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการปฏิบัติจะเกิดขึ้นตามลักษณะธรรมชาติของปัญหาที่กำหนด กระบวนการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติการแทรกแซงที่ใส่เข้าไปลักษณะการเปลี่ยนแปลงก็มีได้ทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกายภาพ การทำหน้าที่และการปฏิบัติขององค์กรหรือการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของบุคคล หรือเป็นนามธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงค่านิยม ความเชื่อ เป็นต้น

4) การพัฒนาทฤษฎี การพัฒนาทฤษฎีเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการวิจัยปฏิบัติการ นักวิจัยอาจจะสร้างทฤษฎีขึ้นใหม่ หรือขยายทฤษฎีเก่าที่มีอยู่กว้างขวางออกไปก็ได้ หรืออาจจะเป็นการพัฒนาทฤษฎีใหม่ที่นอกเหนือจากที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดังนั้นในทุกกระบวนการของขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยก็อาจจะสร้างทฤษฎีใหม่ ในระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา หาปัญหา หรือการนำปฏิบัติการแทรกแซงลงไปในพื้นที่ก็ได้ทั้งสิ้น

4.3 หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แมคแทกกาด ( McTaggart, 1991) กล่าวถึงหลักการวิจัยไว้ดังนี้

1) ลักษณะของโครงการ เป็นงานวิจัยที่มุ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับบุคคลและวัฒนธรรมของกลุ่ม สถาบันและสังคม ที่บุคคลเหล่านั้นเป็นสมาชิกไปพร้อมกัน โดยบุคคลและกลุ่มตกลงร่วมกันไม่ได้เกิดจากการบังคับ

2) เปลี่ยนแปลงและศึกษาแบบแผนของภาษา แบบแผนของกิจกรรมและการปฏิบัติงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมของบุคคล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มนักวิชาการ และขยายผลไปสู่สถานที่ทำงาน กลุ่มผู้วิจัย และกลุ่มผู้ทำงาน

3) เน้นการปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ สะท้อนคิดและปรับแผนการปฏิบัติต่อไป

4) เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ จากการปฏิบัติในสถานการณ์ของตนเองและปลดปล่อยตนเองให้เป็นอิสระจากอุปสรรคด้านสถาบันและบุคคล

5) เป็นการสร้างองค์ความรู้

6) เป็นกระบวนการทางการเมือง เพราะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลทำการเปลี่ยนแปลงร่วมกันจะมีผลกระทบต่อผู้อื่นด้วย

7) อาศัยวิธีการของการวิจัยแบบการศึกษาปรากฏการณ์ (phenomenology) มานุษยวิทยา (Ethanoqraphy) และกรณีศึกษา (Case study)

8) สร้างทฤษฎีของการปฏิบัติงาน

9) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการพัฒนาความรู้โดยการเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์

10) การวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างความมีส่วนร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดจากผู้ที่ทำงานต้องการพัฒนาคุณภาพงานของพวกเขา ซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อื่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เกิดจากการสะท้อนให้เห็นตนเอง โดยมีลักษณะเป็นเกลียววงล้อ คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต (อย่างเป็นระบบ) และการสะท้อน โดยจะมีการวางแผน นำสู่การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนความคิดหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง

4.4 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คาร์และเคมมิส,(Carr&Kemmis,1986. อ้างอิงจาก อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2541) แบ่งชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้เป็น 3 ระดับ คือ

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (empirical science หรือ natural science) เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องการระบบหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กรอบทฤษฎีอธิบายชัดเจน ผู้วิจัยออกแบบแผนวิจัย โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎี แล้วนำไปทดลองหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ร่วมวิจัย ความยั่งยืนของโครงการมีน้อย

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา (hermeneutic or interpretive science) การวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้ อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน มีการทำ

ความเข้าใจสถานการณ์อย่าถ่องแท้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้าใจปัญหาร่วมกัน หาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน มีความยั่งยืนของโครงการ

