

ผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีม
และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย



นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

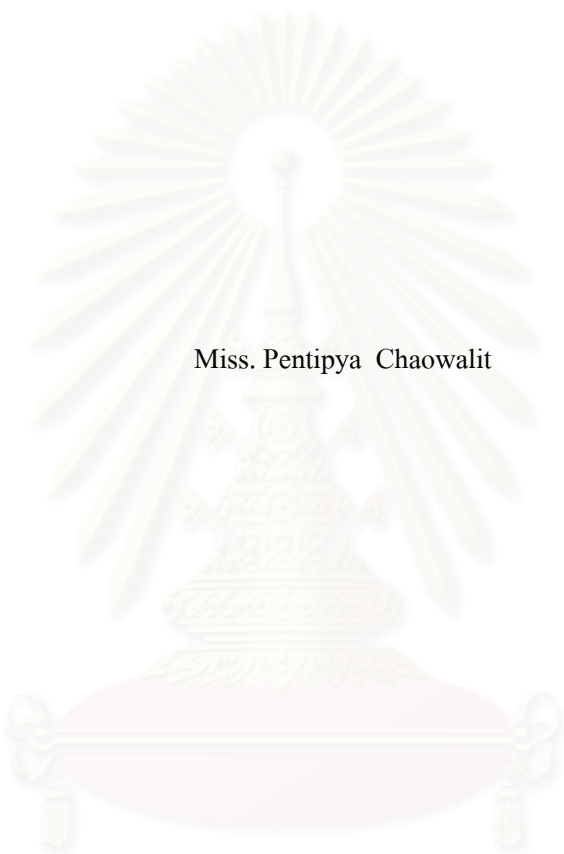
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974 – 17 – 0984 - 6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF NURSING TEAM UTILIZING A CLINICAL PATHWAY ON TEAM SATISFACTION
AND PATIENT COMPLICATIONS



Miss. Pentipya Chaowalit

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974 – 17 – 0984 - 6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของ تیمการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีม
และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
โดย นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้ฉันวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข)

เพ็ญทิพย์ เชาวถิต : ผลของทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมนและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (EFFECTS OF NURSING TEAM UTILIZING A CLINICAL PATHWAY ON TEAM SATISFACTION AND PATIENT COMPLICATIONS) อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธ์, 187 หน้า. ISBN 974-17-0984-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมนก่อนและหลังการใช้ทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล และเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้ทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลและทีมนการพยาบาลที่ทำงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คู่มือทีมนการพยาบาลและคู่มือการใช้แนวทางการดูแลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ค่าร้อยละ และสถิติทดสอบ t (t-test) และ u-test (arcsine transformation) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจของทีมนหลังการใช้ทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด สูงกว่าก่อนการใช้ทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในกลุ่มที่มีการใช้ทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล น้อยกว่า ในกลุ่มที่ไม่มีการใช้ทีมนการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิติศ.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4277819836: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD : NURSING TEAM/CLINICAL PATHWAY/TEAM SATISFACTION/PATIENT
COMPLICATIONS

PENTIPYA CHAOWALIT : EFFECTS OF NURSING TEAM UTILIZING A CLINICAL
PATHWAY ON TEAM SATISFACTION AND PATIENT COMPLICATIONS. THESIS
ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D. 187 pp. ISBN 974-17-0984-6.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare team's satisfaction before and after the implementation of nursing team utilizing a clinical pathway, and to compare the patient complications between those who received care from nursing team utilizing a clinical pathway and those who received care from nursing team utilized functional method. There were two groups of research subjects. The first group consisted of 12 nursing personnel in a surgical unit, The National cancer Institute. The second group consisted of 30 surgical patients who had benign tumor of reproductive organ. The patients were equally divided into two groups, the experimental group receiving care from nursing team utilizing a clinical pathway, and the control group receiving care from nursing team utilizing functional method. The research instruments that were developed by the researcher were the manual of nursing team, the manual of using a clinical pathway, a patient complication checklist, and the team's satisfaction questionnaire. These instruments were tested for the content validity by a group of experts. The reliability of the questionnaire was .95. The statistics used in data analysis were means, standard deviation, t-test, and u-test (arcsine transformation).

Major results of the study were as followed :

1. The team's satisfaction after the implementation of nursing team utilizing a clinical pathway was significantly higher than before the implementation, at the .05 level.
2. The complications of patients who received care form nursing team utilizing a clinical pathway was significantly lower that those of patients receiving care form nursing team utilizing functional method, at the .05 level.

Field of study Nursing Administration
Academic year 2002

Student's signature... *Pentipya Chaowalit*
Advisor's signature... *Jintana Yunibhand*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่าน ได้ให้ความรู้ ข้อคิดคำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจและเอื้ออาทรต่อผู้วิจัย ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริสุข ศรีสุโข กรรมการวิจัย ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดเห็นแก่ผู้วิจัย และขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกๆ ท่านที่ให้ความรัก ความเมตตา ความเข้าใจ เห็นใจ เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนผู้วิจัย เป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนิเวศ ที่กรุณา ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบัน มะเร็งแห่งชาติ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่ทุกท่านตลอดจนผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย 4 ทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการดำเนินการด้วยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณในน้ำใจความช่วยเหลือและกำลังใจจากเพื่อนๆ น้องๆ เพื่อนๆ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกๆ ฝ่ายในคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการติดต่อเรื่องต่างๆ ตลอดการศึกษา ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณา ให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณท่านอื่นๆ ซึ่งได้ช่วยเหลือแถมมิได้กล่าวถึงในที่นี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านการศึกษาและสอนให้ เป็นคนดีมีความอดทน พยายาม ขอขอบคุณคุณป้า คุณน้า พี่ และน้องๆ ทุกคนที่คอยห่วงใยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา จนกระทั่งผู้วิจัยมีกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่	
1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ทีมการพยาบาลในระบบบริการพยาบาล.....	12
ลักษณะทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ	41
แนวทางการดูแล.....	61
การดูแลผู้ป่วยเนื่องจกชนิดสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด.....	76
ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด.....	90
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....	96
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	107
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	114
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	116
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	118
การดำเนินการทดลอง.....	125
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	128
สรุปวิธีดำเนินการวิจัย.....	129
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	130

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	141
อภิปรายผลการวิจัย.....	141
ข้อเสนอแนะ.....	143
รายการอ้างอิง.....	144
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	153
ภาคผนวก ข. สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	155
ภาคผนวก ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	159
ภาคผนวก ง. Clinical pathway for Total Abdominal Hysterectomy.....	180
ภาคผนวก จ. Item Analysis และReliability Analysis รายด้าน.....	183
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	187

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	ความแตกต่างของเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant) และไม่ร้ายแรง (Benign).....	77
2	จำนวนและร้อยละของบุคลากรพยาบาลจำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งการปฏิบัติงาน.....	116
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของบุคลากรพยาบาล.....	117
4	ลักษณะผู้ป่วยจับคู่ตามอายุและการผ่าตัด.....	118
5	แสดงการให้คะแนนระดับความพึงพอใจและความหมายของการให้คะแนน.....	123
6	เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมการพยาบาลและความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรในทีมระหว่างก่อนและหลังการใช้ แนวทางการดูแล	130
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมการพยาบาลเป็นรายด้าน ของบุคลากรในทีมระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล.....	131
8	จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	132
9	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	135
10	ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ u-test โดยประยุกต์ arcsine transformation	136

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกแห่งวิทยาการที่ก้าวหน้าไปตลอดเวลา เครือข่ายการติดต่อที่มีมากมายย่อโลกให้เล็กลง ข่าวสารและข้อมูลที่มีถึงกันได้ง่าย ก่อให้เกิดความรู้ที่มากขึ้น บางครั้งอาจทำให้สับสนมากขึ้น การดำรงชีวิตซับซ้อนและมีปัจจัยมากมายที่มาเกี่ยวข้อง สิ่งแวดล้อมที่ทรุดโทรม ก่อให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย วิทยาการการรักษาที่บางครั้งต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ต้องอาศัยความรู้ของต่างสาขา วิชาชีพมาช่วยกันดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่มีคุณภาพ เนื่องจากสภาพการณ์ ปัจจุบันทุกคนคาดหวังจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีโอกาสเลือกสถานบริการสุขภาพที่ตอบสนอง ความต้องการที่ตนเองคาดหวัง สถาบันต่างๆมีการแสวงหาวิธีบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เป็นที่ยอมรับแก่สาธารณชน เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจว่าได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ (อารียา สัมพะเลข, 2540) กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญ ในเรื่องนี้ จึงได้นำรูปแบบการบริหารงานคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบ บริการสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นต้องผสมผสานความคิด หาวิธีการ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพราะคนไม่สามารถทำงานคนเดียวตามลำพังได้ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ยอมรับข้อเสนอและวิธีการใหม่ๆ ที่สามารถเอื้ออำนวยต่อการทำงานของทีม มีระบบ การทำงานและมีมาตรฐานในการทำงาน มีการสร้างระบบและปรับระบบให้ทันกับเหตุการณ์ที่ เปลี่ยนไป มีการตรวจสอบคุณภาพและประเมินคุณภาพในการทำงานทุกด้าน ทั้งด้านบริการ การลงทุน และผลลัพธ์ที่ได้ ในยุคโลกาภิวัตน์การทำงานต้องมีการออกแบบที่ดีเพื่ออนาคต และเสียค่าใช้จ่ายน้อย ที่สุดได้ผลคุ้มค่ามากที่สุด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และปฏิบัติกิจกรรมได้สอดคล้องไปในทาง เดียวกันที่จะช่วยให้องค์กรเคลื่อนตัวไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายและนโยบายขององค์กรได้ (นัยนา เตโชพาร, 2542)

ทีมการพยาบาลประกอบด้วย หัวหน้าทีม (Team Leader) ทำหน้าที่มอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลให้สมาชิกทีม โดยพิจารณาถึงคุณสมบัติของสมาชิกทีมและความต้องการ ของผู้ป่วย ส่วนสมาชิกประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ ทั้งระดับวิชาชีพ และต่ำกว่าวิชาชีพ มาทำงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ มีแผนการ พยาบาลผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ มีการประสานงานภายในทีม ระหว่างทีม

และภายนอกทีม ทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการทำให้เป้าหมายขององค์กรประสบผลสำเร็จ ซึ่งต้องมีการประเมินผล โดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้รับผิดชอบเพื่อประเมินความถูกต้อง และหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Sullivan, 1990)

ลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของ Campion (1993) ได้แก่ ความสามารถในการงานของสมาชิกทีม การสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม การแบ่งปันภาระของสมาชิกทีม การติดต่อสื่อสารของสมาชิกทีม และการประสานร่วมมือของสมาชิก ทำให้เกิดประสิทธิผลของทีม นั่นคือการบริการที่รวดเร็ว และมีการต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อน สมาชิกทีมมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บุคลากรในทีมมีความต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อน สมาชิกทุกคนเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามไปด้วย ซึ่งเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการพยาบาลนั่นเอง

ในปัจจุบัน การทำงานของพยาบาล จะเป็นการทำงานแบบทีมถึงหน้าที่ ยังไม่เป็นทีมที่แท้จริง เนื่องจากพยาบาลบางส่วนยังไม่เข้าใจหลักการพยาบาลเป็นทีม การแสดงบทบาทของหัวหน้าทีมและสมาชิกทีม ไม่ชัดเจน ขาดความร่วมมือในการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันเป็นยุคแห่งการพัฒนากิจกรรมคุณภาพงานบริการ โดยมีเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล (Clinical Pathways) ก็เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างหนึ่ง ที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดความซับซ้อน ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ให้จำนวนวันนอนลดลง (Lengths of stay) เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายลดลง ซึ่งความต้องการเหล่านี้เป็นผลลัพธ์การบริการที่แสดงถึงคุณภาพหรือเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพ(สุวรรณดี มหาภยนันท์, 2538) ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งส่งผลให้ทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจตามไปด้วย

แนวทางการดูแล (Clinical Pathways) เป็นแนวทางการปฏิบัติในการรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพช่วยกันมีส่วนร่วมในการสร้างแผนขึ้นมาอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านภาวะโภชนาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว การให้ความรู้ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายที่ต้องการลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีการประสานงานกันอย่างดีและไม่ซ้ำซ้อนกันในกิจกรรมต่าง ๆ ในการให้บริการ ช่วยลดขั้นตอนในการให้บริการลงได้มาก ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น (Nemeth, L., 1999 : อารีย์ ชิวเกษมสุข, 2542)

ในต่างประเทศเช่น สหรัฐอเมริกา ใช้แนวทางการดูแลในการพัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลเพื่อลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากตามเป้าหมาย เช่น ที่ Overlake Hospital สามารถลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วย Hip replacement จาก 10.6 วัน ในปี ค.ศ. 1988 เหลือ 8.3 วัน (Graybeal, Gheen และ Mckenna, 1993) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ สามารถลดความวิตกกังวลเพราะทำให้ผู้ป่วยทราบว่าในแต่ละวันเขาจะได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง เขาต้องปฏิบัติตัวอย่างไรลดปัญหาในการประสานแผนการรักษาพยาบาล การตรวจการดูแลผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ สำหรับตัวพยาบาลนั้น พึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแล ซึ่งมีผลช่วยลดอัตราการลาออกและช่วยประหยัดเวลาในการบันทึกการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลทำได้ง่ายขึ้น (สุวิภา นิตยางกูร, 2540) การนำแนวทางการดูแลร่วมระหว่างวิชาชีพ แนวทางการดูแลโดยทีมสุขภาพและทีมการพยาบาลเป็นเครื่องมือหรือแผนที่ในการจัดการและกำหนดเป้าหมายในการดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Hayes 1994 : Tappen, 1995 อ้างในปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2541) ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการตามระยะเวลาที่ตั้งเป้าหมายไว้ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Zander, 1998)

การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการดูแลในประเทศไทย ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้อย่างจริงจัง แต่มีแนวโน้มว่าจะเป็นระบบการบริการพยาบาลที่เหมาะสมจะนำมาใช้ตามนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายและมีการประสานความร่วมมือกันในทีมการพยาบาล และระหว่างสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ (Cohen, 1996) เพราะเชื่อว่าคนไม่สามารถทำงานคนเดียวตามลำพังได้ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมมีระบบการทำงานและมีมาตรฐานในการทำงาน มีการสร้างและปรับระบบให้ทันกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การทำงานต้องมีการออกแบบที่ดี เพื่ออนาคตและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่ได้ผลคุ้มค่ามากที่สุด (พาริดา อิบราฮิม, 2542) โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และปฏิบัติกิจกรรมให้สอดคล้องไปในทางเดียวกัน โดยใช้แนวทางการดูแล เพื่อจะช่วยให้ไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้นั้นคือคุณภาพบริการ ซึ่งเป็น ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2543)

จากการค้นคว้าผลงานวิจัยในประเทศไทย ยังไม่พบการนำระบบนี้มาศึกษาวิจัยโดยเฉพาะ แต่ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลหลายแห่ง มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา หรือแนวทางการดูแลร่วมระหว่างวิชาชีพ (Clinical Pathways) และมีการจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) เช่นในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ (จิตร สิทธิอมรและคณะ, 2543) ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ มีการทำแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านรักษาของแพทย์เท่านั้น

เมื่อพิจารณาระบบบริการพยาบาลในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลในขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเทคโนโลยีที่ใช้และค่านิยมในการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายให้

เหมาะสม (Cost Effectiveness) (Powell,1996) และเนื่องจากในภาวะการณ์ปัจจุบัน พยาบาลจะทำงานแบบทีมที่ถึงหน้าที่เป็น รูปแบบต่างคนต่างทำ มีการมอบหมายงานที่ไม่ชัดเจน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) ไม่มีการใช้แนวทางการดูแลรักษา ขาดการติดต่อสื่อสารและทำงานร่วมกัน ไม่มีการปรึกษาร่วมกัน ไม่มีการวางแผนร่วมกัน ขาดความร่วมมือในการทำงาน ทำงานตามกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะเห็นว่าระบบการทำงานแบบทีมยังไม่ชัดเจน การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ไม่สามารถจะให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ได้ (ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) ได้มีการพัฒนาคุณภาพทีมการพยาบาล (Patient Care Team) จัดทำคู่มือการปฏิบัติพยาบาล แต่การดูแลยังไม่เป็นสาขาวิชาชีพอย่างจริงจัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (จอม สุวรรณโณ, 2541) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลน้อยลง และส่งผลให้ความพึงพอใจของทีมพยาบาลน้อยลงตามไปด้วย

ในการบริการพยาบาลหากมีการทำงานแบบทีมการพยาบาลที่ดี มีการจัดการภายในทีม โดยมีการมอบหมายงานที่ดี พยาบาลร่วมมือประสานงานกันเป็นอย่างดี มีความรู้ ความสามารถในการทำงานย่อมส่งผลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ประสิทธิภาพของทีมก็จะดี นั่นคือคุณภาพการพยาบาลดี และทีมการพยาบาลจะเกิดผลดีตามไปด้วย ถ้าการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลใช้แนวทางการดูแลซึ่งเป็นเครื่องมือของสาขาวิชาชีพ พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถทำงานกับสมาชิกในวิชาชีพ และในทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมๆ กัน โดยมีรูปแบบการประสานงาน การประสานความร่วมมือกับสาขาวิชาชีพ มีการติดต่อเชื่อมประสาน จะทำให้งานสำเร็จไปสู่จุดหมายที่ต้องการ คาดว่าผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เกิดความต่อเนื่องทางการดูแลรักษา ลดความซ้ำซ้อนของการดูแลรักษา ส่งผลให้จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยน่าจะลดลงตามไปด้วย ซึ่งหมายถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ อันเป็นผลมาจากประสิทธิภาพที่ดีของทีมการพยาบาล และก่อให้เกิดความพึงพอใจของทีมการพยาบาลที่ให้บริการด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของทีมการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาการดูแลไม่ต่อเนื่อง การจัดการทีมที่มีการประสานงานไม่ดี การมอบหมายงานไม่ชัดเจนและไม่มีการกำกับงาน โดยจัดการทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแล มีการประสานการทำงานร่วมกันของสมาชิกในทีมที่ชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงการพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้การพยาบาลสมบูรณ์แบบแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ตนได้รับมอบหมาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยมีทีมการพยาบาลที่ดี และมีแนวทางในการปฏิบัติซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันสร้างขึ้นมาเป็นแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน ทำให้มีการพัฒนาการทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

ปัญหาการวิจัย

ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล จะส่งผลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมก่อนและหลังการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลและทีมการพยาบาลที่ทำงานตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

การจัดทีมการพยาบาล ตามแนวคิดของ Sullivan (1990) ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าทีมทำหน้าที่มอบหมายงานให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามความรู้ ความสามารถ ทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน มีแผนการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้รับผิดชอบ และตามแนวคิดของ Campion (1993) เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม โดยมีลักษณะของทีมที่สอดคล้องกับความสามารถของสมาชิกทีม การสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม การแบ่งปันภาระของสมาชิกทีม การติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกทีม และการประสานความร่วมมือกันของสมาชิกทีม ซึ่งทำให้สามารถทำนายประสิทธิผลของทีมการพยาบาลในลักษณะ Productivity ได้ ดังนั้น เมื่อมีการจัดการในทีมการพยาบาลโดยมีการมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถ มีการกำหนดหน้าที่ให้ชัดเจน รวมถึงกำหนดวิธีการเครื่องมือสื่อสาร การจัดการในทีมเป็นไปตามแนวคิดของ Sullivan (1990) และของ Campion (1993) จะสามารถแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพมากขึ้น (อารีย์ ชิวเกษมสุข, 2542) ทำให้ลดจำนวนวันนอน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งนั่นคือผลลัพธ์ทางการพยาบาล

แนวทางการดูแล เป็นแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่มุ่งเน้นให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (length of Stay : LOS) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา มีลักษณะสำคัญคือสร้างขึ้นโดยทีมสุขภาพทุกสาขาที่มุ่งดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านภาวะโภชนาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา กิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพ การเคลื่อนไหว การให้ความรู้ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน โดยกำหนดกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้สอดคล้องกัน มีเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันในการดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Poirrier, G.P. and Oberleitner, M.G.,1999)

ทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพลดจำนวนวันนอน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา นั่นคือการปฏิบัติการพยาบาลเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมกับแนวทางการดูแล จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาอน ลดค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ดังที่อนุวัฒน์ (2543) กล่าวว่า การสื่อสารประสานในทีมรักษา สมาชิกในทีมได้รับรู้ และเข้าใจในกิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยในช่วงเวลาต่าง ๆ บูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกัน ทั้งที่มีต่อผู้ป่วยและต่อสมาชิกในทีมรักษา เป็นรูปแบบของ Patient Focus Service ซึ่งสอดคล้องกับ Argyris (1964) เชื่อว่าประสิทธิผลขององค์กรเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของทีมงานและ Champion (1993) กล่าวถึงลักษณะของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพได้แก่ ความสามารถในงานของสมาชิกทีม การสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม การแบ่งปันภาระของสมาชิกทีม การติดต่อสื่อสารของสมาชิกทีมและการประสานความร่วมมือของสมาชิก ทำให้เกิดประสิทธิผลของทีมการพยาบาล นั่นคือการบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพ ตรงตามความต้องการของผู้บริโภค ทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และผู้ให้บริการซึ่งหมายถึงทีมการพยาบาล เกิดความภาคภูมิใจในงานที่ทำ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจตามไปด้วย

จากเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแล ซึ่งทุกคนในทีมการพยาบาลมีส่วนร่วมในกิจกรรม ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล โดยมุ่งมั่นทำให้บรรลุเป้าหมาย จึงตั้งเป็นสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความพึงพอใจของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลมากกว่าทีมที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล
2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ทีมการพยาบาลใช้แนวทางการดูแลน้อยกว่าทีมที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองใน 2 ลักษณะ คือ
 - 1.1 การศึกษาความพึงพอใจของทีม เป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One – Group Pretest – Posttest Design)
 - 1.2 การศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเป็นแบบ ศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttet – Only Design)
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ประชากรหมายถึง บุคลากรในทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย
 - 2.2.1 บุคลากรในทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 - 2.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ ทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแล และการดูแลตามปกติ

3.2 ตัวแปรตาม คือ

3.2.1 ความพึงพอใจของทีมการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ สิ่งตอบแทน ความเป็นอิสระในการทำงาน ลักษณะงาน นโยบายขององค์กร การมีปฏิสัมพันธ์ และสถานะของวิชาชีพ

3.2.2 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล หมายถึง กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มาทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมาย โดยนำเอาแนวทางการดูแลมาใช้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำขึ้นมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานประจำวัน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดระบบงาน มอบหมายงาน โดยมีพยาบาลหัวหน้าเวร (Incharge Nurse) เป็นผู้มอบหมายงานปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถ มีการกำหนดหน้าที่หัวหน้าทีม และสมาชิกทีม ชัดเจน รวมถึงกำหนดวิธีการมอบหมายหรือเครื่องมือสื่อสารภายในทีมมีความร่วมมือ ประสานงานกัน เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตาม เป้าหมาย ที่วางไว้ มีการนำทีมโดยพยาบาลหัวหน้าทีม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี และมีสมาชิกทีม ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติงานตามที่ได้มอบหมายจากหัวหน้าทีม โดยมุ่งถึงความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยเป็นหลัก มุ่งเน้นให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เกิดความต่อเนื่องทางการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ

การปฏิบัติงานร่วมกันในทีมพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างทีมการพยาบาล โดยที่จัดให้มีการประชุมกลุ่ม ซึ่งเป็นพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรม หัวหน้าทีม และผู้วิจัยช่วยกัน พัฒนาคู่มือในการทำงานเป็นทีมใหม่ โดยใช้แนวคิดของ Champion (1993) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในงานของสมาชิกทีมการสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม การแบ่งปันภาระของสมาชิกทีม การติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกทีม และการประสานความร่วมมือของสมาชิกทีม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ของสมาชิกทีมชัดเจน สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมเกี่ยวกับเนื้อหาสาระในการใช้แนวทางการดูแล ซึ่งสร้างโดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเนื่องออกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และการนำแนวทางการดูแลไปใช้ในทีมการพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้การรักษาพยาบาล มีคุณภาพ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและ

ผู้ป่วยสามารถทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สามารถคาดเดาลักษณะที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ลดความสับสนของข้อมูล และช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ 2) ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยหัวหน้าทีมมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถของสมาชิกในทีม และประสานการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ โดยมีหัวหน้าทีมประสานในทีมสุขภาพ คอยควบคุม กำกับ การทำงานให้ความช่วยเหลือสมาชิกในทีมการพยาบาล และสมาชิกในทีมปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลและแผนการดูแล ส่วนสมาชิกทีม มีการปฏิบัติการพยาบาล ตามที่ได้รับมอบหมายโดยใช้แนวทางการดูแลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ตามความรู้ความสามารถ และ 3) การพัฒนางานโดยมีหัวหน้าทีมรับผิดชอบในการประเมินผล การให้การพยาบาลที่ปฏิบัติไปแล้ว เพื่อประเมินความถูกต้อง และหาแนวทางแก้ไข ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อปรับปรุงระบบการทำงานเป็นทีม ในการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุด ในการปฏิบัติงานทีมพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประชุมปรึกษารื้อหรือเกี่ยวกับผลของการจัดระบบการดูแลแบบทีมที่ใช้แนวทางการดูแล เพื่อประเมินผล การปฏิบัติการในการจัดการดูแล ศึกษาถึงปัญหา ข้อดี ข้อเสีย และร่วมกันแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานแบบทีมที่ใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. แผนการพยาบาล หมายถึง เอกสารคู่มือการพยาบาลที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบทอดระบบสืบพันธุ์สตรี เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การวางแผนการพยาบาลจะทำเมื่อพยาบาลได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีมการพยาบาล หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยหัวหน้าเป็นผู้นำในการวางแผนการพยาบาลเริ่มต้นจากการลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่สำคัญกว่าจะได้รับการแก้ไขก่อน มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล กำหนดกิจกรรม และเกณฑ์การประเมินผล เขียนแผนการพยาบาล ลงใบบันทึกแผนการพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน เขียนคำสั่งการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและสมาชิกเป็นผู้นำแผนการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติ ตลอดจนมีการประเมินผลแผนการพยาบาลร่วมกัน และร่วมปรับปรุงแผนการพยาบาลให้ดีขึ้นในแต่ละเวลา ซึ่งเป็น 3 เวิร์ด ได้แก่ เวิร์ดเช้าเริ่มตั้งแต่ 08.00 – 16.00 น. บ่าย 16.00 – 24.00 น. ดึก 24.00 – 08.00 น. และมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพของผู้รับบริการ

3. ทีมการพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติงานโดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานแบบทีมการพยาบาลและมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยบุคลากรแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ตามขอบเขตของความรู้ความสามารถ เช่น พยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ยาทางเส้นเลือด พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 จะรับผิดชอบทำ Treatment

พยาบาลเทคนิคจะรับผิดชอบในการให้ยาทางปาก ผู้ให้พยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย และวัดสัญญาณชีพ โดยมีพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่ประสานการดูแล มอบหมายงาน นิเทศงานและรับผิดชอบงานที่มอบหมายให้บุคลากรทำทั้งหมดและบุคลากรทุกคนจะต้องรายงานผลงานโดยตรงต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร

4. ความพึงพอใจของทีม หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคลากรในทีมได้รับ หรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง เมื่อเทียบกับความคาดหวังในเรื่องผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของสลาวิตซ์ และคณะ (Slavit et al., 1978) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

- 4.1 ค่าตอบแทน หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับจากการทำงาน
- 4.2 ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยมีความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติและได้รับการยอมรับ
- 4.3 ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
- 4.4 นโยบายขององค์กรหมายถึง นโยบายการบริหารงานและการปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริการการพยาบาลในที่อยู่ และจะดำเนินการต่อไป
- 4.5 การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพ ระหว่างเวลาปฏิบัติงาน
- 4.6 สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณค่าประโยชน์ของงานด้วย

5. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย หมายถึง สภาพหรือข้อบ่งชี้ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อันเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลในการวิจัยนี้ ครอบคลุมในเรื่องภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่

1. ภาวะตกเลือด/ซ็อก ประกอบด้วย มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดซึมผ่านผ้าปิดแผล ชั้นนอกผิวซีกคล้ำ ปากเขียวช้ำ กระสับกระส่ายความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงตกลงเรื่อยๆ BP < 90/60 mmHg ชีพจรเบาเร็ว คลำ Pulse > 100 ครั้ง/นาที ผลจำนวนเม็ดเลือดแดง (Hct) ลดลงมาก < 30% และจากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือด/ซ็อก
2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย ปอดแฟบ (Atelectasis) หายใจช้าลง R < 8 ครั้ง/นาที ผิวสีคล้ำ และจากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ
3. ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ประกอบด้วย คลื่นไส้อาเจียน ค้นตามลำตัว ความดันโลหิตต่ำ BP < 90/60 mmHg หายใจช้า R < 8/m

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่

1. ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและช่องคลอด ประกอบด้วย มีไข้ $> 35^{\circ}\text{C}$ หนาวสั่น ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ปวดท้องทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะออกน้อย $< 30 \text{ cc./hr.}$ มีสิ่งคัดหลั่งลักษณะขาวข้น/มีกลิ่นเหม็นออกมาทางทางปัสสาวะ มีสิ่งคัดหลั่งมีกลิ่นเหม็นออกมา มีการตรวจปัสสาวะ พบว่า มี WBC $> 3-5 \text{ cells/HPF}$ มีเชื้อมากกว่า 100 นิคม/มล. เพาะเชื้อปัสสาวะมีเชื้อก่อโรคมมากกว่า 10^7 ตัว/มล. ผลจากภาพถ่ายรังสีแสดงว่ามีการติดเชื้อ การวินิจฉัยของแพทย์ พบว่ามีการติดเชื้อ และแพทย์รักษาด้วยยาต้านจุลชีพหลังตรวจพบมีการติดเชื้อทางปัสสาวะหรือทางช่องคลอด
2. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย ปอดแฟบ (Atelectasis) หายใจช้าลง ผิวสีคล้ำ และจากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ
3. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย ท้องอืด ท้องผูก
4. ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ (bleeding) ประกอบด้วย มีเลือดออกมากจากแผลผ่าตัดซึมผ่านผ้าปิดแผลชั้นนอก มีเลือดสดออกมาทางช่องคลอดมากผิดปกติ และผลการตรวจจำนวนเม็ดเลือดแดง(Hct) ลดลง $<30\%$
5. ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง ประกอบด้วย ผู้ป่วยบ่นปวดขาบริเวณขาบวม มีบริเวณช่องคลอดบวม มีปลายเท้าซีดเย็น และการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีการ Deep vein thrombosis/Lymphadema
6. ภาวะมีแผลทะลุของช่องคลอด/ทวารหนัก ประกอบด้วย มีปัสสาวะไหลออกทางช่องคลอด หรือมีอุจจาระไหลออกทางช่องคลอด
7. มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด/แผลแยก ประกอบด้วย มีไข้ $> 38.5^{\circ}\text{C}$ เจ็บปวดบริเวณแผลมากกว่าบริเวณแผลบวม แดง ร้อน แผลแยกหรือแพทย์เปิดแผลเนื่องจากมีไข้ ปวดเฉพาะที่หรือกดเจ็บ / มีหนองออกจากแผลผ่าตัดชั้นลึก แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่อยู่ลึก ตรวจสอบว่ามีหนอง / ติดเชื้อ โดยจากการผ่าตัดการตรวจเนื้อเยื่อ / การตรวจทางรังสี
8. มีภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ ประกอบด้วย มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ มีการซึมเศร้า/เหม่อลอย มีการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เช่นถามแล้วถามอีก มีการปรึกษา Counseling และแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สำหรับผู้บริหารเพื่อนำไปพัฒนาการจ้ดระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ที่เน้นความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และเพื่อนำไปพัฒนาบุคลากรในทีมการพยาบาล รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการจ้ดระบบบริการและพัฒนาคุณภาพงาน โดยทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ สรุปสาระสำคัญดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ทีมการพยาบาลในระบบบริการพยาบาล
 - 1.1 ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล
 - 1.2 ความหมายและความสำคัญของทีมการพยาบาลในระบบบริการในโรงพยาบาล
 - 1.3 ลักษณะของทีมการพยาบาล
 - 1.4 การจัดการในทีมการพยาบาล
 - 1.5 บทบาทและหน้าที่ของผู้นำและสมาชิกทีมการพยาบาล
2. ลักษณะทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1 ความสามารถในงานของสมาชิกทีม
 - 2.2 การสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม
 - 2.3 การแบ่งปันภาระงานของสมาชิกทีม
 - 2.4 การติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกทีม
 - 2.5 การประสานความร่วมมือของสมาชิกทีม
3. แนวทางการดูแล (Clinical pathways)
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญของแนวทางการดูแล
 - 3.2 องค์ประกอบของแนวทางการดูแล
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
 - 4.3 ภาวะแทรกซ้อน
5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
 - 5.1 ความหมายและทฤษฎี
 - 5.2 เครื่องมือวัดความพึงพอใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทีมพยาบาลในระบบบริการพยาบาล

การพยาบาลเป็นทีม เริ่มใช้เมื่อ ค.ศ. 1950 และในปัจจุบันเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ ความนิยามมากที่สุดในการพยาบาล (Bernhard and wash, 1995 อ้างถึงในปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2541) เหตุที่มีการจัดระบบการพยาบาลเป็นทีมขึ้น เนื่องจากความพยายามที่จะแก้ปัญหาของการทำงานเป็น หน้าที่ (Functional nursing) โดยสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคลากรเป็นการปรับปรุง คุณภาพการบริการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนจำกัด มาทำงานร่วมกับกลุ่ม บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลหลายๆ ระดับ มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ความสามารถ อย่างเหมาะสมโดยมีพยาบาลระดับวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้นำทีม

1.1 ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล

การบริการพยาบาลเป็นบริการทางด้านสุขภาพอนามัยที่ให้กับผู้ป่วยและผู้มารับ บริการที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย และเป็นสิทธิที่มนุษยชนพึงจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน โดย ไม่มีการแบ่งเชื้อชาติ ชนชั้น ศาสนาและลัทธิการเมืองใดๆ ทั้งสิ้น บริการพยาบาลที่ให้กับประชาชน ควรต้องสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคมหรือเป็นบริการที่มีคุณภาพการพยาบาล

การพยาบาลที่มีคุณภาพ มองได้ 3 แนว ดังนี้

1. ตามแนวการตอบสนองความต้องการของประชาชน หมายถึงการให้บริการพยาบาลที่ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคลและชุมชน ซึ่งอาจปรากฏในลักษณะบริการที่มี ปริมาณบริการอย่างเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และมีบริการที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

2. ตามแนวการตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน หมายถึงความ คาดหวังของประเทศในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย จะต้องเป็นไปในลักษณะของการผสมผสาน ทั้งการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการรักษาเบื้องต้น ในชุมชนที่ห่างไกลโรงพยาบาล และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทางด้านสุขภาพอนามัย

3. ตามแนวของวิชาชีพพยาบาล หมายถึง การรักษาความเป็นวิชาชีพของพยาบาลโดย ต้องปรากฏในลักษณะการปฏิบัติพยาบาล ได้แก่

3.1 ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบทางวิทยาศาสตร์ หรือใช้ กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

3.2 ประสานงานการดูแลรักษาพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 3.3 นิเทศการพยาบาลให้กับบุคลากรในความรับผิดชอบ โดยใช้หลักการนิเทศการพยาบาล
- 3.4 รักษาและดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณวิชาชีพ และการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

หลักการจัดระบบบริการพยาบาล

1. มุ่งการให้บริการพยาบาลอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งชั้นวรรณะเชื้อชาติ ศาสนา
2. ให้บริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าผลัดในแต่ละหอผู้ป่วย
3. ใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมการแก้ปัญหา และสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและสภาวะแวดล้อม
4. ใช้หลักการให้พยาบาลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลด้วยหลักจิตวิทยา มนุษยธรรม คุณธรรม และจริยธรรม เพื่อให้บริการประทับใจและถูกใจแก่ประชาชน
5. ให้การพยาบาลด้วยหลักความรู้วิชาการที่ถูกต้อง ถูกเทคนิค และความรวดเร็วเพื่อช่วยชีวิตให้ความปลอดภัย และบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้วยหลักกระบวนการพยาบาล
6. ใช้หลักการมอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถอย่างยุติธรรม
7. มุ่งให้บริการพยาบาลทั้งเชิงตั้งรับ และเชิงรุก ตามปัญหาและความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยและประชาชนที่บ้านและครอบครัว
8. ใช้หลักการติดตามผลการพยาบาลด้วยหลักกระบวนการพยาบาลและตรวจสอบรับรองผลการพยาบาลด้วยระบบ ที คิว เอ็ม (Total Quality Management, T.Q.M.) ตลอดจนใช้หลัก ซี คิว ไอ (Continuous Quality Improvement, C.Q.I.) เพื่อการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง และพัฒนาบริการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลครอบคลุมงาน 4 ด้านคือ

1. บริการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนและผู้รับบริการมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ มีพลานามัยดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. บริการพยาบาลที่มุ่งป้องกันโรค ทั้งโรคที่ติดต่อและโรคไม่ติดต่อ
3. บริการพยาบาลที่มุ่งการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ได้แก่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ทั้งที่มาขอรับบริการในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้อาการเจ็บป่วยทุเลา บรรเทา หรือหายเป็นปกติ เป็นการรักษาพยาบาลเพื่อให้สุขภาพพลานามัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติ

4. บริการพยาบาลที่มุ่งการฟื้นฟูสภาพ เป็นการช่วยกระตุ้นช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้เจ็บป่วย พิกัด หรือไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ให้สามารถใช้อวัยวะ หรือศักยภาพของร่างกายที่พึงมีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เพื่อให้สามารถช่วยตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว คนรอบข้างและสังคม

คุณภาพของการให้การพยาบาลครอบคลุมงาน 3 ด้าน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541)

1. งานด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริการการพยาบาลจะต้องศึกษาแนวทางที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพของการจัดการด้านบริการพยาบาล หลักการบริหารงานทั่วไปที่ดี หรือคุณสมบัติของผู้บริหารงานที่ควรจะเป็นที่ดี เป็นสิ่งที่ผู้บริการพยาบาลควรคำนึงถึง ผู้บริหารควรเป็นผู้เก่งงาน เก่งคน และเก่งสังคม ประสานงานซึ่งมุ่งที่อำนาจของบริการพยาบาลให้งานถึงฝั่งอย่างราบเรียบ เพียบพร้อมไปด้วยความตั้งใจทำงาน การร่วมมือ และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2. งานด้านบริการพยาบาล นับว่าเป็นหัวใจของการบริหารจัดการพยาบาล บริการพยาบาลที่มีคุณภาพจะได้รับคำชมเชย ยกย่องสรรเสริญจากผู้ป่วยและประชาชน ซึ่งคุณภาพของการพยาบาลขึ้นอยู่กับ การให้พยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ซึ่งเน้นหลักการแก้ปัญหาและสนองความต้องการให้แก่ผู้ป่วย ตามหลักวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน และการใช้ศิลปะเป็นหลักประกอบกระบวนการพยาบาล ในเข้าถึงจิตใจและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการเอาใจใส่ให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือมีเมตตากรุณา มีทัศนคติ และเจตนาที่ดีต่อการเป็นพยาบาล และการทำหน้าที่ให้การพยาบาล หากใช้ความสังเกต พิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่าบางโรงพยาบาลจะมีแพทย์ที่เก่ง มีความรู้ ความสามารถในด้านการรักษาสูง แต่หาได้รับความนิยจากผู้ป่วยและประชาชนเท่าที่ควร ตรงเท่าที่บริการพยาบาลได้รับการปรับปรุงให้บริการที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและประชาชน ตรงนั้น โรงพยาบาลแห่งนั้น จึงได้รับการยกย่องชมเชยว่า เป็นสถานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. งานด้านวิชาการ ซึ่งจะครอบคลุมทั้งวิชาการด้านบริหารการพยาบาล วิชาการด้านบริการพยาบาล และวิชาการเพื่อวิชาการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การจัดประชุมวิชาการ การจัดโครงการทดลอง (Pilot Project) การวิเคราะห์งาน การประเมินผลงาน การวิจัย เป็นต้น

1.2 ความหมายและความสำคัญของทีมการพยาบาลในระบบบริการในโรงพยาบาล

ทีม (team) ตามความหมายของพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ชุด หมู่ คณะ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2531 : 403)

ทีม (team) คือบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาร่วมมือร่วมใจกันทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน (ชวณพิศ ลินธูรการ, 2539)

ทีม หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่ทำงานร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ร่วมทีมต่างมีความพอใจในการทำงานนั้น (สุนันทา เลานันทน์, 2544)

ทีม หมายถึง การทำงานในลักษณะของกลุ่มที่มีสมาชิกคงที่ มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน มีการทำงานพึ่งพาอาศัยกัน ซึ่งงานหรือหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเป็นส่วนหนึ่งของทีมทั้งหมด (Tappen, 1995 : 295)

กล่าวโดยสรุป ทีม หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้บรรลุจุดหมายที่วางไว้

ทีมการพยาบาลเป็นทีมงานภายในองค์กร เป็นระบบการทำงานที่ใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล งานรับผิดชอบหลักคือให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบให้มีคุณภาพ ซึ่งกระทำการลงมือปฏิบัติด้วยตัวเอง โดยการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและประสานงานกันของสมาชิกในทีม หรือกับทีมงานอื่นในองค์กรเดียวกันหรือองค์กรและชุมชน (สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2530)

ทีมการพยาบาลหมายถึง การจัดกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบทำการพยาบาลต่างระดับความรู้ มาปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งจะต้องมีการวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม (กองการพยาบาล, 2539)

ทีมการพยาบาล หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นความรับผิดชอบของทีมวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ ซึ่งทำงานร่วมกันเพื่อให้ได้คุณภาพ ได้มาตรฐานสำหรับวิธีการทำงานที่ได้รับมอบหมาย โดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้มอบหมายงานดูแลผู้ป่วย (Monica, 1994 อ้างถึงในวัลภา ฐาน์กาญจน์, 2540)

ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างระดับความรู้มาปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ (อมรรักษ์ จินนาวงศ์, 2543)

ทีมการพยาบาลเป็นองค์กรการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการบริหารไปในระดับหน่วย ในกลุ่มมีการร่วมมือช่วยเหลือกัน เพื่อให้ได้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Grant and Massey, 1999 : Sullivan, 1995)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างระดับความรู้ ซึ่งนำทีมโดยพยาบาลวิชาชีพมาร่วมกันปฏิบัติงาน และมีปฏิสัมพันธ์กันในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้การพยาบาลแบบทีม ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อดังต่อไปนี้ (สุลักษณ์ มิชูทรัพย์, 2539)

1. การพยาบาลเป็นทีม สามารถให้บริการพยาบาลที่ครบถ้วนและมีคุณภาพ
2. ได้ใช้คนตามความรู้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่และทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการพยาบาล
3. การปฏิบัติพยาบาลเป็นทีมจะช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผู้ปฏิบัติงานจะมีความกระตือรือร้นและพอใจที่จะปฏิบัติงาน เนื่องจากได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลสำคัญเท่าเทียมกันทั้งทีม
5. ทุกคนมีคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ผลที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมร่วมกันของสมาชิก จะก่อให้เกิดผลดีต่างๆ หลายประการ โดย Robbins (1998) ได้กล่าวถึงผลที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมไว้ดังนี้

1. เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน (Increased Employee Motivation)
การทำงานร่วมกันเป็นทีม ทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการวางแผนและการตัดสินใจ การที่บุคคลได้มีส่วนร่วมในการทำงาน จึงทำให้รู้สึกงานที่ปฏิบัติ นั้นเป็นงานที่ทำทนาย น่าสนใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่องาน เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. เพิ่มผลิตผลการทำงาน (Higher Levels of Productivity)
การทำงานร่วมกันเป็นทีม จะเป็นการกระตุ้นให้ทุกคนได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ผลิตผลการทำงานที่ได้จึงเพิ่มสูงขึ้น
3. เพิ่มความพึงพอใจในงาน (Increased Employee Satisfaction)
การทำงานเป็นทีม นั้น สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดความผูกพันกัน มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี ได้ใช้ความรู้ ความสามารถเต็มที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกสนุกกับการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น
4. ยอมรับเป้าหมายของการทำงาน (Common Commitment to Goals)

การทำงานเป็นทีมจะเป็นการกระตุ้นให้บุคคล ปรับเป้าหมายในการทำงานของตนให้สอดคล้องกับทีม ทำให้เกิดการยอมรับเป้าหมายของการทำงาน ช่วยในการทำงานมีทิศทางที่เป็นไปในทางที่สอดคล้องกัน

5. การติดต่อสื่อสารกันเพิ่มมากขึ้น (Improved Communication)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันการมีปฏิสัมพันธ์ต้องมีการสื่อสารที่ดี โดยเป็นการสื่อสารที่ทำให้ทุกคนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจและยอมรับหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบ รวมทั้งการให้ความร่วมมือช่วยเหลือในทีม เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

6. เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน (Expanded Job Skills) การทำงานเป็นทีมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ที่สำคัญได้แก่

1. ทักษะการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความรู้ ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติมากยิ่งขึ้น
2. ทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จะช่วยให้รู้จักการวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกัน และใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจ
3. ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เนื่องจากการทำงานเป็นทีมเป็นการทำงานที่ทุกคนต้องร่วมกันทำงาน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงทำให้บุคคลได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเรียนรู้การแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเป็นผู้ฟังที่ดี และการมีปฏิริยาโต้ตอบที่เหมาะสมด้วย

7. มีความยืดหยุ่นในการทำงาน (Organizational Flexibility)

การทำงานเป็นทีมจะมุ่งไปที่กระบวนการในการปฏิบัติงาน มากกว่ามุ่งที่หน้าที่ทำให้การบริหารจัดการในเรื่องการทำงานสามารถปรับให้มีความยืดหยุ่นได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

การพยาบาลจำเป็นต้องจัดทีมการทำงาน เนื่องจากผู้ใช้บริการต้องการการดูแลสืบเนื่อง ปัญหาผู้ใช้บริการมีทั้งยากง่ายคละกันไป การค้นหาปัญหาหลายคนย่อมดีกว่าคนเดียว และการวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกันย่อมรวดเร็ว และสมบูรณ์แบบ (กองการพยาบาล, 2539) โดยมีวัตถุประสงค์ของการทำงานเป็นทีมในทีมการพยาบาล ดังนี้

1. เพื่อปรับปรุงบริการให้ดียิ่งขึ้น โดยมุ่งสนองความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละคนอย่างมีระเบียบและสมบูรณ์แบบ
2. ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของสมาชิกในทีม โดยเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานหลายระดับร่วมกัน พิจารณาแก้ไข ปัญหาผู้ใช้บริการ

3. ช่วยแบ่งเบางานที่ไม่จำเป็นต้องใช้พยาบาลรับผิดชอบ และแก้ปัญหาจำนวนเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล

4. เพื่อฝึกฝนให้เป็นผู้นำที่ดี

1.3 ลักษณะของทีมการพยาบาล

การให้การพยาบาลเป็นทีม จะมีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้ (Bernhard and Walsh, 1995)

1. หัวหน้าทีมจะต้องเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ เพราะหัวหน้าทีมมีอำนาจหน้าที่ในการมอบหมายงานให้สมาชิกในทีม แนะนำ ชี้แนะแนวทางเกี่ยวกับการทำงานภายในทีมให้ได้มาตรฐานสูงสุด
2. รูปแบบการบริหารงานภายในทีม จะเป็นแบบประชาธิปไตยหรือการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม สมาชิกภายในทีมทุกคนอิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย
3. ที่จะต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แบบ
4. มีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงได้เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นการแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และสามารถปฏิบัติได้ในทุกแห่งที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัย (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)
5. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกทีมการพยาบาล การสื่อสารภายในทีมจะประกอบด้วย การพูดและการเขียน ดังนี้ (Tappen, 1995)

