

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการศึกษาความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนืองที่บ้านของพยาบาล ผู้บริหารหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมใน ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญที่เป็น ประโยชน์ต่อการศึกษาเรื่องนี้นำมาเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ความเจ็บป่วยเรื้อรัง

1. ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. ลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรัง
3. ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 3.1 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย
 - 3.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อสังคม
4. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 4.2.1 การดูแลด้านร่างกาย
 - 4.2.2 การดูแลด้านจิตใจ
 - 4.2.3 การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม
 - 4.2.4 การส่งเสริมการเรียนรู้

ตอนที่ 2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง

1. ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. องค์ประกอบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง
 - 2.1 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.2 การส่งต่อผู้ป่วย
 - 2.3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ความสำคัญของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1. บทบาทของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย
2. กระบวนการจัดการทางการพยาบาล
 - 2.1 การวางแผนงาน
 - 2.2 การจัดระบบงาน
 - 2.3 การอำนวยการ
 - 2.4 การควบคุมงาน

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย

ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง

1. ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ในการประชุมระหว่างชาติเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังในปี 1952 (The National Commission on chronic illness) ได้กำหนดความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึงการเสียหายที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนออกไปจากสภาพปกติ ซึ่งลักษณะที่เบี่ยงเบนไปนี้อาจมีเพียง 1 ลักษณะหรือมากกว่าดังต่อไปนี้ (Bauwens et al., 1983)

1. เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาพยาบาล หรือเป็นอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้
4. ต้องการฝึกฝนพิเศษ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีรูปแบบเฉพาะ
5. ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง

จากความหมายนี้ และ กรรณิการ์ สุวรรณโคต (2530) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยเรื้อรังครอบคลุมถึงผู้พิการ ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความผิดปกติของรูปร่างหรือหน้าที่ของอวัยวะ เช่น ผู้ที่หูหนวก หรือตาบอด หรือผู้ที่สูญเสีย แขน ขา หรือมือ ไม่ว่าจะความผิดปกตินั้นจะมีมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นในภายหลังก็ตาม

2. ลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illness) ซึ่งมีเวลาของการเสิร์ฟจลินความเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดในช่วงเวลาจำกัด อาจะสิ้นสุดด้วย การตายในเวลารวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกิน 6 เดือน หรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ (Remission) หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัด ปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น พยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้ แน่ชัดร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และจิตใจต้องการการแนะนำความช่วยเหลือและการฝึกฝนพิเศษเป็นระยะยาว อาจตลอดชีวิต (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532)

นอกจากนี้ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ยังได้สรุปถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าเป็นการเจ็บป่วยทั้งกาย ใจ และอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่ภาวะเบี่ยงเบนออกไปจากปกติ ซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือเป็นอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องการการฟื้นฟูและฝึกฝนเป็นพิเศษ และไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้รวมทั้งเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการของโรคอาจมีทั้งสงบและกำเริบรุนแรง มีผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ และมีการจำกัดในด้านต่าง ๆ ต้องใช้ระยะเวลาของชีวิตที่ยาวนานในการรักษาพยาบาล

ส่วน คูเนย์ (Cooney, 1962) ได้พูดถึงลักษณะของโรคเรื้อรังว่า สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัยตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ และสามารถกระจายไปทุกระบบของร่างกาย มีผู้ป่วยน้อยมากที่จะเป็นโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว หน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายจะได้รับผลกระทบจากโรคนี้ทั้งระบบ นอกจากนี้การดำเนินของโรคจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ยังไม่ปรากฏอาการให้เห็นในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยทราบว่า เป็นโรคเรื้อรังอาการมักจะรุนแรงและรุกรามไปทั้งระบบของร่างกายแล้ว ในลักษณะเดียวเมื่อให้การรักษาแล้วผลของการรักษา ก็จะปรากฏให้

เห็นซ้ำเช่นกัน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่ เป็นโรคนี้อาจขาดแรงจูงใจและกำลังใจในการรักษาโรค หรือต่อสู้กับโรค ยิ่งทำให้อาการและการดำเนินของโรคเลวลง แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องรักษาทั้งระบบโดยการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล โภชนากร และอื่น ๆ ถ้าจำเป็นจึงจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการดีขึ้น

และ กรณีการ สู้รบโรค (2530) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อรังที่มีผลปฏิกิริยาโต้ตอบทางด้านจิตใจที่รุนแรงต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ยากกว่าผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน ดังนี้คือ

- 1) เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพจึงไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ผู้พิการก็ไม่สามารถนำสิ่งที่สูญเสียให้กลับคืนมาได้ เช่น เดิม ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการจึงต้องชีวิตอยู่กับสภาพที่เป็นอยู่ต่อไป
- 2) มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางเลวลงต่อไป คือมีการลุกลามกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น โดยสะสมและทยอยเข้าหาเป็นช่วง ๆ ทำให้ชีวิตต้องอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อความตายทุกขณะ
- 3) ต้องการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะ เวลานานหรือตลอดชีวิต การรักษาอาจเป็นเพียงการช่วยให้อาการทุเลาหรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรคเกิดช้าลง แต่การรักษาไม่สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคได้ตลอดไป ชีวิตของผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้นและมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ไว้ได้ด้วยตนเอง เป็นระยะ เวลานาน
- 4) ต้องเผชิญกับภาวะเครียดรอบด้าน เนื่องจากการสูญเสียที่ติดตามมามีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ขยายกว้าง ไปสู่การปรับเปลี่ยนทั้งในด้านบทบาท สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพึ่งพา ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทในหน้าที่การงานในสังคม

3. ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้ที่มีความเปราะบางหรือสูญเสียความปกติของร่างกายอย่างถาวร จึงทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังคม ดังนี้คือ

3.1 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย

สเตราส์ (Strauss, 1975) ได้กล่าวถึงปัญหาที่พบเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่

- 1) การป้องกันและการเผชิญกับภาวะวิกฤตของโรค
- 2) การควบคุมอาหาร
- 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา
- 4) พยายามป้องกันและแยกตัวจากสังคมหรือเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่กับการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง
- 5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ ของโรค ทั้งในระยะสงบและกำเริบ
- 6) พยายามที่จะมีชีวิตรอยู่ปกติ ทั้งในวิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 7) ต้องเตรียมงบประมาณ หาเงินให้เพียงพอกับค่ารักษาหรือเพื่อความอยู่รอด ในขณะที่ไม่มีงานทำ หรือทำงานได้เพียงครึ่งเวลาเท่านั้น

เห็นได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรังนั้น ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตในทุก ๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้คือ (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532)

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนถึงการเสียอวัยวะนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพ และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บปวดและอาการของโรค

2) ด้านจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปรนัยพยายามแยกตัวขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิต คุณค่าในตนเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเองเพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น ทวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้าง หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยหรือเป็นที่รักกลัวเสียความรักจากคนรอบตัวและหมดหวังในที่สุด อารมณ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เคียดแค้น และรู้สึกสูญเสีย

3) ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสภาพของร่างกาย ต้องการการพักผ่อนหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ผู้ป่วยบางคนต้องออกจากงานหรือ เปลี่ยนแปลงอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

4) ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์ และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัว และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามีหรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจากอัตรานอนที่ผิดปกติมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

5) ด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง เนื่องจากความอ่อนแอของร่างกาย และความจำกัดในการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจทำให้หายใจไม่ทัน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็อาจกลัวการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อไหร่ก็ได้ในเวลาที่มียุทธสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรคอาจมีความต้องการทางเพศลดลง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ความสูญเสียเหล่านี้ส่งผลต่อความสุขในชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดกับตัวเอง กลุ้มใจ และซึมเศร้าได้ ทำให้ครอบครัวเสียสมดุลในที่สุด

3.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อสังคม

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก เช่นนี้ย่อมจะต้องส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นในทางสังคม แบ่งเป็น 2 ประการคือ (ณัฐไชย ตันติสุข, 2528)

ประการแรก ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว

เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นสมาชิกในครอบครัวย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น
2. มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เช่น การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านใหม่ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
3. มีการเปลี่ยนแปลงสภาพ บทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป

4. เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้นได้ ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวก็อาจจะมีปัญหา ด้านอารมณ์และจิตใจได้

ประการที่สอง ผลกระทบที่มีต่อชุมชน

1. ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ โดยวิธีจัดระบบแพทย์และ สาธารณสุข ประชาชนอาจต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้นเพื่อจัดสร้างบริการตามความเหมาะสม
2. ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคลไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคมตามปกติได้เป็น การสูญเสียทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรักษา โรค และความพิการ
3. ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่ มีความสุขย่อมส่งผลทำให้ชุมชนไม่มีความสุขและมั่นคงไปด้วย

ในการเข้าใจถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้สามารถประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลทำให้การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้นไปอย่าง สอดคล้อง และในที่สุดผู้ป่วยสามารถได้รับความช่วยเหลือจนสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ของ ตนเองได้

4. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง

เมื่อความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือครอบครัวหนึ่งครอบครัวใด ย่อมก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายต่อชีวิตของบุคคลนั้น ๆ และครอบครัวด้วย ตามที่ สเตียร์ลส์ และ เกลเซอร์ (Cited in Anderson & Bauwen, 1981) ได้ให้แนวคิดกว้าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้ 2 ลักษณะคือ

ลักษณะที่ 1 ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษานั้น จะต้องไม่หยุดยั้งแต่การรักษา โรคทางกายเท่านั้น แพทย์และพยาบาลจะต้องมีลักษณะในการแก้ปัญหาด้านจิตใจและสังคมของ ผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ไม่เพียงแต่เข้าใจถึงการวินิจฉัยและ การรักษาเท่านั้น ที่จะต้องเข้าใจถึงโรคและการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ลักษณะที่ 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ความจำกัดในการเคลื่อนไหว การถูกแยกจากสังคม ถูกตราหน้าจากสังคมและความแตกแยกในครอบครัว ปัญหาเหล่านี้จะอยู่ในระดับที่แตกต่างกันตามชนิดของโรคเรื้อรัง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจะต้องเข้าถึงความคล้ายคลึง และความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังนั้นสนับสนุนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะมุ่งที่ด้านร่างกายผู้ป่วยอย่างเดียวไม่ได้ จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำมาพิจารณา และที่สำคัญการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ครอบครัวหรือต่อผู้ป่วยเองที่จะต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านเท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้บริหารหอผู้ป่วยจะต้องดำเนินการให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษาดังนี้คือ (Roberts, 1976; Rambo, 1984)

4.2.1 การดูแลด้านร่างกาย

เป้าหมายของการดูแล

- 1) ผู้ป่วยมองเห็นในความแข็งแรงของร่างกาย
- 2) ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายได้

การพยาบาล

1. ตรวจประเมินค้นหาปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
2. ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหาร อากาศหายใจ การพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ให้พลังงาน และความแข็งแรงแก่ร่างกาย อันเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพราะพลังงานดังกล่าวจะช่วยให้คุณบุคคลสามารถปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้อยู่ในสภาพที่สมดุลอยู่เสมอ แม้มีสิ่งรบกวน ช่วยให้คุณสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งประกอบอาชีพการงาน และช่วยในการเจริญเติบโตและการเรียนรู้

ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในกระบวนการขนส่งขณะทำงาน การดูแลผู้ป่วยให้มีแหล่งพลังงานเพียงพอ จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของร่างกายทำให้ผู้ป่วยปรับตัว ต่อบทบาทได้เหมาะสม ไม่ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาเพียงอย่างเดียว ขณะเดียวกันก็จะเกิดความ ต้องการการดูแลตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้น จากนั้นก็จะแข็งแรงพอ ที่จะมิกิจกรรมร่วมกับสังคมรวมทั้งที่พลังงานมากพอสำหรับการเรียนรู้ต่อไป

3) ให้การดูแลเพื่อลดพลังงานที่สูญเสีย อันเนื่องมาจากความไม่สุขสบาย ต่าง ๆ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งสภาพอื่น ที่รบกวน การพักผ่อนหรือการออกกำลังกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาและป้องกันภาวะ แทรกซ้อนนั่นเอง

4.2.2 การดูแลด้านจิตใจ

เป้าหมายของการดูแล

- 1) ผู้ป่วยมีกำลังใจและอดทนที่จะต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิต
- 2) ผู้ป่วยรู้สึกตระหนักในคุณค่าแห่งตน
- 3) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
- 4) ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิต

การพยาบาล

1) ให้การดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน ตระหนักใน ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย บอกผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เรียกชื่อนำหน้าผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อ ให้เกียรติ หรือให้การยกย่องผู้ป่วย

2) กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก หรือความ คับข้องใจ ตามที่เขาต้องการ รับฟัง และยอมรับพฤติกรรมเหล่านั้น พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่า การแสดงออกของตนนั้นเป็นสิ่งปกติของบุคคล และคอยให้กำลังใจ

3) อธิบายให้ญาติ และครอบครัวตลอดจนเพื่อนเข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย

4) ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีโอกาสดูแลตนเอง โดยยึดมโนทัศน์ของการดูแล

ตนเอง

4.1) วางแผนการพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยแต่ละระยะนั้นมีช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อปรับให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย

4.2) ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการดูแลตนเอง พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือ โดยเป็นผู้กระทำให้กับผู้ป่วยทั้งหมด เช่น การดูแลเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดให้ผู้ป่วยได้รับ น้ำ อาหาร การพักผ่อน ฯลฯ และการให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย

4.3) ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดีขึ้น พยาบาลจะทำการกิจกรรมเองได้ พยาบาลจะต้องให้แรงจูงใจและความมั่นใจ โดยช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับระดับความสามารถของผู้ป่วย และค่อย ๆ เพิ่มระดับเป้าหมายขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นความสามารถในการทำกิจกรรมของเขา ไม่เคี้ยวข้าวหรือบังคับ ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมแต่ขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องการที่จะทำกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเอง พยาบาลควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยขณะนั้นให้ทำ

5) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวให้มากที่สุด เช่น จัดสถานที่เฉพาะไว้สำหรับผู้ป่วย และญาติจะสามารถสนทนากันได้อย่างสะดวกสบายและไม่รบกวนผู้อื่น