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (emancipatory action research) อาศัยปรัชญาพื้นฐานของ critical social science เน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างอิสระของผู้วิจัยในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และกระบวนการขององค์การ มักอาศัยอำนาจในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของกลุ่มนักวิจัยและผู้บริหาร โครงการมีความยั่งยืนสูงมาก

ในการทำวิจัยผู้วิจัยจะใช้แบบใด ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้วิจัยเป็นหลัก แต่สิ่งที่จะต้องพิจารณา คือ ผู้วิจัยจะต้องเริ่มจากสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ โดยจะต้องหาหัวข้อวิจัยจากงานที่ตน เกี่ยวข้องอยู่ภายใต้ความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัยทั้งที่เป็นคนภายใน และภายนอกสถานที่ทำงาน ผู้ร่วมวิจัยที่มาจากภายนอกต้องเชื่อว่าผู้ปฏิบัติ คือ ผู้ที่รู้ปัญหาและความต้องการของเขาดีที่สุด นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกมีบทบาทสนับสนุนให้การวิจัยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด และเป็นเพียงเพื่อนร่วมงานไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ หากผู้ปฏิบัติเห็นว่าบุคคลภายนอกเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคคลภายนอกแสดงบทบาทว่าตนคือผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้การวิจัยนั้นขาดลักษณะความเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ

4.5 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

โคลินส์ และ สปิเกล (Collins & Spiegel, nd online) เสนอว่าการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการควรดำเนินตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ศึกษา และวิเคราะห์ ปัญหา (Identifying a Problem) ทำโดยการสังเกต โดยผู้เริ่มต้นต้องเป็นครู ครูควรเลือกปัญหาที่อยู่ใกล้ตัวที่สุดและเราอยู่ในฐานะที่จะจัดการมันได้

2) วางแผนการวิจัย (Making a Plan) จะใช้วิธีการดำเนินการวิจัยอย่างไร เช่น อาจจะทำการศึกษาโดย วิธีการ สำรวจความคิดเห็น หรือจะทำวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ต้องระมัดระวังในการเตรียมวิธีการเก็บข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น ใช้การประเมินผลแบบ Luminative Evaluation และใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบ Triangulation

3) ลงมือทำการวิจัย (Taking Action) ในการลงมือปฏิบัติการวิจัยไม่ว่าแผนที่วางไว้จะดีเพียงใดย่อมต้องมีเหตุการณ์ที่นอกเหนือความคาดหมายเกิดขึ้นอยู่เสมอ นักวิจัยที่ดีต้องวางแผนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลไว้ให้รัดกุม

4) การประเมินผลของการวิจัย (Evaluating the Effect of the Action) อาจต้องเตรียมตอบคำถาม การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลอย่างไร การเปลี่ยนแปลงนี้ควรเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ ถ้าต้องการให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอต้องทำอะไรบ้าง มีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ที่เราจะวิจัยต่อไปอีก

5) การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสู่สาธารณะชน (Communicating about Action Research) การทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการจำเป็นจะต้องบอกข้อค้นพบที่สำคัญให้ชัดเจนและเที่ยงตรง ตามข้อมูลที่ได้ โดยให้สอดคล้องกับปัญหา และการปฏิบัติ การวิเคราะห์และการประเมินผลในสถานการณ์ที่ทำวิจัย ปฏิบัติการนั้นๆ ข้อมูลที่นำเสนอต้องชัดเจนและตรงไปตรงมา และเป็นที่ พอใจของผู้อ่านหรือผู้ฟัง

6) การรักษาทีมงาน (Maintaining Collegiality) การวิจัยปฏิบัติการจะทำให้สำเร็จ คนเดียวไม่ได้ต้องอาศัยผู้ร่วมงาน ดังนั้นการทำงานต้องให้โอกาสผู้ร่วมงาน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และยอมรับความคิดเห็นบนพื้นฐานของความเป็นประชาธิปไตย การกล่าวถึงขั้นตอนของวิจัยปฏิบัติการนั้นง่าย แต่การทำจริง ๆ นั้นแต่ละขั้นจะซ้อนทับกัน และไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างเด็ดขาด

วิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) กล่าวว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มิได้มีความแตกต่างจากการวิจัยชนิดอื่น ๆ ที่จะเริ่มต้นจากปัญหาของการวิจัย โดยจะมีความแตกต่างหลักอยู่ 4 ประการ คือ

1) การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการวิจัย และการเริ่มต้นงานวิจัย เช่น การเริ่มต้นที่การวางแผน หรือเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาร่วมกัน

2) บทบาทของผู้วิจัยที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper)ผู้ประคับประคอง (facilitator) ผู้ร่วมงาน (associate) ผู้ให้คำปรึกษา (consultant) มากกว่าที่จะเป็นผู้อำนวยการ (director , head) บทบาทของผู้วิจัยขึ้นอยู่กับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3) ความยืดหยุ่น (flexibility) มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแผนวิธีดำเนินงานได้ตามข้อมูล ที่ได้รับจากการสะท้อนความคิดหรือสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งจะได้จากากรประชุมของทีมวิจัยและผู้ปฏิบัติการสำรวจความคิดเห็น หรือข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ

4) การปฏิบัติ(action, implementing) ถือเป็นส่วนสำคัญมาก ซึ่งการปฏิบัตินี้เป็นการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงต้องวางแผนให้รอบครอบ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อปฏิบัติไประยะหนึ่ง เมื่อมีกระบวนการรับฟังการสะท้อนปฏิบัติ หรือสะท้อนคิด ก็จะนำมาทบทวน และปรับแผนตามความเหมาะสมแล้ว นำไปปฏิบัติอีก เป็นวงจรต่อๆ ไปจนกว่าจะถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ต้องการ

เคมมิสและแทกกาด (Kemmis & Taggart, 1988 ) เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปเกลียววงจร มีการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ แสดงดังภาพ 10

ภาพ 10 แสดงวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2541)

4.6 ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ไบเค็น (Biklen, 1992 อ้างอิงจากคงศักดิ์ ธาตุทอง, 2546) กล่าวว่าถึงประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังต่อไปนี้

1) ช่วยวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มชนและสถาบัน

2) ช่วยให้ข้อมูล ความเข้าใจ และ ความจริง ที่มี น้ำหนักในการต่อรองเมื่อต้องมีการตัดสินใจ

3) ช่วยวิเคราะห์จุดสำคัญในระบบที่ท้าทาย ทั้งในแง่ของความถูกต้องและการปฏิบัติของกลุ่ม

4) ช่วยให้คนเข้าใจตัวเองดีขึ้น เพิ่มความสำนึกในปัญหาและยืนหยัดร่วมมือกันในการแก้ปัญหานั้น ๆ ใช้เป็นยุทธวิธีที่ทำให้คนมีส่วนร่วมและกระตือรือร้นในเรื่องนั้นๆ

5) ช่วยให้คนเกิดความมั่นใจในการกำหนดยุทธวิธีและแผนการพัฒนาของกลุ่ม

6) การวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยส่งเสริมการยืนหยัดและกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมุ่งไปข้างหน้า

7) สู่เป้าหมายที่ต้องการทางสังคม

4.7 ข้อควรคำนึงในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สิ่งที่ต้องคำนึงในเรื่องจรรยาบรรณของการวิจัย ตามแนวคิด ของ คิมมิสและแทคเทกาด (Kemmiss & McTaggart, 1988) มีดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลการสังเกตทั้งหมด (Observe protocol) จะต้องแน่ใจว่าทุกคนที่เกี่ยวข้องรู้เรื่องและได้รับการอนุญาตให้ทำวิจัย

2) การเก็บข้อมูลเป็นความลับ (Confidentiality) จะต้องมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

3) การต่อรองกับผู้เกี่ยวข้อง(Negotiate with those affected) จะต้องเปิดโอกาสให้ ผู้เกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้เกิด ความยุติธรรม ความถูกต้องและเกิดความน่าเชื่อถือ การรายงานความก้าวหน้า (Report progress) จะต้องรายงานทั้งผลที่เกิดขึ้นตามความคาดหมายและผลที่อยู่นอกเหนือความคาดหมายต่อผู้ที่สนใจในปัญหานั้น

4) การทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้และเข้าใจหลักการ (Make your principles binding and known) ก่อนเริ่มงานวิจัยต้องทำให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้าใจหลักการรู้สิทธิและความรับผิดชอบของตนเองเป็นอย่างดี

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อผู้วิจัยและองค์การ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกันมาเป็นกรอบแนวคิด โดยทั้งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้ช่วยกันพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีจุดมุ่งหมายและช่วยให้ผู้ร่วมงานสร้างประวัติศาสตร์ผลงานด้วยตัวเขาเอง

5. **แนวคิดความพึงพอใจ**

การศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ มีผู้ที่รวบรวบเกี่ยวกับ ความหมายของความพึงพอใจ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ความสำคัญของความพึงพอใจ ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ และการวัดความพึงพอใจไว้ดังต่อไปนี้

5.1 ความหมาย

ความพึงพอใจ ตามคำจำกัดความของพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยา กล่าวว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายหรือเป็นความรู้สึกขั้นสุดท้าย (end-state in feeling) ที่ได้รับผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ (Wallestein, 1971 อ้างอิงจาก ชมพูนุช วีระธนชัย และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2542)

ความพึงพอใจ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน (2525) หมายถึง สมใจชอบใจ

จากความหมายของความพึงพอใจที่รวบรวมมานี้ ส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นคล้ายกัน พอจะสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนอง หรือบรรลุตามจุดมุ่งหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

5.2 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

จากการศึกษาแนวความคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ที่มีผู้กล่าวไว้ในอดีต พอจะรวบรวมได้ดังนี้ (ชมพูนุช วีระธนชัย และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2542)

ได้มีการจัดกลุ่มแนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในรูปแบบของแรงจูงใจต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's General Theory of Human Motivation) ซึ่งกล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Human Basic Needs) แบ่งออกเป็น 5 ขั้น และความต้องการขั้นแรก จะต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นต่อไปได้ โดยแบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ออกเป็น 5 ขั้นดังนี้

5.2.1. **ความต้องการทางร่างกาย (Physical needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การขับถ่าย การพักผ่อน และความต้องการทางเพศ**

5.2.2. **ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety and security needs) ได้แก่** ความต้องการความมั่นใจ ความเท่าเทียมกัน ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจ ตลอดจน ความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่อันตราย

5.2.3. ความต้องการความรัก และความเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจในสัมพันธภาพระหว่างกัน

5.2.4. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem needs) ได้แก่ การตระหนักในคุณค่าและความสามารถของตนเอง ต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การได้รับความเป็นอิสระ

5.2.5. ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต (self-actualization) ได้แก่ ความต้องการที่อยากจะสำเร็จตามความคิด หรือความคาดหวัง ทะเยอทะยานใฝ่ฝัน ภายหลังจากที่มนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ขั้นอย่างครบถ้วนแล้ว ความต้องการในขั้นนี้จะเกิดขึ้น และมักเป็นความต้องการที่เป็นอิสระเฉพาะแต่ละคน ซึ่งต่างก็มีความนึกคิดใฝ่ฝันที่อยากจะได้รับผลสำเร็จในสิ่งอันสูงส่ง ในทัศนะของตน

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่ต้องการก็จะมีความพึงพอใจ แต่ถ้าไม่ได้รับในสิ่งที่ต้องการก็จะเกิดความไม่พึงพอใจ