5.1 การพูดได้แก่การรับ-ส่งเวร การประชุมปรึกษา การตรวจเยี่ยม การนิเทศ และการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยสมาชิกทีมรายงานหัวหน้าทีม และหัวหน้าทีมรายงานหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยอีกต่อหนึ่ง

5.2 การเขียน ได้แก่ การมอบหมายงานการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การเขียนแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย การเขียนข้อมูลต่างๆ ในคาร์เด็กซ์ (kardex) และการรายงานข้อมูลในใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)

1.4 การจัดการในทีมการพยาบาล

การจัดการ (Management) ใช้ในความหมายของการบริหารงานในระดับปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการจัดการในกิจกรรมต่างๆ ตามนโยบายที่ผู้บริหารระดับสูงได้กำหนดไว้ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายและบรรลุล่วงวัตถุประสงค์ขององค์การ โดยทั่วไปจะใช้กับผู้บริหารระดับกลาง

และระดับต้นขององค์การ เช่น ผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย (Steven, 1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2533)

คุณลักษณะที่ดีของการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีคุณลักษณะดังนี้ (Pederson and Easton, 1995 อ้างถึงใน ปรากฏทิพย์ อุจะรัตน, 2541)

1. มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป้าหมายนี้ได้มาจากการตกลงร่วมกันของสมาชิกทั้งหมด และกระทำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
2. บทบาทและความรับผิดชอบของสมาชิกทีมแต่ละคนจะต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ สมาชิกทุกคนเข้าใจ
3. สมาชิกทีมทุกคนจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันกับงาน มีความมุ่งมั่นและอุทิศตนทำงานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
4. สมาชิกทีมมีความเชื่อใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับคุณค่าของบุคคลเคารพนับถือซึ่งกันและกัน มีการยอมรับในความสามารถของบุคคล นำเอาจุดแข็งของแต่ละบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานกลุ่ม มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ความสามารถ
5. ทีมจะต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนและประคับประคองให้มีบรรยากาศของการทำงานเป็นทีม โดย
 - 5.1 การสร้างบรรยากาศของความสามัคคี
 - 5.2 มุ่งเน้นเรื่องการทำงานร่วมกัน
 - 5.3 มีการบริหารความขัดแย้งที่ดี โดยการกระตุ้นให้สมาชิกทีมร่วมมือกันแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้ง เมื่อความขัดแย้งได้ถูกแก้ไขโดยกลุ่ม จะทำให้ความสัมพันธ์ของทีมแข็งแกร่งขึ้น ความรู้สึกสนุกสนานในการทำงานกลุ่มจะเกิดขึ้น
 - 5.4 มุ่งเน้นที่ประสิทธิภาพของงาน โดยจะต้องทำการสำรวจร่วมกันอย่างต่อเนื่องว่าเป้าหมายของงานบรรลุผลสำเร็จหรือไม่ การประสานงานเป็นไปด้วยความราบรื่นหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีหรือไม่ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของทีม นอกจากนี้จะต้องกระตุ้นให้สมาชิกทีมร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและทำการทบทวนหรือปรับปรุงแผนเมื่อ จำเป็น โดยปกติจะจัดให้มีการประชุมร่วมกันทุกๆ 1 - 2 สัปดาห์
6. มีการสื่อสารที่ดี เมื่อทีมเป็นลักษณะของการทำงานร่วมกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง จุดประสงค์ของการสื่อสารของทีมคือต้องการให้เกิดความเข้าใจตรงกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ดังนั้นการสื่อสารจะต้องกระทำอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา ชัดเจน

เข้าใจง่ายถ้าปราศจากการสื่อสารที่มีคุณภาพ การทำงานเป็นทีมการพยาบาลก็จะเปลี่ยนไปเป็นการทำงานตามหน้าที่ซึ่งบุคลากรแต่ละคนจะมุ่งเน้นที่การรับผิดชอบงานของตน มิใช่การรับผิดชอบที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

7. มีกฎระเบียบเป็นแนวทางในการปกครองดูแลพฤติกรรมของสมาชิกทีม ซึ่งสมาชิกทีมทุกคนจะทราบ เข้าใจและยอมรับ

8. สมาชิกทีมทุกคนมีความเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือ ในการประชุมปรึกษาและเขียนแผนการพยาบาล สมาชิกทีมมีความพึงพอใจจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกิดขึ้นทุกระดับสมาชิกทีมทุกคนรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมของพวกเขามีคุณค่าในการทำให้ทีมประสบความสำเร็จ (Yoder Wise, 1995)

องค์ประกอบของทีมการพยาบาล

ทีมการพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (Sullivan, 1990)

1. หัวหน้าทีม (team leader) จะทำหน้าที่มอบหมายงานที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลให้สมาชิกทีม โดยจะต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติของสมาชิกทีมและความต้องการของผู้ป่วยประกอบกัน

2. สมาชิกทีม ประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ ทั้งระดับวิชาชีพและต่ำกว่าวิชาชีพมาทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

3. มีแผนการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ หัวหน้าทีมจะต้องรับผิดชอบในการเขียนแผนการพยาบาลหรือดูแลให้สมาชิกทีมเขียนแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

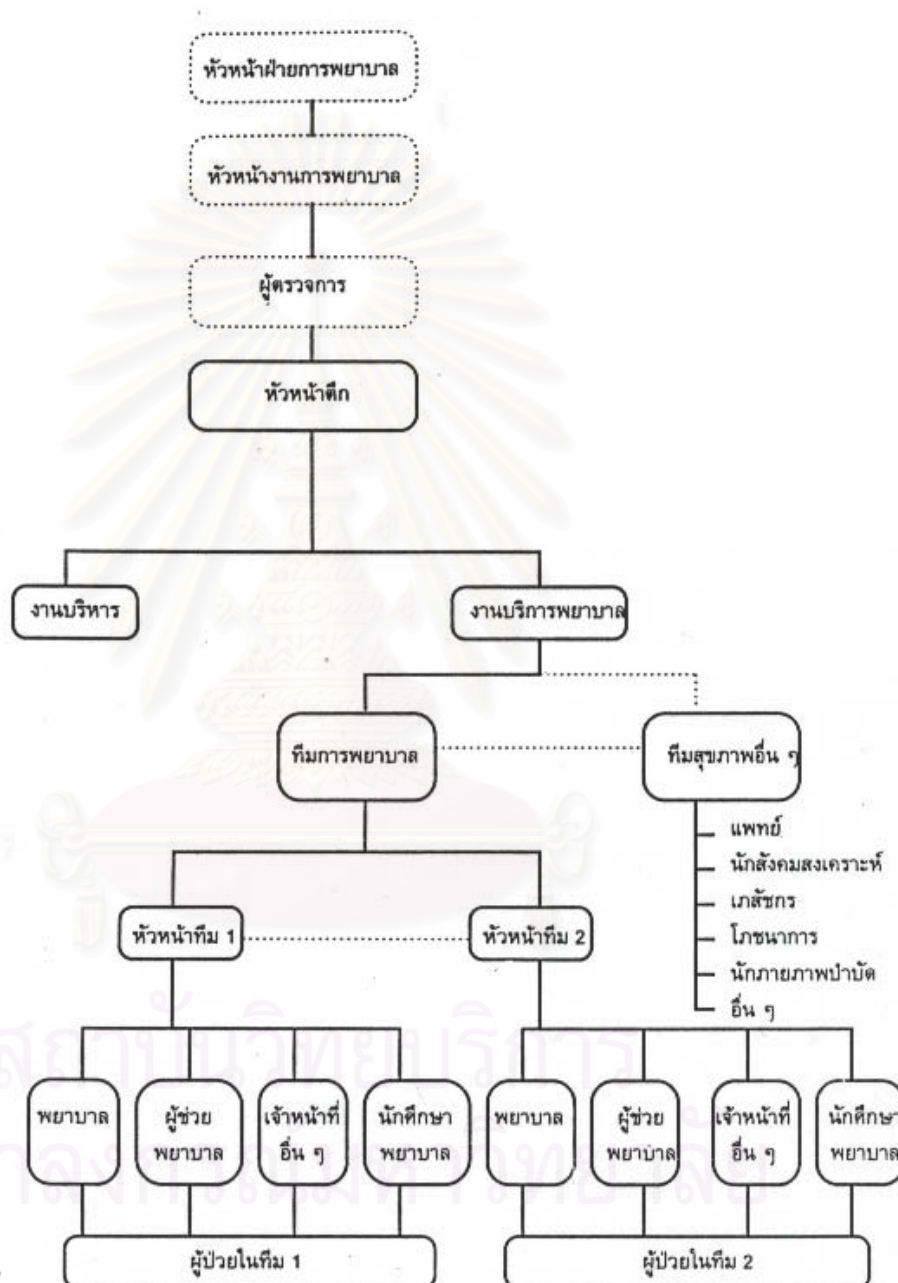
4. มีการประสานงานภายในทีม ระหว่างทีม และภายนอกทีมทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการทำให้เป้าหมายขององค์กรประสบผลสำเร็จ

5. มีการประเมินผล หัวหน้าทีมจะต้องรับผิดชอบประเมินผลการให้การพยาบาลที่ปฏิบัติไปแล้ว เพื่อประเมินความถูกต้องและหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การบริหารทีมการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย

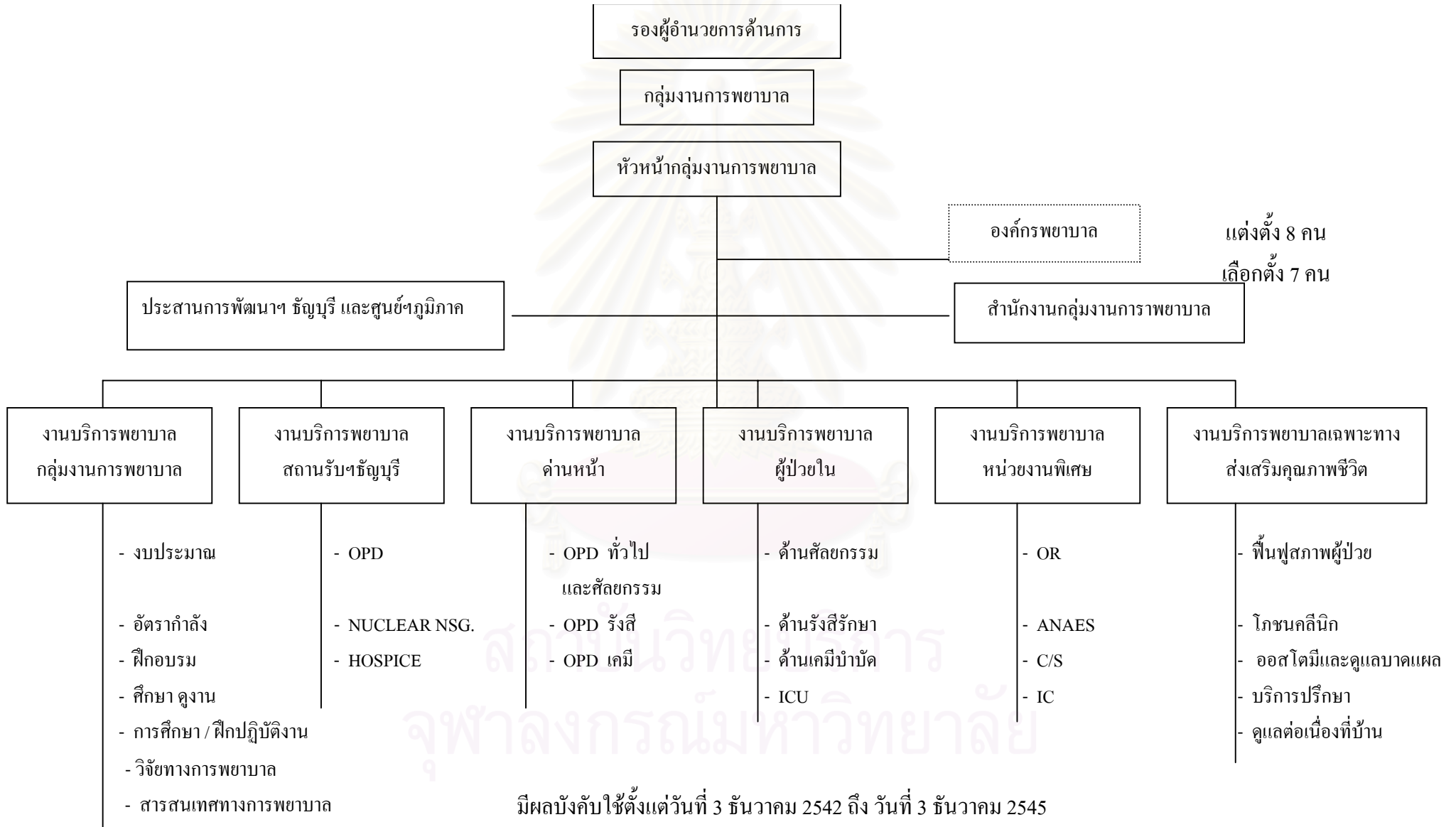
หัวหน้าหอผู้ป่วยมีอำนาจหน้าที่โดยตรงในการบริหารจัดการเกี่ยวกับทีมการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ กิจกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องกระทำเพื่อนำทีมการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพมีดังต่อไปนี้ (กุลยา, 2522 อ้างถึงในปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

1. เขียนแผนภูมิองค์กร แสดงตำแหน่งของบุคลากรระดับต่าง ๆ ตามสายการบังคับบัญชาจากระดับสูงจนถึงระดับหอผู้ป่วย ตลอดจนการประสานงานกับบุคลากรอื่น ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาเรียบร้อยและเข้าใจ ดังรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 แผนภูมิแสดงสายการบังคับบัญชาและการประสานงานของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย
ที่มา : ปรากฏพิทย์ อุจะรัตน์, 2541 : 58

โครงสร้างกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สายงานบังคับบัญชา)



2. วางแผนจัดตั้งทีมการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวางแผนจัดตั้งการพยาบาลขึ้นมาเพื่อให้การปฏิบัติงานในระบบทีมมีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาถึงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 หัวหน้าทีม

หัวหน้าทีมจำเป็นต้องเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ และต้องเป็นผู้ที่มีทักษะมีความรู้ความสามารถอย่างดีในการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบได้การกำหนดหัวหน้าทีม จะต้องพิจารณาถึงช่วงเวลาการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่จะกำหนดช่วงละ 8 ชั่วโมงแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ เวชเช้า เวรบ่ายและเวรดึก หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องกำหนดหัวหน้าทีมให้ครบทุกเวร

2.2 จำนวนทีมและขนาดของทีม

โดยปกติแล้วในแต่ละหอผู้ป่วยจะแบ่งทีมออกเป็น 2 ทีมหรือมากกว่า (Bernhard and Walsh, 1995) การกำหนดจำนวนทีมและขนาดของทีมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ คือ

2.2.1 ประเภทของผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละประเภทจะต้องการเวลาในการให้การพยาบาลแตกต่างกัน

2.2.2 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยและจำนวนบุคลากรในแต่ละเวร หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องใช้วิจารณญาณในการคัดเลือกสมาชิกทีมให้เหมาะสม โดยจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติของสมาชิกทีมและประเภทของผู้ป่วยในทีม เป็นที่ทราบแล้วว่าหัวหน้าทีมจะต้องเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพอยู่ในทีมอย่างน้อย 1 คน

2.2.3 ลักษณะของหอผู้ป่วย ถ้าหอผู้ป่วยมีขนาดเล็ก โลงติดต่อกันอาจจะจัดเป็นทีมเดียว แต่ถ้าหอผู้ป่วยมีขนาดใหญ่และแบ่งแยกซับซ้อน ก็ควรจะต้องจัดทีมให้เหมาะสม นอกจากนี้สมาชิกทีมเดียวกันควรจะรับผิดชอบผู้ป่วยในบริเวณเดียวกันเพื่อความสะดวกและง่ายต่อการพยาบาลและการสื่อสารของทีม

2.2.4 ศักยภาพของหัวหน้าทีม ความรู้ความสามารถของหัวหน้าทีมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการกำหนดจำนวนทีมและขนาดของทีม หัวหน้าทีมที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ มีทักษะ และมีภาวะผู้นำที่ดีจะสามารถบริหารจัดการทีมขนาดใหญ่ได้ดีกว่า

3. กำหนดกิจกรรมของทีมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

3.1 การมอบหมายงาน (Assignment)

การมอบหมายงานที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามที่ต้องการ ในเวลาเดียวกันก็ทำให้ เจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ได้รับมอบหมายงานพึงพอใจและเกิดการเรียนรู้จากการมอบหมายงานนั้น ๆ

ปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงในการมอบหมายงานมีอยู่ 2 ปัจจัย คือ (Tappen, 1995)

3.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน (Task-related factors)

การมอบหมายงานโดยคำนึงถึงงานเป็นสำคัญ หัวหน้าทีมผู้ซึ่งทำหน้าที่มอบหมายงานจะต้องพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

3.1.1.1 ความสามารถของบุคคลในการทำงานนั้นๆ ในการมอบหมายงานแบบกระจายอำนาจ ให้เกิดความเหมาะสม ทั้งหน้าที่ความรับผิดชอบ และอำนาจในการตัดสินใจ โดยกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้มอบหมายงานจำเป็นจะต้องทราบเกี่ยวกับความรู้และทักษะของสมาชิกทีม ขอบข่ายหน้าที่ตามกฎหมายของสมาชิกทีมแต่ละระดับด้วย ทั้งนี้เพราะระดับการศึกษาและความสามารถของสมาชิกทีมในการรับผิดชอบแตกต่างกัน ในทีมการพยาบาลจึงจำเป็นต้องแยกระดับการดูแลงานที่ต้องการความสามารถพิเศษและซับซ้อน จะต้องมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในทีมเท่านั้น นอกจากนี้ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่นระดับความสามารถในการทำงานก็ควรจะได้รับพิจารณาด้วย เพราะคนทุกคนจะมีจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง กฎของการมอบหมายงานข้อหนึ่ง คือจงมอบหมายงานไว้ในสิ่งที่เป็จุดแข็งของบุคคลไม่ใช่จุดอ่อน บุคคลไม่ควรได้รับการมอบหมายให้ทำงานที่ไม่สามารถกระทำได้ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือไม่ก็ตาม (Tappen, 1995)

3.1.1.2 จัดลำดับงานที่จะต้องกระทำก่อนหลัง การปฏิบัติงานใดๆ ย่อมต้องการทำงานทั้งหมดให้เสร็จสิ้นทันเวลา แต่ในความเป็นจริงงานทั้งหมดมักไม่ค่อยจะทำได้ตามกำหนด จึงเป็นเหตุผลที่จะต้องจัดลำดับงานตามความต้องการของทีม (team need) ความต้องการขององค์กร และชุมชน (organization and community need) อย่างไรก็ตาม การจัดลำดับของงานไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้การดูแล องค์กรและชุมชนมีความแตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างนี้ควรจะได้นำมาปรึกษาหารือกันระหว่างสมาชิกทีม เพื่อว่าทุกคนจะได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอันเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของทีม

3.1.1.3 ประสิทธิภาพของงาน เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย คือต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือฟื้นฟูสภาพเดิมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ภายใต้ทรัพยากรการดูแลที่มีอยู่ ก่อนข้างจำกัดไม่ว่าจะเป็นบุคลากร เวลาและเงิน ดังนั้น ผู้มอบหมายงานจึงจะต้องมีการแบ่งปันจัดสรรอย่างฉลาด เพื่อที่จะทำให้อำนาจของการดูแลบรรลุผลสำเร็จ

3.1.1.4 ความต่อเนื่องของงาน การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพราะได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แม้จะไม่ใช่พยาบาลคนเดิมก็ตาม ทั้งนี้เพราะระบบการพยาบาลเป็นทีม สามารถก่อให้เกิดความต่อเนื่องได้ เนื่องจากทีมจะมีการสื่อสาร ประสานงานงานที่ดี มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วนระหว่างเวร นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้การดูแลก็เกิดความพึงพอใจด้วย เพราะจะเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

3.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ (Relationship factors)

การมอบหมายงานโดยคำนึงถึงสัมพันธภาพเป็นสำคัญ ผู้มอบหมายงานจะต้องตระหนักถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

3.1.2.1 ความยุติธรรม ความยุติธรรมในการมอบหมายงาน นอกจากจะครอบคลุมถึงเรื่องการกระจายภาระงาน ไม่ทำให้บุคคลใดมีงานมากหรือน้อยกว่าบุคคลอื่นแล้ว ยังพิจารณาถึงการร้องขอบางสิ่งบางอย่างเป็นกรณีพิเศษที่อยู่ในขอบเขตที่จะกระทำได้ด้วย เช่นการขอเวร การขอกำหนดวันลาพักผ่อน ฯลฯ อย่างไรก็ตามก็ต้องคำนึงถึงความเสมอภาคด้วย ดังนั้น จึงควรมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อให้เกิดการตกลงใจร่วมกัน ความเข้าใจตรงกันเสียก่อน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการมอบหมายงานจะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีของสมาชิกทีม

3.1.2.2 โอกาสในการเรียนรู้ แม้ว่าการมอบหมายงานควรจะให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล แต่การมอบหมายงานที่ท้าทาย ก็เป็นการกระตุ้นจิตใจและก่อให้เกิดการเรียนรู้และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา ในตัวบุคคลได้เช่นกัน หัวหน้าทีมที่มีประสิทธิภาพจึงมักมองหางานใหม่ โครงการใหม่ เพื่อท้าทายและกระตุ้นให้สมาชิกทีมเกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ด้วย

3.1.2.3 สุขภาพ สุขภาพที่ดีของสมาชิกทีมถือเป็นสิ่งสำคัญที่หัวหน้าทีมจะต้องคำนึงถึงการทำงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ้าง ก่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีที่จัดการความเครียดให้หมดน้อยลงได้ แต่หากต้องเผชิญอยู่นานๆ มากๆ สมาชิกทีมก็อาจทนไม่ได้ ดังนั้นวิธีการที่ดีก็คือ ควรมีการหมุนกัน รับผิดชอบงานที่อาจก่อให้เกิดความเครียดในระหว่างสมาชิกทีม เพื่อที่จะทำให้ความเครียดนั้น ๆ อยู่ในระดับที่ทนได้

3.1.2.4 ความสอดคล้องกัน ไม่ใช่ความพยายามที่จะนำบุคคลที่เหมือนกันมาอยู่ในทีมเดียวกัน ทำงานร่วมกัน แต่หมายถึงความพยายามที่จะนำทักษะ ความสามารถ และบุคลิกภาพของบุคคลที่จะเกื้อกูลกัน มาทำงานร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการสร้างโอกาสสำหรับการแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ซึ่งกันและกันอันจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของทีมได้

การมอบหมายงานในทีมการพยาบาล

ในการมอบหมายงานเป็นทีม ผู้รับผิดชอบในการมอบหมายงานคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าทีม

หัวหน้าทีมหอผู้ป่วย เป็นผู้กำหนดจำนวนทีม หัวหน้าทีม สมาชิกทีม และจำนวนผู้ป่วยที่แต่ละทีมต้องรับผิดชอบ ดังนี้

1. กำหนดองค์ประกอบของทีมในแต่ละเวร ว่าใครเป็นหัวหน้าทีม สมาชิกทีมจำนวนผู้ป่วยในทีม

2. กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าและสมาชิกทีมทุกตำแหน่งให้ชัดเจนซึ่งหน้าที่ความรับผิดชอบนี้ ควรจะได้มาจากการปรึกษาร่วมกันระหว่างบุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วย

3. เขียนรายชื่อหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมในแบบฟอร์มการมอบหมายงานและติดประกาศให้ทราบซึ่งจะติดไว้ที่บอร์ดหรือใส่แฟ้มก็ได้

4. อาจทำการปรับปรุงแก้ไขจำนวนสมาชิกทีมให้เหมาะสม โดยการประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจากการตรวจเยี่ยมร่วมกับหัวหน้าทีม หรือเข้าร่วมฟังการประชุมปรึกษาในทีมการพยาบาล

หัวหน้าทีม เป็นผู้รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีมหรือผู้ป่วยอีกต่อหนึ่ง ทำหน้าที่จัดให้มีการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยในทีมและใช้คนให้มีประสิทธิภาพ เป็นผู้มอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยให้แก่สมาชิกทีมของตน โดยปฏิบัติดังนี้

1. วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในความรับผิดชอบของทีมดังนี้

1.1 ฟังการรายงานจากทีมการพยาบาลในเวรที่ผ่านมา

1.2 ทบทวนบันทึกเกี่ยวกับผู้ป่วย

1.3 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 ปรึกษากับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ฯลฯ

1.5 ทบทวนคำสั่งการรักษาในคาร์เด็กซ์

1.6 ทบทวนแผนการพยาบาล

2. จัดลำดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

3. วิเคราะห์ความสามารถของสมาชิกทีม มอบหมายผู้ป่วยให้สมาชิกทีมโดยคำนึงถึงระดับความสามารถ ประสบการณ์และขอบข่ายหน้าที่ที่สามารถกระทำได้ มอบหมายผู้ป่วยที่ต้องการดูแลโดยใช้ความชำนาญพิเศษให้พยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามจะต้องมีการกระจายงานให้เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป งานควรจะสามารถกระทำให้ประสบผลสำเร็จได้ภายในเวลาที่กำหนด

4. กำหนดให้สมาชิกทีมมารายงานผลการทำงานให้หัวหน้าทีมทราบเป็นระยะๆ

3.2 การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (Nursing rounds)

หัวหน้าทีมกำหนดวัตถุประสงค์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยให้ชัดเจนว่าต้องการตรวจเยี่ยมเพื่ออะไร เช่น เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลครบถ้วนหรือไม่ เพื่อประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อยาหรือการรักษาที่ได้รับหรือเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมสามารถกระทำได้ทั้งในขณะที่สมาชิกทีมกำลังปฏิบัติงานอยู่ หรือตรวจเยี่ยมหลังการปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้ว หรือตรวจเยี่ยมขณะที่ญาติอยู่กับผู้ป่วย

สิ่งที่จะต้องกระทำในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

3.2.1 ศึกษาผู้ป่วยของผู้ป่วยในใบบันทึกรายงานต่างๆ ได้แก่ ใบสำมะโนรายวัน (Daily census) คาร์เด็กซ์ (Kardex) ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note) ฟอร์มปรอท ใบคำสั่งการรักษา

ใบบันทึกการให้ยา (Medication record) เพื่อเป็นการหาข้อมูลล่วงหน้า เช่นมีการเตรียมตรวจพิเศษที่คนเตรียมผ่าตัดก็คน มีใช้หนักก็คน รับประทานก็คน ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดจะต้องสำรวจอะไรบ้างถามอะไรบ้าง และตรวจตราดูว่าเตรียมพร้อมหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยต่อไป

3.2.2 ใช้แผนการพยาบาลเป็นแนวทางในการตรวจเยี่ยมพร้อมกับประเมินแผนการพยาบาลไปในขณะเดียวกัน

3.2.3 ทำการประเมินผู้ป่วยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจและสภาพแวดล้อมโดยการพูดคุยสนทนากับผู้ป่วยและสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน

3.2.4 หากเป็นการตรวจเยี่ยมเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จะต้องประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการสอนและฟื้นฟูสภาพแล้วหรือยัง ผู้ป่วยรู้เรื่องเกี่ยวกับอาการของโรค ความพิการการรักษาและยาต่างๆ มากน้อยเพียงใด ทราบอาการข้างเคียงของยาหรือไม่ จากการตอบคำถามสามารถ จะบอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการคำแนะนำมากน้อยเพียงใด และพร้อมที่จะรับคำแนะนำหรือไม่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537)

3.3 การเขียนแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

แผนการพยาบาลจะเป็นการประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและ โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว กำหนดวิธีการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ แผนการพยาบาลจะต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ โดยมุ่งดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ของความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และจะต้องปฏิบัติได้จริง แผนการพยาบาลจะต้องทำการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลในทีมการพยาบาล หากไม่ให้ความสำคัญกับแผนการพยาบาลแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลก็มักจะเป็นการทำตามกิจวัตรประจำวัน เป็นส่วนใหญ่ (Marriner-Tomey, 1992)

3.4 การให้การพยาบาล (Nursing care)

เป็นการให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบผู้ให้บริการเฉพาะรายที่ได้รับมอบหมาย และนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3.5 การประชุมปรึกษาก่อนและหลังให้การพยาบาล (Pre – and post-conference)

การประชุมปรึกษาก่อนให้การพยาบาล เป็นการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการมอบหมายผู้ป่วย การเสนอแผนการพยาบาลที่จะจัดให้แก่ผู้ป่วย การชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงานเพิ่มเติม และทำความเข้าใจร่วมกันก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งจะกระทำเมื่อรับเวรเสร็จเรียบร้อยแล้ว สำหรับการ

ประชุมภายหลังการให้การพยาบาล เป็นการระดมปรึกษาภายหลังการได้นำแผนการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติ เพื่อติดตามผลการให้การพยาบาลว่า สำเร็จลุล่วงตามแผนหรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรหรือไม่ ถ้ามีควรแก้ไขอย่างไรหรือได้แก้ไขอย่างไรบ้าง และมีปัญหาใหม่เกิดขึ้นอีกหรือไม่ การประชุมภายหลังการให้การพยาบาล อาจจะใช้เวลาสายก่อน 11.00 น. หรือช่วงบ่าย

วัตถุประสงค์สำคัญของการประชุมปรึกษา เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมมีส่วนร่วมในการใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาของผู้ป่วยในทีม วางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Bernhard and Walsh, 1995) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและนำเอาผลการตกลงร่วมกันมาใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วย อันจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานกลุ่ม นอกจากนี้การอภิปรายร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทักษะ ประสบการณ์และการศึกษาอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายในการทำงานเป็นทีม ยังทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำเดิม และเป็น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกทีมด้วย

การนิเทศ (Supervision)

กิจกรรมสำคัญอีกประการหนึ่งของหัวหน้าทีม คือการนิเทศ แม้ว่าหัวหน้าทีมได้มอบหมายงานให้สมาชิกทีมดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไปแล้วก็ตาม ความรับผิดชอบสุดท้ายก็ยังคงเป็นของหัวหน้าทีม และจากการที่พยาบาลมีความรับผิดชอบตามกฎหมาย คือการจัดให้การบริการที่ปลอดภัยและมีมาตรฐานแก่ผู้ป่วย ในระบบการพยาบาลเป็นทีมจะมีสมาชิกทีมส่วนหนึ่งที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพ หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะและประสบการณ์น้อย หัวหน้าทีมจึงจำเป็นต้องทำการนิเทศซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการแนะนำ การสอน การให้ความช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวก การตรวจตรา และการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อให้สมาชิกทีมเกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดีมีคุณภาพ

การประเมินผล (Evaluation)

หัวหน้าทีมจำเป็นต้องทำการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งอาจกระทำโดยการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อค้นหาข้อมูลและติดตามดูแลให้ผลการปฏิบัติงานนั้นๆ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ถ้าพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติงานหัวหน้าทีมต้องแนะนำ สอนหรือช่วยเหลือจนกระทั่งบุคคลนั้นๆ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ/หรือหัวหน้าที่จะทำการประเมินผลโดยการตรวจสอบติดตามผลงานสุดท้ายว่ามีคุณภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าสมาชิกทีมมี

คุณลักษณะเช่นใด เช่นสมาชิกทีมบางคนอาจมีความจำเป็นต้องติดตามดูแลและคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ขณะที่สมาชิกทีมบางคนอาจไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ และต้องการให้ประเมินผลเมื่องานสำเร็จแล้ว ดังนั้น หากหัวหน้าทีมติดตามประเมินผลงานได้อย่างเหมาะสมจะ ช่วยให้สมาชิกทีมเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้มาก

1.5 บทบาทหน้าที่ของผู้นำและสมาชิกทีมการพยาบาล

บุคลาการทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้น ๆ กระทำตามบทบาทใด ดังต่อไปนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วย

1. จัดแบ่งทีม
2. เลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและมีภาวะผู้นำเป็นหัวหน้าทีม
3. รับผิดชอบในการบริหารงานทั่ว ๆ ไปภายในหอผู้ป่วย
4. กระทำตนเป็นทรัพยากรบุคคล โดยการให้ความรู้ อำนวยความสะดวก สนับสนุน ปรึกษาประคอง และเป็นผู้พัฒนาทีม (Spitzer-Lehmann, 1994 : 554)
5. จัดประชุมบุคลากรเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการภายในหอผู้ป่วย
6. ทำการประเมินผลอย่างเป็นทางการ (Tappen, 1995 : 402)
7. รับผิดชอบเกี่ยวกับการสื่อสาร ประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ (Sullivan, 1990 : 31)

หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าทีม (Team Leader) (กองการพยาบาล, 2539)

การปฏิบัติงานของหัวหน้าทีมจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยองค์ประกอบดังนี้

1. รับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดภายในทีม
2. สามารถนำเทคนิคต่าง ๆ ของความเป็นผู้นำมาช่วยโน้มน้าวให้ผู้ร่วมงานกระตือรือร้นที่จะทำงานให้ได้ผลดีและทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ
3. พยาบาลปลูกฝังให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของทีม และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของทีม ให้กำลังใจสมาชิกในทีมเมื่อเกิดข้อบกพร่อง เพื่อให้เกิดการแก้ไขใหม่โดยไม่เสียกำลังใจ
4. สามารถชี้แจงให้สมาชิกทุกคนเข้าใจเป้าหมายของการปฏิบัติงาน โดยมีเป้าหมายการพยาบาลที่ครบถ้วนและมีคุณภาพสำหรับผู้ให้บริการทุกคน

5. วางแผนและมอบหมายงานให้แก่สมาชิกในทีม สามารถอธิบายให้สมาชิกทราบถึงหลักในการวางแผนในทีม วิธีดำเนินงานร่วมมือในทีม และชี้แจงให้ทราบถึงวิธีการปรึกษาหารือ การวางแผนการพยาบาลและเขียนแผนการพยาบาล การกระทำดังกล่าวนี้ควรเริ่มทำก่อน เริ่มลงมือทำการพยาบาลเป็นทีมเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อข้องใจอย่างเป็นกันเอง คอยแนะนำเพิ่มเติมตามความเหมาะสม และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกขณะปฏิบัติงาน รวมทั้งพัฒนาแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้น ร่วมกับสมาชิกทีม โดยการประชุมปรึกษาก่อนและหลังให้การพยาบาล และมอบหมายให้สมาชิกทีมไปให้การดูแลหรือให้การดูแลร่วมกัน (Ellis and hartley, 1995)

6. หัวหน้าทีมจะต้องเป็นผู้วางแผนและมอบหมายงานให้แก่สมาชิกภายในทีม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พิจารณาว่าจะต้องทำอะไรให้แก่ผู้ใช้บริการบ้าง มีวิธีการทำอย่างไร จะให้ใครเป็นผู้นำ เมื่อไหร่ ที่ไหน เมื่อวางแผนเรียบร้อยแล้ว และคำตอบคำถามทั้งหมดได้ จึงมอบหมายงานให้สมาชิกรับไปปฏิบัติการวางแผนการพยาบาล ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ใช้บริการเข้ารับการรักษา ระหว่างนั้นต้องมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ใช้บริการตลอดเวลา

7. เป็นผู้นำในการประชุมปรึกษาหารือ (team conference) โดยใช้เวลาให้น้อยที่สุดเพื่อไม่เป็นการขัดขวางการปฏิบัติงานอื่น ๆ ให้ต้องเสียเวลาไปด้วยคือประมาณ 15-30 นาที

8. ต้องแจ้งเวลา สถานที่ และวัตถุประสงค์ของการประชุมปรึกษาหารือให้สมาชิกทุกคนในทีมทราบล่วงหน้าเพื่อการวางแผนการปฏิบัติงานและเตรียมเรื่องที่จะประชุมปรึกษาหารือให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

9. กระตุ้นให้สมาชิกในทีมเกิดความสนใจที่จะร่วมมืออภิปรายให้ข้อคิดเห็นและมอบหมายให้คนหนึ่งคนใดในทีมจดบันทึกปัญหาของผู้ป่วยและการปฏิบัติงานในระหว่างประชุมปรึกษาหารือ

10. เป็นผู้เลือกและจัดเตรียมสถานที่ที่เหมาะสมแก่การประชุมปรึกษาหารือ

11. หัวหน้าทีมจะเป็นผู้กล่าวนำและเริ่มการประชุมปรึกษาหารือให้ตรงเวลาตามที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นการกระตุ้นผู้ที่มาช้าให้เร็วขึ้น

12. ชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการทำงานเป็นกลุ่ม การบันทึกปัญหา การวางแผนการพยาบาลหรืองานที่มอบหมายให้พร้อมทั้งสอนแนะวิธีการปฏิบัติงานและสรุปประเด็นสำคัญให้สมาชิกทุกคนได้ทราบเพื่อการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง

13. ประสานงานกับแพทย์และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

14. เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านการวางแผนการพยาบาล การมอบหมายงานและการให้บริการพยาบาล

15. หัวหน้าทีมต้องสังเกตติดตามการปฏิบัติงานของสมาชิกทุกคนในทีมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และของตนเองด้วย

16. หัวหน้าทีมต้องให้การสื่อความหมายภายในทีมเป็นไปด้วยดี ไม่ว่าจะเป็นลายลักษณ์อักษร หรือวาจา

17. หัวหน้าทีมต้องนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอในทีมที่ตนรับผิดชอบ

การกำกับผลงานของทีม

ประกอบด้วย

1. การนิเทศงาน
2. การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล

กลวิธีการควบคุมกำกับงานโดยการนิเทศงาน

องค์ประกอบของการที่จะนิเทศมี 2 ส่วน คือ การนิเทศงานทางวิชาการและการนิเทศ ทางการบริหารและการจัดการ สำหรับการนิเทศงานพยาบาลจะกระทำไปพร้อมๆ กันกับกระบวนการประเมินผล เพื่อมุ่งปรับปรุงงานโดยพัฒนาตนเอง หรือปรับปรุงคุณภาพของงานระบบการนิเทศ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพตามลำดับชั้น มีดังต่อไปนี้ คือ

1. หัวหน้าพยาบาล รับผิดชอบนิเทศงานทั้งหมด
2. ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ วิชาการ และบริการการศึกษา ดำเนินการนิเทศงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบทุกหน่วยงาน
3. ผู้อำนวยการเฉพาะทาง จะนิเทศงานเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเฉพาะสายงานที่รับผิดชอบ เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรม ทั้งด้านวิชาการและการบริหารงาน
4. หัวหน้างาน ทำหน้าที่นิเทศงานเจ้าหน้าที่เฉพาะในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น ห้องผ่าตัดแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม งานฉุกเฉิน
5. พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่นิเทศงานเจ้าหน้าที่ในระดับรองๆ ลงไป เช่น พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
6. พยาบาลเวรตรวจการ จะทำหน้าที่นิเทศงานด้านการให้บริการการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ทุกระดับ ในเวรตรวจการนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ

การนิเทศงาน จึงเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้บังคับบัญชาทุกคนและทุกระดับเพื่อให้งาน ที่ได้รับมีคุณภาพโดยเฉพาะงานการพยาบาลเพราะเป็นงานที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะ 4 ข้อ คือ

1. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพและความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์
2. เป็นงานที่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่หลายระดับร่วมกันปฏิบัติงานเป็นทีม
3. เป็นงานที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการมอบหมายให้บุคคลนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ
4. เป็นงานที่มุ่งในด้านคุณภาพมากกว่าปริมาณ

ดังนั้นการนิเทศในสายงานการพยาบาล จึงเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งผู้บริหารทุกระดับ เช่น หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วย หัวหน้าทีม ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมาย และผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงานด้วย

ความหมายของการนิเทศงาน

Perrodin (1961) ผู้นำทางการนิเทศได้ให้ความการนิเทศว่า การนิเทศไม่ใช่การบริหาร แต่เป็นส่วนประกอบของการบริหาร เป็นการปฏิบัติเพื่อประสิทธิภาพทางการบริหาร

การนิเทศต้องนำหลักการสอนมาใช้ในการปฐมนิเทศให้การศึกษาแก่ผู้รับการนิเทศจัดอบรม ประจําการและติดต่อกับผู้รับการนิเทศประจําวัน

การนิเทศจะใช้เทคนิคของการแนะแนวมาเสริมสร้างและกระตุ้นเพื่อความก้าวหน้าของผู้รับการนิเทศ ตรวจสอบความสามารถในการทำงานและผลของงานเพื่อให้งานดำเนินไปอย่างไม่มีผิดพลาด

การนิเทศเน้นการใช้วิธีการตรวจเป็นพื้นฐานสำหรับทราบความต้องการและความก้าวหน้าของผู้รับการนิเทศ ตรวจสอบความสามารถในการทำงานและผลของงาน เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างไม่มีผิดพลาด

การนิเทศเน้นการใช้วิธีการประเมินผลในการพัฒนาและเสริมสร้างความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่ประเมินโดย การมอบหมายงานและต้องประเมินทั้ง 2 ด้าน คือ ประเมินคนจากงาน และประเมินงานจากคน

การนิเทศงานเน้นกระบวนการที่จัดให้มีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะ ปรับปรุงงานโดยใช้หลักการ วิธีการ ให้การช่วยเหลือ แนะนำแนะแนว สนับสนุน กระตุ้น ชักจูง ปรับปรุง อบรม เพื่อความเจริญ (พัฒนา) ของเจ้าหน้าที่ในทุก ๆ ทาง (K.A.P.) ตลอดจนความ เป็นอยู่ ซึ่งจะมีผลถึงการบริหารและสถานภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวแสดงว่าการนิเทศงานเป็นการหาวิธีที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นเพิ่มความอิสระในการทำงานมากขึ้น โดยให้ผู้ได้บังคับบัญชาแนะนำได้ กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนการปฏิบัติงานของตนเอง ผู้เทศเป็นผู้ร่วมงานช่วยเหลือแนะนำ ให้ความรู้ สนับสนุนและให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้ได้บังคับบัญชาเพื่อให้งานมีผลดีที่สุดและเจ้าหน้าที่เองก็ได้พัฒนาตนเองด้วย

วัตถุประสงค์ของการนิเทศ

1. ปรับปรุงทั้งคนและงานให้ดีขึ้น
2. แก้ไขปัญหาให้ตรงจุด ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น
3. เพิ่มพูนทักษะในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ และการพยาบาลใหม่ ๆ
4. เพิ่มพูนมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน

วิธีการนิเทศที่ทำให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์

1. จะต้องนิเทศควบคู่กันไป ทั้งกิจกรรม(งาน) และบุคคล (คน)
2. ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
3. ต้องให้เหมาะสมกับประเภทและธรรมชาติของมนุษย์
4. ต้องอาศัยวิธีการ
 - 4.1 การวางแผนและการจัดดำเนินการ
 - 4.2 การมอบหมายงาน
 - 4.3 การเยี่ยมชมตรวจ
 - 4.4 การแนะนำอบรมงาน
 - 4.5 การร่วมมือประสานงาน
 - 4.6 การเร่งเร้าชักจูงใจให้ปรารถนาที่จะทำงาน
 - 4.7 การประเมินผลงาน

การมอบหมายงาน

การมอบหมายงานการนิเทศในทุกระดับจะต้องมอบหมายอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

การติดตาม

เมื่อมีการมอบหมายจะต้องมีการติดตามผลการมอบหมายงานสิ่งจะกระทำได้โดยการสังเกต และการเข้าร่วมปฏิบัติงานซึ่งอาจจะทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างก็ได้ แล้วแต่ความยากง่าย และความซับซ้อนของงาน หรือกิจกรรมที่นิเทศนั้น ๆ

การสนับสนุน

เมื่อผู้นิเทศทราบส่วนดี และส่วนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขจากการติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แล้ว บางอย่างสามารถสนับสนุนได้ทันที แต่มีบางอย่างจะต้องให้การสนับสนุนภายหลังสิ่งที่สนับสนุนได้แก่

1. การยกย่องชมเชย
2. การกระตุ้น จูงใจ
3. การแนะนำ สอนแนะนำ ชี้แนะแนวทาง
4. การให้คำปรึกษา
5. การช่วยเหลือแก้ไขเกี่ยวกับวิธีการทำงาน อัตราค่าจ้าง อุปกรณ์ สถานที่ บรรยากาศในการทำงาน เป็นต้น

การประเมิน

เป็นการที่จะบอกให้ทราบถึงเวลาปริมาณและคุณภาพที่สังเกตหรือร่วมปฏิบัติกันว่ามีคุณค่าขนาดใดเมื่อปรึกษากันเกณฑ์ที่วางไว้ เพื่อนำผลการประเมินไปวางแผนนิเทศเพื่อการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

กิจกรรมที่ต้องนิเทศ

การนิเทศทางการพยาบาล ผู้นิเทศจะต้องทำการนิเทศในเรื่องต่อไปนี้

การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ เทคนิคบริการ ความสุขสบาย และความปลอดภัย ตลอดจนทั้งการจัดบริการพยาบาลแบบผสมผสานทั้งด้านการศึกษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง

นิเทศเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เป็นกรนิเทศเกี่ยวกับตัวเจ้าหน้าที่ ในเรื่องบุคลิกภาพ ความเป็นผู้นำ การปฏิบัติตาม กฎ ระเบียบ วินัย เป็นต้น

นิเทศสถานะสิ่งแวดล้อมทางการบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดอัตราค่าจ้าง การมอบหมายงาน การจัดสภาพหอผู้ป่วย การจัดเตรียม การใช้ และการบำรุงรักษาเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น

ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่นี้ในงานในระดับใดก็ตามจะต้องมีความสามารถที่แตกต่างออกไปจาก ผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ

ความสามารถพิเศษสำหรับผู้นิเทศงาน

ผู้นิเทศงานจะต้องมีความสามารถในเรื่องต่อไปนี้

1. ความสามารถด้านการบริหาร หมายถึง ความสามารถในการวางแผน การจัดการสั่งการ ควบคุมงาน ภาวะเบี่ยงข้อบังคับ และกิจกรรมบริหารอื่น เพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถและบรรลุผลตามเป้าหมายของหน่วยงานได้
2. ความสามารถด้านเทคนิค เน้นความสามารถเฉพาะตน เฉพาะสาขาเพื่อช่วยในการดูแลการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างได้ผล นั่นคือ ความสามารถในการนำเอาวิธีการในการปฏิบัติงานแบบต่างๆ ไปใช้ในการปฏิบัติงานกับบุคคลเพื่อช่วยเหลือแนะนำเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติงานถูกต้องตามเทคนิค ขั้นตอน และวิธีการได้อย่างรวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์
3. ความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจพฤติกรรมของคน รู้ว่าจะทำงานร่วมกับบุคคลอื่นอย่างไร และมีความสามารถในการประสานงานเป็นอย่างดี โดยจะต้องเข้าใจพฤติกรรมของผู้ที่เราจะนิเทศ และจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการปฏิบัติงาน
4. ความสามารถในการสอน ผู้นิเทศจะต้องมีความสามารถในการสอน แนะนำ แนะนำให้คำปรึกษา และวิธีการถ่ายทอดความรู้ ความคิดเห็นให้ผู้ถูกนิเทศ เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีเหมาะสมในการปฏิบัติงาน โดยใช้หลักการติดต่อสื่อสาร และหลักการสอนที่มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากการนิเทศเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง มีกิจกรรมหมุนเวียนกันไปตลอดเวลาและต้องการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงงานอยู่เสมอ การนิเทศจะต้องเกี่ยวข้องกับการสอน การแนะนำ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้นิเทศจึงต้องใช้หลักการและวิธีการเกี่ยวกับการบริหาร การสอน แนะนำ การร่วมปฏิบัติงาน ตลอดจนการประสานงาน มนุษยสัมพันธ์ จูงใจ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ให้ได้ผลตามความมุ่งหมายในวงการพยาบาลเชื่อว่า การนิเทศจะช่วยให้เกิด “Best Nursing Care”

กิจกรรมการนิเทศของหัวหน้างานหอผู้ป่วย

ต้องมีการปฏิบัติอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการนิเทศต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. วางแผนการนิเทศ มีจุดมุ่งหมายว่าจะนิเทศใคร ระดับความรู้แค่ไหน เรื่องอะไร เมื่อไรและกำหนดมาตรฐานของงานแต่ละชนิด แต่ละระดับไว้เป็นหลักฐาน สำหรับการตรวจ