6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น

7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมใด ๆ ตามต้องการ หรือตามความสามารถของผู้ป่วยบ้าง

8) เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยอาจใช้วิธีการจัดนันทนาการสำหรับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี หรือการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีต่าง ๆ การทำสมาธิ เป็นต้น

4.2.3 การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายของการดูแล

1) ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสบายใจในการติดต่อกับบุคลากรในทีมการรักษา

2) ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจในบทบาทของผู้ป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การพยาบาล

1) ตัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดย

1.1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันตามที่เขาต้องการ โดยไม่ขัดต่อการรักษา หรือยืดหยุ่นตารางในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การนอนหลับพักผ่อน การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

1.2) จัดเตียงและเครื่องใช้รอบ ๆ เตียงให้มีความเป็นส่วนตัวและหยิบใช้ได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเป็นเจ้าของ

1.3) เครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่จำเป็นไม่ควรนำมาวางไว้ข้างเตียงผู้ป่วย

1.4) ในกรณีที่มีความจำเป็นอาจยืดเวลาที่ญาติเข้าเยี่ยม โดยให้เวลาญาติอยู่กับผู้ป่วยเป็นส่วนตัว และมีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร

1.5) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการที่จะติดต่อกับพยาบาลเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

2) แสดงความจริงใจและเต็มใจที่จะให้คำปรึกษาและช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการติดต่อกับทีมสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยทราบว่าความต้องการของเขามีความสำคัญเป็นอันดับแรกสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่อการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งในเรื่องเครื่องมือใช้ในการรักษา เจ้าหน้าที่ หรือกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

4) ในรายที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทเดิมของผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัวหรืออยู่ใกล้ชิด เพื่อหาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับบทบาทใหม่ (Sick Role) ด้วยตนเอง

4.2.4 การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแล

1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น

2) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและวางแผนในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาล

- 1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพการดำเนินของโรคในขณะนั้น โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคที่แสดงว่าสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย
- 2) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของโรคอย่างคร่าว ๆ ด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ จุดประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่จะให้แก่ผู้ป่วยตลอดจนความจำเป็นในการจำกัดอาหารและน้ำ หรือจำกัดกิจกรรม และการบอกถึงผลของการรักษาในทางที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย
- 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยคำนึงถึงข้อมูลที่จะบอกผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตั้งจุดมุ่งหมาย หรือคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขาให้อยู่บนความเป็นจริง ไม่คาดหวังสูงเกินไปจนไม่สามารถสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้นได้
- 4) ควรคำนึงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยขณะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยว่าสามารถรับรู้ได้มากน้อยเพียงใด ภาษาที่ใช้ควรเป็นภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และควรสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเข้าใจอย่างแท้จริง
- 5) การให้ความรู้แก่ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวก็จะช่วยให้ญาติเข้าใจและเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมบางอย่างได้

จากแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น จะเห็นว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเรียนรู้ทั้งจากบุคลากรในทีมสุขภาพและครอบครัว หรือแม้แต่การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากโรงพยาบาลต่าง ๆ มีขีดจำกัดในการรับผู้ป่วยไว้รักษาพยาบาล (บุษบา อุ่นพงษ์ภูวนารถ และคณะ, 2529) ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นแหล่งสำคัญที่จะสามารถรับภาระการดูแลจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นั่นคือทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะอยู่ในโรงพยาบาล ต้องเห็นความสำคัญของครอบครัวของผู้ป่วย และดำเนินการวางระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไปจนกว่าผู้ป่วยเรื้อรังจะมีสุขภาพสมบูรณ์ ดูแลตนเองต่อไปได้ (สุนทรภานุทัต, 2528) ทั้งขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลตลอดจนหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีระยะเจ็บป่วยนาน เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคอาจจะเสื่อมลง หรือกลับเป็นซ้ำ หรืออาจเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยจึงต้องการ การแนะนำความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น การดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ควรจะได้รับ การดูแลทางสุขภาพตลอดทุกระยะ โดยไม่ขาดตอน (Klis อ้างถึงใน สุนทรี ภาณุทัต, 2528) ทั้งขณะที่รักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแล้ว ผู้วิจัยจึงขอกล่าวถึง ความหมาย องค์ประกอบ และความสำคัญ ของการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้คือ

1. ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คลีเมนและคณะ (Clemen and others, 1981) กับ กิคาว และคณะ (Gikow and others, 1985) ได้ให้ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่องคล้ายคลึงกันคือ เป็นบริการด้านสุขภาพอนามัยแบบผสมผสานครอบคลุมและสมบูรณ์แบบ และตั้งอยู่บนพื้นฐาน การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสมาชิกในทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว และแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือองค์กรในชุมชน โดยมีองค์ประกอบคือ การวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนบัควอลเตอร์ และคณะ (Buckwalter and others, 1985) ให้ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่องว่า เป็นผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการวางแผนการจำหน่าย โดยที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องตามกระบวนการต่อไปนี้เป็นคือ 1) การวางแผนการรับผู้ป่วย 2) การวางแผนการจำหน่าย 3) การส่งต่อ และ 4) การติดตามประเมินผล และ เคลแมน และ คีทติ้ง (Kelman and Keating, 1988) กล่าวว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นแผนการให้บริการทางสุขภาพของ สถานบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการในระยะเวลาที่ประสบปัญหาสุขภาพ ตลอดจนถึงระยะพักฟื้น ระยะฟื้นฟูสภาพ หรือระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ในหลาย ๆ สถานที่ตามความต้องการของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ กลีเมน และ ซูซาน (Glemen and Susan, 1987) กล่าวถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผน และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น ๆ การดูแลอย่าง

ต่อเนื่องต้องอาศัยการให้บริการที่รวมถึง การร่วมมือประสานกันของแหล่งบริการต่าง ๆ การร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย และครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็คือ การผสมผสานกันของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยนั่นเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอสรุปความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการรักษาพยาบาล ที่สถานบริการทางสุขภาพให้บริการแก่ผู้ป่วย ให้ดำเนินต่อไปตามขั้นตอน ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ระหว่างการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยพื้นฐานของการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาล และสถานบริการในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือ และมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจึงประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยส่วนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2. องค์ประกอบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถสรุปถึงองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้ 3 ประการคือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

2.1 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning)

ความหมาย

การวางแผนการจำหน่าย หมายถึง การร่วมมือกัน (ระหว่างครอบครัวและสมาชิกในทีมสุขภาพ) กำหนดเป้าหมาย วิธีการ การปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อเกิดการประสานกันในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถาบันที่เกี่ยวข้อง หรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ไปอีกสิ่งแวดล้อมหนึ่ง (Gikow and others, 1985) เพื่อการเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการประกอบอาชีพให้พร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมุ่งที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด ทั้งนี้รวมทั้งการเตรียมครอบครัวให้พร้อมที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้านด้วย (สุนทรี ภาณุทัต, 2528)

แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

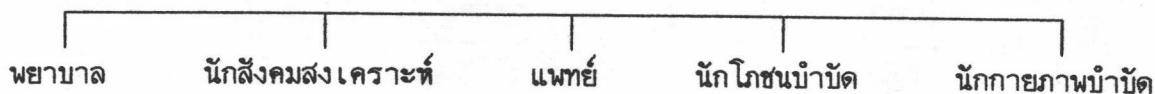
แมคคีแชน (McKeehan, 1981) เสนอแนวคิดในการวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัย ส่วนประกอบที่สัมพันธ์กัน 4 ส่วนคือตัวผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ, ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่, ระเบียบที่ใช้ปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

ตัวผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ ถือเป็นหัวใจของการวางแผนการจำหน่ายทั้งนี้ไม่เฉพาะแต่ผู้ป่วย มีสิทธิที่จะควรจะได้รับ การวางแผนการจำหน่ายเท่านั้น ผู้ป่วยควรจะต้องมีบทบาทสำคัญในการวางแผนของตัวผู้ป่วยเองร่วมกับทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิตผู้ป่วยด้วยที่ผู้ป่วยควรจะได้รับคำเชิญให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนและการวางแผนจำหน่ายควร จะเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วย เพื่อที่จะให้มีเวลาในการวางแผนการจำหน่ายอย่างครอบคลุม เหมาะสม

การให้ความสนับสนุนของทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ที่ขาดไม่ได้ ในที่นี้รวมถึงบ้านของผู้ป่วยหรือบุคคลสำคัญ องค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ ที่ให้บริการในชุมชนซึ่งการมีทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้หลาย ๆ แห่ง

ระเบียบที่ใช้ปฏิบัติ เป็นส่วนประกอบส่วนที่สาม ที่หน่วยงานที่ควบคุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย และผู้รับผิดชอบในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ต้องเข้าใจถึงกฎ-ระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง และต้องมีความรับผิดชอบที่จะประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางกฎระเบียบ ถ้าไม่ได้รับความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

ส่วนประกอบสุดท้ายคือ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสานการวางแผนการจำหน่ายให้เข้าสู่การให้บริการ และผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นกับบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพ ที่จะทำงานร่วมกันเป็นระบบ ซึ่งระบบดังกล่าวนี้ควรจะสร้างบนความรับผิดชอบที่เสมอภาคกันของบุคลากรทุกสาขา ที่มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (ดังแสดงในภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงระดับ ความรับผิดชอบของบุคลากรในสาขาต่าง ๆ ในการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

พลาฟ และเทอร์รี่ (Plaff & Terry, 1980) กล่าวว่า สำหรับผู้ป่วยที่จะต้องจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะพักฟื้นที่ยังต้องการ การดูแลนั้น บุคลากรทางการแพทย์จะต้องสอนผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านให้รู้จักวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานด้านสุขภาพที่ทำทลายความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคคลในครอบครัวด้วย ฉะนั้นเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจึงควรมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายที่ดีนั้นการได้มีการปรึกษาหารือกัน ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนด้วยความเหมาะสม และควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ส่วนการที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างประสบความสำเร็จ และปลอดภัยนั้นจำเป็นจะต้องเริ่มสอน ในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ภายหลังการสอน และก่อนกลับบ้าน ควรให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ทดลองฝึกปฏิบัติ และมีการประเมินผลทั้งด้านความรู้ และทักษะจนกว่าจะแน่ใจว่า ผู้ป่วยหรือญาติสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องปลอดภัย

เพิร์ลแมน (Pearlman, 1984) กล่าวว่า การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานบริการทางด้านสุขภาพอื่น ที่ผู้ป่วยต้องการนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะประกันคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ จะต้องคำนึงถึงส่วนที่จะเชื่อมโยงระหว่าง การพักรักษาในโรงพยาบาล และการมีชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย ซึ่งเป็นระยะฟื้นฟูสุขภาพด้วย ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมักมีความวิตกกังวลว่า ตนเองจะเริ่มดูแลผู้ป่วยอย่างไรก่อนดี จะต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยบ้าง ความกลัว ความมั่นใจ จะเกิดขึ้นทันทีเมื่อจะต้องรับผิดชอบคนที่ตนเองรัก ซึ่งคน ๆ นั้นต้องการการดูแลเป็นพิเศษกว่าคนธรรมดา มีคนจำนวนมากที่อยู่คนเดียวหรือบางครั้งอยู่ไกลจากครอบครัวและเพื่อน ในสถานการณืเช่นนี้โรงพยาบาลจะต้องวางแผน การจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรอบคอบ และอาจจำเป็นจะต้องติดต่อสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสุขภาพ หรือช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัวให้อยู่กับสภาวะ โรคเรื้อรังของเขาได้

แม็คคอย (McCoy, 1990) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยและครอบครัวเขาประสบความสำเร็จ ในการดูแลตนเองที่บ้านได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลจากที่มีสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขั้นต้น และการติดต่อสื่อสารกับองค์กรดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Care Agency)

กระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้คือ
(McKeehan, 1981)

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินรูปแบบการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 วินิจฉัยปัญหาเฉพาะที่เกี่ยวกับการจำหน่าย ซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแผนในการดำเนินการโดยผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามแผน

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลซึ่งเริ่มต้นที่ดำเนินการ

โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้คือ (สุนทรี ภาณุทัต, 2528)

1. สืบค้นหาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเตรียมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการสำรวจได้จากรายงานการรับผู้ป่วยใหม่ จากบันทึกแผนการพยาบาลของบุคลากรในรายงานของผู้ป่วย จากใบส่งต่อผู้ป่วยของแพทย์หรือพยาบาล หรือจากบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ

2. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกณฑ์สำหรับประเมินเพื่อเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเองที่บ้าน ดังนี้คือ

2.1 ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ยังยากต่อที่บ้าน เช่น การให้ยา หรือการให้การรักษาบางอย่าง

2.2 มีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นจะต้องได้รับการสอน หรือคำแนะนำซ้ำ หรือเพิ่มเติมต่อจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล

2.3 มีความจำเป็นจะต้องได้รับการพยาบาลต่อ หากยังไม่สามารถส่งต่อไปอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลต่อในชุมชนได้

2.4 มีปัญหาเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมที่บ้านหรือในสังคมที่อยู่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจในการดูแลตนเอง

2.5 ต้องกลับมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลานาน

2.6 จำเป็นต้องได้รับการชี้แนะให้เข้าใจและมองเห็นประโยชน์ของตนเอง

3. การวางแผน เมื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้แล้ว จึงจะสามารถวางแผนการเตรียมผู้ป่วย ในการวางแผนนี้จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะ ต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และเห็นชอบด้วยกับแผนที่วางไว้ และที่สำคัญคือ เขาจะต้องสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ แผนนั้นจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ขณะเดียวกัน จะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล หรือการดูแลของบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพด้วย และการวางแผนจะต้องประกอบไปด้วย (1) การกำหนดวัตถุประสงค์ (2) กำหนดวิธีปฏิบัติ (3) กำหนดวิธีติดตามประเมินผล (4) วางแผนการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

4. การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบด้วย (1) การสอนเรื่องการปฏิบัติตน (2) จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น (3) ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ (4) ส่งต่อผู้ป่วย