ฮิลการ์ด และคณะ (Hillgard et al., 1971) กล่าวว่าสิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเป็นสิ่งจูงใจทางบวก (Positive Incentive) ได้แก่ กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นสภาพแวดล้อมทางวัตถุที่จะสร้างความรู้สึกพึงพอใจตามเงื่อนไขของความต้องการ เช่น น้ำเป็นสิ่งจูงใจที่สร้างความพึงพอใจต่อแรงขับเกี่ยวกับความกระหาย อย่างไรก็ตามบางครั้งสิ่งจูงใจทางบวก ก็ไม่ได้สร้างความพอใจต่อความต้องการทางกายภาพ แต่อาจเกิดจากเหตุผลเฉพาะตัวของบุคคล เช่น รสหวาน อาจเป็นความพอใจของแต่ละบุคคล แม้ว่าจะไม่ได้ให้คุณค่าทางอาหาร

5.3 ความสำคัญของความพึงพอใจ

**ความพึงพอใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการบริหาร เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมแล้ว ย่อมทำให้มีกำลังใจ บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมด้วยความตั้งใจมุ่งที่จะให้ได้ผลออกมาตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ (ชมพูนุช วีระธนชัย และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2542)**

**ความสำคัญของความพึงพอใจ ดังนี้**

5.3.1 **ความพึงพอใจก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน**

5.3.2 **ความพึงพอใจเสริมสร้างให้บุคคลมีความเข้าใจอันดีต่อกัน และต่อหน่วยงาน**

5.3.3 ความพึงพอใจเสริมสร้างความซื่อสัตย์ ความจงรักภักดีต่อหน่วยงาน

5.3.4 ความพึงพอใจช่วยเกื้อกูลให้กฎเกณฑ์ ระเบียบข้อบังคับ สามารถใช้บังคับควบคุมพฤติกรรมของบุคคลให้อยู่ในระเบียบวินัยอันดี

5.3.5 ความพึงพอใจก่อให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ และมีการรวมพลังเพื่อขจัดปัญหาในองค์กรร่วมกัน

5.3.6 ความพึงพอใจก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

5.3.7 ความพึงพอใจช่วยเกื้อหนุนให้บุคคลเกิดความสร้างสรรค์ในกิจกรรมต่าง ๆ

5.4 ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ

ผู้ใช้บริการจะตัดสินใจว่าเขาพึงพอใจต่อบริการนั้นหรือไม่ โดยพิจารณาจากปัจจัยดังต่อไปนี้ (ชมพูนุช วีระธนชัย และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2542)

5.4.1 การบริการอย่างเท่าเทียม (equitable service) คือ การบริการที่มีความยุติธรรม เสมอภาค และเสมอหน้า ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นใคร

5.4.2 การให้บริการรวดเร็วทันต่อเวลา (timely service) คือ การให้บริการตามลักษณะความจำเป็นรีบด่วน และความต้องการของผู้ป่วย

5.4.3 การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service) คือ ความเพียงพอในด้านสถานที่บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

5.4.4 การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuous service) จนกว่าผู้ป่วยจะหายขาด

5.4.5 การให้บริการที่มีความก้าวหน้า ( progressive service) คือการพัฒนางานบริการทางด้านปริมาณและคุณภาพให้มีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1978.) ได้เสนอปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล ของประชาชนในสหรัฐอเมริกาที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดจากพื้นฐาน 6 ประเภท ดังนี้

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience) ซึ่งแยกออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (office waiting time)

1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Available of care when needed)

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ(ease of getting to care)

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ(coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการที่หนึ่ง (getting all needs met at one place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

2.2 แพทย์ให้ความสนใจทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ (concern of doctors for overall health)

2.3 แพทย์ได้ติดตามผลการรักษา (follow-up care)

3) ความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัย ท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (medical information) ประกอบด้วย ดังนี้

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (information about what was wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย (information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (Quality of care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมด ที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยต่อบริการโรงพยาบาล

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out of pocket cost)ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

5.5 การวัดความพึงพอใจ (Measuring satisfaction)

การวัดความพึงพอใจทำได้หลายวิธี เช่นใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ เลือกเหตุการณ์สำคัญมาศึกษา การเลือกวิธีใดขึ้นอยู่กับจำนวนประชากร แต่ละวิธีนั้นมีจุดอ่อนด้วยกันทั้งนั้น ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่จะใช้แบบสอบถามในการวัดความพึงพอใจ โดยลักษณะข้อความที่ถาม มี 2 ลักษณะ คือ (ชมพูนุช วีระธนชัย และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2542)