หัวหน้างานหรือผู้ช่วยควรวางแผนการให้การนิเทศบุคลากรพยาบาล วัตถุประสงค์การนิเทศบุคลากรพยาบาล คือการช่วยทำให้ทุกคนสามารถให้การพยาบาลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งช่วยเสริมสร้างทำให้เกิดความชำนาญในงานและมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาล

ฉะนั้นการนิเทศบุคลากรดังกล่าวจึงต้องแตกต่างกันไป และมาตรฐานของงานที่ผู้นิเทศต้องการผลก็จำเป็นต้องแตกต่างกันด้วย

มีการตรวจรายงานสม่ำเสมอ เพื่อให้หรือผู้ใช้บริการมีสภาพเหมาะสมสำหรับเป็นที่ศึกษาเมื่อมีการตรวจตราก็ต้องมีการประเมินผลงานว่าเป็นอย่างไร กับมาตรฐานที่ตั้งไว้

การประเมินผลงานด้านการปฏิบัติเป็นของยาก แต่อาจทำได้โดยการสังเกต การซักถามและจากรายงานต่าง ๆ ที่เป็นผลงานของผู้นั้น

3. การสอนและการแนะนำ เมื่อประเมินผลงานแล้วปรากฏว่าไม่เป็นที่พอใจหัวหน้าหรือผู้ป่วยต้องแจ้งและให้คำแนะนำทันที การชี้ข้อบกพร่องและการแนะนำนี้ ไม่ควรกระทำต่อหน้าคนอื่น นอกจากในกรณี que เห็นว่าอาจเป็นอันตรายเกิดขึ้นแก่ผู้ใช้บริการได้ แต่ก็ต้องรู้จักว่าควรทำอย่างไร

4. การติดตามดูอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มาใหม่และนักศึกษาฝึกใหม่เพื่อแยกว่าปฏิบัติงานแต่ละคนอยู่ในประเภทใดใน 3 ประเภทนี้คือ

4.1 มีความสามารถดี เข้าใจง่าย ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีตั้งแต่เริ่มแรก

4.2 มีความสามารถปานกลาง ต้องคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำบางครั้ง

4.3 มีความสามารถน้อย ต้องคอยติดตามแนะนำช่วยเหลือบ่อยครั้ง

5. คอยแนะนำสอดส่องช่วยเหลือผู้มีความสามารถน้อย โดย

5.1 ช่วยสอนและแนะแนวทางให้ได้ใช้สติปัญญาไหวพริบและความรู้ที่จะนำไปประกอบในการปฏิบัติ

5.2 ช่วยทบทวนเทคนิคการพยาบาลต่าง ๆ ทั้งเก่าและใหม่ที่จำเป็น

5.3 ช่วยทำให้ดูเป็นตัวอย่าง ลงมือทำคู่กัน ไปเป็นผู้ริเริ่มงานให้

5.4 กระตุ้นและหาทางชักจูงให้เกิดความรู้สึก และมีกำลังใจอยากจะทำปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

6. การรักษาระเบียบวินัย โดย

6.1 หัวหน้างานหรือผู้ป่วยต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในทางระเบียบวินัย

6.2 แนะนำแนวทางให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามกฎ และระเบียบที่วางไว้

6.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์และความหมายต่าง ๆ เกี่ยวกับงานให้เข้าใจ

6.4 กฎและระเบียบควรพิมพ์รวบรวมไว้เป็นหลักฐานและให้ทุกคนได้อ่าน และต้องแจ่มแจ้งไม่คลุมเครือ เช่น การขาดงานบ่อยๆ จะเกิดผลอย่างไร การลางานควรปฏิบัติอย่างไร และให้ทุกคนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ควรจัดข้อบกพร่องในการละเมิดกฎระเบียบของเจ้าหน้าที่แต่ละคนไว้เป็นหลักฐาน

กฎระเบียบที่วางไว้ เป็นวิธีการอันหนึ่งซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจทำงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยอาจใช้สมุดบันทึกเล็กๆ จดไว้โดยแบ่งเป็นหัวข้อ ซึ่งได้แก่ ข้อบกพร่องของงานความปลอดภัย ความประพฤติ

กฎระเบียบต่าง ๆ ควรมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นครั้งคราวเพื่อให้ใช้ได้จริงและเหมาะสมต่อสถานการณ์เสมอ

7. การประชุมกลุ่ม (group conference) เพื่อชี้แจงหรือถกเถียงปัญหาอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับปรุงแก้ไขงานให้ดีขึ้น อาจกำหนดเวลาหนึ่งเวลาใดเมื่อเจ้าหน้าที่ทุกคนว่างหรืออาจจะใช้เวลารับหรือส่งเวรก็ได้ แต่ควรจัดผู้ที่เป็นเวรหยุด และไม่ได้เข้าร่วมประชุมกลุ่มในวันนั้น และหาโอกาสมาพบทีหลัง

8. เข้าใจถึงจิตใจของเจ้าหน้าที่ รู้ถึงความต้องการและนิสัยของแต่ละคนเมื่อไรควรตั้งเมื่อไรจึงควรหย่อน และให้ความเห็นอกเห็นใจ บางคนอาจจะต้องใช้วิธีปลอบโยน บางคนอาจต้องใช้อำนาจบังคับ บางคนต้องการการปกครองอย่างแบบประชาธิปไตย หัวหน้างานหอผู้ป่วยควรรู้พื้นฐานของอารมณ์ดังกล่าวด้วย

9. ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่รู้ถึงความมุ่งหวังของเรา หัวหน้างานหอผู้ป่วยต้องการอะไรจากเจ้าหน้าที่ เช่น ต้องการให้รักงาน รักหอผู้ป่วย หรือต้องการให้งานเสร็จเท่านั้น

10. ไม่ควรแสดงออกอย่างเปิดเผยว่าชอบหรือไม่ชอบ ถ้าปฏิบัติงานดีก็ชมเชยเพื่อเป็นกำลังใจพอสมควร ไม่แสดงว่าชอบใครเป็นพิเศษ และถ้าพบงานบกพร่องก็ไม่แสดงว่าไม่ชอบ แต่ตำหนิหรือชี้ให้เห็นทันทีพร้อมทั้งให้คำแนะนำ

หัวหน้างานหอผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และพยาบาลประจำการควรระวังตนเอง ปฏิบัติให้ถูกต้องอยู่เสมอ การสอนแนะนำด้วยปากก็จะมีน้อยลง คุณสมบัติที่หัวหน้างานหอผู้ป่วยควรเป็นตัวอย่างที่ดีของบุคลากร พยาบาล ได้แก่ ทักษะที่ดีต่อเจ้าหน้าที่แพทย์ ผู้ตรวจการ ผู้ให้บริการ และญาติ ตลอดจนวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้ควรเป็นตัวอย่างที่ดีด้านการแต่งกาย กิริยา ท่าทาง วาจา การต้อนรับ ผู้ให้บริการและญาติ มารยาท และความประพฤติ ความประณีตเรียบร้อย ความละเอียดรอบคอบ ความรอบรู้ ความชำนาญในการพยาบาลประจำการมีโอกาสที่จะสอน แสดงการสาธิตได้มากโดยการวางแผนกำหนดเวลาที่แน่นอนร่วมกับผู้ตรวจการประจำแผนกนั้น ๆ

หัวหน้างานหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับล่าง ที่ใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด บุคคลนั้นสำคัญผู้หนึ่งในการให้การนิเทศแก่บุคลากรพยาบาล วิธีการนิเทศอาจทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความมุ่งหมายที่จะปรับปรุงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้น และเพื่อให้งานที่ปฏิบัตินั้นได้ผลดี อาจกล่าวได้ว่าการนิเทศของหัวหน้างานหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ปฏิบัติโดยมุ่งเน้นอยู่ 2 ประการคือ ปรับปรุงการพยาบาลและพัฒนาบุคลากร

การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล (Nursing rounds)

การเยี่ยมชมตรวจ (Rounds) เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของการนิเทศการพยาบาล การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล สามารถปฏิบัติได้โดยพยาบาลทุกประเภททุกคนและทุกตำแหน่ง ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ โอกาสและวาระต่าง ๆ กัน โดยไม่จำกัดลักษณะและประเภทของผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ

ความหมายของการเยี่ยมชมตรวจ

การเยี่ยมชมตรวจก็คือ การสำรวจ ตรวจสอบ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการปฏิบัติงานในสถานที่ดังต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง

1. มีผู้ใช้บริการได้รับการดูแล
2. มีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
3. มีการติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
4. มีการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ในรูปของวัสดุและเครื่องมือเครื่องใช้ที่สามารถสังเกตได้

จะเห็นได้ว่าการเยี่ยมชมตรวจ ไม่ใช่เพียงเพื่อรวบรวมข้อมูลจำนวนเตียงว่าง จำนวนผู้ป่วยหนัก เสียชีวิต รับใหม่ จำหน่าย ผู้ใช้บริการทั้งหมด เหตุการณ์ที่ผิดปกติ และการตรวจสอบจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติในแต่ละเวรเพียงอย่างเดียว แต่การเยี่ยมชมตรวจจะต้องมุ่งพัฒนาบุคคลและพัฒนาประสิทธิภาพของงานร่วมกันไปด้วยในเวลาเดียวกัน

ประเภทของการเยี่ยมชมตรวจ

การเยี่ยมชมตรวจแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ

การเยี่ยมชมตรวจผู้ใช้บริการ (Patient rounds) หรือการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล (Nursing care rounds) ลักษณะสำคัญของการเยี่ยมชมตรวจประเภทนี้จะเน้นเรื่องผู้ใช้บริการและการให้การดูแลผู้ใช้บริการและการให้การดูแลผู้ใช้บริการ กิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจทำได้หลายวิธี ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์และเวลาของการปฏิบัติดังนี้

1. การเยี่ยมชมขณะรับ – ส่งเวร (Change – shift rounds) การปฏิบัติจะเกิดขึ้นในขณะที่มีการรายงานอาการผู้ใช้บริการ ส่งต่อจากเวรหนึ่งไปสู่อีกเวรหนึ่ง ซึ่งจะมีช่วงเวลาของการเยี่ยมชมตรวจที่

ค่อนข้างแน่นอน ใช้เวลาประมาณ 15 –20 นาที ช่วยทำให้ทุกคนเห็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมชมเช่นนี้เพื่อ

1.) ติดตามแผนการดูแลรักษาผู้ใช้บริการ และเป็นการเตรียมการก่อนวางแผนการพยาบาล ผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสภาพของผู้ใช้บริการ

2.) เพื่อการมอบหมายงานที่เหมาะสม โดยพิจารณาตามสภาพของผู้ใช้บริการ ในขณะนั้นและตามความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่

2. การเยี่ยมชมในช่วงเวลาเช้า (mid – morning rounds or mid – shift rounds) เป็นการเยี่ยมชมผู้ใช้บริการในระหว่างเวรในช่วงเวลาที่พยาบาลได้ทำการพยาบาลเสร็จสิ้นไประยะหนึ่ง จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง วัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ใช้บริการและญาติ

2. ทบทวนและตรวจสอบการพยาบาลที่ดำเนินไปแล้ว ในช่วงต้นเวร

3. ศึกษาและสนทนาเกี่ยวกับเรื่องของผู้ใช้บริการ ทำให้ได้สัมผัสกับผู้ใช้บริการได้ ชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ เช่น ผลการตรวจต่าง ๆ แผนการดูแลรักษาพยาบาลและรับข้อมูลจากผู้ใช้บริการ และญาติ

3. การเยี่ยมชมอย่างรวดเร็ว (Quick nursing rounds) คือการเยี่ยมชมเฉพาะที่ ผู้ใช้บริการบางประเภท อาจทำให้ช่วงเวลาใดๆ ก็ได้ตามความต้องการใช้เวลาการทำสั้นๆ แต่ละครั้ง ประมาณ 5 – 10 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ตรวจสอบสภาพความเรียบร้อยก่อนรับและส่งเวร

2. ตรวจสอบสภาพของผู้ใช้บริการขณะนั้นเพื่อประเมินความต้องการเร่งด่วน

3. ตรวจสอบ และสังเกตอาการสำคัญของผู้ป่วยหนัก ซึ่งต้องทำเป็นระยะ

4. ศึกษาสภาพอาการของผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเตรียมการส่งเวรหรือให้ ข้อเสนอแนะแก่สมาชิกทีม

5. ตรวจสอบจำนวนผู้ใช้บริการ

4. การเยี่ยมชมร่วมกับทีมสุขภาพ (medical rounds) คือการเยี่ยมชมผู้ใช้บริการร่วมกับผู้รักษาเพื่อ

1. การปรึกษาหารือและร่วมให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ คือการวางแผนการรักษาพยาบาล

2. การศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ อันจะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ต่อเนื่อง และสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง

3. เรียนรู้ค้นพบจากผู้รักษาอย่างต่อเนื่อง

คุณสมบัติของหัวหน้าทีม

1. มีความรู้ความชำนาญในเชิงวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล
2. มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล
3. มีความรู้เกี่ยวกับหลักทั่วไปของการบริหาร
4. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
5. รู้วิธีการทำงานเป็นกลุ่ม
6. ตัดสินใจได้อย่างเฉียบพลันเหมาะสมกับเหตุการณ์และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจนั้น
7. เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกในทีม
8. คำนึงถึงความต้องการของสมาชิกในทีมแต่ละคนเห็นความสำคัญของสมาชิกทุกคน กระตุ้นสมาชิกให้พัฒนาความรู้ความสามารถ และให้ความมั่นใจในการทำงานของสมาชิก

หน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกในทีม (Team Members)

1. ต้องร่วมประสานงานกันเป็นอย่างดีกับหัวหน้าทีม และสมาชิกในทีม
2. รับผิดชอบต่อให้การพยาบาลผู้ใช้บริการที่ตนได้รับมอบหมาย ขณะเดียวกันต้องระลึกเสมอว่า มีความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการทุกคนในทีมด้วย **“การพยาบาลมุ่งที่ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง”**
3. ร่วมแสดงความคิดเห็นในขณะการประชุมการวางแผนการพยาบาล สมาชิกทุกคนควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล (Nursing care Plan) การประชุมปรึกษาหารือ (Team Conference) และรายงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงปัญหาและสิ่งที่ได้มาจากการสังเกตซักถามผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการให้การพยาบาล ให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกทีมคนอื่น
4. สามารถเขียนแผนการพยาบาลได้ถูกต้องและครบถ้วน วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ โดยมีหัวหน้าทีมเป็นผู้ให้คำปรึกษา
5. ให้ความช่วยเหลือผู้ร่วมทีมเมื่อมีปัญหา ทั้งด้านการพยาบาลและวิชาการ
6. ให้การพยาบาลตามคำสั่งทางการพยาบาลที่วางแผนไว้อย่างระมัดระวังเหมือนกับทำตามคำสั่งแพทย์
7. ยอมรับความช่วยเหลือและคำแนะนำของหัวหน้าทีม

สรุปได้ว่า ทีมการพยาบาลในระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ระบบบริการพยาบาล เป็นการจัดการด้านบริการพยาบาล ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารการพยาบาล ตั้งแต่ระดับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าการพยาบาลเฉพาะสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยตรง โดยครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การให้การดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมการแก้ปัญหาและสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้หลักความรู้ วิชาการที่ถูกต้องตามหลักกระบวนการพยาบาล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง โดยใช้หลักการมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถอย่างยุติธรรม มีลักษณะของทีมการพยาบาลและการจัดการในทีมการพยาบาลที่ดี กำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำและสมาชิกทีมการพยาบาล ปฏิบัติงานโดยยึดผู้ป่วยเป็นส่วนกลาง มุ่งเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

2. ลักษณะทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

2.1 ความสามารถของสมาชิกทีม

ความสามารถ (Ability) และความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Feber and Shearon (1970 อ้างถึงใน ทวีวัฒนา เชื้อมอญ, 2540) ได้กล่าวว่าความสามารถมีลักษณะเหมือนกับปรากฏการณ์ของความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ เริ่มด้วยบุคลิกภาพ ที่เป็นพื้นฐานของแต่ละบุคคล บวกกับองค์ประกอบต่าง ๆ โดยมีค่านิยมและความเชื่อที่เป็นแรงต่อมา เมื่อมีความรู้ความเข้าใจในงานประกอบกับสถานการณ์ ประสบการณ์จะนำไปสู่ทักษะและเจตคติ ในการปฏิบัติงานทุกองค์ประกอบจะส่งผลและมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา โดยมีสิ่งเร้าจาก สถานการณ์ในการทำงานและปฏิริยาที่ผู้ปฏิบัติงานมีต่อสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายนอกสำหรับแต่ละบุคคล แต่จะมีผลให้ปฏิสัมพันธ์ภายใน ปรากฏออกมาว่าความสามารถของบุคคล เป็นเช่นไร

Hornby (1974) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ หรืออำนาจในการใช้ความรู้ สติปัญญา ความเฉลียวฉลาดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Whrite (1981 อ้างถึงใน ไพฑูรย์ เจริญพันธ์วงศ์, 2530) ได้ให้ความหมาย ความสามารถคือ ความปรารถนาจากอากัปกริยาของมนุษย์ทั้งหลาย นั่นคือ ความสามารถ หมายถึง ความต้องการที่จะแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมของตนเอง

ส่วนความสามารถในการปฏิบัติงานนั้น ได้มีผู้ศึกษาถึงความหมายไว้ดังนี้

Webster (1971) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานหมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลในการกระทำกิจกรรมให้ลุล่วงไปได้

Thomus (1982) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ

ทวีวัฒนา เชื้อมอญ (2540) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ โดยอยู่บนพื้นฐาน ทักษะ ประสบการณ์ การเรียนรู้ของบุคคล รวมถึงการอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลพยายามแสดงออกมา ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงาน ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ดังนี้

Organ & Batemane (1986 อ้างในทวีวัฒนา เชื้อมอญ, 2540) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

1. งาน (Task) ประกอบด้วย วิธีการ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
2. แรงจูงใจ (Motivation) เปรียบเสมือนจุดยืน และความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพในระดับหนึ่ง ตามลักษณะงานนั้น ๆ
3. ความพยายาม (Effort) เป็นผลของแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อให้ปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จ
4. ความสามารถ (Ability) เกิดขึ้นจากการฝึกหัด หรือประสบการณ์จากการปฏิบัติ ร่วมกับความถนัดส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานนั้น
5. สภาพแวดล้อม (Environment) เป็นลักษณะทางกายภาพในองค์กร ได้แก่ แสง เสียง ผู้ร่วมงาน ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน
6. การเรียนรู้ต่อบทบาท (Role perception) เป็นความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลที่จะรับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองต่อการปฏิบัติงาน

Mc Cormick and Ligen (1985) ได้กำหนดแนวคิดในการจัดหมวดหมู่ขององค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลไว้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Individual Variable) หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเห็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยด้านนี้จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความถนัด ลักษณะทางบุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพ ความสนใจ และแรงจูงใจ อายุและเพศ การศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Variables) หมายถึง เงื่อนไขเหตุการณ์หรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้แยกพิจารณาได้อีก 2 ประเภท คือ

2.1 ตัวแปรทางกายภาพและงาน (Physical Variable) ได้แก่ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เช่น วิธีการทำงาน รูปแบบเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน สภาพเครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน

2.2 ตัวแปรองค์การและสังคม (Organization and Social Variables) เช่น ลักษณะโครงสร้างและนโยบายขององค์กร ชนิดของการฝึกอบรมและการบังคับบัญชา ชนิดของสิ่งล่อใจและสภาพแวดล้อมในสังคม

ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลในแต่ละหน่วยงานจะแตกต่างกันไปโดยประเมินจากผลการปฏิบัติงานและพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ คือ (Schermerhorn, Humtand & Osborn, 1988 อ้างถึงใน ทวีวัฒนา เชื้อมอญ, 2540)

1. คุณลักษณะของบุคคล (Individual attributes) หมายถึง ความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลต้องเหมาะสมกับงานนั้น จึงจะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีได้

2. ความพยายามในการทำงานของบุคคล (Work effort) หมายถึง ความตั้งใจ เต็มใจของบุคคลต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีที่จะปฏิบัติงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการทำงาน หากบุคคลมีแรงจูงใจก็จะพยายามทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง

3. การสนับสนุนจากองค์กร (Organization support) หมายถึง ค่าตอบแทน วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การได้รับการนิเทศ การประเมินผลการปฏิบัติงานที่ยุติธรรมและการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลด้วย

ความสามารถในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการที่สำคัญคือ แรงจูงใจ จะมีผลต่อความพยายามในการที่จะมีความสามารถในการปฏิบัติงาน จึงควรพิจารณาองค์ประกอบ พื้นฐานดังกล่าวเป็นประเด็นหลัก เพราะให้ผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานโดยตรง

ส่วนองค์ประกอบอื่นที่เหลือนั้นเปรียบเหมือนอุปสรรค ซึ่งจะต้องใช้กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนมาใช้วางแผนในการจูงใจ ดังนั้นจึงขอเสนอองค์ประกอบพื้นฐานที่น่าจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานตามแนวคิดดังต่อไปนี้ คือ (เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2529)

1. งานที่มีลักษณะท้าทายความสามารถ ซึ่งจะต้องมีหลักว่างานที่มีลักษณะท้าทายต่อบุคคลหนึ่งอาจจะไม่เป็นสิ่งท้าทายสำหรับอีกบุคคลก็ได้ โดยอาศัยความแตกต่างระหว่างบุคคลตามความสามารถ ความถนัด ทักษะและประสบการณ์
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อกำหนดสถานะแวดล้อมในการปฏิบัติงานของตัวเองและพวกทำให้อยากจะทำงานมากขึ้น
3. การให้การยกย่องและสถานภาพที่เหมาะสม
4. การให้ความรับผิดชอบมากขึ้น และการให้อำนาจบริวารมีมากขึ้นอย่างเหมาะสม
5. ความมั่นคงและความปลอดภัย
6. ความเป็นอิสระในการทำงาน
7. โอกาสในด้านความเจริญเติบโตทางด้านส่วนตัว เช่น ทักษะ ความสามารถด้านวิชาชีพและประสบการณ์
8. โอกาสการก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น
9. เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับเงินที่เป็นสิ่งแสดงสัญลักษณ์ทางสถานภาพอย่างหนึ่ง
10. สภาพของการทำงานที่ดีต่อทั้งร่างกายและจิตใจ
11. การแข่งขันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความทะเยอทะยานจะให้ตนเองเป็นเลิศในแนวหน้า

ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล

พยาบาลประจำการเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ทำงานโดยตรงต่อการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ และเป็นผู้ที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ในการปฏิบัติงาน การที่จะทำให้พยาบาลประจำการมีความรู้ ความสามารถจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายๆ อย่างที่จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่ง McCormick and Ligen (1985) ได้เสนอแนวคิดโดยการจัดหมวดหมู่ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลไว้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์

ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้แก่ บุคลิกภาพ ความถนัด การศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น

ปัจจัยด้านสถานการณ์ หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้แก่ นโยบาย ลักษณะโครงสร้าง วิธีการทำงาน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการจะขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ พยาบาลและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะตัวพยาบาลเอง ต้องมีลักษณะบุคลิกภาพที่เหมาะสมที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คุณลักษณะของพยาบาลประจำการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ควรมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. ต้องเป็นผู้มีความรู้ทางการพยาบาล
2. ต้องเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก
3. ต้องมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความสับสนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
4. ต้องมีความจริงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย
5. มีความเป็นอิสระและความเชื่อถือในตนเอง มีความอิสระต่อแนวความเชื่อที่ถูกต้องการ หลักการและรู้จักปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์
6. ต้องเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้
7. ต้องมีความสนใจผู้อื่น
8. ต้องมีความอดทนต่อทุกสถานการณ์
9. ต้องมีพรหมวิหารสี่ ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตาและอุเบกขา

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ การมีแนวคิดปฏิบัติที่เหมาะสมพร้อมทั้งการรับรู้ต่อบทบาทของตนเอง จะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติงาน ทำให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานมากขึ้น แนวทางที่ควรปฏิบัติในการให้บริการพยาบาล คือ

1. การเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล
2. เป้าหมายของการพยาบาล คือ การช่วยเหลือ “บุคคลทั้งคน”
3. การยอมรับในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย พฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์มีความหมายต่อความต้องการภายในของบุคคล
4. การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหา
5. การพยาบาลต้องเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วย
6. การปฏิบัติกรพยาบาลเน้นที่ความเป็นปัจจุบัน
7. เคารพตระหนักในตนเองของพยาบาล
8. ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นสัมพันธ์ภาพทางการบำบัดรักษา

การบริการพยาบาลจะบรรลุถึงเป้าหมายได้ ย่อมมาจากการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการว่ามีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับใด เพราะการบริการพยาบาลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้มารับบริการ บริการที่ดีมีคุณภาพย่อมเกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลซึ่งเป็นภาพรวมที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ได้ผสมผสาน ความรู้ ประสบการณ์ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของพยาบาล วิชาชีพ จนมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานและรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในการปฏิบัติงาน จะทำให้คนมีความสามารถในการปฏิบัติงานมากขึ้น (สมยศ นาวิกการ, 2536)

วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่มีการปฏิบัติเป็นแกนกลาง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพทุกคน จึงต้องมีความสามารถทั้งในด้านวิชาการ ตามลักษณะของวิชาชีพและต้องมีความสามารถในการ ปฏิบัติการพยาบาลประสมประสานกันไป จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) ได้กล่าวถึงความสามารถในการ ปฏิบัติงานของพยาบาลที่พึงมีไว้ ดังนี้

1. ความสามารถด้านเทคนิค หมายถึง ความสามารถที่จะประยุกต์เทคนิคทางการ พยาบาลต่างๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินผลหรือเพื่อให้การดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการ ดีขึ้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความสามารถในการบริหารพัสดุและเวลา ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยเสริม ให้งานของพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความสามารถที่จะสร้างปฏิริยาสัมพันธ์กับบุคคลได้หลายลักษณะ ในขณะที่ปฏิบัติงานแต่ละวัน ได้แก่ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว บุคคลในวงธุรกิจ เช่น พนักงานขายเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น ความสามารถในข้อนี้ ต้องอาศัยทักษะความเข้าใจในความสัมพันธ์ของมนุษย์ ความแตกต่างระหว่าง บุคคล จึงจะช่วยให้พยาบาลประสบความสำเร็จได้ดี

3. ความสามารถในการสอนและบริหาร ความสามารถในด้านนี้ครอบคลุมถึง

- 3.1 สามารถสอนผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษาพยาบาลและสมาชิกในทีมสุขภาพได้
- 3.2 มีความสามารถในการจัดการทางพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้
- 3.3 สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการเขียนและการพูด
- 3.4 มีความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองและผู้อื่นได้
- 3.5 ใช้เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์อื่นอย่างคุ้มค่าและชาญฉลาด

4. ความสามารถทางการวิจัย หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล สมมติฐาน และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าสมมติฐานที่ตั้งนั้นถูกต้องหรือไม่ มีความสามารถในการ ใช้เครื่องมือทางการวิจัยอย่างคล่องแคล่ว เพื่อช่วยแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ

การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพจะเป็นผลสะท้อนถึงความก้าวหน้าและมาตรฐานของ วิชาชีพ ส่วนหนึ่ง และเป็นส่วนทำให้เกิดเอกสิทธิ์ของการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526) การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านวิชา ชีพจะต้องมีการพัฒนาทั้งทางด้านความรู้ คุณธรรม และสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลสะท้อนต่อการปฏิบัติ การพยาบาลในภาพรวมที่ดีของการบริการพยาบาล

Schwirian (1978) ได้กล่าวถึงความสามารถ 6 ด้าน ที่เป็นหัวใจของการบริการพยาบาลของ พยาบาลประจำการ คือ

1. การเป็นผู้นำ
2. ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ
3. การวางแผนและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

4. ด้านการดูแลในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน
5. การสอนผู้ป่วยและครอบครัว
6. การพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ

2.2 การสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม

การให้ความสนับสนุนกันและกัน (Beyer and Marshall, 1981 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526) การให้ความสนับสนุนกันและกัน เป็นพฤติกรรมเพื่อความคงอยู่ของกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งบรรยากาศที่ดีในการทำกิจกรรมของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมาย เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า การสนับสนุน (Encouraging) เป็นพฤติกรรมของกลุ่ม แสดงออกด้วยความเป็นมิตรที่ดี ความอบอุ่น การยอมรับความคิดเห็น หรือการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มและจากแนวคิดของ Bower and Seashore (1966 อ้างถึงในสายชล กองอ่อน, 2537) อธิบายว่าการให้ความสนับสนุน (Support) เป็นองค์ประกอบในการทำงานร่วมกันของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ผู้นำ ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รู้สึกว่าตนมีค่าและรู้สึกว่าสภาพการทำงานสนับสนุนเขา ซึ่งสอดคล้องกับอารี เพชรผุด (2530) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนภายในกลุ่ม เมื่อสมาชิกรู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี จะทำให้เขารู้สึกว่าตัวเขามีค่าและมีความสำคัญ

ปัจจุบันการปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในรูปของการทำงานเป็นทีม ลักษณะของการทำงานส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเป็นอย่างมาก เพราะในการทำงานเป็นทีมพยาบาลจะมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ได้ตรงสภาพความเป็นจริง พยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกันและแสดงความคิดเห็นทางวิชาการและประสบการณ์ทางการพยาบาลของตนแก่สมาชิกในทีมพยาบาลที่เป็นหัวหน้าทีมจะกระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกในทีมทำงานในความรับผิดชอบได้อย่างดีที่สุด (เปลี่ตี อุณหเลขกะ, 2533)

จะเห็นได้ว่า การให้ความสนับสนุนกันและกันของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้องค์การดำรงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความสนับสนุนกันและกันดี อาจแสดงออกทางพฤติกรรมได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ ความเต็มใจที่จะรับฟังผู้อื่น การให้การยอมรับนับถือยกย่องให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก และยอมรับฟังข้อคิดเห็นของผู้อื่นด้วยด้วยความจริง

กล่าวได้ว่าการให้ความสนับสนุนกันและกัน เป็นพฤติกรรมกลุ่มที่แสดงถึงบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่ม แสดงออกด้วยความเป็นมิตรที่ดี การยอมรับความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของกลุ่ม

การสนับสนุนกันและกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีของบุคคล และต่อประสิทธิผลของงานได้ Likert (1961 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526) กล่าวว่า องค์การจะมีประสิทธิผลสูงได้ต่อเมื่อทุกกระบวนการของความต้องการในองค์การ ได้รับความสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การสนับสนุนให้กำลังใจ (Encouraging) เป็นการให้คำยกย่องชมเชย หรือยอมรับความคิดเห็นของสมาชิก เป็นการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ สร้างความอบอุ่นและผูกพัน ภายในทีมงาน รวมถึงการยอมรับสมาชิกทุกคนในทีม (สุนันทา เลาพันธ์, 2544)

สรุปได้ว่า การสนับสนุนกันและกัน เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกด้วยลักษณะของความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน การยอมรับในกันและกัน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และการส่งเสริมกันและกัน

2.3 การแบ่งปันภาระงานของสมาชิกทีม

ลักษณะการทำงานของทีม ซึ่งต้องการแบ่งปันภาระงานของสมาชิกในทีม ตามความรู้ความสามารถของสมาชิกในแต่ละคนด้านการพยาบาล ประสบการณ์และชนิดของงานที่ทำโดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้กำหนดผู้ป่วยและหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่สมาชิกแต่ละคน และเขียนบันทึกการมอบหมายงานลงในใบแจ้งการมอบหมายงานสำหรับหัวหน้าทีม และปิดประกาศไว้ในที่ชัดเจน การเขียนมอบหมายงานในทีมจะต้องกระทำล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยและสถานการณ์ หัวหน้าทีมจะต้องปรับปรุงแก้ไขการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องตรวจสอบการมอบหมายงานทุกวัน เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขในกรณีที่มีปัญหา รวมถึงชี้แจงการมอบหมายให้แก่สมาชิกก่อนลงมือปฏิบัติทุกวัน

ผู้มอบหมายจึงต้องมีการแบ่งปันจัดสรรอย่างเป็นกลาง มีความยุติธรรมในการมอบหมายงาน กระจายภาระงาน ไม่ทำให้บุคคลใดมีงานมากหรือน้อยกว่าบุคคลอื่น เพื่อที่จะทำให้เป้าหมายของการดูแลบรรลุผลสำเร็จ เกิดความต่อเนื่องของงาน การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมีผลต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพราะได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่ใช่พยาบาลคนเดิมก็ตาม ทั้งนี้เพราะระบบการทำงานเป็นทีม สามารถก่อให้เกิดความต่อเนื่องจากทีม จะมีการสื่อสารประสานงานที่ดี มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วนระหว่างเวร นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้การดูแล เกิดความพึงพอใจด้วย เพราะจะเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

จะเห็นว่าการมอบหมายงานให้แก่สมาชิกเป็นการแบ่งงานและกระจายงานให้สมาชิกในทีมงาน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ปฏิบัติงาน กำหนดเรื่องงานรับผิดชอบให้แน่ชัด เพราะจะต้องมีการประสานงานกัน ป้องกันการสับสนที่อาจจะเกิดขึ้น กำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกันในทีม ทำให้สมาชิกในทีมช่วยเหลือ ร่วมกันทำงาน สามารถปฏิบัติงาน ในหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกทีม

การสื่อสารนับเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการบริหารการพยาบาล และเป็นหน้าที่ของผู้บริหารการพยาบาลทุกคนที่จะต้องจัดให้มีขึ้น เพื่อการส่งข่าวสารและความเข้าใจจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่ง หรือจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่งเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการปฏิบัติงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

ความหมายของการสื่อสาร

การสื่อสาร (Communication) หรือบางคนอาจใช้คำว่า การติดต่อสื่อสาร การสื่อข้อความ การสื่อความหมาย การสื่อภาษา เป็นต้น ซึ่งนับเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการที่จะส่งความคิด ความรู้สึกของตนออกสู่ผู้อื่นหรือเป็นกระบวนการที่จะส่งข่าวสารและความเข้าใจจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)

ปรมะ ส9ะเวทิน (2537) ได้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสาร คือกระบวนการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร (Source) ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งซึ่ง เรียกว่า ผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel)

การติดต่อสื่อสารเป็นศิลปะของการถ่ายทอดข่าวสาร ความคิดและเจตคติจากบุคคล (กลุ่ม) หนึ่ง ไปยังอีกบุคคล (กลุ่ม) หนึ่ง ในขบวนการสื่อสารอาจประกอบด้วยวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งอย่างใด หรืออีกหลายอย่างก็ได้ เช่น การฟัง การพูด การเขียน การอ่าน เป็นต้น

การสื่อสาร หลักการพื้นฐานของการสื่อสารเพื่อการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพคือ ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในทีมงานได้มีการติดต่อสื่อสารกันได้อย่างมีอิสระ การที่สมาชิกได้รับรู้ข่าวสารที่เกี่ยวกับเรื่องภายในทีมงานของตนเอง และเรื่องระหว่างทีมงานกับสิ่งแวดล้อมภายนอก จะทำให้เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน และยังเป็นประโยชน์ต่อประสิทธิภาพของงานด้วย การสื่อสารหรือสื่อความหมายในการทำงานร่วมกันนั้น ทีมงานจำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ความเข้าใจตรงกันในการทำงานร่วมกันของสมาชิก
2. สมาชิกรับฟังซึ่งกันและกัน

3. สมาชิกมีความเปิดเผยและจริงใจต่อกัน

หากสมาชิกในทีมงานรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือมีความเข้าใจไม่ตรงกันเกิดขึ้นเมื่อใด ต้องพยายามปรับความเข้าใจให้ตรงกัน ไม่พุดลับหลังหรือต่างคนต่างเข้าใจคนละทิศคนละทางกัน การรับรู้ของสมาชิกในทีมงานที่ต่างกันและไม่ยอมตรวจสอบการรับรู้ซึ่งกันและกัน อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้และถ้าไม่สามารถบริหารความขัดแย้งให้เกิดประโยชน์ ผลเสียต่างๆ จะเกิดกับประสิทธิภาพของงานและความพึงพอใจของสมาชิกในการทำงานร่วมกัน

สายชล กองอ่อน (2537) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสื่อสารว่า การสื่อสารระบบเปิดเป็นลักษณะของการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เป็นการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดเผย อิสระตรงไปตรงมา และก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ และการเข้าใจที่ตรงกันของผู้ร่วมงาน

การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการในการที่จะส่งความคิด ข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้สึกของบุคคลออกสู่ผู้อื่น ซึ่งข่าวสารนั้นจะสื่อความหมายด้วยการ เขียน การพูด กิริยาท่าทาง ในการสื่อสารระหว่างผู้ร่วมปฏิบัติงานในทีม การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากเท่าใด จะนำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาลที่ต่อเนื่องได้มากเท่านั้น (สายชล กองอ่อน, 2537) ซึ่งการสื่อสารที่ดีนั้นควรเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัว หรือการสื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) (วิเชียร ทวีลาภ, 2534) ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างมีอิสระมีความรู้สึกปลอดภัย มั่นคงที่จะอภิปรายปัญหาต่อกัน เพื่อข้อมูลสำคัญต่อกัน ยอมรับข้อมูลจากบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ และสามารถจัดการกับข้อขัดแย้งได้อย่างเปิดเผย และตรงไปตรงมาเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการติดต่อสื่อสารแบบเปิด (ปัลลิต อุณหเลขกะ, 2533)

สรุปได้ว่าการสื่อสารระบบเปิดเป็นลักษณะอาการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เป็นการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดเผย อิสระตรงไปตรงมา และก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและการเข้าใจที่ตรงกันของผู้ร่วมงาน

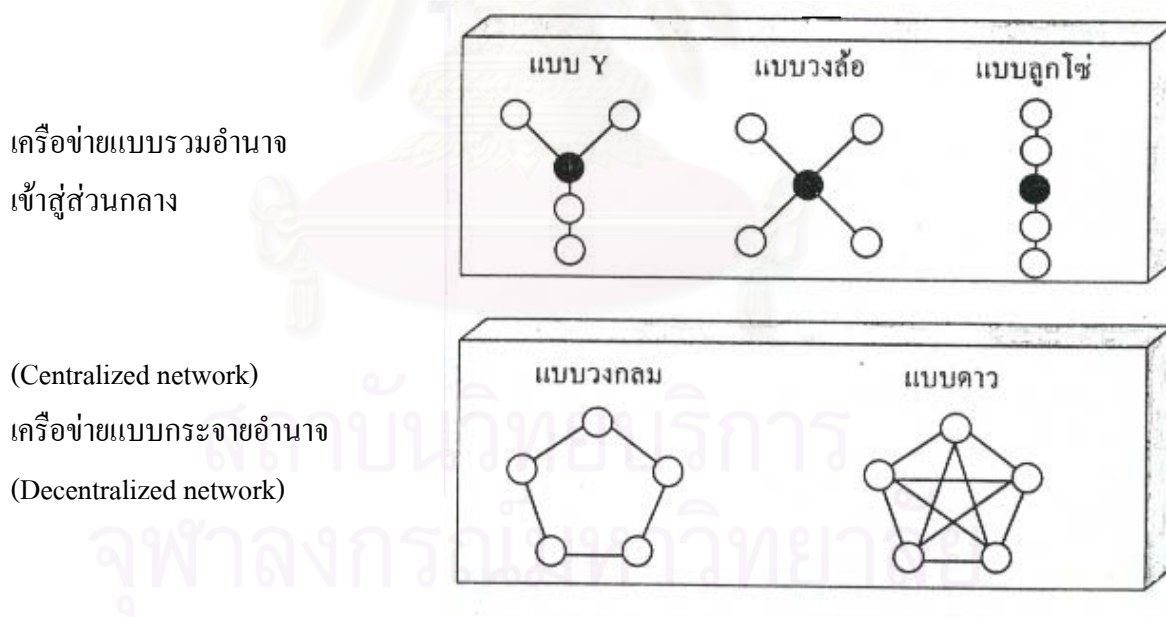
การสื่อสารที่เปิดเผย

สุนันทา เลहनันท์ (2544) กล่าวถึงการสื่อสารที่เปิดเผยว่า เป็นการเจรจาระหว่างทีมบรรยากาศเป็นไปด้วยความเปิดเผย จริงใจต่อกันมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจซึ่งกันและกันและมีการพึ่งพาอาศัยกัน และสมาชิกมีความผูกพันและรับผิดชอบต่องาน

Bartol and Martin (1994 อ้างถึงในสุนันทา เลहनันท์, 2544) ได้จำแนกเครือข่ายการสื่อสารในทีมงานเป็น 5 ลักษณะ ดังรูปที่ 1.3

1. แบบวงล้อ (Wheel network) เป็นเครือข่ายที่มีศูนย์กลางอยู่ที่หัวหน้าเป็นการรวบรวมอำนาจไว้ที่ศูนย์กลาง ข่าวสารทุกอย่างจะส่งไปถึงสมาชิกโดยผ่านหัวหน้า ซึ่งอยู่ตรงกลางวงล้อ
2. แบบลูกโซ่ (Chain network) สมาชิกของทีมงานสามารถสื่อสารกับสมาชิกมากกว่าหนึ่งคนแต่บุคคลที่อยู่ตรงกลางจะเป็นผู้ควบคุมข่าวสารทั้งหมด
3. แบบตัว Y (Y network) สมาชิกของทีมที่อยู่ตรงปากส้อมจะเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารติดต่อ
4. แบบวงกลม (Circle network) สมาชิกแต่ละคนสามารถติดต่อกับสมาชิกคนอื่นๆ ได้ทั้ง 2 ข้าง แต่ถ้าจะติดต่อกับคนอื่นๆ จะต้องติดต่อผ่านคนอื่นในวงกลม
5. แบบดาว (Star or all channel network) เป็นรูปแบบที่กระจายอำนาจมากที่สุด โดยสมาชิกแต่ละคนสามารถติดต่อสื่อสารกับสมาชิกคนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็ใครในทีมงาน

รูปที่ 1.3 เครือข่ายการสื่อสารในทีมงาน



หมายเหตุ วงกลมหนาทึบ หมายถึง หัวหน้าทีมผู้เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายสื่อสาร
ที่มา : Bartol and Martin, 1994 : 453.