5. การติดตามประเมินผล ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมบ้าน (2) นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา (3) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (4) ส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยและครอบครัว

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ และจำเป็นต้องนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการการพยาบาลที่บ้านต่อ นอกเหนือจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องเตรียมผู้ป่วยโดยการสอน ให้คำปรึกษา แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัว และดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมภายหลัง การจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยตั้งที่สมาคมพยาบาลแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Associated 1975. cited by McCoy, 1990) กล่าวว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เป็นส่วนประกอบหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการเตรียมผู้ป่วย หรือผู้รับบริการเพื่อการดูแลในระยะต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเอง, หรือจากสมาชิกในครอบครัวหรือจากองค์กรที่ให้การดูแลสุขภาพอื่นก็ตาม

2.2 การส่งต่อผู้ป่วย

ความหมาย

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่า โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยนั้นส่งไปด้วย เพื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับผู้ป่วยไว้ ได้เข้าใจความเป็นมาของผู้ป่วยตามสมควร สามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างสะดวกและถูกต้อง เมื่อเสร็จสิ้นการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยก็จะแจ้งผลการรักษากลับไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขที่ส่งผู้ป่วยมา การส่งต่อผู้ป่วยอาจแบ่งออกได้ เป็นการส่งจากประชาชน หรือสาธารณสุขมูลฐานมายังระบบบริการ การส่งต่อระหว่างสถานบริการส่งต่อภายในสถานบริการ และส่งต่อกลับชุมชน (ลาลี เปลี่ยนบางช้าง, 2527) ส่วนระบบการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการตรวจรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างดีที่สุด (เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ จริยาวัตร คมพัยค์, 2527) โดยสรุปแล้วการส่งต่อผู้ป่วยก็คือการส่งผู้ป่วยพร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ได้รับแล้วไปยังสถานบริการอื่น เพื่อการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งตามปัญหาของผู้ป่วยนั่นเอง

วัตถุประสงค์ของการส่งต่อผู้ป่วย

การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวตามความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริม และสนับสนุนกลไกของการประสานงาน ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ของการส่งต่อคือ (สุนทรี ภาณุทัต, 2528)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัวให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควรแก่สภาพ

วิธีการส่งต่อผู้ป่วย

1. ใช้แบบฟอร์มส่งต่อ โดยแพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบจะบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และจุดประสงค์ในการส่งต่อ ลงในแบบฟอร์มเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปติดต่อ

กับหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง เพื่อความสะดวก ถูกต้อง และง่ายต่อการให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ได้อย่างต่อเนื่อง

2. ทางโทรศัพท์ ในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน หรือต้องการให้รายละเอียด หรือต้องการทราบผลของการส่งต่อทันที ก็อาจส่งต่อโดยการโทรศัพท์ ทั้งนี้แล้วแต่ความเหมาะสม โดยทั่วไปในทางปฏิบัติมักจะใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการสื่อสาร และเพื่อ ประโยชน์ในการเก็บไว้เป็นหลักฐานอีกด้วย

3. ทางวิทยุ เป็นวิธีการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากวิธีหนึ่ง นิยมใช้ ในต่างจังหวัดในส่วนราชการทหาร

ขั้นตอนของการส่งต่อผู้ป่วย

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. สืบหาความต้องการการส่งต่อจากผู้ป่วย
3. ตั้งวัตถุประสงค์ในการส่งต่อผู้ป่วย
4. สืบหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน
5. ผู้ป่วยตัดสินใจว่าต้องการการส่งต่อหรือไม่
6. ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ที่จะต้องรับดูแล
7. ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่มีรายละเอียดของข้อมูลที่จำเป็น

เพื่อเป็นสื่อกลางและเป็นหลักฐาน

8. ประเมินและติดตามผล

ประโยชน์ของระบบการส่งต่อผู้ป่วย

หากระบบการส่งต่อผู้ป่วยได้ผลมีประสิทธิภาพ จะเกิดประโยชน์ด้วยกันหลายประการ ดังนี้ (รังสรรค์ มหาสันตะ, 2527)

1. เป็นการส่งเสริมช่องว่างของการบริการทางการแพทย์ที่ยังขาดอยู่มาก ใน ชนบทให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ได้รับบริการ โดยทั่วถึงกัน
2. สามารถสกัดกั้นการไปใช้สถานบริการสาธารณสุขที่สูงกว่า โดยไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองในทางเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย และทรัพยากรทางด้านบุคคลของรัฐโดยไม่ จำเป็น

3. เป็นการลงทุนน้อยแต่สนองประโยชน์ได้สูงสุด และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วให้ได้ผลคุ้มค่า

4. โฉนงของผู้ป่วยความสำคัญของระบบการส่งต่อมีความหมายมากที่สุดคือ ความปลอดภัยของชีวิต ได้รับบริการอย่างมีขั้นตอน ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

5. ระบบส่งต่อมีความสำคัญในด้านการสนับสนุนงาน สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ เพื่อกระจายบริการสาธารณสุขให้แก่ประชากรทั้งประเทศ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองพึ่งตนเองมากที่สุด มีการชุมพลังในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

6. สามารถลดอัตราการครองเตียง ในโรงพยาบาลลงได้เป็นอย่างมาก โดยที่ฝ่ายเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในระดับสูง ไม่ต้องเสียเวลาที่จะให้การรักษาผู้ป่วย ที่มีอาการเล็กน้อยจะใช้เวลาความสามารถ และทรัพยากรต่าง ๆ ไปให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นมากกว่า

ดังนั้นจะเห็นว่า การส่งต่อผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง กับระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ แพทย์ หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์พยาบาล ผู้ปฏิบัติตนอยู่ในฝ่ายต่าง ๆ ตลอดจนบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (สุภาพ สุวรรณเวช, 2527) โดยเฉพาะพยาบาลแล้วนับว่าเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่อยู่ใกล้ชิดคนไข้มากที่สุด (วินัย เจียมสกุล, 2529) พยาบาลสามารถที่จะเข้าใจและให้บริการแก่ประชาชนได้ แม้กระทั่งภายในครัวเรือน (ลำภา นวิวงศ์, 2527) และระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้นคือ เป็นกระบวนการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง พยาบาลจึงนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญผู้หนึ่ง ที่มีส่วนร่วมต่อกระบวนการนี้ โดยการปฏิบัติดังนี้คือ (มาลินี คำภู, 2531)

1. เป็นผู้รับผิดชอบ ในการอำนวยความสะดวกทั้งแก่ผู้ที่มีใบส่งต่อมาแสดง ให้ได้รับการตรวจรักษาตลอดจนรับไว้ในหอผู้ป่วยโดยรวดเร็ว และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อให้ได้รับความสะดวกและรวดเร็วด้วย

2. ให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ที่ทำหน้าที่นำส่งคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับล่าง เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายอันเนื่องมาจากการจัดการที่ไม่ถูกวิธี

3. พยาบาลควรเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เป็นการดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดที่จะส่งผู้ป่วยต่อไป ผู้ป่วยจะต้องเกิดความเชื่อ และยินยอมที่จะไปรักษาต่อยังสถานบริการอื่น หรือที่บ้านของผู้ป่วยเอง

4. ช่วยแก้ปัญหา อุปสรรคและความไม่เข้าใจต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งความรู้สึกที่คาดหวังล่วงหน้าของผู้ป่วย

5. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการเดินทาง ให้สภาพของผู้ป่วยพร้อม และปลอดภัยในการเดินทางมีความมั่นใจ ญาติมีความพร้อม รวมถึงการเงินค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ด้วย ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย

6. เตรียมหนังสือส่งผู้ป่วยให้สมบูรณ์ และมอบให้ผู้ป่วยไป เพื่อประโยชน์ในการให้การรักษายาบาลที่ต่อเนื่อง

7. ควรติดต่อแจ้งให้สถานบริการที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อทราบล่วงหน้า เพื่อให้เตรียมการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่วงที่เมื่อผู้ป่วยไปถึง และจำเป็นอย่างยิ่งพยาบาลต้องรู้ระบบการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี

โดยสรุป การส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง บทบาทของพยาบาลผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานจึงต้องให้การสนับสนุน และดำเนินการให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การที่สถานบริการทางสุขภาพจัดขึ้นเพื่อให้บริการพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะรวมทั้งบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลจากพยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะปกติ โดยพยาบาลที่ให้บริการนั้นจะต้องมีความรู้ และมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี (Keating and Kelman, 1988) และการปฏิบัติพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น ให้ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการป่วยแบบเรื้อรัง และเฉียบพลัน โดยการผสมผสานหลักการพยาบาลชุมชน โดยเน้นเรื่องของสภาพแวดล้อม จิตสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อสถานะของบุคคล และ

ครอบครัว (Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991) ซึ่งบริการที่ให้นั้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่พิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้ได้รับการดูแลรักษา และสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือแก่บุคคล และต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว, เพื่อน ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (National Association for Home Care cited by Shamanstry L.L, 1988)

ส่วน มุกดา สำนวนกลาง (2534) ได้สรุปถึงการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไว้อย่างครอบคลุมว่าเป็นความพยายามที่จะผสมผสานส่วนประกอบของการพยาบาลที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักบริการสังคมต่าง ๆ รวมทั้งวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้กลับสู่ระยะสุขภาพและชีวิตปกติ โดยที่ครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) บทบาทของผู้ดูแลนั้น ได้แก่ การดูแลในเรื่องสุขนิสัย การเตรียมอาหาร และยา ตลอดจนให้กำลังใจผู้ป่วย และเชื่อมการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับบริการที่บ้านเพื่อให้สามารถตอบสนองและบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการ โดยอาศัยหลักการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ การดูแลดังกล่าวจะเน้นการเพิ่มระดับการพึ่งตนเองของครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) การสอนและการเชื่อมต่อกับบริการในชุมชนที่สามารถให้บริการในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านได้ 2) การป้องกันโรคแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยลดภาวะพิการและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น 3) การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้าน 4) การควบคุมความเจ็บป่วย โดยการใช้ยาภายใต้การควบคุมของพยาบาลที่มาดูแลที่บ้าน และรายงานบริการให้แก่แพทย์ที่ดูแลทราบ โดยที่การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) จะปรับบริการการดูแลตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการทั้งนี้เมื่อระดับการพึ่งพาตนเองของผู้รับบริการมากขึ้นความต้องการจะลดลง โดยที่การประสานความร่วมมือในการดูแลกันนั้นจะสามารถดำรงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพ และต่อเนื่องได้ต่อไป

ผู้วิจัยจึงขอสรุปว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ที่ให้บริการต่อบุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มระดับการพึ่งตนเอง ลดภาวะพิการ และความเจ็บป่วยรวมถึงความ

เจ็บป่วยระยะสุดท้าย บริการที่ให้อาจตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว จะต้องอาศัย การวางแผน และความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อดำรงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่องต่อไป

หลักการของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Markley และ Brauntuch (1962) ได้กล่าวถึงปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นเขียนขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1796 โดยโอสถสภายาบอสตัน (Boston Dispensary) มีความเชื่อหลักการทั้ง 3 ประการคือ

1. ผู้ป่วยจะปราศจากความเจ็บปวดจากการถูกแยกจากครอบครัว และความเจ็บปวด ทั้งหลายจะลดลงได้ด้วยความสะดวกจากบุคคลในครอบครัวของเขาเอง
2. การเจ็บป่วยสามารถรักษาให้หายได้ที่บ้าน โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาที่ โรงพยาบาล
3. การที่ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้รู้สึกน่าอับอาย และต่ำต้อย ส่วนผู้ป่วยที่จำหน่ายเร็วจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่า

ลักษณะของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

มุกตา สำนวนกลาง (2534) ได้กล่าวสรุปถึงลักษณะของการบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ที่บ้านมีลักษณะดังนี้คือ

1. ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลในระยะพักฟื้นและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือพิการ ที่บ้าน และต้องการการพักฟื้นสภาพระยะยาว (Home Care)
2. เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ผสมผสานบริการสาธารณสุข ทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการสังคมอื่น ๆ ที่สนับสนุนการแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตวิญญาณและสังคม โดยพยาบาลมีบทบาทในการชักนำบริการเหล่านั้นมาสู่บ้าน
3. เป็นการรับรู้และเรียนรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของบุคคล และครอบครัว (Self Care)

ลักษณะของผู้รับบริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีประโยชน์ต่อการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ คือ (Haddad, 1992)

1. ผู้สูงอายุ
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ และเด็ก ที่ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
3. ผู้ป่วยทุกวัยที่ได้รับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่บ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ออกซิเจน การได้รับยาและอาหารทางเส้นเลือด การใช้เคมีบำบัด การได้รับการล้างไต เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันแต่อยู่ในระบบโครงการสวัสดิการทางสังคม (Markley and Brauntuch, 1962)

ข้อดี/ข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อดี

1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยมีความเป็นส่วนตัว
2. โอกาสที่จะติดเชื้อน้อยกว่าอยู่โรงพยาบาล
3. ใช้จ่ายน้อยกว่าอยู่โรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยที่มีโอกาสที่จะแสดงกิจกรรมร่วมกับครอบครัว
5. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมของสถานพยาบาล ที่

บ้านตนเองได้ตามต้องการ

6. บ้านเป็นสถานที่ดีสำหรับการสอนและการเรียนรู้
7. หลีกเลี่ยงปัญหาทางด้านอารมณ์ที่ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัว
8. Self-Care requisite เกิดได้ดีในบ้านมากกว่าในโรงพยาบาล
9. ช่วยลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลลง และลดค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลลงด้วย

ข้อเสีย

1. การเพิ่มภาระและความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคคลในครอบครัว
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินจะไม่ได้รับบริการดูแลรักษาที่บ้าน
3. เพิ่มความเบียดเบียนให้กับครอบครัว
4. ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว

5. ครอบครัวต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนมากขึ้นที่บ้าน
6. ในกรณีฉุกเฉินจะไม่มีเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือได้ทัน
7. บุคลากรไม่เพียงพอ