5.5.1 แบบสำรวจปรนัย (Objective survey) เป็นแบบวัดที่เป็นคำถามและคำตอบที่ให้เลือกตอบ โดยที่ผู้ตอบตอบตามที่ตนเองมีความคิดเห็น และความรู้สึก ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ด้วยเชิงปริมาณ

5.5.2 แบบสำรวจเชิงพรรณา (Descriptive survey) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบตอบด้วยคำพูดและข้อเขียนของตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์หรือคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบ ตอบโดยอิสระ ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จะเห็นได้ว่าความพึงพอใจเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยสถานบริการสุขภาพจะต้องมีการติดตามและประเมินผลความพึงพอใจทั้งของผู้ให้และผู้บบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่ประสิทธิภาพและมี คุณภาพเป็นที่พึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอดวาร์ดส์และคณะ (Edwards et al.,1994 pp. 74-77) ได้ศึกษาผลของการนำรูปแบบการร่วมบริหารในหอผู้ป่วยไปใช้ในโรงพยาบาล St.Joseph Mercy Hospital เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 540 เตียง โดยการทดลองรูปแบบการร่วมบริหารในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม (Medical intensive care unit) ซึ่งมีเตียงรับผู้ป่วยได้ 10 เตียง มีบุคลากรปฏิบัติงานประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 34 คน พยาบาลต่ำกว่าวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย 5 คน เจ้าหน้าที่เสมียน 5 คน ผู้จัดการพยาบาล 1 คน พยาบาลชำนาญเฉพาะและผู้ประสานทางด้านการสอน 1 คน ผลการศึกษาภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการร่วมบริหาร พบว่ามีความรู้สึกต่อวิชาชีพ ความตระหนักในความรับผิดชอบ ความอิสระสูงขึ้น มีบทบาทสำคัญในการจัดการวิชาชีพสูงขึ้น มีการพัฒนาการทำงานร่วมกันในคณะกรรมการที่ทักษะแตกต่างกันได้ดีขึ้น จากการที่บุคลากรมีบทบาทมากขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน เห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีการพัฒนาความร่วมใจในการทำงานเป็นทีม สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น มีการเคารพซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาอีกด้วย

โจเนสส์และคณะ (Jones et al., 1993 pp. 208 - 214) ศึกษาผลของการนำแนวคิดการร่วมบริหารมาใช้ในหอผู้ป่วยหนัก และขยายผลไปยังทุกหอผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่ามีการปรับปรุงรูปแบบการจัดการที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะทิ้งงานลดลง

ฮอร์สแมนและคณะ (Horstman et al., 1994) ศึกษาผลของการนำแนวคิดการร่วมบริหารการพยาบาลมาใช้ในแผนกศัลยกรรม และมีการติดตามประเมินผลทุกเดือน ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการร่วมบริหารของแผนกศัลยกรรม สนับสนุนวิธีการประเมินและปรับปรุงคุณภาพแบบควบคุมก้าวหน้า

ไอรีซันและแมคกิลส์ (Ireson & McGillis,1998 pp. 37-39) ศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวคิดการร่วมบริหารมาใช้ในระดับหอผู้ป่วย โดยตรวจวัดก่อนและหลังนำแนวคิดนี้มาใช้ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่า ประสิทธิภาพในการให้บริการเพิ่มขึ้น การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมการทำงานดีขึ้น สมาชิกหลายสายงานรู้สึกได้ว่าลักษณะร่วมและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพิ่มขึ้น สมาชิกในทีมของหอผู้ป่วยรู้สึกว่า การประสานงานของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น และความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั่วทั้งโรงพยาบาลมีมากขึ้น