Stott and Walker (1955 : 271-272) ได้แสดงทรรศนะว่า เครื่องมือสื่อสารที่ดีที่สุดน่าจะเป็นแบบรูปดาว เพราะสมาชิกแต่ละคนสามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างอิสระกับสมาชิกคนอื่นๆ ถ้าเส้นใดเส้นหนึ่งหายไปจะทำให้การติดต่อสื่อสารไม่สมบูรณ์และผิดพลาดได้ รูปแบบดาวเหมาะกับงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และต้องการความเชี่ยวชาญและปัจจัยป้อนเข้าจากหลายๆ ฝ่ายที่อาจแตกต่างกัน นอกจากนี้เครื่องมือแบบนี้ยังช่วยให้มีการตรวจสอบข้อมูลและการตีความหมายให้เข้าใจตรงกันด้วย และในที่สุดจะนำไปสู่ความพึงพอใจในงานและขวัญกำลังใจของทีมสูงขึ้น

ทีมงานทั่วไปใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการติดต่อสื่อสาร ความสามารถของทีมงานที่สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์จะขึ้นอยู่กับศักยภาพของสมาชิกที่จะติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการติดต่อระหว่างบุคคลจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาต่าง ๆ การปฏิบัติการ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินผล (Synder, 1988 : 209)

Thamhain (1990 : 16 อ้างถึงในสุนันทา เลานันท์, 2544) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าการติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลวเป็นอุปสรรคสำคัญของการปฏิบัติงานของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติงานในรูปแบบที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การติดต่อสื่อสารอย่างทั่วถึงของทีมงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

Wynn and Guditus (1984 : 74 อ้างถึงในสุนันทา เลานันท์, 2544) ได้นิยามความหมายของการติดต่อสื่อสารว่า หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความเชื่อ ความรู้สึก ความปรารถนา และความเข้าใจระหว่างบุคคลทั้งภายในองค์กร การรูปแบบการสื่อสารมีทั้งที่เป็นคำพูด ข้อเขียน หรือไม่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งทิศทางการไหลของข่าวสารจะเป็นทั้งจากบนลงล่าง จากล่างขึ้นบน ระดับเดียวกัน หรือกับองค์กรภายนอก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน สามารถประสานงานให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติงานตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ยิ่งองค์กรซับซ้อนเพียงใด ความสำคัญของการติดต่อสื่อสารยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารของทีมการพยาบาล (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522)

ในการพยาบาลโดยปกติแล้ว จะมีเครื่องมือสำหรับใช้ในการสื่อสารอยู่หลายชนิดทั้งเป็นแบบคำพูด และแบบบันทึกรายงานเพื่อให้เกิดการพยาบาลที่ต่อเนื่องความจำเป็นของเครื่องมือสื่อสารดังกล่าว มีมากขึ้นเมื่อจัดการพยาบาลเป็นทีม เพราะเครื่องมือเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อเนื่อง และทุกคนได้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจบทบาทของตนเองมากขึ้น เกิดการศึกษาร่วมกัน การกระจายความรู้จากวิชาชีพไปสู่บุคคลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เกิดความร่วมมือและได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้แก่กันและกัน

ประโยชน์ของการสื่อสารในทีมการพยาบาล

จากความสำคัญของการสื่อสารดังกล่าวมาแล้ว พอสรุปประโยชน์ของการสื่อสารที่ดีมีดังนี้

1. ช่วยให้เกิดความร่วมมือประสานงานที่ดี ซึ่งจะทำให้การบริหารการพยาบาลมีประสิทธิภาพ
2. ช่วยให้การวินิจฉัยสั่งการเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้น
3. ช่วยให้การนิเทศการพยาบาลได้ผลดีโดยอาศัยการสื่อสารอย่างใกล้ชิด
4. ช่วยให้เกิดความสามัคคีในหมู่พยาบาลผู้ร่วมงานอื่น ๆ
5. ช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
6. สามารถเก็บข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ ไว้เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงานต่อไป
7. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้ให้บริการกับผู้รับบริการคือผู้ป่วยอันจะเป็น

ประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

8. ช่วยให้ได้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานเพื่อจะได้นำมาแก้ไขได้ทันที่อันเป็นประโยชน์ในการบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาพบว่าเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมทีมนั้น มีหลายชนิด อาจจัดเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือสื่อสารโดยการพูด เป็นเครื่องมือที่จำเป็นเพราะทำให้เกิดการตอบโต้ตัวต่อตัว และได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง ที่ใช้มากที่สุดได้แก่

1.1 การส่งเวร (Shift report) การส่งเวรเป็นการกระตุ้นผู้ปฏิบัติงานในทีมที่รับงานหรือส่งงาน การส่งเวรนี้จะเน้นถึงการรายงานภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละเวรเป็นสำคัญ โดยอ้างถึงการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การตอบสนองหรือปฏิกิริยาของผู้ป่วยในขณะนั้นด้วย ถ้ามีปัญหาสำคัญจะต้องบอกถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ไปแล้ว และที่ยังคงค้างอยู่ เพื่อให้เวรใหม่ได้รับทราบและหาแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป การส่งเวรนั้นทั้งหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมจะต้องเข้ารับและส่งเวรพร้อมหน้ากัน

1.2 การประชุมปรึกษา (Conference) เป็นการสื่อสารที่ต้องพูดคุยกันตัวต่อตัว รับผิดชอบร่วมกัน อภิปรายโต้เถียง หาข้อยุติร่วมกัน เป็นโอกาสที่หัวหน้าทีมจะได้ทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและเป็นโอกาสที่สมาชิกจะได้ระบายความรู้สึกและทัศนคติของตนเอง ด้านความต้องการของผู้ป่วย สิ่งซ่อนเร้นในพฤติกรรมผู้ป่วยและหาข้อแก้ปัญหามาร่วมกันอย่างมีเหตุผล การปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องและมีคุณภาพ เพราะมีการปรับปรุงแก้ไข และศึกษาปัญหาอยู่เสมอ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นซึ่งช่วยให้การวางแผนการพยาบาล การมอบหมายงาน

การประเมินผลงาน การวางแผนการสอนสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อการพัฒนาปรับปรุง แก้ไขให้การปฏิบัติงานกลุ่มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการเห็นปัญหาเข้าปัญหาพร้อมกันอย่างเดียวกัน เครื่องมือการสื่อสารชนิดที่ให้ข้อเท็จจริงและสร้างความเข้าใจกันมากที่สุด

1.3 การศึกษาสภาพการพยาบาล (Nursing rounds) เป็นการตรวจสอบศึกษาข้อมูลและปัญหาจริงจากสภาพจริงและตัวผู้ป่วยโดยตรงเป็นการศึกษาร่วมกันกับกลุ่ม ทำให้ได้ข้อเท็จจริงมากยิ่งขึ้น

1.4 การให้คำแนะนำปรึกษา (Consultation) หลังจากทำการศึกษาสภาพผู้ป่วย หรือทำรายงานการพยาบาลแล้ว หัวหน้าทีมจะต้องเป็นผู้ชี้จุดปัญหาที่สำคัญ สอบถามความคิดเห็นในการบำบัดการพยาบาลของผู้รับผิชอบผู้ป่วยแต่ละคน ถ้าหากมีข้อสงสัยจะได้ชี้แจงแนะนำถึงแนวการปฏิบัติที่ถูกต้องและถ้าสมาชิกคนใดสามารถปฏิบัติได้ดีก็นำมาเป็นตัวอย่าง การสื่อสารด้วยเครื่องมือนี้จะเห็นผลตอบสนองในทันที

1.5 การรายงานการพยาบาล (Nursing care report) เป็นรายงานเกี่ยวกับอาการ การพยาบาลและผลของการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยสมาชิกแต่ละคนที่รับผิดชอบเป็นผู้รายงานให้แก่หัวหน้าทีม การรายงานนี้จัดทำได้ 2 ลักษณะคือ รายงานที่โต๊ะทำงานก่อนทำการศึกษาสภาพผู้ป่วยหรือรายงานในขณะที่ทำการศึกษาหัวหน้าทีมเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูลด้วย ถ้าหากผู้ทำการศึกษาสภาพผู้ป่วยคือหัวหน้าตึก และผู้ตรวจการ กำหนดเวลาการรายงาน ควรจะทำเมื่อเสร็จสิ้นการพยาบาลโดยเร็วหรือเวลาที่เหมาะสมคือ หลังเวลา 100.00 น. หรือ 14.00 น. หรืออาจทำก่อนส่งเวรก็ได้ แล้วแต่หัวหน้าทีมจะตกลงกำหนดเวลาที่แน่นอนแต่ต้องทำทุกวัน

2. เครื่องมือสื่อสารโดยการเขียน มีด้วยกันหลายอย่าง อาจเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจะมีนโยบายและปรัชญาแตกต่างกันไป

2.1 แบบบันทึกการมอบหมายงาน (Assignment sheet) เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับหัวหน้าตึก หัวหน้าทีม และสมาชิกทีม ส่วนหัวหน้าทีมจะรู้ว่าตนเองได้วางแผนมอบหมายงานให้แก่ใครไว้อย่างไร แต่ไหน ส่วนหัวหน้าทีมจะรู้ว่าตนเองจะให้ใครทำอะไร อย่างไร มีแผนงานอะไรบ้าง เช่น แผนการประชุมปรึกษา แผนการจัดการศึกษา แผนการนิเทศ สำหรับสมาชิกทีมจะรู้ว่าตนรับผิดชอบอะไร มีหน้าที่อย่างไร ใครเป็นผู้นิเทศ ศึกษาสภาพผู้ป่วยเมื่อไร การประชุมปรึกษามีหรือไม่ โปรแกรมการศึกษาจะจัดขึ้นเมื่อใด เพื่อตัวเองจะได้ไปปฏิบัติการและเตรียมพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

แบบบันทึกการมอบหมายงานนี้ควรจะต้องแจ้งก่อนล่วงหน้า การมอบหมายงานของหัวหน้าทีมควรแจ้งไว้ก่อน 1 สัปดาห์ การแจ้งของแต่ละทีมจะแจ้งก่อนปฏิบัติงาน 1 วัน เพื่อการเตรียมตัวสำหรับการปฏิบัติงานของสมาชิกทีม แต่อาจจะแก้ไขปรับปรุงได้หลังรับเวอร์แล้ว เมื่อแก้ไขตอนใด อย่างไรก็ตามของสมาชิกผู้ใด หัวหน้าทีมจะต้องบอกให้สมาชิกคนนั้น ๆ ทราบด้วย ไม่ใช่แก้ไขแล้วเขียนไว้ในแบบบันทึกแต่ไม่ได้บอกจะทำให้สมาชิกเกิดความพลเผลอ ไม่รอบคอบ และปฏิบัติงานผิดพลาดได้ หรือไม่ตรงตามที่มอบหมายให้ใหม่

2.2 ใบแนะนำการปฏิบัติ (Employee guide) ใบแนะนำการปฏิบัตินี้จะมีลักษณะคล้ายกับแผนการพยาบาล หรือคาร์เด็ก์ แต่สั้นรวบรัดกว่า ง่าย และเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกจะปฏิบัติตาม หัวหน้าทีมจะเป็นผู้ลงบันทึกใบแนะนำการปฏิบัติว่าสมาชิกแต่ละคนจะทำหน้าที่อะไรให้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในแต่ละวัน ใบแนะนำนี้หัวหน้าทีมจะมอบให้แก่สมาชิกแต่ละคนรับไปและจะบันทึกการปฏิบัติที่ตกลงไปว่าทำหรือไม่อย่างไร แล้วส่งกลับมายังหัวหน้าทีม เมื่อทำการพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว การใช้ใบแนะนำนี้เหมาะสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่วิชาชีพหรือผู้จบใหม่ ยังขาดประสบการณ์มากกว่าที่จะนำมาใช้กับพยาบาลระดับวิชาชีพ

2.3 แผนการพยาบาล (Nursing care plan) เป็นเครื่องมือสื่อสารของทีมที่ดีที่สุด เพราะจะเป็นศูนย์รวมข้อมูลต่าง ๆ และมีประโยชน์ในการจัดระบบของบุคลากร ซึ่งจะใช้ได้ทันที เพราะในแผนการพยาบาลจะมีปัญหา วิธีการแก้ปัญหา กิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนระดับของความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งทำให้เข้าใจง่ายและได้ข้อมูลโดยตรง แผนการพยาบาลนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้เป็นเครื่องมือสื่อสารที่มีคุณภาพแท้จริง ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องตรวจสอบก่อนที่จะเข้าประชุมการวางแผนของทีมทุกครั้งเพื่อกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมและเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ต่อเนื่องได้อย่างดี สมาชิกได้มีโอกาสแจจแจงข้อจำกัดการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี

2.4 คาร์เด็กซ์ (Dardex) คาร์เด็กซ์ จะมีลักษณะเหมือนกับแผนการพยาบาลเกือบทุกอย่างต่างกันแต่วิธีการทำคาร์เด็กซ์ ขึ้นอยู่กับผู้รับผิดชอบเพียงผู้เดียว ข้อมูลที่บรรจุอยู่ในคาร์เด็กซ์ คือ การรักษา วิธีปฏิบัติรักษา ปัญหาผู้ป่วยและแนวทางแก้ปัญหา ในการที่จะทำคาร์เด็กซ์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกผู้รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละคนจะต้องตรวจสอบคาร์เด็กซ์ของตนให้ถูกต้องตามบันทึกรายงาน (Chart) ผู้ป่วยและปัญหาตรงกับสภาพเป็นจริง ปัญหาเก่าที่พ้นสภาพไปแล้วก็ควรจะต้องลบทิ้ง คาร์เด็กซ์ที่ดีจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงทุกวันตามสภาพความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังต้องเขียนข้อความที่ชัดเจน สั้นเข้าใจง่าย ถ้ามีความคิดเห็นใดจะต้องเสนอแนะไว้ด้วยเพื่อให้

ผู้ปฏิบัติ ได้ทดลองปฏิบัติ หรือหาวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การใช้คาร์เด็ทซ์ขึ้นอยู่กับนโยบายของแผนการพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีแผนการพยาบาลแล้วไม่จำเป็นต้องใช้คาร์เด็ทซ์

2.5 บันทึกการพยาบาล (Nurses' Note) เป็นบันทึกที่พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญ อย่างมากในกิจกรรมประจำวันและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะมิใช่จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในด้านอาการและการพยาบาลเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรของทีมสุขภาพอื่นๆ ผู้ป่วยและญาติในการที่จะได้รู้ถึงความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วย

2.6 บันทึกย่อยประจำวัน (Bed signs) เป็นเครื่องมือสื่อสารที่จำเป็นเช่นกัน เพราะใช้เป็นเครื่องเตือนความจำของผู้รับผิดชอบผู้ป่วยถึงงานหรือการพยาบาลที่จำเป็นพิเศษ เช่น งดน้ำและอาหาร บันทึกชีพจรและความดันหรือการให้ยาในทันทีที่การเตรียมผ่าตัด เป็นต้น และรวมถึงการรักษาให้ยาเฉพาะวันด้วย การใช้บันทึกย่อยประจำวันจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยที่มีการบำบัดรักษายุ่งยากซับซ้อน เพราะจะทำให้ไม่ลืมงานด่วนประจำวันผู้ป่วยไป

จะเห็นว่าการติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการที่สำคัญในการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในการที่ถ่ายทอดสารทางความคิด ข่าวสารข้อเท็จจริง ความรู้สึกไปสู่บุคคลอื่น โดยผ่านทาง การพูด การเขียน กิริยาท่าทางในการสื่อสารระหว่างผู้ร่วมปฏิบัติงานในทีม ซึ่งการสื่อสารที่ดีควรเป็นแบบสองทาง แบบเปิด หรือแบบวงกลม เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเปิดเผย สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างอิสระกับสมาชิกทีมคนอื่น ๆ ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ การแก้ไขที่ตรงกันของเพื่อนร่วมงาน ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจในงานและขวัญกำลังใจของทีมสูงขึ้น

2.5 การประสานความร่วมมือของสมาชิกทีม (กองการพยาบาล2539)

การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ไม่ทำให้งานซ้อนกัน ขัดแย้งกันหรือเลื่อมล้ำกัน ทั้งนี้เพื่อทำให้งานราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์กรนั้นอย่างสมานฉันท์และมีประสิทธิภาพ

การประสานงานมี 2 ลักษณะคือ

1. การประสานงานจากบนมาล่าง หรือระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา
2. การประสานงานในระดับเดียวกัน เช่น ระหว่างผู้ร่วมงาน หรือผู้ที่อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน

โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. ช่วยให้ผลงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เพราะความสำเร็จของงานย่อมขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายที่จะร่วมมือกัน
2. ก่อให้เกิดการประหยัดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ลดความซ้ำซ้อนของงานและป้องกันข้อผิดพลาดต่าง ๆ
3. ลดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน เพราะการประสานงานก่อให้เกิดการสื่อสารที่ดี ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจบทบาทของตนเอง และเป้าหมายขององค์กรดีขึ้น

ในการประสานงานผู้ประสานงานจะต้องมีหลักการประสานงานดังนี้

1. ต้องคำนึงว่าการประสานงานเป็นการประสานนโยบายกับการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกระดับขององค์กร
2. การประสานงานต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันไปโดยสมัครใจ
3. เวลาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการประสานงาน
4. การประสานงานต้องอาศัยการจัดระบบงานที่ดีจึงจะได้ผล
5. การประสานงานเป็นเรื่องของการสื่อสารแบบ 2 ทาง
6. การให้ความสำคัญต่อความคิดเห็นของกลุ่มเป็นสิ่งที่สำคัญมาก
7. การประสานงานควรจัดให้มีทุกกลุ่ม และทุกระดับของผู้ปฏิบัติงาน
8. การประสานงานต้องมีการควบคุมให้งานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
9. สภาพแวดล้อมขององค์กรมีผลกระทบต่อการทำงานเสมอ

จะเห็นได้ว่า การประสานงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายและตลอดเวลาเพื่อทำให้เกิดผลดีในการปฏิบัติงานภายใน และภายนอกองค์กร อีกทั้งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน และเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในที่สุด

วิธีการประสานงาน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539) ในการปฏิบัติกรพยาบาลปกติจะต้องเป็นไปตามระเบียบแบบแผนของการบริหารการพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคคลและองค์กรอื่นๆ อยู่แล้วโดยหน้าที่และโดยลักษณะงาน ถ้าจะแยกการประสานงานเพื่อให้เห็นชัดเจนจะได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. การประสานงานภายในองค์กร

การประสานงานภายในองค์กร เช่น ในฝ่ายการพยาบาลหรือภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1.1 การจัดแผนผังสายการบังคับบัญชา และกำหนดหน้าที่การทำงานเพื่อป้องกันการก้าวท้าวและซ้ำซ้อนกัน
- 1.2 จดระบบการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยพิจารณาถึงสายการบังคับบัญชาด้วย
- 1.3 จัดให้มีกรรมการประสานงานเฉพาะเรื่อง
- 1.4 กำหนดช่องทางและวิธีการติดต่อประสานงานระหว่างฝ่ายส่งเสริมบริการกับกลุ่มงานอื่น ๆ
 - 1.4.1 การประสานงานกับแพทย์
 - 1.4.2 การประสานงานกับหน่วยจ่ายกลาง
 - 1.4.3 การประสานงานกับกลุ่มงานเภสัชกรรม
 - 1.4.4 และอื่น ๆ
- 1.5 ใช้วิธีการงบประมาณที่สามารถแยกออกจากกันหรือการควบคุมทางการเงินเป็นเครื่องมือในการควบคุมให้การปฏิบัติงานในส่วนต่าง ๆ ประสานกันไม่ซ้ำซ้อนกัน
- 1.6 การติดตามสอดส่องการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน เพื่อดูแลความเรียบร้อยของงานและช่วยแก้ไขปัญหาคือข้อขัดข้องต่าง ๆ
- 1.7 การนิเทศเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทำงานไปในแนวเดียวกัน เมื่อมีการผิดพลาดก็ดำเนินการแก้ไขซึ่งจะก่อให้เกิดการประสานงานไปด้วย
- 1.8 จัดให้มีการประชุมฝึกรอบรมและพัฒนามูลาการ
- 1.9 การจัดฝ่ายแนะแนวทั้งทางด้านวิชาการและการปฏิบัติ
- 1.10 จัดให้มีการมอบอำนาจหน้าที่เพื่อเสริมสร้างความสามัคคีร่วมใจกันทำงานเป็นทีม
 - 1.10.1 จัดให้มีการบำรุงขวัญ อันเป็นพลังสำคัญที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือประสานงานขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.10.2 การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน จะช่วยเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายได้ปฏิบัติในแนวเดียวกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดการร่วมมือประสานงานกันต่อไป

2. การประสานงานระหว่างองค์การหรือระหว่างหน่วยงาน

การประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น ฝ่ายการพยาบาลกับฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจใช้วิธีการบางอย่างที่ใช้สำหรับการประสานงานในองค์การดังกล่าวแล้วได้ ที่สำคัญที่ควรที่จะเพิ่มเติมคือ

- 2.1 การกำหนดสิทธิและอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจนรวมทั้งระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อการปฏิบัติงานที่ถูกต้องไม่ก้าวท้าวกันไม่ซ้ำซ้อนกัน

2.2 การใช้คณะกรรมการผสมหรือคณะกรรมการกลางในการติดต่อประสานงาน

2.3 การประชุมสัมมนาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในทุกหน่วยงานให้ได้ทราบวิธีการปฏิบัติงานของแต่ละแห่งจะช่วยให้เข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ทำให้การติดต่อประสานงานเป็นไปโดยสะดวกและรวดเร็ว

ควรรยึดหลักดังนี้

1. ผู้ทำหน้าที่ประสานงานต้องเป็นผู้ที่มีกิริยามารยาทการพูดจาที่ดี
2. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะทำการติดต่อประสานงาน
3. มีการศึกษาว่าจะต้องทำการประสานงานที่ใดบ้าง
4. ควรมีวิธีการติดต่ออย่างไม่เป็นทางการประกอบด้วย

ทั้งนี้การติดต่อประสานงานกับแผนกอื่น ๆ นั้นจำเป็นต้องมีคู่มือการประสานงานเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการติดต่องานร่วมด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การประสานงานในด้านความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ที่เป็นหน่วยงานสนับสนุนการบริการพยาบาลให้มีความสะดวก และคล่องตัว การพยาบาลจะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้ ถ้าขาดการประสานงานที่ดีของหัวหน้างานหรือผู้ป่วย เพราะบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลมีส่วนในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการทุกคน

ลักษณะการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ดี มี 4 ประการดังนี้

1. การมีเป้าหมายร่วมกัน (Common goal) การมีเป้าหมายร่วมกันหรือมีเป้าหมายตรงกัน จะทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน เกิดความเข้าใจตรงกันในการทำงาน ไม่ทำให้ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ หรือแม้แต่บุคลากรในทีมการพยาบาลเองเกิดความสับสน (Tappen, 1995) เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดและเป็นศูนย์กลางของจุดมุ่งหมายตรงกันในการทำงานแล้ว การปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพก็จะดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้บรรลุเป้าหมายในการให้การดูแลผู้ป่วย

2. การวางแผนงานร่วมกัน (Common plan) การทำงานร่วมกันเป็นทีมของพยาบาลนั้น ต้องมีการวางแผนการปฏิบัติงานและการประเมินผลงานร่วมกัน จึงจะทำให้งานนั้นบรรลุผลสำเร็จลงได้ดี (Davis, 1988) ถ้าขาดการวางแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก่อนลงมือปฏิบัติงานจะทำให้ผู้ป่วยต้องตอบคำถามเดียวกันซ้ำ ๆ หรือได้รับการตรวจร่างกายในลักษณะเดียวกันหลาย ๆ ครั้งทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานขาดความคล่องตัวเพื่อให้การประสานงาน

ร่วมกันดี ทั้งยังทำให้ผู้มารับบริการไม่สับสน สมาชิกทุกคนจึงควรได้ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติงาน และให้สมาชิกอื่น ๆ ได้รับรู้อย่างกระจ่างถึงแผนการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลด้วย

3. การพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence) ลักษณะการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในทีม การพยาบาลและในระหว่างทีมสุขภาพ เน้นการปฏิบัติต่อมนุษย์ที่เจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยและร่วมมือกัน ทั้งในระหว่างทีมการพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย การพึ่งพาอาศัยกันในระหว่างทีม อาจพิจารณาตามปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยและลักษณะของสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่ผู้ป่วยมีปัญหาและการรักษาที่ซับซ้อน การดูแลรักษาพยาบาลของทีมการพยาบาล นอกจากพยาบาลทั่วไปแล้ว จำต้องอาศัยพยาบาลผู้ชำนาญการในการร่วมให้การดูแล เป็นต้นว่า กรณีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคมะเร็ง หรือการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เป็นต้น ดังนั้น การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำงานได้เพียงลำพังฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น จำเป็นต้องอาศัยและพึ่งพากันและกันในการปฏิบัติงานทั้งสิ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

4. ความไว้วางใจ (Trust) เนื่องจากงานพยาบาลเป็นงานที่ขึ้นอยู่กับชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรพยาบาลจึงจำเป็นต้องทำตนให้เป็นที่เชื่อถือและไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน ลักษณะงานพยาบาลจึงต้องการบุคลากรพยาบาลที่มีความไว้วางใจต่อกัน มีความซื่อสัตย์ในหน้าที่ มีระเบียบวินัยในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีลักษณะเปิดเผยให้ความเคารพและเห็นคุณค่าของกันและกัน ยอมรับในบทบาทและหน้าที่ของกันและกัน รวมทั้งได้รับการยอมรับจากสมาชิกในทีมงาน นอกจากนี้การทำงานของพยาบาลเป็นงานที่เหนื่อยและหนัก สมาชิกในทีมงานทุกคนจึงควรมีน้ำใจ จึงจะทำให้งานนั้นบรรลุผลสำเร็จลงได้ดี (Davis, 1988)

ดังนั้นรูปแบบของการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในทีมการพยาบาล จึงควรเป็นรูปแบบของการร่วมมือกันทำงานในลักษณะของการปรึกษาหารือ โดยเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจให้ตรงกัน เกี่ยวกับเป้าหมาย ลักษณะและขอบเขตของการทำงาน มีการวางแผนงานร่วมกัน มีความร่วมมือและพึ่งพาอาศัยกันในการทำงาน มีความไว้วางใจและยอมรับในบทบาทซึ่งกันและกันของสมาชิกในทีมงาน โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกในทีมงาน รวมทั้งมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับผลประโยชน์ให้มากที่สุด

3. แนวทางการดูแล (Clinical pathways)

3.1 ความหมายและความสำคัญของแนวทางการดูแล

แนวทางการดูแล ถูกเรียกในหลายชื่อ เช่น Clinical paths, Clitical paths หรือ pathways บางท่านก็ใช้คำว่า Caremaps, Caremap คือ Clinical pathways ที่เพิ่มเติมเป้าหมายทางคลินิกที่คาดหวัง ในช่วงเวลาต่างๆ เข้าไป (Intermediate goals & outcome หรือ quality index) Collaborative plans of care Multidisciplinary action (MAPs) Care Paths และ Anticipated recovery paths แต่ส่วนใหญ่ที่คุ้นหูมักจะ ใช้คำว่า “Clinical pathways” และ “Caremaps” มีผู้พยายามแปล Clinical Pathways เป็นภาษาไทยว่า แผนปฏิบัติการร่วม แนวทางการปฏิบัติร่วมกันของทีมสุขภาพ แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับแพร่หลายเท่าใดนัก โดยมากจะเรียกทับศัพท์เป็นภาษาอังกฤษ

อนวัตนันท์ สุภชุตินกุล (2543) แนวทางการดูแล เป็นเอกสารย่อ ๆ เพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผน การดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพตามช่วงเวลาต่างๆ ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวใน โรงพยาบาล ซึ่งเขียนไว้เรียบร้อยแล้วในรูปแบบมาตรฐาน

แนวทางการดูแล เป็นการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุด (Optimal) ในการ ให้การดูแลรักษาโดยแพทย์ พยาบาล หรือนุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยหรือการรักษาด้วยวิธีการหนึ่งๆ โดยออกแบบขึ้นมาเพื่อลดความล่าช้า การใช้ทรัพยากรให้ต่ำที่ สุดและเพื่อให้คุณภาพการดูแลสูงสุด Critical Paths นี้ต้องแยกจาก Clinical guidelines หรือ Algorithm ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการช่วยตัดสินใจของแพทย์ เมื่อพบกรณีผู้ป่วยมีอาการและ อาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Coffey et al., 1996 อ้างถึงในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2543)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2543) กล่าวว่า แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นเอกสารที่ สรุปการแสดงขั้นตอนของกิจกรรมและระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุด ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัย หรือการรักษาด้วยวิธีการหนึ่งๆ ที่ให้โดยแพทย์ พยาบาล หรือนุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล

อาจกล่าวได้ว่า แนวทางการดูแล เป็นสมมติฐานที่ทีมผู้ให้บริการร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อ บรรยายสิ่งที่ทีมเชื่อว่าเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

ความสำคัญของแนวทางการดูแล

แนวทางการดูแล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2544) มีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล รักษาผู้ป่วยทางคลินิกเนื่องจากการศึกษา กำหนด และวางขั้นตอนการให้บริการอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นพื้นฐานของขั้นตอนที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งการนำ แนวทางการดูแลมาใช้เป็นกิจกรรม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจึงเป็นเรื่องที่ควรนำมาพิจารณาอย่างยิ่งเพราะเป็นกิจกรรมที่ผู้ประกอบวิชาชีพที่เรียกว่าสหสาขาวิชาชีพ ต้องมีส่วนร่วม คุณภาพจึงจะเกิดทุกขบวนการ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่สอดคล้องตรงกันของผู้ปฏิบัติงานเป็นพื้นฐานในการติดตามการปฏิบัติและนำความแปรปรวนที่ได้จากขั้นตอนที่กำหนดไว้มาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

ลักษณะพิเศษของแนวทางการดูแล การนำเอาแนวทางการดูแล มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเนื่องจากมีลักษณะเด่นๆ อยู่ 4 ข้อ คือ การกำหนดผลลัพธ์ของผู้ป่วยกำหนดระยะเวลา แสดงถึงความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการให้การดูแลที่ครอบคลุม

1. ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย แนวทางการดูแล จะกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในเรื่องที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเมื่อถึงกำหนดเวลาที่กำหนด สำหรับโรงพยาบาลจะกำหนดผลลัพธ์ของผู้ป่วยในแต่ละวัน และผลลัพธ์เมื่อจำหน่าย เช่น ในระยะเริ่มแรกของผู้ป่วย Eye procedures ผลลัพธ์หรือกิจกรรมของผู้ป่วย (Key patient Activities / Outcome) เช่น ผู้ป่วยจะนอนยกศีรษะสูง 40 ถึง 60 ได้ และผู้ป่วยจะดื่มน้ำได้โดยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2. กำหนดระยะเวลา อย่างเฉพาะเจาะจงในแต่ละหัวข้อการปฏิบัติการ โดยเรียงลำดับ ช่วงเวลาการปฏิบัติในโรงพยาบาลจะกำหนดกรอบเวลาคือเป็นวันต่อวัน แต่ในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency room) หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือระดับความรู้สึก กำหนดเวลาก็ปรับเป็นชั่วโมงต่อชั่วโมงในระยะฟื้นฟูสุขภาพหรือการไปดูแลที่บ้าน การกำหนดระยะเวลาจะกำหนดเป็นอาทิตย์ต่ออาทิตย์

3. ความร่วมมือกันโดยสหสาขาวิชาชีพ ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เช่น โภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้น

4. การดูแลที่ครอบคลุม แนวทางการดูแล กำหนดทิศทางการดูแลในเรื่อง

- 4.1 อาหาร (Nutrition)
- 4.2 การวินิจฉัยทดสอบต่าง ๆ (Diagnostic Test)
- 4.3 การรักษา (Treatments)
- 4.4 การรักษาทางยา (Medications)
- 4.5 กิจกรรม การเคลื่อนไหว (Mobility and Activity)
- 4.6 การสอนสุขศึกษาผู้ป่วย และการวางแผนการจำหน่าย
- 4.7 ด้านจิตใจ

ประโยชน์ของแนวทางการดูแล

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชาชีพ
2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่จะวางไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนการจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น
3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ
6. ทำให้สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้ และเป็นไปในทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย
7. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการ

จากการนำ แนวทางการดูแล มาใช้พบว่า เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดกระบวนการหลายอย่างที่มีประโยชน์ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541)

1. เป็นเครื่องเตือนใจเพื่อนำความรู้ที่ทันสมัยมาสู่การปฏิบัติ (Evidence-based practice)
2. เป็นการนำผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่าง ๆ มาทำงานร่วมกัน
3. เป็นการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ไม่ใช่แก้ปัญหาเฉพาะหน้า
4. ลดการกระบวนทัศน์โดยใช้บันทึกเฉพาะส่วนที่แตกต่างจากที่คาดการณ์ (Variance)
5. ทำให้การเก็บข้อมูลเพื่อทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Review) เป็นไปได้ง่ายขึ้น
6. ทำให้มีแนวทางในการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเทียบกับ Guideline ที่กำหนด

จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารที่รวบรวมมาพอจะสรุปได้ว่าประโยชน์ของแนวทางการดูแล หรือ CareMaps สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน

1. ประโยชน์ทางด้านการบริหาร
 - 1.1 ลดปัญหาในการประสานแผนการรักษาพยาบาล การตรวจการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

- 1.2 พยาบาลพึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแล ซึ่งมีผลลดอัตราการลาออก
- 1.3 ช่วยประหยัดเวลาการบันทึก ลดความซ้ำซ้อน
- 1.4 พยาบาลที่พึงจบการศึกษา หรือนักศึกษาพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและเข้าใจภาพรวมของการดูแลรักษาพยาบาล

2. ประโยชน์ทางด้านการบริการ

- 2.1 ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
- 2.2 ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
- 2.3 ผู้ป่วยพึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ ลดความวิตกกังวล เพราะทำให้ผู้ป่วยทราบในแต่ละวันเขาจะได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง เขาจะปฏิบัติตัวอย่างไร
- 2.4 ส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
- 2.5 สามารถคาดการณ์ความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล
- 2.6 การบริการครอบคลุม เพราะบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันดูแล
- 2.7 เป็นสิ่งที่ยืนยัน หรือ แสดงให้ผู้อื่นทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถประเมินการดูแลรักษาพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น

3. ประโยชน์ต่อองค์กร

- 3.1 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เกิดความสามัคคี มีความรู้สึกร่วมกัน (Sharing)
- 3.2 ประหยัดค่าใช้จ่ายขององค์กร
- 3.3 อยู่ในสถานะที่ได้เปรียบโรงพยาบาลคู่แข่ง
- 3.4 เป็นสิ่งที่ยืนยัน / ประกาศต่อสาธารณชนว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานในการบริการและเป็นองค์กรที่มีมุ่งการบริการที่มีคุณภาพ

3.1.1 แนวคิดและหลักการของแนวทางการดูแล

แนวทางการดูแล เป็นเรื่องที่กำลังตื่นตัวมีแนวโน้มได้รับความสนใจเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ในการนำมาจัดการร่วมกับ Case management แต่ละคนมีมุมมองที่แตกต่างกันในเรื่องของวิธีการใช้และวิธีการนำไปสู่การปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาล แหล่งบริการสุขภาพมีแนวคิดที่นำไปพัฒนาคุณภาพการบริการ ตามสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งในประเทศไทยได้มีการดำเนินการเรื่องการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โดยแต่ละโรงพยาบาลต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมเพื่อการควบคุมคุณภาพการบริการ ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกิจกรรมหนึ่ง ในงานคุณภาพที่หลายโรงพยาบาลในประเทศไทยได้เริ่มต้นดำเนินการไปแล้ว คือการพัฒนา Care map หรือ แนวทางการดูแล หรือ Care flow เพื่อใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล การใช้ Care map นับได้ว่าเป็นการริเริ่มมองปัญหาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ เป็นการแสดงเจตนาารมณ์ของการร่วมกันแก้ปัญหา และประสานประโยชน์ให้เกิดแก่ผู้รับบริการ เป็นการตระหนักถึงการควบคุมไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ อันมีผลต่อค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา

แนวทางการดูแล เป็นแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้การรักษายาบาลมีคุณภาพ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length Of Stay : LOS) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีลักษณะที่สำคัญคือสร้างขึ้นโดยทีมสุขภาพทุกสาขาที่มุ่งดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้าน ภาวะโภชนาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ/การเคลื่อนไหว การให้ความรู้ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน โดยกำหนดกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน (สุวิภา นิตยางกูร, 2540)

คุณภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทุกกระบวนการในองค์กร การปรับปรุงคุณภาพที่ครอบคลุมจะต้องเกี่ยวข้องกับทุกมิติของคุณภาพ คือ การทำสิ่งที่ถูกต้อง ด้วยวิธีการที่ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก และทุกๆ ครั้ง และทำให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป การจะทำให้เกิดการประสานกิจกรรมเพื่อเป้าหมายเดียวกัน ควรเริ่มที่นำกิจกรรมคุณภาพที่ทำอยู่ในปัจจุบันเข้ามาเพื่อวางแผนร่วมกัน โดยอาศัยยุทธวิธี (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)

1. ผู้ประกอบวิชาชีพทุกกลุ่มต้องมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์
2. กำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญ 2-3 ประการ เพื่อเป็นเป้าหมายขององค์กร ซึ่งทุกส่วนมุ่งมั่นจะทำสำเร็จ บรรลุผลร่วมกัน
3. พิจารณาปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและคุณภาพไปพร้อมกัน
4. วางแผนกิจกรรมคุณภาพให้เป็นระบบ แต่มีความยืดหยุ่นและไม่แยกส่วน

การจัดทำแนวทางการดูแล มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำแนวทางการดูแล วิธีการเลือกใช้การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยโดยทั่วไปแล้วกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำแนวทางการดูแล คือ

1. กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
2. กลุ่มที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

3. กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
4. กลุ่มที่มีแบบแผนการรักษาที่มีความแตกต่างกันมาก
5. กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย
6. กลุ่มที่นอนรักษาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น กลยุทธ์ที่ต้องการให้มีการร่วมมือกันของ สาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีการดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่น

1.1 จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกโดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นร่วมกันกำหนด แนวทางการดูแล เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

1.2 กำหนดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

1.3 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมอง หรืออาจใช้วิธีขอความคิดเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุปหรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

1.4 สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่นๆที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

1.5 การเขียนแนวทางการดูแล เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1.5.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลาผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

1.5.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่าง ๆ

1.5.3 การส่งตรวจต่าง ๆ

1.5.4 รายการยาต่าง ๆ

1.5.5 ชนิดของอาหาร

1.5.6 กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

1.5.7 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

1.5.8 การวางแผนการจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

1.6 การทบทวนแนวทางการดูแล เป็นขั้นตอนที่นำแนวทางการดูแล มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

Flarey (1995) ได้นำ แนวทางการดูแล หรือ CareMAPs tool มาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสำเร็จโดยใช้ร่วมกับแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) โดยมุ่งหวังที่จะลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

ในระบบบริการสุขภาพ ประเทศไทย โรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้นำ Caremaps หรือแนวทางการดูแล มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการแล้วยังมีประโยชน์ที่มากกว่าการให้บริการที่มีคุณภาพแล้ว ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยกระตุ้นการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาล ความสำเร็จในการนำ Caremaps มาใช้ทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและเนื้อหา ตัวเนื้อหาหรือผลลัพธ์ ก็คือ ตัวแผนซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัตินำไปใช้ดูแลผู้ป่วย ผลที่เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างคือความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการจัดการต่อความคิดที่แตกต่างทำให้เกิด การพัฒนา นำไปสู่การเรียนรู้ของการทำงานเป็นทีม

3.2 องค์ประกอบของแนวทางการดูแล

การพัฒนาแนวทางการดูแลขึ้นมาใช้ในองค์กร จำเป็นต้องมีแรงสนับสนุนผลักดัน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมมือกำหนดขึ้น ซึ่งทุกคนที่มีส่วนร่วมจะต้องมีแนวคิดเป้าหมายไปในทางเดียวกัน และใช้กระบวนการทำงานเป็นทีม คุณภาพจึงเกิดขึ้นได้ด้วยองค์ประกอบที่จำเป็น ดังนี้ (จิราภรณ์ สุวดีพานิชย์, 2541)

1. ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้บริหาร โดยเฉพาะ Steering team จะต้องเป็นผู้นำในการปฏิบัติ สร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพบริการ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเพื่อคุณภาพทุกขั้นตอน ซึ่งประเด็นที่สำคัญ เป็นผู้นำที่สนับสนุนให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการบริหาร และการรับผิดชอบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล การสร้างความเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในองค์กรจะมีความสำเร็จมากกว่า หากผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง (Gustafsin and Hundt, 1995) และที่สำคัญผู้นำต้องเข้าใจว่าคนของตน

อยากได้อะไร ต้องการให้ผู้บริหารช่วยเหลือสนับสนุนอย่างไร และส่งเสริมให้คนเหล่านั้นได้ทำตามในสิ่งที่อยากทำ

2. Individual Commitment เป็นความมุ่งมั่นของบุคลากรที่มีคุณภาพบริการเป็นรางวัลตอบแทนสมการกระทำ ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้นำที่จะทำความเข้าใจกับผู้ที่อยู่ในองค์กรและทำให้เกิดความไว้วางใจ เห็นภาพฝัน ไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งว่าต้องทำงานเหนื่อยเพื่อให้ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ดีหรือทำไปทำไมเพื่อคนอื่น (ผู้รับบริการ) แล้วตนเหนื่อย ผู้นำควรทำให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการดูแล นี้ขึ้นมาทำให้คนไข้ที่แพทย์ พยาบาลดูแลอยู่นั้น กลับบ้านเร็วขึ้น การดูแลก็ง่ายขึ้น เพราะ มีแนวทางในการดูแล และมีเพื่อนร่วมงานช่วยเราในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ / พยาบาลจะไม่เหนื่อยที่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเพียงลำพัง

3. การทำงานเป็นทีม ของสหสาขาวิชาชีพการสร้างแนวทางการดูแลเป็นการกระตุ้นการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผลที่เกิดจากกระบวนการสร้าง คือ ความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและผลลัพธ์ที่เป็นเนื้อหาตัวแผนที่น่าไปใช้ดูแลผู้ป่วย การที่มุ่งเฉพาะเนื้อหาหรือผลลัพธ์ โดยต่างฝ่ายต่างทำขึ้นมาก่อน แล้วนำมารวมกันทีหลัง ก็จะได้แต่ตัวแผนที่เป็นเนื้อหาแต่เสียโอกาสการพัฒนาการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีความหมายต่อการทำงานร่วมกันในอนาคต

4. การร่วมมือของแพทย์ แพทย์เป็นผู้ที่มีศักยภาพสูงในการผลักดันให้กระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลสำเร็จ (Merry, 1994) และเป็นตัวสำคัญในกระบวนการหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่การนำแพทย์มาร่วมกิจกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ง่ายนัก การทำงานร่วมกับแพทย์จึงควรพิจารณา แนวทาง เช่น เริ่มทำงานกับแพทย์ที่ยอมรับแนวคิดคุณภาพก่อน และชักนำแพทย์ด้วยวิธีที่ไม่ทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังให้บริการที่ไม่มีคุณภาพ ค้นหาแพทย์ที่เหมาะสมที่จะเข้ามาเป็นผู้นำทีม ให้ผู้แทนแพทย์ของแพทย์เข้ามามีส่วนในกระบวนการแต่ต้นเพื่อให้แพทย์แต่ละคนมีความรู้สึกว่าได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกระบวนการนี้

5. บทบาทพยาบาล ต้องแสดงถึง Autonomy ในการพิจารณาแนวทางการปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพ พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ใช้แนวทางการดูแลเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกับแพทย์มากกว่าวิชาชีพอื่น เป็นผู้ประสานในทีม จะต้องใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติ หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยแล้ว เนื่องจาก

แนวทางการดูแลเป็นเพียงแนวทางปฏิบัติเท่านั้น การประเมินสภาพการณ์ในปัจจุบัน (Here and Now) เป็นเรื่องที่ยากลำบากต้องกระทำ โดยมากพยาบาลจะเป็นผู้เผชิญเหตุการณ์เฉพาะหน้าก่อนใคร เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่ยังไม่มีความรู้ถึงระยะวิกฤต พยาบาล ใช้แนวทางการดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยวิกฤต แต่พยาบาลก็ต้องเฝ้าระวังอาการที่จะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้ ซึ่ง แนวทางการดูแลเป็น guideline ร่วมในการวางแผนให้การพยาบาล

6. การนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ การนำแนวทางการดูแลที่มีอยู่แล้วในองค์กรอื่นมาใช้ ต้องแน่ใจว่าสามารถปฏิบัติตามได้จริงในองค์กรของเรา การกำหนดน่าจะอยู่ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในองค์กร ช่วยกันพัฒนาขึ้น เพื่อความเหมาะสมในทางปฏิบัติและยอมรับ อาจนำแนวทางการดูแลองค์กรอื่นมาเป็นแนวทางในการพัฒนาขององค์กรเราก็ได้

7. การทบทวน เริ่มด้วยการทบทวนความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย นำมากำหนดเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีการทบทวนตรวจสอบร่วมกันในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพว่าได้มีการปฏิบัติตามเพียงใด ผลลัพธ์ทำเป็นอย่างไร ปรับปรุงวิธีการทำงานหรือปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

แนวทางการดูแลเกิดขึ้นได้จะต้องมีส่วนประกอบของความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพและต้องมีแผนการดูแลร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นสำคัญ

3.2.1 ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพ

ทีมสุขภาพทุกสาขาหมายถึง แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง กลุ่มบุคลากรกลุ่มนี้เรียกว่า DRGs (Diagnosis-related groups) หรือ Patient Care Team เป็นทีมที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะการทำงานเป็นแบบ Cross Functional Team คือเป็นทีมที่ประกอบด้วยสมาชิกมาจากทุกสาขาวิชาชีพมาทำงานร่วมกันในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ระบุแนวทางการดูแลที่ควรกระทำในแต่ละวัน ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนดแนวทางการดูแลจะกระทำโดยการคะเนระยะเวลาที่ควรอยู่โรงพยาบาล และจะให้การดูแลอย่างไรในช่วงต่างๆ ที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และที่สำคัญคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ด้วยระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจะสั้นที่สุดเท่าที่จะสั้นได้แต่คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพ (Flaray, 1995) การดำเนินการตามแนวทางการดูแลนี้ จะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลที่ตั้งเป้าหมายไว้สำเร็จได้ภายในกำหนดเวลา

การสื่อสารประสานในทีมรักษา ให้สมาชิกในทีมรักษาได้รับรู้และเข้าใจในกิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วย ในช่วงเวลาต่างๆ บูรณาการกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกัน ทั้งที่มีต่อผู้ป่วยและต่อสมาชิกในทีมรักษา จึงเป็นรูปแบบของ patient focus service ที่ควรเป็น ดังแสดงในภาพข้างล่าง (อนูวัฒน์, ศุภชุตินุกูล, 2543)



กิจกรรมของสมาชิกที่มีต่อผู้ป่วยจะถูกนำมาผสมผสานการบริการให้ผู้ป่วยได้รับผลดีที่สุด เช่น ผู้ป่วยไม่ถูกเคาะปอดในขณะที่จะมีเปลมารับไปฉายรังสี ฯลฯ กิจกรรม Patient Care Team (PCT) และการสร้าง Clinical Pathway Caremap จึงเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่เสริมสร้างการสื่อสารประสาน และการทำงานเป็นทีม

ตามแนวคิดของ Langford (1981) สรุปลักษณะของความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยสมาชิกในทีมสหสาขามีการอภิปรายเพื่อ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ยอมรับและรับรู้ในบทบาทของสมาชิกแต่ละคน และมีส่วนร่วมในการทบทวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. การยอมรับความรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม หมายถึง การที่สมาชิกในทีมยอมรับร่วมกันว่า ไม่มีบุคคลใดที่มีความรู้และทักษะทั้งหมดทุกด้าน และการที่จะให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น ต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของสมาชิกทุกคนในทีม
3. การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม ขณะที่ปฏิบัติงานร่วมกัน หมายถึงการที่สมาชิกในทีมมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล หรือการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกันเพื่อให้การทำงานร่วมกันบรรลุเป้าหมายหรือเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

4. บรรยากาศสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม ต้องเป็นการสื่อสารระบบเปิดหรือการสื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) คือลักษณะของการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เป็นการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดเผย จริงใจ อีศระตรงไปตรงมา ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและการเข้าใจที่ตรงกันของผู้ร่วมงาน

3.2.2 แผนการดูแลร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

ทีมกับการสร้างแนวทางการดูแล

1. สร้างจิตสำนึกในการพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วย เช่น การฝึกอบรม การดูงาน การดูตัวอย่าง กลุ่มอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
2. บุคลากรที่มีความสนใจร่วมกัน หรือดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน มาร่วมกันพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงานร่วมกัน
3. การสร้างทีม ทีมงานควรประกอบด้วย ตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สาขาที่มักถูกละเลยมากที่สุด คือสาขาวิศวกรรมซ่อมบำรุง หรือฝ่ายช่าง ใดๆ ที่มีความสำคัญต่อการทำงานของทีมรักษา ในทีมหนึ่งๆ ไม่ควรเกิน 10 คน ที่สำคัญ ทีมงานต้องระมัดระวังประสงคของการทำงานของทีม (Team of Reference) ไว้ให้ชัดเจน
4. การกำหนดตำแหน่งในทีม ที่สำคัญคือเลขานุการทีมไม่ควรเปลี่ยนแปลงบ่อย เพราะเป็นผู้บันทึกการประชุม ทราบความเป็นไปของการทำงานในทีมดี ประสานทีมอาจสลับกันได้ทุก 4 เดือน ประธานมีหน้าที่เพียงควบคุมการประชุมให้เป็นไปตามวาระและเป้าหมายของการประชุม
5. ค้นหาปัญหาหรืองานที่สมควรทำของทีม ควรคัดเลือกปัญหาที่มีผลกระทบต่องานมาก ไม่ซับซ้อนเกินไปมาทำก่อน 2 – 3 เรื่อง เช่น ปัญหาที่มี High cost, high volume, high risk, high variation การเลือกเอาปัญหาที่มี guidelines, มีคู่มือการทำมาตรฐานอยู่แล้วมาทำ อาจทำให้กระบวนการทำแนวทางการดูแล สิ้นลง แต่ต้องระวังไม่ให้มีการเลียนแบบโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม หรือไม่พยายามทำความเข้าใจในกลุ่ม ผลจะปรากฏเมื่อมีการนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติ การกำหนดขอบเขตของแนวทางการดูแลให้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล จนออกจากโรงพยาบาล นับเป็นการทำแนวทางการดูแลที่ดีมาก ความยากอยู่ที่ขอบเขตกว้างเกินไปมีบุคลากรหลายฝ่ายมาเกี่ยวข้องหรือปัญหาซับซ้อนเกินไป
6. เสนอผู้รับผิดชอบในแต่ละปัญหา เพื่อจัดตั้งอนุกรรมการแก้ปัญหาที่ได้คัดเลือกไว้ ที่สำคัญคือ ต้องเป็นผู้ที่เห็นความสำคัญของปัญหาและเต็มใจที่จะทำ วิธีการทำแนวทางการดูแลเพื่อแก้ปัญหาที่มีขั้นตอนดังนี้

- 6.1 ใช้ Evidence-base data ในการสร้าง guidelines แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
- 6.2 รวม Guidelines ของสมาชิกแต่ละวิชาชีพด้วยกัน
- 6.3 กำหนดขั้นตอนและบทบาทของสมาชิกในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามเป้าหมายของ Guidelines ที่กำหนด
- 6.4 กำหนดผลลัพธ์ของการทำแนวทางการดูแลในแต่ละช่วงเวลาของการรักษา
- 6.5 ทดสอบแนวทางการดูแลเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาการปฏิบัติได้จริงหรือไม่ และปัญหาที่เกิดขึ้น
- 6.6 ปรับปรุงแนวทางการดูแลให้ดีขึ้น
7. กำหนดระยะเวลาในการทำงาน ควรกำหนดเพื่อให้สะดวกแก่การติดตามงานและการวางแผนการทำงาน ไม่ควรสั้นเกินไป จนทีมงานทำงานไม่ได้ ไม่ควรนานเกินไปจนกลายเป็นปัญหาดินพอกหางหมู
8. กำหนดการประชุม และวาระการประชุมครั้งต่อไป เพื่อให้ทีมรู้ถึงภาระงานที่มีอยู่เบื้องหน้า พร้อมทั้งจะทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นกระบวนการสำคัญในการติดตามความก้าวหน้า การประชุมแต่ละครั้งไม่ควรนานเกินไป จนเป็นภาระต่องานประจำ แนะนำไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงครึ่ง

รูปแบบการประเมินของแนวทางการดูแล

การใช้รูปแบบขึ้นอยู่กับสถาบัน ที่การผสมผสานสหวิทยาการ ในแต่ละสาขาวิชาชีพตามความเหมาะสม สะดวก และสอดคล้องกับกลุ่มที่ให้การดูแล ซึ่งมีรูปแบบหลากหลายตามลักษณะการบริการรักษาพยาบาลในคลินิก ไม่มีแบบใดที่แน่นอนและดีที่สุด ขึ้นอยู่กับความนิยมและมักจะขึ้นอยู่กับประเภท / กลุ่ม อาการของผู้ป่วยแต่ละประเภท (Case Type) องค์การและการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า

รูปแบบที่ 1 Nyberg และ Marschke (1993 อ้างถึงในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2544) อธิบายการใช้ CP ในผู้ป่วยสัลยกรรม ดังนี้ การประเมินต้องครอบคลุม

1. อาหาร
2. การจับถ่าย
3. การดึงตัวของผิว
4. การหายใจ
5. การรับรู้
6. ระบบประสาท

7. ภาวะอารมณ์
8. สังคม
9. การตอบสนอง
10. การจัดการต่อภาวะสุขภาพ
11. การตรวจและให้คำปรึกษา

รูปแบบที่ 2 Zander (1991 อ้างถึงในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2544)