โดยสรุป การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงเป็นองค์ประกอบสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้สมบูรณ์และครบถ้วนยิ่งขึ้น ผู้บริหารหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ที่รับผู้ป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาก็ต้องมีบทบาทในการประสานงานระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัว กับสถานบริการสุขภาพในชุมชน และทีมการรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะไม่ได้ประสบความสำเร็จถ้าหากหอผู้ป่วยไม่ได้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย (McCoy, 1990)

3. ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียกว่าเป็นการบริการทางสุขภาพต่อเนื่องกันไปตลอดทุกระยะของโรค โดยไม่ขาดตอนนั้น ถือได้ว่าเป็นการบริการที่สมบูรณ์แบบและเป็นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ชุมชนโดยให้มีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่าย และการส่งผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลนาน ๆ (Gikow and others, 1985) และเพื่อการหมุนเวียนเตียง (Turn over) ผู้ป่วยใหม่ เป็นการป้องกันระยะที่ 2 (secondary prevention) คือได้รับการรักษาก่อนที่จะเป็นมากหรือป้องกันความพิการ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นหากมิได้รับการรักษาพยาบาลให้ทันเวลาอันสมควร (สำอองค์ มณีวรรณ, 2528) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก็ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจะต้องพึ่งตนเองให้มากที่สุด และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง โรคนั้นจึงจะหายขาดหรือเข้าสู่สภาพปกติได้ ลดจำนวนการกลับเข้ามาในโรงพยาบาลอีก และครอบครัวผู้ป่วยก็จะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วย (พรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2532) และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็คือ การดูแลตนเอง และการช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลวิธีที่จะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังได้บรรลุเป้าหมายสูงสุดคือ ให้ความช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวหรือชุมชน หรือเป็นภาระน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมความสามารถและความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ต่อสุขภาพตนเอง (กันยา กาญจนบุรานนท์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535 - 2539) ที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการทั้ง 4 มิติ ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ ส่งเสริมบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ส่งเสริมการดูแลตนเอง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) และเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อ ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535)

นั่นคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน และสอดคล้องกับแนวคิดของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง และครอบครัว

พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1. บทบาทของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย

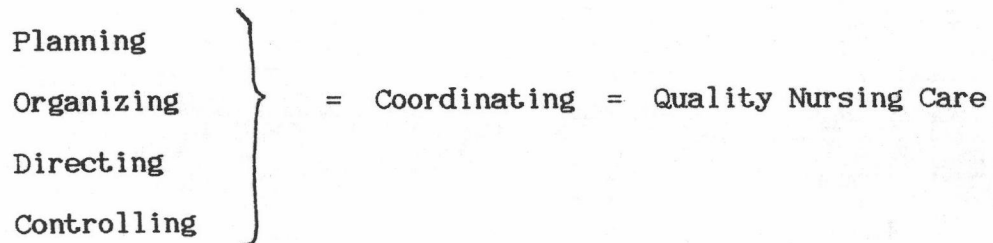
โดยทั่วไปผู้บริหารหอผู้ป่วยจะประกอบไปด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งต้องรับผิดชอบโดยตรงต่องานบริหาร และงานบริการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการตามที่ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2525) ได้จัดให้พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น มีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาที่ทำหน้าที่ด้านการควบคุมบังคับบัญชา และนิเทศงานไปพร้อม ๆ กับหน้าที่ต่าง ๆ ทางด้านการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดคนหนึ่งของฝ่ายพยาบาลเพราะภารกิจ และความรับผิดชอบครอบคลุมไปทั้งทางด้านการจัดการ และด้านบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยตรงแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นกุญแจของความร่วมมือและประสานงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ทั้งในและนอกแผนกของโรงพยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยและญาติ และสตีเวน (Steven, 1974) ได้แบ่งขอบเขตกว้าง ๆ ของหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารหอผู้ป่วย 3 ประการคือ 1) การพยาบาลผู้ป่วย

2) การบริหารงานบุคคล 3) การบริหารงานนโยบายของหน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้อำนวยการ และควบคุมให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงาน และเป็นงานบริหารมากกว่า

ดังนั้นในส่วนของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังภายในหอผู้ป่วย พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย จึงต้องรับผิดชอบโดยตรงต่อการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยได้ทำงานตามจุดมุ่งหมาย คือ การให้การพยาบาลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยขณะรับการรักษาภายในโรงพยาบาล ตลอดจนดำเนินการให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โดยที่ผู้ให้บริการหอผู้ป่วยมีอำนาจอย่างเต็มที่ในการดำเนินงานตามบทบาทของตนคือ บทบาทด้านการจัดการภายในหน่วยงานให้เป็นไปตามนโยบายของฝ่ายบริการการพยาบาล และเพื่อให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเรื้อรังบรรลุวัตถุประสงค์ โดยสนองความต้องการ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยเรื้อรังนั่นเอง ซึ่งบทบาทด้านการจัดการของผู้บริหารหอผู้ป่วยนั้น เป็นกิจกรรมหรือเป็นงานที่ผู้บริหารหอกระทำต่อสิ่งของ และบุคคลากรระดับต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย (O'Neil, 1989) และครอน (Kron, 1981) ได้เสนอความเห็นว่าการจัดการเป็นความพยายามของบุคคลที่กระทำต่อสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ส่วน ดักลาส และเบวิส (Douglas and Bevis, 1979) ได้ให้ความหมายของ "การจัดการ" คือ "กระบวนการที่กระทำให้องค์การประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยการใช้ทักษะด้านการติดต่อระหว่างบุคคล และความสามารถเฉพาะของผู้บริหาร" และด้านการจัดการตามความหมายของ แม็คคีแชน (McKeehan, 1981) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องว่า เป็นกระบวนการที่ดำเนินไป ตลอดจนกระทั่งบรรลุวัตถุประสงค์ คือผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหน้าที่ของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยเรื้อรังภายในหอผู้ป่วย จึงเป็นการนำกระบวนการจัดการมาปฏิบัติต่อทรัพยากรที่มีอยู่ภายในหอผู้ป่วย ทั้งบุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ โดยอาศัยการติดต่อสื่อสาร และความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพทุกสาขา เพื่อให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเรื้อรังบรรลุเป้าหมาย คือ ได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ อยู่ในโรงพยาบาลหรือกระทั่งหลังการจำหน่ายสู่ชุมชนนั่นเอง

2. กระบวนการจัดการทางการพยาบาล

กระบวนการจัดการทางการพยาบาลนั้น นักวิชาการทางการพยาบาลได้แบ่งขั้นตอนไว้ ทั้งที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เช่น สตีเวน (Steven, 1978) กับไรน์ฮาร์ท (Rinehart, 1969) แบ่งกระบวนการจัดการทางการพยาบาลไว้ 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดระบบงาน (Organizing) 3) การอำนวยการ (Directing) และการควบคุมงาน (Controlling) โดยที่ ไรน์ฮาร์ท ได้เพิ่มการประสานงาน (Coordinating) เป็นผลสุดท้ายที่ได้จากกระบวนการทั้งหมด ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภูมิได้ดังนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แสดงถึงแผนภูมิการจักระบบการจัดการทางการพยาบาลของไรน์ฮาร์ท

แต่ คลาร์ค และชี (Clark and Shea, 1979) ได้จัดกระบวนการประสานงานเป็นขั้นตอนที่ 4) แทนการควบคุมงาน คือ 1) การวางแผนงาน 2) การจัดระบบงาน 3) การอำนวยการ 4) การประสานงาน ส่วน แลงก์ฟอร์ด (Langford, 1981) ได้แสดงทัศนะในเรื่องกระบวนการจัดการ ทางการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ใช้ภาษาต่างกัันดังนี้คือ 1) การวางแผนงาน (Planning) 2) การจัดระบบงาน (Organizing) 3) การปฏิบัติงาน (Implementing) และ 4) การประเมินผล (Evaluating)

และมาร์เนอร์ - ทอมมี่ (Marriner-Tomey, 1992) ได้แบ่งกระบวนการจัดการ ทางการพยาบาลไว้ 5 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผนงาน (Planning) 2) การจัดระบบงาน (Organizing) 3) การจัดบุคลากร (Staffing) 4) การสั่งการ (Directing) และ

5) การควบคุมงาน (Controlling) โดยการเพิ่มขึ้นขั้นตอนการจัดบุคลากร (Staffing) ซึ่งประกอบด้วย การสรรหา การเลือก การปฐมนิเทศ ตลอดจนการพัฒนาบุคลากร และการมอบหมายงาน

จะเห็นว่ากระบวนการจัดการทางการพยาบาลที่กล่าวมาทั้งหมดมีส่วนคล้ายคลึงกันมาก จะต่างกันบ้างก็คือ การจัดการทางการพยาบาลของ มาร์รีเนอร์ - ทอมมี่ (Marriner - Tomy) ที่มีการแยกกระบวนการจัดบุคลากร (Staffing) ออกจากกระบวนการจัดระบบงาน (Organizing) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนการจัดการทางการพยาบาลภายในหน่วยงาน หรือหอผู้ป่วย กระบวนการจัดระบบงาน (Organizing) ก็น่าจะเพียงพอเนื่องจากบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้จัดการให้ หน้าที่ของผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่จะนำบุคลากรเหล่านั้นมาจัดระบบงานเพื่อให้การดำเนินงานดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอสรุปกระบวนการจัดการทางการพยาบาลของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนงาน (Planning) การจัดระบบงาน (Organizing) การอำนวยการ (Directing) และการควบคุมงาน (Controlling) ดังจะกล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ

2.1 การวางแผนงาน (Planning)

การวางแผนงาน หมายถึง การกำหนดแผนงานหรือวิธีปฏิบัติไว้เป็นการล่วงหน้า เพื่อผลสำเร็จตามที่ต้องการ การวางแผนจะมีขั้นตอนแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) การกำหนดเป้าหมาย และ 2) การวางแผนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าว (ธงชัย สันติวงษ์, 2535)

การวางแผนเป็นการใช้ความรู้ความสามารถกำหนดสิ่งที่จะปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามที่ต้องการในอนาคต ในการคาดการณ์ล่วงหน้าจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ประกอบกัน ขั้นตอนในการวางแผนที่สำคัญมีดังนี้

1. สืบรวจความต้องการและสถานการณ์แวดล้อม เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการที่จะนำมาเป็นแนวคิดในการวางแผน

2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการวางแผน วัตถุประสงค์ของสิ่งสำคัญของการวางแผน เพราะเสมือนเป็นจุดมุ่งหมายในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น ทั้งนี้วัตถุประสงค์ต้องสอดคล้องกับความต้องการในชั้นที่ 1 การกำหนดวัตถุประสงค์จะยึดหลักดังนี้

- 2.1 ชัดเจน และกระชับรัด
- 2.2 วัตถุประสงค์ต้องตอบสนองปัญหาและความต้องการได้
- 2.3 วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้สามารถปฏิบัติได้

3. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะต้องถูกต้อง แม่นตรง มิฉะนั้นทำให้เกิดการผิดพลาดในการวางแผนขึ้นได้ ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยพื้นฐานจะยึดหลักคำถาม 5W + 1H คือทำไมต้องทำ (why) ทำอะไร (what) ทำที่ไหน (where) ทำเมื่อไร (when) ใครเป็นผู้ทำ (who) และทำอย่างไร (how)

4. ดำเนินการวางแผนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ในชั้นลงมือวางแผนผู้วางแผนจะต้องตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ซึ่งมักจะมียุทธศาสตร์หลายทางโดยพิจารณา ทั้งข้อดี ข้อเสีย และวิธีการแก้ไข ก่อนนำแผนไปปฏิบัติในกรณีที่ต้องขออนุมัติ หรือของงบประมาณต้องดำเนินการตามแผน จากผู้มีอำนาจก่อนจึงนำแผนไปปฏิบัติได้

5. ติดตามประเมินผล เพื่อดูการดำเนินงานต่าง ๆ ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ อาจจำเป็นต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อการปฏิบัติ การติดตามประเมินผลควรทุกขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

แผนที่ที่ดีที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ควรมีลักษณะดังนี้ (สุนัตรา วัชรเกตุ, 2529)

1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจง
2. มีความยากง่ายและชัดเจน
3. มีความคงเส้นคงวาแต่สามารถยืดหยุ่นได้
4. มีความประหยัดและสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. มีการวิเคราะห์และแบ่งแยกประเภทของกิจกรรมและมีการกำหนดเกณฑ์ในการ

ประเมิน

6. เป็นแผนที่มีการมองการไกลในอนาคต
7. คำนิยามถึงจุดมุ่งหมายของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติด้วย
8. มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและการเมือง

9. มีการกำหนดทิศทางที่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ
10. สามารถดัดแปลงแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

ในองค์การการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลมีหน้าที่จะต้องตัดสินใจล่วงหน้าว่า องค์การจะต้องการผลสำเร็จเกี่ยวกับการบริการพยาบาลในเรื่องใด อย่างไรแล้วกำหนดแผนงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ในเรื่องนั้น ส่วนพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้บริหารหอผู้ป่วยจะวางแผนเกี่ยวกับการให้บริการการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ (ดวงดี สิง โขบล, 2533) เพื่อให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นไปตามปรัชญา และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล และสัมพันธ์กับแผนการรักษาของแพทย์ รักษามาตรฐานของการพยาบาลโดยให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และลักษณะของการประเมินได้ วางแผนและมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถของบุคลากร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อภิปรายปัญหากับผู้ตรวจการ อธิบายแผนการพยาบาลพร้อมทั้งสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติ รับผิดชอบ วางแผนด้านการสอนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Rinehart, 1969)

ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องวางแผนเพื่อให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งการวางแผน การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นได้ แม็คคีแชน (McKeehan, 1981) ได้เสนอแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับผู้บริหารไว้ดังนี้คือ

1. ควรจัดตั้งทีมงานหรือคณะกรรมการรับผิดชอบ ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะ
2. ควรสำรวจสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้แก่ความรู้ความสามารถของบุคลากรทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อช่วยในการกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการวางแผนได้อย่างถูกต้อง
3. จะต้องมีการซักถามอย่างเข้มแข็งจากผู้บริหารโรงพยาบาลที่จะนำแผนการจำหน่ายมาใช้ในโรงพยาบาล การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และความจริงจังที่จะทำให้การวางแผนการจำหน่ายประสบผลสำเร็จ