มินนินและคณะ (Minnen et al. 1993 pp. 35-40) ศึกษาการสนับสนุนการปรับรื้อระบบการทำงานสู่นวตกรรมใหม่โดยการนำแนวคิดการร่วมบริหารมาปรับรื้อระบบงานของแผนกศัลยกรรมกระดูก ของโรงพยาบาล Vanderbilt University Medical Center พบว่า ช่วยทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ล ดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในงานที่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในงานของตนเอง

นัยนา ศรีนวลดี (2546) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการร่วมบริหารในหอผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการร่วมบริหารมีความพึงพอใจในงานสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตวิตเวช พบว่าการที่พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ

พรพิมล พรภิกานนท์ (2546) ศึกษาการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ในทศวรรษหน้า พบว่างานและกิจกรรมที่ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วม 4 องค์ประกอบดังนี้

1. ด้านการวางแผน ครอบคลุมงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อการจัดสรรและการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล การจัดงบประมาณเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารด้านบุคลากรพยาบาล ด้านบริการพยาบาล ด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ตลอดจนการบริหารงานวิชากร การจัดการวัสดุอุปกรณ์เพื่อให้มีเพียงพอกับความต้องการ

2. ด้านการจัดระบบงาน ครอบคลุมงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การกำหนดสายการบังคับบัญชา การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและงานที่ทำของบุคลากรทุกระดับ การมอบหมายงาน การจัดระบบด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่ และการจัดระบบงบประมาณในหน่วยงาน

3. ด้านการนำ ครอบคลุมงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การสั่งการ การนิเทศงาน และการจูงใจ

4. ด้านการควบคุม ครอบคลุมงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำกับการดูแล การตรวจสอบการติดตาม และค้นหาอุปสรรคต่าง ๆ ของการประเมินผลการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

ณัฏฐิมล โลพันธ์ศรี (2543) ศึกษาผลของการปรับใช้แนวคิดการบริหารแบบยึดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ สูงกว่า ก่อนการปรับใช้แนวคิดการบริหารแบบยึดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานพยาบาล

จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่า การบริหารงานโดยใช้รูปแบบการร่วมบริหารช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีความรู้สึกต่อวิชาชีพ ความตระหนักต่อความรับผิดชอบ มีอิสระในการตัดสินใจสูงขึ้น มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการวิชาชีพสูงขึ้น มีการพัฒนาการทำงานร่วมกันในทีมที่มีทักษะแตกต่างกันได้ดีขึ้น จากการที่ผู้ให้บริการสุขภาพมีบทบาทมากขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในงานของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นมีการพัฒนาความร่วมใจในการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพดีขึ้น และเคารพซึ่งกันและกัน ช่วยพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาการบริหารบริการสุขภาพโดยใช้รูปแบบร่วมบริหารการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์การให้บริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาศ โดยผลลัพธ์ของการร่วมบริหารบริการสุขภาพ คือ ความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับอันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพงานขององค์การและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการตลอด

## แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการร่วมบริหารบริการสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาศ จ. สุโขทัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดเชิงทฤษฎี 3 ส่วน ได้แก่ แนวคิดการร่วมบริหารบริการสุขภาพ แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดการร่วมบริหารบริการสุขภาพ

การร่วมบริหารบริการสุขภาพ คือ การบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโครงสร้างการบริหารแนวราบเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนมีอำนาจอย่างเป็นทางการ ถูกต้องตามกฎหมายที่จะตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ มีกระบวนการบริหารที่เป็นพลวัตรในการเสริมสร้างความสามารถให้กับผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนและเน้นความตระหนักในความรับผิดชอบและมีอิสระในการตัดสินใจ

แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็น ทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะ องค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก มีระบบการให้คำปรึกษา และเครือข่ายส่งต่อ เน้นการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน จนสามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทาง กาย จิต สังคม โดยประชาชนทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) บทบาทหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ เป็นหน่วยที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน ให้บริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างบรรยากาศเป็นกันเองระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ บุคลากรมีศักยภาพและความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อให้บริการได้สอดคล้องกับสภาพชีวิต สังคม และจิตวิทยาของประชาชนได้เป็นอย่างดี มีการจัดระบบให้ตกลงรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกระตุ้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล การจัดระบบบริการปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชนมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ 1) มีการสร้างทีมงานขนาดเล็ก 12 ทีม ให้บริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนด้านรักษาพยาบาล และส่งเสริมป้องกัน ที่มีความรับผิดชอบประจำต่อเนื่อง และการให้บริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เยี่ยมบ้าน ติดตาม วิเคราะห์ คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพ และคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการทำหน้าที่เป็นเจ้าของครอบครัว 2) มีการขึ้นทะเบียนประชากรในเขตรับผิดชอบชัดเจน ประมาณ 10,000 คน จัดให้มีผู้รับผิดชอบครอบครัวในอัตราส่วน 1 ต่อ 1,250 คน หรือประมาณ 200 – 300 ครอบครัว 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนมีจุดบริการและการไหลเวียนของผู้ใช้บริการ ที่เน้นความเป็นกันเอง เสริมสร้างสัมพันธภาพเอื้อต่อการดูแลด้านจิตสังคม และสะดวกรวดเร็ว 4) มีการดำเนินงานตาม 8 กระบวนการหลักของระบบบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะ ผสมผสาน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู) เป็นองค์รวม

(กาย จิต สังคม) และต่อเนื่องโดยมีการสำรวจครอบครัวและชุมชน จัดทำทะเบียน/คัดกรองปัญหากาย จิต สังคม และพฤติกรรมเสี่ยง บริการหลักทั้งตรวจรักษา/ส่งเสริมสุขภาพ/ทันตกรรม/ชันสูตร/ฉุกเฉิน บริการให้คำปรึกษา บริการก่อนกลับบ้าน บริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน การประชุมทีมและกิจกรรมในชุมชน 5) มีระบบข้อมูล ข่าวสารเพื่อใช้ในการควบคุมกำกับ ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการ 6)มีระบบการเงินที่ส่งเสริมการดูแลประชากรรายหัว และสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (Practical action research)เป็นการวิจัยโดยอาศัยความร่วมมือของกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในรูปแบบของการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน ของกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & Mc.Taggart, 1988) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนจนได้องค์ความรู้จากการปฏิบัติ และรูปแบบเป็นที่พอใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับความเข้าใจร่วมกันมาพัฒนาการบริหารงานในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยใช้รูปแบบการร่วมบริหารบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบริหาร เริ่มตั้งแต่ร่วมกันวางแผนโครงสร้างการบริหารภายในองค์การใหม่ให้มีการกระจายการควบคุม อำนาจสั่งการให้กับผู้ปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์การใหม่ ร่วมกันมอบหมายงานในหน้าที่ให้ชัดเจน เพื่อให้การปฏิบัติ งานบรรลุเป้าหมายมีขั้นตอนการปฏิบัติซึ่งแบ่งออกเป็น 1) การวางแผน (Planning) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารและการปฏิบัติงาน สำรวจปัญหาและร่วมกันวางแผนหาแนวทางแก้ไข เพื่อสร้างรูปแบบในการพัฒนาชั่วคราว 2) การปฏิบัติและการสังเกต (Acting & Observing) เป็นการนำแผนที่วางไว้ไปทดลองปฏิบัติและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ เพื่อหาสมมุติฐานที่จะทำให้เกิดการพัฒนากิจกรรม 3) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาวิธีในการปรับปรุงการปฏิบัติ 4) การปรับปรุงแผน (Re – Planning) เป็นการนำข้อมูลและปัญหามาปรับปรุงแผนเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ โดยปฏิบัติตามขั้นตอนทั้งหมดซ้ำแล้วซ้ำอีก จนได้รูปแบบเป็นที่พอใจ จึงสรุปและวิเคราะห์หลักการ กระบวนการที่ใช้เป็นหลักในการปฏิบัติ รวมทั้งองค์ความรู้ที่ได้ในรูปแบบการร่วมบริหารบริการสุขภาพที่พึงประสงค์