1. การประเมิน/ให้คำปรึกษา
2. การรักษา
3. อาหาร
4. การให้ยา
5. กิจกรรม / ความปลอดภัย
6. การสอน
7. การวางแผนกลับบ้านและประสานงาน และถ้ามีปัญหาทางจิตใจสามารถเพิ่มได้ตามกลุ่มผู้ป่วย

รูปแบบที่ 3 Care Map ของ Tucson Medical Center ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ปัญหาผู้ป่วย (Problems)
2. กิจกรรม (Staff tasks) การประเมินและปรึกษา การตรวจวินิจฉัย การรักษา การให้ยา อาหาร ความปลอดภัย / กิจกรรม การสอน การย้าย และการประสานงาน การบันทึก การปรึกษา
3. การวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมาย การบรรลุเป้าหมาย
4. ปัญหาที่เพิ่มขึ้น

รูปแบบที่ 4 Basham และ Miracle (1998 อ้างถึงในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2544) ได้กล่าวถึง CP ในการพยาบาลวิกฤตดังนี้

1. การประสานงานเพื่อการดูแล
2. การวินิจฉัย
3. Fluid Balance
4. อาหาร
5. การเคลื่อนไหวน

6. การให้ออกซิเจน / การระบายอากาศ
7. ความสุขสบาย
8. ความตึงตัวของผิว
9. การป้องกันและความปลอดภัย
10. ภาวะสังคมและจิตใจ

แนวทางการพัฒนาแนวทางการดูแล

องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งด้านทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการและการประเมินผลมีผู้นำที่มีความสามารถในการนำทีมให้ดำเนินการได้อย่างจริงจัง และที่ขาดไม่ได้คือความร่วมมือจากบุคลากรทุกสาขาวิชาโดยเฉพาะแพทย์ การพัฒนาแนวทางการดูแลจะต้องมีทีมรับผิดชอบดังนี้ (Ignatavicius และ Kathy, 1995)

1. Steering Committee เป็นทีมที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำ และอำนวยความสะดวกให้เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลรวมทั้งเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงาน สมาชิกทีมคัดเลือกจากผู้ที่มีความสนใจ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ รวมทั้งสามารถเป็นผู้นำที่ดีได้ มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- 1.1 กำหนดรูปแบบการประชุม เช่น เวลา สถานที่ ระเบียบวาระการประชุม
- 1.2 กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิก และกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นเลขานุการ ระบุวิธีบันทึก (เขียนบนบอร์ดหรือแผ่น Flip Chart)
- 1.3 กำหนดนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์แผนปฏิบัติการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงาน สร้างความมุ่งมั่นให้แก่บุคคล
- 1.4 บูรณาการเข้ากับการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เช่น CQI, TQM ที่กำลังทำอยู่
- 1.5 หาข้อมูลที่เป็น สำหรับการพัฒนา แนวทางการดูแลเช่น LOS (Length of Stay) ค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่มโรค แนวโน้มปัญหาต่าง ๆ หรือภาวะเสี่ยงจากเหตุการณ์
- 1.6 พิจารณาและกำหนดแนวทางการดูแลที่จะพัฒนาเป็นอันดับแรกและกำหนดการพัฒนาเรียงตามความสำคัญ
- 1.7 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติและรูปแบบการใช้แนวทางการดูแล
- 1.8 คัดเลือกหน่วยงานที่จะเข้าร่วมหรือทดลองใช้แนวทางการดูแล
- 1.9 เป็นที่ปรึกษาผู้บริหารโรงพยาบาล และบุคคลเกี่ยวกับการดำเนินงานตามโครงการ
- 1.10 สร้างรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำ มองเห็นแนวทางของการปฏิบัติได้ชัดเจน สามารถสื่อสารและเป็นมาตรฐานที่องค์กรปฏิบัติได้มีการตีพิมพ์ ถ่ายทอด และข้อความในแนวทางการปฏิบัติ สามารถทำให้เห็นภาพกิจกรรมที่เป็นการแสดงออกถึงการกระทำได้
- 1.11 ประเมินผลโครงการ และให้ข้อเสนอแนะการดำเนินการในอนาคต

2. ทีมการใช้แนวทางการดูแล ทำหน้าที่พัฒนาเนื้อหาสาระในแนวทางการดูแล ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ให้การดูแลโดยตรง โดยเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในทางคลินิก เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคและผู้ปฏิบัติงานสาขาอื่น ๆ เช่น นักกายภาพ โภชนาการ เป็นต้น สุวีภา นิตยางกูร (2540) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของ ทีมการใช้แนวทางการดูแล ดังนี้

2.1 พิจารณาเลือกกลุ่มอาการ/โรคที่จะทดลองดำเนินการ โดยมากจะเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง หรือที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายมาก มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน หรือกลุ่มโรคที่มีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล โดยทั่วไปมักเลือกจากกลุ่มโรคที่มีโอกาสประสบความสำเร็จ

2.2 กำหนด Outcome ที่ต้องการจากการใช้แนวทางการดูแล

2.3 วิเคราะห์รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการรังสีวิทยา ฯลฯ ที่บุคลากรในทีมสุขภาพปฏิบัติกันอยู่ว่าเป็นอย่างไร มีวิธีการอื่นๆที่ให้ผลดีกับผู้ป่วยเหมือนกันหรือไม่ หรือควรปรับปรุง พัฒนาสิ่งใดบ้าง โดยอาศัยมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาล และเป้าหมายที่ต้องการเป็นพื้นฐาน

2.4 กำหนดรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและใช้งาน

2.5 กำหนดนโยบาย หรือวิธีปฏิบัติในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังข้อผิดพลาด ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล การประเมินผล รวมทั้งการประเมินผล

2.6 ประเมินความพร้อมของบุคลากร เสริม พัฒนาความรู้ ตามส่วนที่ขาดและที่สำคัญ คือต้องให้ข้อมูลแก่บุคลากร เพื่อให้เกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์และผลดีที่ผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาลจะได้รับ

สรุป

ภาวะผันแปรทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทันสมัยทางเทคโนโลยีและความคาดหวังของผู้รับบริการ มีผลผลักดันต่อการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ต้องมีการปรับปรุงการบริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้มารับบริการ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการแนวทางการดูแลเป็นแผนการดูแลรักษาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาขึ้นมาเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการแต่การบริการมีคุณภาพ แนวคิดในการสร้างแนวทางการดูแลเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร เป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องศึกษาถึงความหมายลักษณะพิเศษเฉพาะ ผลดีของการนำไปใช้และแนวทางในการพัฒนารวมไปถึงข้อเสนอแนะ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของเครื่องมืออย่างแท้จริง

4. การดูแลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

4.1 ความหมาย

นิยามศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความผิดปกติของเซลล์ที่ใช้บ่อย ๆ

นีโอพลาสซึม(neoplasm) มาจากภาษากรีก neos = new + plasm = formation หมายถึงการเกิดขึ้นใหม่ของเซลล์ เซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่นี้ขึ้นอยู่กับการควบคุมและไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

ทูเมอร์(tumor) มาจากภาษาลาติน Tumere = to swell หมายถึง ก้อน หรือการบวมที่เกิดขึ้นใหม่ของเซลล์ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายมีการเจริญเติบโตผิดปกติ โดยไม่ได้เกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์เพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากการอักเสบและการสะสมของน้ำหรือโลหิตขึ้นเบียดเบียดแย่งอาหาร และทำลายเซลล์ปกติข้างเคียง ทูเมอร์มีความหมายเดียวกันกับนีโอพลาสซึมใช้แทนกันได้(สุดาพรรณ รัชฎาจิรา, 2538)

ซิสต์(cyst) หมายถึง “ถุงน้ำ” เป็นภาวะผิดปกติที่มีการคั่งของสารเหลว (liquid) หรือสารครึ่งแข็งครึ่งเหลว (semisolid) อยู่ในช่องว่างที่มีรูปร่างกลม ในทางนรีเวช ซิสต์ อาจพบได้ตามที่ต่างๆ เช่น ภาวะสืบพันธุ์ภายนอก ช่องคลอด ปากมดลูก รังไข่และท่อรังไข่

แมส (mass) หรือ ลัมพ์(lump) หมายถึง ก้อนที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างปกติ เช่น ก้อนที่เต้านม เป็นต้น

บีโนจ์(benign) หมายถึง ไม่อันตรายร้ายแรง คุณลักษณะของก้อนเนื้องอกจำพวกนี้ คือ เมื่อเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายก็ตามจะคงอยู่ที่นั่น ไม่มีการแพร่กระจายไปที่อื่น การเจริญเติบโตค่อนข้างจะจำกัด อย่างไรก็ตาม บีโนจ์ ทูเมอร์ บางชนิดที่มีขนาดใหญ่ได้มาก ๆ เช่น บีโนจ์ โอวาเรียน ทูเมอร์ ซึ่งบางชนิดอาจมีขนาดใหญ่ได้ถึง 30 กิโลกรัม ก้อนเนื้องอกชนิดบีโนจ์ นี้มักไม่มีอันตรายต่อเจ้าบ้านที่มันอาศัยอยู่ (host) นอกจากว่าจะไปเกิดอยู่ในอวัยวะที่สำคัญ ๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นๆ ผิดปกติไป เช่น เนื้องอกในสมอง นอกจากนี้คุณลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่งของบีโนจ์ก็คือ มักจะคงลักษณะเดิมของเซลล์ปกติที่มันก่อกำเนิดขึ้น

มาลิกแนนท์(Malignant) หมายถึง ร้ายแรง คำว่า มาลิกแนนท์ นีโอพลาสซึม(malignant neoplasm) จึงหมายถึงเนื้องอกที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ คุณลักษณะของก้อนเนื้องอกจำพวกนี้คือ เมื่อเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจะคงอยู่ที่นั่น ในระยะเริ่มแรกเท่านั้น ต่อไปจะมีการลุกลาม (spreading) แทรกซึมทำลาย (invasion) เซลล์ปกติข้างเคียงและในระยะหลังจะมีการแพร่

กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่ไกลออกไปจากจุดกำเนิดเดิม (distant metastasis) โดยจะไปตามเส้นเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองไปทำให้เกิดก้อนเนื้ออกชนิดนี้ขึ้นอีกตามที่ต่าง ๆ ในที่สุด โฮสต์(host) ก็จะตาย

ตารางที่ 1 : ความแตกต่างของเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant) และไม่ร้ายแรง (Benign)

ที่มา : ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, 2541 : 4-5.

จุดกำเนิดของเนื้อเยื่อ	เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง	เนื้องอกชนิดร้ายแรง
Tissue of Origin	Benign	Malignant
1. การเจริญเติบโต	ช้า	เร็ว
2. ลักษณะการโต	ดันออกรอบข้างไม่ลุกลามไปรอบ ๆ เนื้อเยื่อเป็นก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ	ลุกลามและแทรกซึมไปรอบ ๆ เนื้อเยื่อ ยากที่จะแยกออกจากเนื้อธรรมดา
3. ลักษณะของเซลล์	แก่	อ่อน
4. การทำลายเนื้อเยื่อ	ไม่มีหรือมีน้อย	มาก
5. การแทรกทำลายหลอดเลือด	ไม่มี	พบน้อย
6. เปลือกหุ้ม (capsule)	มี	ไม่มี
7. การแพร่กระจาย (metastasis)	ไม่มี	มี
8. ผลที่เกิดกับร่างกาย	น้อยมาก ถ้าก้อนโตมากอาจจะไปกดและทำให้เกิดการอุดตันขึ้นกับอวัยวะนั้นๆ	มากและมีอันตรายถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่มีอาการผิดปกติ
9. การกลับเป็นซ้ำ	ไม่มี หากได้รับการผ่าตัดแล้ว	อาจเป็นได้อีกภายหลังการผ่าตัด
10. อาการพอมแห่งแรงน้อย	ไม่มี	มี และในที่สุดจะถึงแก่ชีวิต
11. เซลล์เนื้องอก (tumor cell)	ขนาดเท่าๆกันลักษณะคล้ายเซลล์ปกติ	มีลักษณะหลายรูปร่าง
12. การแบ่งตัว (mitosis)	ไม่มี	มีมาก และผิดปกติ

1. เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myoma Uteri)

ความหมาย

เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงของกล้ามเนื้อมดลูก ก้อนเนื้องอกประกอบด้วยกล้ามเนื้อมดลูกเป็นส่วนใหญ่ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเป็นองค์ประกอบอยู่บ้างไม่มากนัก เนื้องอกชนิดนี้อาจเกิดขึ้นส่วนใดของมดลูกก็ได้ (พรรณนิภา ธรรมวิรัช, 2543)

อุบัติการณ์

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกเป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยที่สุดในริเวชปฏิบัติ อุบัติการณ์ที่แน่นอนบอกได้ยาก เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักไม่มีอาการ แต่ประมาณกันว่าพบได้ถึงร้อยละ 4-11 ของสตรีทั้งหมด พบได้บ่อยที่สุดในช่วงอายุ 40-50 ปี อาจพบได้ถึงร้อยละ 40 ของสตรีที่มีอายุเกิน 40 ปี พบได้ในสตรีผิวดำมากกว่าสตรีผิวขาว และมากกว่าสตรีชาวตะวันออก 2 ถึง 5 เท่า สตรีที่ไม่ได้แต่งงานหรือสตรีที่แต่งงานแล้วแต่ไม่มีบุตรมีแนวโน้มจะพบได้บ่อยขึ้น (ธีระ ทองสง, 2538)

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม

เชื่อว่า เอสโตรเจนเป็นสาเหตุหนึ่งของเนื้องอกชนิดนี้ เนื่องจากส่วนใหญ่ของเนื้องอกนี้พบในวัยเจริญพันธุ์ ยิ่งกว่านั้นการให้เอสโตรเจนจะทำให้ขนาดของเนื้องอกโตเร็วกว่าธรรมดา และเนื้องอกส่วนใหญ่ จะมีขนาดเล็กลงหลังวัยหมดระดูแล้ว

ชนิดของ ไมโอมา(Myoma)

ประมาณร้อยละ 95 ของเนื้องอกที่พบจะเป็นที่บริเวณตัวมดลูก ซึ่งอาจพบหลายๆ ก้อนพร้อมกัน เนื้องอกแต่ละก้อนจะถูกจำกัดอยู่ใน สูโดแคปซูล(pseudocapsule) ซึ่งสามารถแยกออกได้ในขณะผ่าตัดเนื้องอกอาจจะเป็นตะปุ่มตะป่ำหลายก้อน และจะมีสีจางกว่ากล้ามเนื้อมดลูกปกติ อาจแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ตามตำแหน่งที่พบคือ

1. สับมิวคัส ไมโอมา(Submucous myoma)พบก้อนทูเมอร์ เกิดระหว่างชั้นเอ็นโดเมเทรียม (endometrium) กับกล้ามเนื้อในบางครั้งก้อนเนื้องอกอาจมีก้านยาวและไหล่พ้นปากมดลูกออกมาที่เรียกโพรแลพ สับมิวคัส ไมโอมา(prolapsed submucous myoma) เนื้องอกชนิดนี้พบได้น้อยที่สุดคือ ร้อยละ

5 –10 ของเนื้ออกกล้ามเนื้อมดลูก และมักเป็นสาเหตุของการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โพรงมดลูกบิดเบี้ยวไป ซึ่งอาจเป็นปัจจัยนำไปสู่การมีบุตรยากและแท้งได้

2. อินทรามูรอล(Intramural) หรือ อินเตอร์สติเทียล ไมโอมา(Interstitial myoma) พบแทรกอยู่ในผนังกล้ามเนื้อมดลูกเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และบ่อยครั้งที่พบได้หลาย ๆ ก้อนพร้อมกัน

3. สับซีรัส ไมโอมา(Subserous myoma) พบก้อนทูเมอร์ อยู่ในชั้นนอกของผนังมดลูก ปกติจะไม่ทำให้เกิดอาการ แม้จะมีขนาดใหญ่มาก ยกเว้นแต่ถ้าอยู่ในบางตำแหน่ง อาจมีเบลคเตอร์ซิมตอม(bladder symptom) เช่น ปัสสาวะบ่อย หรืออาจมีอาการปวดหลัง ท้องผูก ก้อนอาจลามไปถึงบรอด ลิกกาเมนต์(broad ligament) กลายเป็น อินทราลิกกาเมนต์ ไมโอมา(Intraligamentary myoma) ซึ่งอยู่ชิดกับ ยูริเตอร์(ureter) และ ไอลิแอก เวสเซล(iliac vessel) ทำให้ผ่าตัดยาก

อาการ

1. เลือดระดูออกมากผิดปกติ (hypermenorrhea)
2. ปวดประจำเดือน (dysmenorrhea)
3. อาการที่เกิดจากการถูกเบียดของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานจากเนื้ออก (pressure symptom) เช่น เบียดกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะคั่ง หรือไหลโดยไม่รู้สึกตัว
4. คลำพบก้อนในท้อง
5. เจ็บปวด ถ้ามีการบิด ของ สับซีรัส ไมโอมา(subserous myoma) การเสื่อมสภาพ แล้วมีเลือดออกภายในก้อน หรือมีการอักเสบของก้อน เป็นต้น
6. เมิก ซินโดรม(Meigs syndrome) กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วยไฟโบรมาของรังไข่ ท้องมาน และภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด กลุ่มอาการนี้จะหายไปเมื่อตัด ไมโอมา(myoma) ออก

พยาธิสรีรภาพ

เนื้ออกมดลูกแต่ละก้อนจะถูกจำกัดอยู่ใน สูโดแคปซูล(pseudocapsule) ซึ่งสามารถแยกออกได้ ในขณะที่ ผ่าตัด เนื้ออกมักได้รับเลือดมาเลี้ยงจากหลอดเลือดแดงใหญ่ 1 หรือ 2 เส้น และเนื้ออกมักจะโตเกินกว่าที่เลือดจะมาหล่อเลี้ยงพอจึงเกิดการเสื่อมสภาพขึ้น เนื้ออกที่ก้อนใหญ่ ๆ ประมาณ 2 ใน 3 จะมีการเสื่อมสภาพเกิดขึ้น การเสื่อมสภาพชนิดเนียบปล้นพบน้อย ได้แก่การเน่าตาย (necrotic) การตกเลือด (hemorrhagic หรือ red degeneration) และการติดเชื้อ (septic) การเสื่อมสภาพชนิดเรื้อรังได้แก่ การฝ่อลีบ hyaline cystic, calcific, myxomatous และ fatty มะเร็งของเนื้ออกมดลูก (leiomyosarcoma) พบน้อย (ร้อยละ 0.1 – 0.5)ของผู้ป่วยเนื้ออกมดลูก แต่ยังไม่ทราบว่ามะเร็งชนิดนี้เกิดขึ้นมาจากเนื้ออกมดลูกหรือไม่

การรักษา

ขึ้นอยู่กับจำนวน ขนาด ตำแหน่ง อาการ การเสื่อมสภาพ ความต้องการบุตร (อายุ การคลอดบุตร) สุขภาพทั่วไป ระยะเวลาจนถึงวัยหมดประจำเดือน และความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เนื้องอก มดลูกขนาดเล็กที่ไม่มีอาการแพทย์มักไม่ให้ความสำคัญเพียงแต่นัดคนไข้มาตรวจติดตามผลเป็นระยะๆ โดยตรวจดูขนาดก้อนเนื้องอกทุก 4-6 เดือน

การผ่าตัด มักจะทำในรายที่มีการตกเลือด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยซีดลง หรือในรายที่เนื้องอกมดลูกโตมาก (ขนาดมดลูกโตเท่ากับมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ 12 -14 สัปดาห์) เนื้องอกที่อยู่ในตำแหน่งผิดปกติ เช่นที่ปากมดลูก เนื้องอกมีอาการปวด หรืออาการแสดงของการเสื่อมสภาพ เป็นต้น การตัดเอาก่อนเนื้องอกออกในขณะที่ตั้งครรภ์มักไม่ทำ เพราะจะทำให้ตกเลือดมาก มักจะรอให้คลอดบุตรก่อนและรอคู่อีก 3-6 เดือน เพื่อว่าก้อนเนื้องอกจะเล็กลง

การผ่าตัดอาจตัดเฉพาะก้อนเนื้องอก (myomectomy) หรือตัดมดลูกออก (hysterectomy) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ที่ได้กล่าวไว้เบื้องต้น

ผลกระทบ

เนื้องอกมดลูกทำให้สตรีเกิดอาการปวดประจำเดือน (ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย มีอาการปวด) ตกขาว มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งถ้าเลือดออกมากทำให้เกิดภาวะซีดและเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ก้อนเนื้องอกอาจจะโตไปกดทับอวัยวะอื่นเช่น ระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินปัสสาวะตามมา หรือทำให้มดลูกไม่เหมาะกับการตั้งครรภ์ ทำให้แท้งง่าย หรือมีบุตรยาก คลอดก่อนกำหนด หรือเด็กอยู่ในท่าผิดปกติ ทำให้การคลอดติดขัด หรือตกเลือดหรือเด็กอยู่ในท่าผิดปกติ ทำให้การคลอดติดขัด หรือตกเลือดหลังคลอดได้

2. เอนโดเมทริโอซิส (Endometriosis)

ความหมาย

หมายถึง ภาวะที่มีเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ โดยมักพบที่รังไข่และบริเวณใกล้เคียงรังไข่ แม้ว่าจะถือเป็นเนื้อเยื่อชนิดที่ไม่ร้ายแรง แต่ก็มีอาการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยๆ และค่อนข้างจะลุกลามเฉพาะแห่งได้มาก แม้ว่าจะกระจายไปไกลได้ไม่บ่อยนักก็ตาม แต่ก็พบได้ที่ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานได้ถึงร้อยละ 30 endometriosis ถือเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งทางนรีเวชเพราะพบได้ร้อยละ 30-40 ของสตรีที่มีบุตรยาก นับเป็นร้อยละ 20 ของสาเหตุของการผ่าตัดทางนรีเวชและนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่

ทำให้สตรีอายุ 15-44 (วัยเจริญพันธุ์) ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (Benson and Pernoll, 2538 : 519 อ้างถึงใน พรณิภา ธรรมวิรัช, 2543)

ปัจจัยเสี่ยง

1. ช่วงการทำงานของรังไข่ endometriosis พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในรายที่เริ่มมีระดูครั้งแรกเมื่ออายุน้อย มีช่วงรอบระดูสั้น มีเลือดระดูออกมากและนานวัน
2. ปัจจัยทางพันธุกรรม สตรีที่มีมารดาหรือพี่น้องเป็นโรคนี้นับว่ามีโอกาสเป็น Endometriosis สูงขึ้น 3 ถึง 10 เท่า ของคนปกติ เชื่อว่าคงเป็นเพราะมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม
3. พยาธิสภาพที่ขัดขวางการไหลของเลือดระดูผิดปกติ เช่น imperforate hymen หรือปากมดลูกตีบ ซึ่งทำให้เกิด Cypromenorrhea และมีเลือดระดูไหลย้อนเข้าไปในช่องท้องมากกว่าปกติ ทำให้การขจัดออกตามกลไกปกติเป็นไปได้ จึงทำให้เกิด endometriosis ได้ตั้งแต่อายุน้อย

พยาธิสรีรภาพ

สาเหตุการเกิดเยื่อบุมดลูกงอกผิดที่ (Endometriosis) ยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจนนัก แต่ความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจมีความสัมพันธ์กับการไหลย้อนกลับของเลือดประจำเดือน (retrograde or regurgitation menstruation) หรือมีการแพร่กระจายของเยื่อบุมดลูกไปทางหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ (metaplasia) ซึ่งชิ้นส่วนของเยื่อบุมดลูกบางส่วนอาจหลุดเข้าไปเกาะตามอวัยวะต่าง ๆ ที่พบบ่อยได้แก่ uterosacral ligament เยื่อบุช่องท้องส่วนอุ้งเชิงกราน (pelvic peritoneum) รังไข่ cul-de-sac และท่อทางเดินปัสสาวะ เยื่อบุมดลูกนี้ จะมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนที่ควบคุมการเกิดรอบระดู จึงทำให้มีการงอกและลอกสลาย ตามกลไกการเกิดระดูเลือด ระดูที่เกิดจากการลอกสลายของเยื่อบุมดลูกดังกล่าว เมื่อไม่มีทางออกก็จะมารวมตัวกลายเป็นถุงภายในมีเลือดเก่า ๆ บรรจุอยู่ ที่เรียกกันว่า chocolate cyst ซึ่งถุงนี้อาจมีขนาดโตได้ถึง 8-10 เซนติเมตร

Endometriosis นี้ อาจจำแนกได้ตามระดับความรุนแรงของโรค คือ mild (ไม่ทำให้เกิดพังผืดหรือการดึงรั้งของอวัยวะ) moderate (มักเกิดที่รังไข่ทำให้เกิดพังผืดและการดึงรั้ง) และ severe (ทำให้เกิดพังผืดและการดึงรั้งของ ligament หรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย)

แม้ว่า endometriosis จะเป็นโรคที่เรื้อรังและทวีความรุนแรงขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา แต่ในบางรายก็อาจไม่เกิดอาการและอาจหายไปได้หลังวัยหมดระดู

อาการของโรคที่พบคือ

1. ปวดประจำเดือน (secondary dysmenorrhea)
2. เจ็บปวดขณะร่วมเพศ (dyspareunia)
3. เลือดออกผิดปกติ (abnormal vaginal bleeding)
4. ภาวะมีบุตรยาก (Infertility)

ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะมีบุตรยาก (infertility)
2. การแท้ง (spontaneous abortions)
3. การเกิดพังผืด (adhesion) ทำให้เกิดการดึงรั้งจนทำให้โครงสร้างของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานผิดรูปร่างไป (distort the pelvic structure)

การรักษา

ขึ้นอยู่กับอายุผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และความต้องการการมีบุตร อาจแบ่งออกได้ดังนี้

1. การติดตามอาการ
2. การบรรเทาอาการ เช่น การให้ยาระงับปวด การให้ยา Prostaglandin Synthetase inhibitor การตั้งครรภ์ การค้นหาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก
3. การรักษาด้วยฮอร์โมน เช่น Danazol Estrogen-Progesterone Progestogens Androgens และ Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists (Gn RH-a) จุดประสงค์เพื่อให้เกิดการฝ่อของเยื่อโพรงมดลูก
4. การผ่าตัดเพื่อขจัดเอาจุด Endometriosis ออกให้หมด และเพื่อรักษาความสามารถในการมีบุตรเอาไว้ โดยอาจใช้ฮอร์โมนร่วมด้วยก่อนหรือหลังผ่าตัด การผ่าตัดอาจใช้วิธีจี้ (Cauterization) หรือใช้เลเซอร์ หรือใช้เครื่องมือผ่าตัด

ผลกระทบ

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของสตรีก่อให้เกิดความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดประจำเดือนซึ่งจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ (บางครั้งปวดจนเป็นลม) รอบระดูผิดปกติ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ บางรายเป็นสาเหตุให้กลัวการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะมีบุตรยาก ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวตาม มาได้

3. เนื้องอกรังไข่ (Benign Ovarian tumor)

ความหมาย

คือก้อนเนื้องอกที่รังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. neoplastic (มีการแบ่งชนิดเช่นเดียวกับมะเร็งรังไข่)
2. Non-neoplastic

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ non-neoplastic ที่พบบ่อย ได้แก่

4. Follicle cyst (ถุงน้ำรังไข่)

เกิดจากความผิดปกติในการดูดซึมกลับของของเหลวในฟองไข่ มักพบในสตรีอายุน้อย และวัยเจริญพันธุ์ เป็นถุงน้ำรังไข่ชนิดที่พบบ่อยที่สุด ขนาดอาจจะเล็กมาก มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ไปจนถึงขนาดโต 8 เซนติเมตรก็ได้ ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า จะเป็นถุงน้ำใส ๆ ผนังบาง ส่วนลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์จะพบผนังด้วย granulosa cells และ theca cells

ถุงน้ำรังไข่ชนิดนี้มักไม่มีอาการ และมักหายไปเองภายในเวลา 2 เดือน ถ้ามีอาการมักมีความผิดปกติของรอบระดู การแตกของถุงน้ำหรือการบิดขั้ว (พบได้น้อยมาก)

5. Corpus lutein cyst (ถุงน้ำรังไข่หลังตกไข่ ถุงน้ำคอร์ปัสลูเทียม)

หลังการตกไข่แล้ว granulosa cells จะเปลี่ยนสภาพ (luteinized) กลายเป็น corpus luteum ซึ่งหากมีเลือดออกในก้อนดังกล่าวในระยะนี้ก็จะเรียกเป็น corpus hemorrhagicum และเมื่อเลือดดังกล่าวถูกดูดซึมกลับไปหมดแล้ว ก็จะเหลือแต่ก้อนถุงน้ำซึ่งเรียกว่า corpus lutein cyst โดยทั่วไปจะเรียกว่าเป็น corpus lutein cyst ก็ต่อเมื่อขนาดก้อนโตตั้งแต่ 3 ซม. ขึ้นไป บางครั้งก้อนอาจโตถึง 10 ซม. ก็ได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ อาจเกิดจากผลของเลือดที่ออกตั้งแต่ตอนแรก หรือจากผลของ lutein cyst ก็ได้

กรณีที่ corpus lutein cyst แตก ทำให้เกิดเลือดออก ก็จะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดในช่องท้องอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาการปวดมักเกิดในช่วง 14-60 วันหลังจากประจำเดือนครั้งสุดท้ายและอาจทำให้เกิดเลือดออกในช่องท้องได้มาก จนจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Laparotomy) หรือการส่องกล้องตรวจในช่องท้อง ซึ่งการรักษาก็คือตัดถุงน้ำรังไข่ (cystectomy) ดังกล่าวออก

6. Theca Lutein Cyst

มักเป็นที่รังไข่ทั้ง 2 ข้าง มักมีขนาดเล็ก พบได้ไม่บ่อยนัก ถุงน้ำชนิดนี้มักสัมพันธ์กับภาวะ GTD (gestational trophoblastic diseases) การตั้งครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะเบาหวานหรือการใช้ยากระตุ้นไข่ตก

อาการมักเป็นไม่มากนัก เช่น รู้สึกแน่นในช่องท้อง หรืออุ้งเชิงกราน แม้ว่าขนาดของก้อนจะใหญ่ก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนพบได้ไม่บ่อยนัก ได้แก่การที่ก้อนแตกและมีเลือดออกในช่องท้อง และภาวะบิดขี้ของก้อน

7. Polycystic Ovarian Disease (ถุงน้ำเล็ก ๆ จำนวนมากที่รังไข่)

พบในสตรีอายุ 15-30 ปี อาการที่พบได้แก่ขาดประจำเดือน รอบประจำเดือนห่าง ภาวะมีบุตรยาก ภาวะอ้วน และร้อยละ 50 จะมีภาวะขนคิ้วร่วมด้วย

เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีภาวะไข่ไม่ตกพร้อมด้วย ดังนั้น ผิวเยื่อโพรงมดลูก มักจะหนาจากผลของการกระตุ้นโดย unopposed estrogen จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกได้สูง

การรักษาอาจให้ยากระตุ้นไข่ตก เช่น clomiphene citrate การตัดเนื้อรังไข่ (wedge resection) มักใช้เป็นวิธีสุดท้าย ทั้งนี้เนื่องจากอาจเกิดอันตรายจากภาวะพังศืดในช่องท้อง และภาวะรังไข่หยุดทำงานจากการผ่าตัดได้

8. Carcinoma In Situ (CIS) ระยะก่อนเริ่มเป็นมะเร็ง

Squamous cell ไม่พัฒนา (Immaturation) จะเรียงตัวไม่เป็นระเบียบขนาดใหญ่ผิดปกติ นิวเคลียสใหญ่ผิดปกติ แบ่งตัวบ่อยผิดปกติ เช่น แบ่งที่เดียว 3 เซลล์ เส้นแบ่งเขตระหว่างชั้นของ Epithelium กับเนื้อเยื่อข้างใต้ยังอยู่ ไม่มีการรุกรานลงมาภายใต้ Basement membrane ตัวต่อมไม่ถือเป็น การลุกลาม บางครั้งเรียกมะเร็งระยะ 0

9. Displasia

เซลล์ไม่พัฒนาไปตามปกติ เซลล์มีนิวเคลียสใหญ่เทียบ กับ Cytoplasm มีลักษณะเหมือน เซลล์ในชั้นล่างสุด (Basal cell Layer) ของ Squamous cell หลายชั้น พบ Displasia รุนแรงแยกจาก

มะเร็งระยะ 0 ได้โดยไม่มีการแบ่งตัวบนชั้นสูงหรือชั้นที่อยู่เลย 2/0 ของ Epithelium ส่วนบนบางครั้งเรียกว่า Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)

แบ่งเป็น	Displasia	ไม่รุนแรง	grade 1
แบ่งเป็น	Displasia	รุนแรงน้อย	grade 1
แบ่งเป็น	Displasia	ปานกลาง	grade 2
แบ่งเป็น	Displasia	รุนแรง	grade 3
แบ่งเป็น	Displasia	ไม่รุนแรง	grade 3
	มะเร็งระยะ	0	grade 3

การป้องกัน

Displasia จะกลายเป็นมะเร็งระยะ 0 ใช้เวลา 3 – 25 ปี ดังนั้นต้องหาสาเหตุของ Displasia แล้วกำจัดเสีย หากหาสาเหตุไม่ได้ และหญิงนั้นมีบุตรพอแล้วต้องตัดมดลูกและปากมดลูกออกหมด

อาการและอาการแสดง

1. ไม่ปรากฏระยะก่อนลุกลาม (CIN) อาจไม่มีอาการแสดงใด ๆ ปรากฏมักพบจากการตรวจเช็คมะเร็งด้วยการทำ Pap Smear
2. ตกขาว อาจจะมีตกขาวเป็นมูกใส หรือเป็นน้ำไหลออกมาทางช่องคลอดได้ อาจเป็นปฏิกิริยาของเซลล์บนพื้นผิวปากมดลูก
3. เลือดออกผิดปกติภายหลังหรือขณะร่วมเพศ (Contact bleeding)

การรักษา

1. กลุ่ม CIN I และ CIN II แพทย์จะรักษาโดยใช้ Electrocautery, Cryosurgery หรือ Laser Vaporization (CO₂ laser) ภายหลังทำการตรวจ Pap smear ซ้ำทุก 3-6 เดือน หรือบางรายอาจจะทำ ผ่าตัด TAH ส่วนในกรณียังต้องการบุตรอาจจะทำการรักษาโดยการทำให้ Therapeutic Conization, CO₂ Laser, Electrocautery หรือ Cryosurgery

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

เนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดา ซึ่งได้แก่ Myoma uteri, Endometriosis และ Ovarian tumor ส่วนใหญ่ถ้าก้อนโตมากหรือทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น hypermenorrhea, dysmenorrhea, dyspareunia หรือมีการบิดของไขว้ เนื้องอกรังไข่ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรง (acute pain) หรือมีเลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ การช่วยเหลือของแพทย์ก็คือการทำผ่าตัดเปิดช่องท้อง

การผ่าตัดเอามดลูกออกทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy ตัวย่อ. T.A.H.)

เป็นวิธีการผ่าตัดเอาตัวมดลูก ปากมดลูกออกทางหน้าท้อง แต่บางครั้งอาจเอาท่อนำไข่และรังไข่ออกด้วย (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo Oophorectomy ตัวย่อ T.A.H. c B.S.O.)

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ฐิติพร อิงคณาวรวงศ์, 2541)

1. การเตรียมด้านร่างกาย

1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจการทำงานของไต ตรวจการทำงานของตับ การตรวจหาหมู่เลือด การตรวจการแข็งตัวของเลือด ฯลฯ

1.2 การเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด โดยงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน สอนอุจจาระ

1.3 สอนล้างช่องคลอด (Vaginal douche) 2 ครั้ง

1.4 การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัด โดยโกนขนและชำระทำความสะอาดบริเวณหน้าท้อง หัวหน้าว หน้าขา

2. การเตรียมด้านจิตใจ

2.1 การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และขั้นตอนการเตรียมผ่าตัด

2.2 การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด สภาพทั่วไปหลังผ่าตัด และวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

บทบาทของพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อาจแบ่งออกได้เป็น

1. การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด

2. การเตรียมบริเวณที่จะต้องผ่าตัด

1. การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด ได้แก่

1.1 การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ได้แก่

- 1.1.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงมีความพร้อมในการผ่าตัด
- 1.1.2 การรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
- 1.1.3 การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อแข็งแรง ไม่อ่อนเพลียก่อนผ่าตัด
- 1.1.4 การทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด 1 วัน ต้องอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สะอาด อดบ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่ทางโรงพยาบาลจัดหาให้
- 1.1.5 การงดกินหมาก และสูบบุหรี่
- 1.1.6 การฝึกหายใจ (Breathing exercise) และการฝึกหัดไอเพื่อเอาเสมหะออกจากลำคอ (effective cough)

1.2 การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังเที่ยงคืนของวันที่จะทำผ่าตัดต้องงดรับประทานอาหารและดื่มน้ำโดยเด็ดขาด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการเตรียมผ่าตัด ได้แก่ การโกนขนบริเวณหน้าท้องและหัวหน่าว การสวนล้างในช่องคลอด ตลอดจนการสวนอุจจาระ และการสวนคาสายสวนปัสสาวะเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเตรียมใจจะได้ไม่รู้สึกกลัวหรือตกใจต่อสภาพการณ์ที่ตนจะต้องพบ

1.3 การปฏิบัติตนเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด

- 1.3.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพหลังผ่าตัด เช่น จะมีสายน้ำเกลือที่แขนข้างใด ข้างหนึ่ง มีแผลบริเวณหน้าท้อง มีสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
- 1.3.2 เน้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ตามที่ได้สอนไปแล้ว เน้นเรื่องการพลิกตะแคงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อไม่ให้เกิดอาการท้องอืด หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- 1.3.3 บอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัดว่าจะมีพยาบาลคอยดูแล สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและมีयरะงับปวดแผลผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับอาการปวดแผล

การผ่าตัด ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ บริเวณที่ผ่าตัด เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กลไกทางระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด หน้าที่การทำงานของไต การแข็งตัวและการละลายตัวของเลือด ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Phips et al., 1999) ผลกระทบ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เกิดความเจ็บปวด และไม่สบายใจเนื่องจากเกิดความวิตกกังวล ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความ

สามารถในการดูแลตนเองต้องถูกจำกัดลงจากการมีบาดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ซึ่งขัดขวางการเคลื่อนไหวเวลาลุกนั่ง ทำให้ปวดแผลมาก เพราะเวลาลุกนั่งจำเป็นต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องในการช่วยพยุงตัวลุกนั่ง (Daniels & Worthingham cited in McDonald et al., 2000 : 70)

จะเห็นได้ว่า การผ่าตัดและผลกระทบต่าง ๆ จากการผ่าตัด อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจการดูแลตนเองที่ถูกวิธี จะทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและช่วยให้ร่างกายกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในการให้ความรู้ และคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องของการเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การให้ยา ก่อนระงับความรู้สึกในวันผ่าตัด

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยทุกคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีในระยะหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดบาดแผลหลังผ่าตัดมักเจ็บปวดมากในระยะ 12 – 36 ชั่วโมงแรก และโดยปกติจะทุเลาหรือหายไปภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Phipps et al., 1999) ผู้ป่วยสามารถช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง โดยการพยายามฝึกตนเองให้มีการออกกำลังกายเพียงอย่างถูกต้องหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุดภายหลังจากรู้สึกตัวดี เนื่องจากการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องบ่อยครั้ง จะช่วยลดความเครียด (Stain) ของกล้ามเนื้อ และช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดไปที่แผลผ่าตัดดีขึ้นทำให้แผลหายเร็ว ความเจ็บปวดลดลงได้

จากการศึกษาของ ปาริชาติ รังกุลนุวัฒน์ (2533 อ้างถึงใน เขาวลัษณ์ อโนทยานนท์, 2543) ได้ศึกษาการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยที่เตรียมเข้ารับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะพบว่า ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พูลศรี เหมือนคิด (2532 อ้างถึงใน เขาวลัษณ์ อโนทยานนท์, 2543) ซึ่งให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่รับการตรวจกระเพาะปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และค่าเฉลี่ยอัตราชีพจร ขณะรับการตรวจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Bed exercises) โดยอธิบายเหตุผลประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการทำ ตลอดจนให้ผู้ป่วยฝึกทำภายหลังได้รับ

การสอน ได้แก่ การหายใจเข้าลึกๆ และการหายใจออกยาวๆ (Deep breathing) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) การออกกำลังขาทั้งสองข้าง (Leg exercise) การพลิกตัว (Turning) การออกกำลังบนเตียงนี้ผู้ป่วยควรเริ่มทำทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด โดยทำทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4. สอนและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าภายหลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ ในรายที่ทำผ่าตัดเล็กควรแนะนำให้ลุกเดินได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่ควรพึงระวังในผู้ป่วยที่ลุกเดินเป็นครั้งแรก อาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทันที (Acute orthostatic hypotension) มักพบกับผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ 2-3 วัน หรือเป็นอาทิตย์ โดยไม่มีการออกกำลังบนเตียง พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยลุกเดินอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและตอนเย็น ผู้ป่วยที่ลุกเดินเป็นครั้งแรก ควรหลีกเลี่ยงการลุกเดินในเวลาเช้ามืดเนื่องจาก Baroreceptor ยังมีความเฉื่อยชาต่อการกระตุ้น ภายหลังจากช่วงนอนพักในเวลากลางคืน

5. ดูแลและบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด ขณะที่มีการเคลื่อนไหว หรือไอ ดูแลผู้ป่วย นอนท่า Fowler's position ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดช่องท้อง จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ทำให้เจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อยลง หรือใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เช่น การบริหารการหายใจ เป็นจังหวะ เป็นต้น

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะตกเลือด และช็อก คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะท้องอืด ไข้ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของแผลผ่าตัดและภาวะแผลแยก หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและอุดตัน การสอนและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะที่อยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน พยาบาลควรสอนแนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงานและการพักผ่อน การดูแลบาดแผล การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การรับประทานยาให้ถูกต้องตาม แผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการมาตรวจตามแพทย์นัด

2. การเตรียมผ่าตัด แบ่งออกเป็น

2.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

2.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่ แบ่งออกเป็น

2.2.1 การเตรียมผ่าตัดทางหน้าท้อง (abdominal preparation) คือการเตรียมบริเวณเพื่อทำผ่าตัดทางหน้าท้อง การเตรียมผิวหนังจะ โคนขนตั้งแต่ใต้ลิ้นปี่จนถึงหัวหน่าวและหน้าขาทั้งสองข้าง

2.2.2 การเตรียมผ่าตัดทางช่องคลอด (vaginal preparation) คือการเตรียมบริเวณเพื่อทำผ่าตัดทางช่องคลอด การเตรียมผิวหนังจะโกนขนตั้งแต่สะดือจนถึงหัวหน่าวและหน้าขา ทั้งสองข้าง

4.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

1. ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะตกเลือด ซ็อก ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ
2. หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และช่องคลอด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกมาก ผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง ภาวะมีแผลทะลุของช่องคลอด / ทวารหนัก มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด / แผลแยก และมีภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ

การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก
2. ระยะที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดในระยะหลังจาก 24 ชั่วโมง
3. ระยะที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนกลับบ้าน

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ระบบการหายใจ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากปริมาณเลือดต่ำ (hypovolemic shock) ภายหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ระบบไหลเวียนเลือด
4. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายภายหลังผ่าตัด
 - 4.1 ลดความทุกข์ทรมานจากการปวดแผลผ่าตัด
 - 4.2 มีความสุขสบายทางด้านร่างกาย
 - 4.3 ยอมรับสภาพภายหลังการผ่าตัด
5. ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและในอุ้งเชิงกราน
6. ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะและช่องคลอด
7. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ระบบทางเดินอาหาร

8. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังการผ่าตัด
9. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังการผ่าตัด มีความรู้ ความเข้าใจ ทราบถึงแหล่งที่จะให้การดูแลต่อเนื่อง และปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้านแล้ว

การพยาบาล

เป้าหมายที่ 1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบการหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทันทีกที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด พยาบาลควรได้สนใจดูแลเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้
 - 1.1 ระดับการรู้สติ โดยถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย
 - 1.2 ท่านอน นอนราบไม่หนุนหมอนประมาณ 8-12 ชั่วโมง หรือจนกว่าจะรู้สติ ให้อนตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง และเตรียมขามรูปไตไว้ข้างๆ เพื่อรองรับเสมหะหรือน้ำลาย ผู้ป่วย
 - 1.3 ตรวจบันทึกสัญญาณชีพโดยวัดและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิต ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ต่อไปวัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง และวัดทุก 4 ชั่วโมงเมื่อค่าคงที่ เพื่อประเมินภาวะการทำงานของหัวใจ และเป็นแนวทางพื้นฐานในการประเมินครั้งต่อไป

ตรวจนับชีพจร การหายใจและความดันเลือดทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หรือตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน และจะต้องดูเปรียบเทียบกับที่เป็นอยู่เดิมก่อนผ่าตัดด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงอยู่ เป็นต้น
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยห่มนพลิกตะแคงตัว และหายใจเข้าออกลึกๆ ทุก 2 ชั่วโมง ในวันแรกและทุก 4 ชั่วโมงในวันต่อ ๆ มา ถ้ามีเสมหะให้ออเอาเสมหะออกมาให้หมด อย่าปล่อยให้ตกค้างเพราะจะทำให้ติดเชื้อในระบบการหายใจได้
3. พยายามให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้เร็วที่สุดและมากขึ้นเรื่อยๆ ภายหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้ว
4. สังเกต และบันทึกเกี่ยวกับลักษณะการหายใจ เสียงของการหายใจ และสีผิว เพื่อจะได้ทราบถึงภาวะพร่องออกซิเจน จะได้ช่วยเหลือได้ทันท่วงที

เป้าหมายที่ 2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock ภายหลังจากผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ในทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด พยาบาลจะต้องสนใจ และตรวจดูแลเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้
 - 1.1 ตรวจสอบที่กสัญญาณชีพ เช่นเดียวกับปัญหาที่ 1
 - 1.2 ตรวจดูและสังเกตเลือดที่ออกจากแผลทางหน้าท้อง และทางช่องคลอด ถ้าออกจำนวนมากให้รายงานให้แพทย์ทราบ
 - 1.3 ต่อสายสวนปัสสาวะลงขวดไว้เชื้อ และสังเกตสีและจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง ภายใน 8 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกไว้
 - 1.4 ตรวจดูให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำครบถ้วน ตามแผนการรักษา
2. สังเกตอาการชีพของผู้ป่วย ได้แก่ สีของผิวหนัง สีเล็บ เยื่อเมือก

เป้าหมายที่ 3 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายขาทั้งสองข้างทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึก และให้ทำต่อไปจนสามารถลุกเดินได้
2. ประเมินภาวะ deep vein thrombosis ที่อาจเกิดขึ้นโดยประเมินจากอาการปวดและบวมบริเวณขา อาจจะมีอาการร้อน ปลายเท้าจะเย็น ชีด เนื่องจากการไหลกลับของเลือดไม่ดี
3. สังเกตอาการของภาวะ Pulmonary embolism เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่ ได้แก่ หายใจลำบาก (dyspnea) ไอมีเลือด (hemoptysis) เหนื่อยออกมากและไม่รู้สึก หรืออาการหายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) มีไข้ หรือมีอาการเขียวได้

เป้าหมายที่ 4 ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายหลังผ่าตัด

กิจกรรม

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายโดยปฏิบัติต่อผู้ป่วยในเรื่องอนามัยบุคคลและดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาด

2. ดูแลสารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำไหลสะดวกดี ไม่รั่ว หรือเกิดลิ่มเลือด (clot) จัดทำบริเวณที่ให้ให้เหมาะสม
3. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยการสังเกตและซักถาม
4. ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา ยาแก้ปวดที่ใช้เสมอคือ Morphine HCl 1/6 เกรนฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ภายหลังผ่าตัด 1-2 วันแรก หรือ Paracetamol เมื่อแพทย์อนุญาตให้ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารได้
5. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย
6. ให้กำลังใจผู้ป่วย ปลอบโยนและอธิบายถึงภาวะไม่สุขสบาย ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดวันแรกๆ จากอาการปวดแผล จากสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