4. แผนการจำหน่ายที่ได้รับการกำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายแล้วนั้นจะต้องมีการอภิปรายให้ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วยได้รับทราบทั่วกัน

5. ในการวางแผนควรอยู่ภายใต้ความร่วมมือของสหสาขาวิชา

6. การกำหนดกิจกรรม และวิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ควรเขียนเป็นขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ และการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน

ในขณะเดียวกันนี้ผู้บริหารจะต้องวางแผนในการประเมิน และควบคุมแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายดังนี้คือ

7. ต้องมีที่ปรึกษาสำหรับประเมินแผนการจำหน่ายเป็นระยะ ๆ จากทีมสุขภาพทุกสาขา เพื่อปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย

8. ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบเพื่อประโยชน์ด้านการตรวจสอบทางการพยาบาล และด้านสถิติ

9. กำหนดวิธีติดตามผลอย่างชัดเจน

10. ต้องมีการประเมินผลแผนการจำหน่ายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ดังนั้นในการวางแผนงานที่ให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้บริหารหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องเตรียมการเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ ตามกิจกรรมต่อไปนี้คือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมาใช้ในหอผู้ป่วย การวางแผนประเมินผลการรักษาพยาบาล และการวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 การจัดระบบงาน (Organizing)

การจัดระบบงาน หมายถึง การกำหนดความสัมพันธ์ ระหว่างกิจกรรมบุคคล และปัจจัยสำคัญทางกายภาพที่สามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ (Robbins, guotedin Langford, 1981)

การจัดระบบงาน หมายถึง การนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้อย่างเป็นระบบระเบียบและจัดคนเพื่อปฏิบัติงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายโดยให้แต่ละคนทำงานอย่างเต็มที่และให้ได้ผลดีที่สุด (ประภา ลัมประสูตร, 2528)

ครอน (Kron, 1981) กล่าวว่า การจัดระบบงานเป็นการจัดกลุ่มหน้าที่ และการมอบหมายงานภายในงานเพื่อให้ปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ซึ่งจะประกอบไปด้วยการกำหนดอำนาจหน้าที่ของแต่ละคนอย่างสมบูรณ์ และแนวทางการปฏิบัติในแต่ละหน้าที่ของแต่ละคน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการจัดระบบงานทางการพยาบาลจึงเป็น การผสมผสานปัจจัยต่าง ๆ ทาง การพยาบาล เพื่อช่วยให้สมาชิกในทีมการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งต้องมีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาล แต่ละคนให้ชัดเจนไม่ให้มีการ ก้าวก้ำก้ำหน้าที่ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการจัดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลให้มีความพร้อมในการ ดำเนินงานต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี นั่นเอง

การจัดระบบงานประกอบด้วย (ประภา ลัมประสูตร, 2528)

1. การแบ่งงานออกเป็นกลุ่มหรือแผนก ตามลักษณะงาน อาคารสถานที่ หรือผู้ปฏิบัติ
2. การจัดบุคคลที่จะทำงานในแต่ละแผนกตามความรู้ สามารถ และประสบการณ์ รวมทั้งความพอใจของบุคคล
3. การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ ให้มีความ สะดวกในกาปฏิบัติงาน และบรรยากาศที่จูงใจให้ทำงาน
4. กำหนดความสัมพันธ์ติดต่อกันระหว่างบุคคลภายในกลุ่มงาน และระหว่างกลุ่มงาน สรุประบวนการจัดกลุ่มกิจกรรม การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ และกำหนดการติดต่อสัมพันธ์ในการ ทำงาน เพื่อช่วยให้หน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงวัตถุประสงค์ร่วมกัน

หลักในการจัดระบบงานประกอบด้วย

1. ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน และของแต่ละงานให้ชัดเจน การจัดงาน ควรให้ความซับซ้อนน้อยที่สุด และสามารถยืดหยุ่นได้
2. การจัดกลุ่มกิจกรรม และความรับผิดชอบที่มอบหมายให้แต่ละคนปฏิบัติควร ครอบคลุมงาน หรือหน้าที่เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง
3. การกำหนดอำนาจหน้าที่ ต้องแสดงสายการบังคับบัญชาจากระดับบนสุดถึงระดับ ล่างสุดของหน่วยงาน อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งจะต้องกำหนดไว้ให้

ชัดเจน อำนาจในการปฏิบัติหรือริเริ่มงาน ควรมอบหมายให้แก่ผู้ที่มีตำแหน่งใกล้ชิดกับการปฏิบัติงานจริง ให้มากที่สุด และควรมีลำดับชั้นของอำนาจหน้าที่ให้น้อยที่สุด

4. การกำหนดการติดต่อ สัมพันธ์ ควรจำกัดจำนวนคนหรือตำแหน่งที่จะต้องควบคุม นิเทศ โดยผู้บังคับบัญชาคนหนึ่ง ๆ และผู้บังคับบัญชาระดับสูงสุด ควรมีอำนาจสิทธิขาดต่อการกำกับ ของผู้ใต้บังคับบัญชา

กระบวนการจัดระบบงานของโรงพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณากิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างให้ครบถ้วน เพื่อจะให้ทราบถึงการ พยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยทั้งหมดนั้นเมื่อะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 2 วินิจฉัยสิ่งที่จะต้องกระทำ โดยพิจารณากิจกรรมพยาบาลว่า มีงานประเภทใด บ้าง และใครจะเป็นผู้ปฏิบัติ ในขั้นนี้เองที่จะต้องมีการกำหนดขอบเขตงานให้ชัดเจนและให้อำนาจ หน้าที่ขึ้นการปฏิบัติงานไปด้วย

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดจำนวน ประเภท และประสบการณ์ของบุคลากร โดยพิจารณาปริมาณ และลักษณะของการให้การพยาบาล เพื่อจะได้มอบหมายได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 จัดระบบระเบียบในการปฏิบัติงาน เพื่อให้แต่ละคนได้ปฏิบัติงานได้

การจัดระบบงานในหอผู้ป่วยประกอบด้วย (กุลยา ตินตผลาชีวะ, 2525)

1. ระบบการมอบหมายงาน ให้แก่บุคลากรตามลักษณะงาน กำหนดระเบียบการ มอบหมายงานต้องเป็นลายลักษณ์อักษร และถือเป็นหลักปฏิบัติที่แน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการ มอบหมายงานให้ทีมการพยาบาล นำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปปฏิบัติ หรืองานมอบหมายให้ หัวหน้าทีมการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้บริหารหอผู้ป่วยจะต้องมอบหมายงานให้เหมาะสม กับความสามารถของบุคลากรแต่ละคน พร้อมกับการอธิบายขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบ และ บทบาทของแต่ละคนให้ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ ไม่ก้าวก่ายหน้าที่ซึ่งกันและ กัน อันจะทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุดจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2. ระบบการปฏิบัติงานประจำ เพื่อให้บุคลากรอยู่ในระบบระเบียบ เช่น ระบบการ อยู่เวร กำหนดระเบียบการลา การแลกเวร เป็นต้น และเพื่อการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เรือรั้งผู้บริหารหอจำเป็นต้องกำหนดระบบการปฏิบัติงานประจำของบุคลากร ให้เพิ่มขึ้นนอกเหนือ

จากงานที่ปฏิบัติประจำ เช่น จะต้องให้มีการสอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเรื้อรังภายในหอผู้ป่วย
อย่างเป็นระบบ และมีแบบแผนเป็นต้น

3. ระบบการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติถือเป็นหัวใจของการ
วางแผนการจำหน่ายผู้บริการหอสามารถที่จะจัดระบบระเบียบเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
และญาติ ให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ เช่น การจัดเวลาให้ญาติมีส่วน
ร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมของตัวผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม
ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ เป็นต้น

4. ระบบการติดต่อสื่อสาร และการประสานงาน อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ใช้ระหว่าง
สมาชิกในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และชุมชน หรือแม้แต่ระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพที่
ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยกันเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้านได้ (Gikow
et al., 1985) ผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงควรจัดระบบการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานที่มี
ประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดระเบียบการประสานงานระหว่างแผนก การใช้รูปแบบรายงาน การ
ส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล หรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ
 เป็นต้น

5. ระบบข้อมูล ระบบข้อมูลภายในหอผู้ป่วยมี 3 ชนิดคือ การบันทึกรายงานผู้ป่วย
บันทึกทะเบียนสถิติ และคู่มือการปฏิบัติทางการพยาบาลต่าง ๆ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525)
และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่จะส่งผลให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และมีมาตรฐานสูงสุดต้อง
อาศัย การบันทึกที่เป็นระบบระเบียบ (McKeehan, 1981) ดังนั้นผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงควรมี
การจัดให้มีระบบข้อมูลภายในหอผู้ป่วยให้เป็นระบบระเบียบ เช่น การจัดให้มีแบบฟอร์มการส่งต่อที่
มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งจะช่วยให้เป็นเครื่องมือที่สะดวกสำหรับการส่งต่อข่าวสารของผู้ป่วย
จากหน่วยหนึ่ง ไปสู่อีกหน่วยงานหนึ่ง จัดให้มีแบบประเมินปัญหาผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ และสังคม จัดให้มีแผนการสอน และคู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและญาติ ไว้ประจำหอผู้ป่วย
 เป็นต้น

โดยสรุปกิจกรรมด้านการจัดระบบงานของผู้บริการหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับ
การดูแลต่อเนื่อง จึงเป็นการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย อันได้แก่ บุคลากร และอุปกรณ์ต่าง ๆ
มาจัดระบบระเบียบ เพื่อให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานให้ดำเนินไปด้วยดี และระบบงานที่ผู้บริหาร

หอควรจัดให้มีขึ้น คือ ระบบการมอบหมายงาน ระบบการปฏิบัติงานประจำ ระบบการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติ ระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน และระบบข้อมูล

2.3 การอำนวยการ (Directing)

การอำนวยการ หมายถึง การตรวจตรา การชี้แนะการทำงานให้แก่ผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้การดำเนินงานขององค์การ หรือหน่วยงานบรรลุเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ (สลัักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530)

การอำนวยการเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย โดยที่ผู้ใต้บังคับบัญชาต้องให้การจงใจให้ผู้บังคับบัญชาทำงานอย่างเต็มความสามารถ และการนิเทศตรวจตรา สอน และแนะแนวให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ (Kron, 1981)

การอำนวยการ เป็นการกระทำเพื่อให้บุคคลหรือผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ โดยการใช้ภาวะผู้นำ การจงใจ และทักษะการติดต่อสื่อสาร (Marriner-Tomey, 1992)

กิจกรรมหรือองค์ประกอบของการอำนวยการประกอบไปด้วย การจงใจ (Motivation) การติดต่อสื่อสาร (Communication) และการนำหรือความเป็นผู้นำ (Leadership) (Koont and O'Donnell, 1968 อ้างถึง ใน จุมพล หนิมพานิช, 2530)

โดยสรุป การอำนวยการทางการพยาบาลจึงหมายถึง กิจกรรมที่ผู้บริหารหอผู้ป่วย ในฐานะหัวหน้าหน่วย พยายามกระทำให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติภารกิจพยาบาลได้ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้อย่างเต็มความสามารถ โดยอาศัยองค์ประกอบทั้ง 4 อย่างคือ 1) การเป็นผู้นำ (Leadership) 2) การจงใจ (Motivation) 3) การติดต่อสื่อสาร (Communication) และ 4) การนิเทศ (Supervision) ดังนี้คือ

1) การเป็นผู้นำ (Leadership)

การเป็นผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอำนวยการเพราะผู้นำเท่านั้นที่จะโน้มน้าวจิตใจของผู้ปฏิบัติให้คล้อยตามได้ และยังปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย อย่างเต็มความสามารถ

ด้วยความเต็มใจอีกด้วย จึงมีผู้ให้ความหมายของการเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำไว้ต่าง ๆ กันซึ่งผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

การเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำมีทั้งส่วนที่เป็นพฤติกรรมของผู้นำได้แก่ การมีอิทธิพลในการที่จะทำให้สมาชิกในกลุ่มยอมรับด้วยความสมัครใจ จึงนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายคงสภาพของการทำงานเป็นกลุ่มไว้ได้ (Barker, 1979) ส่วนที่บอกความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตาม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการที่ผู้นำจะมีความพยายามมุ่งมั่นต่อผู้ตามในกลุ่ม เพื่อดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Clark and Shea, 1979) ส่วนการใช้อำนาจหน้าที่หรือศิลปะ ได้แก่ การที่ผู้นำใช้อิทธิพลหรืออำนาจที่มีอยู่ต่อผู้ใต้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อปฏิบัติการและอำนวยความสะดวกโดยใช้กระบวนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการและเป็นศิลปะในการชักจูงผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มใจ และความสามารถ (ฉายศิลป์ เชี่ยวชาญนิพนธ์ และคณะ, 2527)

ดังนั้นการเป็นผู้นำจึงต้องมีทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะผู้นำจะต้องมีหลักการหรือทฤษฎีในการเป็นผู้นำ และในขณะเดียวกันก็ต้องใช้ความสามารถส่วนบุคคล อันเป็นศิลปะของผู้นำในการที่จะนำหลักการนั้นมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม จึงจะช่วยให้ภาวะผู้นำประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะงานด้านการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น กระทำเป็นทีมไม่เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ยังมีทีมของแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ ซึ่งผู้บริหารหอผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบ และพยายามให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ การใช้ภาวะผู้นำโดยการใช้อำนาจหน้าที่ จึงไม่เป็นการเพียงพอ เนื่องจากผู้บริหารหอผู้ป่วยไม่มีอำนาจโดยตรงต่อบุคลากรอื่น ๆ นอกจากบุคลากรพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นอำนาจของผู้บริหารหอจึงมาจาก ความสามารถด้านการปฏิบัติงาน และอำนาจส่วนบุคคลจึงจะทำให้มีอิทธิพลเหนือบุคลากรอื่น ๆ และสามารถนำให้ทีมการทำงาน สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้

โดยสรุปเพื่อให้การอำนวยความสะดวก โดยใช้ภาวะผู้นำของผู้บริหารหอผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ผู้บริหารหอผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นผู้นำ โดยการพัฒนาความรู้ ความสามารถในภารกิจที่ต้องปฏิบัติทั้งด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล และภารกิจทางการบริหาร รวมทั้งพัฒนาบุคลิกภาพ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับนับถือแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน อันจะก่อให้เกิดความเลื่อมใส ศรัทธา และเชื่อมั่นในตัวผู้บริหารหอผู้ป่วย และพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้เต็มที่

2) การจูงใจ (Motivation)

การจูงใจ หมายถึง ความกระตือรือร้นในการทำงานนั่นเอง และการที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งจะทำงานเป็นผลสำเร็จออกมาได้ดี หรือมากน้อยเพียง ไตนั้นย่อมขึ้นอยู่กับกาจูงใจเป็น สำคัญ (ธงชัย สันติวงษ์, 2535)

ในการอำนวยความสะดวกเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น พยาบาลผู้บริหารทอผู้ป่วย จะต้องจูงใจบุคลากรเพื่อให้บุคลากรแต่ละคนได้ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ และในการจูงใจ บุคลากรในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินงานนั้น ผู้บริหารทอจะต้องทราบ ว่าจำเป็นจะต้องมีการปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างไร จึงจะทำให้เกิดความพึงพอใจ มีกำลังใจที่จะทำงาน นอกจากนี้ ผู้บริหารทอผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับทฤษฎีการจูงใจดังนี้คือ การให้รางวัล และการลงโทษ, ทฤษฎีการจูงใจของ มาสโลว์ (Maslow) และ ทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg ดังนี้คือ

1. การให้รางวัลและการลงโทษ ในสมัยดั้งเดิมเราจะใช้วิธีการจูงใจโดยการ ให้รางวัล สำหรับคนที่มีควมดี ได้แก่ การให้เงินตอบแทน ให้ตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือให้การ ยกย่อง และจะลงโทษผู้กระทำผิดโดยการลดขั้นเงินเดือน การโยกย้ายไปในถิ่นทุรกันดาร และการไม่ให้การยอมรับ เป็นต้น แต่ในปัจจุบันนี้เรามักจะเป็นการให้รางวัลมากกว่าการลงโทษจะไม่ ช่วยให้คนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวร แต่อย่างไรก็ตามการให้รางวัลและการลงโทษก็ยังคง เป็นปัจจัยพื้นฐานในการจูงใจคนทำงาน พยาบาลผู้บริหารทอผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องรู้จักเลือก ใช้วิธีการทั้งสองอย่างให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์

2. ทฤษฎีการจูงใจของ Maslow

Maslow ได้สรุปลักษณะการจูงใจว่า จะเป็นไปตามลักษณะความต้องการ อย่างมีระเบียบ ลำดับชั้นของความต้องการก็คือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ซึ่งเป็น ความต้องการพื้นฐานขั้นแรกของมนุษย์ เช่น ความต้องการด้านร่างกาย คือ ที่อยู่อาศัย อาหาร น้ำ และยารักษาโรค เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ความต้องการด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคง (Security or Safety needs) ภายหลังจากที่ร่างกายได้รับการตอบสนองในสิ่งจำเป็นต่าง ๆ แล้ว มนุษย์ก็จะ เริ่มคิดว่าความปลอดภัยและความมั่นคง

ขั้นที่ 3 ความต้องการทางสังคม (Social or Belonging needs) คือ ความต้องการที่มีโอกาสเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ โดยอยากจะสมาคมกับผู้อื่น รวมตลอดทั้งจะได้รับมิตรภาพการยอมรับและความเห็นใจจากกลุ่มเพื่อนฝูง ซึ่งจะเป็นความต้องการด้านจิตใจมากขึ้น

ขั้นที่ 4 ความต้องการที่จะมีฐานะเด่นในสังคม (Esteem or status needs) คือ ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับในความสามารถ ความรู้ และความสำคัญในตัวของตัวเอง รวมตลอดทั้งการมีฐานะเด่น เป็นที่ยอมรับและยกย่องของบุคคลอื่น หรืออยากจะให้บุคคลอื่นสรรเสริญ หรือนับหน้าถือตาเป็นต้น

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิดทุกอย่าง (Self-Actualization or Self-realization) เป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งจะมีลักษณะกว้างขวางมากและจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ตามที่แต่ละคนจะนึกคิดและถือเป็น "ความฝันอันสูงสุด" ของตนเอง

3. ทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg

Herzberg ได้คิดค้นทฤษฎีการจูงใจในการทำงาน ซึ่งทำให้เข้าใจได้ว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาจากแต่ละคน ดังนั้นการจะสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่ดีต้องมีการจัด และ กำหนดปัจจัยทั้งที่บำรุงจิตใจ และที่ใช้จูงใจให้มีทั้งสองอย่างควบคู่กันซึ่งสามารถแยกได้ดังนี้คือ

ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยที่ใช้จูงใจ (Motivators) จะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ที่มีและมีผลต่อความพอใจเกี่ยวกับงานที่ทำก็คือ ความสำเร็จ การยอมรับ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้า และคุณลักษณะของงานนั้น ๆ

ปัจจัยที่สองเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับ การบำรุงจิตใจ (Hygiene or maintenance Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลในทางป้องกันเป็นส่วนใหญ่ คือปัจจัยเหล่านี้จะไม่สามารถสร้างแรงจูงใจได้แต่อาจจะเป็นอุปสรรคหรือบั่นทอนมิให้แรงจูงใจมาได้คือ หากบกพร่องก็ จะเกิดภาวะอึดอัดใจ ซึ่งมีแนว โนมเป็นผลที่ไม่ดีมีกจะเกิดขึ้นภายใต้ เหตุการณ์ของงานที่ทำอยู่คือ ฐานะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับหัวหน้างานกับเพื่อนร่วมงานและกับลูกน้อง เทคนิคในการบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร ความมั่นคงในงาน สภาพการทำงาน เงินเดือน และเรื่องราว ส่วนตัวที่ถูกกระทบโดยสภาพงาน

โดยสรุป พยาบาลผู้บริหารหรือผู้ป่วยสามารถจูงใจให้บุคลากรภายในหน่วยงานปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้เต็มความสามารถ โดยการนำความรู้ของทฤษฎีการจูงใจมาใช้ เช่น การให้รางวัลหรือการให้คำชมเชยแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานดี เข้าใจความต้องการพื้นฐานของบุคลากรแต่ละคน และพยายามตอบสนอง แสดงให้เห็นถึง ความมีคุณค่าของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และรักษาซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพทุกคน ย่อมเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพได้

3) การติดต่อสื่อสาร (Communication)

การติดต่อสื่อสาร หมายถึง กระบวนการ การส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร และความเข้าใจจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง (Davis, 1972 cited by McKeehan and others, 1981) องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสารมี 5 ประการคือ 1) ผู้ส่ง (Sender) 2) ข่าวสาร (Message) 3) วิธีการส่งข่าวสาร (Channel) 4) ผู้รับข่าวสาร (Receiver) และ 5) ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) โดยที่การติดต่อสื่อสารจะต้องทำให้ครบทั้ง 5 องค์ประกอบจึงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพได้

ระดับการติดต่อสื่อสาร แบ่งได้เป็น 2 ระดับคือ

1. การติดต่อสื่อสารตามแนวตั้ง (Vertical Communication) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การติดต่อสื่อสารจากบนลงล่าง (Downward Communication) เป็นการส่งข่าวสารจากผู้บังคับบัญชาลงมา ตามสายงานจนถึงผู้ปฏิบัติ เป็นวิธีที่ใช้ในการสั่งการและการให้คำแนะนำ และการติดต่อสื่อสารจากล่างขึ้นไปบน (Upward Communication) เป็นการสื่อสารที่ผู้ใต้บังคับบัญชา แสดงความคิดเห็นหรือเสนอรายงานผลงานหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในการทำงานให้ผู้บังคับบัญชารับทราบ
2. การติดต่อสื่อสารตามแนวนอน (Horizontal Communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลที่อยู่ในระดับเดียวกันติดต่อสื่อสารกัน บุคคลนั้นอาจจะอยู่ในแผนกเดียวกัน หรืออยู่ต่างแผนกกันก็ได้ และไม่ใช้บุคคลที่อยู่ในสายการบังคับบัญชาซึ่งกันและกัน

ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่ใช่เป็นงานที่คนใดคนหนึ่งจะทำสำเร็จได้คนเดียว แต่งานที่ต้องเกี่ยวข้องกันอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจะต้องเป็นตัวกลางของการติดต่อสื่อสารระหว่าง

งานหลายแห่ง พยาบาลจึงต้องมีหน้าที่รับผิดชอบอย่างสูงต่อการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย และการพยาบาลให้ต่อเนื่อง เกิดประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ระดับการติดต่อสื่อสารในหอผู้ป่วยจึงเกิดขึ้นได้ทั้ง 2 แบบ

และการที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารเป็นพื้นฐานสำคัญ ระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และชุมชน (Gikow et al, 1985) การติดต่อสื่อสารระหว่างสหสาขาทีมสุขภาพ จึงถือเป็นหัวใจสำคัญที่บุคคลในแต่ละสาขาต้องติดต่อสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และบทบาทของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงต้องใช้ระดับของการติดต่อสื่อสารทั้ง 2 ระดับ คือ เป็นทั้งสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา คือบุคลากรภายในหน่วยงาน กับผู้บริหารระดับสูงกว่าคือ ผู้ตรวจการหรือหัวหน้าพยาบาล ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารในแนวดิ่ง และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่นแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น อันเป็นการติดต่อสื่อสารในแนวนอน ซึ่งไม่ใช่ผู้บังคับบัญชาของผู้บริหารหอผู้ป่วย ดังนั้น ผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงต้องมีความสามารถและมีทักษะในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี จึงจะสามารถทำให้การดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องบรรลุเป้าหมายได้ และวิธีการส่งข่าวสารที่ดี จึงควรมีลักษณะดังนี้คือ

- 1) ทันเวลา
- 2) เปิดโอกาสให้โต้ตอบกัน เพื่อจะได้ประเมินว่าข่าวสารนั้นได้ผลตามจุดมุ่งหมายหรือไม่
- 3) ประหยัดเวลาและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) มีการบันทึกเป็นหลักฐานในการตรวจสอบภายหลังได้ และ
- 5) เหมาะสมกับชนิดของข่าวสาร

โดยสรุป การติดต่อสื่อสารจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการอำนวยความสะดวกทางการพยาบาลที่ผู้บริหารหอผู้ป่วยสามารถใช้เพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ สามารถดำเนินไปได้ เพราะการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ๆ และต้องใช้บุคลากรหลายระดับ การติดต่อสื่อสารจึงช่วยให้ทุกฝ่ายรับทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เรื่องข้อตกลงการวางแผนการจำหน่ายหรือการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง และชัดเจน

4) การนิเทศ (Supervision)

ความหมายของการนิเทศ คือ วิธีการที่จะปรับปรุงการพยาบาลโดยการส่งเสริมแรงเร้า อุปลักษณ์การเจริญงอกงาม และอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ (Perrodin, อ้างถึงใน วิเชียร ทวีลาภ, 2527)

การพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ซึ่งไม่ควรให้มีการผิดพลาดเกิดขึ้น แต่สามารถป้องกันได้โดยมีการติดตาม และตรวจตราการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการติดตาม และตรวจตราก็คือ กิจกรรมการนิเทศนั่นเอง การนิเทศไม่ใช่ตำแหน่ง (Position) หรืองาน (Job) แต่เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic Process) ซึ่งผู้นิเทศได้ปฏิบัติกิจกรรมโดย กระตุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชา ในการนิเทศจะต้องเลือกบุคคลเป็นศูนย์กลาง และต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ความต้องการของมนุษย์ และการจูงใจให้มี กิจกรรมร่วมกัน จึงจะสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาคนและงาน โดยอย่างมีประสิทธิภาพ

การนิเทศงานการพยาบาล เป็นการพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลด้วยวิธีการชี้แนะ สอน ช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวก เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ส่วนการนิเทศงานบริการพยาบาลจะหมายถึง กิจกรรมที่จัดกระทำขึ้นเพื่อสนับสนุน บุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถให้บริการพยาบาลตรงตามเป้าหมายและนโยบายการบริการ พยาบาลของหน่วยงาน (ประนอม โอทกานนท์, 2533)

ผู้บริหารหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งในการบริการพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่ระยะแรก (First - Level executive or administrator) และได้รับการ คัดหวังในเรื่องการบริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตลอดจนสังคมซึ่งกิจกรรม เหล่านี้หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จได้ด้วยตัวคนเดียวต้องการความร่วมมือ ช่วยเหลือจากบุคคลหลายประเภทด้วยกัน บุคลากรเหล่านี้จะปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ ย่อมขึ้นอยู่กับ การนิเทศที่มีคุณภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะให้แก่บุคลากรแต่ละระดับ (พวงรัตน์ บุญญาธิรักษ์, 2525) เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรให้สามารถให้บริการพยาบาลตามเป้าหมายและนโยบายการ บริการพยาบาลของหน่วยงานได้

การนิเทศงานการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมการวางแผน การนำ การสอน การ สนับสนุน ให้กำลังใจ การแก้ไขข้อผิดพลาด และการประเมินผล บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้ทำ หน้าที่นี้เทศก์ คือ การโน้มน้าวจิตใจของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความตั้งใจทำงาน ทำให้ เขารู้สึกว่างานการพยาบาลเป็นงานท้าทาย น่าสนใจ มีประ โยชน์ต่อตนเองและคนอื่น ๆ ประคับ-

ประกอบช่วยเหลือบุคลากรให้พัฒนาตนเอง บอกแหล่งการเรียนรู้หรืออภิปรายปัญหาทางการพยาบาลหรือปัญหาอื่น ๆ กับผู้รับการนิเทศ (ประนอม โอทกานนท์, 2533) ผู้บริหารหรือผู้ป่วยในฐานะพยาบาลผู้นิเทศงานบริการภายในหอผู้ป่วยจะต้องทำการนิเทศอย่างมีแบบแผนและขั้นตอนตามกระบวนการต่อไปนี้คือ

ขั้นที่ 1 การวางแผนการนิเทศ เป็นการกำหนดขอบข่ายและกิจกรรมไว้ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะต้องครอบคลุมตั้งแต่วัตถุประสงค์กิจกรรมที่ปฏิบัติ และเวลาในการปฏิบัติ โดยจะต้องมีการศึกษาสภาพแวดล้อม ความต้องการและปัญหาต่าง ๆ เป็นประเมินสถานการณ์ที่จำเป็นต่อนิเทศ แล้วจึงจัดลำดับความสำคัญเพื่อนำมากำหนดเป็นแบบแผนการนิเทศ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการนิเทศ เป็นการนำแผนการนิเทศที่วางใจแล้วมาเนนการเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่ค้นพบ ซึ่งผู้นิเทศสามารถนำกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้ในการนิเทศ ได้แก่ การเยี่ยมตรวจ (Nursing round) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) การสอน (Teaching) การให้คำปรึกษา (Counseling) วิธีการแก้ปัญหา (Problem solving) และการสังเกต (Observation)

ขั้นที่ 3 การติดตามประเมินผลการนิเทศ การประเมินผลการนิเทศจะช่วยให้ผู้นิเทศทราบถึงสิ่งใดที่ได้ปฏิบัติไปแล้วในการนิเทศประสบผลสำเร็จเพียงใด เพื่อนำมาตัดสินใจในการปรับปรุงแผนการนิเทศต่อไป ซึ่งการประเมินผลเป็นการแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่ผู้นิเทศอีกด้วย

โดยสรุป การนิเทศจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้บริหารหอผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรภายในหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนืองของผู้ป่วยเรื้อรัง มีประสิทธิภาพสูงสุด มีความถูกต้อง ปลอดภัย และสมบูรณ์

ดังนั้น การอำนวยการทางการพยาบาลจึงเปรียบได้กับขั้นตอนการลงมือปฏิบัติโดยที่พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย นำแผนการที่วางไว้ และความสะดวกที่จัดเตรียมไว้ในขั้นการวางแผนงาน และการจัดระบบงานมาดำเนินการเพื่อช่วยให้ผู้ที่ปฏิบัติงานทุกคนทำงานได้อย่างราบรื่นตามหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคน และมุ่งตรงไปยังจุดมุ่งหมายเดียวกัน กิจกรรมด้านการอำนวยการทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนือง จึงประกอบด้วย การใช้ภาวะผู้นำการจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ การนิเทศและแนะแนวบุคลากรพยาบาล และการรักษาไว้ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.4 การควบคุมงาน (Controlling)

การควบคุมงานเป็นกิจกรรมบริหารงานที่สำคัญอย่างยิ่งอีกขั้นตอนหนึ่งที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ตามที่ ฟลิปโป (Flippo, 1970) กล่าวว่า การควบคุมงาน หมายถึง การบังคับให้กิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ส่วน เซอร์วิน (Sherwin, 1964) กล่าวว่า การควบคุมเป็นการดำเนินงานเพื่อที่จะปรับปรุงงานนั้นให้เข้ากับระดับมาตรฐานที่กำหนดไว้ และ ธงชัย สันติวงษ์ (2535) ให้คำจำกัดความของการควบคุม คือ การจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนได้ทำทุกอย่าง เป็นไป ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ในแผน โดยการตรวจสอบผลงานที่ทำได้จริง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ และดำเนินการแก้ไขข้อแตกต่างที่เกิดขึ้น

ดังนั้น การควบคุมงานทางการพยาบาลจึงหมายถึง การกำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น เป็นระเบียบเพื่อให้การบริการพยาบาลบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการแก้ไขปัญหาค้าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

การควบคุมมีความสำคัญต่อการบริการการพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะในการดำเนินงานให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก และต้องดำเนินการร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่มีคุณภาพ จึงจำเป็นจะต้องมีการควบคุมเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยการปฏิบัติงานที่เบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างทันทั่วทั้งที่ การควบคุมที่เหมาะสมนอกจากจะทำให้การบริหารการพยาบาลมีประสิทธิภาพแล้ว ยังมีผลต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรงกล่าวคือ จะช่วยให้บุคลากรแต่ละคนมีความตื่นตัว มีความรับผิดชอบพร้อมที่จะรับการตรวจสอบ และยังทำให้ผู้บริหารมีโอกาสทราบถึงระดับความสามารถที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน และสามารถวางแผนพัฒนาความรู้ความสามารถได้อย่างเหมาะสม (ดวงดี สิงห์ไชย, 2533)

องค์ประกอบของการควบคุมงานในการบริหารงานการพยาบาลมี 3 ประการ คือ

1. การกำหนดมาตรฐานไว้ล่วงหน้า ตามที่ผู้บริหารได้กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าแล้วในขั้นตอนการวางแผน สามารถใช้เป็นมาตรฐานสำหรับเปรียบเทียบดูผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามสิ่งที่มุ่งหวังหรือไม่
2. การตรวจสอบผลการปฏิบัติงานการมาตรฐาน
3. การดำเนินการแก้ไขที่จะนำไปสู่มาตรฐาน

ผู้บริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 งานใหญ่ ๆ คือ

งานที่ 1 การประเมินผลการพยาบาล คือ การประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลได้บรรลุตามเป้าหมายของการพยาบาลที่ตั้งไว้หรือไม่ เช่น การประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยขณะรับบริการ โดยการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ จากทั้งผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงานตลอดจนผู้ป่วยหรือญาติที่รับบริการจากการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล (Nursing rounds) และการนิเทศงาน และประเมินจากรายงานการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เป็นต้น

งานที่ 2 การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อวัดความสามารถและความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารการพยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินด้วยตนเอง ขณะที่ทำการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล และนิเทศงานการพยาบาลได้ โดยการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่นั้นโดยตรง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจเป็นแบบบันทึกพฤติกรรม (anecdotal record), แบบตรวจรายการ (check list), แบบกำหนดพฤติกรรม (rating scale) หรือแบบจัดอันดับพฤติกรรม (ranking scale) และจากการสัมภาษณ์ (Interview) (อุตมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534)

ในระดับหอผู้ป่วย ผู้บริหารหอผู้ป่วยจึงต้องมีหน้าที่โดยตรงต่อการควบคุมคุณภาพการบริการการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยกิจกรรมการควบคุมงานจึงต้องมีทั้งการประเมินผลการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลภายในหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตประสิทธิภาพของการให้บริการพยาบาลโดยสังเกตจากลักษณะอาการของ

ผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกับสอนหรือสาธิตเทคนิคการพยาบาลใหม่ ๆ แก่บุคลากรทางการพยาบาล (Rinehart, 1969)

ในผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเรื้อรังรับการรักษาอยู่ พยาบาลผู้บริหารหรือผู้ป่วยจึงต้องมีการควบคุมงานเพื่อดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเรื้อรังบรรลุเป้าหมายคือได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว โดยการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานได้จากกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินผลการพยาบาลที่ได้รับพร้อมให้คำแนะนำและสอนในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังขาดอยู่หรือปฏิบัติได้ไม่ดีพอ การตรวจเยี่ยมบุคลากรพยาบาลขณะปฏิบัติงานเพื่อให้คำแนะนำ และสาธิตเทคนิคการพยาบาลใหม่ ๆ การประเมินผลการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น จากจดหมายของผู้ป่วยและญาติ จดหมายตอบกลับจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ เป็นต้น การประเมินความพึงพอใจในบริการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับขณะรับการรักษา ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งความสามารถและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

โดยสรุป การควบคุมงานจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้บริหารหรือผู้ป่วยสามารถใช้ในการกำกับและดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเรื้อรังบรรลุเป้าหมายได้ โดยการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยและญาติ และบุคลากรพยาบาลขณะปฏิบัติงาน การประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง และการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง

องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้บริหารหรือผู้ป่วย

จากแนวคิดของการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับระบบการบริการทางสุขภาพนั้น และหน่วยบริการทางสุขภาพ หรือ โรงพยาบาล อันมีหรือผู้ป่วยเป็นหน่วยงานสำคัญต่อการให้บริการทางสุขภาพต่อผู้ป่วย ก็ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทที่มุ่งให้การพยาบาลภายในสถานบริการเป็นมุ่งให้บริการสู่ชุมชน หรือต้องใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อสนองกับความต้องการและสภาพปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพคือ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีความต้องการ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีหน้าที่จัดบริการพยาบาลให้สนองความต้องการดังกล่าว การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล และการส่งตัวผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นงานที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วยถึงแม้ไม่ได้ปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่หัวหน้าหอต้องรับผิดชอบให้งานบริการพยาบาลนั้นบรรลุเป้าหมาย โดยการร่วมวางแผนการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล อำนวยความสะดวกและการปฏิบัติพยาบาลนั้นให้เป็นไปได้อย่างถูกต้อง (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525) ซึ่งก็คือการจัดการทางการพยาบาลนั่นเอง และองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการให้หน่วยงานประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย คือ 1) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับกระบวนการบริหาร ความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย 2) เจตคติ (Attitude) ที่ดีต่อตำแหน่งหน้าที่ และงานที่ปฏิบัติอยู่ และ 3) ความสามารถ (Ability) ได้แก่ ทักษะต่าง ๆ ในการตัดสินใจและวิธีแก้ปัญหาซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ทางการบริหาร อันจะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงาน (Calender, 1963 อ้างใน อุตมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534) ซึ่งทั้งหมดนี้นักพฤติกรรมศาสตร์มีความเชื่อว่า เป็นองค์ประกอบภายในบุคคล เป็นผลมาจากการมีชีวิตอยู่ในสังคม การเรียนรู้จากสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติของบุคคลออกมาเป็นผลรวม เรียกว่าพฤติกรรม ซึ่งมีส่วนประกอบ 3 ส่วนด้วยกันคือ (Bloom, 1956 อ้างใน กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530)

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain)

เป็นการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า ซึ่งเป็นผลของการเรียนรู้ที่เป็นความสามารถด้านความคิดทั้งสิ้น เมื่อบุคคลเรียนรู้ เกิดความคิดรวบยอดใหม่ ๆ ขึ้น ย่อมจะพัฒนาด้านความคิดในสมรรถนะที่สูงขึ้นโดยเกิดความเข้าใจนำเอาความรู้ไปใช้ ไปคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้

2. พฤติกรรมด้าน เจตคติ อารมณ์ หรือด้านความรู้สึก หรือด้านจิตใจ (Affective Domain)

เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ หรือความรู้สึก ได้แก่ การทำให้ผู้เรียนเกิดความพอใจ (like) เกิดรสนิยม (Taste) เกิดเจตคติ (Attitude) และค่านิยม (Value)

ในการทำงานเดียวกัน ความภาคภูมิใจ ความศรัทธา ความซาบซึ้ง หรือคุณค่าส่วนเป็นพฤติกรรมที่
เกิดจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น ไม่ใช่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่อาศัยกล้ามเนื้อและประสาท หรือด้านทักษะ และการใช้
อวัยวะต่าง ๆ (Psychomotor Domain) เป็นการเรียนรู้ให้เกิดความชำนาญ หรือทักษะในการ
เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ เช่น ทักษะในการอ่าน การพูด การเขียน การทำการฝีมือ กีฬา การเล่น
ดนตรี การฟ้อนรำ การคำนวณ เป็นต้น

จากการพิจารณาพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้มิใช่การ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกที่เรามองเห็นได้ด้วยตาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ยังรวมไปถึง
พฤติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการทางจิตใจด้วย (กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530) และการ
เรียนรู้ จะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงจะต้องเกิดพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ต่างก็
มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้ดี เจตคติต่อสิ่งนั้นก็จะต้องดีตามไปด้วย และ
เมื่อเจตคติดีแล้วจะมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดีเช่นกัน (Zimbardo
and Ebbesen, 1970) ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวในลักษณะที่คล้ายคลึงกันว่า
ความรู้ ทักษะหรือเจตคติ มีความสัมพันธ์ และมีผลต่อการปฏิบัติด้วย ทั้งนี้ยังไม่มีใครยืนยันว่า
พฤติกรรมดังกล่าวพฤติกรรมใดเกิดขึ้นก่อน-หลัง เพียงแต่พฤติกรรมทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กันอย่าง
ใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่มีเกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นรวม ๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน การ
สร้างเสริมพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะช่วยเป็นช่องทางสร้างเสริมพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วยเสมอ

ดังนั้นจะเห็นว่า การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลผู้ป่วย
เรื้อรังและการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างดี ประกอบกับเจตคติที่ดีต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของ
ผู้ป่วยเรื้อรังที่พึงจะได้รับย่อมจะส่งผลให้พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติหรือ
การจัดการทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้านได้ดีด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ
ศึกษาถึงองค์ประกอบพื้นฐานของพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาล
ของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารเหล่านี้ ในด้านองค์ประกอบ
พื้นฐานนี้เพื่อเสริมสร้าง ความรู้ เจตคติ และความสามารถในการจัดการทางการพยาบาลเพื่อ
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาลเพื่อ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นยัง ไม่มีใครศึกษาไว้โดยตรงทั้งในและ ต่างประเทศ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม จะขอกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้คือ

งานวิจัยภายในประเทศ

พรหมเทพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2532) ศึกษาความรู้ คุณค่า และการปฏิบัติกิจกรรม การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรคือ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลของแก่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 160 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโดยส่วนรวม มีความรู้เพียงพอที่จะทำการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ เห็นว่าการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมี คุณค่าอย่างยิ่ง เพราะมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อเปรียบเทียบความรู้และคุณค่าเกี่ยวกับการวางแผน การจำหน่ายผู้ป่วย จำแนกตามวุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการจำหน่ายในแผนปฏิบัติงานที่ต่างกัน แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า แผนกศัลยกรรมมีการปฏิบัติมากกว่าแผนก อายุรกรรม และพบว่าพยาบาลวิชาชีพรายงานปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดในช่วงตอนการศึกษา ข้อมูล การวางแผนการปฏิบัติงานและการติดตามประเมินผลคือ 1) ไม่มีเกณฑ์การประเมินสภาพ จิตใจของผู้ป่วย 2) ขาดผู้ประสานงานในการประชุมวางแผนร่วมทีมสุขภาพ 3) ไม่มีเอกสาร คู่มือเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และ 4) ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับประสานงานกับพยาบาลสาธารณสุข

ประภัสสรวี ชาวงษ์ (2535) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ของแก่น เป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติโดยการใช้รูปแบบ ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่วางแผน จำหน่ายร่วมกับญาติผู้ป่วย มีการสื่อสารและประสานงานกับทีมสุขภาพรวมถึงการสอนผู้ป่วยและญาติ ด้วยกลุ่มประชากร เป็นผู้ป่วยและญาติ กลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คณะแผนเผชิญความรู้ความ

เข้าใจเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยรวมของญาติสูงกว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องบาดเจ็บศีรษะ ก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อยู่ระดับมาก

นิมล พันธุ์วิไล (2529) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมผู้ป่วยและญาติและการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลสาธารณสุขในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโรคนิวไนต์และท่อไต กลุ่มตัวอย่างประชากรคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนิวไนต์และท่อไต ที่รับการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน ก่อนการทดลองได้ทดสอบความรู้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากนั้นจึงเตรียมผู้ป่วยและญาติ กลุ่มทดลองด้วยการสอน และการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยและญาติกลุ่มควบคุม จะได้รับการสอนตามปกติ โดยพยาบาลประจำการและ ไม่มีการเยี่ยมบ้าน ประสิทธิผลของการทดลอง ประเมิน โดยการทดสอบครั้งที่สอง, การสัมภาษณ์ และการสังเกตในวันที่ 1, 7 และ วันที่ 14 ของระยะพักฟื้นที่บ้าน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสถิติพรรณนาและทดสอบผลการเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าที (t) ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
- 2) ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง แล้ว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
- 3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการทั่วไปดีกว่า และภาวะแทรกซ้อนในระยะพักฟื้นที่บ้าน น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
- 4) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองปฏิบัติตัวในระยะพักฟื้นที่บ้านดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
- 5) ญาติกลุ่มทดลองจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปให้ผู้ป่วยดีกว่าญาติกลุ่มควบคุม
- 6) ญาติกลุ่มทดลองให้การดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้นที่บ้านดีกว่าญาติกลุ่มควบคุม
- 7) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความคิดเห็นและความรู้สึกในการดูแลตนเอง การดูแล และการจัดการของญาติ และการดูแลและคำแนะนำของพยาบาลสาธารณสุขดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

สุภาพ สุวรรณเวช (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วย และกิจกรรมของพยาบาลต่อระบบส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ความคิดเห็นต่อระบบส่งต่ออยู่ในเกณฑ์เห็นด้วย และมีกิจกรรมในการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มีการกระทำเป็นครั้งคราว

ภัทรา จุลวรรณะ (2529) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัย
บางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการสนับสนุนจาก
ระบบส่งต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ในทิศทางบวก

อรชร ณ ระนอง และคณะ (2520) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติงาน
เยี่ยมบ้านของพยาบาลสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข 35 แห่ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้บริหารคือ หัวหน้า
พยาบาล กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ปฏิบัติงานคือ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มหัวหน้าพยาบาลมีความรู้และเข้าใจถึง
วัตถุประสงค์หลักของพยาบาลสาธารณสุข ในการทำแฟ้มประวัติ และบันทึกสุขภาพเวลาเยี่ยมแนะนำ
ประชาชนที่บ้านด้านทัศนคติ หัวหน้าพยาบาลเห็นว่า มีความจำเป็นที่พยาบาลเยี่ยมบ้านของพยาบาล
สาธารณสุขควรจดบันทึกแนะนำของพยาบาลเยี่ยมบ้านไว้ทุกครั้ง และเห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ของ
พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความลำบากกว่าการปฏิบัติหน้าที่ในคลินิก ส่วนการปฏิบัตินั้น หัวหน้าพยาบาล
จะออกนิเทศงานใน 3 กรณีคือ 1) ต้องการประเมินความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ การ
ฝึกงานของนักศึกษา รวมทั้งปฏิบัติงานด้านอื่น 2) ผู้ได้บังคับบัญชามีปัญหาในการปฏิบัติงาน และ
3) ผู้เข้าปฏิบัติงานใหม่และเปลี่ยนหน้าที่ใหม่ ส่วนกลุ่มผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจถึงการบันทึก
และการทำรายงาน และมีความรู้เพียงพอในการให้คำแนะนำแก่ประชาชน มีความพอใจในการ
ปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้านประชาชนให้ความร่วมมือต่อการเยี่ยมบ้านดี และมีความพอใจต่อโครงการ
ปรับปรุงงานเยี่ยมบ้าน ตามนโยบายของกองการพยาบาล ซึ่งต้องเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอ
ผล เพราะเห็นว่า สามารถแก้ปัญหาชุมชนได้ตรงจุด ทำให้ผลงานของกองการพยาบาลเด่นชัด
และประเมินผลงานตนเอง

อรชร ณ ระนอง (2523) ได้ศึกษาความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขในการให้
ความรู้เรื่องการอนามัยแม่และเด็กแก่หญิงหลังคลอดในการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่
คลอดบุตรเป็นครั้งแรก 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 100 คน กลุ่มทดลอง
คือกลุ่มที่มีพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำที่บ้าน กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ไม่มีพยาบาล
สาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่พยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านมีความรู้เรื่อง
อนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่ามารดาที่ไม่มีพยาบาลเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษบา อุ่นพงศ์ ภูวนารถ และคณะ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการให้การพยาบาลต่อเนื่อง ปัจจัยทางด้านประชากรบางประการ รวมทั้งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลต่อเนื่องของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ตัวอย่างประชากรคือ พยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 50 แห่ง จำนวน 186 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านร้อยละ 41.9 มีความรู้เรื่องการพยาบาลต่อเนื่องไม่เพียงพอ พยาบาลเยี่ยมบ้านเห็นความจำเป็นของพยาบาลต่อเนื่องร้อยละ 86 ในด้านความคิดเห็นของพยาบาลเยี่ยมบ้านต่อการบริหารงานของศูนย์ในด้านความสนใจและเห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้านของแพทย์หัวหน้าศูนย์ในด้านความสนใจและเห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้านของแพทย์หัวหน้าศูนย์และผู้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาล นั้น แพทย์เห็นความสำคัญร้อยละ 66.7 หัวหน้าพยาบาลเห็นความสำคัญร้อยละ 82.9 นอกจากนี้ยังพบอีกว่า

1) พยาบาลที่มีวุฒิทางการศึกษาในระดับอนุปริญญา และปริญญาตรีเห็นความจำเป็นต่อการให้การพยาบาลต่อเนื่องสูงกว่าพยาบาลที่มีวุฒิประกาศนียบัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2) สายการศึกษาของพยาบาลเยี่ยมบ้าน กับความสามารถในการให้การพยาบาลต่อเนื่องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ สายการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ไม่ได้เรียนด้านสาธารณสุขมีความรู้เพียงพอที่จะให้การพยาบาลต่อเนื่อง แต่กลุ่มที่เรียนพยาบาลสาธารณสุขกลับพบว่า มีความรู้ยังไม่เพียงพอ

3) ความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติงาน 7 ปีขึ้นไป จะมีระดับความพึงพอใจต่ำกว่ากลุ่มที่อยู่ในหน้าที่น้อยกว่า 7 ปี

4) ความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านกับการได้รับคำแนะนำ หรือการแก้ไขปัญหาจากผู้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาลพบว่า ผู้ที่ได้รับคำแนะนำหรือแก้ไขปัญหา มีระดับความพึงพอใจสูงกว่าที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือแก้ปัญหาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญญา ชูสวัสดิ์ชัย และ อมรพันธ์ ประทุมทิพย์ (2535) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติของมารดาที่มีต่อการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดไม่เกิน 1 ปี ที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี หรือคลินิกวางแผนครอบครัวที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ทั้ง 59 แห่ง แห่งละ 10 คน รวม 590 คน เครื่องมือที่

ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ต่อการฝากครรภ์ การคลอด และหลังคลอด พบว่า ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มที่มีพยาบาลสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขไปเยี่ยม และให้คำแนะนำที่บ้านมีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทักษะคิดส่วนใหญ่ดี และส่วนใหญ่มีความพอใจกับพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำที่บ้าน เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตาม ส่วนความต้องการพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้พยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมที่บ้านร้อยละ 84.75 และเสนอแนะว่าพยาบาลสาธารณสุขควรมายเยี่ยม 1-2 ครั้ง/เดือน

ชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2534) ได้ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ดูแลที่บ้านจากผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 110 คน และผู้ดูแลจำนวน 110 คน ที่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้านแล้วจากแผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลรามารัตนบุรี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 97.27 มีอุปกรณ์การแพทย์ติดไป เช่น Naso-Gastric tube (สายยางให้อาหารผ่านทางจมูก) Gastrostomy tube feeding (สายยางให้อาหารผ่านทางหน้าท้อง) และ Tracheostomy tube (ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดคอ) เป็นต้น โรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ แผลกดทับ ร้อยละ 68.4 และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 31.6 ส่วนในผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงที่สุด และมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนความต้องการมากที่สุดคือ ต้องการให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน และคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติพยาบาล

งานวิจัยต่างประเทศ

ฟาเรีย (Faria, 1989) ได้ศึกษาปัญหาของคู่สมรสที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาคู่สมรสของผู้ป่วยจำนวน 20 คน จากการสัมภาษณ์ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากการรับรู้ของคู่สมรส คือ ต้องมีความรับผิดชอบสูงขึ้น, มีความวิตกกังวลสูง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว และการถูกจำกัดกิจกรรมอื่นๆ และพบว่า สิ่งที่ทำให้คู่สมรสสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง คือ แนวคิด Keep On Going ประกอบด้วยแนวคิดสนับสนุน 3 อย่างคือ ผู้ดูแลควรมีความรู้สึกยอมรับ (Acknowledging Feeling) มีความสามารถในการดูแล (Performing Task) และมีความหวัง (Looking Ahead)

เกิต้า (Gaeta, 1989) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care Service) ของ Allegheny County Department of Health พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระดับสูง ผลสะท้อนกลับในทางลบมีน้อยมาก และพบว่าปัจจัยที่ทำให้องค์การที่ความแข็งแกร่งก็คือ ความสามารถในการให้สุขศึกษา และทักษะ การประเมินผู้รับบริการของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่ไม่เอื้อต่อการเยี่ยมบ้านทั้ง ความถี่และระยะเวลาในการดูแลนั้นพบว่า องค์การ Medicaid, Medicare และ Third party insurance เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อบริการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นจุดอ่อน ในระบบบริการ สุขภาพ และต้องการการแก้ไขในอนาคต

คาร์สัน (Carlson, 1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ในการตัดสินใจ ทางคลินิกของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Nurses) การศึกษาระดับปริญญาตรีกับ ปริญญาโท จากตัวอย่างประชากรทั้งหมด 86 คน (ปริญญาตรี 59 คน และปริญญาโท 27 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิก โดยใช้สถานการณ์ทางคลินิกที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา และประสบการณ์ การทำงานของพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม กับพฤติกรรมการตัดสินใจทางคลินิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามยัง ไม่มีการพิสูจน์ถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยได้มีการสอนให้มีการศึกษา พฤติกรรมด้านทักษะ, การปฏิบัติ และความรู้ระหว่างพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มนี้ ร่วมกันศึกษาถึงวิธีการ ที่พยาบาลทั้ง 2 กลุ่มนี้ใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก โดยการใช้อสถานการณ์ที่มีความเชื่อมั่นและความตรงสูงพอและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มนี้ด้วย

แอสบี้ (Ashby, 1988) ได้ศึกษาผลการสอนผู้ป่วยโรค Congestive heart Failure (หัวใจล้มเหลวจากการคั่งของเลือด) ที่บ้านต่อความร่วมมือในการรักษา, อัตราการ กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลเมื่อกลับเข้ารับรักษาใหม่ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการสอนตามปกติขณะอยู่ในโรงพยาบาลเมื่อกลับบ้าน กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนที่บ้านตาม โปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินอาการ แต่ไม่ได้รับการสอน ผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความพึงพอใจ

แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุมมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาค่าในโรงพยาบาลน้อยกว่า และจำนวนวันที่รักษาก็น้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่าการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตนเองที่บ้าน และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งจากครอบครัวของผู้ป่วยเอง และจากสถานบริการทางสุขภาพ จัดบริการให้ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อระบบบริการทางสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ และนอกจากจะสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการแล้ว ยังก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าในต่างประเทศมีการจัดบริการที่มีรูปแบบที่ชัดเจน และกว้างขวาง และอยู่ในขั้นตอนพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของบริการให้ดียิ่งขึ้น โดยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับปฏิบัติ ซึ่งลงไปสู่บ้านของผู้รับบริการแล้ว ส่วนในประเทศไทยได้มีการปฏิบัติบ้าง และยังไม่มีการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงงานในเฉพาะที่ และมุ่งศึกษาในตัวผู้รับบริการและพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าบุคลากรในระดับผู้บริหารหอผู้ป่วยและปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหลายไปรับการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน จากครอบครัวและสถานบริการดังกล่าวได้ และยังไม่มีการศึกษาบทบาทของผู้บริหารเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจนนัก ประกอบกับแนวคิดของการดูแลอย่างต่อเนื่องยังเป็นเรื่องใหม่ต่อระบบบริการพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งมุ่งการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลอยู่มาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใคร่ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มผู้บริหารหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งยังไม่มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารระดับสูงเห็นความสำคัญและจำเป็นต่อการจัดเตรียม และพัฒนาบุคลากรพยาบาลระดับผู้บริหารหอผู้ป่วยให้มีความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการจัดการทางการแพทย์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้บริการทางสุขภาพมีคุณภาพยิ่งขึ้น