เป้าหมายที่ 5 ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

กิจกรรม

1. สังเกตลักษณะของแผลบริเวณหน้าท้องว่ามีอาการปวด บวม แดง ร้อนผิดปกติหรือไม่และ discharge จากช่องคลอดมีกลิ่นเหม็นหรือเป็นหนองหรือไม่ ถ้าพบความผิดปกติดังกล่าวควรรายงานแพทย์ทราบ เพื่อแก้ไขต่อไป
2. ดูแลเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมให้สะอาด เรียบร้อย
3. ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ในขณะที่เช็ดตัวให้ผู้ป่วย และแนะนำผู้ป่วยเมื่อเช็ดตัวได้เองแล้ว (แพทย์จะปิดแผลไว้จนถึงวันตัดไหมทางหน้าท้องประมาณวันที่ 7) ยกเว้นในรายที่มี drain แพทย์จะทำแผลเข้าเย็บ
4. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใช้มือจับต้องเปิดคูแผล หรือแกะเกาแผล เพราะจะทำให้แผลอักเสบและติดเชื้อได้
5. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
6. จัดบันทึกอุณหภูมิกาย ชีพจร การหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ

เป้าหมายที่ 6 ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอถ้ามี Discharge ชิมเปื้อน ต้องหมั่นทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอนามัยให้ ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ก็แนะนำให้หมั่น

ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และเปลี่ยนผ้าอนามัยด้วยตนเอง แต่ต้องแนะนำการทำ ความสะอาดที่ถูกต้องวิธี คือให้ล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่ควรล้างย้อนไปย้อนมา เพราะจะทำให้เชื้อbacteria บริเวณฝีเย็บและทวารหนักเข้าไปตามช่องทางระหว่างผนังของท่อปัสสาวะกับสายสวนปัสสาวะได้

2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด (Closed system) พยายามต้องล้างมือก่อน และหลังเทปัสสาวะของผู้ป่วยออกทิ้ง และต้องเช็ดรอบๆ ข้อต่อของรูเปิดสำหรับเทปัสสาวะออกทิ้ง เป็น การป้องกันไม่ให้เชื้อโรคที่อยู่รอบๆ เข้าไปในถุงเก็บปัสสาวะ

3. ดูแลให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยและเน้นให้ผู้ป่วย เข้าใจถึงผลเสียที่จะเกิดตามมาคือการติดเชื้อ ถ้ายกถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ

4. สังเกตจำนวนและสีของน้ำปัสสาวะ ถ้าสีเข้ม ขุ่น หรือมีเลือดปน ต้องรีบรายงาน แพทย์เพราะอาจมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้

5. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ การดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ ทำให้ เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่บุท่อปัสสาวะได้ และเป็นหนทางที่จะเกิดการติดเชื้อตามมา

6. เมื่อผู้ป่วย Off Foley ดูแลการถ่ายปัสสาวะ ว่าผู้ป่วยสามารถถ่ายได้สะดวกหรือไม่ ถ้า ถ่ายปัสสาวะไม่สะดวกจะต้องสวน Residual urine ถ้า Residual urine เกิน 100 cc. อาจต้องใส่สายสวน ปัสสาวะไว้อีก

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ประมาณวันละ 2000 cc. ขึ้นไป เพื่อช่วยชะล้าง แบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ

8. Record I/O เพื่อบันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออก เพื่อสังเกตการทำงานของระบบ ทางเดินปัสสาวะ

เป้าหมายที่ 7 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ระบบทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation
2. เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารเหลว พยาบาลควรแนะนำให้จิบน้ำอุ่น หรือให้น้ำชาจำนวนน้อยก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มจำนวนให้มากขึ้น และเปลี่ยนอาหารอ่อนย่อยง่าย ลงนม และน้ำอัดลม เพราะจะทำให้ท้องอืด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาหารที่ง่ายกว่ามีอะไรบ้าง
3. ถ้ามีอาการท้องอืด ดูแลให้ยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ M.Carminative เป็นต้น

4. ถ้ามีอาการท้องผูกหลังผ่าตัด แนะนำอาหารพวกมีเส้นใยมาก ๆ ได้แก่ ผัก ผลไม้ และให้ดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณวันละ 2500 – 3000 มล./วัน ถ้ายังไม่ถ่ายอุจจาระอาจรายงานแพทย์เพื่อให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระให้ต่อไป

เป้าหมายที่ 8 ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรม

ให้คำแนะนำผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. การดูแลแผลผ่าตัด ถ้าแผลแห้งสะอาดดีให้เปิดแผล หรืออาจใช้ Povidine ทาแผล ถ้าแผลเปียกให้ใช้สำลีสะอาดซับแผลให้แห้งสนิทและทาด้วย Povidine หรือแอลกอฮอล์ 70%
2. การอาบน้ำ อาบได้ตามปกติ โดยการตัดอาบ ไม่ควรแช่ในอ่างอาบน้ำ แม่น้ำลำคลอง
3. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อบำรุงร่างกาย ภายหลังผ่าตัด แนะนำอาหารที่มีเส้นใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ เพื่อช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้สะดวก
4. พักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายเบา ๆ ไปก่อน และงดทำงานหนัก 4-6

สัปดาห์

5. งดเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์
6. เน้นการมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด เช่น แผลอักเสบ มีไข้สูง มีเลือดออกหรือหนองออกทางช่องคลอด เป็นต้น
7. ถ้ามียาที่ต้องไปรับประทานต่อที่บ้าน ให้แนะนำให้แจ่มชัดถึงวิธีรับประทานยา
8. ในรายที่ตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ออกไปทั้ง 2 ข้าง ต้องอธิบายถึงสภาวะหลังผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตนดังต่อไปนี้

8.1 การผ่าตัดมดลูก และหรือรังไข่ออกทั้งสองข้าง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีบุตรได้อีก

8.2 การผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง อาจมีผลทำให้เยื่อบุผนังช่องคลอดบางลง เนื่องจากขาดฮอร์โมนเพศหญิง เมื่อมีเพศสัมพันธ์อาจทำให้รู้สึกเจ็บหรือไม่สบายเท่าที่ควรอาจช่วยโดยใช้ครีมหล่อลื่นเยลลี่ ร่วมกับการให้ฮอร์โมนจากแพทย์ จะช่วยให้เนื้อเยื่อในช่องคลอดนุ่ม และชุ่มชื้นขึ้นและเกิดความสุขสบายขึ้น

8.3 การผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างจะทำให้ขาดฮอร์โมนเพศหญิง ถ้าร่างกายขาดฮอร์โมนนี้เป็นระยะเวลานานๆ ก็จะทำให้เกิดการเหี่ยวลีบเล็กของอวัยวะสืบพันธุ์และเต้านมได้ หรือเกิดการบาง

ของกระดูกทำให้กระดูกหักง่ายซึ่งอาการเหล่านี้ในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก่อนวัยหมดระดู แพทย์ก็จะให้ฮอร์โมนเพศหญิงไปทดแทน เพื่อป้องกันการเหี่ยวเล็กลงของระบบสืบพันธุ์และช่วยป้องกันโรคกระดูก

8.4 การผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองจะทำให้ เกิดอาการร้อนวูบวาบตามตัว เหงื่อออกมาก ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ หงุดหงิด ใจสั่นได้ ในบางรายถ้ามีอาการเหล่านี้ก็สามารถรักษาได้โดยการให้ฮอร์โมนเพศหญิงเข้าไปทดแทน โดยแพทย์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำ

8.5 คุณแลรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล ไขมันลง เพราะหลังผ่าตัดรังไข่ ฮอร์โมนเพศหญิงลดลง ทำให้การควบคุมไขมันในร่างกายลดลง ทำให้ผู้ป่วยอ้วน และมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ง่าย นอกจากนั้นจะต้องออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยควบคุมไขมันในเลือดไม่ให้สูงด้วย

5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2531) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ และเหมาะสม ส่วนพจนานุกรมทางจิตวิทยา ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า คือสถานะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือคือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้จัก (เดยหอม บุญพันธ์, 2539 : 36)

หลุย จ้าปาเทศ (2533 : 8) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ คือ ความต้องการได้บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตาและการแสดงออก

Aday and Andersen (1975 : 4) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้ไปในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ที่บริการและความพึงพอใจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่าง

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกพอใจที่ได้รับเมื่อได้บรรลุผลสำเร็จตามความคาดหวังที่ตั้งไว้

5.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความพึงพอใจต่าง ๆ มีดังนี้

Davis (1985 : 783) กล่าวว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานคือทัศนคติที่เป็นคุณภาพรวมยอดของความรู้สึกพอใจและไม่พอใจของผู้ปฏิบัติงานต่องานที่ทำ ทัศนคตินี้จะแสดงให้ทราบได้ว่าเขามีความพอใจหรือไม่ โดยการประเมินคุณภาพและค่าของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผลนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการทำงานตามที่มุ่งหวังไว้และยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการทำงานให้บรรลุผลทั้งงานและผู้ปฏิบัติงานด้วย

Sympson (1985) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้กล่าวยืนยันว่าถ้าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานมาก ความเหนื่อยหน่ายย่อมมีน้อยลง

Sallis (1990 : 203 อ้างถึงในศิริรัตน์ นิตยสุทธิ, 2542) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงาน คือความรู้สึกที่พอใจเกี่ยวกับลักษณะงานที่มีคุณค่า น่าสนใจ มีผู้ร่วมงานที่สามารถทำงานเป็นทีม มีหัวหน้างานที่มีการบริหารอย่างคงเส้นคงวา มีการได้เลื่อนตำแหน่งตามความสามารถและตามเวลาที่เหมาะสม ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับงานและเวลาในการทำงาน

Steers (1991 : 79) ให้ความหมายความพึงพอใจในงานว่า เป็นผลจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของลักษณะงานนั้น

Johns (1992 : 137) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ผลรวมของทัศนคติที่ผู้ปฏิบัติงานมีเกี่ยวกับงาน

Robins (1994 : 417) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงานเป็นทัศนคติทั่วไป ของบุคคลที่เกี่ยวกับงานโดยเฉพาะ ซึ่งได้แก่ ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) การมีส่วนร่วมในงาน (job involvement) และข้อผูกมัดขององค์การ (Organizational commitment)

Gordon (1996 : 80) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงานเป็นผลจากการที่บุคคลรู้สึกว่าการงานของตนประสบความสำเร็จ ได้รับความสนใจในคุณค่า และมาตรฐานของงานนั้น

ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535 : 143) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในการทำงานเป็นความรู้สึกร่วมของบุคคล ที่มีต่อการทำงานในทางบวก และความรู้สึกที่เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540 : 100) กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่าเป็นภาวะของความพึงพอใจหรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก ที่มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกชอบงานของคนคนนั้น จะขึ้นอยู่กับว่างานนั้นทำให้บุคคลนั้นได้รับความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้มีชีวิตอยู่รอด หรือสมบูรณ์มากน้อยเท่าใดด้วย สิ่งที่เขาขาดหายไประหว่างงานที่เสนอให้ทำกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับเป็นรากฐานแห่งความพอใจและความไม่พอใจได้

ศิริรัตน์ นิตยสุทธิ (2542) ได้ให้ความหมายของ ความพึงพอใจในการทำงานไว้ว่า ความพึงพอใจในการทำงานหมายถึง ความรู้สึกทางบวก ซึ่งแสดงออกถึงความสุขของผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการสนองตอบต่อความต้องการต่อชีวิตการทำงาน และการที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกพอใจต่อชีวิตการทำงานของตน ย่อมแสดงว่าชีวิตการทำงานนั้นมีคุณภาพ

จากคำจำกัดความข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในการทำงาน หมายถึงผลจากการรับรู้ที่แสดงออกในทางบวก หลังจากบรรลุผลของการปฏิบัติงาน

ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน

นักวิชาการและผู้รู้หลายท่าน ได้แบ่งทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน โดยอาศัยทฤษฎีพื้นฐานด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory) ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity theory) ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theory) และทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์สเบิร์ก (The motivation – hygiene theory) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ทฤษฎีเชิงเนื้อหา และทฤษฎีกระบวนการ

ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Content Theories)

เป็นทฤษฎีที่พิจารณาถึงความต้องการของบุคคลจากการกระทำและผู้บริหารสามารถคาดคะเนถึงการกระทำของผู้ใต้บังคับบัญชาได้โดยรู้ถึงความต้องการของเขา ทฤษฎีเชิงเนื้อหา มี 2 ทฤษฎี

คือทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow) และทฤษฎีจิตใจแบบสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์ก (Herzberg)

1. ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ของ Maslow (1954 : 158) ได้กล่าวว่าผู้ปฏิบัติงานจะถูกจูงใจหรือกระตุ้นให้ไปปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการบางอย่างที่อยู่ภายในทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐาน 3 ประการ คือ

1.1 มนุษย์ทุกคนมีความต้องการและความต้องการนี้ไม่มีที่สิ้นสุด

1.2 ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมอีกต่อไป

1.3 ความต้องการของมนุษย์เมื่อได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการ อย่างอื่นก็จะเกิดขึ้นมาแทนที่ โดยเรียงลำดับชั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับของความสำคัญ

ลำดับความต้องการของมนุษย์จากระดับต่ำถึงสูงมี 5 ชั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม อากาศ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและความต้องการทางเพศ

2. ความต้องการทางด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง (Security or Safety needs) ได้แก่ ความต้องการความปลอดภัยของร่างกาย เช่น ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ อันตรายต่าง ๆ และความมั่นคงทางจิต เช่น ความมั่นคงในอาชีพ

3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social or belongingness needs) ได้แก่ ความต้องการที่จะเข้าร่วมและได้รับการยอมรับในสังคม ความเป็นมิตร และความรักจากเพื่อนร่วมงาน

4. ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องในสังคม (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการอยากเด่นในสังคม มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยกย่องสรรเสริญของบุคคลอื่น

5. ความสำเร็จตามความนึกคิดของตนเอง (Self – actualization or self – realization) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ที่คนส่วนมากอยากจะเป็น อยากจะได้

ทฤษฎีของมาสโลว์นี้ ผู้บริหารสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหาร เพื่อให้ทราบลำดับความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาและตอบสนองความต้องการนั้นก็จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความพึงพอใจในงาน มีกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แมคคลีแลนด์ ศึกษาความต้องการของมนุษย์ ซึ่งคล้ายกับความต้องการระดับสูงของมาสโลว์ อธิบายถึงความต้องการของมนุษย์ 3 ประการคือ ความต้องการความสัมพันธ์ (Need for affiliation: N-Aff) ความต้องการอำนาจ (Need for power : N-Power) ความต้องการความสำเร็จ (Need for achievement: N-Ach) นักเขียนบางท่านเรียกความต้องการ 3 ประเภทนี้ว่าเป็นองค์ประกอบของแรงจูงใจ ประกอบด้วย แรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์ แรงจูงใจใฝ่อำนาจ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แนวคิดทฤษฎีของแมคคลีแลนด์ เป็นการจูงใจทางความสำเร็จ ซึ่งบางท่านเรียกว่า McClelland's achievement motive เสนอแนะว่า บุคคลที่มีความต้องการความสำเร็จสูงจะมีคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้ คือพอใจในงานที่สามารถมีความรับผิดชอบส่วนบุคคลในผลลัพธ์ กำหนดเป้าหมายระดับกลาง ต้องการสิ่งป้อนกลับทางความสำเร็จ หรือล้มเหลว

3. ทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg (1959 : 60 – 63)

ทฤษฎีปัจจัยจูงใจ ปัจจัยคำจูน (Motivation-Hygiene Theory หรือ Two-Factor Theory) ของเฮร์ซเบิร์ก มีลักษณะใกล้เคียงกับทฤษฎีของมาสโลว์ โดยเน้นถึงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะรอบข้างของงาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงาน โดยใช้ปัจจัย 2 กลุ่ม ซึ่งสิ่งทำให้เกิดความพอใจนี้ เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) และสิ่งทำให้เกิดความไม่พอใจเรียกว่าปัจจัยคำจูน (Hygiene factors)

ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน หรือสิ่งที่สร้างความพอใจในงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน นำไปสู่ทัศนคติในทางบวก เกิดความรักและพยายามที่จะทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย ปัจจัยนี้ได้แก่

1. ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้น และประสบผลสำเร็จอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล
2. การที่ได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน หรือจากบุคคลอื่นโดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจจะอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย
3. ลักษณะของงาน (Work itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน เช่น อาจจะเป็นงานประจำ งานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นงานที่ง่ายหรือยากเกินไป
4. ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับ

มอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่

5. โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยมีการเพิ่มงานในความรับผิดชอบมากขึ้น

ปัจจัยสำคัญเป็นปัจจัยที่เป็นข้อกำหนดเบื้องต้น ที่จะทำให้คนไม่พอใจในงานที่ทำหากว่าสิ่งเหล่านี้ไม่มีอยู่ในงาน แต่ปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งจูงใจให้คนทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ 9 ชนิด

1. เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary and Compensation) หมายถึง ความพึงพอใจในเงินเดือนหรือความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2. ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Interpersonal relation) ได้แก่ การติดต่อพบปะกันไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา (Superior) ผู้ใต้บังคับบัญชา (Subordinate) และเพื่อนร่วมงาน (Peers)

3. สถานภาพในการทำงาน (Status) หมายถึง ลักษณะของสถานะที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน เช่น การมีเลขานุการ การมีรถประจำตำแหน่ง การมีอภิสิทธิ์ต่าง ๆ

4. นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์กร เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เขาดำเนินงานได้สำเร็จรวมถึงการติดต่อภายในองค์กร นั่นคือ นโยบายขององค์กร จะต้องเป็นที่แน่ชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

5. สภาพการทำงาน (Working conditions) หมายถึง สภาพทางกายภาพ อันได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ รวมทั้งปริมาณงาน ตลอดจนถึงเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

6. ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของงาน (tenure) ความมั่นคงหรือไม่มั่นคงขององค์กร

7. วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision - Technical) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน หรือความยุติธรรมในการบริหารงาน อาจรวมถึงความเต็มใจหรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชาในการที่จะให้แนะนำหรือมอบหมายความรับผิดชอบต่าง ๆ ให้แก่ลูกน้อง

8. โอกาสที่ได้รับความก้าวหน้าในอนาคต (Possibility of growth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการแต่งตั้ง เลื่อนตำแหน่งภายในหน่วยงานแล้ว ยังหมายถึงสถานการณ์ที่บุคคลสามารถได้รับความก้าวหน้าในทักษะวิชาชีพ

9. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Factors in personal life) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี อันเป็นผลที่ได้รับจากงานในหน้าที่ของเขา เช่น การที่บุคคลต้องถูกย้ายไปทำงานใหม่ ซึ่งห่างไกลจากครอบครัวทำให้เขาไม่มีความสุขและไม่พอใจกับการทำงานในที่แห่งใหม่

จากแนวคิดของ Herzberg สรุปได้ว่า ปัจจัยค้ำจุนมีขึ้นเพื่อสร้างบรรยากาศแวดล้อมบำรุงจิตใจผู้ปฏิบัติงาน ถ้าหากไม่ได้จัดให้มีขึ้นผู้ปฏิบัติงานจะรู้สึกผิดปกติและเกิดความรู้สึกไม่พอใจในงาน ส่วนปัจจัยจูงใจที่มีขึ้นเพื่อสร้างความพอใจในงาน กระตุ้นจูงใจให้กระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้นถ้าหากผู้บริหารต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานด้วยความพึงพอใจ ควรจะจัดให้มีปัจจัยจูงใจที่เหมาะสม ทฤษฎีการจูงใจค้ำจุนของเฮร์ซเบิร์กนี้ เหมาะสำหรับนำมาใช้กับกลุ่มคนระดับวิชาชีพคนที่มีความรู้หรือคนในระดับหัวหน้างานขึ้นไป เพราะถือว่าคนกลุ่มนี้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานหรือปัจจัยค้ำจุนมาบ้างแล้วตามสมควร จึงทำให้มีศักยภาพที่จะจูงใจโดยปัจจัยจูงใจได้ (เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ, 2540 : 56)

ทฤษฎีกระบวนการ (Process Theories)

เป็นทฤษฎีกระบวนการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน แทนที่จะให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ทฤษฎีนี้จะมีตัวแปรต่าง ๆ เข้ามาแทรกแซง เช่น ความคาดหวังความต้องการ ค่านิยม ตัวแปรเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในแง่กระบวนการซึ่งจะแบ่งได้เป็น 3 ทฤษฎี คือ 1. ทฤษฎีความเสมอภาค 2. ทฤษฎีการอ้างอิง 3. ทฤษฎีความต้องการและการตอบสนองด้านค่านิยม (Adam, 1963 and Locke, 1976 อ้างถึงในมยุรี รังสีสมบัติศิริ, 2530 : 48 – 49)

ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity Theory)

ทฤษฎีอธิบายเกี่ยวกับความพอใจ หรือไม่พอใจในงานของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเปรียบเทียบสิ่งที่เขาได้จากองค์การกับบุคคลอื่น เช่น สภาพแวดล้อม การทำงาน การยกย่อง และสถานภาพ เป็นต้น เมื่อบุคคลรู้สึกว่าได้ไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมแล้วจะเกิดความตึงเครียด และมีผลต่องานเกิดขึ้นได้ เช่น การลาออกจากงาน การขอเพิ่มเงินเดือน

ทฤษฎีการอ้างอิง (Reference Group Theory)

ทฤษฎีนี้ อธิบายว่า ผู้ปฏิบัติงานจะมีความพอใจหรือไม่พอใจในงานขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบ กับบุคคลอื่นในกลุ่มระดับเดียวกัน เช่น เปรียบเทียบกับคนที่อยู่ในตำแหน่งเท่าเทียมกัน เปรียบเทียบกับผู้มีภารกิจระดับเดียวกัน ถ้าพบว่าคนได้รับการปฏิบัติด้วยความเสมอภาคก็จะเกิดความพึงพอใจในงาน หากพบว่าไม่ได้รับความเสมอภาคก็จะเกิดความไม่พอใจในงาน ทฤษฎีนี้จะใกล้เคียงกับทฤษฎีความเสมอภาคแตกต่างกันที่เป็นการเปรียบเทียบภายในระดับเดียวกัน

ทฤษฎีความต้องการและการตอบสนองด้านค่านิยม (Need and Value Fulfillment Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความพอใจหรือไม่พอใจในการปฏิบัติงานของบุคคลขึ้นอยู่กับว่ามีช่องว่างหรือไม่ความไม่สมดุล (Discrepancy) ระหว่างความคาดหวัง ความต้องการ ค่านิยมของบุคคลกับสิ่งที่เขาได้จากงานที่ทำอยู่ ถ้าหากเกิดช่องว่างหรือไม่สมดุลเขาก็จะไม่พอใจในงาน แต่ถ้าไม่มีช่องว่างดังกล่าว เขาก็จะมีความพอใจในงาน เช่น ถ้าหากว่าบุคคลคาดหวังว่า การทำงานหนักเพื่อให้ได้ผลงานที่ดี สูงกว่าที่กำหนดไว้ นำไปสู่การเลื่อนตำแหน่ง เขาจะถูกจูงใจให้ปฏิบัติงาน มีผลงานสูงกว่าที่กำหนดไว้ และถ้าหากเขาทำสำเร็จแล้วผู้บังคับบัญชาเลื่อนตำแหน่งให้เขา ก็จะไม่เกิดช่องว่าง เขาจะพอใจในงาน ในทางตรงกันข้ามถ้าหากเขาปฏิบัติงานสูงกว่าที่กำหนดไว้แต่ผู้บังคับบัญชาไม่เลื่อนตำแหน่งให้เขา จะเกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังกับสิ่งที่เขาได้รับจากงานที่ทำอยู่ เขาจะเกิดความรู้สึกไม่พอใจในงานทันที

5.2 เครื่องมือการวัดความพึงพอใจในงาน

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535 : 154 – 156) กล่าวว่า นักจิตวิทยาได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจในงาน ตามนิยามที่วัดและตามจุดมุ่งหมายของการวัดซึ่งมีหลายแบบดังนี้

1. การแบ่งแบบวัดเป็นลักษณะข้อคำถามที่มี 2 แบบ คือ

1.1 แบบสำรวจปรนัย (Objective Survey) เป็นแบบวัดที่เป็นคำถามและคำตอบที่ได้เลือกแบบโดยผู้ที่ตอบจะตอบตามความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่สามารถ วิเคราะห์ด้วยเชิงปริมาณ

1.2 แบบสำรวจเชิงพรรณนา (Descriptive Survey) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบตอบด้วยคำพูดและข้อเขียนของตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ หรือคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบตอบโดยอิสระข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. แบบวัดความพึงพอใจในงาน แบ่งตามคุณลักษณะของงาน

2.1 แบบวัดความพึงพอใจในงานโดยทั่วไป เป็นแบบวัดที่วัดความพึงพอใจของบุคคลที่มีความสุขอยู่กับงานโดยส่วนรวม

2.2 แบบวัดความพึงพอใจในงานเฉพาะด้าน เป็นการศึกษาถึงความรู้สึกชอบและความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่องานเฉพาะด้าน เช่น รายได้ ความมั่นคง มิตรภาพ สัมพันธภาพ ผู้บังคับบัญชา และความก้าวหน้า เป็นต้น

สลาวิทท์ และคณะ (Slavitt et al, 1978) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ มี 6 ด้านคือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับการทำงาน
2. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยมีความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติและได้รับการยอมรับ
3. ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและการปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริการการพยาบาลให้อยู่ และจะดำเนินการต่อไป
5. การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพ ระหว่างเวลาปฏิบัติงาน
6. สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณค่าประโยชน์ของงานด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

ได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน ดังต่อไปนี้

Gilmer (1971 อ้างในสร้อยตระกูล (ติวานนท์) อรรถมานะ, 2541) ได้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานมี 10 ประการคือ

ประการที่ 1 ความมั่นคงในงาน (Security) ได้แก่ ความรู้สึกว่าได้ทำงานในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ มีหลักประกันความมั่นคงและได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา

ประการที่ 2 โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน (Opportunity for Advancement) เช่น การมีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น

ประการที่ 3 สถานที่ทำงานและการจัดการ (Company and Management) ได้แก่ ความพึงพอใจต่อสถานที่ทำงาน ชื่อเสียงของสถาบันและการจัดการภายในสถาบัน

ประการที่ 4 ค่าจ้าง (Wages) ได้แก่ รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่องค์กรให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ประการที่ 5 ลักษณะงาน (Intrinsic Aspects of the Job) ได้แก่ การได้ทำงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถ และความถนัดของผู้ปฏิบัติงาน

ประการที่ 6 การนิเทศงาน (Supervision) ได้แก่ เทคนิค วิธีการ และความสามารถในการนิเทศงานของผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์อันดีกับผู้ใต้บังคับบัญชา

ประการที่ 7 ลักษณะทางสังคม (Social Aspect of the Job) ได้แก่ การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

ประการที่ 8 การติดต่อสื่อสาร (Communication) ได้แก่ สภาพและลักษณะการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ประการที่ 9 สภาพการทำงาน (Working Conditions) ได้แก่ สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในการทำงาน เช่น แสง เสียง อากาศ ห้องอาหาร ห้องน้ำ และชั่วโมงการทำงาน

ประการที่ 10 ประโยชน์เกื้อกูลต่าง ๆ (Benefits) ได้แก่ เงินเดือนบำนาญตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการและการรักษาพยาบาล สวัสดิการอาหาร ที่อยู่อาศัย วันหยุด เป็นต้น

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนั้น Harrell (1972 อ้างในจรัสวัฒน์ คงทอง, 2539) ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานว่าแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง

1.1 ประสบการณ์ ประสบการณ์ในการทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน บุคคลที่ทำงานนานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ

1.2 เพศ มักพบว่าคนงานหญิง จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนงานเพศชาย

1.3 อายุ อายุจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลา และประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ที่เริ่มทำงานใหม่ ๆ ความพึงพอใจจะมีระดับสูง และจะค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งเข้าสู่วัยอายุ 30 ปี จากนั้นจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอีก

1.4 เวลาในการทำงาน งานที่ทำในเวลาปกติจะสร้างความพึงพอใจในการทำงานมากกว่างานที่ต้องทำในเวลาที่ไม่ต้องทำงาน เพราะเกี่ยวกับการพักผ่อน และการสร้างสรรค์กับผู้อื่นด้วย

1.5 เชื้อชาติ ปัญญา พนักงานในโรงงานที่มีเชื้อชาติปัญญาในระดับสูงแต่ทำงานที่เป็นประจำ พบว่ามักจะเบื่องานได้ง่าย และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำงานในโรงงาน เพราะเป็นงานที่ไม่ท้าทาย และไม่เหมาะสมกับความสามารถของเขา

1.6 ระดับเงินเดือน เงินเดือนที่มากพอแก่การดำรงชีพตามสถานภาพ ทำให้บุคคลไม่ต้องดิ้นรนมากนักที่จะไปทำงานเพิ่มนอกเวลาทำงาน และเงินเดือนยังเกี่ยวข้องกับการสามารถหาปัจจัยอื่นที่สำคัญแก่การดำรงชีพอีกด้วย ผู้ที่มีเงินเดือนสูง จึงมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำ

1.7 แรงจูงใจในการทำงาน แรงจูงใจในการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจจากตัวผู้ทำงานเองจะสร้างความพึงพอใจในงาน

2. ปัจจัยด้านงาน ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะงาน ได้แก่ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การควบคุมการทำงาน และวิธีการทำงาน ความรู้สึกว่างานที่ทำอยู่เป็นงานสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น และเกิดความผูกพันต่องาน

2.2 ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานขนาดเล็กผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างาน และพนักงานมีโอกาสได้ใกล้ชิดกัน รู้จักซึ่งกันและกัน ทำงานคุ้นเคยกันได้ง่ายกว่าหน่วยงานใหญ่ พนักงานรู้สึกเป็นกันเองและร่วมมือช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดี ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

2.3 ความห่างไกลระหว่างบ้านและที่ทำงาน บ้านที่อยู่ห่างไกลจากที่ทำงาน การเดินทางไม่สะดวก รายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

3. ปัจจัยด้านการจัดการ

3.1 ความมั่นคงในงาน จากการสำรวจพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ต้องการทำงานที่มีความมั่นคง และต้องการจะอยู่ทำงานจนถึงเกษียณอายุ แม้ว่าเขาจะมีเงินมากพอที่จะเลี้ยงตัวเองในวัยชราก็ตาม ความมั่นคงในการทำงานถือเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในวันที่พ้นจากการทำงานไปแล้ว

3.2 โอกาสก้าวหน้าโอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในการทำงานมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ใช้ฝีมือและความชำนาญงาน แต่มีความสำคัญน้อยสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญ แต่มีการศึกษาสูงและอยู่ในตำแหน่งสูง

3.3 การนิเทศงาน การนิเทศคือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ดังนั้นความรู้ สึกต่อ ผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อหน่วยงานและองค์กร ด้วยการสร้างความเข้าใจที่กระหว่าง ผู้นิเทศงานและพนักงาน จะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3.4 การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา พนักงานมีความต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของ ตนเป็นอย่างไร จะปรับปรุงการทำงานของตนเองอย่างไร ฉะนั้นข่าวสารต่าง ๆ จากบริษัทหรือหน่วยงานจึงมีความหมาย และความสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

3.5 ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร ความศรัทธาในความสามารถและความตั้งใจที่ผู้ บริหาร มีต่อหน่วยงาน ทำให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจในงาน ของหน่วยงานด้วย

จากการศึกษาความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับกับความพึงพอใจในงานดังที่กล่าวมาแล้วในการ วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของสลาวิทท์และคณะ (Slavitt et al.,1978) มาเป็นกรอบในการศึกษาความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวเป็น แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ ซึ่งบุคลากรพยาบาลเป็น ผู้ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเช่นเดียวกัน และมีความสอดคล้องกับการ ศึกษาความพึงพอใจในงานที่เป็นผลสะท้อนจากการที่บุคลากร ในทีมการพยาบาลได้มีส่วนร่วมใน การใช้แนวทางการดูแลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องกจากชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแล

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาถึงการใช้นิเวทางการดูแล (Clinical pathways) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

Sandra L. Tidwell (1990 อ้างถึงใน ศุวัชรีย์ ฐพิมาย, 2543) ศึกษาการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาล Wirginia Mason Medical Center ในรัฐ Vashington สหรัฐอเมริกา โดยใช้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Clinical Nurse Specialist) เป็นผู้จัดการผู้ป่วย และพัฒนาเครื่องมือคือ Clinical Pathways สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อลดค่าใช้จ่ายโดยคงไว้ซึ่งคุณภาพการรักษาพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีสำคัญทางสถิติ และจากการวิเคราะห์งาน พบว่าการสร้าง Clinical pathways ที่มีประสิทธิภาพและมีการอบรมกำกับ ดูแลการใช้ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเที่ยงตรง และมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำช่วยให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น สร้างความพึงพอใจทั้งในผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

Goode (1995) ศึกษาผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยในโรงพยาบาลไอโอวาและคลินิกต่างๆ ไป พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายผู้ป่วยและใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยที่ทำการทดลองมีระดับความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น พยาบาลที่ถูกเลือกให้ทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายผู้ป่วยมีระดับการประสานความร่วมมือ ความเป็นอิสระในการทำงานเพิ่มขึ้น ประกอบกับคุณภาพบริการดีขึ้นกว่าเดิม

Collier P. และ Early (1995) ได้ศึกษาถึงการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วย สูงอายุ 1 ราย ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการถูกส่งเข้าโรงพยาบาลและมีการรับรู้ที่ถดถอย โดยใช้แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานการดูแล ซึ่งทีมนี้สามารถให้การประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ภาวะโภชนาการ และพบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีการวางแผนให้การช่วยเหลือ และประสานงานในการส่งต่อรวมทั้งช่วยให้อุปการะของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย

Yaksic JR. และคณะ (1998) ในการศึกษาที่ Grant Medical Center ซึ่งเป็นศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุขนาด 640 เตียงได้นำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathways) มาใช้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มีปัญหาการบาดเจ็บหลายอวัยวะและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาคูดูแล พบว่าช่วยให้การตัดสินใจสั่งการรักษาผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง มีการตัดสินใจร่วมกัน ทำให้การดูแลไม่ซ้ำซ้อน จากการประเมินภายในระยะเวลา 2 ปีที่ใช้ระบบนี้ได้ผลว่าระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยลดลง จาก 74.5 วัน เป็น 41.9 วัน และค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อรายลดลงจาก 189,080 เหรียญดอลลาร์สหรัฐเป็น 1074,019 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ

Leininger (1996) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพก โรงพยาบาลอัลเลคินี รัฐเพนซิลเวเนีย สหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า ลดค่าใช้จ่ายลดลงถึง 6000 ดอลลาร์ต่อราย จำนวนวันนอนเฉลี่ยจาก 11 วันเหลือ 6 วัน ร้อยละ 90 ของความพึงพอใจ ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

Ireson (1997) ศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแล ต่อประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยทำการทดลองในโรงพยาบาลเซนต์โจเซฟ ขนาด 450 เตียง ในรัฐเคนตักกี สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพก จำนวน 128 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 คน โดยศึกษาถึงประสิทธิผล 3 ด้าน คือ 1) จำนวนวันนอน 2) ค่าใช้จ่าย และ 3) คุณภาพการรักษา ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย และการผิปกติทางจิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการใช้แนวทางการดูแลมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล

Holtzman และคณะ (1997) ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเปรียบเทียบก่อนระหว่างและหลังการพัฒนาใช้แนวทางการดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 ได้รับการบริจาคไตจากผู้ที่เกี่ยวข้องแล้ว มีจำนวน 170 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับบริจาคไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ มีจำนวน 178 คน ซึ่งกลุ่มที่ 2 นี้มีการใช้แนวทางการดูแลผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อลดลง หลังจากมีการใช้แนวทางการดูแลในกลุ่มที่ 2 และยังพบว่าระหว่างการพัฒนาใช้แนวทางการดูแลให้ผลสูงสุด

Silverstein (1998) รายงานผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ St. Peter's Medical Center ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างสรรค์คุณภาพบริการที่ตอบสนองความต้องการสร้างความพึงพอใจทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่าหลังจากใช้ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) และแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathways) ทำให้เกิดผลในทางบวกในหลายด้าน คือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายลดลงอย่างเห็นได้ชัด อัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลลดลง ในด้านผู้บริหารการเข้ามามีส่วนร่วมของฝ่ายแพทย์ต่อการจัดการผู้ป่วยเป็นทีม จะช่วยให้การดำเนินการประสบความสำเร็จเร็วขึ้น

Lynne Nemeth, (1999) ทำการศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพแผนการดูแลร่วมระหว่างวิชาชีพ (Clinical pathways) ซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดูแลเพื่อใช้ในระบบการจัดการดูแลแบบ Case Management โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และการจัดระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจ พบว่า การมีระบบการบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยบุคลากรที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้บันทึกข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแล ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน กำหนดเป้าหมายการดูแลที่ยอมรับได้ในทีม ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และมีการเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจ

หรรษา สุขกาล (2537 อ้างถึงในจตุรัตน์ คงทอง, 2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจจากความคาดหวังในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงจูงใจจากความคาดหวังในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กันทางบวก

สำราญ บุญรักษา (2539) ศึกษาความพึงพอใจในงานและความผูกพันยึดมั่นต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานด้านผลประโยชน์ตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน

สมลักษณ์ สุวรรณมาลี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในปัจจัยการทำงานกับความสามารถในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ประสิทธิภาพการทำงานและการได้รับการอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ชนิษฐา กุลกฤษฎา (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าบรรยากาศด้านโครงสร้างองค์การ กระบวนการที่ใช้ในองค์การ พฤติกรรมของผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับ ความพึงพอใจต่อพฤติกรรม ผู้นำอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจต่อความสำเร็จในการทำงานและอำนาจในการบริหารอยู่ในระดับมาก

สุวรรณ ลีละเศรษฐกุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทางบวกกับความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อายุ และอายุงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจโดยรวม วุฒิการศึกษา และตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีผลต่อความพึงพอใจต่างกัน แรงจูงใจใน

เรื่องความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การปกครองบังคับบัญชา สภาพการปฏิบัติงาน ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ฝ่ายการพยาบาลคือ แรงจูงใจในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว การยอมรับนับถือ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่งงานสามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลได้ร้อยละ 42.30

Robert (1980) ศึกษาผลการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเทียบกับระบบทีมในโรงพยาบาลเมือง Winnipeg ประเทศแคนาดา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการรับรู้ในเรื่องความต่อเนื่องของการดูแล เกิดการดูแลเฉพาะบุคคลมากขึ้น แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า พยาบาลในระดับการพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจมากกว่า เนื่องจากมีอิสระในการใช้ความรู้ความสามารถในการตัดสินใจให้การพยาบาลด้วยตนเองมากขึ้น ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน แต่ในด้านสัมพันธภาพกับแพทย์ พยาบาลที่ใช้ระบบการดูแลแบบทีมมีคะแนนสูงกว่า อาจเป็นเพราะทีมการพยาบาลมีการติดต่อกับแพทย์เป็นระยะ ๆ ในขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ มีการติดต่อกับแพทย์อย่างน้อยวันละครั้ง หรืออาจเป็นสาเหตุจากกำลังอยู่ในช่วงเวลาระหว่างการแนะนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ให้มากขึ้นทำให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิดการต่อต้านในการเปลี่ยนแปลงนี้

Johnston (1991) ได้เสนอผลการศึกษาเรื่อง องค์ประกอบของความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาว่า พยาบาลให้คุณค่าแก่องค์ประกอบใดมากที่สุด และพยาบาลมีความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่อย่างไร โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 385 คน ของโรงพยาบาล Southwestern hospital ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยที่พยาบาลให้คุณค่าความสำคัญมากที่สุด คือ ค่าตอบแทน รองลงมาคือ สถานภาพวิชาชีพ ความเป็นอิสระ ความมีปฏิสัมพันธ์ ลักษณะของงาน และนโยบายขององค์กร พยาบาลมีความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความพึงพอใจในสถานภาพวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ ความเป็นอิสระ การมีปฏิสัมพันธ์ นโยบายขององค์กร และค่าตอบแทน ตามลำดับ

Goode (1995) ศึกษาผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยในโรงพยาบาลไอโวนาและคลินิกต่างๆ ไป พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยและใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยที่ทำการทดลอง มีระดับความพึงพอใจ

ในงานเพิ่มขึ้น พยาบาลที่ถูกเลือกให้ทำหน้าที่ทีมพยาบาลผู้จัดการรายผู้ป่วย มีระดับการประสานความร่วมมือ ความเป็นอิสระในการทำงานเพิ่มขึ้น ประกอบกับคุณภาพการบริการดีขึ้นกว่าเดิม

Lee Fung Kam (1997 อ้างถึงใน ฉันทนุกูล ผกาภรณ์รัตน์, 2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความเป็นอิสระในการทำงาน สถานภาพของวิชาชีพ และรายได้มากกว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ข้อกำหนดของงาน และนโยบายการบริหารงาน

Gynendra, P.G. (1998) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทริบลูเวน เมืองกาทบันดู ประเทศเนปาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 41.9 มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจนี้ ได้แก่ เงินเดือน ความเป็นอิสระในการทำงาน สถานภาพของวิชาชีพ สัมพันธภาพระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สถานภาพของวิชาชีพข้อกำหนดของงาน และรายได้

งานวิจัยเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาล

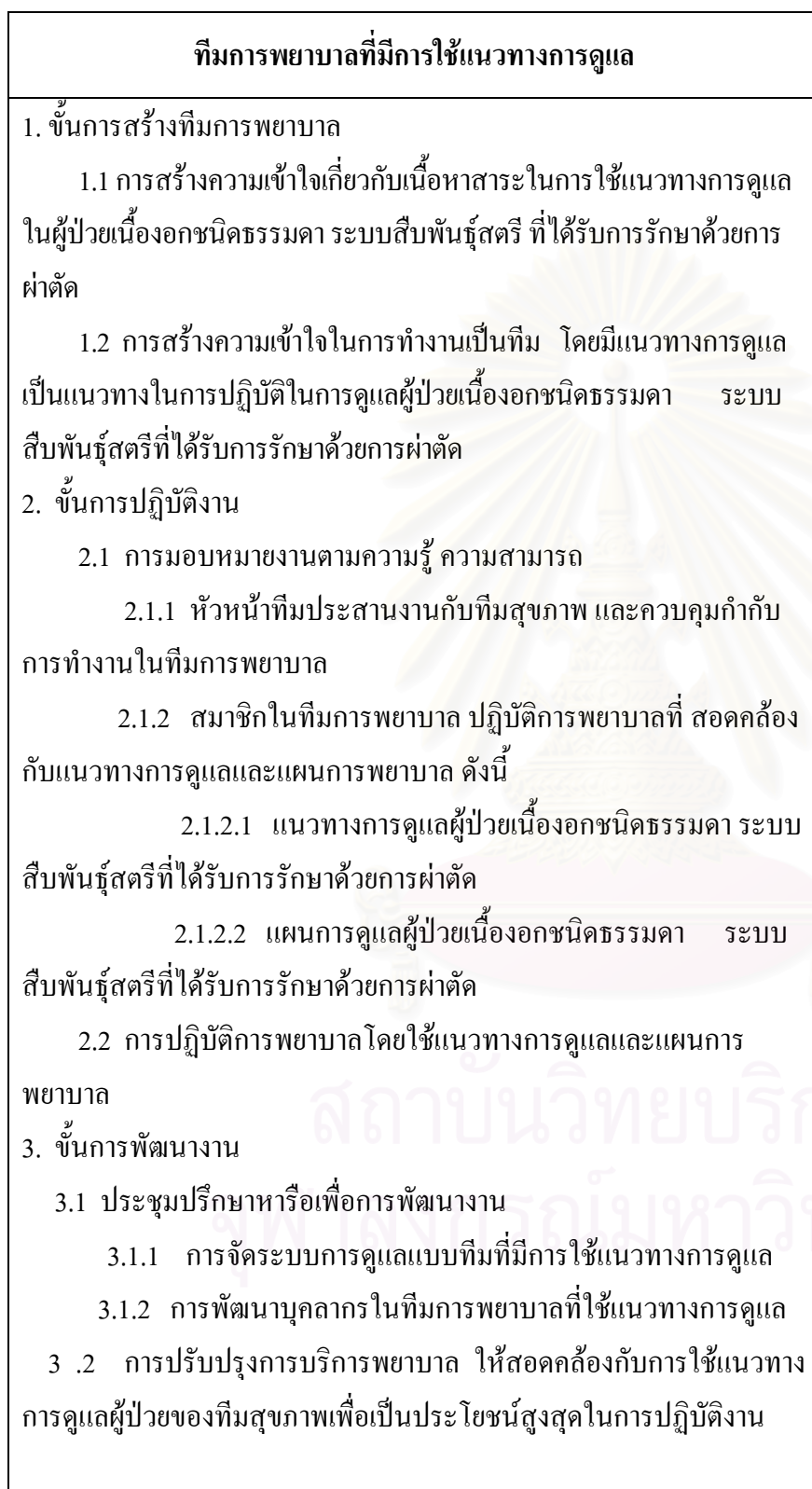
ชุตินา มาลัย (2537) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นทีมของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 295 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการทำงานเป็นทีมของอาจารย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่าในด้านการมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน การติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย การทำงานร่วมกัน การสร้างความคล่องตัวในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ในเรื่องอายุ ประสบการณ์การทำงานพบที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำงานเป็นทีมของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนขนาดของกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีม ในเรื่องสภาพแวดล้อมทางกายภาพ พฤติกรรมผู้นำของผู้บริหาร และสัมพันธภาพในกลุ่มอาจารย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำงานเป็นทีมของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่า สัมพันธภาพในกลุ่มอาจารย์ พฤติกรรมผู้นำของผู้บริหาร สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และประสบการณ์การทำงาน เป็นตัวแปรสำคัญที่ร่วมกันพยากรณ์การทำงานเป็นทีมของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชวนพิศ สิ้นธุรการ (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุข ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของ บุคลากรจำแนกตามประสบการณ์การทำงานในอาชีพและขนาดของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ 130 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ผลวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานของบุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุ มีการกำหนดจุดมุ่งหมายของการทำงาน เป็นทีม การวางแผนเป็นทีมและปฏิบัติตามแผนงานเป็นทีม อยู่ในระดับปานกลาง มีการประเมินผลและ ปรับปรุงงานเป็นทีม อยู่ในระดับน้อย บุคลากรที่มีประสบการณ์ในอาชีพมากกว่า 10 ปี มีการกำหนด จุดมุ่งหมายในการทำงานเป็นทีมมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์ในอาชีพ 1-10 ปี แต่ในการปฏิบัติตาม แผนงาน การประเมินผลและการปรับปรุงงานเป็นทีมไม่แตกต่างกัน ส่วนในเรื่องของขนาดของ โรงพยาบาลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานเป็นทีม

วิไล อำนวยชัย (2539) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาปัญหาของการพยาบาลเป็นทีม และพัฒนาการพยาบาลเป็นทีมในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า ปัญหาของการ พยาบาลเป็นทีมมีดังนี้ 1. ความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลเป็นทีม 2. ลักษณะ และจำนวนของผู้บริการ 3. การจัดระบบงานในหอผู้ป่วย 4. การบริหารเวลาของผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5. อิทธิพลของวัฒนธรรมในหน่วยงาน 6. การนิเทศการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ส่วนการ พัฒนาการพยาบาลเป็นทีม โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับในการเลือกทางปฏิบัติ จากปัญหา โดยผู้วิจัยจะร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ร่วมกับการให้ ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการพยาบาลเป็นทีมระหว่างการพัฒนาจนทุกคนยอมรับและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่จะทำการพยาบาลเป็นทีมได้เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ได้ทำการประเมินผลการปฏิบัติจริงและ ประเมินความพึงพอใจของ ผู้ปฏิบัติ พบว่าอยู่ในระดับมากและมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่

อัจฉรา สืบสังข์ (2540) ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากร พยาบาล หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำงานเป็นทีมของบุคลากร พยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สูงกว่าก่อนได้รับ กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการทำงานเป็นทีม ของบุคลากรพยาบาลภายหลังได้รับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม ซึ่งปฏิบัติงานตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ความพึงพอใจของทีมการพยาบาล

- ค่าตอบแทน
- ความเป็นอิสระในการทำงาน
- ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน
- นโยบายขององค์กร
- การมีปฏิสัมพันธ์
- สถานภาพของวิชาชีพ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองใน 2 ลักษณะ คือ การศึกษาความพึงพอใจ ของทีม เป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One – Group Pretest – Posttest Design) และการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเป็นแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttet – Only Design) เพื่อศึกษาผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมก่อนและหลังการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลและเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล และทีมการพยาบาลที่ทำงานตามปกติ ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

รูปแบบการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างทีมการพยาบาล เป็นแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง

กลุ่มทดลอง

O ₁	X	O ₂
----------------	---	----------------

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว

กลุ่มทดลอง

X	O ₃
-	O ₄

กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การวัดความพึงพอใจของทีม ซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การดูแลแบบปกติ

X หมายถึง การใช้แนวทางการดูแล

O₂ หมายถึง การวัดความพึงพอใจของทีมกลุ่มทดลองทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแล

O₃ หมายถึง การวัดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ทีมการพยาบาลมีการใช้แนวทางการดูแล

O₄ หมายถึง การวัดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การดูแลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ บุคลากรในทีมการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโดยมีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรในทีมการพยาบาล หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 9 คน พยาบาลเทคนิค 4 คน รวมทั้งหมด 13 คน แต่เมื่อผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้มีบุคลากรพยาบาลลาออก 1 คน ทำให้คงเหลือกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาลจำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรพยาบาล จำนวน 12 คน ซึ่งพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือพยาบาลเทคนิค 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีสถานภาพเป็นโสดเท่ากับสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 91.7 และต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 8.3 มีอายุระหว่าง 23 – 41 ปี อายุโดยเฉลี่ย 32.8 ประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 – 22 ปี โดยเฉลี่ย 11 ปี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหอศัลยกรรม อยู่ระหว่าง 1 – 22 ปี โดยเฉลี่ย 9.3 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรพยาบาลจำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งการปฏิบัติงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	6	50
โสด	6	50
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	8.3
ปริญญาตรี	11	91.7
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	8	66.7
พยาบาลเทคนิค	4	33.3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของบุคลากรพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	\bar{X}	SD	Range
อายุ (ปี)	32.8	5.97	23 – 41
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล (ปี)	11	7.05	1 – 22
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม	9.3	7.09	1 – 22

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาแบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกผู้ป่วย ดังนี้

1. เลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ
 - 1.1 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป การศึกษา อ่านออกเขียนได้
 - 1.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะแทรกซ้อนทางอารมณ์
 - 1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาแบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่ทีมการพยาบาลให้การดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ทีมการพยาบาลได้ใช้แนวทางการดูแล จับคู่ (Matched Pair) ตัวอย่างผู้ป่วยระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยอายุ การผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดและได้ยาระงับความรู้สึกชนิดเดียวกัน สรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ลักษณะผู้ป่วยจับคู่ตามอายุ และการผ่าตัด

คู่ที่	อายุ		การผ่าตัด	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	45	51	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
2	49	51	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
3	39	34	TAH c BSO	TAH c BSO
4	54	57	TAH c BSO	TAH c BSO
5	46	49	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
6	65	68	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
7	44	45	TAH c BSO	TAH c BSO
8	50	51	TAH c BSO	TAH c BSO
9	58	61	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
10	43	42	TAH c BSO	TAH c BSO
11	43	42	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
12	54	56	TAH c BSO	TAH c BSO
13	42	39	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
14	41	39	TAH c BSO	TAH c BSO
15	48	49	TAH, BSO c Appendectomy	TAH, BSO c Appendectomy
ค่า \bar{X}	48.07	48.93		
ค่า SD	7.13	9.14		

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับ การรักษาด้วยการผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ใช้แนวทางการดูแล มีลักษณะดังนี้คือ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 48.73 ปี น้อยที่สุดคือ 39 ปี มากที่สุดคือ 68 ปี ส่วนใหญ่ ทำผ่าตัด TAH, BSO c Appendectomy 7 คู่ ทำผ่าตัด TAH c BSO 6 คู่ ทำผ่าตัด TAH c Appendectomy 1 คู่ และทำ TAH c Lt SO กับ TAH c Rt SO 1 คู่ ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 ชุด คือ

1.1 คู่มือที่ทีมการพยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

1.2 คู่มือการใช้แนวทางการดูแล (Clinical Pathways) ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับพยาบาลประจำการ

2. เครื่องมือสำหรับพยาบาลประจำการที่ใช้บันทึกผลการทดลองมี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

2.2 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน

วิธีการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 คู่มือทีมการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1.1 ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีม

1.1.2 สังเกตลักษณะการทำงานของทีมการพยาบาลที่ทำในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าลักษณะทีมการพยาบาลทำงานแบบกึ่งทีมกึ่งหน้าที่ยังไม่เป็นการทำงานแบบทีมที่แท้จริงจึงนำมาปรับปรุงพัฒนาเป็นคู่มือการทำงานเป็นทีม

1.1.3 จัดประชุมกลุ่มซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม หัวหน้าทีมและผู้วิจัย เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2545 เวลา 13.00 – 15.00 น. ช่วยกันพัฒนาคู่มือในการทำงานใหม่ และดำเนินการสร้างคู่มือการทำงานเป็นทีม โดยใช้แนวคิดองค์ประกอบของทีมของ Sullivan (1990) และใช้แนวทางของ Campion (1993) ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการงานของสมาชิกทีม การสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกทีม การแบ่งปันภาระของสมาชิกทีม การติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกทีม และการประสานความร่วมมือของสมาชิกทีม ซึ่งกำหนดหัวข้อและเนื้อหา ดังนี้

ก) คำชี้แจงการใช้คู่มือ

ข) วัตถุประสงค์

ค) ความหมายและความสำคัญของทีมการพยาบาล

- ง) ประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม
- จ) ความสำคัญของทีมการพยาบาล
- ฉ) องค์ประกอบของทีมการพยาบาล
- ช) บทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม
- ซ) ลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื่องออกชนิธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

1.1.4 ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของคู่มือทีมการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องออกชนิธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก) ใช้เกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกัน 5 ท่าน ถือว่าคู่มือมีความตรงตามเนื้อหา จากการตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

- ก) ควรใส่โครงสร้างของกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติหรือสายงานบังคับบัญชาด้วย เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น
- ข) ในชั้นปฏิบัติงานของคู่มือควรระบุเวลาของแต่ละเวรให้ครบถ้วน เช่น

เวรเช้า	เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น.
เวรบ่าย	เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 16.00 – 24.00 น.
เวรดึก	เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 24.00 – 08.00 น.

1.1.5 ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ต่อไป

1.2 คู่มือการใช้แนวทางการดูแล (Clinical Pathways) ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องออกชนิธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.2.1 ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแล (Clinical Pathways) แผนการดูแลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องออกชนิธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน จากฐานข้อมูลภายในและต่างประเทศมาเป็นแนวทาง

1.2.2 จากการประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2545 เวลา 10.00 – 12.00 น. ซึ่งประกอบด้วยสูติ – นรีแพทย์ เกศษกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนากร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสี (X-ray) และเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด ประชุมปรึกษาหารือร่วมกันถึงแนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื่องออกชนิธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการ

รักษาด้วยการผ่าตัด โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และคอยกำกับควบคุม การประชุมได้ข้อสรุปดังนี้

ก. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

- 1) มีโอกาสเกิด/เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังการผ่าตัด เช่น ท้องอืด ท้องผูก และจากยาระงับความรู้สึกได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และคัน
- 2) มีโอกาสเกิดภาวะการปรับตัวไม่เหมาะสม ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์
- 3) มีความวิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่สุขสบาย

ข. ผลลัพธ์ที่ต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

- 1) ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือ
- 2) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
- 3) ผู้ป่วยหายจากโรคและกลับบ้านโดยเร็ว
- 4) ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน

ค. ข้อชี้แจงที่พบบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

- 1) บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- 2) บุคลากรในทีมสุขภาพมีการติดต่อสื่อสารยังไม่ทั่วถึง

1.2.3 นำมาสร้างเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ดังตัวอย่างในภาคผนวก จ) เขียนคู่มือโดยผู้วิจัย และขอความร่วมมือจากสูตินรีแพทย์ช่วยตรวจสอบแก้ไข เพิ่มเติมและปรับปรุง ใช้เวลานาน 1 อาทิตย์ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

- ก. คำชี้แจงการใช้คู่มือ
- ข. วัตถุประสงค์ของคู่มือ
- ค. ความหมายของแนวทางการดูแล
- ง. แนวคิดและหลักการของการดูแล
- จ. ประโยชน์ของแนวทางการดูแล
- ฉ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

1.2.4 นำแนวทางการดูแลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก) โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกัน 5 ใน 6 ท่าน ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ

ก. ให้ทบทวนกิจกรรมการดูแลรักษาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่จริง

ข. ในส่วนของการวางแผนจำหน่าย ให้ใส่ไว้ตั้งแต่ในขั้นเตรียมการผ่าตัดเลย เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

1.2.5 นำแนวทางการดูแลที่ปรับปรุงแล้วให้ทีมสหสาขาวิชาชีพดูอีกครั้ง เพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุงแนวทางการดูแลซึ่งสุดิ – นรีแพทย์ให้คำแนะนำและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ก่อนการนำไปใช้ในแต่ละราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกผลการทดลอง

มี 2 ชุด คือ แบบวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล และแบบวัดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2.1 แบบวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล ต่อการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บุคลากรในทีมคาดหวัง มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้ คือ

2.2.1 ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของทีมการพยาบาล และทำการสัมภาษณ์ทีมบุคลากรในทีมการพยาบาล ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โดยใช้แนวคิดความพึงพอใจในงานของสลาวิทท์ และคณะ และดัดแปลงแบบสอบถามความพึงพอใจจากฉันทนูกุล ผกาภรณ์ (2542) ซึ่งใช้เพียง 3 ด้าน เนื่องจากความพึงพอใจของสลาวิทท์ ทั้ง 6 ด้าน ครอบคลุมในเนื้อหา ผลของการทำงานเป็นทีมที่ใช้แนวทางการดูแลทั้งหมดของผู้วิจัย จึงใช้ 6 ด้าน มีดังนี้ ได้แก่ ค่าตอบแทน ความเป็นอิสระในการทำงาน ความต้องการของงานหรือลักษณะงาน นโยบายขององค์กร การมีปฏิสัมพันธ์ สถานะภาพของวิชาชีพ

2.2.2 นำมากำหนดโครงสร้างความพึงพอใจและสร้างเป็นแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากฉันทนูกุล ผกาภรณ์ (2542) ได้ดังนี้ คือ

ก. ค่าตอบแทนจำนวน 10 ข้อ

ข. ความเป็นอิสระในการทำงาน จำนวน 10 ข้อ

ค. ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน จำนวน 10 ข้อ

- ง. นโยบายขององค์กร จำนวน 10 ข้อ
- จ. การมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ
- ฉ. สถานะของวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ

รวมข้อคำถาม 60 ข้อ เป็นแบบวัดโดยวิธีของลิเกิร์ต ให้คะแนนความพึงพอใจ และตอบคำถามแบบให้คะแนนรายข้อ (Check List) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ตัวเลือก กำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ความหมายของการให้คะแนนดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการให้คะแนนระดับความพึงพอใจ และความหมายของการให้คะแนน

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ	เกณฑ์การให้คะแนน
1	พอใจน้อยที่สุด	สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังน้อยที่สุด
2	พอใจน้อย	สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังน้อย
3	พอใจปานกลาง	สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังปานกลาง
4	พอใจมาก	สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังมาก
5	พอใจมากที่สุด	สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังมากที่สุด

2.2.3 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในการใช้แนวทางในการดูแล และผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวน 6 ท่าน โดยเป็นกลุ่มเดียวกันกับการสร้างคู่มือ ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและเกณฑ์ที่ให้วัดแบบสอบถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นตรงกัน 5 ท่าน

2.2.4 ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ต่อไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา โดยทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง จำนวน 30 คน

2.2.5 ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบวัดความพึงพอใจของบุคลากรในทีมทดลองใช้ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยแล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (ยิวดี ภาษา และคณะ, 2543) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม = 0.95 นำมาวิเคราะห์รายข้อ หา Reliability รายด้าน (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) ปรับปรุงโดยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปใช้จริง

2. แบบวัดภาวะแทรกซ้อน

เป็นแบบวัดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หลังการใช้แนวทางการดูแลซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และใช้เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2.2 นำมาสร้างแบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคา โดยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา ลักษณะของแบบตรวจสอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ตรวจสอบโดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ทบทวนข้อมูลต่างๆ จากรายงานประวัติ ฟอรัมปรอท ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความลำเอียงในการเก็บข้อมูล

2.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงวิธีการตรวจสอบและความหมายของข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยพร้อมผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 15 ราย ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม - 28 กรกฎาคม 2545

2.4 ตรวจสอบความเที่ยงของการตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนแล้วคำนวณโดยใช้สูตรการหาความเที่ยง (Polit & Hungler, 1983 อ้างถึงในยุวดี ภาษา และคณะ, 2543) เพื่อนำมาแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง

$$\text{ความเที่ยงของการตรวจสอบ} = \frac{\text{จำนวนการตรวจสอบได้}}{\text{จำนวนการตรวจสอบได้เหมือนกัน} + \text{จำนวนการตรวจสอบที่ต่างกัน}}$$

$$\text{ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย} = 1$$

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมเครื่องมือ

1.1 ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ซึ่งได้แก่คู่มือการใช้ Clinical Pathways และคู่มือทีมการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรี

ด้วยการผ่าตัด เพื่อจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าทีม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และสมาชิกทีม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิค เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในช่วงดำเนินการทดลอง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

1.2 ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือแบบวัดความพึงพอใจในงาน เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงก่อนดำเนินการทดลอง และหลังการทดลอง

1.3 ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงก่อนดำเนินการทดลอง และหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยกันเก็บรวบรวม

2. การเตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง

ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือ ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอทำการทดลองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นหน่วยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอใช้สถานที่จัดการประชุมภายในหอผู้ป่วย

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย

คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมไม่ต่ำกว่า 2 ปี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนดำเนินการทดลอง (Pre test) ใช้เวลา 1 สัปดาห์ แบบวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรในทีมพยาบาลและแบบวัดข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ใช้แบบตรวจสอบประเมินผลโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติ ฟอรัมปรอท หรือเวชระเบียน ตั้งแต่พฤษภาคม – กรกฎาคม 2545

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

1. เตรียมทีมพยาบาล ใช้เวลา 2 สัปดาห์

ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมทีมพยาบาล โดยจัดให้มีการประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลสมาชิกทีม ภายในหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อย ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ในวันพฤหัสบดีที่ 1 สิงหาคม เวลา 13.00 น. – 15.00 น. แนะนำการปฏิบัติงานของการทำงานเป็นทีม โดยใช้คู่มือการทำงานเป็นทีมและคู่มือการใช้แนวทางการดูแลประกอบการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ในวันพุธที่ 7 สิงหาคม 2545 เวลา 10.00 - 12.00 น. เพื่อหาปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งพยาบาลทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในบางวันจะมีปัญหาเจ้าหน้าที่มีน้อย ในกรณีที่มีการลาฉุกเฉิน

1.1 องค์ประกอบหรือลักษณะของสมาชิกในทีม

1.1.1 หัวหน้าทีม เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี

1.1.2 ทีมสมาชิก เป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิคมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี

1.2 การสร้างความเข้าใจในทีม โดยมีการประชุมปรึกษาหารือทั้งหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติการทำงานเป็นทีม และปฏิบัติตามแนวทางการดูแล มีการจัดประชุมภายในหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย Incharge Nurse พยาบาลหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม โดยขออนุญาตการจัดประชุม และใช้สถานที่ในการดำเนินการจัดการประชุม ในเรื่องต่อไปนี้

1.2.1 การใช้แนวทางการดูแล

1.2.2 การทำงานเป็นทีม

1.2.3 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และพัฒนางานโดยใช้แนวทางการดูแล

2 ขั้นการปฏิบัติ ใช้เวลา 3 สัปดาห์

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นปฏิบัติงาน โดยมีพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ Incharge Nurse มอบหมายงานในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ตามความรู้ความสามารถ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่หัวหน้าทีมและสมาชิกชัดเจน รวมถึงการกำหนดวิธีการมอบหมายงาน มีการติดต่อสื่อสารภายในทีมมีการร่วมมือประสานงานกันเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางการดูแลที่วางไว้ มีการกำหนดทีมโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งหมดภายในทีม คอยกำกับตนเอง กำกับสมาชิก ให้ความช่วยเหลือสมาชิก และประสานงานในทีมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ส่วนสมาชิกทีมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่พยาบาลหลายระดับ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตามความรู้ ความสามารถโดยใช้แนวทางการดูแล เป็นแนวทางการปฏิบัติโดยเริ่มการปฏิบัติเพื่อแนะนำผู้ป่วยเนื่องออกชนิธรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ตั้งแต่แรกถึงจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งในแต่ละเวร เริ่มตั้งแต่ 3 เหวร จนกระทั่งลงเวร ซึ่งแบ่งเป็น 3 เหวร ได้แก่เวรเช้า เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น. เหวรบ่ายเริ่มเวลา 16.00 – 24.00 น. และเวรดึก เริ่มเวลา 24.00 – 8.00 น. ตัวอย่างเช่น

เวลา	7.45 – 8.00 น.	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีมการพยาบาล มอบหมายงานให้สมาชิกทีมทราบ ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ
	8.00 – 15.00 น.	หลังจากรับเวรคึก มีการ Quick round และปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยเนื่องกชนิชธรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตามแผนการพยาบาลและแนวทางการดูแลผู้ป่วย
	15.00 – 15.30 น.	Conference เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผลของการปฏิบัติ ตลอดจนหาปัญหาและปรับปรุงแก้ไข
	15.30 – 16.00 น.	หัวหน้าทีม Quick round เพื่ออธิบายแผนการรักษาให้ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวและเพื่อสอบถามถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ส่งมอบหมายให้เวรต่อไปรับทราบและจะได้ปฏิบัติงานต่อไป

2. **ขั้นการพัฒนางาน** โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม มีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาปัญหาและปรับปรุงแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อพัฒนางาน การบริการ ให้ถูกต้องเหมาะสมและให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติงานโดยยึดหลักการใช้แนวทางการดูแลในทีมการพยาบาล โดยจัดให้มีการประชุม 2 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในวันที่ 15 สิงหาคม 2545 เวลา 10.00 – 12.00 น. และในวันที่ 21 สิงหาคม 2545 เวลา 14.00 - 16.00 น.

ในระหว่างที่ทดลอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นสมาชิกในทีมการพยาบาลและให้การแนะนำปรึกษา สนับสนุนการใช้แนวทางการดูแลแก่ทีมการพยาบาล ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง (Post test)

1. ใช้แบบวัดความพึงพอใจของบุคลากรที่สร้างขึ้นชุดเดียวกับที่ใช้กับบุคลากรในทีมการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรในทีมการพยาบาลต่อการใช้นี้แนวทางการดูแล จากบุคลากรกลุ่มเดิม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรหลังจากใช้นี้แนวทางการดูแลไปแล้ว 3 สัปดาห์ ตั้งแต่ 7 - 21 สิงหาคม 2545 โดยเริ่มประเมินตั้งแต่ 22 สิงหาคม - 1 กันยายน 2545

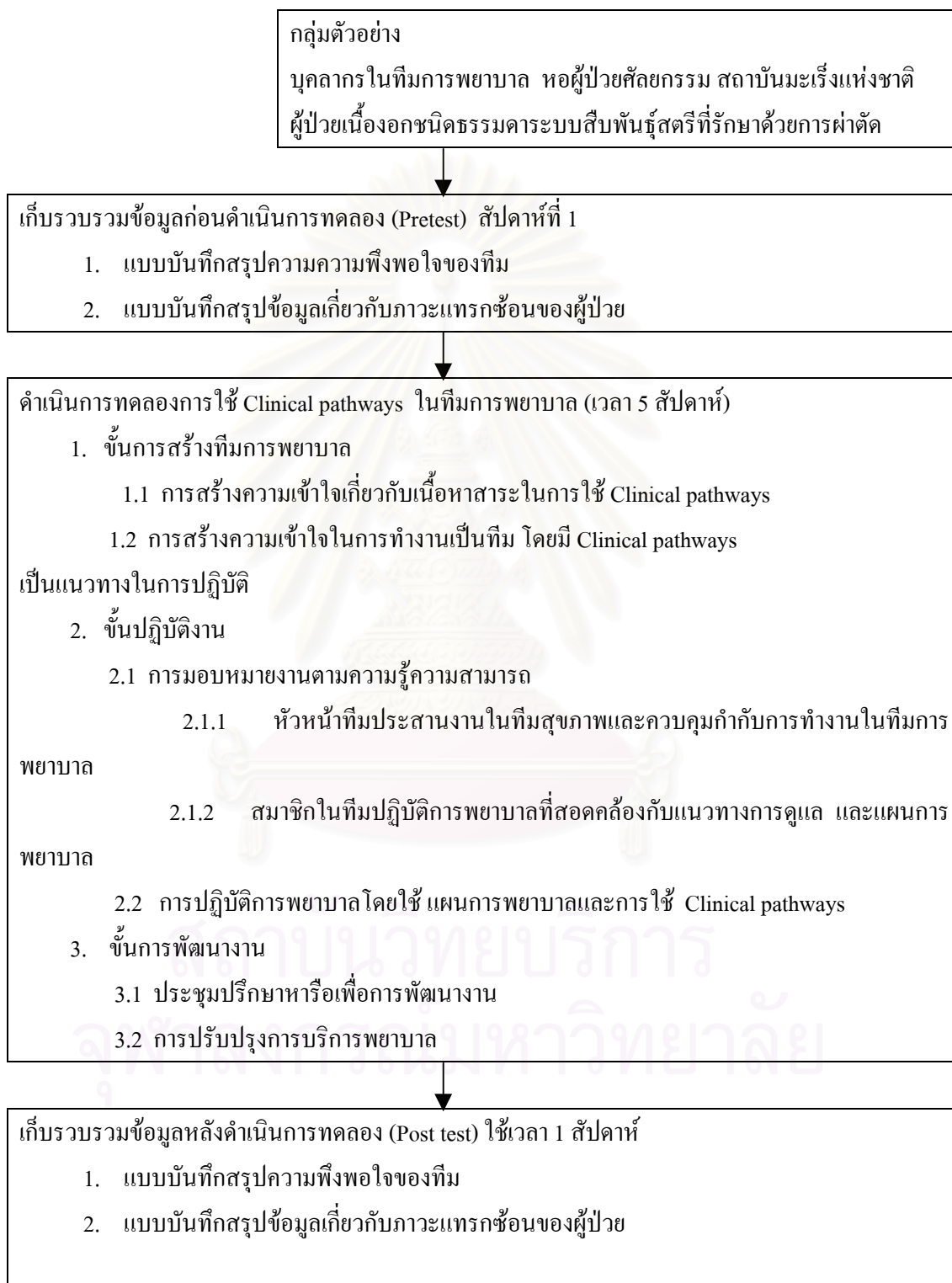
2. ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นชุดเดียวกันกับที่ใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกต่าง ๆ ได้แก่รายงานประวัติ เวชระเบียนและจากบันทึกฟอรัมปรอทของกลุ่มผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรและได้รับการดูแลโดยทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในตอนเย็นของทุกวันระหว่างเวลา 16.00 - 18.00 น. และหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for The Social Science/ Personal Computer) ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย แจกแจงเป็นร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจระหว่างทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลและที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล โดยสถิติทดสอบที (t-test dependent)
3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล และที่ไม่มีการใช้แนวทางการดูแล โดยสถิติทดสอบ u-test (arcsine transformation)

สรุปวิธีดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองใน 2 ลักษณะ คือ การศึกษาความพึงพอใจของทีมเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One – Group Pretest – Posttest Design) และการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเป็นแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttet – Only Design) เพื่อศึกษาผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย กลุ่มที่ทีมการพยาบาลใช้แนวทางการดูแล และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอด้วยตารางประกอบและการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างบุคลากร

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมการพยาบาลและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรในทีมระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล

ความพึงพอใจของบุคลากรในทีม	ระดับคะแนน			
	\bar{X}	SD	df	t
ก่อน	166.3	13.62	11	-16.23 *
หลัง	263.42	22.11	11	

* P < .05

จากตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมการพยาบาลและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรในทีมระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล พบว่าอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพยาบาลเป็นรายด้านของบุคลากรในทีมระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล

ความพึงพอใจรายด้าน (ด้านละ 10 ข้อ = 50 คะแนน)	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ค่าตอบแทน	36.50	3.42	31.17	2.48	-5.578*
ความเป็นอิสระในการทำงาน	46.33	6.17	40.67	5.55	-2.568*
ความต้องการของงานหรือลักษณะงาน	30.33	4.38	29.92	3.53	-3.114*
นโยบายขององค์กร	34.33	3.52	29.58	1.98	-3.8*
การมีปฏิสัมพันธ์	40.00	4.13	35.50	4.44	-3.702*
สถานภาพของวิชาชีพ	40.91	4.23	35.00	5.12	-5.497*
รวม	263.42	22.11	166.33	13.62	-16.23*

* $P < .05$

จากตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพยาบาลโดยรวมของบุคลากรในทีม ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพยาบาลโดยรวมของบุคลากรในทีมการพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยหลังการใช้แนวทางการดูแลสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการใช้แนวทางการดูแล

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพยาบาลรายด้านของบุคลากรในทีมระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยหลังการใช้แนวทางการดูแลสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการใช้แนวทางการดูแลในทุกด้าน เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจากมากไปน้อยคือในด้านความเป็นอิสระในการทำงาน สถานภาพของวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ ค่าตอบแทน นโยบายขององค์กรและความต้องการของงานหรือลักษณะงาน

ตารางที่ 8 จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประเภทของภาวะแทรกซ้อน	จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1. ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด		
1) ภาวะตกเลือด/ซ็อก		
1.1 มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดซึมผ่านผ้าปิดแผลชั้นนอก	0	0
1.2 ผิวซีดคล้ำ ปากเขียวช้ำ	0	0
1.3 กระสับกระส่าย	0	0
1.4 ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงตกลงเรื่อยๆ	0	0
BP<90/60 mmHg		
1.5 ชีพจรเบาเร็ว คลำ Pulse > 100 ครั้ง/นาที	0	0
1.6 ผลจำนวนเม็ดเลือดแดง (Hct) ลดลงมาก < 30%	0	0
1.7 จากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือด/ซ็อก	0	0
2) ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ		
2.1 ปอดแฟบ (Atelectasis)	0	0
2.2 หายใจช้าลง R < 8 ครั้ง/นาที	0	0
2.3 ผิวสีคล้ำ	0	0
2.4 จากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อน	0	0
ระบบทางเดินหายใจ		
3) ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ		
3.1 คลื่นไส้อาเจียน	1	1
3.2 คั่นตามลำตัว	0	0
3.3 ความดันโลหิตต่ำ BP < 90/60 mmHg	0	0
3.4 หายใจช้า R < 8/m	0	0

ประเภทของภาวะแทรกซ้อน	จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
2. หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง		
1) ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและช่องคลอด		
1.1 มีไข้ > 35 °C	0	0
1.2 หนาวสั่น	0	0
1.3 ปัสสาวะกระปริดกระปรอย	0	0
1.4 ปวดท่อทางเดินปัสสาวะ	0	0
1.5 ปัสสาวะออกน้อย < 30 cc./hr.	0	0
1.6 มีสิ่งคัดหลั่งลักษณะขาวข้น/มีกลิ่นเหม็นออกมาทาง ทางปัสสาวะ	0	0
1.7 มีสิ่งคัดหลั่งมีกลิ่นเหม็นออกมา	0	0
1.8 มีการตรวจปัสสาวะ	0	0
ผลการตรวจพบว่า		
1.8.1 มี WBC > 3-5 cells/HPF	0	0
1.8.2 มีเชื้อมากกว่า 100 นิคม/มล.	0	0
1.8.3 เพาะเชื้อปัสสาวะมีเชื้อก่อโรคมมากกว่า 10 ⁵ ตัว/มล.	0	0
1.9 ผลจากภาพถ่ายรังสีแสดงว่ามีการติดเชื้อ	0	0
1.10 การวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีการติดเชื้อ	0	0
1.11 แพทย์รักษาด้วยยาต้านจุลชีพหลังตรวจพบ พบว่าการติดเชื้อทางปัสสาวะหรือทางช่องคลอด	0	0
2) ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ		
2.1 ปอดแฟบ (Atelectasis)	0	0
2.2 หายใจช้าลง	0	0
2.3 ผิวน้ำสีคล้ำ	0	0
2.4 จากการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อน ระบบทางเดินหายใจ	0	0
3) ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร		
3.1 ท้องอืด	3	0
3.2 ท้องผูก	2	0

ประเภทของภาวะแทรกซ้อน	จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
4) ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ (bleeding)		
4.1 มีเลือดออกมากจากแผลผ่าตัดซึมผ่านผ้าปิดแผล ชั้นนอก	0	0
4.2 มีเลือดสดออกมาทางช่องคลอดมากผิดปกติ	0	0
4.3 ผลการตรวจจำนวนเม็ดเลือดแดง(Hct) ลดลง<30%	0	0
5) ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง		
5.1 ผู้ป่วยบ่นปวดขาบริเวณขาวม	0	0
5.2 มีบริเวณช่องคลอดบวม	0	0
5.3 มีปลายเท้าซีดเย็น	0	0
5.4 การวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีการ Deep vein thrombosis/Lymphadema	0	0
6) ภาวะมีแผลทะลุของช่องคลอด/ทวารหนัก		
6.1 มีปัสสาวะไหลออกทางช่องคลอด	0	0
6.2 มีอุจจาระไหลออกทางช่องคลอด	0	0
7) มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด/แผลแยก		
7.1 มีไข้ > 38.5 °C	1	0
7.2 เจ็บปวดบริเวณแผลมากกว่าบริเวณแผลบวม แดง ร้อน	0	0
7.3 แผลแยกหรือแพทย์เปิดแผลเนื่องจากมีไข้ ปวด เฉพาะที่หรือกดเจ็บ	0	0
7.4 มีหนองออกจากแผลผ่าตัดชั้นลึก	0	0
7.5 แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่อยู่ลึก	0	0
7.6 ตรวจว่ามีหนอง/ติดเชื้อ โดยจากการผ่าตัดการตรวจ เนื้อเยื่อ/การตรวจทางรังสี	0	0
8) มีภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ		
8.1 มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์	0	0
8.2 มีการซึมเศร้า/เหม่อลอย	0	0
8.3 มีการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง	0	0
8.4 มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เช่น ถามแล้วถามอีก	0	0
8.5 มีการปรึกษา Counseling	0	0
8.6 แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ	0	0

จากตารางที่ 8 พบว่า จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การเกิดภาวะแทรกซ้อน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัดมีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากัน คือ มี 1 ราย กล่าวคือ จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้น เกิดจากการดมยาสลบซึ่งได้แก่อาการอาเจียน

ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชม. พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน 6 ราย ซึ่งเป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินอาหารได้แก่ ท้องอืด 3 ราย ท้องผูก 2 ราย และมีไข้ $> 38.5^{\circ}\text{C}$ 1 ราย ตามลำดับ

สรุป จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากผ่าตัดพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวม 1 ครั้ง คือ อาเจียน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวม 7 ครั้ง โดยพบท้องอืดมากที่สุด คือ 3 ครั้ง รองลงมาได้แก่ ท้องผูกพบ 2 ครั้ง และคลื่นไส้ อาเจียน เท่ากับมีไข้ คือ 1 ครั้งตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม
มีภาวะแทรกซ้อน	1	7	8
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	15	8	22
รวม	15	15	30

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 คน ใน 15 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 7 คนใน 15 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 46.7 (การทดสอบสัดส่วนเสนอไว้ในตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ u-test โดยประยุกต์ arcsine transformation

สถิติพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	u
จำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อน	1	7	18.195 *
จำนวนทั้งสิ้น	15	15	
สัดส่วนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อน	.067	.467	
σ	.5355	1.5108	

* P < .05

จากตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์พบว่า สัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีการใช้แนวทางการดูแลมีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล (การวิเคราะห์ปรากฏใน ภาคผนวก ก.)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง 2 ลักษณะ คือ การศึกษาความพึงพอใจของทีม เป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One-Group Pretest-Posttest Design) และศึกษาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest-Only Design) เพื่อศึกษาผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยมีแบบแผนการทดลองเป็นแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากร ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มวัด หนึ่งครั้ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมก่อนและหลังการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลและทีมการพยาบาลที่ทำงานตามปกติ

สมมุติฐานการดูแล

1. ความพึงพอใจของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลมากกว่าทีมที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล
2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ทีมการพยาบาลใช้แนวทางการดูแลน้อยกว่าทีมที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 8 คน และพยาบาลเทคนิค 4 คน

สรุปลักษณะตัวอย่างประชากรบุคลากรมีอายุอยู่ระหว่าง 23 – 41 ปี อายุโดยเฉลี่ย 32.8 ปี วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 91.7 ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 8.3 ประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 – 22 ปี โดยเฉลี่ย 11 ปี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอยู่ระหว่าง 1 – 22 ปี โดยเฉลี่ย 9.3 ปี

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการดูแล จับคู่ผู้ป่วย (Matched Pair) ตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างประชากรได้ตัวอย่างประชากรที่เหมือนกันเป็นคู่ (ดังตารางที่ 3)

สรุปลักษณะผู้ป่วยเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 34 – 68 ปี อายุเฉลี่ย 48.73 ปี ส่วนใหญ่รักษาด้วยการทำผ่าตัด TAH, BSO c Appendectomy 7 คู่ รองลงมาคือทำผ่าตัด TAH c BSO 6 คู่ ทำผ่าตัด TAH c Appendectomy 1 คู่ และทำผ่าตัด THA c Lt SO กับ TAH c Rt SO 1 คู่ ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2 ชุด (ชุดที่ 1 – ชุดที่ 2) และเครื่องมือที่ใช้บันทึกผลการทดลองมี 2 ชุด (ชุดที่ 3 – ชุดที่ 4) ซึ่งได้ตรวจสอบตามเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงแล้ว ดังนี้

ชุดที่ 1 คู่มือทีมการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาแบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยใช้แนวทางการดูแลสร้างขึ้นโดยจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีมของ Sullivan (1990) และ Champion (1993) ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาชี้แจงของการใช้คู่มือ วัตถุประสงค์ ความหมายและความสำคัญของทีมการพยาบาล ประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม ความสำคัญของทีมการพยาบาล องค์ประกอบของทีมพยาบาล บทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมและลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีแนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาแบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและเป็นแนวทางให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นทีม ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกัน 5 ท่าน

ชุดที่ 2 คู่มือการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathways) ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลประจำการ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ ได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ เกสตรพยาบาล นักโภชนากร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ห้อง X-Ray เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด ร่วมกันสร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม และสื่อสารการดูแลของทีมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกัน 5 ท่าน

ชุดที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจซึ่งได้จากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของทีม โดยใช้แนวคิดทฤษฎี ความพึงพอใจในงานของสลาวิทท์ และคณะ (Slavitt, et al., 1978) โดยครอบคลุมเนื้อหา 6 ด้าน คือค่าตอบแทน ความเป็นอิสระในการทำงาน ความต้องการของงานหรือลักษณะงาน นโยบายขององค์กร การมีปฏิสัมพันธ์ สถานภาพของวิชาชีพ ทีมการพยาบาล มีค่าความเที่ยง .95 ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการดูแล ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก พึงพอใจมากที่สุด แล้วตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ซึ่งได้ = 0.95

ชุดที่ 4 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนเป็นแบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรการหาค่าความเที่ยง (Polit & Hunger, 1983 อ้างถึงในยุวดี ภาษา และคณะ 2543) มีค่าความเที่ยง 1 ใช้สำหรับตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วิธีดำเนินการทดลอง

กลุ่มการทดลอง ได้แก่ บุคลากรในทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างวันที่ผู้วิจัยทำการทดลอง และผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

กลุ่มควบคุม ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนผู้วิจัยทำการทดลอง

มีขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ติดต่ออนุญาตผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอความเห็นชอบและความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่ได้รับการดูแลตามปกติ คัดเลือกตามเกณฑ์ คัดเลือกตัวอย่างประชากรโดยใช้แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ตัวอย่างประชากรจำนวน 15 คน เวลา 1 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน ตั้งแต่พฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2545 โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติเวชระเบียน ฟอร์มปรอท แผนการพยาบาลที่ได้รับ

3. ผู้วิจัยใช้แบบวัดความพึงพอใจในงานของทีมงานพยาบาลต่อการใช้นโยบายการดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจจากบุคลากรในทีมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 คน ใช้เวลารวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ ก่อนใช้นโยบายการดูแล

4. ผู้วิจัยรับผิดชอบในการเตรียมทีมงานพยาบาลโดยการจัดให้มีการประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมาชิกทีมในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาสาระในการทำงานเป็นทีม เนื้อหาสาระ การใช้นโยบายการดูแลและความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม โดยมีนโยบายการดูแล เป็นแนวทางในการปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 2 มีการประเมินผลถึงปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการใช้คู่มือในระบบบริการการทำงานเป็นทีม

5. เริ่มการปฏิบัติงานเป็นทีม โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือ Incharge Nurse มอบงานตามความรู้ความสามารถ มีหัวหน้าทีมประสานงานในทีมสุขภาพและควบคุมกำกับการทำงานในทีมการพยาบาลโดยมีสมาชิกในทีมปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางดูแลและแผนการพยาบาล ซึ่งทุกคนในทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลและการใช้นโยบายการดูแลได้เริ่มใช้แผนการดูแลในผู้ป่วยเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่รักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในงานวิจัยได้ตัวอย่างประชากรที่ได้ใช้นโยบายการดูแลเป็นกลุ่มทดลองที่สามารถจับคู่ (Match Pair) กับตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้จำนวน 15 คน ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มทดลองนี้โดยใช้แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ชุดเดิม)

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของทีมงานพยาบาลหลังการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้นโยบายการดูแลในกลุ่มตัวอย่าง 12 คน กลุ่มเดิม โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจในงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ชุดเดิม)

การวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science) ดังนี้

1. คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ส่วนบุคคลของบุคลากรกลุ่มตัวอย่าง
2. คำนวณการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ก่อนและหลังที่ทีมการพยาบาลใช้แนวทางการดูแล โดยใช้สถิติทดสอบ u-test (arcsine transformation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05
3. คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดลองค่า t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของบุคลากรในทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล ด้วยสถิติ pair t – test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจในของทีมหลังการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด สูงกว่าก่อนการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน
2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในกลุ่มที่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลน้อยกว่า ในกลุ่มที่ไม่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจในงานของบุคลากรในทีมการพยาบาลต่อการใช้แนวทางการดูแลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความพึงพอใจในงานของบุคลากรทีมการพยาบาลหลังการทดลองใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดลงสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากมีการทำงานเป็นทีมที่ดีขึ้น มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการติดต่อสื่อสารประสานกันดีขึ้น มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิก สมาชิกทุกคนสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีการแบ่งปันภาระงาน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกสูง เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างสมาชิก ประกอบกับมีแนวทางการดูแลซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับในบริการที่ดี มีคุณภาพ ซึ่งเกิดจากประสิทธิภาพของทีม ส่งผลให้สมาชิกทีมมีความพึงพอใจจากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Graybeal, Gheen และ Mckenna (1993) พบว่าพยาบาลพึงพอใจในการนำแนวทางการดูแล ซึ่งมีผลลดอัตราการลาออก และช่วยประหยัดเวลาในการบันทึก การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลทำได้ง่ายขึ้น (สุวิภา นิตยงกูร, 2540)

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากขึ้น (Nemeth, L., 1999) นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการตามระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (Zander, 1998) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kron and Gray (1987) พบว่าแผนการดูแลที่ทีมสุขภาพสร้างขึ้นทำให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เข้าใจและสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ เข้าใจขั้นตอน และวิธีที่จะปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย มีเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน รับรู้แผนการดูแล ของกันและกัน มีความเป็นอิสระในการทำงานเพิ่มขึ้น (Goode, 1995) ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น สมาชิกในทีมมีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมกันทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ

2. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหลังการทดลอง มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน แสดงว่าภาวะท้องอืด ท้องผูก มีไข้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามแผนการดูแล ผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถลดภาวะแทรกซ้อน เรื่องท้องอืด ท้องผูก หรือมีไข้ได้ ส่วนภาวะคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผลจากอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับจากการดมยาสลบ ซึ่งแพทย์จะมีคำสั่งการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนให้ทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sandra I. Tidwell (1990 อ้างถึงใน สุวัชรีย์ ฐิติมา, 2543) พบว่าการใช้แนวทางในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาล Wirginia Mason Medical Center ในรัฐวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา โดยใช้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Holtzman และคณะ (1997) ได้ศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อลดลง หลังจากมีการใช้แนวทางการดูแล

จะเห็นว่า ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลในการปฏิบัติงานจะพบว่า ส่งผลให้บุคลากรในทีมมีความพึงพอใจมากขึ้น และการดูแลผู้ป่วยที่ดีมีความต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื้องอกอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า บุคลากรในทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการผ่าตัดน้อยลง ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. การใช้แนวทางการดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้น จึงสมควรจัดให้มีการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสมควรขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในหน่วยงานอื่นทั่วทั้งโรงพยาบาลเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. บุคลากรในทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นทีม โดยใช้แนวทางการดูแล ดังนั้นจึงสมควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานโดยใช้แนวทางการดูแลเพื่อให้เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติงานเป็นทีมโดยใช้แนวทางการดูแล
3. ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกโรคและส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้ต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในกาพัฒนาวิชาชีพ สร้างสรรค์คุณภาพการปฏิบัติงาน ทำให้มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมและพอใจในผลงานที่ได้รับ ส่งผลให้เกิดมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาและติดตามผลการปฏิบัติงานการพยาบาลโดยใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื้องอกระบบสืบพันธุ์สตรีชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
2. ควรทำการศึกษาวิธีการปฏิบัติงานการพยาบาลโดยใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยประเภทต่างๆ เพื่อติดตามผลการรักษาต่อไป
3. ควรทำการศึกษาถึงผลของการปฏิบัติงานการพยาบาล โดยใช้แนวทางการดูแลในด้านอื่นๆ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2539. **คู่มือการจัดการบริการพยาบาล จากหลัก การสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2522. **ทีมการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : ไทยเกษม.
- ขนิษฐา กุลกฤษญา .2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : รูปแบบการปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 6,2 : 27 – 35.
- จิตร สิทธิอมร และคณะ.2543. **Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและนำไปใช้**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ.).
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2527. **การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ สุวดีพานิช. 2541. **Clinical Pathways: วิธินำสู่คุณภาพบริการ**. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องวิชาชีพการพยาบาล : ทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการ. วันที่ 23-25 กันยายน 2541 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรีวัฒน์ คงทอง. 2539. **ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการ พยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล : กรณีศึกษาในผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ. 2542. **ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ ได้รับรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจ ของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเชิงราชประชาชนุเคราะห์**. รายงานการวิจัย (อัคราณา)
- ชวนพิศ สิ้นธุวรการ. 2539 **การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัด กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกต์. 2541. ตำราสัตยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร :
 ด้านสุทธการพิมพ์.

ชุติมา มาลัย. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับการทำงานเป็นที่มาของ
 อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.

จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. 2541. การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

ณัฐนุกูล ผกาภรณ์รัตน์. 2542. ผลการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทาง
 หน้าท้องต่อความพึงพอใจในบริการของมารดาและความพึงพอใจในงานของบุคลากรใน
 โรงพยาบาล เลิศสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
 วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เตยหอม บุญพันธ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับ
 ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกรพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2540. พฤติกรรมมองการณ์. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

ทวีวัฒนา เชื้อมอญ. 2540. ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ต่อความพึงพอใจ
 ในงานและความสามารถในการปฏิบัติงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหาร
 การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีระ ทองสง. 2538. นรีเวชวิทยาฉบับสอบบอร์ด. ภาควิชาสูติศาสตร์และสตรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นัยนา เตโชพาร. 2542. มุมมองใหม่ของการทำงานเป็นทีม. เอกสารการประชุมสัมมนา เรื่อง
 ภาพฉายการบริหารการพยาบาลไทยสู่ศตวรรษที่ 21. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2533. การจัดการทางการพยาบาล. ชลบุรี : ภาควิชาวิจัยประเมินผลและการ บริหาร
 ทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.

ปรมะ สตะเวทิน. 2524. นิเทศศาสตร์กับสังคม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัดดี อุณหเลขกะ. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงวิชาการตามการรับรู้ของพยาบาลประจำ
 การกับความสามารถในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของตนเองและหัวหน้าหอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์. 2541. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2535. จิตวิทยาการบริหารบุคคล. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรอเซท.
- พรรณนิภา ธรรมวิรัช. 2543. การพยาบาลนรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศิริการพิมพ์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2526. การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยเกษม.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2544. การประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 เรื่องการจัดการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ. วันที่ 20 – 30 มิถุนายน 2544 โรงแรมเอสดี อเวนิว. กทม.
- ไพฑูรย์ เจริญพันธุ์วงศ์. 2530. พฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. สารการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. 2543. **Case Management**. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 nd. National Forum on Hospital Accreditation วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนสปาร์ค กรุงเทพมหานคร : J.S. การพิมพ์.
- ยุวดี ฤชา และคณะ. 2543. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สยามการพิมพ์.
- เยาวลักษณ์ อโนทยานนท์. 2543. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2531. พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.
- วิเชียร ทวีลาภ. 2534. นิเทศการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม.
- วิไล อำนวยมณี. 2539. การพัฒนาการพยาบาลเป็นทีมในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ นิตยสุทธิ. 2542. ลักษณะระบบบริหารจัดการกับความพึงพอใจในการทำงานของโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล.
- ศุวชัย ฐิพมาย. 2543. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2540. เอกสารการรวบรวมของโครงการ **Hospital Accreditation**.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2534. การดูแลตนเอง. กรุงเทพมหานคร : วิกิพจนานุกรม จำกัด.
- สมยศ นาวิการ. 2536. การบริหาร. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.
- สมลักษณ์ สุวรรณมาลี. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในปัจจัยการทำงานกับความสามารถในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ พระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายชล กองอ่อน. 2537. ผลของการมอบหมายงานโดยใช้ทีมการพยาบาลต่อสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพและความพึงพอใจในการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำราญ บุญรักษา. 2539. ความพึงพอใจในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุโขทัยธรรมมาธิราช 2530. เอกสารการสอนวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 1-8. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. 2538. พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. 2538. หน่วยบริการการศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา เลานันทน์. 2544 การสร้างทีมงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ดิ.ดี. บุ๊คสโตร์.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จิรัชการพิมพ์.
- สุวรรณ ลีละเศรษฐกุล. 2542. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณ มหาภานันท์. 2538. ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของไอเอ็มต่อความผาสุกภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิภา นิตยงกูร. 2540. Clinical Pathways: การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับทีมสุขภาพ. วารสารกองการพยาบาล 24 (พฤษภาคม – สิงหาคม) : 64-68.
- หลุย จำปาเทศ. 2533. การพัฒนาบุคลากร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ. 2541. เส้นทางสู่การพัฒนาคูณภาพบริการเพื่อประชาชน. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 แพทย์สมาคม กรุงเทพมหานคร.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ. 2543. **Clinical practice guidelines: การจัดทำและนำไปใช้**. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไอซ์ จำกัด.

- อมรรักษ์ จินนาวงศ์. 2543. ผลของการพยาบาลเป็นทีมต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญญา สืบสงค์. 2540. ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี เพชรสุต. 2530. มนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน. กรุงเทพฯ : เนติกุลการพิมพ์.
- อารีย์ ชิวเกษมสุข. 2542. แนวทางการดูแลรักษา : ทางเลือกใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล. ราชบัณฑิตยสถานสาร 5 (กันยายน – ธันวาคม) : 251-261.
- อารีญา สัพพะเลข. 2540. การพัฒนาระบบบริการแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) : 8-13.
- เอียดศิริ เรืองภักดี. 2543. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aday, L.A., and Andersen. 1975. **Development of Inducers of Access to medical Care**. Michigan Ann Arbor : health Administration Press.
- Argyris, C. 1964. **Integrating the Individual and the Organization**. New York: Wiley.
- Bernhard, L.A., and Walsh, M. 1995. **Leadership : the key to the professionalization of nursing**. U.S.A. : Mosby-year book.
- Black, J.M., and Jacobs, E.M. 1993. **Medical – surgical Nursing : Clinical Management for Continuity of Care**. 5 th ed. U.S.A. : W.B. Saunders.
- Campion, M.A., and Medsker, G.J. 1993. Relations Between work Group Characteristics and Effectiveness : Implications For Designing Effective work Groups. **Personal Psychology** 46 : 823-850.
- Chariotte, C. Cabello. 1999. Six Stepping stones to Better Management. **Nursing Management** 30, 4 : 39-40.
- Cohen, E.L. 1996. **Nurse case Management in the 21 st Century**. U.S.A. : Mosby – year Book.
- Collier, P., and Early, A. 1995. A team approach to geriatric case management. **Journal of case Management** 4, 2 : 66-70.

Davis, Caral. 1988. "Philosophical Foundations of Interdisciplinary in Caring for The Elderly,"
Physiotherapy Practice.

Ellis, Janice. R., and Hartley, Celia. L. 1995. **Managing and Coordinating nursing care.** 2 nd ed.
 Philadelphia: J.B. Lippincott.

Flarey, D.L.1995. **Redesigning Nursing Care Delivery : Transforming Our Future.** Philadelphia, :
 J. B. Lippincott.

Gant, A.B., and Massey, V.H. 1999. **Leadership, Management & Research.** U.S.A. : Springhouse
 Corporation.

Gilmer, V.H.B. 1971. **Industrial Behavior.** New York : Mc Graw – Hill.

Goode, C.J. 1995. **Impacts of caremap and case management on patient satisfaction and staff
 satisfaction. Collaboration. And Autonomy (CD-ROM).** Abstracts from : CINAHL File :
 dissertation Abstracts Item : 1982-3/96.

Gordon, J.R. 1996. **Organization behavior.** 5 th ed. NJ : Prentice – Hall.

Graybeal K.B., Gheen M., and Mckenna B.1993. Clinical Pathways Development : The Overlake Model.
Nursing Management 24 : 42-45.

Gustafsin, D.H., and Handt, A.S. 1995. Findings of inovation research applied to quality management
 principles for health care. **Health care Manage Review** 20,2 : 16-33.

Gyanendra, P.G. 1998. **Job Satisfaction of Nursing Staff at The Thibhuvan University Teaching
 Hospital Kathmandu, Nepal.** Master's Thesis, Department of Health Administration,
 Graduate Studies, Mahidol University.

Herzberg, F., et al. 1959. **The Motivation to Work.** New York : John Wiley and Son.

Holtzmn, J., Bjerke, T., and Kane, R. 1997. The Effects of Clinical Pathway for Renal Transplant on Patient
 Outcome and Length of stay. **Medical care** 36,60 : 826-834.

Hornby. Cook. A. **Odyssey.** 1974. New York : Norton.

Ignatavicius, D.D., and Hausman.,K.A. 1995. **Clinical pathways for Collaborative Practice.** 18 th ed.
 Pemsylvania : W.B. Sander.

Ireson, C.L.1997. Critical pathway: Effectiveness in Achieving Patient Outcomes. **Journal of Nursing
 Administration** 27,6 (June) : 16-23.

Johns. G. 1992. Organization Behavior. New York : Haper Gollins.

Johnston, C.L. 1991. Sources of Work Satisfaction / dissatisfaction for hospital registered nurse.
Westem Journal of Nursing Research 13 : 10-14.

- Kron, T., and Gray, A. 1998. **The management of patients case : putting leadership skills to work.** 6 th ed. Philadelphia, PA : WB Saunder.
- Langford, T.L. 1981. **Managing and Being Managed.** U.S.A. : Prentice – Hall.
- Leininger,S. 1996. Tool for building a successful orthopedic pathway. **Orthopedic Nursing** 5 (March-April) : 11-19.
- Marascuilo, L.A., and McSweeney, M. 1977. **Nonparametric and Distribution-Free Methods for the Soceal Sciences.** California : A Division of wadsworth Publishing.
- Marriner -Tomey, Ann. 1992. **Guide to Nursing Management.** 4 th ed. St. Louis : Mosby year Book.
- Maslow, A.H. 1954. **Motivaltion and Personality.** Massachusetts : The M.I.T. Press.
- Mc Cormick, J.E., and Ligen,D. 1985. **Industrial and Organization psychology.** 3 rd ed. Englewood: prictice – Hall.
- Mc Donald, D.D., et al. 2000. Communicating pain and pain management needs after surgery. **Applied Nursing Research** 13,2 : 70-75.
- Merry. M.D. 1994. The death of a paradigm. **Case Management** May : 8.
- Nemeth, L. 1999. Leadership for Coordinatted Care : Role of a Project Manager. **Critical Care Nursing Quaterly** 2 (February) : 50-58.
- Perrodin, Cecilia. M. 1961. **Supervision of Nursing Service personnel.** New York : Mc Millan.
- Phipps, W.J.,et al. 1999. **Medical surgical nursing : Concepts and clinical practice.** 7 th ed. St. Louis : Mosby.
- Poirrier, G.P., and Oberleitner, M.G.1999. **Clinical Pathways in Nursing. : A Guide to Managing Care from Hospital to Home.** U.S.A. : A number of the Reed Elsevier plc group.
- Powell, S.K. 1996. **Nursing case management: a practice guide to success in managed care.** Philadephia : Lippincott – Reven.
- Robbins, S.P. 1998. **Organization Behavior.** 8 th ed. Upper Saddle River : Prentice-Hall.
- Robert, L.E. 1980. Primary nursing: Do patients like it ? Are nurses satisfied? Does it cost more?. **Canadian Nurse** (December) : 20-23.
- Salavitt, D.B., Stamps, P.L., Piedmont, E.G., and Hease, A.M. 1978. Nurse's satisfaction with their work situation. **Nursing Research** 27 : 114 – 120.
- Schwirian, P.M.1978. Evaluating the Performance of Nurse : A. Multidimensional Approach. **Nursing Research** 27 (Nov-Dec) : 347-351.
- Silverstein, W.1998. Case management : the right balance of care and management ? **Nursing Administration Quarterly** 22 ,4 : 66 – 75.

- Spitzer - Lehmann, Roxane. 1994. **Nursing management desk reference: concepts, skill and strategies.** Philadelphia : W.B. Saunders.
- Stoot, K., and Walder. 1995. **A Team : Teamwork and Teambuilding.** Singapore : Simon & Schuster (Asia) Ptc.
- Sullivan, Maureen. P. 1990. **Nursing leadership and management: a study and leaning tool.** U.S.A. : Springhouse Corporation.
- Sullivan, M.P. 1995. **Nursing Leadership and Management.** 2 nd ed. U.S.A. : Springhouse Corporation.
- Sympson, Kathleen. 1985. Job Satisfaction or Dissatisfaction Reported by Registered Nurse. **Nursing Administration Quarterly** 9 (Spring) : 64-72.
- Synder, K. 1988. **Competency Training for Managing Praductive Schools.** San Diego, California. : Harcourt Brace Jovanovich.
- Tappen, Ruth. M. 1995. **Nursing Leadership and management: Concepts and practice.** 3 rd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Thomus, H. Pattern. 1982. **A manager's Guide to performance approach.** New York : The Free Press, Advision of Macmillan Publishing.
- Webster, S. New. 1971. **Twentieth century dictionary.** 2 nd ed. Cleveland and New York : the work Publishing.
- Yaksic, J.R., Dewoody, S., and Cambell, S. 1998. Case management of Chronic ventilation or patients reduce average length of stay and cost by half. **Nursing case Management** 1 : 2-10.
- Yoder Wise., and Patricia S. 1995. **Leading and managing in nursing.** St. Louis : Mosby – year Book.
- Zander, K.1998. Nursing case Management : Strategic Management of cost and quality outcomes. **Journal of Nursing Administration** 18,5 : 23-30.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนาม	สังกัด
1. รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
2. รองศาสตราจารย์อรอนงค์ พุมอาภรณ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. แพทย์หญิงแสงเดือน จินดาวิจักขณ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
5. นางวงเดือน เอี่ยมสกุล	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
6. นางสาวสุวิภา นิตยางกูร	กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
7. นางสาวเรวดี ศิรินคร	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
8. นางประภาพรธรรม ตันท์สุกศิริ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
9. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	โรงพยาบาลสงฆ์
10. นาวาอากาศตรีหญิงสุวัชรีย์ ฐพิมาย	โรงพยาบาลภูมิพล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการหาความเที่ยงของเครื่องมือ

1.1 สถิติที่ใช้ในการหาความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจของทีมการพยาบาลคือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125-126)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{St^2} \right)$$

เมื่อ α = ความเชื่อมั่นของแบบวัด
 n = จำนวนข้อของแบบวัด
 S_i^2 = คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ
 S_t^2 = คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งหมด

1.2 ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยใช้ สูตรหาค่าความเที่ยงของการตรวจสอบของ Polit and Hungler (1983 อ้างถึงในยุวดี ฤาชา และคณะ, 2543)

ความเที่ยงของการตรวจสอบ = $\frac{\text{จำนวนการตรวจสอบได้}}{\text{จำนวนการตรวจสอบได้เหมือนกัน} + \text{จำนวนการตรวจสอบที่ต่างกัน}}$

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละใช้สูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนทั้งหมด}} \times 100$$

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542 : 68 – 69)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

\bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน

N = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542 : 70)

$$S.D = \sqrt{\frac{\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

S.D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวที่ยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวแล้วยกกำลังสอง

n = จำนวนตัวอย่างของประชากรทั้งหมด

2.4 สถิติทดสอบ ที (Dependent t - test) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541 : 194)

$$t = \frac{D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}, df. = n - 1$$

D = แทนความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละคู่

n = จำนวนคู่

df = ค่าแห่งชั้นความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

2.5 สถิติทดสอบ u – test (Arcsine Transformation) มีสูตรดังนี้ (Marascuilo, L.A., and McSweeney, M., 1977 : 147 – 150)

$$\phi_k = 2 \arcsin \sqrt{P}$$

$$\phi_0 = \frac{\sum_{k=1}^K n_k \phi_k}{\sum_{k=1}^K n_k}$$

ซึ่งสามารถเปิด chi - square (x^2) ทดสอบได้ โดยที่ U จะแจกแจงเป็น X^2 ที่ k-1 degree of freedom

จากงานวิจัยเปรียบเทียบสัดส่วนในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \phi &= \frac{\sum_{k=1}^K n_k \phi_k}{\sum_{k=1}^K n_k} \\ &= \frac{15 \times (.5355) + 15 (1.5108)}{15 + 15} \\ &= \frac{8.0325 + 22.77}{30} \\ &= \frac{30.8025}{30} \\ &= 1.02675 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} U &= \sum_{k=1}^K n_k (\phi_k - \phi_0)^2 \\ &= 30 [(.5355 + 1.5108) - 1.02675]^2 \\ &= 30 (2.0463 - 1.02675)^2 \\ &= 30 (.7788)^2 \\ &= 30 \times 0.6065 \\ &= 18.195 \end{aligned}$$

$$\text{ค่า df ที่ } k-1 = 2 - 1 = 1$$

จากการเปิดตาราง A - 3 (หน้า 486) หาค่า x^2 ที่ df = 1 วักระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ $x^2 = 3.84$

แสดงให้เห็นว่า x^2 ที่คำนวณได้มากกว่า 3.84 นั่นคือ สัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึงสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ในกลุ่มที่มีการใช้แนวทางการดูแล มีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวทางการดูแล

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือ

1. คู่มือทีมพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสำหรับพยาบาลประจำการ
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมการพยาบาล
4. แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

ทีมพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิตธรรมดา
ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยใช้แนวทางการดูแล



สถาบันพัฒนาศึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คำนำ

คู่มือสำหรับทีมการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยใช้แนวทางในการดูแล (Clinical Pathways) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเอกสารประกอบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวทางในการดูแล ซึ่งในคู่มือนี้จะเป็นการนำแนวคิดและหลักการของแนวทางการดูแลลงสู่การปฏิบัติจริง เพื่อให้ทีมการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรี มีความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นแนวทางให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นทีมได้เป็นอย่างดี

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	1
คำชี้แจงใช้คู่มือ.....	2
ความหมาย.....	3
ประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม.....	3
ความสำคัญของทีมการพยาบาล.....	5
องค์ประกอบของทีมการพยาบาล.....	8
บทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม.....	12
ลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื่องออกชนิศจรรมดาระบบสี่บพันธ์สตรี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด.....	15
บรรณานุกรม.....	18

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์

1. คู่มือนี้ใช้สำหรับทีมการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าทีมทำหน้าที่มอบหมายให้สมาชิกทีมปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถ ทำงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายเดียวกัน มีแผนการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วย มุ่งเน้นให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดกรรมคาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันสร้างขึ้น (Clinical Pathways) เป็นเครื่องมือในการกำกับและสื่อสารการดูแลของทีมสุขภาพ

2. เพื่อให้ทุกคนในทีมมีส่วนร่วมในกิจกรรม ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล โดยมุ่งมั่นทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของทีม

ทีมการพยาบาล

การพยาบาลเป็นทีม เริ่มใช้เมื่อ ค.ศ. 1950 และในปัจจุบันเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการความนิยมมากที่สุด ในโรงพยาบาล (Bernhard and wash, 1995 อ้างถึงในปรางทิพย์ อูจะรัตน์, 2541) เหตุที่มีการจัดระบบการพยาบาลเป็นทีมขึ้น เนื่องจากความพยายามที่จะแก้ปัญหของการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional nursing) โดยสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคลากรเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนจำกัด มาทำงานร่วมกับกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลหลายๆ ระดับ มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ความสามารถอย่างเหมาะสมโดยมีพยาบาลระดับวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้นำทีม

ประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม

ประโยชน์ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมร่วมกันของสมาชิก จะก่อให้เกิดผลดีต่างๆ หลายประการโดย Robbins (1998) ได้กล่าวถึงประโยชน์ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมไว้ดังนี้

1. เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน (Increased Employee Motivation)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม ทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการวางแผนและการตัดสินใจ การที่บุคคลได้มีส่วนร่วมในการทำงาน จึงทำให้รู้สึกงานที่ปฏิบัตินั้นเป็นงานที่ท้าทาย น่าสนใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่องาน เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. เพิ่มผลิตผลการทำงาน (Higher Levels of Productivity)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม จะเป็นการกระตุ้นให้ทุกคนได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ผลผลิตการทำงานที่ได้จึงเพิ่มสูงขึ้น

3. เพิ่มความพึงพอใจในงาน (Increased Employee Satisfaction)

การทำงานเป็นทีม นั้น สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดความผูกพันกัน มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี ได้ใช้ความรู้ ความสามารถเต็มที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกสนุกกับการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

4. ขอมรับเป้าหมายของการทำงาน (Common Commitment to Goals)

การทำงานเป็นทีมจะเป็นการกระตุ้นให้บุคคล ปรับเป้าหมายในการทำงานของตนให้สอดคล้องกับทีม ทำให้เกิดการยอมรับเป้าหมายของการทำงาน ช่วยในการทำงานมีทิศทางที่เป็นไปในทางที่สอดคล้องกัน

5. การติดต่อสื่อสารกันเพิ่มมากขึ้น (Improved Communication)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต้องมีการสื่อสารที่ดี โดยเป็นการสื่อสารที่ทำให้ทุกคนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ขอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจและยอมรับหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบ รวมทั้งการให้ความร่วมมือช่วยเหลือในทีม เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

6. เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน (Expanded Job Skills) การทำงานเป็นทีมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ที่สำคัญได้แก่

1. ทักษะการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความรู้ ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

2. ทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จะช่วยให้รู้จักการวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจ

3. ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เนื่องจากการทำงานเป็นทีม เป็นการทำงานที่ทุกคนต้องร่วมกันทำงาน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงทำให้บุคคลได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เรียนรู้การแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเป็นผู้ฟังที่ดี และการมีปฏิริยาโต้ตอบที่เหมาะสมด้วย

7. มีความยืดหยุ่นในการทำงาน (Organizational Flexibility)

การทำงานเป็นทีมจะมุ่งไปที่กระบวนการในการปฏิบัติงานมากกว่ามุ่งที่หน้าที่ทำให้การบริหารจัดการในเรื่องการทำงาน สามารถปรับให้มีความยืดหยุ่นได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

ทีมการพยาบาลหมายถึง การจัดกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบทำการพยาบาลต่างระดับความรู้ มาปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งจะต้องมีการวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม (กองการพยาบาล, 2539)

ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างระดับความรู้มาปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ (อมรรักษ์ จินนาวงศ์, 2543)

ทีมการพยาบาล หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นความรับผิดชอบของทีมวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ ซึ่งทำงานร่วมกันเพื่อให้ได้คุณภาพ ได้มาตรฐานสำหรับวิธีการทำงานที่ได้รับมอบหมาย โดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้มอบหมายงานดูแลผู้ป่วย (Monica, 1994 อ้างถึงในวัลภา ฐานกาญจน์, 2540)

ทีมการพยาบาลเป็นองค์การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการบริหารไปในระดับหน่วย ในกลุ่มมีการร่วมมือช่วยเหลือกัน เพื่อให้ได้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Grant and Massey, 1999 : Sullivan, 1995)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างระดับความรู้ซึ่งนำทีมโดยพยาบาลวิชาชีพมาร่วมกันปฏิบัติงาน และมีปฏิสัมพันธ์กันในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบของทีมการพยาบาล

ทีมการพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (Sullivan, 1990)

1. หัวหน้าทีม (team leader) จะทำหน้าที่มอบหมายงานที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลให้สมาชิกทีม โดยจะต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติของสมาชิกทีมและความต้องการของผู้ป่วยประกอบกัน
2. สมาชิกทีม ประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ ทั้งระดับวิชาชีพและต่ำกว่าวิชาชีพมาทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน
3. มีแผนการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ หัวหน้าทีมจะต้องรับผิดชอบในการเขียนแผนการพยาบาลหรือดูแลให้สมาชิกทีมเขียนแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
4. มีการประสานงานภายในทีม ระหว่างทีม และภายนอกทีมทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการทำให้เป้าหมายขององค์กรประสบผลสำเร็จ
5. มีการประเมินผล หัวหน้าทีมจะต้องรับผิดชอบประเมินผลการให้การพยาบาลที่ปฏิบัติไปแล้ว เพื่อประเมินความถูกต้องและหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีการใช้แนวทางการดูแลในผู้ป่วยเนื่องออกชนิตรมดาระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

8.00 – 15.00 น.	หลังจากรับเวรคืน มีการ Quick round และปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
15.00 – 15.30	Conference เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผลของการปฏิบัติ ตลอดจนหาปัญหาและปรับปรุงแก้ไข
15.30 – 16.00 น.	หัวหน้าทีม Quick round เพื่ออธิบายแผนการรักษาให้ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวและเพื่อสอบถามถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ส่งมอบหมายให้เวรต่อไปรับทราบและจะได้ปฏิบัติงานต่อไป

2. แผนการพยาบาล หมายถึง การวางแผนกิจกรรมที่ปฏิบัติงานการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเนื่องจากชนิดธรรมชาติระบบสืบพันธุ์สตรี เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดการวางแผนจะเริ่มต้นจากการลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่สำคัญกว่าจะได้รับการแก้ไขก่อน มีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล กำหนดกิจกรรม และเกณฑ์การประเมินผล เขียนแผนการพยาบาลลงใบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน เขียนคำสั่งการพยาบาลเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ในแต่ละเวลาและมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพของผู้รับบริการ

3. ทีมการพยาบาลที่มีการใช้แนวทางการดูแล เป็นการนำเอาแนวทางการดูแลมาใช้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มาจัดทำขึ้นร่วมกัน เป็นแนวทางมาใช้ในการปฏิบัติงานประจำวัน โดยมีหัวหน้าพยาบาลจะเป็นผู้จัดระบบงาน มอบหมายงาน โดยมี Incharge Nurse เป็นผู้มอบหมายงานให้หัวหน้าทีม และทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม และสมาชิกทีมนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติกับผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนแรก การสร้างทีมการพยาบาล การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาสาระในการใช้ Clinical Pathways และการนำ Clinical Pathways ไปใช้ในทีมการพยาบาล ขั้นตอนที่สองปฏิบัติงาน โดยการมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถ หัวหน้าทีมประสานในทีมสุขภาพ ควบคุม กำกับ การทำงานในทีมการพยาบาล และสมาชิกในทีมปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ Clinical Pathways และขั้นตอน สุดท้ายขั้นการพัฒนางาน โดยมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อการพัฒนางานและการปรับปรุงการบริการพยาบาล

ดังนั้นรูปแบบของการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในทีมการพยาบาล จึงควรเป็นรูปแบบของการร่วมมือกันทำงานในลักษณะของการปรึกษาหารือ โดยเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับเป้าหมาย ลักษณะและขอบเขตของการทำงาน มีการวางแผนงานร่วมกันมีความร่วมมือและพึ่งพาอาศัยกันในการทำงาน มีความไว้วางใจและยอมรับในบทบาทซึ่งกันและกันของสมาชิกในทีมงาน โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกในทีมงาน รวมทั้งมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งนี้เพื่อทำให้ผู้มารับบริการได้รับผลประโยชน์ให้มากที่สุด

คู่มือ

การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องอกชนิดธรรมดา
ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
สำหรับพยาบาลประจำการ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คำนำ

คู่มือการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathways) ในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเอกสารประกอบการพยาบาลของทีมงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคู่มือนี้จะเป็นการนำแนวทางการดูแลลงสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถในวิชาชีพ และนอกวิชาชีพไปพร้อม ๆ กัน โดยมีรูปแบบการประสานงาน ความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เกิดความต่อเนื่องทางการดูแลรักษา ทำให้งานสำเร็จไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับตลอดจนพยาบาลเองเกิดความรู้สึกลงใจในผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับด้วย

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	1
วัตถุประสงค์ของคู่มือ.....	2
ความหมายของ Clinical Pathways.....	3
แนวคิดและหลักการของ Clinical Pathways.....	3
ประโยชน์ของ Clinical Pathways.....	4
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด.....	5
แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดาในระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด.....	5
Clinical Pathway for Total Abdominal Hysterectomy.....	15
รายการอ้างอิง.....	17

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงการใช้คู่มือ

คู่มือการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathways) ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (Lap) เจ้าหน้าที่ห้องรังสี (X-ray) และเจ้าหน้าที่ห้องเลือด (Blood bank) ร่วมกันสร้างขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับการดูแลในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มุ่งเน้นให้รักษาพยาบาลมีคุณภาพ ลดการแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย พึงพอใจในบริการที่ได้รับ และในขณะเดียวกันทำให้ทีมเกิดความพึงพอใจในงานที่ทำร่วมกันด้วย

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 4 สำหรับพยาบาลประจำการ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกชนิดธรรมดา ระบบสืบพันธุ์สตรีที่ทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันสร้างขึ้น (Clinical Pathways) เป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม และสื่อสารการดูแลของทีมสุขภาพ
2. คู่มือนี้จะเป็นแนวทางการดูแลที่สามารถนำลงสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทำงานในวิชาชีพและนอกวิชาชีพไปพร้อมๆกัน โดยมีรูปแบบการประสานงาน ประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ มีการติดต่อสื่อสารกัน ทำให้งานสำเร็จไปสู่จุดหมายที่ต้องการ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ตลอดจนพยาบาลเอง เกิดความรู้สึกรักพอใจในผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวทางการดูแล (Clinical pathways)

ความหมายของแนวทางการดูแล (Clinical pathways)

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543) Clinical pathways เป็นเอกสารย่อ ๆ เพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพตามช่วงเวลาต่างๆ ตลอดระยะเวลาการรักษาตัว โรงพยาบาล ซึ่งเขียนไว้เรียบร้อยแล้วในรูปแบบมาตรฐาน

แนวคิดและหลักการของ Clinical pathways

Clinical pathways เป็นแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length Of Stay : LOS) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีลักษณะที่สำคัญคือสร้างขึ้นโดยทีมสุขภาพทุกสาขาที่มุ่งดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านภาวะโภชนาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ/การเคลื่อนไหว การให้ความรู้ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน โดยกำหนดกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน (สุวิภา นิตยางกูร, 2540)

ประโยชน์ของ Clinical Pathways

จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารที่รวบรวมมาพอจะสรุปได้ว่าประโยชน์ของ Clinical Pathways หรือ CareMaps สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน

1. ประโยชน์ทางด้านการบริหาร

- 1.1 ลดปัญหาในการประสานแผนการรักษาพยาบาล การตรวจการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ
- 1.2 เป็นการดูแลล่วงหน้าที่ย่างไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนการจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น
- 1.3 พยาบาลพึงพอใจในการใช้ Clinical Pathways ซึ่งมีผลลดอัตราการลาออก
- 1.4 ช่วยประหยัดเวลาการบันทึก ลดความซ้ำซ้อน
- 1.5 พยาบาลที่เพิ่งจบการศึกษา หรือนักศึกษาพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและเข้าใจภาพรวมของการดูแลรักษาพยาบาล

2. ประโยชน์ทางด้านการบริการ

- 2.1 เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
- 2.2 ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
- 2.3 ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.4 ผู้ป่วยพึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ ลดความวิตกกังวล เพราะทำให้ผู้ป่วยทราบในแต่ละวันว่าเขาจะได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง เขาจะปฏิบัติตัวอย่างไร ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.5 ส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

2.6 สามารถคาดการณ์ความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้ และเป็นไปในทางเดียวกัน

2.7 การบริการครอบคลุม เพราะบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันดูแล

2.8 เป็นสิ่งที่ยืนยัน หรือ แสดงให้ผู้อื่นทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสามารถประเมินการดูแลรักษาพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น

3. ประโยชน์ต่อองค์กร

3.1 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เกิดความสามัคคี มีความรู้สึกร่วมกัน (Sharing)

3.2 ประหยัดค่าใช้จ่ายขององค์กร

3.3 อยู่ในสถานะที่ได้เปรียบโรงพยาบาลคู่แข่ง

3.4 เป็นสิ่งที่ยืนยัน / ประกาศต่อสาธารณชนว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน ในการบริการและเป็นองค์กรที่มีมุ่งการบริการที่มีคุณภาพ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื่องออกขนิดธรรมเนียมระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

1. การประเมินร่างกายและจิตใจ

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์เจ้าของไข้รวมทั้งแพทย์วิสัญญี

3. การสอน

3.1 เกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ให้เซ็นใบยินยอมผ่าตัด

3.2 เกี่ยวกับการเตรียมร่างกายทั่วไป ให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตนเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด

4. อธิบายแผนการดูแล (Clinical pathways) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงขั้นตอน/วิธีการต่างๆ ของการผ่าตัด ตั้งแต่การเตรียมทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด โดยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวในแต่ละวันให้ผู้ป่วยรับทราบ เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล จนกระทั่งวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แบบสอบถามเลขที่ **แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมการพยาบาล****คำชี้แจง**

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นตามความเป็นจริง เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยและนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่านหรือหน่วยงาน

ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

(นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต)

นิติตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยสิริเมธี
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. อายุ

2. สถานภาพสมรส

- โสด
 คู่
 หม้าย หย่า
 แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษา

- ต่ำกว่าปริญญาตรี
 ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี

4. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

- พยาบาลวิชาชีพ
 พยาบาลเทคนิค
 ผู้ช่วยพยาบาล

5. ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล

6. ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 4

ศูนย์บริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อรายการที่สอบถามระดับความพึงพอใจที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 4

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือทำข้อยรายการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวตามความรู้สึกของท่าน โดยค่าของตัวเลขแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

พอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นน้อยที่สุดหรือไม่เห็นด้วย (0 - 20%)
พอใจน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นน้อย (21 - 40%)
พอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นปานกลาง (41 - 60%)
พอใจมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นมาก (61 - 80%)
พอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นมากที่สุด (81 - 100%)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ก. สิ่งตอบแทน					
1. ท่านมีความรู้สึกที่พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีค่า.....
2. ท่านพอใจกับเงินเดือนที่ได้รับแต่ละเดือน.....
.....					
ข. ความเป็นอิสระในการทำงาน					
11. ท่านปฏิบัติงานอยู่บนพื้นฐานความรู้ความสามารถของตนเอง.....
12. ท่านมีโอกาสใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน.....
.....					
ค. ลักษณะงาน					
23. ท่านได้รับมอบหมายงานที่อยู่นอกเหนือความรับผิดชอบในหน้าที่ประจำ.....
24. ท่านมีโอกาสสามารถประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง.....
25. ท่านมีโอกาสได้วางแผนและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานของตนเอง.....
.....					
ง. นโยบายขององค์กร					
31. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น CQI.....
32. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนางานของหน่วยงาน.....
.....					
จ. การมีปฏิสัมพันธ์					
41. บรรยากาศในการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างอบอุ่นและเป็นกันเอง.....
42. เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอัมเข้ม และทักทายเมื่อพบปะกัน.....
.....					
ฉ. สถานะของวิชาชีพ					
51. ท่านมีความรู้สึกที่วิชาชีพมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น.....
52. มีส่วนร่วมรับผิดชอบงานที่มีประโยชน์ของหน่วยงานและส่วนรวม.....
.....					

แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อน

ในการวิจัยเรื่อง ผลของทีมพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีม
และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

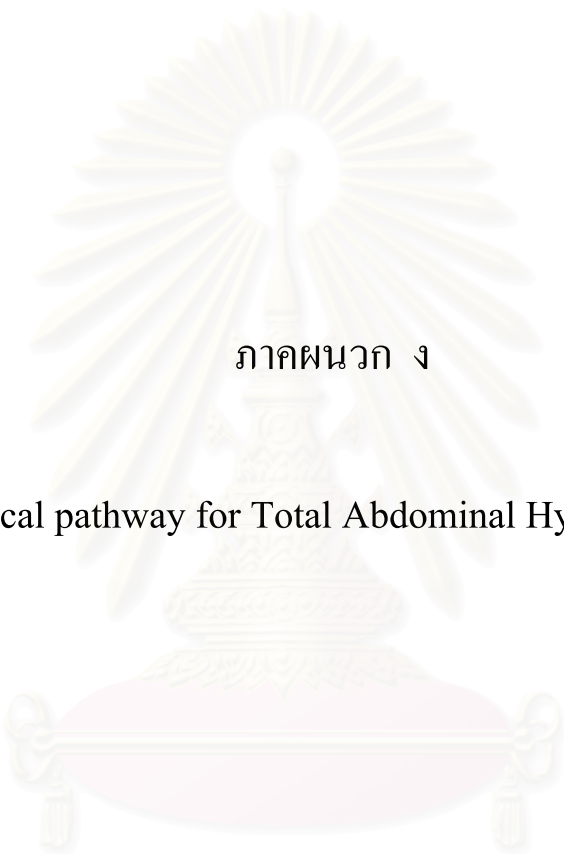
ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 4

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง หรือเติมคำในช่องว่าง

- ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.....ครั้งที่ Admit.....
การวินิจฉัยโรค.....
ทำผ่าตัด.....
วันที่ผ่าตัด.....
แพทย์ผู้ทำผ่าตัด.....
ชนิดของการใช้ยาสลบ.....
วันที่จำหน่าย.....เนื่องจาก กลับบ้าน ย้ายไปโรงพยาบาล/อื่นๆ Death
ระยะการนอนในโรงพยาบาล.....วัน

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเนื่องออกหัตถกรรมระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อน	ผลการตรวจผู้ป่วย						
	วันที่..... วันแรกที่ได้รับ การผ่าตัด	วันที่..... วันที่ 2 หลังผ่าตัด วันแรก	วันที่..... วันที่สาม หลังผ่าตัด วันที่สอง	วันที่..... วันที่ 4 หลังผ่าตัด วันที่สาม	วันที่..... วันที่ 5 หลังผ่าตัด วันที่สี่	วันที่..... วันที่ 6 หลังผ่าตัด วันที่ห้า	วันที่..... วันที่ 7 หลังผ่าตัด วันที่หก
ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด							
1. ภาวะตกเลือด/ซ้อค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
1.1 มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดซึมผ่านผ้าปิดแผล ชั้นนอก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
2.1 ปอดแฟบ (Atelectasis)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
3.1 คลื่นไส้อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง							
1. ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและช่องคลอด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
1.1 มีไข้มากกว่า 38.5 °C	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
2.1 ปอดแฟบ (Atelectasis)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
3.1 ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ (bleeding)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
4.1 มีเลือดออกมากกว่าแผลผ่าตัดซึมผ่านผ้าปิดแผลชั้นนอก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
5.1 ผู้ป่วยบ่นปวดขาบริเวณขาขวาม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
6. ภาวะมีผลทะลุของช่องคลอด/ทวารหนัก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
6.1 มีปัสสาวะไหลออกทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
7. มีกการติดเชื้อของแผลผ่าตัดแผลแยก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
7.1 มีไข้ > 38.5 °C	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8. มีภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
8.1 มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการ สูญเสียภาพลักษณ์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เวลา .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ผู้บันทึก							



ภาคผนวก ง

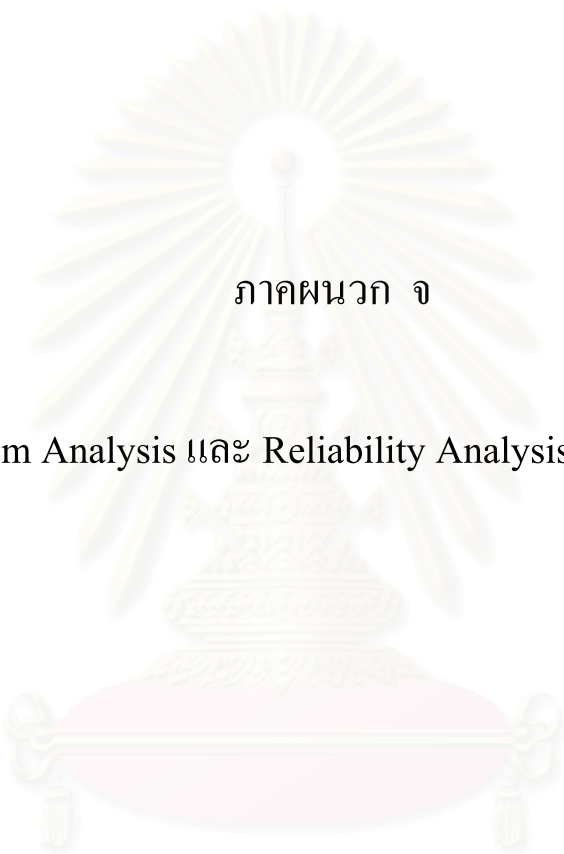
Clinical pathway for Total Abdominal Hysterectomy

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Clinical pathway for Total Abdominal Hysterectomy

วินิจฉัยทางการแพทย์/ปัญหาพร้อม		ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (ผู้ป่วยควรจะ...)				ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย/ไม่ใช้		เหตุผล	
1. ปวดแผล 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (เลือดออกมาก คิดเชื้อ) 3. มีโอกาสเกิดภาวะการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม/ความรู้ สึกสูญเสียภาพลักษณ์ตนเอง		1. ผู้ป่วยไม่วิตกกังวลต่ออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด 2. อาการปวดทุเลาลง หลังจากได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม 3. ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด 4. สามารถดูแลตนเองได้ สามารถระบอบความรู้สึกเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด สามารถระบุ/ค้นหาแหล่งให้การช่วยเหลือ				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่			
การรักษาพยาบาล	วันที่..... วันแรกที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล/ก่อนผ่าตัด	วันที่ วันแรก (วันที่ ได้รับการ ผ่าตัด)	วันที่ วันที่สอง (หลังผ่าตัด วันแรก)	วันที่..... วันที่สาม (หลังการผ่าตัด วันที่สอง)	วันที่..... วันที่สี่ (หลังการผ่าตัด วัน ที่สาม)	วันที่..... วันที่ห้า (หลังการผ่าตัดวัน ที่สี่)	วันที่..... วันที่หก (หลังการผ่าตัด วันที่ห้า)	วันที่..... วันที่เจ็ด (หลังการผ่าตัด วันที่หก)	
การประเมิน (Assessment)	1. ประเมินร่างกาย 2. เตรียมความพร้อมร่างกาย 3. ประเมินด้านจิตใจ	หอผู้ป่วย 1. ประเมินความเจ็บปวด 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่ง คงที่ จากนั้นทุก 4 ชั่วโมง 3. ตรวจสอบแผลผ่าตัด และ bleeding Vaginal discharge ทุกครั้งที่วัด สัญญาณชีพ 4. ประเมินร่างกายทั่วไป	1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. เฝ้าระวัง/สังเกตแผลผ่าตัด 3. ฟังเสียงลมหายใจเข้าออก และเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4. สังเกตและตรวจสอบการถ่ายปัสสาวะของหลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก	1. วัด และบันทึกสัญญาณชีพทุก 8 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการ/อาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 3. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้	1. ประเมินแผลผ่าตัด 2. ประเมินอาการปวดแผล 3. ประเมินสัญญาณชีพ	1. ประเมินแผลผ่าตัด 2. ประเมินอาการปวดแผล 3. ประเมินกิจกรรมประจำวัน	1. ประเมินกิจวัตรประจำวัน 2. ประเมินแผลผ่าตัด	1. สภาพร่างกายเป็นปกติ ผู้ป่วยพร้อมที่จะจำหน่ายกลับ	
การสอน (Teaching)	1. สอนการเตรียมการเพื่อการผ่าตัดเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด แผลผ่าตัด การจัดการความเจ็บปวด และผลที่คาดหวังจากการผ่าตัด 2. แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล และหน่วยงาน	1. สอน สาธิตการหายใจลึก ๆ การไอ 2. ย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งเมื่อมีอาการปวดมากหรือเลือดออกมาก 3. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด	1. สอนวิธีการลดความเจ็บปวด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย สงบ 2. สอนการดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	ให้คำแนะนำเรื่อง 1. การดูแลแผลผ่าตัด 2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	ให้คำแนะนำเรื่อง 1. การดูแลแผลผ่าตัด 2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	ให้คำแนะนำเรื่อง 1. การรับประทานอาหาร 2. การรับประทานยา 3. การออกกำลังกาย	ให้คำแนะนำเรื่อง 1. การรับประทานอาหาร 2. การรับประทานยา 3. การออกกำลังกาย	1. ทบทวนความรู้ที่จำเป็นทั้งหมดเพื่อเตรียมการจำหน่ายเกี่ยวกับ 1.1 การดูแลแผลผ่าตัด 1.2 การจัดการความเจ็บปวด 1.3 การออกกำลังกาย 1.4 การมีเพศสัมพันธ์ 1.5 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 1.6 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น 1.7 การใช้ยา	

การรักษาพยาบาล	วันที่..... วันที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล/ก่อนผ่าตัด	วันที่..... วันที่ได้รับการ ผ่าตัด)	วันที่..... วันที่สอง (หลังผ่าตัด วันแรก)	วันที่..... วันที่สาม (หลังการผ่าตัด วันที่สอง)	วันที่..... วันที่สี่ (หลังการผ่าตัด วันที่สาม)	วันที่..... วันที่ห้า (หลังการผ่าตัด วันที่สี่)	วันที่..... วันที่หก (หลังการผ่าตัด วันที่ห้า)	วันที่..... วันที่เจ็ด (หลังการผ่าตัด วันที่หก)
การตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ	1. ตรวจ CBC, Plt,Bleeding time,Coagulation time, HIV U/A ,CXR,EKG 2. ทำ Lab ที่จำเป็นเพิ่มเติม รับประทานยาที่จำเป็นต่อไป เหมือนเดิม เช่น ยาโรค เบาหวาน ยาความดัน โลหิตสูง ยาโรคหัวใจ	เจาะ Hct (ถ้ามีการเสียเลือด มากขณะผ่าตัด)	เจาะ CBC หรือ Hct (ถ้ามี การเสียเลือดมากขณะ ผ่าตัด)	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น
ยา		1. as needed in anesthesia 2. IV fluid หลังผ่าตัด 3,000 ซีซี/วัน 4. ให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 5. ให้ยาปฏิชีวนะทุก 6-8 ชั่วโมง	1. as needed in anesthesia 2. IV fluid หลังผ่าตัด 3,000 ซีซี/วัน 3. ให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 4. ให้ยาปฏิชีวนะทุก 6-8 ชั่วโมง	1. as needed in anesthesia 2. IV fluid หลังผ่าตัด 3,000 ซีซี/วัน 3. ให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 4. ให้ยาปฏิชีวนะทุก 6-8 ชั่วโมง	1. ให้ยาแก้ปวด 2. ให้ยาเคมีที่รับประทาน ประจำ เช่น ยารักษาโรค เบาหวาน ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง ยารักษา โรคหัวใจ	1. ให้ยาแก้ปวด 2. ให้ยาเคมีที่รับประทาน ประจำ เช่น ยารักษาโรค เบาหวาน ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง ยารักษา โรคหัวใจ	1. ให้ยาแก้ปวด 2. ให้ยาเคมีที่รับประทาน ประจำ เช่น ยารักษาโรค เบาหวาน ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง ยารักษา โรคหัวใจ	1. ให้ยาแก้ปวด 2. ให้ยาเคมีที่รับประทานประจำ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคหัวใจ
โภชนาการ	งดอาหารและน้ำดื่ม หลังเที่ยงคืน	งดอาหารและน้ำดื่ม	งดอาหารและน้ำดื่ม	เริ่มจิบน้ำตอนเช้า อาหาร เหลวใสตอนเที่ยง อาหาร อ่อนตอนเย็น	อาหารอ่อน	อาหารอ่อน	อาหารอ่อน	อาหารธรรมดา
ท่อระบาย/สายต่าง ๆ	ไม่จำเป็น	1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดำ 2. คาสายสวนปัสสาวะ 3. สังเกตลักษณะและ บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง	1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดำ 2. คาสายสวนปัสสาวะ 3. สังเกตลักษณะและ บันทึกจำนวนปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง	1. เอาสายสวนปัสสาวะ ออก ถ้าปัสสาวะออกและ สีใส 2. เอาสายน้ำเกลือออกเมื่อ ผู้ป่วยสามารถรับประทาน อาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ ถ่ายปัสสาวะได้ปกติ สามารถลุกนั่งและเดินได้	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น	เปลี่ยนผ้าปิดแผลและตัดไหม (กรณีมีไหม)
การเคลื่อนไหว/กิจกรรม การดูแลตนเอง	1. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	หลังกลับจากผ่าตัด ให้ นอนราบ 6-8 ชั่วโมง หลังจากนั้นพลิกตะแคงตัว ได้บนเตียง	นั่งห้อยเท้าข้างเตียง หรือ ลุกนั่งบนเก้าอี้โดยมีคน ช่วยพยุงในดอนเซ็น	สามารถลุกนั่งและเดินได้	สามารถเดินไปห้องน้ำ เองได้	สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเองได้	ออกกำลังกายเบาๆ ได้	ออกกำลังกายเบาๆ ได้
การวางแผนจำหน่าย	อธิบายแผนการดูแล Clinical Pathways ร่วมกับผู้ป่วยและ ญาติทราบ	ทบทวนความเข้าใจตาม แผนการดูแล	ประเมินสภาพครอบครัว และเศรษฐกิจ	ค้นหาแหล่งสนับสนุนของ ครอบครัวและเศรษฐกิจ	ติดต่อประสานงานกับ แหล่งสนับสนุน	ประเมินความต้องการซ้ำ และให้การสนับสนุน	ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้าน	1. นัดหมายกำหนดการตรวจ ตามนัด 2. ส่งต่อให้หน่วยงานเยี่ยมบ้าน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแล ตนเองได้



ภาคผนวก จ

Item Analysis และ Reliability Analysis รายด้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Method 1 (space saver) will used for this analysis
RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item – total Statistics

Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Alpha Total if Item Correlation Deleted		
VAR00001	211.1333	496.0506	.4969	.9536
VAR00002	212.5667	508.7368	.1483	.9551
VAR00003	212.2000	510.5103	.388	.9548
VAR00004	211.9333	500.0644	.5053	.9536
VAR00005	212.4333	504.5299	.2270	.9550
VAR00006	211.4000	501.8345	.4556	.9538
VAR00007	212.3000	503.8724	.2971	.9545
VAR00008	212.2333	506.2540	.3051	.9543
VAR00009	211.9333	502.0644	.3970	.9540
VAR00010	212.7333	491.2368	.5948	.9532
VAR00011	211.5333	503.5678	.3263	.9543
VAR00012	212.0333	497.6885	.5027	.9536
VAR00013	211.4333	503.2195	.3515	.9542
VAR00014	211.7667	499.4264	.4425	.9538
VAR00015	211.5333	497.4299	.6123	.9532
VAR00016	211.8000	495.3379	.6006	.9532
VAR00017	211.7333	493.3057	.6021	.9532
VAR00018	211.8667	487.1540	.7121	.9526
VAR00019	211.5000	495.7759	.6428	.9531
VAR00020	212.1000	492.1621	.6033	.9531
VAR00021	211.5667	490.3920	.6418	.9530
VAR00022	211.7000	497.5276	.5198	.9535
VAR00023	212.2667	503.6506	.3443	.9542
VAR00024	212.6333	498.3092	.4090	.9541
VAR00025	212.2667	489.9264	.6637	.9529
VAR00026	211.3000	495.5276	.6300	.9531
VAR00027	211.7333	503.0299	.4413	.9538
VAR00028	211.7333	496.4782	.6356	.9531
VAR00029	211.4667	497.6368	.6714	.9531
VAR00030	211.7000	490.2862	.6293	.9530
VAR00031	212.4000	495.8345	.4177	.9541
VAR00032	212.3333	492.0920	.7102	.9528
VAR00033	212.6000	493.2828	.5226	.9535
VAR00034	212.5000	492.0517	.6676	.9529
VAR00035	212.0667	495.3747	.6210	.9531
VAR00036	212.9000	498.0241	.4651	.9538

Method 1 (space saver) will used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item – total Statistics

Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Alpha Total if Item Correlation Deleted		
VAR00037	212.3333	490.7126	.6635	.9529
VAR00038	212.5667	500.4609	.3634	.9542
VAR00039	212.7333	499.6506	.3910	.9541
VAR00040	212.7000	485.6655	.6890	.9527
VAR00041	211.9333	499.9954	.4048	.9540
VAR00042	211.6667	500.4368	.3611	.9543
VAR00043	211.4333	510.1161	.1179	.9552
VAR00044	211.3667	506.5851	.3398	.9541
VAR00045	211.5667	494.7368	.6838	.9530
VAR00046	211.8333	496.8333	.5883	.9533
VAR00047	211.7667	500.9437	.4621	.9537
VAR00048	212.7667	497.8402	.4131	.9541
VAR00049	211.7667	504.1161	.3508	.9541
VAR00050	211.6333	503.5506	.3776	.9540
VAR00051	211.2333	499.4264	.6403	.9533
VAR00052	211.8333	498.6954	.5241	.9535
VAR00053	211.7333	496.7540	.6918	.9530
VAR00054	211.2667	502.6161	.4577	.9538
VAR00055	211.3000	492.5621	.5986	.9532
VAR00056	211.3000	497.3207	.5246	.9535
VAR00057	211.5667	496.0471	.7001	.9530
VAR00058	211.3333	500.7126	.5730	.9535
VAR00059	211.9667	489.8954	.7478	.9526
VAR00060	211.5667	493.3575	.6299	.9531

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 60

Alpha = .9543

Method 1 (space saver) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

Reliability Analysis รายด้าน

ความพึงพอใจรายด้าน	N of cases	N of Items	Alpha
1. สิ่งตอบแทน	30	10	.8087
2. ความเป็นอิสระในการทำงาน	30	10	.8923
3. ลักษณะงาน	30	10	.8159
4. นโยบายขององค์กร	30	10	.8577
5. การมีปฏิสัมพันธ์	30	10	.8463
6. สถานะของวิชาชีพ	30	10	.9086

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต เกิดวันที่ 12 กรกฎาคม 2508 ที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลบุรี เมื่อปีการศึกษา 2530 และปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อปี พ.ศ. 2535 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย