

ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช



นางสาวอิสิพร เมฆสถาพรกุล

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ADMINISTRATIVE EXPERIENCE OF PSYCHIATRIC HEAD NURSES



Miss Isiporn Meksathapornkul

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าอู่ผู้ป่วยจิตเวช

โดย

นางสาวอิสสิพร เมฆสถาพรกุล

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

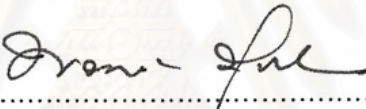
อาจารย์ที่ปรึกษา

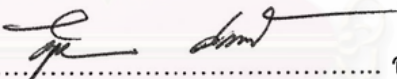
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

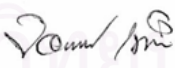
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์.ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนมะจง เพ็งจาด)

สถาบันบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อิสิพร เมฆสถาพรกุล : ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช.

(ADMINISTRATIVE EXPERIENCE OF PSYCHIATRIC HEAD NURSES)

อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 144 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีประสบการณ์การบริหารงานหอผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) **การบริหารความเสี่ยง** ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ เกิดความเสี่ยง เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ ป้องกันความเสี่ยง และการจัดการขณะเกิดความเสี่ยง 2) **การบริหารบุคลากร** ประกอบด้วย ประเด็นย่อย คือ บริหารบุคลากรเป็นเรื่องยาก การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเอื้ออาทรลูกน้อง การยืดหยุ่น การแบ่งงานกันทำ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับ 3) **การบริหารอัตรากำลัง** ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ การขาดอัตรากำลังและการแก้ไขอัตรากำลัง และ 4) **ความภูมิใจกับงานที่ทำ**

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา...2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777628736 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: ADMINISTRATIVE EXPERIENCE / PSYCHIATRIC HEAD NURSES

ISIPORN MEKSATHAPORNKUL : ADMINISTRATIVE EXPERIENCE OF
PSYCHIATRIC HEAD NURSES. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. AREEWAN
OUMTANEE, Ph.D. 120 pp.

The purpose of this qualitative study was to explore administrative experience of psychiatric head nurses. The Heideggerian phenomenological approach was employed in this study. Study participants were included from government hospitals offering a Psychiatric Inpatient Unit. Nine psychiatric head nurses were willing to participate in this study. In-depth interviewed with tape-recorded method was used to the collect data. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using content analysis.

The study findings of the administrative experience were emerged into 4 categories; 1) **Risk management** consisting of 4 subcategories: occurring risky events, being risk to staff, preventing risks, and managing risk incident; 2) **Human management** consisting 7 subcategories: being a problem, empowering, caring, being flexible, sharing work, participating in problem-solving, and providing feedback; 3) **Staffing** consisting 2 subcategories: lacking staff and seeking more staff; and 4) **Being pound of work performance**.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study... Nursing Administration..... Student's signature..... Isiporn Meksethaporankul
Academic year... 2006..... Advisor's signature..... Asst. Prof. Areewan Oumtanee

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาดูแลเอาใจใส่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอื้ออาทรตลอดจนเป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่กรุณาให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาส่วนตัวและให้สัมภาษณ์ด้วยความเต็มใจ

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ คุณแม่ ผู้เป็นที่รักและเป็นกำลังใจเสมอมา และผู้ตรวจการหน่วยงานประสาทวิทยาและจิตเวช และขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้อง ๆ ที่ทำงานที่ไม่อาจเอ่ยนามได้หมดสำหรับคำแนะนำและกำลังใจที่มอบให้เสมอมา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.....	11
หน้าที่และความรับผิดชอบของของหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.....	12
ลักษณะของงานบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช.....	14
การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช.....	22
การบริหารทรัพยากร.....	26
การบริหารบุคลากร.....	27
การบริหารความเสี่ยง.....	35
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	38
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	52
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่ศึกษา.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การดำเนินการสัมภาษณ์.....	57
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	60

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
4. ผลการศึกษา.....	64
5. สรุปผลการวิจัย.....	95
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	119
ภาคผนวก ก ตารางแสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล.....	120
ภาคผนวก ข ตัวอย่างข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล.....	121
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	144



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชและหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิ	3
2. ตารางรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล	120



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวหน้าหอผู้ป่วย คือผู้บริหารระดับต้นที่ต้องนำนโยบายและแผนจากผู้บริหารระดับสูงมาวางแผนทางปฏิบัติ และดูแลให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้เกิดปฏิบัติอย่างเต็มกำลังความสามารถ เพื่อให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์การพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยถือเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานให้บริการในหอผู้ป่วย และดูแลบริหารงานให้สามารถดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ต้องเป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วย มอบหมายงานและควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ตลอดจนต้องดูแลคุณภาพชีวิตของบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีพร้อมขวัญและกำลังใจที่ดีเพื่อปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรภายในหอผู้ป่วยถือเป็นขุมกำลังขององค์กรในการปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ซึ่งต้องการผู้บังคับบัญชาที่ดี มีความรู้ความสามารถ นำผู้ใต้บังคับบัญชาทั้งหลายให้ร่วมมือร่วมใจกันปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อองค์การพยาบาลในการนำพาองค์การพยาบาลไปสู่ความสำเร็จ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องรู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน เพื่อสามารถปฏิบัติภารกิจในตำแหน่งให้สำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามมีการวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เวลาในการปฏิบัติงานไม่เหมาะสมกับตำแหน่ง เช่น ให้ออกกำลังกายโดยตรงมากเกินไป จนไม่สามารถบริหารเวลาให้เหมาะสมกับบทบาทอื่นในตำแหน่งผู้บริหาร (Weaver and other, 1991:38) ซึ่งผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาของ รัชณี ศุภจินทรรัตน์และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2542) ที่ได้ศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทด้านการบริหารในระดับมากที่สุด การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการบริหารงานบุคคล และให้การพยาบาลทางอ้อมมากกว่าให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539:31) กล่าวว่าในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้ประกอบด้วยทักษะ ความรู้ด้านการบริหาร และการพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารงานทั่วไป งานบริการพยาบาลและงานด้านวิชาการ ซึ่งมี

สัดส่วนต่างกันไปตามความต้องการของแต่ละหน่วยงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยส่วนหนึ่งศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถด้านการจัดการ (ภัทรา จารุสุสินธ์, 2542) บทบาทการบริหารงาน (ประภารัตน์ แบนขุนทด, 2544) การพัฒนานวัตกรรมคุณภาพ (รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ, 2545) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย (จันทนา ชื่นวิสุทธิ, 2545) บทบาทการนิเทศ (ดรฤณี ลาภขจรสงวน, 2539) และบุริมรพี ดำรงรัตน์, 2542) การเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านจิตใจ (ปิยภรณ์ ปัญญาวิธร, 2545) การใช้ภาษาในการจูงใจ (ลดาวัลย์ ปฐมชัยคุปต์, 2545) การติดต่อสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ (บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, 2545) การจัดการคุณภาพบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านการจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน ด้านการทำงานเป็นทีม (พิมพ์ประภา ไตสงคราม, 2542 และสมสมร เรื่องวรรณ, 2544) การจัดการต่อการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย (ดาราวรรณ สร้อยอินทร์, 2537) การบริหารความเสี่ยงในด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย การป้องกันอัคคีภัยและการจัดการด้านความปลอดภัย (ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542) และการเจรจาต่อรอง (เยาวลักษณ์ โพธิดารา, 2537 และ ยุพิน ยศศรี, 2545) ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นบทบาทการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนบทบาทด้านวิชาการมีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทด้านวิชาการ ได้แก่ ความสามารถในการวิจัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย (สุชาดา เศรษฐจิธร, 2544) และบทบาทด้านปฏิบัติการพยาบาลมีการศึกษาวิจัยไว้ ได้แก่ เรื่องการมอบหมายงาน การบันทึกทางการแพทย์และปฏิบัติการพยาบาล (ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, 2537) จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าเป็นการปฏิบัติบทบาทต่างๆของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้งานหรือกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของหอผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยกระบวนการในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขาที่นำทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาผสมผสาน เพื่อเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติงาน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) การพยาบาลจิตเวชเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาฟื้นฟูและการป้องกันโรค รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤต ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า ให้การรักษาแบบจิตสังคมบำบัดแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชนหรือองค์กรต่างๆ ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต และเตรียม

ผู้ป่วยเพื่อการออกไปดำรงชีวิตในสังคม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528 : 2-4) โดยพยาบาลจิตเวชต้องปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นการพยาบาลที่แตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปอย่างชัดเจน การบริหารจัดการหอผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจึงมีความแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยทั่วไป ดังจะเห็นได้จากตารางการเปรียบเทียบหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยจิตเวชและหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชกับโรงพยาบาลตติยภูมิ

ความแตกต่าง	หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช	หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิ
1. ด้านการบริหาร		
1.1 การวางแผนด้าน อาคารสถานที่	หอผู้ป่วยเป็นลักษณะปิด เน้นความสะดวก ในการปฏิบัติงานและความปลอดภัย	หอผู้ป่วยเป็นลักษณะปิด เน้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยและ เจ้าหน้าที่
1.2 การจัดห้องแยก	ใช้การควบคุมป้องกันการติดเชื้อและการ แพร่กระจายเชื้อโรคและใช้สำหรับผู้ป่วย ก้าวร้าว/อาละวาด	ใช้สำหรับผู้ป่วยก้าวร้าว / อาละวาด
1.3 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้	เลือกใช้วัสดุที่คงทน แข็งแรง	เลือกใช้วัสดุที่ไม่สามารถนำมาใช้ เป็นอาวุธได้ และใช้วัสดุที่แข็งแรง
1.4 อัตรากำลัง	เจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพ ที่มี เพศเดียวกับผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าพยาบาล วิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
2. ด้านการพยาบาล		
ให้การพยาบาลเป็นหลัก ส่วนกลุ่มบำบัด มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ		
3. ด้านการรักษา		
จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลรับผิดชอบ		
นิสิต แพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์ แพทย์ทางจิตเวช รับผิดชอบ		
4. ด้านกฎระเบียบ		
มีกฎระเบียบที่เข้มงวด		
มีกฎระเบียบที่ยืดหยุ่น		
5. ด้านการรับผู้ป่วย		
ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ		
ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและ ร่างกาย		

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความแตกต่างกัน ใน 5 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ด้านการบริหาร

ในด้านการบริหารงาน จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างทั้งด้านการวางแผนจัดอาคารสถานที่ การจัดห้องแยก การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และด้านอัตรากำลัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านการวางแผนจัดอาคารสถานที่ ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช มีการจัดอาคารสถานที่เป็นลักษณะ ward ปิด ในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชหญิง 2-3 หอ อยู่บริเวณเดียวกัน บางแห่งอยู่บนอาคารสูงได้ เช่น สถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ผู้ป่วยมีอิสระภายใน Section เดียวกัน โดยมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าระวังดูแลการเข้าออกอยู่หน้าประตูใหญ่ ประตูทางเข้าออก ward เป็นประตูไฟฟ้าเปิดล็อคโดยเจ้าหน้าที่ หน้าต่างมีการติดเหล็กดัดที่แน่นหนา ไม่มีประตูทางออกฉุกเฉิน ในห้องทำงานพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่การจัดผังอาคาร (Lay out) เน้นความสะดวก เชื้ออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติ การพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การพลัดตกหกล้ม ในขณะที่หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีการจัดอาคารสถานที่เป็นลักษณะ Ward ปิด เป็นอาคารที่อยู่ชั้นล่าง มีประตูเข้าออก 2 ชั้น และปิดล็อคตลอดเวลา ผู้ป่วยไม่มีอิสระในการออกนอก Ward มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าระวังอยู่ด้านนอกทางออกประตูโรงพยาบาล การจัดผังอาคาร (Lay out) เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ มีประตูทางออกฉุกเฉินในห้องทำงานพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่

ด้านการจัดห้องแยก ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชเน้นการควบคุมป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายของเชื้อโรค และใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าว อาละวาด แต่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิ เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยกันและเจ้าหน้าที่ โดยใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าว/อาละวาด

ด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช มีการเลือกอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ เน้นที่ความแข็งแรงคงทน อุปกรณ์เครื่องมือจะเป็นถาดอลูมิเนียม แก้วพลาสติก แต่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิ มีการเลือกวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เน้นที่วัสดุ ที่ไม่สามารถนำมาเป็นอาวุธ กระจกที่ใช้ต้องเป็นกระจก นีรภัยป้องกันการแตกกระจาย อุปกรณ์แก้วน้ำ จาน ชาม จะเป็นพลาสติกแทนกระเบื้องหรือ แก้ว

ด้านอัตรากำลัง ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชจะมีบุคลากรระดับต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพจะเน้นเพศ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ชายช่วยพยาบาลชาย เจ้าหน้าที่พยาบาลชายดูแลผู้ป่วยชาย เจ้าหน้าที่พยาบาลหญิงดูแลผู้ป่วยหญิง ส่วนหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิ

จะมีบุคลากรระดับต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพจะไม่เน้นเพศ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ช่วยพยาบาลหญิง เจ้าหน้าที่พยาบาลหญิงเพราะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทั้งชายและหญิงได้

2. ด้านการพยาบาล

ในโรงพยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพจะให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่ประเมินได้ จากการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยกับผู้ป่วย ประวัติและพฤติกรรมที่แสดงออก รวมทั้งระดับการรับรู้ เช่น ภาวะหูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด หวาดระแวง ไม่ไว้วางใจใคร เป็นต้น การทำกิจกรรมบำบัดจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยเฉพาะโดยส่งผู้ป่วยไปเข้าทำกิจกรรม ส่วนโรงพยาบาลตติยภูมิ พยาบาลวิชาชีพจะให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกันแต่มีการจัดทำกิจกรรมบำบัดที่ ward โดยพยาบาลที่ ward มีหน้าที่รับผิดชอบในการทำกิจกรรมบำบัด

3. ด้านการรักษา

ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช มีการรักษาโดยการใช้อาย การช็อค ด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) การฟื้นฟูเน้นการทำจิตบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด โดยแพทย์ประจำโรงพยาบาล การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจะประมาณ 1-2 ครั้ง / สัปดาห์ Length of stay ของผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 3-4 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีการรักษาใช้แนวทางเดียวกัน แต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีนิสิต และแพทย์ประจำบ้านมาเรียนและฝึกการรักษาจะอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์ โดยจะต้องมีการเยี่ยมโดยทีมแพทย์ทุกวัน Length of stay ของผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ ประมาณ 1-2 สัปดาห์

4. ด้านกฎระเบียบสำหรับผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลจิตเวชมีกฎระเบียบสำหรับผู้ป่วยที่เข้มงวดมาก ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ห้ามโทรศัพท์ติดต่อกับผู้อื่น ถ้าต้องการติดต่อกับญาติจะต้องผ่านเจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดต่อให้การออกไปชื่อขนมของกินมีการจำกัดได้เพียงวันละ 1 ครั้ง โดยจำกัดงบประมาณอยู่ 10-30 บาท ต่อวัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีกฎระเบียบที่ค่อนข้างยืดหยุ่นอนุญาตให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ได้วันละ 4-5 มวน สามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้อื่น โดยมีการกำหนดให้โทรศัพท์ได้วันละ 2 ครั้ง ไม่ต้องผ่านทางเจ้าหน้าที่การออกไปชื่อขนมของกินได้วันละ 2 ครั้ง โดยจำกัดงบประมาณอยู่ 50 บาท ต่อวัน

5. ด้านการรับผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลจิตเวชมีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ และเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น ตัวผู้ป่วยไม่ต้องการบำบัดรักษา มักจะถูกจับมาโรงพยาบาลโดยญาติเจ้าหน้าที่ตำรวจ / มูลนิธิ ไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา พยายามจะหนีออกจาก

โรงพยาบาล โดยจะรับผู้ป่วยทุกรายไม่มีการจำกัดเตียง สามารถจัดให้ผู้ป่วยนอนที่นอนบนพื้นได้ ใน ward สามัญจะรับผู้ป่วยถึง 50-60 เตียง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ กึ่งวิกฤติ รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะสุขภาพทางกายร่วมด้วย โดยมีการจำกัดเตียงอยู่ที่ 15- 20 เตียง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจะเห็นว่าหอผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเฉพาะทางที่มีการบริหารงานที่ซับซ้อน เพราะต้องดูแลให้บริการผู้ป่วยที่มีสุขภาพเปราะบางทางด้านจิตใจก่อนและมีปัญหาทางสุขภาพทางกายร่วมด้วยภายใต้ความเสี่ยงเฉพาะ ซึ่งได้แก่ ความก้าวร้าวรุนแรงที่มีความพร้อมทางความคิด การรับรู้และอารมณ์ ไม่สามารถควบคุมตนเองของผู้ป่วย จึงมีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สินรวมทั้งทำร้ายบุคลากรที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังมีการหลบหนีออกนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หอผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องเป็นหอผู้ป่วยแบบปิดมีการควบคุมการเข้าออกรวมทั้งกฎระเบียบที่เข้มงวด สิ่งเหล่านี้สร้างความกดดันให้กับผู้ป่วยและบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงาน รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัยและป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีมากขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในสถานสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2540 มีจำนวนผู้ป่วย 1,215,598 ราย และเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการในปี 2545 พบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1,765,484 ราย (ศูนย์สารนิเทศ กองแผนงาน, 2545) คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นเท่ากับ 45.23 % ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยจิตเวช

หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช มีหน้าที่ในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยจิตเวช บริหารการบริการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติมีความคล่องตัวในการปฏิบัติกรพยาบาลให้สอดคล้องกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่ โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีความเสี่ยงที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคทางกาย ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีความสามารถความชำนาญและประสบการณ์ในการบริหารหอผู้ป่วยเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยทั่วไป แต่ที่ต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป คือต้องทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลป้องกัน ความเสี่ยงจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง รวมถึงการบริหารป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรในหน่วยงานถูกผู้ป่วยทำร้ายด้วย ซึ่งในการวางแผนการจัดอาคารสถานที่หลีกเลี่ยงการอยู่บนอาคารสูง เลือกรหัสอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่สามารถนำมาเป็นอาวุธและไม่เสี่ยงต่อการแตกหักง่าย เช่น กระจกที่ใช้ต้องเป็นกระจกนิรภัยที่ป้องกันการแตกกระจาย อุปกรณ์เครื่องใช้ต้องเป็นของที่ไม่มีคมหรือแตกหักง่าย เช่น กระเบื้องหรือแก้ว รวมทั้งต้องวางระบบความปลอดภัยให้แก่ตัวผู้ป่วยและผู้ป่วย

ด้วยกันรวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน โดยต้องมีการประสานกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในการขอความช่วยเหลือเร่งด่วน รวมถึงการเฝ้าระวังการเข้าออกของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังต้องจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาลชายให้การดูแลผู้ป่วยชาย และเจ้าหน้าที่พยาบาลหญิงให้การดูแลผู้ป่วยหญิง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะมีความรู้สติและการรับรู้ที่ลดลง อาจมีการล่องละเมิดทางเพศได้ ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวนี้เป็นความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมทางการรับรู้ ความคิดและอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยจิตเวชพบงานวิจัยเชิงปริมาณ 2 เรื่อง คือการศึกษาของดวงจันทร์ บัวคลี (2545) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มงานพยาบาล ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลที่มการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าการจัดการทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มงานการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของวิมลรัตน์ อ่องล่อง (2547) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาล การปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติบทบาทบริหารด้านการพัฒนาคุณภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารงานทั่วไปและด้านการบริหารงานบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวไว้ข้างต้นเป็นการวิจัยในมุมมองของผู้วิจัยซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่นักวิจัยสนใจ โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาหาปัจจัยเชิงเหตุเชิงผลที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น และศึกษาตามมุมมองของผู้วิจัยซึ่งจะไม่ได้รายละเอียดอย่างลึกซึ้งจากความคิดเห็น หรือประสบการณ์โดยตรงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องดูแลหอผู้ป่วยที่มีผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ในการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชอาจจะแตกต่างจากการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่กองการพยาบาลหรือสำนักการพยาบาล(ในปัจจุบัน)กำหนดไว้ หรือมีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่แตกต่างจากหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาการปฏิบัติงานแบบเจาะลึกโดยผ่านมุมมองจากประสบการณ์จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

ผู้วิจัยได้ทำศึกษานำร่องโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 3 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2548 ผลการศึกษานำร่องพบประเด็นการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากที่กองการพยาบาลกำหนดไว้ 3 ประเด็นใหญ่ คือ ประเด็นแรกได้แก่ การป้องกันความ

เสียงซึ่งแบ่งออกเป็นด้านผู้ป่วย ด้านผู้ปฏิบัติงานและด้านหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องศึกษาถึงความเสียงต่างๆ จากผู้ป่วยที่มาจากอาการของโรคที่เป็น ได้แก่ ภาวะหดรระแวง หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ตัวอย่างเช่น การพยายามทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้ป่วยด้วยกันและการทำร้ายบุคลากร รวมถึงการทำลายวัสดุอุปกรณ์ของหน่วยงาน ประเด็นที่สอง ได้แก่ การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานที่มากขึ้น โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันซึ่งองค์การต้องผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานที่มากขึ้นในด้านงานเอกสาร การทำโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาหน่วยงาน รวมทั้งการสร้างนวัตกรรมและงานวิจัย นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรในหน่วยงานต้องมีการศึกษาอบรมและพัฒนาตนเอง โดยต้องจัดให้บุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ตามเส้นทางอาชีพ (Career path) ประเด็นที่สาม ได้แก่ การบริหารงานที่มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาตนเองในด้านการบริหาร โดยจากการฝึกการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งต้องอาศัยความตื่นตัว การสังเกตอย่างละเอียดละออ จากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชท่านหนึ่งกล่าวว่าได้ฝึกความคิดในการบริหารจัดการป้องกันความเสี่ยงและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าใหม่ทุกวัน ส่วนในด้านบริการได้พัฒนาตนเองในการเรียนรู้จากผู้ป่วย ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันเป็นการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ ความรู้ที่ได้จากการทำงานยังสามารถนำไปใช้ในการจัดการกับครอบครัวตนเองในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องเพิ่มจากหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2549 พบว่ามีประเด็นที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชอีกด้านหนึ่ง คือขวัญและกำลังใจของบุคลากร เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ มีทักษะการพยาบาลเฉพาะทาง การปฏิบัติงานก็จะต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป นอกจากต้องให้การพยาบาลพื้นฐานแล้วต้องให้การพยาบาลที่เฉพาะทางและมีความเสี่ยงสูงทั้งจากการปฏิบัติงาน จากการถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการรับรู้ที่ลดลงหรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดเพราะต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องบริหารจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งต้องระวังตนเอง ทำให้การคงอยู่ในหน่วยงานอยู่ในระดับที่ต่ำ มีการขอยกย้ายไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปปีละหลายคน ส่งผลให้เกิดการขาดอัตรากำลัง ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระในการบริหารจัดการอัตรากำลังและบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานให้ทัดเทียมกับหอผู้ป่วยทั่วไป

จากการที่ได้ศึกษานำร่องพบประเด็นที่แตกต่างจากที่กองการพยาบาลกำหนดไว้ให้เห็นได้ชัด และการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลตติยภูมิก็มีความแตกต่างกัน สำหรับผู้วิจัยเองปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งมีประสบการณ์บริหารงานมาระยะหนึ่งพบว่ามีความแตกต่างบางอย่างที่มีความเหมือนและบางอย่างที่มีความต่างจากกลุ่มที่ให้สัมภาษณ์นำร่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชอื่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตามประสบการณ์จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชว่ามีประสบการณ์การบริหารงาน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน มีสาขาเฉพาะทาง เช่น ศัลยกรรม อายุรกรรม สูติ-นรีเวช กุมารเวชกรรมและจิตเวช เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาถึงแนวทางการบริหารจัดการท่ามกลางภาระงานที่พิเศษเฉพาะทางและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณภาพเทียบเท่าโรงพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger มาเป็นระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชตามการปฏิบัติจริง โดยคาดว่าผลการวิจัยดังกล่าวนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มาจากประสบการณ์การทำงานที่ครอบคลุมและตรงประเด็น สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานชี้แนะแนวทางในการบริหารหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทุกระดับ และเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมการเลื่อนตำแหน่งขึ้นเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ของ Heidegger (Spiegelberg, 1982) และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ 1) เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่พ้นระยะของการปรับตัวและและพื้น

ระยะของ Novice (Benner, 1984) และระยะเวลา 3 ปีนับได้ว่ามีสิ่งสมประกอบการณ์การบริหารจัดการที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้ และ 2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการบันทึกเทปโดยสัมภาษณ์คนละ 1 – 2 ครั้งๆ ละประมาณ 45 – 50 นาที ผู้วิจัยกำหนดว่าจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) โดยไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

คำจำกัดความเบื้องต้น

หัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียน และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพชั้นที่ 1 จากสภาการพยาบาลและได้รับการมอบหมายให้ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป

ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การรับรู้และการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์การบริหารงานในบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชบุคคลนั้นเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการนำผลการวิจัยมาเป็นแนวคิดในการพัฒนาการบริหารจัดการหอผู้ป่วยจิตเวช อันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลเกิดประสิทธิผลขององค์การและสร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับวิชาชีพพยาบาล
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบุคลากร และเตรียมบุคลากรก่อนดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช
3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจในการศึกษาพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของจัดการหอผู้ป่วยจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญในหัวข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 1.1 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 1.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. ลักษณะของงานบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช
 - 2.2 คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวช
3. การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.1 ความหมายของการบริหารงาน
 - 3.2 การปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.2.1 ด้านวิชาการ
 - 3.2.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล
 - 3.2.3 ด้านบริหาร
 - 3.2.3.1 การบริหารทรัพยากร
 - 3.2.3.2 การบริหารบุคลากร
 - 3.2.3.3 การบริหารความเสี่ยง
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

1.1 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ มีจำนวนตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ซึ่งให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยซับซ้อน และสามารถทำการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและแพทย์เฉพาะทางในการตรวจวินิจฉัย และมีเทคโนโลยีทางการรักษาที่ก้าวหน้า ผู้ให้บริการมีความชำนาญเฉพาะทางหรือมีความเฉพาะสาขาเพื่อให้การรักษายาบาล

ผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลพิเศษ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534; ฟารีดา อิบราฮิม, 2541) นอกจากนี้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่มักจะเป็นสถานศึกษาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ลักษณะโครงสร้างของงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยทั่วไปมักแบ่งออกเป็นกลุ่มงานต่างๆ ตามลักษณะเฉพาะสาขา เช่น งานศัลยกรรม งานอายุรกรรม งานสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา งานจิตเวช และงานกุมารเวชกรรม เป็นต้น ซึ่งโครงสร้างภายในของฝ่ายการพยาบาล หรือกลุ่มงานการพยาบาลก็ได้แบ่งออกตามลักษณะเฉพาะสาขาเช่นเดียวกัน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้กำหนดเกี่ยวกับลักษณะงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนี้

1. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เทศบาลในงานสาธารณสุขพื้นฐานและสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)
2. งานด้านรักษาพยาบาลและป้องกันโรค บริการลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา
3. งานศึกษา ฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านเทคนิคต่างๆ
4. งานด้านวิจัย ได้แก่ Clinical research biomedical research พัฒนาความสามารถของแพทย์ประจำโรงพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถ ในทุกสาขาวิชาในระดับชำนาญเฉพาะโรค

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีลักษณะงานที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ การวิจัย โดยรับผิดชอบหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ ให้บริการทั้งประชาชน และบุคลากรในหน่วยงานด้วย

1.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับตติยภูมิเน้นการให้บริการผู้ป่วย โดยการแก้ไข ปัญหาความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤติ มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นแหล่งฝึกของบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพตลอดจนเป็นศูนย์กลางด้านวิชาการ การศึกษาวิจัย และการบริการที่เน้นคุณภาพ รวมทั้งมีระบบการดูแลต่อเนืองที่มีประสิทธิภาพ มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างสถานบริการในระดับเดียวกันและต่างระดับ มีส่วนร่วมนำองค์การไปสู่เป้าหมายในการปฏิรูประบบบริการพยาบาลโดยการใช้ความรู้ความสามารถและการพัฒนา

ศักยภาพของตนอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตงานการพยาบาลในระดับตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทัศนาศ นุญทอง, 2542; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

โรงพยาบาลระดับตติยภูมามีหน้าที่ให้บริการประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต ครอบคลุมด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541)

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต การดำเนินการส่งเสริมให้สุขภาพจิตให้ดีขึ้นโดยทั่วไปแก่ประชาชนทั่วไป เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เป็นการให้สุขภาพมากกว่าการดำเนินการทางคลินิก
2. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การดำเนินการระบุกลุ่มเสี่ยงหรือที่เรียกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อป้องกันอุบัติการณ์การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต
3. การรักษาการเจ็บป่วยทางจิต การดำเนินการวินิจฉัยและรักษากลุ่มที่เจ็บป่วย ทางจิตแต่แรกเริ่ม เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วย
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เจ็บป่วยทางจิต การดำเนินการให้การดูแลรักษากลุ่มที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่ต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เจ็บป่วยทางจิต เป็นการลดความพิการเรื้อรังและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้บริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เจ็บป่วยทางจิต ลดความพิการเรื้อรังและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามนโยบายของรัฐบาล ให้การสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย รวมทั้งเป็นแหล่งความรู้การศึกษา ฝึกอบรมแก่แพทย์พยาบาล ค้นคว้าให้วิจัยเพื่อพัฒนาทางด้านการแพทย์และพยาบาลให้ก้าวหน้าต่อไป

หอผู้ป่วยจิตเวช

หอผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงหอที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้บำบัดรักษาไว้ในโรงพยาบาล ทั้งที่มีภาวะวิกฤติและกึ่งวิกฤติ ซึ่งอาจมีการจำแนกออกตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปชาย ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปหญิง ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย เป็นต้น และให้การดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพตลอดจนเตรียมผู้ป่วยสู่ชุมชนด้วยการให้ความรู้ การปฏิบัติตน โดยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในจะต้องเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม นำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติและให้การบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในจะต้องเป็นไป

มาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งมาตรฐานการบริการผู้ป่วยในเป็นมาตรฐานแยกผู้ป่วยแต่ละพฤติกรรม รวม 6 มาตรฐาน ได้แก่ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

- 1) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนแบบคลุ้มคลั่ง
- 2) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด
- 3) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหวาดระแวง
- 4) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวเอง
- 5) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 6) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

นอกจากนี้ยังแยกประเภทผู้ป่วยที่รับไว้ออกเป็นผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยแกร็บ ผู้ป่วยเร่งรัด บำบัดและผู้ป่วยบำบัดระยะยาว ทั้งนี้ในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในเป็นการให้การช่วยเหลือ และดูแลตลอดถึงการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพโดยเร็วที่สุด

กล่าวโดยสรุปหอผู้ป่วยจิตเวชมีหน้าที่และความรับผิดชอบให้การดูแลรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตทั้งภาวะวิกฤติและกึ่งวิกฤติ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพโดยเร็วที่สุด รวมทั้งลดความพิการเรื้อรังทางจิต ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติโดยให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. ลักษณะของงานบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวช โดยกระบวนการในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขาที่นำทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาผสมผสาน เพื่อเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติงาน (จินตนา ญนิพันธุ์, 2528) และลักษณะเฉพาะของพยาบาลจิตเวชในการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นทีมสุขภาพจิตที่ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน (Holistic care) กล่าวคือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลต้องทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลจิตเวชเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาฟื้นฟูและการป้องกันโรค รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤติ ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า ให้การรักษาแบบจิตสังคมบำบัดแก่ผู้ป่วย

เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชนหรือองค์กรต่างๆ ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต และเตรียมผู้ป่วยเพื่อการออกไปดำรงชีวิตในสังคม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528) โดยพยาบาลจิตเวชต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาของพยาบาลจิตเวชนั้น มีวิธีการปฏิบัติที่เหมือนกับการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสาขาอื่นๆ คือ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ที่ปรับมาจากกระบวนการแก้ปัญหา (Problem solving process) การตัดสินใจ และการคิดอย่างมีเหตุผล โดยพยาบาลต้องใช้ความรู้ที่ประยุกต์แล้วรวมทั้งต้องสังเคราะห์ความรู้ทางการพยาบาลทั่วไปและการพยาบาลเฉพาะสาขา แล้วนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การประเมิน (Assessment) การวางแผน (Planning) การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) และในการพยาบาลจิตเวชนั้นเป็นการนำความรู้ที่เป็นทฤษฎีทางการพยาบาล มโนทัศน์ทางการพยาบาลจิตเวชซึ่งประยุกต์มาจากสาขาพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ จึงทำให้เนื้อหาของกระบวนการพยาบาลแตกต่างจากพยาบาลสาขาอื่นๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตเวชนั้นเกี่ยวข้องกับการใช้ตนเอง (Use of self) ในลักษณะที่กว้างขวางกว่าการพยาบาลสาขาอื่นๆ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528)

2.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวช

นงคราญ ผาสุข (2536) ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลจิตเวชว่าพยาบาลต้องทำหน้าที่หลายบทบาท และแต่ละบทบาทก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีโอกาสให้การพยาบาลได้เต็มที่ โดยพยาบาลจิตเวชมีบทบาท ดังนี้

- 1) จัดสิ่งแวดล้อมในรูปของการรักษา หมายถึง พยาบาลมีบทบาทในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ชำบชื่นในคุณค่าของตนและเพิ่มทักษะความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น ได้เรียนรู้การไว้วางใจผู้อื่นและสามารถกลับคืนสู่สังคมได้
- 2) ชักนำให้ผู้ป่วยรู้จักปรับตัวในสังคม คือ เป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์การเรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรมในการเข้าสังคมกับคนอื่นได้ รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพโดยการให้ประสบการณ์โดยตรงแบบ One to one ให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าสังคมและจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ในการเข้าสังคมจากกลุ่มเล็กจนถึงกลุ่มใหญ่
- 3) เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่

พึงปรารถนา ปรับปรุงความสามารถของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

4) สอนให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เร็วที่สุด

5) ช่วยให้การรักษาอื่นๆ ดำเนินไปด้วยดี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคนิคการสังเกต การบันทึก เทคนิคในการติดต่อสนทนากับผู้ป่วย และการทราบถึงรายละเอียดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

6) เป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยการทำพยาบาลบำบัดในวิธีการต่างๆ ดังนี้คือ การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและการสร้างสรรค์บรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย รวมทั้งการทำกลุ่มจิตบำบัด การทำให้ผู้ป่วยสัมผัสกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในปัจจุบันของตนเอง การปรับพฤติกรรมผู้ป่วย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ได้กล่าวถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย โดยกำหนดเป็น 2 ระดับ คือ

1. บทบาทหน้าที่ระดับพื้นฐานหรือระดับรอง (Sub role of psychiatric nurse)

ดังต่อไปนี้

1.1) เป็นผู้จัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Creating of a therapeutic environment role) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล คือ บุคลากรในทีมการพยาบาลทุกคนต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย มีท่าที มีการแสดงออกที่นุ่มนวลมีเมตตา กรุณาให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับวัตถุ คือ จัดสภาพหอผู้ป่วยให้คล้ายบ้าน

1.2) เป็นเสมือนตัวแทนของแม่ (Mothering role) คือ คอยดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ได้รับอาหารเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองจนสามารถเป็นตัวของตัวเอง คอยดูแลห้ามปรามไม่ให้ผู้ป่วยทะเลาะวิวาทกัน จำกัดขอบเขตพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1.3) เป็นตัวแทนสังคม (Socializing agent care) คือ ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีการทำงานร่วมกันเป็นผลสำเร็จ

1.4) เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (Consulting role) คือ มีหน้าที่รับฟังผู้ป่วย ให้คำแนะนำช่วยเหลือตามเหมาะสม

1.5) พยาบาลเป็นเสมือนครู (Teaching role) คือ สอนภารกิจต่างๆ ในชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล แนะนำการอยู่ร่วมกันในหอผู้ป่วย

1.6) บทบาททางการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคนิคเฉพาะทางการพยาบาล (Technical Nursing role) มีหน้าที่ให้การพยาบาลพื้นฐานทุกประเภท ช่วยแพทย์ทำการรักษาทางร่างกาย รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมและบันทึกเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ทีมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

2. บทบาทหน้าที่ระดับสูงหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ (Role of The Clinical Specialist)

2.1) เป็นที่ปรึกษา (Consultant role) ให้คำปรึกษาและแนะแนวทางแก่บุคคลที่มีปัญหา หรืออยู่ในภาวะวิกฤติเพื่อลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างรุนแรง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ในเรื่องของการพยาบาลทางจิตเวชและสุขภาพจิต

2.2) เป็นผู้ติดต่อให้ความร่วมมือ (Liaison Nursing role) ให้ความร่วมมือกับพยาบาลทั่วไป ให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลทั่วไป โดยการประเมินพฤติกรรม ให้การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัวหรือกลุ่มบุคคล

2.3) เป็นผู้นำบำบัดรักษาเบื้องต้น (Primary Therapeutic role) คือเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วย และให้การบำบัดรักษาเบื้องต้นในชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช โดยให้คำปรึกษา ให้จิตบำบัดระดับประจักษ์ ให้อาตามการรักษารักษาของแพทย์

2.4) เป็นผู้นำบำบัดรักษา (Therapist role) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเชิงการรักษา โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ และเทคนิคในการติดต่อสื่อสาร การทำจิตบำบัดระดับประจักษ์ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

2.5) เป็นผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Rehabilitating role) ให้การวางแผนจัดกลุ่มการฟื้นฟูบำบัดต่าง ๆ ร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมการรักษาทางจิตเวช โดยเป็นผู้นำกลุ่มหรือผู้ช่วยนำกลุ่ม

2.6) เป็นผู้ให้ความรู้ (Educator role) ให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

2.7) เป็นผู้นิเทศงานหรือประสานงานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (Clinical supervision or Coordinator role) เป็นผู้บริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย เป็นผู้นิเทศการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในกรณีฉุกเฉิน เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย จัดโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ได้กล่าวว่าลักษณะงานของการพยาบาลจิตเวชนั้น คือ การสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ ทั้งการพยาบาลและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน เพื่อให้การบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยใช้กรอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (Psycho – social) และชีววิทยา (Biophysical sciences) ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ที่คำนึงถึงจิตสังคมและวัฒนธรรมในแง่ของสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งการพยาบาลจิตเวชจะยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และอยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและผู้อื่นได้ โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เช่น ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของบุคคล ทุกวัย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับภาระหน้าที่ตามวงจรชีวิต

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) เพื่อให้บุคคลได้รักษาระดับของสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว (Adaptation and adjustment) การเผชิญปัญหา (Coping) การลดความวิตกกังวลและความเครียดของประชาชน ผู้มารับบริการ รวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) เป็นการให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลาม ซึ่งเป็นการพยาบาลที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายได้ จัดเป็นการป้องกันระยะที่ 2 โดยพยาบาลจะจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันระยะที่ 3 โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดและให้การรักษาบำบัดอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวชรวมทั้งการรักษาทางการแพทย์

ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้ง 4 มิตินี้เป็นการทำงานใน 3 ลักษณะ ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541 และ American Nurses' Association' 1980 อ้างถึงใน ดารณี พันธุ์ศรี, 2545)

1. การปฏิบัติงานที่ไม่มีอิสระ (Dependent) คือ ต้องให้การบำบัดรักษาตามการ

รักษาทางการแพทย์ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์หรือวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติตามนโยบายของสถาบัน โดยอยู่ภายใต้ขอบเขตแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายควบคุมวิชาชีพ

2. การปฏิบัติงานกึ่งอิสระ (Interdependent) คือ การปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องร่วมกับผู้ใช้บริการ ครอบครัวและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ซึ่งต้องมีการประสานงานเป็นอย่างดีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เช่น การให้ยาเมื่อจำเป็นตามที่แพทย์ได้มีคำสั่งไว้แล้ว หรือการให้การบำบัดรักษาร่วมกับบุคลากรอาชีพอื่น เช่น การทำกลุ่มบำบัดร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น

3. การปฏิบัติงานอย่างอิสระ (Independent) เป็นบทบาทการทำงานอย่างอิสระ หมายถึงการที่พยาบาลสามารถกำหนดและจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ด้วยการตัดสินใจของตนเอง ตามสภาพความจำเป็นให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยปราศจากการควบคุมหรือก้าวก่ายการตัดสินใจจากบุคคลอื่นๆ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลและการบำบัดรักษาในขอบเขตวิชาชีพ สามารถพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติงาน โดยอาศัยความรู้หลักการ ทักษะประสบการณ์ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การทำกิจกรรมกลุ่ม การจิตบำบัดระดับประคอง การสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในทางบวก เป็นต้น

สรุปลักษณะงานของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ยึดหลักปฏิบัติการพยาบาล 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการรักษาสภาวะทางจิตให้ดีขึ้น การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยลักษณะการปฏิบัติงานในการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 4 มิติ 3 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ การปฏิบัติงานกึ่งอิสระ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ

2.2 คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวช (Qualification of psychiatric nurse)

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ได้กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชนอกจากจะมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาล ความรู้ทางศาสตร์ต่างๆ รวมทั้งมีประสบการณ์แล้วควรมีคุณสมบัติประจำตัว ดังนี้

1. เป็นผู้มีความเจริญเต็มที่ (Emotional maturity) คือ มีความเจริญเต็มที่ ไม่โกรธง่าย มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างเหมาะสม สามารถรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มองผู้อื่นในแง่ดี

2. สามารถเผชิญกับความคับข้องใจ ความเครียด และปรับตัวได้ดี
 3. เป็นผู้รับความรู้สึกผู้อื่นไว (Sensitive) มีความสำนึกกระมักระวังตัว (Self awareness) โดยสำนึกรู้ว่าตนเป็นใคร อยู่ที่ไหน กำลังทำอะไรและเป็นผู้มีความกระตือรือร้นที่จะพิจารณาตัดสินใจการกระทำต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้น ถูกต้อง เหมาะสม
 4. เป็นผู้ยืดหยุ่นพอที่จะเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นได้โดยไม่เกิดความคับข้องใจ รับรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ
 5. มีความคิดสร้างสรรค์ มีเหตุผล มองการณ์ไกล
 6. มีความรักในเพื่อนมนุษย์ พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น
 7. มีความรักความพอใจในงาน ซึ่งจะนำไปปฏิบัติงานต่างๆ ด้วยความเต็มใจ
 8. มีความเข้าใจตนเองและหมั่นสำรวจตนเองเสมอ ทั้งด้านความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรม เพื่อการปรับตัวและขจัดปัญหาต่างๆ ให้หมดไป
 9. วิเคราะห์สัมพันธ์ภาพของตนเองที่มีต่อบุคคลอื่น ทั้งทางบวกและทางลบพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น
 10. ศึกษาและพยายามทำความเข้าใจกับพฤติกรรมของมนุษย์และยอมรับในพฤติกรรมนั้นๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
 11. มีความสม่ำเสมอต่อบุคคล ต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานและผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่น รวมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่น
- อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้เสนอคุณสมบัติที่จำเป็นของพยาบาลจิตเวช เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากลักษณะงานทางด้านพยาบาลจิตเวชเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การฟื้นฟูศักยภาพทางด้านจิตใจของคน ซึ่งเป็นงานที่ค่อนข้างลึกซึ้งและซับซ้อน ดังนี้
- 1) บุคคลทุกคนมีคุณค่า (Positive regard) พยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยเชื่อว่าบุคคลทุกคนต้องการมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีศักยภาพที่จะจัดการปัญหาต่างๆ ของตนเอง ซึ่งจะเป็นแรงเสริมและสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย
 - 2) ไม่ตัดสินผู้อื่น (Nonjudgmental) คือ การไม่นำค่านิยมหรือมาตรฐานทางสังคมของตนเองไปตัดสินพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงถึงการยอมรับความเป็นบุคคล และเป็นการเตือนให้พยาบาลคอยทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานของตนกับผู้อื่น
 - 3) ให้การยอมรับ (Acceptance) คือ การยอมรับในตัวบุคคลตามที่เขาเป็น ซึ่งการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งไม่ได้หมายความว่ายอมรับในพฤติกรรมเขา แต่เป็นการยอมรับในการที่เขาเป็นเช่นนั้นและเหตุผลของเขาในการแสดงพฤติกรรมนั้น

4) ท่าทีอบอุ่น (Warmth) คือ การแสดงถึงความเป็นมิตร ความอบอุ่น หรือความห่วงใยผู้ป่วย เป็นการแสดงออกทางกิริยาท่าทางมากกว่าแสดงออกด้วยคำพูด

5) เข้าใจความรู้สึก (Empathy) คือ การที่บุคคลพยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นหรือตระหนักรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไรขณะที่เขามีพฤติกรรม หรือตกอยู่ในสถานการณ์เช่นนั้น ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่นเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งต้องแยกความแตกต่างระหว่างความเข้าใจความรู้สึก (Empathy) และการเข้าไปร่วมรู้สึก (Sympathy)

6) ความจริงใจ (Authenticity) คือ ความจริงใจในการให้การบริการ ความเป็นตัวของตัวเอง แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ ปฏิบัติงานโดยยึดหลักเกณฑ์ของวิชาชีพ ไม่มีความต้องการใดๆ ส่วนตัวแอบแฝงอยู่

7) ความสอดคล้องกัน (Congruency) คือ ความสอดคล้องกันทั้งคำพูดและการกระทำ ไม่พูดในท่าทีที่ทำให้เกิดความขัดแย้งหรือตีความได้ไม่ชัดเจน

8) ความอดทน (Patience) คือ อดทนที่จะให้เวลาหรือให้โอกาสสำหรับผู้ป่วยที่จะพัฒนาตนเอง อดทนที่จะศึกษาผู้ป่วย รู้จักผู้ป่วยและติดตามดูความก้าวหน้าของผู้ป่วย และการแสดงออกของความอดทน คือ ความสนใจ การให้กำลังใจ การให้ผู้ป่วยเป็นของตัวเองและมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน

9) ให้ความเคารพ (Respect) คือ การแสดงออกถึงความเคารพ การให้เกียรติกับผู้ป่วยซึ่ง ทำได้โดยการยอมรับแนวทางการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ให้เกียรติโดยการเรียกชื่ออย่างถูกต้อง ไม่ใช่อำนาจกับผู้ป่วยโดยไม่เหมาะสม

10) เชื่อถือได้ (Trustworthiness) คือ การแสดงถึงความรับผิดชอบรักษาสัญญา ปฏิบัติตามข้อตกลงสม่ำเสมอหรือคงเส้นคงวาในการปฏิบัติและการแสดงต่อผู้ป่วยและที่สำคัญ คือ ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย

11) การเปิดเผยตนเอง (Self – disclosure) คือ การเปิดเผยตนเองในของเขตของวิชาชีพพยาบาลสามารถบอกความรู้สึก ความคิดเห็นและประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ เพราะการรู้จักเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสมของพยาบาล จะช่วยเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง และกล้าสำรวจความคิดของตนเองด้วยความมั่นใจมากขึ้น

12) การใช้อารมณ์ขัน (Humor) อารมณ์ขันเป็นการสื่อสารหรือเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ซึ่งอารมณ์ขันและการรู้จักหัวเราะมีประโยชน์ทางด้านสรีรวิทยาหลายประการ ส่วนทางด้านจิตใจอารมณ์ขันช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ความเบื่อหน่ายและความรู้สึกปกป้องหรือต่อต้าน

สรุปการพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการฟื้นฟูศักยภาพทางด้านจิตใจของคน ซึ่งเป็นลักษณะงานที่ค่อนข้างลึกซึ้งและซับซ้อน คุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ เข้าใจตนเอง สามารถเผชิญกับความเครียด ความคับข้องใจ และปรับตัวได้ดี มีความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์และยอมรับพฤติกรรมนั้นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

3. การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

3.1 ความหมายของการบริหารงาน

ปัจจุบันมีคำศัพท์ที่ใช้ในการบริหารอยู่สองคำ คือการบริหาร (Administration) และการจัดการ (Management) คำสองคำนี้ใช้อธิบายถึงหน้าที่ในการบริหาร ซึ่งมีการใช้อย่างกว้างขวางในทุกวิชาที่พหุรวมทั้งวิชาที่พยาบาลด้วย นักวิชาการบางกลุ่มเห็นว่าคำสองคำนี้มีความหมายใกล้เคียงกันใช้แทนกันได้ (Stevens. 1974)

สูลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) ได้ให้ความหมายว่า การบริหาร หมายถึงการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกับผู้อื่น เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งต้องอาศัย “คน” เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

สมพงษ์ เกษมสิน (2526) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริหารเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ นำเอาทรัพยากรการบริหารมาประกอบการตามกระบวนการบริหาร เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปการบริหาร หมายถึงกระบวนการ กิจกรรม วิธีการหรือรูปแบบในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร ซึ่งต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการจัดการหรือใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้องค์การบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดโดยอาศัยผู้อื่นในการปฏิบัติงานร่วมด้วย

การบริหารการพยาบาลก็มีลักษณะเช่นเดียวกับการบริหารทั่วไป คือการบริหารการพยาบาลและการจัดการพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ได้ให้ความหมายการบริหารการพยาบาลว่าหมายถึงการดำเนินการตามกระบวนการบริหาร โดยอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการบริหาร เพื่อให้บุคลากรการพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามวัตถุประสงค์ขององค์การพยาบาล

ประพิณ วัฒนกิจ (2541) ได้กล่าวถึง การบริหารการพยาบาล หมายถึง การจัดทำต่อระบบบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดวิธีการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีผลโดยตรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) ได้ให้ความหมายการบริหารการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง การนำเอาศิลปะและวิชาการมาใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น โดยอาศัยทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้บังเกิดผลดี หรือเป็นกิจกรรมร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ หลายประเภท หลายระดับ เพื่อให้บริการที่ดีแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ตามนโยบายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

กล่าวโดยสรุปการบริหารการพยาบาล หมายถึง การดำเนินการต่อระบบบริการพยาบาลตามกระบวนการบริหารซึ่งต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยอาศัยทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามวัตถุประสงค์ขององค์การพยาบาล

3.2 การปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

Fox, Fox, and Wells (1999: 12 -18) ได้กล่าวถึง การปฏิบัติบทบาทของผู้บริหารระดับต้นที่ถูกต้องและมีเหตุผล ซึ่งสภาการพยาบาลแห่งอเมริกาโดยคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีความเห็นพ้องในการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารระดับต้นเพื่อผลการทำงานของบุคลากร โดยครอบคลุมใน 8 บทบาท ได้แก่

1. การปฏิบัติการพยาบาล (Clinical practice) หมายถึง การที่ผู้บริหารจะต้องปฏิบัติ การพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง เป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยและครอบครัว
2. การศึกษาและการวิจัย (Education and research) หมายถึง ผู้บริหารระดับต้นจะต้องมีการสอนเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ นักศึกษา มีส่วนร่วมในการวางแผนหลักสูตรและการวิจัยโดยตรง
3. การเป็นผู้นำ (Leadership) หมายถึง ผู้บริหารจะต้องมีการติดตามงานอย่างใกล้ชิดกับบุคลากร มีการประชุมบุคลากร มีสัมพันธภาพกับบุคลากรทั้งอย่างเป็นทางการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การแสดงพฤติกรรมที่เป็นตัวอย่างที่ดี
4. การปฏิบัติงาน (Operation) หมายถึง ผู้บริหารจะต้องมีการจัดตารางการทำงานให้เหมาะสม ด้านบุคลากรหาสิ่งสนับสนุนการทำงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีการวางแผนการทำงาน การบริหารงบประมาณ มีโครงการเฉพาะของหน่วยงาน และมีการติดตามปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

5. การบริหารบุคลากร (Personal management) หมายถึง ผู้บริหารจะต้องมีบทบาทสัมพันธ์กับบุคลากรเข้าทำงานในหน่วยงาน การจ้างงาน การเป็นที่ปรึกษาการแก้ปัญหา ความขัดแย้งต่างๆ

6. การพัฒนาคุณภาพ (Quality management) หมายถึง การที่ผู้บริหารมีการติดตามการรายงานผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน

7. การประสานงานอย่างเป็นระบบ (System coordination) หมายถึง การที่ผู้บริหารเข้าเป็นคณะกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาล มีส่วนร่วมประชุมกับแพทย์ ผู้บริหารต่างๆ ของโรงพยาบาลและผู้บริหารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน

8. การบริหารงานทั่วไป (Other) หมายถึง ผู้บริหารจะต้องมีการบริหารเวลาในการใช้คอมพิวเตอร์ การตอบจดหมาย หนังสือ เอกสารต่างๆ รวมถึงการใช้โทรศัพท์ การเดินทางระหว่างหน่วยงาน และการแก้ปัญหาข้อบกพร่องของเครื่องมือต่างๆ

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2544) ได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยตามลักษณะของวิชาชีพพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการบริหาร คือ ใช้ความรู้ความสามารถให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มคนและช่วยให้กลุ่มคนได้งานทำที่เป็นประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง สถาบันวิชาชีพ และสังคม
2. ด้านการบริการ คือ ให้การพยาบาลในระดับวิชาชีพ โดยกระทำอย่างมีหลักการและเหตุผลตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ
3. ด้านวิชาการ คือ การพัฒนาตนเองให้ทันกับความเจริญก้าวหน้าของศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ในสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ความรู้และแนวความคิดเชิงวิชาการให้กว้างขวางต่อไป

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการดำเนินงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานการพยาบาลและโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำหน้าที่บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ตามอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารหรือหัวหน้าพยาบาล โดยมีภารกิจหลักคือ การบริหารบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคล่องตัวในการปฏิบัติการพยาบาลที่แต่ละบุคคลต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่ และต้องเป็นผู้เชื่อมโยงงานระดับนโยบายกลุ่มงานการพยาบาลสู่การปฏิบัติในระดับหอผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษา

และวินิจฉัยสั่งการโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติดังนี้

3.2.1 ด้านวิชาการ

- 1) ปฐมนิเทศผู้ร่วมงานทุกระดับ บุคลากรใหม่ และผู้มาศึกษาดูงานทางการพยาบาล
- 2) จัดประชุมอบรมวิชาการภายในหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความรู้ทางพยาบาลและเทคโนโลยีใหม่
- 3) จัดให้มีการสอนสุขศึกษาแก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม
- 4) วิเคราะห์และศึกษาปัญหาต่างๆ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขงานด้านบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 5) จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย
- 6) จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือทางการพยาบาลไว้ประจำหอผู้ป่วย
- 7) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
- 8) เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทั้งด้านวิชาการ และการปฏิบัติการพยาบาล
- 9) เป็นผู้ประสานงานกับอาจารย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จัดการฝึกภาค ปฏิบัติให้สอดคล้องกับทฤษฎี
- 10) อำนวยความสะดวกการฝึกศึกษาภาคปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์
- 11) เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- 12) ร่วมมือสนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาลและติดตามผลการวิจัยมาพัฒนาการพยาบาล

3.2.2 ด้านบริการพยาบาล

- 1) เป็นผู้ดำเนินการกำหนดปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจการพยาบาล ในการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการนำไปเป็นแนวทางในการบริการ และพัฒนาคุณภาพบริการในหอผู้ป่วย
- 2) กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาล หรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่มงาน มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานที่ส่วนกลางกำหนด

- 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- 4) จัดให้ผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการในหอผู้ป่วย ได้รับข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 5) สำรวจรับรู้ปัญหาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยวางแผนงานประจำวัน มอบหมายงานให้หัวหน้าทีมตามความรู้ความสามารถ
- 6) เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งเป็นผู้จัดทำควบคุมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเวช
- 7) จัดระบบบริการในหอผู้ป่วยให้มีความคล่องตัวต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ
- 8) กำหนดและควบคุมกำกับให้ผู้ปฏิบัติที่อยู่ในความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับแผน การรักษา กำกับดูแล การบันทึกรายงานต่างๆ ทางการพยาบาลให้ถูกต้อง
- 9) ติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วย
- 10) ใช้ความรู้และความชำนาญทางคลินิก ในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉิน มีปัญหาวิกฤต และมีปัญหาซับซ้อน
- 11) ใช้ทักษะการประเมินเพื่อนำไปสู่การวางแผน และการพยาบาลแบบองค์รวม
- 12) ประสานงานร่วมมือ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 13) จัดระบบการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย

3.2.3 ด้านบริหาร

3.2.3.1 การบริหารทรัพยากร

- 1) ควบคุมกำกับดูแล จัดหาเสื้อผ้า วัสดุครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นในด้านการรักษาพยาบาล
- 2) ควบคุมกำกับดูแล และการสั่งการเรื่องความสะดวกสบายเรียบร้อยในหอผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- 3) สร้างเสริมสัมพันธภาพ และการประสานงานที่ดีในระหว่างเจ้าหน้าที่ใน หอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติตลอดจนถึงผู้มาติดต่องานต่างๆ

4) จัดอาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ กำกับดูแลการรักษา ความสะอาดเป็นระเบียบของสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ และเฝ้าระวังต่อการ ปฏิบัติงาน รวมทั้งให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยจิตเวชและผู้ปฏิบัติงาน

5) จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ ให้มีเพียงพอพร้อมทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะฉุกเฉิน

6) จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยให้ เป็นไปตามระเบียบ

7) เสนอความต้องการและควบคุมการใช้การบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ให้มีเพียงพอพร้อมใช้งานอยู่เสมอ และให้บุคลากรในทีมเข้าใจในการใช้อุปกรณ์ ต่างๆ

8) จัดระเบียบและควบคุมงานสารบรรณและเวชระเบียนภายในหอผู้ป่วย

9) รวบรวมสถิติและรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือน ประจำปี

3.2.3.2 การบริหารบุคลากร

การบริหารงานบุคลากรทางการแพทย์เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะ เป็นเครื่องมือในการที่จะก่อให้เกิดความสำเร็จขององค์การ ดังนั้นในการบริหารบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องมีการวางแผนให้เหมาะสมสอดคล้องกับนโยบาย และจัดอัตรากำลังให้เหมาะสม กับงานทุกตำแหน่งทุกระดับชั้น ใช้ประโยชน์จากสติปัญญาของบุคลากรแต่ละคนอย่างมี ประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์หน่วยงาน ในการบริหารบุคลากรทางการแพทย์นี้มี แนวคิดหลัก 2 ประการ คือ การจูงใจบุคลากรทางการแพทย์มาปฏิบัติงานด้วยการจัด ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ดีให้กับทุกคน และการธำรงรักษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ ปฏิบัติงานดีอยู่แล้วให้อยู่กับองค์การพยาบาลให้นานที่สุด

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ได้เสนอแนวคิดหลักการบริหารงานบุคคลทางการแพทย์ ซึ่งมาจากคำว่า PERSONAL โดยประกอบด้วยหลักการต่อไปนี้

1. หลักนโยบาย (Policy Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องพยายามให้บุคคล ทางทางการแพทย์ปฏิบัติงาน ได้รับรู้ถึงนโยบายหรือเป้าหมายของโรงพยาบาลและฝ่ายการ พยาบาล

2. หลักประสิทธิผล (Effectiveness Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับเวลาที่ลงทุนในการปฏิบัติงานของบุคคลทางการแพทย์แต่ละคนและผลงานที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติงานของเขา การให้ได้ประสิทธิผลนั้น หมายถึง ลงทุนปฏิบัติงานด้วยเวลาน้อยๆ

แต่ผลงานออกมาเรื่อยๆ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงโดยการมอบหมายหน้าที่การทำงานให้บุคลากรทางการแพทย์ไปตามความรู้ความสามารถ ความถนัดและความสนใจของเขา

3. หลักการระ (Respect Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการเคารพบุคลากรทางการแพทย์ เคารพกฎหมาย กฎเกณฑ์ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานพยาบาล เคารพในเป้าหมายและนโยบายขององค์กร เคารพในความเป็นคนของคนไข้และผู้รับบริการ เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของเพื่อนร่วมงาน เคารพในความเป็นผู้นำของผู้บังคับบัญชาและเคารพในวิชาชีพพยาบาล รวมทั้งเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของตนเอง

4. หลักการยิ้มแย้ม (Smile Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกรักของคนไข้และผู้รับบริการด้วยการทักทายที่ยิ้มแย้มชวนให้สบายใจไม่เต็มความเครียดให้กับผู้บาดเจ็บและเป็นทุกข์

5. หลักความเป็นระเบียบเรียบร้อย (Order Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการทำงานที่เป็นระเบียบเรียบร้อย การจัดอาคารสถานที่สำหรับการบริหารการพยาบาลให้ดูเรียบร้อยดี สิ่งของต่างๆ วางเป็นที่อย่างเหมาะสม การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีระเบียบ เครื่องมือเครื่องใช้ในการพยาบาลจัดเก็บรักษาและนำออกมาใช้อย่างเป็นระเบียบ

6. หลักการดูแลรักษา (Nursing Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์พึงให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาคนไข้หรือผู้บาดเจ็บอย่างถูกต้องตามหลักวิชาและถูกใจ การแบ่งงานกันรับผิดชอบดูแลรักษา อยู่เวรยามเป็นหัวใจของการบริหารคนไข้ และคนไข้เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ในการพยาบาลจากการบริหารการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

7. หลักการบันทึกและรายงาน (Note Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์พึงให้ความสำคัญกับการบันทึกเพื่อความจำ เพื่อการรายงานและเพื่อการตรวจสอบเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลในทุกภารกิจ การฝึกหัดบันทึกให้อยู่ในระบบที่เหมาะสมและถูกต้อง จำเป็นต้องจัดขึ้นเป็นนโยบายให้ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาลได้ปฏิบัติ เพื่อประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล

8. หลักการทำงานจึงได้ความดีความชอบ (Earning Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์พึงใจความสำคัญกับการพิจารณาความดีความชอบของบุคคลทางการแพทย์ โดยเน้นที่ “การทำงาน” จึงได้ความดีความชอบพิเศษเป็นเงินเดือนสองชั้น การให้ความดีความชอบแก่บุคลากรมิได้เกิดจากพฤติกรรมทำให้ แต่เกิดจากพฤติกรรมพิจารณาการทำงานของบุคลากรรายบุคคล ซึ่งเรียกว่า Earning ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรมั่นใจว่าการได้ความดีความชอบเป็น

กรณีพิเศษนั้นต้องทำงานและผลจากการทำงาน เป็นที่น่าพอใจเป็นตัวอย่างอันดี และเกิดความรู้สึกเสมอภาคขึ้นแก่บุคลากรที่ได้รับการพิจารณาความดีความชอบประจำปี

9. หลักความจงรักภักดี (Loyalty Principle) ผู้บริหารทางการแพทย์พึงให้ความสำคัญกับความรู้สึกของบุคลากรทางการแพทย์ว่าจำเป็นที่ทุกคนต้องจงรักภักดีต่อเป้าหมายขององค์การพยาบาล มิใช่จงรักภักดีต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และเพื่อแสดงพฤติกรรมจงรักภักดีต่อเป้าหมายและหลักการให้เป็นรูปธรรม

การบริหารบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยทางด้านการบริหารบุคลากรในหน่วยงาน/หอผู้ป่วย และจากประพิน วัฒนกิจ (2541) กล่าวไว้ ดังนี้

1) จัดตารางปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ กำกับดูแลให้มีผู้รับผิดชอบจัดตารางเวรเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้เหมาะสมในแต่ละเวร โดยเจ้าหน้าที่แต่ละคนควรมีเวลาปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์

2) มอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถ

3) พัฒนาและฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ทุกระดับ

4) ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรละคุณภาพการให้บริการ เพื่อพัฒนาบุคลากรและคุณภาพการพยาบาล

5) เป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาแก่บุคลากรในหน่วยงาน

6) จัดระเบียบการลาป่วย ลากิจ ลาพักร้อน

7) จัดสวัสดิการ เสริมขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงาน ดูแลบุคลากรในความรับผิดชอบ ได้รับสวัสดิการต่างๆ ตามสิทธิ พิจารณาความดีความชอบให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ยุติธรรม

ในการบริหารบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเช่นเดียวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยทั่วไป แต่ในด้านการพัฒนาและฟื้นฟูความรู้ต้องจัดให้มีการฟื้นฟูความรู้ทั้งทางด้านจิตเวชและด้านการพยาบาลทางกายแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวมได้

การจัดอัตรากำลัง

ในการบริหารงานบุคลากรสิ่งสำคัญเพื่อให้หอผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้อย่างมี

คุณภาพตามนโยบายของโรงพยาบาลและหน่วยงานนั้น จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการกำลังบุคลากรอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและการดำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

1) เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีบุคลากรประเภทต่าง ๆ จำนวนเพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงาน โดยอาจมีการโยกย้ายบุคลากรพยาบาลเข้าปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยต่าง ๆ ในแต่ละเวรตามความจำเป็น

2) เพื่อสรรหามอบบุคลากรที่มีคุณภาพ เนื่องจากการจัดคนให้มีความทำงาน เป็นการกำหนดความต้องการคน และเลือกตัวบุคคล จัดปฐมนิเทศ ฝึกหัดงาน และประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องตามระบบการจ้างงานที่กำหนดไว้

3) เพื่อใช้ประโยชน์จากความรู้ ความสามารถ และความชำนาญของบุคลากรพยาบาลแต่ละประเภทอย่างเต็มที่ โดยทั้งผู้ผลิต และผู้ใช้บุคลากรจะต้องให้ความสำคัญของ “คน” เพื่อคุณภาพ และปริมาณของการให้การพยาบาลสำเร็จตามความมุ่งหวัง

4) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลเป็นระยะ ๆ เพื่อค้นหาปัญหาของการจัดบุคลากร โดยการประเมินผลกระบวนการจัดบุคลากรทุก ๆ ขั้นตอนเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

5) เพื่อสร้างแผนการจัดบุคลากรหลัก (Master Staffing Plan) เป็นการจัดสรรและกระจายกำลังบุคลากร โดยมีพื้นฐานจากการประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์

6) เพื่อจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการกำลังคนในแต่ละวัน แต่ละเวร

7) เพื่อใช้ในการจัดตารางการปฏิบัติงาน จะช่วยให้สามารถกระจายกำลังคนไปได้ อย่างเต็มที่และลดจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องใช้ลงได้มาก

8) เพื่อสร้างนโยบายการบริหารบุคลากร ที่เอื้อต่อการจัดบุคลากรที่มีคุณภาพสูงเข้าปฏิบัติงานอยู่เสมอ

9) เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรพยาบาล โดยการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้มีจำนวนเพียงพอกับปริมาณงาน ตลอดจนการจัดตารางการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่น

องค์ประกอบสำคัญของการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

Langford (1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลไว้ดังนี้

1) การกำหนดเป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานการพยาบาลซึ่งหมายถึงความเชื่อ และคุณค่าที่ยึดถือในการดูแลรักษา โดยมีการจัดให้มีขึ้นจะปรากฏลักษณะใดบ้าง มีขอบเขตอย่างไร

2) การกำหนดเป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานผู้ป่วยแต่ละหน่วย ควรได้กำหนดเป็นรูปของพฤติกรรมที่มุ่งให้เกิดขึ้น หรือประสบผลสำเร็จทั้งในระดับแผนก และในระดับหน่วยงาน

3) มีการกำหนดข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ด้านบุคลากร เช่น จำนวนและประเภทต่าง ๆ ของบุคลากรพยาบาลที่ต้องจัดไว้คละกัน

4) การเลือกใช้วิธีการจัดอัตรากำลังบุคลากร และเหตุผลในการเลือก

5) การกำหนดนโยบายบุคลากร และวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการจัดตารางการปฏิบัติงาน และแผนปฏิบัติ

6) ต้องมีรูปแบบการจัดอัตรากำลังบุคลากรของแต่ละหน่วยงาน เป็นรูปแบบเดียวกัน

7) การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ

8) การวางแผนการจัดเตรียมบุคลากรทดแทนในยามที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากมีบุคลากรป่วยหรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน และมีแผนการลดจำนวนบุคลากรเมื่อปริมาณงานลดลง

9) โปรแกรมการประกันคุณภาพทางการพยาบาล

10) แผนการประเมินโครงการการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) ได้ระบุถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการจัดบุคลากรพยาบาลไว้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สิ่งแรกที่ต้องทำ คือ สร้างวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วยในหน่วยงานให้สามารถปฏิบัติและวัดได้

2. โครงสร้างของหน่วยงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดประเภทและจำนวนบุคลากรให้สอดคล้องกับโครงสร้างของหน่วยงานที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์

3. รูปแบบการมอบหมายงานต้องสอดคล้องกับแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรและรูปแบบการจัดตารางการปฏิบัติงาน เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพสูงสุด โดยคำนึงถึงผู้ป่วยหายจากโรคได้โดยเร็ว ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด การดูแลมีความต่อเนื่องมากที่สุด สามารถสื่อสารการดูแลสู่บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด รูปแบบต่างๆ ของการมอบหมายงาน เช่น การมอบหมายงานเป็นรายบุคคล การมอบหมายงานตามหน้าที่ การมอบหมายงานเป็นทีม เป็นต้น

4. รูปแบบการจัดเวลาปฏิบัติงาน เป็นการจัดแบ่งเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลออกเป็นช่วงๆ ในรอบ 24 ชั่วโมง เพื่อให้บุคลากรพยาบาลทำงานหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง เช่น การการจัดเวลาปฏิบัติงานแบบ 8 ชั่วโมงต่อเวร 10 ชั่วโมงต่อเวร หรือ 12 ชั่วโมงต่อเวร ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยนิยมจัดเวลาปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมงต่อเวรและจัด 3 เหว ใน 24 ชั่วโมง

5. ภารกิจของพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรคำนึงถึงภาระงานทั้งส่วนที่เป็นภาระงานโดยตรงที่ให้แก่ผู้ป่วยและงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายงาน เช่น การจัดเบิกของเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุการแพทย์ การเงิน การส่งคัมส่งเคราะห์ งานเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อพยาบาลโดยตรงที่ควรให้แก่ผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมอบหมายงานเหล่านี้ให้แก่บุคลากรอื่นๆ ทำ

6. ความรู้ ความสามารถ ความถนัดและความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดบุคลากรพยาบาลให้ปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถ ความถนัดและความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรพยาบาลเกิดความพึงพอใจสูงสุด

7. งบประมาณ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาว่ามงบประมาณในการจัดจ้างบุคลากรแต่ละระดับมากน้อยเพียงใด

8. ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวิเคราะห์หาประเภทของผู้ป่วย เพื่อจะได้กำหนดบุคลากรพยาบาลให้ที่จำนวนเพียงพอแก่ความต้องการของหน่วยงานนั้นๆ

กองการพยาบาล (2539) ได้ระบุว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลเป็นหน้าที่ของกลุ่มงานการพยาบาล ที่จะต้องดำเนินการสร้างข้อมูลและวางแผนอัตรากำลังไว้ล่วงหน้า ซึ่งต้องคำนึงถึง

1. คุณภาพและคุณสมบัติที่ต้องการ ความยากง่ายของงาน
2. สถิติของผู้มารับบริการแต่ละประเภท และชนิดของโรค
3. ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

4. นโยบายการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล
5. ลักษณะปัญหาและแนวโน้มเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

โดยข้อมูลเหล่านี้จะได้นำมาพิจารณาในการวางแผนจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล และการวางแผนนี้ควรจะวางแผนในระยะ 3 ปี 5 ปี และควรปรับปรุงแผนได้ทุกกระยะเพื่อให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์

องค์ประกอบต่างๆ ข้างต้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาร่วมกันในการวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล เพราะนอกจากจะคำนึงถึงปรัชญา เป้าหมาย และนโยบายของโรงพยาบาลแล้ว ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดหลายๆ อย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของงบประมาณ จำนวนและประเภทบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนและเลือกการปฏิบัติในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ

ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องนำหลักเกณฑ์และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการคาดคะเนความต้องการบุคลากร จัดทำแผนอัตรากำลังและจัดสรรอัตรากำลังให้กับหน่วยงานอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้บุคลากร โดยนำหลักเกณฑ์และระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการ และระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งนำผลการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการบริหารอัตรากำลัง การประเมินผลการพยาบาลและควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล

การพัฒนาบุคลากร

บุคลากรพยาบาลถือว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าขององค์การ มีความสำคัญต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์การ การพัฒนาบุคลากรพยาบาลจะช่วยในการทำงานให้มีสมรรถภาพยิ่งขึ้น ความผิดพลาดน้อยลง ลดเวลาในการศึกษาขางานลง และเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลปฏิบัติงานเพื่อความก้าวหน้าทั้งของตนเองและของหน่วยงาน ซึ่ง พะยอม วงศ์สารศรี (2545) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นการดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบให้มีคุณภาพ ประสพผลสำเร็จ กล่าวคือ การฝึกอบรมจะทำให้บุคลากรสามารถนำความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ตลอดจนแนวความคิดและการรับรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งในส่วนตัวตนเองและองค์การ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

การศึกษาฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

1. ประเมินความต้องการที่จำเป็น (Need assessments) ในการพัฒนางานบริการพยาบาล และศักยภาพของบุคลากร

2. แผนพัฒนาบุคลากรตอบสนองของความต้องการที่จำเป็น
3. มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรก่อนประจำการ และการเตรียมความพร้อมบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
4. มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรระหว่างประจำการอย่างต่อเนื่อง
5. มีการประเมินผลและกระบวนการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งผลกระทบต่อการให้บริการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

การพัฒนาบุคลากรในองค์การคุณภาพสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

1. การพัฒนาตนเอง (Self enlightenment) เป็นวิธีการที่องค์การกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรแต่ละคนวางแผนอนาคตระยะยาวของตนอย่างอิสระ แล้วสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมสัมมนาหรือศึกษาต่อ โดยองค์การออกค่าใช้จ่ายให้บางส่วน หรือทั้งหมด หรืออาจมีเงื่อนไข
2. การฝึกสอนในขณะที่ทำงาน (On- the-job training) เป็นวิธีการที่ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับงานในความรับผิดชอบให้แก่ลูกน้องโดยตรง อาจใช้การสาธิตเป็นตัวอย่างด้วย
3. การเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาฝึกอบรม (In-house training) วิธีนี้ช่วยเสริมวิธีการฝึกสอนขณะทำงาน โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาชี้แนะเป็นครั้งคราว เพื่อให้บุคลากรรู้จักวิธีการมองปัญหาในมุมมองที่กว้างขวางหลากหลาย และแตกต่างจากความคุ้นเคยเป็นการเรียนรู้หลักทฤษฎีพื้นฐานแล้วนำมาฝึกหัดจนเกิดความชำนาญในการแก้ไขปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง อาจใช้การเชิญวิทยากรที่อยู่ต่างหน่วยงานก็ได้ จะเป็นผลดีตรงที่เข้าใจปัญหาและวัฒนธรรมองค์กรได้ดี และประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย
4. การจัดตั้งกลุ่มศึกษาภายในองค์การ (Study group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคลากรในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อศึกษาหาความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
5. การส่งบุคลากรไปร่วมประชุมสัมมนานอกองค์การ (Public seminar) วิธีนี้เป็น การเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมสัมมนาที่มาจากองค์การอื่น ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มพูนประสบการณ์ และเกิดมุมมองทัศนคติใหม่ๆ ที่อาจไม่มีโอกาสได้รับจากวิธีการฝึกอบรมภายในองค์การ

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ (2529) ได้แบ่งวิธีการพัฒนาบุคลากรออกเป็น 2 แบบ คือ

1. การพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นทางการ ได้แก่การจัดกิจกรรมอบรม ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว

2. การพัฒนาบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การพัฒนาโดยการวางแผน และ การพัฒนาโดยวิธีธรรมชาติ ดังนี้

2.1 การพัฒนาโดยการวางแผน จะมีการจัดกิจกรรมทุกอย่างที่ปฏิบัติ เพื่อให้เกิด ความชำนาญและเพิ่มพูนความสามารถ หรือเรียกว่าการฝึกอบรมโดยให้ปฏิบัติ ได้แก่ การ แนะนำงาน (Job instruction) การสอนงาน (Coaching) การเวียนการปฏิบัติงาน (Job rotation) และการฝึกเป็นลูกมือ การฝึกอบรมโดยไม่ต้องปฏิบัติ เป็นการสอนและพัฒนาผู้เข้าร่วมการ ฝึกอบรมโดยไม่ต้องลงมือปฏิบัติ ใช้สื่อและวิธีการสอนแบบอื่นๆ ได้แก่ บรรยาย ประชุมอภิปราย การศึกษากรณีตัวอย่าง การศึกษาจากภาพยนตร์และการสาธิต การฝึกอบรมโดยวิธีผสมผสาน เช่น การแสดงบทบาทสมมติ

2.2 การพัฒนาโดยวิธีธรรมชาติ ได้แก่ กิจกรรมในการพัฒนาตนเอง โดยการ อ่านตำราหรือเอกสารทางวิชาการ เข้าร่วมประชุมและสัมมนาเมื่อมีโอกาส สมัครเข้าเป็นสมาชิก สมาคมวิชาชีพ หาโอกาสไปศึกษาดูงาน อาสาสมัครเป็นผู้นำการอภิปราย หรือร่วมการอภิปราย เป็นบางโอกาส

สรุปการศึกษาฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร (Education, Training and Development) หมายถึงการที่กลุ่มงานการพยาบาลได้ดำเนินการในกิจกรรมการวางแผนการจัด การศึกษา ฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากร การให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ ของตนเองและออกแบบการศึกษา ฝึกอบรมทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

3.2.3.3. การบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยจิตเวช

ในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มี ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและมีการให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบกับ ผู้ป่วย จิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะและแนวโน้มของความเสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความ เจ็บป่วย ทางจิต มีความพร้อมในด้านการรับรู้ ความคิดหลงผิด และการตัดสินใจ การบริหาร ความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชในระดับหน่วยงานตามแนวคิด Swansburg (1996) ดังนี้

1. การปรับปรุงคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของหน่วยงาน
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติงานของบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยและการ ควบคุมภาวะเสี่ยง
3. จัดระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้มีความ ถูกต้องและสมบูรณ์

4. ให้ความรู้และจัดอบรมความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน
5. จัดระบบป้องกันอัคคีภัย
6. ตรวจสอบความเรียบร้อยในหน่วยงานและให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน
7. จัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันอันตรายให้แก่บุคลากร
8. จัดระบบการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือให้มีสภาพที่ดีในการใช้งาน

นอกจากนี้ความรับผิดชอบของหัวหน้าหรือผู้ปวยทั้งในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์และผู้จัดการภาวะเสี่ยงในระดับหน่วยงาน หน้าที่ของหัวหน้าหรือผู้ปวยในการจัดการภาวะเสี่ยงที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ตามแนวคิดของ Wilson (1998) ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงดังนี้

1. การค้นหาภาวะเสี่ยงของบุคลากร โดยการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่แสดงถึงภาวะเสี่ยงของบุคลากรในการปฏิบัติงานจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทั้งในและนอกหน่วยงาน รวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น แนวทางการใช้ของมีคม แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ แนวทางการดูแลผู้ปวยก้าวร้าว แนวทางการเฝ้าระวังผู้ปวยคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมทั้งจากรายงานเหตุการณ์ประจำวัน รายงานการประชุมปรึกษาหารือประจำวัน รายงานการประชุมประจำเดือน รายงานการร้องเรียนของบุคลากรและผู้ปวย รายงานตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการรวบรวมจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัย อินเตอร์เน็ตหรือจากโรงพยาบาลอื่น และในขณะที่ปฏิบัติงานหัวหน้าหรือผู้ปวยต้องรวบรวมภาวะเสี่ยงของบุคลากรจากการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างใกล้ชิด การสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อม สารเคมีของหน่วยงาน สภาพของอุปกรณ์เครื่องมือ บันไดหนีไฟ ระบบเตือนภัย รวมทั้งการจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือของหน่วยงาน จัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานโดยแยกภาวะเสี่ยงออกเป็นภาวะเสี่ยงทั่วไปและภาวะเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน

2. การประเมินค่าภาวะเสี่ยงของบุคลากรจากความถี่ ความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงและจัดลำดับภาวะเสี่ยงที่ต้องการแก้ไข โดยพิจารณาความถี่ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากร สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ความรุนแรงของอันตรายที่มีต่อบุคลากร ผลเสียหายที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ ความถูกต้องของการรายงานอุบัติการณ์และการเขียนรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งพิจารณาถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม สภาพของอุปกรณ์ เครื่องมือ สารเคมีที่มีในหน่วยงาน ความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การดูแลผู้ปวยก้าวร้าว ฆ่า

ตัวตาย การใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ สารเคมี การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือสิ่งของและการปฏิบัติตามแผนอัคคีภัยหรือแผนอุบัติภัย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่หน่วยงานหรือองค์การจ่ายชดเชยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน จัดลำดับและบันทึกภาวะเสี่ยงของหน่วยงานที่ต้องการจัดการไว้ในแฟ้มบัญชีภาวะเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งต้องมีการปรับปรุงทุกครั้งที่ค้นพบภาวะเสี่ยงและประเมินความเสี่ยง

3. การกำหนดแนวทางในการจัดการความเสี่ยง โดยหัวหน้าหอจะต้องหาแนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการภาวะเสี่ยงตามลำดับความสำคัญของภาวะเสี่ยง และนำแนวทางที่ได้คัดเลือกไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยการจัดประชุมบุคลากรทุกระดับเพื่อหาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันอันตรายจากภาวะเสี่ยงตามกลยุทธ์ต่างๆของการจัดการภาวะเสี่ยง พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทาง ความสามารถของหน่วยงานและงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ ความรู้ของบุคลากรทุกระดับ รวมทั้งสภาพสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน จัดทำระบบการตรวจสอบสภาพสิ่งแวดล้อม การซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ ระบบเตือนภัย ระบบการติดต่อสื่อสาร ระบบการเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ดำเนินการควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เป็นไปตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้อย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ไขปัญหาให้แก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน ดูแลให้มีการตรวจสอบสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ของมีคม อุปกรณ์ดับเพลิง การรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและการตรวจสอบสภาพประจำปี

4. การประเมินผลการจัดการภาวะเสี่ยง หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องติดตามสถิติการเกิดอุบัติการณ์ของบุคลากร เพื่อประเมินความเหมาะสมและแก้ไขปรับปรุงแนวทางที่ได้กำหนดไว้ โดยการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของบุคลากรทุกระดับ บันทึกชนิดและอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของบุคลากร สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ อันตรายที่บุคลากรได้รับความเสียหายที่มีต่อหน่วยงาน งบประมาณที่สูญเสียเพื่อชดเชยแก่บุคลากรที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ข้อร้องเรียนของบุคลากร ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้หรือปัญหาที่ได้จากการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานของบุคลากร สาเหตุการลาป่วยหรือการขาดงานของบุคลากร อัตรากำลังในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมความรู้ของบุคลากรทุกระดับและเปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของบุคลากรกับสถิติเดิมของหน่วยงาน

กล่าวโดยสรุปหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการภาวะเสี่ยงของหน่วยงานทั้งในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลและผู้จัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน โดยการค้นหาภาวะเสี่ยงของบุคลากร การประเมินค่าภาวะเสี่ยงของบุคลากร การกำหนด

แนวทางในการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการภาวะเสี่ยง เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

4.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert & Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาหรือธรรมชาติของมนุษย์ เพื่อค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายประสบการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง และอธิบายปรากฏการณ์เสมือนเป็นการอธิบายของผู้ที่มีประสบการณ์เอง ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลเกิดประสบการณ์ (Lived experience) เกี่ยวกับโลกที่บุคคลมีชีวิตรอยู่ (Live world) และความรู้เกี่ยวกับโลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ด้วยวิธีการที่เราดำเนินชีวิตรอยู่ในโลก (Being) นั้นในสถานการณ์หนึ่งๆ (Van Manen, 1990 cited in จอนพะจง เพ็งจาด, 2546)

Edmund Husserl (1857– 1938) ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ โดยมีความเชื่อว่าปรากฏการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตรอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเองต่อปรากฏการณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) เนื่องจาก Husserl มีพื้นฐานเป็นนักคณิตศาสตร์จึงใช้คำว่า “ เกือบไว้ในวงเล็บ ” (Bracketing) โดยมีกระบวนการการตัดทอน (Reduction) ของข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปเพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง (Streubert & Carpenter, 2003)

ต่อมา Heidegger นักปรัชญาชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่ง ในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (1889 – 1976) เป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตรโดยปราศจากความคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้นๆ และได้แนะนำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic

phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเขามีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลา (Being and time) มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard,1994 cited in Holloway and Wheeler,1996) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1) บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบ ตามความคิด ความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎี ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและจริงของบุคคลนั้น

2) สิ่งแวดล้อม (world) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิดและเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

3) การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (Past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ ๆ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จัก หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมา มีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าถึงประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadamer (1976 cited in ประณีต สงวัฒนา และคณะ, 2543) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญอีก 2 ประการ ดังนี้

1.) ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อจำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมายของภาษา

2.) การเชื่อมโยงความหมายของภาษา (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล สามารถที่จะเข้าใจถึงความหมายที่บุคคลสื่อออกมา ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ

เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกัน ระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

4.2 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Holloway & Wheeler, 1996; Streubert & Carpenter, 2003)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์โดย Franz Brentano (1838 – 1917) และ Carl Stumpf (1848 – 1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่เป็นอย่างไร (How in consciousness the mind direct its thoughts to an object) ซึ่งเน้นการอธิบายให้กระจ่างและอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกายและจิตใจ

ระยะที่ 2 Garman phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857 – 1938) และ Martin Heidegger (1889 – 1976) ได้มีการเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา การหยั่งรู้ (Intuiting) ซึ่งเป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์เพื่อความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูล จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และการทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction)

ระยะที่ 3 France phase เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ได้แก่ Gabriel Marcel (1889 – 1973) Jean Paul Sartre (1905 – 1980) และ Merleau-Ponty (1905 – 1980) โดยแนวคิดระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) ซึ่งเน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก (Being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัสสัมผัส การได้ยินและการมีสติ

การศึกษาด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในศาสตร์ต่างๆ เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ในสาขาการพยาบาลได้นำการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้พบว่ามีเหมาะสม เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหาและให้การดูแล การตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตขณะมีความเจ็บป่วย จึงช่วยให้มี

การพัฒนา การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายและพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลได้

4.3 หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger

Heidegger เป็นศิษย์เอกของ Husserl ได้ปรับจุดมุ่งหมายของหลักปรัชญาแนวคิดและความหมายของปรากฏการณ์วิทยาใหม่ที่มีจุดเน้นที่ธรรมชาติของความจริง ธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่จริง (Ontology) และการแปลความ (Hermeneutic) มารวมเข้าด้วยกัน ซึ่ง Heidegger ได้ให้ความหมายของปรัชญาแนวคิดของเขาว่าเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อนำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบในระดับธรรมชาติของสิ่งที่เป็นจริงที่อยู่บนฐานของการแปลความ ตีความเกี่ยวกับการเป็นอยู่ของมนุษย์ (Spiegelberg, 1982) ถึงแม้ว่าทั้ง Husserl และ Heidegger ต่างเชื่อว่าวิธีการศึกษาในเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นได้ให้เครื่องมือและวิธีการศึกษาที่จะนำเรากลับไปสู่ “to the things itself” (Dreyfus & Health, 1992 อ้างถึงใน วีณา เทียงธรรม, 2547) แต่ปรัชญาแนวคิดของ Husserl จะสนใจในประเด็นของ Epistemology และความสัมพันธ์กับ Phenomenological method ในขณะที่ Heidegger สนใจในประเด็นของ Ontology และสนใจในการพยายามทำความเข้าใจในธรรมชาติของ “มนุษย์” และเชื่อว่า Phenomenological method เป็น Ontology เพราะเป็นแนวคิดและวิธีการที่ทำให้สามารถนำไปสู่ความเป็นไปได้ของการเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นๆ และได้มีการขยายขอบข่ายของแนวคิดนี้จากการที่สังเกตเห็นการนำเอาทฤษฎีของการแปลความ ตีความไปใช้ในการค้นคว้าในสหสาขาวิชาต่างๆ มากมาย และนำไปสู่จุดเปลี่ยนในประวัติศาสตร์ของการคิดค้นเกี่ยวกับ Hermeneutics ทำให้เกิดรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลายมากขึ้นของ hermeneutics และการนำไปใช้เหล่านั้นมักจะได้รับปฏิกิริยาโต้กลับของกลุ่ม Objectivism ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการศึกษาในเชิงวิทยาศาสตร์ (Palmer :1969 อ้างถึงใน วีณา เทียงธรรม, 2547)

ในงานเขียน “Being and Time” ของ Heidegger ได้พยายามให้การแปลความโดยการตีความเพื่อนำไปสู่การเข้าใจในการให้ความหมายของ “มนุษย์” โดยใช้วิธีการของ Hermeneutics Phenomenology ซึ่งพัฒนาไปสู่ระเบียบวิธีการที่ศึกษาถึงกิจกรรมต่างๆ และการตอบสนองต่อปรากฏการณ์ของมนุษย์ นอกจากนี้ Heidegger ยังนำเอาแนวคิดของ Hermeneutics method มาใช้ในปรัชญาแนวคิดสมัยใหม่ ซึ่ง Heidegger กล่าวว่า “Hermeneutics” เป็นหัวใจสำคัญของ Ontological power ของการเข้าใจและการแปลความโดยการตีความ ทำให้ธรรมชาติของความจริงและความหมายนั้นๆ ปรากฏออกมาให้เห็นได้ นอกจากนี้ภายในกรอบของ Hermeneutics นั้น การทำความเข้าใจเปรียบเสมือนวงล้อที่เริ่มจาก

การทำความเข้าใจและนำไปสู่การให้ความหมายของการดำรงอยู่ของความจริงที่ปรากฏอยู่ทั้งหมด และนำไปสู่การวิเคราะห์ความจริงที่ดำรงอยู่หรือที่เป็นอยู่ ที่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปอีก ซึ่งผลที่ได้ก็นำไปสู่ความเข้าใจในธรรมชาติของความจริงที่ดำรงอยู่นั้นทั้งหมด (New ontological understanding of the whole) ซึ่ง Heidegger เรียกกระบวนการนี้ว่า “Hermeneutics circle”

Heidegger ได้มอง Hermeneutics เสมือนวิธีดำเนินการศึกษาในเชิงปรัชญาแต่ไม่ใช่วิธีการในเชิงวิทยาศาสตร์ Hermeneutics เป็นวิธีการแปลความโดยการตีความ (Interpretive method) ที่มากกว่าการพรรณนาสิ่งที่แสดงให้เห็น หรือการพยายามที่จะเปิดเผยความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่ (Cohen & Omerg, 1994 อ้างถึงใน วิไล เทียงธรรม, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ Spiegelberg (1982) และ Benner (1984) ที่ว่า Hermeneutics Phenomenology เป็นวิธีการดำเนินการศึกษามากกว่าจะเป็นทฤษฎี ซึ่งวิธีการศึกษานี้ นักวิจัยจะนำไปใช้เป็นตัวช่วยให้งานวิจัยมีความเข้มข้น มีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันในการศึกษาค้นคว้าทางสังคมศาสตร์พบว่า Hermeneutics Phenomenology มีความหลากหลายทั้งภายในตัว “ Hermeneutics “ และ “ Phenomenology ” เอง แต่ในความหลากหลายนั้นก็ยังมีหลักการและพื้นฐานของแนวคิดร่วมกันอยู่ คือ

1. เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นๆ จากมุมมองของคนที่มีประสบการณ์ (insider view)

2. เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของคนหรือกลุ่มคนในปรากฏการณ์ที่เฉพาะ

3. เป็นการศึกษาเพื่อหาแก่นของความหมายของประสบการณ์ชีวิตของคนหรือกลุ่มคน

4. เป็นการศึกษาเพื่อให้เราเข้าใจโลกในสังคมของคน / กลุ่มคนที่เราศึกษาสิ่งที่เป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่นของปรัชญาแนวคิดของ Heidegger คือการมองเห็นการทำงานของปรากฏการณ์วิทยาเปรียบเสมือนวิธีการ “ Destruction ” ซึ่ง Heidegger อธิบายว่าเหมือนการเปิดกล่องที่ใส่ของออกมาสำรวจดูแล้วจัดเสียใหม่

Spiegelberg (1982) ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับ “ Destruction ” ดังนี้

1. เป็นการเปลี่ยนวิธีการมองสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติในทุกๆ วันที่เป็นปัจจุบันและอดีตเสียใหม่โดยการมองให้ลึกซึ้งลงไปถึงความหมายของการดำรงอยู่ ของสิ่งที่ปรากฏอยู่

2. เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปลดปล่อยตัวเราเองจากความคิดความเชื่อแบบเดิมๆ ในอดีตของเราเอง

3. เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้เราได้หลุดพ้นจากกรอบประเพณีที่ถือปฏิบัติมาแต่ก่อน ซึ่งมีความเข้มงวด เพื่อช่วยให้เราได้มองเห็น รับรู้ ตรวจสอบ ความเป็นจริงของการดำรงอยู่ของเราได้

Player (1994 อ้างถึงใน วิธนา เทียงธรรม, 2547) ได้สรุปการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger ไว้ว่าเป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจ (Hermeneutic phenomenology) โดยเน้นว่าเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ซึ่ง Heidegger กล่าวไว้ ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ นั่นคือประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนๆ นั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตัวเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิดไม่สามารถแยกจากกันได้

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึงการให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดก็ตามของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรมและภาษาของแต่ละบุคคล

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึงบุคคลให้ความหมายของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความคิดและความรู้สึกของตนเอง

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodies) คือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้ โดยเชื่อว่าคนประกอบด้วยกาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

5. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) Heidegger ได้ให้ความหมายของ

“ เวลา ” เวลาไม่สามารถถูกแยกออกจากการดำรงอยู่ แต่เวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏอยู่ ดำรงอยู่ เวลาเป็นกรอบที่ใช้ในการอ้างอิงและเป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่ความเข้าใจ

Heidegger ได้อธิบาย Hermeneutic circle คือ ความสัมพันธ์ของการแปลความตีความ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

1) fore-having คือ การรับรู้เดิมที่เกี่ยวกับการทำงานของสิ่งต่างๆ ที่เรามองเห็น หมายถึง ในทุกๆ กรณีที่มีการแปลความ ตีความที่มาจากบางสิ่งบางอย่างที่เรารับรู้มาก่อนแล้ว โดย Heidegger กล่าวว่า เป็น เรื่องของการแปลความ ที่มีความสำคัญต่อกิจวัตรประจำวัน ซึ่งความเข้าใจนั้นมีพื้นฐานมาจากสิ่งที่มีอยู่เดิมจากภูมิหลังของการปฏิบัตินั้นๆ

2) fore-sight คือ การที่คนมีความคิดเห็นเดิมอยู่แล้วต่อบางสิ่งบางอย่างที่ได้เห็นหรือเคยเห็น เคยเข้าใจมาแล้ว และอาจยังคลุมเครืออยู่เป็นบางส่วนที่แสดงให้เห็นการแปลความตีความจากสิ่งที่เราเคยเห็นเคยรับรู้มาแล้ว

3) fore-conception คือ คนได้แปลความ ตีความหรือให้ความหมายของปรากฏการณ์นั้นแล้ว ซึ่งการแปลความ ตีความนั้นมีพื้นฐานมาจากสิ่งที่ผู้ศึกษามีความคิดเห็นอยู่ก่อนแล้ว

การนำปรากฏการณ์วิทยามาใช้ในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล

วีณา เทียงธรรม (2547) ได้กล่าวถึงการนำปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger มาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลไว้ดังนี้

1. การตั้งคำถามของการวิจัย Hermeneutic phenomenology ที่ใช้ในการวิจัยจะเป็นไปในลักษณะของ Ontological question ซึ่งในการวิจัยปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษานั้นได้บอกอะไรที่เกี่ยวกับความจริงของสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ตามวิถีของธรรมชาติแห่งความจริงในประสบการณ์ต่อปรากฏการณ์นั้น การนำมาใช้เป็นจุดเน้นของการศึกษาวิจัยนั้น Hermeneutic phenomenology จะเน้นที่ประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ มุ่งความสนใจไปที่การทำความเข้าใจในการให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีประสบการณ์นั้นๆ

2. การนำมาใช้ในการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล Heidegger มองมนุษย์ว่ามีคุณภาพ มีศักยภาพและมีความสามารถของตัวเอง ในการมีปฏิสัมพันธ์และแปลความตีความ กับโลกที่ตนเองอยู่ จากการมีปฏิสัมพันธ์และการแปล ตีความนั้น มนุษย์ได้สร้างความหมายจากประสบการณ์ของตนเอง ถือว่าบุคคลเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพ และการทำความเข้าใจที่สำคัญ Heidegger(1988 อ้างถึงใน วีณา เทียงธรรม,2547) ดังนั้นในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาหรือเรียกว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูล จึงเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์นั้นๆ ที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษา

3. การนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Heidegger เชื่อว่าธรรมชาติของการติดต่อสื่อสารของมนุษย์คือการพูดคุย (talk) และเป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสารของมนุษย์ หมายถึง เราเข้าถึงกันโดยผ่านการสนทนา ดังนั้นกระบวนการที่เราจะรับและส่งข้อมูล มีทั้งแบบใช้ภาษาและกิริยาท่าทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการวิจัย ร่วมกับแนวคิดของ phenomenological interviews โดยใช้ข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างกับแบบไม่มีโครงสร้าง และการพูดคุยนั้นจะเป็นกระบวนการแบบ two-way communication ซึ่งรวมถึงการฟัง การได้ยิน และการเงิบ ซึ่งข้อคำถามในการสนทนานั้น จะเริ่มต้นตั้งแต่เป็นการพูดคุยกว้างๆ ในเรื่องทั่วไปก่อน แล้วจึงค่อยๆ แคบลง แคบลงไปเรื่อยๆ โดยประเด็นของการสนทนาจะต้องมีจุดศูนย์กลางอยู่รอบๆ สิ่งที่เรามุ่งความสนใจ โดยในขณะที่ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลนั้น จะเกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ซึ่งในที่สุดจะนำไปสู่การเข้าใจในประสบการณ์ของปรากฏการณ์นั้นๆ ที่ศึกษา ความหมายต่างๆ จะถูกสื่อผ่านออกมาจากการสนทนาในบริบทของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยต่างมีความสำคัญที่เท่าเทียมกันในความหมายของกระบวนการวิจัย นอกจากนั้นทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยต่างมี Self-inquiring, Self-interpretive, Self-reflective, Self-observant และมีความสนใจในสิ่งดำรงอยู่ของตนเองที่ไม่เหมือนกัน (Heidegger, 1988 อ้างถึงใน วิไล เทียงธรรม, 2547)

4. ปรากฏการณ์ที่จะศึกษา คือ Everyday world ของกลุ่มคน คือสิ่งที่เราต้องการศึกษาถึงธรรมชาติของความเป็นจริงและสิ่งที่ดำรงอยู่ของความเป็นจริงในปรากฏการณ์นั้นๆ (Heidegger, 1962 อ้างถึงใน วิไล เทียงธรรม, 2547) ดังนั้นในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เราจะมุ่งเน้นที่ตัวปรากฏการณ์ ที่เราต้องศึกษา ซึ่งหมายถึงตัวผู้ให้ข้อมูลมากกว่าสถานที่ที่ทำการศึกษา

5. การนำไปใช้ในการวิเคราะห์ สิ่งที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล คือสิ่งที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รวมทั้งการใช้วิธีการบรรยาย / เล่าเรื่อง จะทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ และในกระบวนการวิเคราะห์นั้นดำเนินไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการ thematic analysis ที่ผ่านมา กระบวนการนี้จะมีลักษณะเป็น circular process คือการพิจารณาวิเคราะห์ที่ไปข้างหน้า ถอยกลับมาข้างหลังตลอดเวลา (Heidegger, 1988 อ้างถึงใน วิไล เทียงธรรม, 2547) ความรู้ที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ จะค่อยๆ ถูกสะสมมาเรื่อยๆ จนกระทั่งมีความหนาแน่นและชัดเจนมากขึ้น มากขึ้นจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์การดำรงอยู่ของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษานั้นคือ Hermeneutic process หรือ Hermeneutic circle ซึ่งคือ Circular process

ของการทำความเข้าใจ เริ่มตั้งแต่เรายังมีความเข้าใจที่คลุมเครือในปรากฏการณ์นั้น มาสู่การพยายามค้นหาคำตอบที่กระจ่างชัด ในแต่ละส่วนของปรากฏการณ์ จากนั้นก็กลับไปพิจารณาดูในภาพรวมของปรากฏการณ์ แล้วจึงลงไปสู่การพิจารณาในแต่ละส่วนขององค์ประกอบของปรากฏการณ์ โดยการวิเคราะห์ที่กลับไป กลับมาเป็นวงจร จนกระทั่งเราสามารถเข้าไปถึงความเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างที่เป็นธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นจริงๆ (Heidegger, 1992 อ้างถึงใน วิธนา เทียงธรรม, 2547)

6. การทำความเข้าใจที่คิดไว้ก่อนล่วงหน้า (Understanding pre-supposes) การแปลความไว้ก่อนล่วงหน้า (Prior interpretation) การทำความเข้าใจนั้นเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การรับรู้ถึงการดำรงอยู่ของเหตุการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นในสังคม (Heidegger, 1992) ในการศึกษาเชิง Hermeneutic phenomenology นั้น ถือว่าผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยต่างก็มีภูมิหลังและความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ทำให้พร้อมที่จะแปลความปรากฏการณ์นั้นๆ ตามความเข้าใจเดิมและภูมิหลังของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องตระหนักและระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง Heidegger ได้เสนอแนวคิดในประเด็นนี้ว่าคงเป็นไปได้ยากมากที่จะเข้าไปศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งด้วยหัวสมองและความคิดที่ว่างเปล่า เพื่อให้ผู้วิจัยมีใจเป็นกลางมากที่สุด คือ ผู้วิจัยควรได้ตระหนักรู้ในสิ่งเหล่านั้นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะช่วยป้องกัน Presupposition และ Pre-interpretation ได้ ดังที่มีผู้รู้กล่าวว่า “go with empty heart, but not empty head” (Heidegger, 1992 อ้างถึงใน วิธนา เทียงธรรม, 2547). นอกจากนี้การทำความเข้าใจนั้น คือการทำให้สิ่งที่คิดว่ารู้อยู่แล้ว มีความกระจ่างชัดเจมมากยิ่งขึ้นตามธรรมชาติของความจริงที่ปรากฏออกมาในปรากฏการณ์นั้นๆ ดังนั้นการจะเข้าไปถึงความหมายนั้นได้ต่อเมื่อมีความเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างที่เป็นประสบการณ์นั้นจริงๆ ดังที่ Heidegger ได้เน้นย้ำว่าการจะเข้าไปถึงความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์นั้นได้ก็ต่อเมื่อสามารถอธิบายชี้เฉพาะถึงปรากฏการณ์นั้นๆ ได้อย่างที่ธรรมชาติความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้นๆ ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

7. การนำไปใช้ในการเขียนรายงานการวิจัย (Phenomenological Writing) มีจุดมุ่งหมายเพื่อจะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองจากผู้อ่าน โดยถือว่าเป็นกระบวนการของการแปลความ ของภาษาจากการบอกเล่า พูดคุย ในชีวิตประจำวัน ไปสู่ภาษาที่มีความชัดเจน เข้าใจได้ง่ายถึงธรรมชาติของความเป็นจริงในปรากฏการณ์นั้นๆ โดยไม่ได้มีการบิดเบือนความหมายที่มีอยู่ในชีวิตประจำวันของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น (Gelven, 1989 อ้างถึงใน วิธนา เทียงธรรม, 2547) ดังนั้นการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้น ไม่เพียงแต่สื่อให้เห็นภาพของปรากฏการณ์และประสบการณ์เท่านั้น แต่ต้องสื่อให้เห็นการแปลความ ตีความ และการให้

ความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ต้องเพื่อให้ผู้อ่านงานการศึกษาวิจัยนั้น มีความรู้สึก และมีอารมณ์ร่วมไปกับประสบการณ์นั้นๆ เสมือนเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ตรงหน้าของผู้อ่านจริงๆ ดังนั้นการที่จะดึงดูดความสนใจและความชื่นชอบของผู้อื่น งานเขียนในเชิงปรากฏการณ์วิทยา จึงต้องมีการทำบางส่วนของบทสนทนา ประโยคคำพูด คำพยางค์ ตลอดจนบรรยากาศของการแสดงอารมณ์ความรู้สึก ด้วยสีหน้าท่าทางที่เป็น non-verbal ที่สำคัญและโดดเด่นต่างๆมาประกอบกรบรรยาย การอ้างอิง การให้ความหมาย การแปลความ ดีความ ของประสบการณ์ที่ทำการศึกษา จะทำให้งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่มีคุณค่าอย่างแท้จริง

4.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Stuerubert & Carpenter , 2003) สรุปหลักสำคัญไว้ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อให้รับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Informant) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง
2. การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือมีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล
3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Researcher as instrument) ต้องมีความระมัดระวังในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึก และเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Depth and richness of the information) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี ความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Stuerubert & Carpenter , 2003) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้แนะหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิดคำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying question) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์

ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (Listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจและสนใจอย่างแท้จริง (Stuerubert & Carpenter. 2003)

4. วิธีการเก็บข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้ คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลแล้วต้องอ่านบทสนทนาซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์ที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้ง เพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจและเตรียมแนวคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลหรือเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) ซึ่งหมายถึง ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปมีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป ถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนามและบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมารวมวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger นั้น Lopez & Willis (2003 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี ,2549) กล่าวว่า Heidegger จะเห็นถึงการแปลความหมายโดยอาศัยความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับนักวิจัย ซึ่งเรียกว่า อัตวิสัยร่วม (Intersubjectivity) เนื่องจากนักวิจัยต้องมีความรู้ส่วนหนึ่งในเรื่องที่ศึกษาและต้องการเติมเต็มในส่วนที่ยังไม่รู้ จึงได้ทำการศึกษาจากกลุ่มที่มีประสบการณ์นั้นๆ Crist & Tanner (2003 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี,2549) ได้อธิบายการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการตีความหมายว่าเป็น “Hermeneutic circle” ซึ่งหมายถึงการวนเวียนอยู่ในการค้นพบ ถ้ายังค้นไม่พบก็จะมีแสงสว่างข้อมูลต่อไปจนกว่าจะค้นพบสิ่งที่ต้องการรู้ กระบวนการนี้จะไม่ใช้กระบวนการที่ตรงไปตรงมาแต่จะเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกัน 5 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1) ระบุหาจุดสนใจและการสืบค้นเริ่มต้น (Early focus and lines of inquiry) ระบุจะเกิดขึ้นเมื่อนักวิจัยได้เอกสารที่ถอดเทปแล้วมาประเมินความถูกต้องของเทคนิคการสัมภาษณ์และการสังเกต ถ้าพบว่ามีข้อมูลบางส่วนขาดหายไปหรือยังไม่ชัดเจนเพียงพอ นักวิจัยจะต้อง

กลับมาค้นหาต่อและถ้าข้อมูลที่ได้มาเป็นเพียงข้อมูลผิวเผิน นักวิจัยต้องพยายามเจาะลึกให้ได้ ข้อมูลที่ละเอียดและสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้

2) ระยะเวลาสาระสำคัญหรือความหมายที่ถูกรับ (Central concerns, exemplars and paradigm cases) ในระยะนี้นักวิจัยจะมีการหาความหมายของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการอ่านข้อมูลแล้วดึงประเด็นที่สำคัญๆ ออกมาเขียนทั้งชื่อประเด็นและตัวอย่างจากข้อมูล

3) การหาความหมายร่วมกัน (Shared meaning) นักวิจัยนำข้อค้นพบที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

4) การแปลผล (Final interpretation) เป็นระยะที่นำประเด็นที่ค้นพบใหม่มาตรวจสอบกับประเด็นเดิมๆ ที่ค้นพบแล้ว การสรุปยังคงดำเนินต่อไปกับข้อมูลที่เข้ามาใหม่และเป็น การมองถึงการเลือกผู้ให้ข้อมูลคนต่อไปด้วย ในระยะนี้นักวิจัยจะเริ่มเขียนข้อสรุปที่เกิดจากการตีความ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายสุดท้าย

7. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) Guba & Lincoln (1985 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) และความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ดังนี้

ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

ความน่าเชื่อถือ เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลของ ข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล สิ่งที่นักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและ ข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์มีความถูกต้อง คือ การระบุวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ ข้อมูล ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks)

1. ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึง การใช้ เวลาในสนามที่ศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างความไว้วางใจเพียงพอที่ผู้ให้ ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่นักวิจัย ในการศึกษาทางมานุษยวิทยาถือว่า ระยะเวลาที่เข้าไปอยู่ในภาคสนามที่นานพอเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยทางมานุษยวิทยา และเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในสาขาอื่นๆ ด้วย อย่างไรก็ตามไม่มีใครกำหนด ว่าระยะเวลาจำนวนเท่าไรจึงจะถือว่าเพียงพอ เพราะการวิจัยแต่ละเรื่องจะใช้ระยะเวลาอยู่ใน

สนามแตกต่างกัน นักวิจัยที่ลงไปศึกษาเท่านั้นที่จะสามารถบอกได้ว่าเวลาที่เขาอยู่ในสนาม เพียงพอต่อการได้ข้อค้นพบหรือไม่

2. การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือ ประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของ ประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้จะเป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

3. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้อย่างน้อยสามวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนามร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

4. การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์ และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่นักวิจัยศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างน้อย 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบให้

5. การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากระบบการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability)

ความสามารถในการถ่ายโอนนี้จะใช้แทนการอ้างอิงผลสรุปที่ได้สู่ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพจะหมายถึงการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเองซึ่งเรียกว่า “Audit trial”

ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

ความสามารถในการพึ่งพาเป็นเกณฑ์ที่ 3 ในการพิสูจน์หรือตรวจสอบ (Establishing) ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการให้ผู้อ่านและนักวิจารณ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิจารณ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว Sandelowski (1986 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) เรียกวิธีการตรวจสอบนี้ว่า “ความสามารถในการพึ่งพา” นักวิจัยหลายท่านได้เสนอวิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา (Flick, 1998: LeCompte, & Goetz, 1982: Maykut & Morehouse, 1994 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) ไว้ดังนี้

1. การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) นักวิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

2. การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) การทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยนักวิจัยเพียงคนเดียวอาจมีปัญหาความน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบหรือผลการวิจัย แม้ว่าจะงานวิจัยนั้นจะใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วก็ตาม นักวิพากษ์อาจไม่แน่ใจว่ามีความลำเอียงเกิดขึ้นในขณะวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ ดังนั้นการทำงานร่วมกันของนักวิจัยหลายๆ คนจะเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลซึ่งเปรียบเทียบกับ การตรวจสอบค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) ในการวิจัยเชิงปริมาณ

3. การใช้ให้นักวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Use participant researchers) นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองผู้ให้ข้อมูล ซึ่งวิธีนี้มักใช้ในการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา (LeCompte, & Goetz, 1982 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

Guba & Lincoln (1989 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยัน จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว เกณฑ์ดังกล่าว คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และ ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ส่วน Robson (1993 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนามและการบันทึกประจำวันว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่

2. การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษามีข้อมูลมาสนับสนุนหรือไม่

3. การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มค่าและการให้รหัสข้อมูล

4. การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่

5. การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างการวิจัยและความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย

6. การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือช่วยในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

5.1 งานวิจัยในประเทศ

อภิญญา คารมปราชญ์ (2543) ได้ศึกษาการรับรู้คุณค่าของงานและการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 5 แห่ง จำนวน 225 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้คุณค่าของงานและการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.34) ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.80 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตามบทบาทมากกว่าร้อยละ 80 และการรับรู้คุณค่าของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อโนชา ทองกองทุน (2544) ได้ศึกษาขอบเขตการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ในปีพุทธศักราช 2554 ผลการศึกษาพบว่าขอบเขตการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ในปีพุทธศักราช 2554 ประกอบด้วยขอบเขตการปฏิบัติงาน 6 ด้าน คือ 1.) ด้านการบริหารทั่วไปครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย และการวางแผนในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล ตลอดจนการบริหารจัดการในหน่วยงานเกี่ยวกับงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ รวมถึงอาคารและสถานที่ 2.) ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน การพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการรักษาบุคลากรที่มีคุณค่าเอาไว้ 3.) ด้านการบริการและการพัฒนาคุณภาพบริการครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการ 4.) ด้านวิชาการและการวิจัย ครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยตนเองของบุคลากรการพยาบาล และการพัฒนาการวิจัย 5.) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ 6.) ด้านการพัฒนาวิชาชีพครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการ

ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเป็นแบบ อย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ

ภัทรรัตน์ ตันนุกิจ (2546) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการบริหารการพยาบาลกับการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 185 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.9$, S.D. = 0.45)

วิมลรัตน์ อ่องล่อง (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาลการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 245 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการคัดเลือกให้กระจายครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า 1.) ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = .46) 2.) การปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ $r = .636$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญนำ สมุทรชรินทร์ (2548) ได้การศึกษาประสบการณ์การบริหารบุคลากรด้วยความเอื้ออาทรของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 6 คน ผลการวิจัย พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของความเอื้ออาทรซึ่งเกิดขึ้นในบริบทของการบริหารบุคลากรไว้ 5 ประเด็น ดังนี้ 1. การช่วยเหลือบุคลากร โดยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ช่วยเหลือบุคลากรใน 3 ด้านคือ 1) ช่วยเหลือเมื่อบุคลากรมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน 2) ช่วยเหลือเมื่อบุคลากรมีปัญหาส่วนตัว 3) ช่วยเหลือเมื่อบุคลากรมีปัญหาครอบครัว 2. การมีความรู้สึกที่ดีต่อบุคลากร พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงความรู้สึกที่ดีต่อบุคลากรใน 6 ลักษณะ คือ 1) การให้ความรักและความจริงใจ 2) การเห็นอกเห็นใจและสงสาร 3) การเอาใจเขามาใส่ใจเรา 4) ความรู้สึกห่วงใย 5) ความกรุณา 6) การมีความรู้สึกเสมือนบุคลากรเป็นญาติ 3. การพัฒนาบุคลากร พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กระทำหรือแสดงออกถึงการพัฒนาบุคลากรใน 5 วิธี คือ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้ศึกษาต่อ 2) สนับสนุนให้บุคลากรมีการตัดสินใจมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 3) การสอนงานบุคลากร 4) การมอบหมายงานให้บุคลากร และ 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากร

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Stahl et al. (1983) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ตรวจการคาดหวังให้หัวหน้าผู้ป่วยปฏิบัติ ตัวอย่างประชากรเป็นพยาบาล 115 คน ผู้ตรวจการพยาบาล 53 คน ในรัฐโอไฮโอ เครื่องเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการบริหารงาน และด้านการบริหารบุคคลจำนวนเท่ากับร้อยละ 37.5 ปฏิบัติกิจกรรมผู้ป่วยร้อยละ 25 สำหรับผู้ตรวจการพยาบาลคาดหวังให้หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานด้านบริหารและงานบุคคล ในจำนวนร้อยละ 43.75 คาดหวังให้ปฏิบัติกิจกรรมด้านการพยาบาลร้อยละ 12

Sanders, Davidson, & Price (1996) ได้ศึกษาการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในเรื่องของบทบาทหน้าที่ กิจกรรมและความรับผิดชอบในด้านการบริหาร การบริการและการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลเขตภาคใต้ตอนกลางของประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 74 คน พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เวลาในการทำงานด้านการบริหารมากที่สุดถึง 63 % โดยเฉพาะหน้าที่บริหารในด้านภาวะผู้นำ ในด้านการบริการ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เวลาในการทำงานทั้งหมด 25% ส่วนเวลาที่เหลือ หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ไปกับหน้าที่ด้านการศึกษาและการวิจัย

Fox, Fox & Well (1999) ศึกษาการปฏิบัติของผู้บริหารในบทบาทการบริหาร กับผลงานของบุคลากรในหน่วยงานของโรงพยาบาล ประกอบด้วยบทบาทด้านบริหาร 8 บทบาท ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงานในคลินิก ด้านการศึกษาและวิจัย ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการปฏิบัติงานด้านบริหารบุคลากร ด้านการพัฒนาคุณภาพ ด้านการประสานงานอย่างเป็นระบบ ด้านการบริหารงานทั่วไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้จากประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่ออธิบายประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทางกาย และเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมการเลื่อนตำแหน่งขึ้นเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้การบริหารงานหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและผู้มารับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มี หอผู้ป่วยจิตเวช และดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 9 คน

พื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหม ลักษณะของหอผู้ป่วยเป็นพื้นที่ปิดและมีการล็อกตลอดเวลา ประตูหน้าต่างจะติดลูกกรงเหล็ก ในจำนวนนี้มีหอผู้ป่วย 4 แห่งที่อยู่บนอาคารสูง 3 แห่งอยู่ในอาคารชั้นล่าง 2 แห่งอยู่บนชั้นสอง ทุกแห่งมีประตูเข้าออก 2 ชั้นแบบเข้าออกทางเดียว 6 แห่งมีเจ้าหน้าที่เฝ้าอยู่ที่บริเวณทางเข้าออก 1 แห่งมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าอยู่หน้าประตู 2 แห่งไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าแต่จะมีเจ้าหน้าที่มาปิด-เปิดประตูให้เมื่อได้ยินเสียงกริ่ง สำหรับทางออกฉุกเฉินมีเพียง 1 แห่งไม่มีทางออกฉุกเฉินสำหรับเจ้าหน้าที่ต้องใช้วิธีปีนออกทางหน้าต่างชั้นสอง ส่วนอีก 8 แห่งจะมีทางออกฉุกเฉินสำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งจะใช้เป็นทางเดียวกับหนีไฟ การแบ่งประเภทผู้ป่วยชาย-หญิงในหอผู้ป่วยมี 4 แห่งซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมแบ่งแยกเป็นหอผู้ป่วยชายหรือหญิงอย่างชัดเจน 5 แห่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับทั้งผู้ป่วยชายและหญิงแต่มีการแยกห้องนอน ส่วนลักษณะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมี 4 แห่งที่เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีบุคลากรต่ำกว่าระดับวิชาชีพเป็นเพศเดียวกับ

ผู้ป่วย ส่วนอีก 5 แห่งระดับต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพจะไม่เน้นเพศ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ช่วยพยาบาลหญิง เจ้าหน้าที่พยาบาลหญิง เพราะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทั้งชายและหญิงได้ การเลือกวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ จะเน้นวัสดุที่ไม่สามารถนำมาเป็นอาวุธ กระจกที่ใช้เป็นกระจก นิรภัยป้องกันการแตกกระจาย อุปกรณ์แก้วน้ำ จาน ชาม จะใช้เป็นพลาสติกแทนกระเบื้องหรือแก้ว ทุกแห่งมีกฎระเบียบที่เข้มงวดห้ามผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามนำโทรศัพท์มือถือมาใช้ และไม่อนุญาตให้เก็บเสื้อผ้าและของมีค่ารวมทั้งเงินไว้กับตัวผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตก่อนทำการสัมภาษณ์โดยการทำหนังสือขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จากนั้นได้ติดต่อกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช และผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ก่อนเดินทางไปสัมภาษณ์ พร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือเพื่อสัมภาษณ์ประสบการณ์บริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โดยนัดวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และอธิบายให้ทราบว่าสามารถปฏิเสธหรือขอหยุดการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ทั้งนี้การให้สัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของหน่วยงานหรือองค์กร

2. ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แจ้งและขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชในการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและถอดข้อความคำสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ข้อความที่ได้จากการถอดเทปนั้นจะไม่ปรากฏชื่อและสถานที่ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้ว เทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายทันทีเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ให้ข้อมูล

3. ในการเสนอรายงานการวิจัยหากมีการกล่าวอ้างถึงถ้อยคำหรือคำบอกเล่าจากการสัมภาษณ์ ชื่อสถานที่และชื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชผู้วิจัยจะใช้ชื่อสมมติในการเขียนรายงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย การจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนตรงตามความเป็นจริงและมีความลุ่มลึก ผู้วิจัยจะต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้ใช้ช่วงเวลาหนึ่งก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล โดย

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ และการดำเนินการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์

1.1 นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อนำเรื่องเข้าพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของหน่วยงาน ติดต่อประสานงานและชี้แจงรายละเอียดกับฝ่ายการพยาบาลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

1.3 ติดต่อและแนะนำตัวทางโทรศัพท์กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน และชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์การศึกษา พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับแนวคำถามและวิธีการสัมภาษณ์ รวมถึงระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปการสัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และในกรายงานผลการศึกษาไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดข้อสงสัย และถ้าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่เต็มใจหรือไม่อยากตอบคำถาม ผู้วิจัยยินดีให้ผู้ให้ข้อมูลล้มเลิกการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

1.4 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล โดยการโทรศัพท์พูดคุย และให้เวลาผู้ให้ข้อมูลตรวจเช็คเวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์

1.5 ผู้วิจัยนัดหมายการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดวันเวลา สถานที่ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้สัมภาษณ์ที่หอผู้ป่วย และเวลานัดพบเกือบทุกรายจะเป็นช่วงบ่ายและเย็นหลังเวลา 16.00 น.

2. การดำเนินการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2549 ถึง 20 มกราคม 2550 โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสัมภาษณ์โดยการพูดคุยเรื่องทั่วไปและหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาราชการ

2.2 อธิบายสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทปคำสัมภาษณ์ การรักษาความลับโดยชี้แจงว่าผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และจะทำลายเทปการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ในการรายงานผลการศึกษาก็จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อหรือลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ที่อาจนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอและสรุปผลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยผู้ให้ข้อมูลซักถามได้ตลอดเวลา และถ้ารู้สึกไม่เต็มใจหรือไม่อยากตอบคำถามก็ไม่จำเป็นต้องตอบ รวมทั้งหากรู้สึกไม่ชอบเข้าร่วมวิจัยก็สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัยและเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจสิทธิของตนเองดีแล้ว ผู้วิจัยจึงขอให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามยินยอมในใบยินยอมร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

2.3 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยเริ่มต้นด้วยการเกริ่นนำด้วยคำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับการทำงาน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศของการสนทนามากขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อนำสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพยายามสร้างบรรยากาศการสนทนาแบบสบาย ๆ และเป็นกันเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขีดเคลาคำถามก่อนที่จะใช้ในการสนทนาจริงเพื่อมิให้คุกคามอารมณ์ ความรู้สึกหรือศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล และคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นคำถามที่ได้จากการตามรอยความสนใจของผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ โดยในระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจะสังเกตและทำการจดบันทึกสีหน้า ท่าทาง อากัปกริยา การแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลขณะเล่าเรื่องหรือพูดถึงประเด็นใด เพื่อช่วยให้ทราบความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกออกมาเป็นคำพูดอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การถามคำถามต่อเนื่องให้เข้าถึงความหมายที่แท้จริงต่อไป พร้อมทั้งผู้วิจัยแสดงออกให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณวิจัยสนใจ ตั้งใจ จดจ่อและติดตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูดทั้งเนื้อหาสาระ ความคิด และอารมณ์ความรู้สึกด้วยการมองการสบสายตาผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะๆ และใช้ภาษากายและคำพูด เช่น การผงกศีรษะ การใช้เสียง “คะ” เสียง “อืม” ในจุดที่คล้ายคลึงตามเพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจที่จะพูดอย่างเต็มใจและยาวนานขึ้น รู้สึกมีความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าเกิดความนับถือตนเองและเกิดพลังใจจากการได้ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตัวเองออกมา ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่ขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนหัวข้อการสนทนาหรือด่วนกระโดดข้ามไปหาข้อสรุป แต่เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดจนจบจึงพูดหรือถามคำถามต่อไป รวมทั้งป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมารบกวนการสนทนา พร้อมกับสื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับรู้ว่าผู้วิจัยมีส่วนร่วมและเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่พูดออกมา และสรุปสิ่งที่ได้ยินเพื่อจัดระบบเนื้อหา

วิเคราะห์เบื้องต้นและจับประเด็นเพื่อตั้งคำถามในใจสำหรับการถามคำถามต่อไปให้สอดคล้องกับคำถามการวิจัยที่ต้องการค้นหาคำตอบ โดยผู้วิจัยประมวลขอบเขตของข้อมูลที่ได้จากการสนทนาที่ผ่านมาว่ามีประเด็นใดบ้างที่ต้องการถามต่อเนื่องและจะนำข้อมูลส่วนใดที่ได้จากการสนทนา มากำหนดโครงสร้างและสาระของการสัมภาษณ์ปัจจุบัน โดยจะย้อนกลับมาสร้างเป็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกต่อไปอย่างต่อเนื่องในลักษณะการแกะรอยข้อมูล (tracking) ที่เกิดขึ้นก่อนอย่างเป็นวัฏจักรตลอดกระบวนการวิจัย

กรณีผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบคำถามในบางช่วงของการสนทนา หรือแสดงท่าทีครุ่นคิด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจในคำถาม หรือไม่แน่ใจว่าผู้วิจัยต้องการอะไร ผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขสถานการณ์ให้เป็นไปอย่างราบรื่นโดยการเจียบและรอคำตอบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ความคิดหรือใช้เทคนิคการถามคำถามเดิมซ้ำ หรือบางครั้งก็ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนคำถามใหม่เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 50-80 นาที โดยมีจำนวน 3 รายที่ต้องสัมภาษณ์ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นนอกนั้นสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) โดยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาประเด็นเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้ ซึ่งพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ได้ 9 ราย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 7 เดือน เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ ซึ่งจะนำเสนอในลำดับต่อไป

การยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละรายโดยการแสดงให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบด้วยภาษาพูดและภาษากายประกอบกัน ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์และเหตุการณ์ในขณะนั้น ได้แก่ การหยุดเทปบันทึกคำสัมภาษณ์ การเหลือบมองนาฬิกา การปิดสมุดบันทึก และการเก็บปากกา และแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะนำโดยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าเป็นความจริงหรือไม่ อาจมีคำถามเพิ่มเติมในครั้งต่อไปด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยขอบคุณและกล่าวคำอำลาผู้ให้ข้อมูล

ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพบปัญหา 3 ประเด็นคือ

1. ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะมีหอผู้ป่วยจิตเวชเพียง 1 หอ และมีอีกหลายโรงพยาบาลที่มีแต่การให้บริการผู้ป่วยนอกไม่มีหอผู้ป่วยใน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องใช้เวลาในการติดต่อและเดินทางไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ดังกล่าวในจังหวัดต่างๆ เช่น ราชบุรี ชลบุรี จันทบุรี เป็นต้น ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนานถึง 7 เดือน

2. เวลาค้นหาหมายของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีภารกิจค่อนข้างมาก ทั้งด้านการบริหารจัดการ การบริการ วิชาการรวมทั้งการประชุมต่างๆ จึงทำให้การนัดหมายการสัมภาษณ์ต้องใช้เวลาที่ไม่ติดภารกิจและการประชุมต่างๆ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ต่างจังหวัดต้องทำการนัดหมายล่วงหน้าและการยืนยันที่แน่นอน และต้องใช้เวลาล่วงหน้า คือหลังจาก 16.00 น ในการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลบางท่าน บางครั้งผู้ให้ข้อมูลมีภารกิจสำคัญหรือเร่งด่วนในวันและเวลาที่นัดหมายไว้ จึงจำเป็นต้องเลื่อน วัน เวลา นัดหมายการสัมภาษณ์ใหม่ บางครั้งการให้สัมภาษณ์ไม่สามารถดำเนินการให้สิ้นสุดภายในเวลาที่กำหนดไว้เพราะมีการรบกวนจากผู้ร่วมงานที่มาขอคำปรึกษา ต้องกำหนดวันและเวลาในการสัมภาษณ์อีกครั้ง ทำให้ผู้วิจัยต้องใช้เวลาในการอยู่ในภาคสนามนานขึ้น

3. สถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกสถานที่เอง ในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เลือกใช้ที่หอผู้ป่วย โดยใช้ห้องทำงานของแต่ละคน ปรากฏว่ามีการขัดจังหวะในการสัมภาษณ์เป็นระยะ ๆ จากมีผู้ร่วมงานมาขอคำปรึกษา ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลไปใช้ที่เป็นส่วนตัวและไม่มีคนรบกวน เช่น ห้องประชุม ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญ คือ ตัวผู้วิจัยที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ร่วมกับการศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ และเตรียมความรู้ด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามที่สามารถหาคำตอบได้ในระดับลึก และเพื่อให้ข้อมูลมีความเชื่อถือได้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ซึ่ง Guba & Lincoln (1985 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) ได้กล่าวถึงความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) และความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้อ่านมีความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

1.2 ควบคุมสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจชัดเจน อธิบายรายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ

1.3 มีการวางแผนและดำเนินการตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสบายใจในสถานที่ที่ตนเองต้องการสนทนา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเลือกสถานที่ทำงานในหอผู้ป่วย

1.4 ผู้วิจัยมีความตระหนักอยู่เสมอว่าในระหว่างจนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ครบคลุมและตรงกับความเป็นจริงตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเองและพยายามไม่นำความคิดนั้นมาใช้ในการตัดสินคำสัมภาษณ์ เพื่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1.5 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม แล้วเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำจากเทปและนำประเด็นที่วิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง เปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ประเด็นไม่ชัดเจน และปรับตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งตรวจสอบผลการวิเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นการยืนยันการตรวจสอบความถูกต้องและมั่นใจในเนื้อหาและประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การถ่ายโอน (Transferability) โดยการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น คือเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช จะไม่นำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นๆ

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ครอบคลุมมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจ

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และมีการตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การถอดเทปแบบคำต่อคำ การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุปโดยประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล และมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Hermeneutic circle ของ Crist & Tanner (2003 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตानी, 2549) ซึ่งยึดถือแนวคิดของ Heidegger & Van Manen ร่วมกับวิธีการของ Diekelman (1992 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2547) เป็นหลักการพื้นฐานของการวิเคราะห์ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1

1. ทำการถอดเทปจากบทสัมภาษณ์และสนทนาออกมาเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ ทุกวันหลังจากสัมภาษณ์ และเขียนบันทึกส่วนตัวเพิ่มเติมโดยจัดข้อมูลเป็นรายบุคคล
2. อ่านบทสนทนาทั้งหมดกลับไปกลับมาหลายๆ ครั้งให้เกิดความเข้าใจและเพื่อการตรวจสอบ ยืนยันคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งกับสิ่งที่ได้เล่าไปแล้ว

ขั้นที่ 2

1. เมื่อพบข้อมูลใดที่น่าสนใจ (Significant statement) ก็เน้นข้อความด้วยปากกาเน้นข้อความแล้วนำข้อความนั้นมาสกัดเอาลักษณะ / ใจความสำคัญ (Feature of significant) ออกมาซึ่งจะเป็นส่วนที่แสดงถึงความคิด ความรู้สึก การตีความ พฤติกรรมการแสดงออก การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล
2. นำข้อความที่สกัดออกมาได้ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนไปใส่ในแฟ้มข้อมูล แล้วตั้งชื่อให้กับข้อมูลนั้น ซึ่งเรียกว่าการให้รหัสเบื้องต้น (Coding) โดยแยกเป็นรายบุคคลและแยกตามรหัสของข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดแยกเป็นรายบุคคล

3. นำข้อมูลที่ใส่รหัสแล้วไปจัดหมวดหมู่ โดยนำส่วนที่คล้ายกันมาไว้รวมกันเพื่อเป็นการลดทอนจำนวนข้อมูลลงไป (Reduction process) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการแยกย่อยข้อมูลเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด วลีต่อวลี และบางครั้งอาจเป็นคำต่อคำ

4. นำข้อมูลที่ได้จากบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาสรุป

ขั้นที่ 3

1. นำบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาอ่านทบทวนอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ในขั้นนี้จะมีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจนหมดข้อสงสัย

2. เริ่มมีการบ่งชี้ Theme แบบชั่วคราว Theme ที่ได้เป็นลักษณะแบบกว้างๆ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หรือบวมดหมูและในหมวดหมู่ใดหมวดหมู่หนึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับใหม่ได้ตลอดเวลาจากกระบวนการสัมภาษณ์ที่จะมีการ Tracking and probe กลับไปกลับมาอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้มีข้อมูลใหม่ๆ เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งลักษณะของการนำข้อมูลที่ได้กลับไปถามซ้ำ แล้วนำมาตรวจสอบกับข้อมูลเดิม แล้วนำกลับไปถามซ้ำอีก แบบกลับไปกลับมา เพื่อเป็นการตรวจสอบความตรงของข้อมูล

ขั้นที่ 4

1. กลับมาพิจารณาบทสรุปอีกครั้งเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ ที่สะท้อนจากบทสรุปการสัมภาษณ์ของแต่ละคน ซึ่งจะมีข้อมูลใหม่ๆ เข้ามาตลอดเวลาจากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อมๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ทำการบ่งชี้ Theme และองค์ประกอบของ Theme โดยเป็นแบบกว้างๆ ก่อนและพิจารณากลับไปกลับมาหลายๆ ครั้ง ระหว่างการพิจารณาโดยรวมและพิจารณาแยกเป็นส่วนๆ จนได้องค์ประกอบของ Theme ที่นำมาใช้ในการพิจารณาความสัมพันธ์ของ Theme แต่ละชื่อ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของ Constitutive pattern ที่สำคัญ

ขั้นที่ 5

นำองค์ประกอบของ Themes มาเปรียบเทียบเพื่อพิจารณาความเหมือนและความต่างๆ และดูว่ามีองค์ประกอบของ Theme ใดที่พบซ้ำๆ ที่สะท้อนให้เห็นความหมายเดียวกัน และหยิบยกออกมาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อเป็นการตรวจสอบ

ขั้นที่ 6

1. ขณะทำการพิจารณา Theme ผู้วิจัย จะพิจารณาดูส่วนประกอบของแผน ที่เชื่อม Theme ไปพร้อมๆ กัน

2. ขณะที่ทำการพิจารณาดำรงในบทสรุปการสัมภาษณ์อย่างรอบคอบถี่ถ้วน Theme ที่พบซ้ำๆ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ Pattern

3. นำ Pattern ของ Theme ที่ได้มาพิจารณาเปรียบเทียบ เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยัน Pattern นั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบของ Pattern นี้ คือข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตทั้งหมด

บทที่ 4

ผลการศึกษาประสพการณ์การบริหารงาน ของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารระดับต้นในองค์การพยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องนำนโยบายและแผนจากผู้บริหารระดับสูงมาวางแผนการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม และดูแลให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้เกิดการปฏิบัติงานเต็มกำลังความสามารถ เพื่อให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยถือเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานให้บริการในหอผู้ป่วย และดูแลบริหารงานให้สามารถดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยจิตเวช ในบทที่ 4 นี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บริบททั่วไป ได้แก่ ลักษณะงานของหอผู้ป่วยจิตเวช การเริ่มต้นดำรงตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วยและภารกิจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนที่ 2 นำเสนอเกี่ยวกับประสพการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การบริหารบุคลากร การบริหารอัตรากำลัง และภูมิคุ้มกันผลงาน โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

ลักษณะงานของหอผู้ป่วยจิตเวช

หอผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะด้านการพยาบาลและการดูแลผู้รับบริการแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากต้องดูแลให้บริการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ จากความพร่องทางความคิด การรับรู้ (หลงผิด) หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอนและอาจมีปัญหาทางสุขภาพทางกายร่วมด้วย ภายใต้ความเสี่ยงเฉพาะ ซึ่งได้แก่ ความก้าวร้าวรุนแรง ภาวะซึมเศร้า และไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองจึงมีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน รวมทั้งทำร้ายบุคลากรที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ยอมรับเหตุผล ไม่เข้าใจความเป็นจริงและไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตน ปฏิเสธการรักษา จึงมีการหลบหนีออกนอกโรงพยาบาล จากที่กล่าวมาหอผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องเป็นหอผู้ป่วยแบบปิดมีการควบคุมการเข้าออก รวมทั้งกฎ ระเบียบที่เข้มงวด สิ่งเหล่านี้สร้างความกดดันให้กับผู้ป่วยและบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงาน รวมถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัยและป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีทั้งการให้ยา การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การ Approach ผู้ป่วย การทำกิจกรรมบำบัด การรักษาด้วยการช็อค ไฟฟ้า ดังนั้นการ

ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องใช้จำนวนเจ้าหน้าที่ค่อนข้างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายที่ผู้ป่วยทางกายสามารถดูแลตนเองในบางเรื่องได้ แต่ผู้ป่วยจิตเวชจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันไม่ให้อันตรายหรือความเสี่ยงเกิดขึ้น ด้วยลักษณะของผู้ป่วยและหอผู้ป่วยที่มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทางกายนี้ทำให้ความต้องการด้านจำนวนเจ้าหน้าที่มีมากกว่าหอผู้ป่วยอื่น ซึ่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นจะไม่เข้าใจว่าทำไมหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยน้อยกว่าหอผู้ป่วยอื่นต้องการเจ้าหน้าที่จำนวนมาก รวมทั้งผู้บริหารระดับสูงก็ไม่เข้าใจลักษณะของหอผู้ป่วยจิตเวช แต่เมื่อได้มีการอธิบายและชี้แจงเหตุผลให้ผู้บริหารทราบทำให้ผู้บริหารมีความเข้าใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยจิตเวช ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

[ลักษณะงาน] " ต่างค่ะเพราะ Ward ทางกายคนไข้รู้เรื่อง แต่คนไข้จิตเวชจะไม่รู้เรื่อง พูดกันไม่เข้าใจ Ward ทางกายคนไข้อยากรักษาให้ความร่วมมือดี แต่คนไข้จิตเวชไม่คิดว่าตนเองป่วย ไม่อยากอยู่ ไม่อยากรักษา ความรุนแรงของทาง Ward ทางกาย ก็จะเป็นในเรื่องของคนไข้ หยุดหายใจ Electrolyte Imbalance"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

" ในแง่ของการขึ้นปฏิบัติงาน จำนวนคน ต้องมีการทำกลุ่ม ต้องมี Med Nurse เข้าต้องเตรียมตัว เตรียมการทำกลุ่ม โดยผลัดกันทำกลุ่ม เพราะทำคนเดียวไม่ไหว ด้านการบริการจะต้องดูแลจิตใจ ความเสี่ยง ด้านจิตใจก็ต่างจาก Ward ธรรมดาทั่วไปเพราะต้องรองรับจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งต้องรองรับอารมณ์ของผู้ป่วย จนบางครั้งเจ้าหน้าที่ก็ต้องซึมซับอารมณ์ผู้ป่วยจนมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ซึมเศร้า "

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

" ก็คิดว่ามันต่างกันอย่างชัดเจนนะ Ward อื่นจะเน้น Promotion ด้านสุขภาพ แต่ Ward จิตเวชจะเน้นทางด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลต่อเรื่องที่บ้าน เน้นกระบวนการเตรียมจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเข้ามาจะดูว่ามีปัญหาอะไรส่วนใหญ่มักจะเป็นปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม สังคม ที่นี้เราจะจัดให้เป็น Primary Nurse โดยดูแลผู้ป่วยตัวต่อตัว เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ จิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจเผยข้อมูล ซึ่ง Primary Nurse ก็จะเป็นพยาบาลประจำตัวคนไข้ คนนั้นไปตลอด ไม่ว่าจะ Admit ก็ครั้งก็จะเป็นพยาบาลคนนี้ตลอด ซึ่งจะตาม Case

ตามปัญหาของคนไข้ตั้งแต่ต้นจนจบ โดยจะดูครอบคลุม ไปถึงญาติด้วย เหมือนกับ Case Manager โดยจะมอบหมายให้ดูคนไข้คนนี้ไปตลอด.... งานของจิตเวช 1 คนต่อคนไข้ 5 คน ก็แทบจะตายแล้ว เพราะคนไข้ศัลยกรรม พยาบาลแค่เอายาไปวางข้างเตียงบอกคุณกินยานะคะ คนไข้ก็จะกินของเขาได้ แต่พยาบาลจิตเวชจะวางยาไว้ไม่ได้ คุณกินยาเสร็จต้องอ้าปากให้พยาบาลดูด้วย บางที่ไม่ยอมกินก็ต้องไป Force ไปนั่ง Approach เป็นชั่วโมง เขาถึงยอมกินยาและในคนไข้ที่ก้าวร้าว พยาบาลคนเดียวทำไม่ได้อย่างน้อยต้อง 3 คน มา Manage คือ บางที่ทางนั้นไม่เข้าใจว่าทำไมพยาบาลจิตเวชเยอะมากขึ้นตั้ง 5 คน...คนไข้แค่ 18 คน อะไรแบบนี้แหละ เขาอาจจะมองไม่เห็นตรงประเด็นว่าจะเป็นแบบนี้ เพราะอะไร แต่ในระดับผู้บริหารหลังจากที่เรา Defend ชี้แจงว่าลักษณะงานของเราเป็นแบบนี้ การเข้า Case หรือ ความเสี่ยงเราเป็นอย่างไร ผู้บริหารเขาก็เข้าใจ ก็คิดว่าถ้าเป็นพยาบาลจาก ที่อื่นมาที่ไม่ได้มาสัมผัสกับตรงนี้โดยตรงอาจจะต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่งกว่าเขาจะเข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ก็มีความต่างในด้านการทำงาน ด้านผู้ป่วย การทำกลุ่ม ทำกิจกรรมต่างๆ คนไข้ก็ต่างกันมาก คนไข้ที่อื่นก็จะพูดกันรู้เรื่อง อยากรักษา อยากรักษาอยู่โรงพยาบาลแต่คนไข้จิตเวชไม่ใช่ การดูแล การประเมินอาการก็จะต่างกัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

การเริ่มต้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

การเริ่มต้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิมีทั้งถูกเลือกจากการที่ปฏิบัติงานในพื้นที่นั้นมาเป็นเวลานาน มีประสบการณ์ มีความรู้ความเข้าใจและเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช รวมทั้งการมีอาวุโสสูงสุด นอกจากนี้มีบางแห่งเลือกจากการสมัครจากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและพิจารณาให้มาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าในการเริ่มต้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ความรู้สึกทางลบ ได้แก่ รู้สึกยาก หนักใจ ตื่นเต้น กลัวๆ ล้อๆ เหนื่อย และอึดอัด ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นความรู้สึกของความยากลำบากในการที่จะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช แต่เมื่อทำงานไปได้สักกระยะหนึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยก็เริ่มปรับตัวได้และรู้จักวิธีการบริหารงานให้เข้ากับบริบทของงาน ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย นอกจากนี้ตัวหัวหน้าหอผู้ป่วยก็พยายามที่จะทำงานให้ดีที่สุด และเมื่อปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้แล้วก็มีความสุขกับการทำงานในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

“ ก็ถูกเลือกให้มาอยู่ตึกที่ไม่คุ้นเคย ไม่ใช่ Field ตัวเอง แล้วก็มีส่วนที่เขาวางใจมากกว่าเรา อยู่ตึกนี้มานานกว่า แล้วเขาก็สมัครเป็นหัวหน้าหอเหมือนกัน มันก็เป็นกรยากนะที่จะต้องมาเป็นหัวหน้าเขา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ รู้สึกหนักใจในเรื่องของการบริหารคน เจ้าหน้าที่ เนื่องจากตัวเองอายุน้อย มีประสบการณ์ในด้านนี้น้อย พอมาเป็นหัวหน้าหอก็ต้องทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ลูกน้องส่วนใหญ่เป็นผู้ชายและอายุมากกว่า และโดยสภาพของ Ward ก็ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของเจ้าหน้าที่ สำหรับตัวเองจะเป็นคนที่เดินสายกลาง ไม่ตึงเกินไปและหย่อนเกินไป ... ก็ตื่นเต้น คิดว่าตัวเองจะทำได้หรือปล่าว ไม่ได้กลัวแต่ตื่นเต้นว่าจะทำได้หรือไม่ เพื่อนบางคนที่รุ่นเดียวกันก็ยังไม่ได้ขึ้นเป็นหัวหน้าหอ ไม่ใช่ทุกคนจะได้ขึ้นมาตำแหน่งนี้ เราต้องคิดในแง่บวกว่าเราจะได้ประสบการณ์ ต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลง อย่างการเปลี่ยนแปลง ส่วนตัวแล้วก็สนใจผู้ป่วยจิตเวชอยู่แล้ว และประเด็นหลักคือ สงสารผู้ป่วยจิตเวช อยากช่วยพวกเขา แต่ก็หนักใจเรื่องการบริหาร ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ พอมาเป็นหัวหน้าหอเราก็ต้องมาศึกษาหาหนังสือมาอ่าน ถ้ามารุ่นพี่หรือเพื่อนที่เป็นหัวหน้าหอมาก่อน เหนื่อยค่ะกว่าจะเข้าที่เข้าทาง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ พอเปลี่ยนก็ที่นี่ก็เหมือนทุกอย่าง ทำให้รู้สึกอึดอัด แต่เราก็บอกกับตัวเองว่าเราต้องทำได้ ทุกอย่างเราก็ได้เรียนมาแล้ว ประสบการณ์เราก็มีและงานก็ไม่หนักเหมือนกับอยู่ที่เก่า ใช้เวลาประมาณ 3 – 4 เดือนก็ปรับตัวได้ งานก็ OK ผู้บริหารทางนี้ก็ยอมรับเรา การทำงานกับผู้ร่วมงานก็ไม่มีปัญหา และเราก็ ทำงานตามหน้าที่ของเราได้ไม่บกพร่อง หน่วยงานก็ยอมรับเรา ทำให้เรา Happy มากขึ้น ก็ OK ขึ้นมาเรื่อยๆ จนได้รับความไว้วางใจให้เป็น Sub head ช่วยปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้า ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ภารกิจของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ภารกิจของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ต้องดูแลและบริหารจัดการหอผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ จากการศึกษาพบว่าภารกิจของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจะเริ่มตั้งแต่การประเมินความพร้อมของสภาพหอผู้ป่วย การวางแผนการปฏิบัติงาน การตรวจสอบเอกสาร การรับ-ส่งเวช การประเมินผู้ป่วย การมอบหมายงาน การทำ Pre – Post Conference การตรวจแฟ้มผู้ป่วย การทำ Kardex Round การตาม Round แพทย์ การ Round ผู้ป่วย การ

สำรวจตรวจตราสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การทำงานประกันคุณภาพ การนำนโยบายจากผู้บริหารสู่การปฏิบัติ การประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชต้องทำกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วย หรือช่วยดูแลการทำกิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาญาติและการประชุมร่วมกับผู้บริหารทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภารกิจในแต่ละวันของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนมาก ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชต้องมาปฏิบัติงานตั้งแต่เช้า คือประมาณหกนาฬิกาเพื่อตรวจตราความเรียบร้อยของหอผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่เวรดีก การตรวจสอบความเหมาะสมของการมอบหมายของ Incharge เวรดีก การช่วยงานเวรดีกในการตรวจสอบการบริหารยาให้ผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

“ ประเมินความพร้อมของสภาพหอผู้ป่วย จากนั้นก็ทำการวางแผนในการปฏิบัติงาน ตรวจสอบเอกสาร จัดส่งข้อมูลต่างๆ ให้กับหน่วยงานที่ร้องขอ และหน้าที่อีกอย่างซึ่งตอนนี้โรงพยาบาลกำลังทำในเรื่องของการให้ยาโดยไม่ใช้การ์ดยา ซึ่งเป็นการบริหารยาแบบใหม่ ต้องมีการ Double check และใน Ward จิตเวชจะมียาที่ต้องให้เวลาหกโมงเช้า โดยที่โรงพยาบาลเวรดีกมีคนเดียว พี่ก็จะมาช่วย Check และตรวจสอบในห้องเวรดีก ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ เข้ามาฟังรับเวร – ส่งเวร ดูว่ามีปัญหาอะไรบ้าง ยังไม่ Round ตามเตียง ดูงานตกค้าง Complete ใหม่ ดูผู้ป่วยแต่ละ Case ดูความเรียบร้อยทั่วไปของ Ward เดิน Round ให้ทั่วทุกที่ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีอะไรเปลี่ยนแปลง ผิดปกติหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นเตียง ห้องน้ำ เพราะ Ward จิตเวชมักจะเกิดอะไรที่เราไม่ได้คาดไว้ ส่วนใน Nurse Station ก็ดูความเรียบร้อย โดยจะดูภาพรวม.....ถ้าแพทย์มา Round และเราไม่ติดงานก็จะมาตาม Round แพทย์ เพื่อเสริมให้ข้อมูลผู้ป่วยเพิ่ม และทำให้เราได้ความรู้เพิ่มเติม ส่วนการทำกลุ่มถ้าเป็นกลุ่มชุมชนบำบัด กลุ่มแก้ไขปัญหาซึ่งผู้ป่วยจะเป็นคน List ขึ้นมาก็จะทำเอง ส่วนกลุ่มอื่นๆ ถ้าว่างก็จะทำเองเพราะว่าการทำกลุ่มเอง.....นอกจากนี้ก็จะมีส่วนที่หลักอีกอย่างคืองานประกันคุณภาพของ Ward ซึ่งตอนนี้โรงพยาบาลกำลังทำ ISO 9001 Version 2000 ต้องคอยควบคุมเกี่ยวกับเอกสาร ครุภัณฑ์ สายแพทย์ พยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ชำรุดเสียหาย ทำการส่งซ่อม ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ เข้ามาก็ดู check งานที่ Incharge เวิร์ดจ่ายงานว่า OK ใหม่ จากนั้นก็สุ่มตรวจ Chart Round chart ตรวจ Nurse's Note ของน้องการรับ Order ถูกต้องหรือไม่ โดยเป็นการสุ่มตรวจได้ซัก 4 - 5 Chart โดยจะดูว่าน้องเขียนปัญหาตรงกับผู้ป่วยหรือไม่ หลังจากนั้นประมาณ 7 โมงก็จะรับเวร และ Assign การพยาบาลที่เป็นพิเศษสำหรับ Case ที่เป็นปัญหา รับเวรเสร็จก็จะ Pre-Conference ให้น้องบอก Plan ของ Case ตนเองว่าจะทำอะไร และเราก็จะเสริมสิ่งที่ปัญหาของคนไข้ เช่นคนไข้คนนี้มี Delusion ต้องเฝ้าระวังอะไรเป็นพิเศษ หลังจาก Pre-Conference เสร็จก็จะ Round ตามเตียงโดยให้พยาบาลที่จะเข้า Kardex Round ตาม Round ตามเตียงกับหัวหน้าหอ เพื่อประเมินปัญหาร่วมกัน การเข้า Kardex Round และถ้ามีโอกาสหัวหน้าหอหรือรองหัวหน้าหอจะเข้าร่วมทุกครั้ง เพื่อพูดคุยเสริมปัญหาที่น้องไม่ได้พูดในที่ประชุม และการที่จะปรึกษาคัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายหัวหน้าหอหรือรองหัวหน้าหอ ก็จะสามารถตัดสินใจได้ หลังจาก Kardex Round เสร็จหนูจะต้องไปเข้า Morning Report ทุกเช้าซึ่งให้ Supervisor แต่ละกลุ่มงานการพยาบาล ร่วมกับภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ประชุมร่วมกันทุกเช้า เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาและเป็นการรับข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ถ้าภาควิชาพยาบาลมีนโยบายใหม่ๆ มากก็จะกระจายนโยบายผ่านที่ประชุม Morning Report และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน Supervisor ก็จะนำนโยบายต่างๆไปกระจายตาม Ward ที่ตนรับผิดชอบ ก็จะใช้เวลาในการ Morning Report ครึ่งถึง 1 ชั่วโมง พอกลับมา ก็จะมาประเมินผลการปฏิบัติงานของน้องๆ และดูแลทั่วไปในเรื่องของการ Manage Care ใน Case ที่มีความซับซ้อนน้องก็จะมาปรึกษา และหนูก็ต้องมาตามงานที่เกี่ยวกับพวกคุณภาพหรือไม่ก็ประชุมคณะกรรมการต่างๆ ของหน่วยงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ เข้ามาก็ดูความเรียบร้อยของคนไข้ พยาบาลที่อยู่เวิร์ดก็ แม่บ้านที่อยู่เวิร์ดว่ามีปัญหาอะไรไหม ทำงานเรียบร้อยไหม มีอะไรผิดพลาดไหม จากนั้นก็มอบหมายงานให้ใครรับผิดชอบคนไหนคนไหน เสร็จก็รับเวรจากเวิร์ดก็ดูว่า Case ไหนมีปัญหา Case ไหนต้องคุยกับญาติก็จะหาเวลานัดคุยอาจเป็นช่วงบ่าย และที่กองจิตเวชนี้ต้องจัดคนลงไปช่วยทำกลุ่ม Matrix บำบัดพวกสุรา ยาเสพติดที่ OPD ข้างล่าง ก็จะดูว่า Ward เราต้องลงไปวันไหน จากนั้นก็จะดูพวกเอกสาร หน้าป้าย และถ้ามีรับใหม่ก็จะช่วยน้องรับ Case คุยกับญาติ ประสานเรื่องสิทธิต่างๆ ส่วนช่วงบ่ายก็จะคุยกับคนไข้ญาติคนไข้ที่นัดไว้ หรือไม่ก็จะดูน้องทำกลุ่มให้คนไข้ โดยเฉพาะในการเปิดกลุ่มปิด

กลุ่ม ซึ่งเราก็ได้สอนให้น้องผู้ช่วยทำแล้ว แต่ถ้าให้เราไปช่วยเปิดกลุ่มคนไข้ก็จะให้
ความร่วมมือมากขึ้น “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

ในการบริหารงานของหอผู้ป่วยจิตเวชจะพบความต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปคือ ลักษณะ
ของผู้ป่วยจิตเวช การดูแลเฝ้าระวังพิเศษ อาคารสถานที่สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากมีความ
เจ็บป่วยที่เป็นลักษณะเฉพาะทั้งอาการ พฤติกรรม การสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การอยู่
ร่วมกับผู้อื่น การปฏิเสธการรักษา ความเครียดจากความเจ็บป่วย การขาดอิสระในการดำเนิน
ชีวิตประจำวันด้วยการถูกจำกัดพฤติกรรมหรือพื้นที่ รวมถึงการดูแลรักษาที่เป็นลักษณะเฉพาะ
เน้นการดูแลทางจิต การบำบัดอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติ การฟื้นฟูทางจิต ส่วนในด้านการ
ดูแลเฝ้าระวังพิเศษเป็นเพราะผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาลจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่
ในภาวะวิกฤติ ต้องมีวิธีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงทางด้านจิตเวชและมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูง จึงต้องมีการบริหารจัดการระบบ
การดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ รวมถึงการออกแบบให้เป็น Ward ปิด มิดชิด มีทางเข้า-ออก
ทางเดียว ติดลูกกรงที่ประตูหน้าต่างเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหนี และต้องจัดสถานที่ที่สามารถ
ป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้
หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงและดำเนินการให้
บรรลุเป้าประสงค์ของหน่วยงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้
4 ประเด็น คือ

2.1 การบริหารความเสี่ยง

2.1.1 เกิดความเสี่ยง

2.1.2 เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่

2.1.3 ป้องกันความเสี่ยง

2.1.3.1 ป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย

2.1.3.2 ป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่

2.1.4 จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2.2 การบริหารบุคลากร

2.2.1 บริหารบุคลากรเป็นเรื่องยาก

2.2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.2.1 การให้กำลังใจ

2.2.2.2 การให้โอกาสพัฒนา

2.2.3 การเอื้ออาทรลูกน้อง

2.2.4 การยืดหยุ่น

2.2.5 การแบ่งงานกันทำ

2.2.6 การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

2.2.7 การให้ข้อมูลย้อนกลับ

2.3 การบริหารอัตรากำลัง

2.3.1 ขาดอัตรากำลัง

2.3.2.หาอัตรากำลังเพิ่ม

2.4 ภูมิใจกับผลงาน

2.1 การบริหารความเสี่ยง

หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีหน้าที่ในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมี ความคล่องตัวในการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังมีการบริหารจัดการในเรื่องของความ เสี่ยงซึ่งเป็นความเสี่ยงเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความเสี่ยงจากพฤติกรรมก้าวร้าว การฆ่าหรือพยายามฆ่าตัวตาย การปฏิเสธการรักษา การหลบหนี และการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมทางการรับรู้ ความคิด มีภาวะหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน การแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมรวมทั้งอาการที่กำเริบอย่าง กะทันหัน ไม่สามารถคาดเดาได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นสำคัญในการบริหารความเสี่ยง 4 ประเด็น คือ เกิดความเสี่ยง เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ ป้องกันความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงที่ เกิดขึ้น

2.2.1 เกิดความเสี่ยง

ในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งจะมีความเสี่ยงที่เฉพาะด้าน โดยมี สาเหตุจากพยาธิสภาพของโรค การขาดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้ง สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาสภาพให้มั่นคง ทำให้เกิดความเสี่ยง 3 ประเด็น คือ ความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย ความเสี่ยงจากการขาดอัตรากำลัง และความเสี่ยงจาก สภาพแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอาจมี ปัญหาทางกายร่วมด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาทางยา ซึ่งได้แก่ ยาต้านโรคจิต ยาต้านการซึมเศร้า ยาที่ทำให้สงบ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว การพลัดตกหกล้ม อารมณ์หงุดหงิด อยู่นิ่งๆไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากจะไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิเสธการรักษาไม่ต้องการ อยู่โรงพยาบาล มักจะหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ส่วนในรายที่รับการรักษาด้วยการให้ยา นอนหลับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น คือ การที่ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มจากเตียงเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะ มึนงงหรือ่วงซึม นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนหาโอกาสหลบหนีจากหอผู้ป่วยขณะที่มีเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานน้อย เช่น ในช่วงวันหยุดราชการหรือมีเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นมาแทนทำให้ไม่ได้ทัน ระวังต่อการหลบหนีของผู้ป่วย และผู้ป่วยบางคนก็หาเส้นทางในการหลบหนีจากสภาพแวดล้อม ของหอผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการซ่อมแซม เช่น หนีออกทางประตูไม้ที่ผุกร่อน ดึงตัวอย่างคำให้ สัมภาษณ์ต่อไป

“ ส่วนใหญ่จะเป็น Fall พลัดตกหกล้ม เพราะคนไข้จิตเวชส่วนมากจะไม่ค่อยรู้ เรื่อง และจะได้ยา Sedate โดยเฉพาะคนไข้สูงอายุ 50 – 60 ปี พยาบาลได้บอกเตือน แล้วอย่าลงจากเตียงอยากได้อะไรให้บอก แต่คุณยายก็จะไม่บอกอยากลงจากเตียงก็ ปีนเลย หรือจากกรณีประคองคนไข้ที่หงุดหงิดแล้วเกิดการสะดุ้งก็จะล้มพยาบาลรับไม่ ทัน Incident ก็จะมีประมาณนี้แหละ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“ ก็มีผู้ป่วยหลบหนีช่วงนอกเวลาราชการ ซึ่งคนไข้พยายามจ้องหาโอกาสอยู่แล้ว และคนที่มา Extra ก็ประเมินไม่ทันทำให้ไม่ระวังเท่าที่ควร เผอิญประตูห้องกินข้าวไม่ มั่นฝอย คนไข้ใช้แรงดันให้มันหลุดและหนีออกไป ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

ความเสี่ยงจากการขาดอัตรากำลัง

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีความผิดปกติทางจิตใจและมีความเสี่ยงที่เฉพาะ จำเป็นต้องให้การดูแลและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องมี เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดแบบประกบติด จึงสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษา พบว่าเกิดอุบัติเหตุการณ์และเจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายศีรษะแตก คิ้วแตก คางแตกจากการขาดแคลน บุคลากร เนื่องจากผู้ป่วยมากขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้น และการที่เจ้าหน้าที่ชายต้องออกไปราชการ

เหลือแต่เจ้าหน้าที่ผู้หญิงดูแลผู้ป่วยจิตเวชชาย ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ปัญหาเรื่องการขาดอัตรากำลัง ขาดแคลนบุคลากร เช่น ในเวรตึกถ้ามีคนไข้ 25 คน จะกำหนดให้เพิ่มพยาบาลอีก 1 คน เพราะ Work Load เพิ่มขึ้น ต้องลดคนจากเวรเข้าให้ไปอยู่เวรตึกแทน...เนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลขาดแคลน ตึงกันไปหมด ไม่รู้ว่าจะดึงตรงไหนมาให้ ก็มีการทำร้ายกันหัวแตกต้องเย็บ เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย คิ้วแตก คางแตก... ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ เพราะเจ้าหน้าที่ชายต้องออกราชการ เนื่องจากเราต้องรับนโยบายจากฐานทัพเรือสตั๊ตให้เจ้าหน้าที่ชายออกไปราชการ จึงเหลือแต่เจ้าหน้าที่ผู้หญิงอยู่เวร เกิด Incident ไฟแช็คอยู่กับผู้ป่วยซึ่งต้องการจะออกไปข้างนอก Ward จะจุดไฟเผาเบาะโซฟาที่อยู่ใน Ward เราจึงโทรแจ้ง สห.(สารวัตรทหาร) มาช่วยจับผู้ป่วย “ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเฉพาะด้าน โดยเฉพาะในด้านของความก้าวร้าวรุนแรงและการหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องบริหารจัดการป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากความเสียดังกล่าวทุกวิถีทาง เช่น มีมาตรการให้เจ้าหน้าที่เดินตรวจตราสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง แต่มีหอผู้ป่วยจิตเวชบางแห่งไม่ได้ออกแบบให้เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น เคาน์เตอร์ทำงานพยาบาลไม่มีสิ่งกีดขวางป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรง และผู้ป่วยบางรายก็หาช่องทางในการออกจากหอผู้ป่วย เช่น ปีนออกทางหน้าต่าง สอดตัวออกไปทางช่องว่างบริเวณเพดาน และบางครั้งสิ่งแวดลอมในหอผู้ป่วยก็ถูกละเลยไม่ได้รับการซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพที่ดี ทำให้เกิดความเสี่ยงได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ก็เรื่องสภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เราไม่มีที่ป้องกันตัวเอง ไม่มีเหล็กแมงกััน หรือตู้ กระจกกันระหว่างคนไข้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งเราเคยเสนอให้ทำเหล็กดัดกัน แต่เนื่องจากเป็น Ward เก่าคานไม่สามารถรับน้ำหนักได้ จึงต้องเปิดโล่งอย่างที่เห็น คนไข้สามารถกระโดดข้ามเข้ามาได้ นับว่าเป็นความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ “ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ เคยมีผู้ป่วยป็นออกไปนอกหน้าต่าง ซึ่งหน้าต่างก็จะติดลูกกรงเหล็กอยู่ข้างนอก แต่มีช่องเล็กอยู่ตรงเพดานข้างบน ผู้ป่วยสอดตัวออกไปเดินขึ้นบนหลังคา ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“ ต้องเน้นในเรื่องของความปลอดภัย เช่น การหลบหนีของคนไข้จิตเวชจะเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ จะดูสภาพแวดล้อม ดูเหล็ก ดูผ้าต่างๆ ที่ไหนผูก พัง ซ้ำรูดก็ต้องรีบแก้ไข หรือมีช่องโหว่ที่คนไข้สามารถลอดออกไปได้ เราก็จะต้องรีบทำการปิดมิดชิด และมีมาตรการให้เจ้าหน้าที่เราคอยเดินดูทุก 1 ชั่วโมงโดยมีสมุด Check คล้ายๆ ยามหมู่บ้าน ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

2.2.2 เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่

ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีความผิดปกติทางจิตจะมีความพร่องในด้านความคิด มีภาวะหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกว่าต้องป้องกันตัวเองจากการถูกทำร้ายและบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล ส่งผลให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ที่ถูกผู้ป่วย ทำร้ายเกิดแผลฟกช้ำ ดำเขียว บางรายถูกทำร้ายจนศีรษะแตก คิ้ว คางแตก บางรายถูกผู้ป่วย ทำร้ายด้วยการเตะจนทนไม่ได้ต้องขอย้ายหน่วยงาน บางรายก็เครียดสะสมจากการดูแลผู้ป่วย จิตเวชจนส่งผลกระทบต่อการทำงาน เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ที่ซึมซับจากผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ถดถอย ซึมเศร้า เฉื่อยชา หนีปัญหา ไม่สนใจงาน ดั่งตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ ที่ผ่านมายังไม่มีกรณีที่ถูกทำร้ายรุนแรง จะมีก็แค่ฟกช้ำดำเขียวเล็กน้อย ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ ก็จะมีการทำร้ายกันหวัแตกต้องเย็บ เจ้าหน้าที่ที่ถูกทำร้าย คิ้วแตก คางแตก ซึ่งส่วนมากจะเป็นกรณีที่ฉับพลัน ป้องกันไม่ทัน โดยปกติเราจะตาม สห .(สารวัตรทหาร) ขอกำลัง สห .มาช่วยจัดการจับคนไข้เข้าห้องแยกและฉีดยาให้ก็จะจบ ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ เสี่ยงต่อการที่เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย เช่น กรณีที่เจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยเตะ และ การที่ต้องรองรับอารมณ์ผู้ป่วย อาจมีการซึมซับจากผู้ป่วย ซึ่งที่ละนิดทีละหน่อยก็ซึมซับได้ แต่ระยะยาวก็อาจเป็นอย่างที่เจ้าหน้าที่ชายที่เล่าให้ฟังว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว

บางรายก็ถดถอย ซึมเศร้า เจ็บช้ำ หนีปัญหา ไม่สนใจงาน บางครั้งก็ซังกะตายมี ชีวิตไปวันๆ...ก็จะเรียกมาคุยว่าเป็นอะไรและให้ความช่วยเหลือ...มีอยู่ 1 รายเป็น เจ้าหน้าที่ผู้หญิงซึ่งโดนผู้ป่วยเตะ รู้สึกทนไม่ได้จึงขอย้าย ก็ Support จิตใจเขาและให้ เขาย้ายหน่วยงาน “ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2.2.3 ป้องกันความเสี่ยง

จากความเสี่ยงที่เฉพาะของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งบางครั้งอยากต่อการป้องกันเนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่วิกฤติ และขาดการรับประทายามาระยะ หนึ่งจนมีอาการกำเริบรุนแรง ดังนั้นในการบริหารจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็น หน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องหาวิธีการหรือมาตรการต่างๆ รวมทั้งการวางระบบการดูแล การ ประเมินอาการผู้ป่วย การเฝ้าระวัง การจัดอบรมทบทวนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ และควบคุมดูแล ความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบการป้องกันความเสี่ยง 2 ประเด็น คือ การป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยและการป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่

2.1.3.1 การป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย

ในการบริหารจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจะ ต้องมีความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวชและมีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยจิต เวชเป็นอย่างดี และในการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การประเมิน ผู้ป่วยให้ได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบหรืออาละวาด รวมทั้งการจัดระบบการดูแลและการ ควบคุมกำกับให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลหรือแนวทางการปฏิบัติ จากผล การศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีวิธีการบริหารจัดการที่หลากหลายประการ ตั้งแต่การประเมิน ผู้ป่วย การรับส่งเวร การเฝ้าระวัง การแบ่งระดับอาการผู้ป่วย การดูแลใกล้ชิด การให้ยาเมื่อ จำเป็น รวมทั้งการจัดทีมดูแลให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการให้สัญญาณ

การประเมินผู้ป่วยและการรับ-ส่งเวร

ในการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยนี้สิ่งที่สำคัญ คือ การป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงหรืออันตรายจากภาวะเสี่ยง จากการศึกษาพบว่า การป้องกันความเสี่ยง สำหรับผู้ป่วยที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชให้ความสำคัญมาก คือ การประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และทันทั่วทั้งที่ไม่ล่าช้าจนผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบหรืออาละวาด ดังนั้นในการบริหารจัดการของ หัวหน้าหอทุกคนจึงเน้นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในเรื่องของการประเมินก่อนที่จะเกิดอันตราย (Early

Detection) การศึกษาประวัติการรักษา การรับประทานยาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนรักษา การรายงานแพทย์เพื่อให้ยาเมื่อประเมินพบแนวโน้มของอาการกำเริบ การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบนอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตลอด 24 ชั่วโมงจำเป็นต้องมีระบบการรับส่งเวรที่ดี มีการจัดระดับอาการรุนแรงของผู้ป่วย การให้ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ การให้การดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ที่นี้เราจะเน้นในเรื่องการประเมินคนไข้ร่วมกับการดูประวัติว่าคนไข้ได้ยาอะไร มาบ้าง ปริมาณเท่าไร ขนาดยามากี่วัน เช่น คนไข้เคยได้ยาบางตัวในปริมาณ 1200 mg ต่อวัน แต่ Resident 1 มาใหม่สั่งยาแค่ 400 mg ต่อวัน เราก็จะบอกให้แพทย์ ทบทวนการให้ยาใหม่ โดยเราจะแนบประวัติยาที่คนไข้ได้ให้แพทย์ดูซึ่งแพทย์ก็จะรับฟัง”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ จะมีการส่งเวรให้ดูแลพวกที่วิกฤตก่อน เน้นการดูแล การเฝ้าระวัง การประเมินเป็นพิเศษ ย้ำต้องไม่ให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น ถ้าเริ่มหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ก็จะให้ยาเมื่อจำเป็นทันทีและรายงานแพทย์”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ เราจึงต้องมีการประเมินคนไข้ สังเกตคนไข้ โดยจะมีคู่มือการประเมินผู้ป่วย ก้าวร้าว จะดูอย่างไรเมื่อเขาเริ่มก้าวร้าวในด้านคำพูด กิริยาท่าทางให้รับมาบอกพยาบาล และเราก็จะรับมาคุยหรือจัดการก่อน คือทำอย่างไรก็ได้ให้เขา Clam Down ลงเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหรือความรุนแรงที่จะมากขึ้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ให้ยาเมื่อจำเป็น

ผู้ป่วยจิตเวชจะให้การรักษาด้วยยาส่วนใหญ่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยสงบ ผ่อนคลาย แต่ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงและขาดยามาหลายวัน ต้องใช้เวลาในการปรับยาเป็นเวลาหลายวันเพื่อให้ระดับปริมาณยาในร่างกายได้สมดุลกับสภาวะของโรค ซึ่งใน ช่วงของการปรับยานี้ผู้ป่วยมักจะมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ จากผลการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจะต้องประเมินอาการและมอบหมายการดูแลแบบตัวต่อตัว รวมทั้งควบคุม กำกับ

ให้เจ้าหน้าที่ประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจให้ยาเมื่อจำเป็นได้ตามแผนการรักษา ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ถ้าเป็นกรณีที่มี Attempt Suicide (การพยายามฆ่าตัวตาย) หรือ Suicidal Ideal เราก็จะจัดให้เจ้าหน้าที่ดูแลประกบตลอด.. ให้ยาเมื่อจำเป็น ..ถ้าให้ยาแล้ว 2 วัน ไม่ดีขึ้นก็จะทำ ECT” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ พลาดตกหล่ม ก็คิดดาวแดงขึ้นมาและไปติดที่หัวเตียงให้ทุกคนรู้และระวัง พลาดตกหล่ม อันนี้ก็เป็นความเสี่ยงเชิงรุกที่เราทำโดยมีหัวหน้าหอเป็นที่ปรึกษา และเราก็รับนโยบายของคณะมา เช่น เขามีนโยบายให้เปลี่ยนเตียงเป็นเตียงเดี่ยวได้นะ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ ส่วนมากแพทย์จะสั่งยาเมื่อจำเป็นไว้ให้ เพียงแต่เราต้องประเมินให้เร็ว หาสาเหตุให้ได้ว่าเขาก้าวร้าวเพราะอะไร จากตัวโรคหรือจากสิ่งกระตุ้น เช่น ญาติ สิ่งแวดล้อม “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

การจัดทีมดูแลและการให้สัญญาณ

ในการบริหารป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชนั้น สิ่งสำคัญคือ ต้องหาวิธีการที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย สามารถให้การดูแลและจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชได้ จากการศึกษาพบว่าวิธีการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชนำมา ใช้ คือ การจัดทีมจากบุคลากรในกลุ่มงานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการให้ช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน (Dream Team) และการกำหนดสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น โครงการดาวแดง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ เดิมมีคนไข้ก้าวร้าว อาละวาดและเจ้าหน้าที่เราเข้าไปช่วยกันจับคนไข้ ทำให้มีการบาดเจ็บบ้าง ทางกองจิตเวชเราก็มาช่วยกันจัด Dream Team ในการจับคนไข้ มีการสอนว่าจะจับแบบไหน จังหวะไหน ใครจะเข้าตรงไหน ก็ดีขึ้นทุกคนรู้จังหวะ และเราก็มีการทดสอบเรียกใช้โดยไม่บอกล่วงหน้าดูว่าจะมาได้ภายในกี่นาทีตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้า 5 นาทียังใช้ไม่ได้จะต้องให้เร็วกว่านี้ ต้องมาถึงภายใน 1 นาที ไม่งั้นคนของเราไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นการฝึกพร้อมกันของ Ward จิตเวชหญิงและ Ward จิตเวชชาย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษาพบว่า การป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นและได้ผลอีกวิธีหนึ่ง คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องจำแนกแบ่งระดับความรุนแรงและประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหรือมีแนวโน้มของความเสี่ยงสูง มอบหมายงานแบบรายบุคคลตามสมรรถนะ การมอบหมายงานแบบหน้าที่ การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลแบบเฝ้าประกบ การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่สามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา เช่น แยกผู้ป่วยมาไว้ใกล้กับ Nurse Station นอกจากนี้ยังมีการวางแผนติดตั้งทีวี วงจรปิดเพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ เป็นเรื่องของความเสี่ยง ตอนนี้นำกำลังทำเรื่อง TV วงจรปิดและประตูเปิดเปิดไฟฟ้า ปัจจุบันยังเป็นประตูที่ Lock โดยใช้สายยู และในห้องน้ำซึ่งเป็นจุดเสี่ยงก็ยังไม่มียกกล้อง TV วงจรปิด ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ เราก็จะพยายามแยกคนไข้ที่มีอาการหนักมาไว้ใกล้ๆ Nursing Station และเราจะเกรดระดับคนไข้ออกเป็น 5 เกรด และมอบหมาย Case ที่มีอาการหนักให้พยาบาลเป็นผู้ดูแล และ Assign งานแบบ Functional ช่วยด้วย และอาจต้องจัดคนให้ไปเฝ้าประกบเลย ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2.1.3.2 การป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่

นอกจากการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยแล้ว การป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ก็เป็นสิ่งสำคัญในการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เพราะถ้าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไม่มีความปลอดภัยในการทำงานย่อมส่งผลในด้านขวัญ กำลังใจ จากการศึกษาพบว่า การป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ คือ การอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว การอบรมในเรื่องของศิลปะการป้องกันตัวจากทีมผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ วิธีการ Approach ผู้ป่วย การเข้าจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การเจรจาพูดคุยให้ผู้ป่วยสงบ การให้รหัสและการขอความช่วยเหลือจากทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน (Dream Team) การผูกยึดผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์และให้ยาเมื่อจำเป็น การให้ข้อมูลงดญาติเยี่ยมกรณีพบว่าญาติเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการก้าวร้าว ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ การเพิ่มทักษะ ในการจับคนแม่ ปรก. ตัวโต ถ้าจับไม่เป็นก็จะเกิด Incident ถูกตีบ ถูกต้อย เหมือนกัน เราก็จะจัด Inservice Education โดยเชิญทาง ด้านตำรวจ หน่วยปราบปราม เข้ามาสอนวิธีการจับ และยังเชิญทีมจากทางสมเด็จพระยามา สอนด้วย เรายังเชิญ ปรก. ให้มาร่วมอบรมด้วย เพราะเขาก็มีส่วนในการช่วยเราจับ คนไข้ พร้อมกับต้องบริหารจัดการในการตามทีมแพทย์ให้มาส่งยา ถ้าพยาบาลตามไป เมื่อมีคนไข้ก้าวร้าว แพทย์ต้องมาทันทีหรือไม่ก็ส่งยาทางโทรศัพท์ “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ มีการอบรมฝึกทักษะในการดูแล การ Approach ผู้ป่วยว่าเขาจะต้อง ระวังตัวอย่างไร การเข้าจับคนไข้ต้องไม่เข้าคนเดียวอย่างน้อยต้อง 2-3 ขึ้น การ Approach คนไข้ควรจะทำอย่างไร “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“คือบุคลากรของเราจะได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและมี วิธีการจัดการการจับ การผูกยึดผู้ป่วยก้าวร้าว โดยกลุ่มงานของเราจะมี dream team มาช่วยจัดการโดยจะมีการเจรจาให้ผู้ป่วยสงบก่อน ถ้าผู้ป่วยไม่สงบก็จะมีcode เรียก dream team จากหน่วยข้างเคียงมาช่วย ซึ่งเป็นข้อตกลงของกลุ่มงาน จิตเวช โดย เขาจะส่งคนมาช่วยทันที แต่เราในฐานะที่เป็นเจ้าของ ward ก็จะพยายามพูดให้ผู้ป่วย สงบ ถ้าไม่ได้ผลก็ส่งสัญญาณให้ช่วยจับ Restrain ฉีดยา ทรายายแพทย์...นอกจากนี้ รายที่ญาติเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าว เราก็จะอธิบายให้ญาติเข้าใจและให้กำลังใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.1.4 จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่ยากต่อการหลีกเลี่ยง แม้จะมีการ ป้องกันหรือมาตรการอย่างดีก็ตามยังมีอุบัติการณ์ของความเสี่ยงเกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์เกิดขึ้นจากรisk ความเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วยจิตเวช สิ่งที่สำคัญในการบริหารความเสี่ยง คือ การจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมี ความปลอดภัย จากการศึกษพบว่าในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น คือ การขอความช่วยเหลือ จากหน่วยงานข้างเคียงหรือจากหน่วยรักษาความปลอดภัย การจัดอบรมการจัดการผู้ป่วย ก้าวร้าว การจัดทำแนวทางการจัดการผู้ป่วยก้าวร้าว วิธีการ Approach ผู้ป่วย การประเมิน อารมณ์ผู้ป่วยและการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“พอเรารู้ว่า สห. จะมาแน่ๆ คนหนึ่งก็จะไปรอเปิดประตู อีกคนก็เตรียมยา อีกคนก็จะคอยหลอกล่อคนไข้ ให้คนไข้ Clam Down ลง ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

[เมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยอาละวาด] ต้องเข้าไป Approach ผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วย และต้องรู้วิธีทำอย่างไรไม่ให้ตัวเองได้รับอันตราย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“พอคนไข้ก้าวร้าวเราก็จะจัดการกันเอง เจ้าหน้าที่ผู้ชายก็มีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง เราก็ประสานกับทีม รพก. ขอคนมาประจำที่ Ward เวิร์ดละ คน และเรามีสิทธิที่จะตาม รพก. ช้างล่ามมาได้ทุกเมื่อ และจัดอบรมการบริหารจัดการผู้ป่วยก้าวร้าวโดยขอความร่วมมือจากที่อื่น เช่น จากสมเด็จพระเจ้าพระยา และทำแนวทางในการจัดการผู้ป่วยก้าวร้าวโดยตรง ต้องรอให้ทีมพร้อมก่อนทั้งพยาบาล และ รพก.” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2.2 การบริหารบุคลากร

การบริหารบุคลากรเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยบริหารจัดการ เนื่องจากบุคลากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการทำให้องค์การประสบความสำเร็จและก้าวหน้า ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องวางแผน ดูแล ควบคุมกำกับให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มความสามารถ มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเต็มใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการบริหารบุคลากรจึงต้องใช้หลักในการบริหารงานบุคคลและวิธีการต่างๆ ในการจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน รวมทั้งการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในงานและอยู่ในองค์การให้นานที่สุด จากการศึกษาพบว่าหลักและวิธีการบริหารบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช 7 ประเด็น คือ

2.2.1 บริหารบุคลากรเป็นเรื่องยาก

2.2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.2.1 การให้กำลังใจ

2.2.2.2 การให้โอกาสพัฒนา

2.2.3 การใช้อาทรลูกน้อง

2.2.4 การยืดหยุ่น

2.2.5 การแบ่งหน้าที่กันทำ

2.2.6 การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

2.2.7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ

2.2.1 บริหารบุคลากรเป็นเรื่องยาก

สิ่งที่มีความสำคัญในการบริหารงานของหัวหน้าหรือผู้ปวย คือ การบริหารบุคลากร จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลตรงกันทุกรายว่าบริหารคนเป็นเรื่องยาก เนื่องจากบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีชีวิตจิตใจ มีคุณลักษณะที่ต่างกัน รวมทั้งลักษณะนิสัยของแต่ละเพศที่ต่างกันไป เช่น บุคลากรผู้ชายไม่จุกจิก ไม่จับกลุ่มนินทาเหมือนบุคลากรผู้หญิง รวมถึงบุคลากรที่สร้างปัญหา ได้แก่ บุคลากรที่ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง เกเร ไม่สนใจงาน ขาดงาน มาสาย หายตัว เวลางาน มั่วสุม สูบบุหรี่ เล่นการพนันในห้องพัก ดังนั้นหัวหน้าหรือผู้ปวยจึงต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบริหารจัดการ ได้แก่ การศึกษาลักษณะนิสัยธรรมชาติของแต่ละเพศทำให้ยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกมา ลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคลรวมถึงความถนัด ความสามารถพิเศษที่มีอยู่ในตัวบุคคล นำมาพัฒนาศักยภาพโดยการมอบหมายงานตามความสามารถ/ความถนัด และการให้โอกาสในการปรับปรุงตัวด้วยเรียกมาคุย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...พวกที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลง แต่พออยู่ไปเขาก็เข้าใจและให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ที่นี่ก็จะเก่งกันไปคนละด้าน ซึ่งเราก็พยายามสนับสนุนเขาในด้านที่เขาถนัด ก็ทำให้เขา Happy ที่จะทำอะ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ การบริหารคนเป็นเรื่องที่ยากมากที่สุด ทำให้ดีที่สุดยากมาก และทำให้ถูกใจทุกคนยิ่งยาก โดยส่วนตัวผู้ชายไม่จุกจิก ไม่จับกลุ่มนินทา ถ้าได้ใจเขาก็จะทำงานเต็มร้อย แต่การบริหารลูกน้องผู้ชายถ้าไม่พอใจก็จะแสดงออกมาอย่างรุนแรง เราต้องทำให้ยอมรับ ต้องรู้ธรรมชาติของเขา ต้องดูความสามารถพิเศษและดึงออกมาใช้โดยต้องดูให้การทำงานอยู่บนพื้นฐานวิชาชีพ ... มีบางคนที่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีเรื่องชกต่อยกับผู้ปวย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ ก็มีเกเร ไม่สนใจงาน ขาดงาน มาสาย หายไปในเวลางาน มั่วสุมกันในห้องพัก สูบบุหรี่ เล่นการพนันในห้องพัก สารพัดปัญหา เรียกมาพูดทีละคนบอกให้โอกาสในการปรับปรุงตัวเอง ถ้าทำได้ก็อยู่ด้วยกันได้ ถ้าทำไม่ได้ก็ย้ายไปอยู่ที่อื่น “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในการบริหารคนเพื่อให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มความสามารถเต็มใจและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้บริหารจะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคลากรเพื่อให้บุคลากรรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองและมีความสำคัญต่อหน่วยงาน ซึ่งเป็นการจูงใจให้บุคลากรมีความกระตือรือร้น มีความเต็มใจในการทำงาน สร้างผลงานให้กับตนเองและหน่วยงาน รวมทั้งมีความคงอยู่ในงาน จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหรือผู้ปวยจิตเวชใช้กลยุทธ์ในการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่บุคลากรด้วยการให้กำลังใจและให้โอกาสพัฒนา

2.2.2.1 การให้กำลังใจ

สิ่งที่สำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคลากร คือ การให้กำลังใจที่ทำให้บุคลากรรู้สึกถึงความมีคุณค่า ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่จะทำให้องค์กรหรือหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย จากการศึกษาพบว่าสิ่งที่หัวหน้าหรือผู้ปวยจิตเวชใช้ในการให้กำลังใจแก่บุคลากร คือ การใช้ความจริงใจ ความตรงไปตรงมา พุดชมต่อหน้าทุกคนเมื่อทำดี เรียกมาคุยและจับตานั้นเมื่อทำไม่ดี ประนีประนอม พุดให้กำลังใจ ให้อำนาจในการตัดสินใจ และลงไปช่วยทำงานกับบุคลากรในช่วงที่งานมากหรือเร่งด่วน ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ก็จะต้องช่วงที่มีคนไข้เยอะ เพราะมีคนน้อย งานเยอะ เราก็ต้องบอกให้น้องทำใจไม่ให้เครียด ให้ทำตามหน้าที่ มีใจกับงาน ตัวผมก็จะออกไปช่วยน้องๆ ทำงานเวลาที่มีคนไข้เยอะหรือช่วงที่ยุงๆ “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ ใช้ความจริงใจ ความตรงไปตรงมา ถ้าเขาทำดีก็จะชมต่อหน้าทุกคน ถ้าเขาทำไม่ดีก็จะเรียกมาคุยและจับตานั้น และก็จะ Empowerment Sub head เป็นผู้จัดการแทนเราเวลามีปัญหาอะไรก็จะให้เขาได้ตัดสินใจโดยเราเป็น Back ให้และคอยสนับสนุนรวมทั้งให้อำนาจการตัดสินใจ ถ้ามีปัญหาอะไรเราจะรับผิดชอบเอง นอกจากนี้ก็จะใช้การประนีประนอม เวลามีปัญหาอันไหนคุยกันได้ก็จะเรียกมาคุย อันไหนที่คุยไม่ได้ก็จะนำเข้าไปประชุมประจำเดือน “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.2.2.2 การให้โอกาสพัฒนา

การให้โอกาสพัฒนาเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจหน้าที่ให้กับบุคลากร มีโอกาสก้าวหน้าในงาน ได้เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งตามโอกาสอันควรและเหมาะสมกับระดับ ความรู้ความสามารถ รวมทั้งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการทำงาน จากการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีการทบทวนความรู้ การจัดการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทั้งทางด้านจิตเวช และความรู้ทางกาย เช่น ทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมทั้งภายในหน่วยงานตนเองและส่งเข้า อบรมภายนอกหน่วยงาน รวมถึงการศึกษาดูงานเฉพาะทางที่สถาบันภายนอกแก่บุคลากรทุกคน ครบ 100 % นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนการศึกษาอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวชและ ศึกษาต่อในระดับปริญญาโททางการพยาบาลจิตเวช ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ เราจะมีการจัดการจัดความรู้ทางด้านจิตเวชให้กับเจ้าหน้าที่ 3 ครั้งต่อปี ซึ่งต้อง อบรมให้ได้ครบ 100 % ซึ่งจะมีความรู้ทาง Med ทาง Surg เข้าไปด้วย...และเราก็ส่ง บุคลากรของเราเข้าอบรมของแผนกอื่นที่จัดด้วย...เนื่องจากเราเป็นTertiary Care คนไข้ ที่รับก็จะมีโรคทางกายร่วมด้วย ถ้าเรามีแต่ความรู้ทางด้านจิตเวชอย่างเดียว ก็ไม่ สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้ เช่น คนไข้ศัลยกรรมที่ทำผ่าตัดแล้วมีปัญหาเรื่อง Delusion หรือ Depress มาเราก็สามารถให้การดูแลตรงนี้ได้ “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“...มีการทบทวนความรู้โดยจัด Nursing Content ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเวชโดยให้ห้องๆ เป็นคนพูดก็จะทำกันทุกเดือน และในกลุ่มงานจิต เวชเราก็จะผลัดกันเป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการของกลุ่มงานจิตเวชทั้ง 3Ward ผลัด กันจัด Ward ละ 3 ครั้งต่อปี พี่ก็จัดให้ไปฟังครั้งละประมาณครึ่ง Ward ผลัดกันไป “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เราตั้ง Requirement ว่าทุกคนจะต้องผ่านการอบรมเฉพาะทาง...ก็ต้องเป็นไป ตามคิวของกองงานจิตเวช ส่วน ป.โท จิตเวชเราก็สนับสนุนอยากให้ไปเรียน “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ ทุกปีจะมีการอบรมของกองอยู่แล้ว โดยแต่ละ ward ของจิตเวชจะผลัดกัน เป็น เจ้าภาพ นอกจากนั้นเราก็ส่งไปอบรมเฉพาะทางที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งจะ

เป็น Course ทางด้านยาเสพติดโดยเฉพาะและก็มีมีการไปดูงานที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีรัษฎุญา และโรงพยาบาลยุวประสาท...โดยจะทำทุกปีเราก็จะหมุนเวียนให้ลูกน้องเราได้ไปดูงานจนครบ 100% “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.2.3 การเอื้ออาทรลูกน้อง

การเอื้ออาทรลูกน้องเป็นอีกหนึ่งวิธีในการบริหารบุคลากร เพื่อให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มใจและมีความคงอยู่ในงาน จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชใช้การเอื้ออาทรลูกน้องในการบริหารงานเพื่อให้บุคลากรทำงานด้วยความเต็มใจทำให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายด้วยการมีน้ำใจ อะลุ่มอล่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งงานความรับผิดชอบกันเป็นส่วนๆ ดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่รวมทั้งทุกข์สุขของบุคลากร เป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเมื่อบุคลากรมีปัญหา ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ เป็นลักษณะเอื้ออาทรต่อกันมากกว่า เช่น น้องคนนี้มารับเวรไม่ทันเพราะต้องจัดการเรื่องลูก เราก็จะรับแทนให้ เพราะทางผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลบอกว่าตอนนี้เราขาดแคลนบุคลากรมาก ต้องช่วย Support ดูแลน้องๆ ให้มาก และใช้หลักยืดหยุ่น อะลุ่มอล่วยกัน ก็จะแบ่งกันรับผิดชอบเป็นส่วนๆไป “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ ก็จะมีประเภทที่ดีจะดีมาก มีบางคนทีเผลอมาช้า มาสาย มีน้เวลามาทำงานก็จะเรียกมาคุย ถามว่ามีปัญหาอะไรไหม ก็จะใช้วิธีการเอื้ออาทร การพูดคุยกันดูแลเอาใจใส่ “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.2.4 การยืดหยุ่น

ในการบริหารงานเพื่อหน่วยงานสามารถดำเนินการได้จริง บุคลากรทำงานเป็นทีมได้อย่างสิ้นไหลและไม่เกิดผลเสียแก่หน่วยงานนั้น การยืดหยุ่นให้แก่บุคลากรนับเป็นกลยุทธ์ที่ผู้บริหารใช้ในการบริหารงาน บริหารบุคลากร เนื่องจากในการทำงานของคนนั้นจะมีปัญหาที่หลากหลายต่างกัน การแก้ปัญหาโดยการยืดหยุ่นจะทำให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างเต็มใจเต็มความสามารถและไม่มีการสร้างความคิดตันในการทำงานแก่บุคลากร จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชใช้วิธีการยืดหยุ่นในการบริหารบุคลากรด้วยการไม่เข้มงวดกับกฎระเบียบมากเกินไป ไม่ดูตำราว่ากล่าวมาก มีการลงโทษเมื่อทำผิด ให้โอกาสปรับปรุงตัวด้วยการเรียกมาคุย

เมื่อทำผิด รวมทั้งให้ความยุติธรรม ให้เวลา/โอกาสในการขอคำปรึกษา ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไป

“ การเป็นหัวหน้าคนจะต้องมีความยืดหยุ่น เนื่องจากภาระงานที่เยอะอยู่แล้วก็ไม่ควรไปเข้มงวดดูด่ามาก บางครั้งก็ต้องทำเป็นหูหนวกตาบอดบ้าง ถ้าคนที่ทำผิดเราก็จับมาคุยแล้วให้ปรับปรุงตัว ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ ต้องมีความยืดหยุ่น ไม่เข้มงวดจนเกินไปแต่ต้องอยู่ในกฎระเบียบ ถ้าทำผิดกฎระเบียบก็ต้องมีการลงโทษ และต้องมีความยุติธรรม ให้เวลา ให้โอกาสลูกน้องปรึกษาปัญหาได้ตลอด ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.2.5 การแบ่งงานกันทำ

ในการบริหารเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วม เป็นการกระจายงานและไม่เป็นภาระรับผิดชอบของคนใดคนหนึ่งนั้นผู้บริหารจะใช้วิธีการแบ่งงานกันทำ และวิธีที่ได้ผลที่สุดคือ การแบ่งงานให้ทำตามความความรู้ ความสามารถ ความถนัดและความชอบของบุคคล จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหรือผู้ปวยจิตเวชใช้วิธีการบริหารบุคลากรด้วยการแบ่งงานกันทำ โดยศึกษานุเคราะห์ทุกระดับเป็นรายบุคคลถึงคุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความชอบและความถนัดก่อนทำการแบ่งงานให้รับผิดชอบงานที่ตรงกับความรู้ความถนัดและความชอบ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ก็ใช้วิธีที่นุ่มนวล ค่อยๆศึกษาผู้ร่วมงานเป็นรายคนว่าแต่ละคนเป็นอย่างไร ชอบอะไร มีความถนัด ความสามารถด้านไหน แล้วค่อยๆ เข้าหาโดยพยายามไม่แสดงอำนาจว่าเราเป็นหัวหน้า สิ่งนั้น สิ่งนี้ และค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไปที่ละนิด .. ก็จะมีพี่คนหนึ่งเขาเก่งเรื่องการประชาสัมพันธ์ การต้อนรับ ออกสังคม เราก็ให้เขาเป็นกรรมการประชาสัมพันธ์เวลาที่มิงงานของโรงพยาบาล ส่วนน้องอีกคนเขาชอบทำงานวิจัย เราก็ให้เขารับผิดชอบงานวิจัยของหน่วยงาน ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ น้องคนไหนมีความถนัดในด้านไหน ก็จะสามารถแบ่งงานความรับผิดชอบได้ โดยจะแบ่งว่าคนนี้วิชาการนะ คนนี้ช่วยงานบริหารนะ คนนี้ช่วยงานประชาสัมพันธ์นะ และก็จะกำหนด Job ของเขาไว้เรียบร้อย ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ เราจะให้ทุกระดับมีส่วนร่วม ใครถนัดทำอาหารก็ให้จัดกลุ่มทำอาหาร ใครถนัดทำการฝีมือ การออกกำลังกาย แอโรบิค ก็จะแบ่งๆ กันไปตามความถนัด แต่กลุ่มที่ต้องใช้ทักษะ เช่น กลุ่มจิตระดับประคอง กลุ่มเตรียมจำหน่ายหนูหรือ Sub head ก็จะเป็นคนทำ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.2.6 การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

การบริหารในหน่วยงานหรือการบริหารบุคลากรย่อมจะพบปัญหาทุกแห่ง และในการแก้ปัญหามีวิธีการหนึ่งที่ใช้คือ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นการให้ทุกคนมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น รวมทั้งใช้ความเห็นของสมาชิกส่วนมากในการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา จากการศึกษาพบว่าเมื่อมีปัญหาในหน่วยงานหัวหน้าหรือผู้ช่วยจิตเวชจะใช้วิธีการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ด้วยการจัดประชุมให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นออกมาเป็นมติของที่ประชุม โดยมีการจัดประชุมทุกเดือนและทุกครั้งที่มีปัญหาหรือเกิดอุบัติเหตุ ดั่งคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ก็จะพูดปรึกษาในที่ประชุม บอกว่าลองเปลี่ยนเป็นแบบนี้ดีไหม ให้ ทุกคนแสดงความคิดเห็นและตกลงออกมาเป็นมติของที่ประชุม ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

[เวลามีปัญหาในการทำงาน] “ ก็เรียกประชุมนอกรอบปกติจะมีการประชุมประจำเดือน ถ้ามีปัญหา ก็จะประชุมทันที เช่น เวลามี Incident เราก็จะประชุมกัน ช่วยกันหาแนวทางป้องกันแก้ไข “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.2.7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ

ในการบริหารบุคลากรต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนางาน พัฒนาศักยภาพ การประเมินบุคลากรโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับเป็นการประเมินที่ตรงกับความเป็นจริงและเป็นโอกาสในการปรับปรุงพัฒนาตนเอง จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหรือผู้ช่วยจิตเวชใช้วิธีการประเมินบุคลากรแบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อให้ทราบถึงผลการประเมินการปฏิบัติงาน บุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม สิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุงรวมทั้งให้โอกาสและกำหนดระยะเวลาในการปรับปรุงพัฒนาตนเอง ซึ่งหัวหน้าหรือผู้ช่วยจิตเวชมีการติดตามประเมินเป็นระยะๆ และมีมาตรการการลงโทษเมื่อไม่มีการปรับปรุงแก้ไข ดั่งคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ใช้วิธีประนีประนอม ที่ให้เห็นว่าอะไรถูกอะไรผิด ควรปรับปรุงตัวเองอย่างไร ถ้ายังดีอแพ่งไม่ทำ เราจะมีมาตรการลงโทษอะไร เช่น ให้เขียนรายงานชี้แจง ถ้าหลายครั้งก็จะนำเสนอขึ้นไปตามขั้นตอนให้ผู้บริหารลงโทษ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ ถ้ามีน้องบางคนที่มีบุคลิกภาพไม่ตรงกับเพศตัวเอง เราก็เรียกมาคุยว่าอยู่ข้างนอกคุณจะมีบุคลิกอย่างไรก็ได้ แต่ถ้าคุณมาอยู่หอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งคุณเป็น Therapeutic Nurse คุณควรมีบุคลิกภาพที่ตรงกับเพศของคุณ เนื่องจากคนไข้จิตเวชส่วนหนึ่งก็มีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพอยู่แล้ว คุณเป็นผู้ชายจะมาทำตุ้งติ้งให้คนไข้เห็นคงไม่ได้ อยู่ที่นี่ต้องทำตรงแนี้ให้ดีและพี่จะคอยดูว่าคุณจะทำได้หรือเปล่า เขาก็ทำได้นะ ทำตัวเป็นผู้ชายได้แต่ออกไปข้างนอกเขาก็จะเป็นอีกแบบหนึ่ง ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ จะใช้วิธีเรียกมาพูดตรงๆ บอกว่าคุณเป็นอย่างไร มีข้อเสียอย่างไร ถ้าคุณเป็นพี่คุณจะทำอย่างไร ส่วนใหญ่ก็จะยอมรับและปรับปรุงตัวดีขึ้น เราต้องเอาจริงเรียกมาพูด ตกลงกันว่าปรับปรุงตัวเองอย่างไร ภายในระยะเวลาเท่าไร ถ้าทำไม่ได้จะให้ทำอย่างไร และพี่ก็จะคอยติดตามประเมินเป็นระยะๆ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2.3 การบริหารอัตรากำลัง

การบริหารงานหอผู้ป่วยให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐานตามมาตรฐานโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องมีการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องคำนวณและจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนและระดับความรุนแรงของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกแห่งมีปัญหาในด้านการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรเฉพาะทางจิตเวช จึงต้องพยายามบริหารอัตรากำลังให้หอผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพมีมาตรฐานตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ด้วยอัตรากำลังที่มีอยู่ โดยการแก้ไขปัญหาการขาดอัตรากำลังด้วยการจัดสรรเสริมทั้งจากบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งการขออัตรากำลังเพิ่ม

2.3.1 ขาดอัตรากำลัง

ในการให้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมีการประกันคุณภาพ ย่อมต้องการอัตรากำลังที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน จากการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยจิตเวช

เกือบทุกแห่งประสบปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังโดยเฉพาะบุคลากรที่มีสมารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกระดับ ตั้งแต่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาล เนื่องจากมีบุคลากรลาออกแล้วไม่ได้คนมาทดแทน การออกไปราชการของบุคลากรชาย จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงที่มากขึ้นของผู้ป่วยที่รับไว้ รวมทั้งภาระงานที่มากเมื่อเทียบกับ Productivity ของหน่วยงานดังกล่าวให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ถ้าเป็นตำแหน่ง Nurse Aid ก็จะไม่มีคนมาทดแทนเลย จริงๆ ของเรา ตอนนี้อยู่ที่ขาด 1 คน เพราะเราต้องมี Nurse Aid 4 คน คือ เข้า บ่าย ดึก หยุด แต่ตอนนี้เรามีแค่ 3 คน คือ เข้า บ่าย ดึก เขาก็จะเวียนกันไม่ค่อยได้หยุด แต่ถ้าใน 3 คนมีคนลาออกจะต้องมีคนมาทดแทนทันที ซึ่งตำแหน่งนี้ยังสามารถหาคนทดแทนได้ แต่ถ้าเป็นตำแหน่งพยาบาลจะต้องคอย คือต้องให้ช่วยๆ กันไปก่อน เนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลขาดแคลน ตึงกันไปหมด ไม่รู้ว่าจะไปดึงตรงไหนมาให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“สมัยก่อนคนเยอะ ให้ขึ้นเวรเช้า 6 คน มี Incharge Med Nurse ที่เหลือช่วยทำกลุ่ม ตอนหลังมีออกราชการจะเหลือเวรเช้า 3 คน บางที่มีขอลาเหลือ 2 คน “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ตอนนี้ของพี่ก็ขาดแคลนอัตรากำลัง ถ้าเทียบกับ Productivity ของพี่จะอยู่ที่สองร้อยกว่าตลอด .ตอนนี้ของผมนี่พยาบาลวิชาชีพ 6 คน รวมทั้งผมนี่ด้วยและต้องอยู่เวรเช้าบ่ายดึก โดยเวรเช้า 2 คน บ่าย 1 คน ดึก 1 คน บางทีก็จะเหลือพยาบาลเวรเช้า 1 คน บวกผมอีกคนเป็น 2 คน และถ้าผมมีประชุมอบรมก็จะเหลือพยาบาลคนเดียวก็จะไม่ไหวเพราะคนไข้จะมีแต่หนัก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.3.2. หาอัตรากำลังเพิ่ม

หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารจัดการอัตรากำลังที่มีอยู่ให้หอผู้ป่วยสามารถดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ ดังนั้นการจัดสรรอัตรากำลังให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงนั้น ต้องจัดวางอัตรากำลังที่เหมาะสมกับปริมาณและภาระงาน จึงเป็นการยากในการบริหารอัตรากำลังในภาวะที่ประสบการขาดแคลนอัตรากำลัง ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องใช้หาวิธีการแก้ปัญหาการขาดอัตรากำลัง โดยการจัดเวรเสริมทั้ง

จากบุคลากรในพื้นที่และนอกพื้นที่ รวมทั้งการขออัตรากำลังเพิ่มจากฝ่ายการพยาบาลและการเปิดรับสมัครบุคลากรจากภายนอกสถาบัน

2.3.2.1 จัดเวรเสริม

การแก้ปัญหาจากการขาดอัตรากำลังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องจัดหาบุคลากรมาเสริมในส่วนที่ขาด เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยต้องมีอัตรากำลังดูแลตลอด 24 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้วิธีการจัดเวรเสริม ด้วยการจัดบุคลากรทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่หน่วยงานมาขึ้นปฏิบัติงานให้เท่ากับอัตรากำลังปกติ โดยขอความร่วมมือขออาสาสมัครจากบุคลากรในหน่วยงานก่อน เนื่องจากบุคลากรหน่วยงานอื่นเมื่อทราบว่าเป็นหอผู้ป่วยจิตเวชก็ไม่สมัครมาขึ้นเวรเสริม บางครั้งต้องบังคับบุคลากรในหน่วยงานให้ขึ้นเวรเสริมถ้าจำเป็น บางครั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมาขึ้นเวรเสริมแทนกรณีที่เขาบุคลากรขึ้นไม่ได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ก็มีปัญหาเรื่องการขาดอัตรากำลัง ขาดแคลนบุคลากร เช่น ในเวรดึกถ้ามีคนไข้ 25 คน จะกำหนดให้เพิ่มพยาบาลอีก 1 คน เพราะ Work Load เพิ่มขึ้น... โดยอาจต้องลดคนจากเวรเช้าให้ไปอยู่เวรดึกแทน ... ก็มีกรณีก็ตามไม่ได้ ซึ่งน้องที่อยู่เวรก็ต้องยอมรับไม่มีการอุทธรณ์ ฎีกา...ก็ต้องจัดเวรเสริมเอาและอยู่ให้ได้ ที่เหลือก็ช่วยกันขึ้นเวร บางทีพี่ก็ต้องมาช่วยขึ้นเวรแทนน้อง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“พยาบาลเราก็จะเหลือน้อย ต้องจัด OT เสริมเข้าไป ตอนนี้อะไรได้พยาบาลใหม่ มา 3 คน อัตรากำลังเราก็พอไม่ต้องจัด OT เสริม “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ จริงๆ แล้วหากคนมาขึ้น OT ที่นี้ค่อนข้างยากนะ พอรู้ว่าเป็น Ward จิตเวชพยาบาลจาก Ward ทางกายก็ไม่อยากมาแล้ว เราก็พยายามให้คนที่นั่งเฝ้าให้มากที่สุด ที่เหลือก็เป็น OT จากที่อื่นมา และเราก็จัดให้เขาอยู่เวรกับ RN ของเรา ส่วนเวรบายดึกก็จะเป็นคนของเรา ซึ่งก็ทำให้เขาไม่เครียดสามารถมาทำ OT ได้ “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.3.2.2 ขออัตรากำลังเพิ่ม

การแก้ปัญหาในเรื่องการขาดอัตรากำลังอีกประการหนึ่ง คือการขออัตรากำลังมาเพิ่มทดแทนส่วนที่ขาด จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชได้เสนอเรื่อง

ขออัตรากำลังเพิ่มทุกปี ซึ่งในการขออัตรากำลังนั้นต้องชี้แจงปัญหาและความจำเป็นถึงจำนวน และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้น รวมถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นต่อผู้บริหารระดับสูงในการขออัตรากำลังทดแทน แต่มักจะไม่ได้รับการพิจารณาจากผู้บริหารระดับสูงเนื่องจากหอผู้ป่วยจิตเวชจะถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่วิกฤติเหมือนหอผู้ป่วยวิกฤติ อัตรากำลังเพิ่มควรให้หอผู้ป่วยวิกฤติและหอผู้ป่วยหนัก เช่น หอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) หอผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งมีอาการทางกายมากกว่า ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...การคำนวณอัตรากำลังเราจะต้องมียอดคนไข้ มีภาระงาน ถ้ายอดคนไข้ เรามากเราก็สามารถขอกรอบอัตรากำลังเพิ่มได้ โดยเราจะคำนวณยอดผู้ป่วยทุกปี โดยการคิดรวมเฉลี่ยทั้งปีและจะเพิ่มให้เราตามยอดคนไข้ที่เพิ่ม “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ ก็ทำเรื่องขอไปทุกปีค่ะ แต่ทางผู้บริหารก็จะมองว่าจิตเวชไม่ได้เป็น Ward วิกฤติเหมือน ICU หรืออายุรกรรมที่คนไข้จะหนักกว่าเรา แต่เขาก็อนุมัติให้เราจัด OT แทนซึ่งเป็นอะไรที่เราไม่ค่อยอยากได้ เนื่องจากไม่ได้เป็นคนที่จะต้องประจำอยู่กับเรา ต้องมาคอยสอนอยู่เรื่อยๆ เวลาทำก็ไม่ต่อเนื่อง “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.4 ภูมิใจกับผลงาน

จากการศึกษาถึงความรู้สึกในการบริหารงานหอผู้ป่วยจิตเวชพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกภูมิใจกับผลงานที่ประสบความสำเร็จในงานที่ทำ โดยเฉพาะเป็นงานที่รู้สึกว่ายากสำหรับตน รวมทั้งการที่ทำให้หอผู้ป่วยจิตเวชที่ตนเป็นผู้บริหารจัดการเป็นที่รู้จัก ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมวิชาชีพและบุคคลภายนอก นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ให้ผลลัพธ์เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งได้นำผลลัพธ์นี้มาเป็นสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรด้วย รวมถึงการได้รับความไว้วางใจทั้งจากผู้บังคับบัญชาและจากญาติผู้ป่วย การได้รับรางวัลระดับประเทศและเป็นที่ศึกษาดูงานของสถาบันภายนอก ย่อมส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกภูมิใจกับผลงานของตน ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ รู้สึกอย่างไรหะอ่ะ มันก็รู้สึกดีนะ ภูมิใจที่เราสามารถทำได้ และทำให้ Ward จิตเวชเป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้น “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ ถ้าเราทำได้สำเร็จ เราก็ Happy ก็ภูมิใจ คือ จริง ๆ หนูก็ภูมิใจในงานของ หนู ระดับหนึ่ง ที่หนูคิดว่าหนูยังเด็กอยู่แต่หนูก็ทำได้เท่า ๆ กับที่อื่น หนูก็รู้สึกภูมิใจ เหมือนกันที่เราทำได้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ ก็พอใจค่ะ คือสิ่งที่เราทำให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยด้วยความตั้งใจของเรา มันจะสะท้อนออกมาในรูปของการที่ญาติคนไข้ไว้น้ำใจเรา ไว้วางใจเรา ซึ่งเราก็จะ นำสิ่งเหล่านี้มา Motivate ลูกน้องว่าสิ่งที่เขาตั้งใจทำผลก็จะออกมาดี ทุกคนก็ OK มีกำลังใจในการทำงาน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ ก็รู้สึกภูมิใจนะ ตรงนี้ถือว่าผู้บังคับบัญชาให้ความไว้วางใจ และก็ ภาคภูมิใจอีกส่วนหนึ่งคือเราได้เป็นแกนนำของกองเราในการจัดทำกลุ่มฟื้นฟูผู้ป่วย ทางด้านสุรา ยาเสพติด..โดยที่เราเป็นเลขาของกลุ่ม แล้วเป็นคนบริหารจัดการกลุ่มนี้ ...ทำให้สถาบันของเราได้รับรางวัลระดับประเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด และมีคนมาดูงานเยอะเกี่ยวกับการทำกลุ่มตรงนี้ โดยที่เราเป็นส่วนหนึ่ง ที่ได้บริหารจัดการตรงนี้...ซึ่งได้รับคำชมจากแพทย์หลายๆท่านจากกองเดียวกัน ที่เราสามารถบริหารจัดการโดยมีข้อบกพร่องน้อยมาก ตรงนี้เป็นที่ซึ่งเรารู้สึกภาคภูมิใจ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

นอกจากนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยยังกล่าวถึง สิ่งที่ต้องการให้พัฒนาเพื่อประโยชน์ต่อการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่ คือ การเตรียมตัวก่อนเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และการพัฒนา หอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ คือ การปรับโครงสร้างทางกายภาพ ของหน่วยงาน

การเตรียมตัวก่อนเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยกล่าวว่าในการเลื่อนตำแหน่งและเปลี่ยนบทบาทจากพยาบาล ประจำการมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง เช่น การ ขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมตัวก่อน จากการศึกษาพบว่าหัวหน้า หอผู้ป่วยจิตเวชได้ให้ข้อมูลตรงกันว่าควรมีการเตรียมตัวก่อนขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอ ผู้ป่วย โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการพัฒนาความรู้ทางด้านจิตเวช เพื่อให้ เข้าใจผู้ป่วย ระบบงาน การดูแล การรักษาพยาบาล การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด รวมทั้ง บุคลากรที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ก็ควรมีการเตรียมในด้านการบริหารทั่วไป ได้แก่ การทำ

งบประมาณ การเบิกจ่ายการจัดการเอกสารต่างๆ และการบริหารบุคลากร ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ก็ควรจะมีการเตรียมความพร้อมของคนที่จะขึ้นมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยจิตเวชควรจะมีการเตรียมในเรื่องของความรู้ทางด้านจิตเวช ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เราเข้าใจคนไข้ เข้าใจระบบงาน เข้าใจคนทำงาน แล้วอีกเรื่อง ที่ควรมีการเตรียมคือการจัดการเรื่องเอกสารต่างๆ ในการบริหารจัดการ การทำงบประมาณ การเบิกจ่ายต่างๆ เพราะเดิมก็เป็นพยาบาลที่ทำงานกับคนไข้ ไม่เคยต้องทำในเรื่องพวกนี้ เวลามาเป็นแรกๆ ก็จะไม่รู้ทำไม่ค่อยถูก “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ ควรผ่านหลักสูตรใดหลักสูตรหนึ่งทางด้านจิตเวช เคยมีประสบการณ์ด้านการบริหาร มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวช มีคุณสมบัติที่ใจเย็น ไม่รังเกียจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีความสนใจผู้ป่วยจิตเวชเป็นพิเศษ ไม่ใช่มาเอาตำแหน่ง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ ควรมีการเตรียมในด้านการบริหาร เนื่องจากตอนผมขึ้นไม่เคยมีประสบการณ์ด้านการบริหาร รู้สึกว่าการคุมคนเป็นเรื่องที่ยาก โดยเฉพาะถ้ามีลูกน้องที่เกเร ก้าวร้าว ดื้อเจียบ เห็นแก่ตัวเอาเปรียบคนอื่น “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ ควรมีนะในเรื่องของหลักการบริหารต่างๆ ถ้าได้รับการอบรมมาก่อนก็จะทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น เร็วขึ้น ใช้เวลาในการปรับตัวน้อยลง ส่วนในด้านของจิตเวชก็ควรจะมีการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชนะ เพราะจะช่วยให้เราเข้าใจคนไข้จิตเวช เรื่องยา การดูแลรักษา การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

การปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงสิ่งที่ต้องพัฒนาอีกประการหนึ่ง คือ การปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงานเพื่อให้มีความเหมาะสมในการทำงาน และมีความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบบริหารจัดการ จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพของหอผู้ป่วยจิตเวชที่ควรมีการปรับปรุงได้แก่ สถานที่คับแคบไม่มีพื้นที่ใน

การให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ไม่มีทางหนีไฟ เนื่องจากหอผู้ป่วยมีทางเข้า-ออกทางเดียว และไม่มีทางออกฉุกเฉินสำหรับเจ้าหน้าที่ ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือเกราะกั้นระหว่างพื้นที่ของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงตัวเจ้าหน้าที่ได้ง่ายโดยที่เจ้าหน้าที่ไม่ทันได้ระวังตัว สภาพของหอผู้ป่วยที่เก่าทรุดโทรมยากต่อการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้หอผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่บนชั้นสองหรือบนอาคารสูงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการกระโดดตึกของผู้ป่วยจิตเวช ไม่มีพื้นที่ที่เป็นสวนร่มรื่นให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และบางโรงพยาบาลไม่มีการแยกผู้ป่วยหญิงและชายอย่างเป็นสัดส่วนต้องอยู่รวมกันทั้งผู้ป่วยหญิงและชาย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ ... ปัญหาสถานที่ที่คับแคบ อยู่บนชั้นสอง ต้องปิดลูกกรง ไม่มีพื้นที่บริเวณให้คนไข้ออกไปทำกิจกรรมเดินเล่นพักผ่อน ผู้บริหารก็รับปากว่าจะพยายามหาสถานที่ใหม่ให้ แต่ก็ยังไม่รู้ว่าจะได้เมื่อไหร่ ... ถ้าเกี่ยวกับคนไข้ก็จะเป็นเรื่องที่ที่คนไข้หญิงและคนไข้ผู้ชายอยู่รวมกัน เพียงแต่แยกห้องนอน ซึ่งเราอยากได้ Ward ที่แยกคนไข้หญิงและชายออกเป็นสัดส่วน ถ้าเป็นชั้นเดียวกันก็ของให้แยกอยู่กับคนละปีก หรือแยกกันออกเป็นคนละชั้น ไม่อยากได้หลายชั้นเพราะเราก็ก้าวคนไข้จะกระโดดตึก “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ Ward นี้มันแคบ ถ้ามีเหตุการณ์อะไรขึ้นมันก็จะนั่งเฝ้ากันอยู่ตรงนี้ ทางหนีที่ไล่ไม่ดี คนไข้ก็จะมารวมกันตรงนี้ สภาพของ Ward จะมีทางลงทางเดียว ซึ่งถ้ามีไฟไหม้ก็จะไปไม่ได้ เราก็ต้องปรับให้ลงทางช่องหน้าต่าง แต่ต้องใช้การปีนออกมองภาพรวมแล้วสภาพ Ward ไม่ดีไม่ได้ถูกออกแบบมาสำหรับคนจิตเวช ไม่ได้ออกแบบทางหนีที่ไล่ ทางหนีไฟ พอ HA เข้ามาต้องมีทางหนีไฟ ซึ่ง Ward เราไม่มีก็ต้องมาปรับใหม่ให้มีทางออกฉุกเฉิน... ก็เรื่องสภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เราไม่มีที่ป้องกันตัวเอง ไม่มีเหล็ก แฉกกัน หรือตู้ กระจกกั้นระหว่างคนไข้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งเราเคยเสนอให้ทำเหล็กติดกัน แต่เนื่องจากเป็น Ward เก่าคนไม่สามารถรับน้ำหนักได้จึงต้องเปิดโล่งอย่างที่เห็น คนไข้สามารถกระโดดข้ามเข้ามาได้ นับว่าเป็นความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ Ward จิตเวชจะเป็น Ward ปิด และทำเลก็ค่อนข้างมืดซิดสภาพแวดล้อมของ Ward ก็ต้องพยายามจัดให้เหมือนบ้าน แต่ต้องมีการป้องกันการหลบหนีและ

ไม่ให้มีสิ่งของ อุปกรณ์ที่เป็นอันตรายหรือนำไปเป็นอาวุธได้ ไม่ควรอยู่ในที่สูงควรอยู่
ชั้นล่างมีส่วนที่ทำให้บรรยากาศร่มรื่น ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ Ward จิตเวชไม่ควรอยู่ในที่สูง ควรเป็นชั้นล่างมากกว่า เพราะความ
เสี่ยงค่อนข้างเยอะถ้าคนไข้หลุดออกไปแม้ว่าจะมีลูกกรงเหล็กและประตูหลายชั้นแล้ว
ก็ตาม นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมของ Ward ตอนนี้ก็ยังไม่ค่อยเหมาะสม ไม่ค่อยน่า
รื่นรมย์เพราะเป็น Ward ปิด ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นอาคารชั้นเดียวแยกต่างหากมีส่วน
มีต้นไม้ให้คนไข้จิตเวชผ่อนคลาย แต่คงจะเป็นไปได้ยากมันเป็นในฝันมากกว่า “

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชตามบริบททั่วไป ได้แก่
ลักษณะงานของหอผู้ป่วยจิตเวช การเริ่มต้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช และภารกิจ
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนประสบการณ์การบริหารงานหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชพบว่ามี 4 ประเด็น
ใหญ่ คือ ประเด็นแรก การบริหารความเสี่ยง โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อย คือ เกิดความเสี่ยง
ซึ่งมีทั้งเกิดความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย ความเสี่ยงจากการขาดอัตรากำลังและความเสี่ยงจาก
สภาพแวดล้อม ประเด็นย่อยที่ 2 คือ เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ ประเด็นย่อยที่ 3 คือ ป้องกันความเสี่ยง
ซึ่งมีทั้งป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยและสำหรับเจ้าหน้าที่ ประเด็นย่อยสุดท้าย คือ จัดการ
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ประเด็นที่ 2 การบริหารบุคลากร แบ่งได้เป็น 7 ประเด็นย่อย คือ บริหาร
บุคลากรเป็นเรื่องยาก การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้กำลังใจและการให้โอกาสพัฒนา การ
เอื้ออาทรลูกน้อง การยืดหยุ่น การแบ่งงานกันทำ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ประเด็นย่อย
สุดท้าย คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับ ประเด็นที่ 3 การบริหารอัตรากำลัง ได้แก่ ขาดอัตรากำลังและ
หาอัตรากำลังเพิ่มด้วยการจัดเวรเสริมและการขออัตรากำลังเพิ่ม ประเด็นสุดท้าย คือ ภูมิใจกับ
ผลงาน นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบประเด็นเพิ่มเติม คือ การเตรียมตัวก่อนเป็นหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยและการปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป ที่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม รวมถึงการบันทึกเทป เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2549 ถึง 20 มกราคม 2550 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Hermeneutic circle ของ Crist & Tanner (2003 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช พบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การบริหารความเสี่ยง 2) การบริหารบุคลากร 3) การบริหารอัตรากำลัง และ 4) ภูมิคุ้มกันผลงาน

การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยจิตเวชแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ ประเด็นย่อยที่ 1 คือ เกิดความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดในหอผู้ป่วยจิตเวชที่ ได้แก่ ความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็น รวมทั้งผลจากยาที่ใช้รักษาและผลข้างเคียงจากยา ความเสี่ยงจากการขาดอัตรากำลัง ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการป็นรั่วหื่น เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยผู้ป่วย และ ความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ได้ถูกออกแบบมาสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ถูกกละเลยไม่ได้รับการซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพที่ดี ประเด็นย่อยที่ 2 คือ เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้ให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสถูกผู้ป่วยทำร้ายได้ตลอดเวลาจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะหวาดระแวงของผู้ป่วยจิตเวช ประเด็นย่อยที่ 3 คือ ป้องกันความเสี่ยง โดยมีทั้งการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ซึ่งการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยจะประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยและการรับส่งเวร การให้ยาเมื่อจำเป็น การจัดทีมดูแลและการให้สัญญาณเตือน การเฝ้าระวังเป็นพิเศษและการดูแลใกล้ชิด ในการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชจะต้องถูกต้องและทันท่วงที ไม่ล่าช้าจนผู้ป่วยเกิดอาการก้าวร้าวหรืออาละวาด ส่วนการรับส่งเวรต้องมีระบบการ

รับส่งเวรที่ดีที่สุดสามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการให้ยาเมื่อจำเป็นต้องมีแนวทางการประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจให้ยาเมื่อจำเป็นตามแผนการรักษา และการจัดทีมดูแลและการให้สัญญาณ เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยการจัดทีมจากบุคลากรในกลุ่มงานที่ดูแลผู้ป่วย จิตเวชในการให้ช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน (Dream Team) และการกำหนดสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น โครงการดาวแดง

ส่วนการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง มีแนวโน้มของความเสียหายสูงและมอบหมายการดูแลให้เหมาะสมตามสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่สามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งต้องจำแนกแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และจัดการสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา ซึ่งทำให้หอผู้ป่วยจิตเวชบางแห่งมีการวางแผนติดตั้งที่วิงจรวดปิดเพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ส่วนการป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการจัดอบรมและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว รวมทั้งการอบรมในเรื่องของศิลปะการป้องกันตัวจากทีมผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสถาบันภายนอก ประเด็นย่อยสุดท้าย คือ จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานข้างเคียงหรือจากหน่วยรักษาความปลอดภัยมาช่วย และในระหว่างที่รอทีมที่มาช่วย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยก็ต้องรู้จักการเข้าใกล้ผู้ป่วย (Approach) โดยการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลงด้วย

การบริหารบุคลากร ซึ่งเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกเป็น 7 ประเด็นย่อย คือ บริหารบุคลากรเป็นเรื่องยาก การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้โอกาสพัฒนา การเอื้ออาทรลูกน้อง การยืดหยุ่น การแบ่งงานกันทำ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับ ประเด็นย่อยที่ 1 บริหารคนเป็นเรื่องยาก เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบุคลากรในความดูแลที่หลากหลายต้องใช้วิธีการบริหารจัดการบุคลากรในแต่ละเพศที่ต่างกัน บุคลากรที่ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง และบุคลากรที่สร้างปัญหา เช่น เกเร ไม่สนใจงาน ขาดงาน มาสาย หายตัวเวลางาน มั่วสุม สูบบุหรี่ เล่นการพนันในห้องพัก หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการจัดการ ได้แก่ การศึกษาลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคล ลักษณะธรรมชาติของแต่ละเพศ การพัฒนาศักยภาพโดยการมอบหมายงานที่ถนัดให้ปฏิบัติ การเรียกมาคุยเพื่อให้โอกาสปรับปรุงตนเอง ส่วนการเสริมพลังอำนาจให้กับบุคลากรด้วยการให้กำลังใจและการให้โอกาสพัฒนา วิธีการให้กำลังใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช คือการให้ความจริงใจ เห็นใจ ประนีประนอม พุดให้กำลังใจ และร่วมแรงช่วยบุคลากรทำงานในช่วงที่งานมากหรือเร่งด่วน ด้านการให้โอกาสพัฒนา หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการจัดการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทั้งทางด้านจิตเวชและความรู้เกี่ยวกับโรคทางกาย รวมถึงการศึกษาดูงานเฉพาะทางที่สถาบันภายนอก ส่วนในการ

เชื้ออาหารนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการดูแลเอาใจใส่ มีน้ำใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งไม่สร้าง ความกดดัน เครื่องครุภัณฑ์บุคลากรจนเกินไป มีการยืดหยุ่นในการทำงาน มีการกระจายงาน แบ่งงานกันทำ ตามความความรู้ ความสามารถ ความถนัดและความชอบของบุคคล และมีการบริหารแบบมีส่วนร่วมโดยการประชุมปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหาของหน่วยงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม และสามารถแสดงความคิดเห็น รวมทั้งใช้ความเห็นของสมาชิกส่วนมากในการกำหนดการแก้ไขปัญหา ส่วนการประเมินผลการทำงานโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการประเมินยอมรับและนำสู่การพัฒนาตนเอง ก็ถูกนำมาใช้โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเช่นกัน

ในด้านการบริหารอัตรากำลัง ซึ่งมีทั้งปัญหาการขาดอัตรากำลังเนื่องจากมีคนลาออก และขาดคนมาทดแทน หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการหาอัตรากำลังเพิ่มโดยการจัดเวรเสริมจากเจ้าหน้าที่ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่มาขึ้นปฏิบัติงานให้เท่ากับอัตรากำลังปกติ และการขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อทดแทนส่วนที่ขาด จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยได้เล็งประสบการณ์ในการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นงานที่เป็นภาระหนักของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ภายใต้การทำงานที่หนักและเหนื่อยดังกล่าวนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยก็ยังกล่าวถึงความรู้สึกที่ดีในการบริหารหอผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความรู้สึกภูมิใจในผลงาน ซึ่งได้จากการดูแลผู้ป่วยที่ให้ผลลัพธ์เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ การได้รับรางวัลระดับประเทศ และการได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา นอกจากนี้ยังพบประเด็นเพิ่มเติม คือ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ควรมีการเตรียมความรู้ทางด้านจิตเวช ด้านการบริหารทั่วไป ได้แก่ การทำงานงบประมาณ การเบิกจ่าย การจัดการเอกสารต่างๆ รวมทั้งการบริหารบุคลากร และการปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน เพื่อความเหมาะสมและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชพบว่าการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป คือ ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นลักษณะเฉพาะทั้งอาการ พฤติกรรม การสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการดูแลรักษา การเฝ้าระวังพิเศษ ตลอดจนจนอาคารสถานที่ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งกับผู้ให้และผู้รับบริการ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นในการบริหารงานที่สำคัญ 4 ประเด็น คือ การบริหารความเสี่ยง การบริหารบุคลากร การบริหารอัตรากำลัง และภูมิคุ้มกันผลงาน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การบริหารความเสี่ยง เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจโดยมีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งมีแนวโน้มของความเสี่ยงสูง อันได้แก่ ความเสี่ยงจากพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน ซึ่งจินตนา ยูนิพันธ์ (2528) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงเหล่านี้เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (Aggressive drive) เพื่อการทำลายและการเอาชนะสิ่งแวดล้อม และอุบล นิวัติชัย (2528) กล่าวถึงพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นภาวะที่บุคคลขาดสติ ขาดการควบคุมตนเองและไม่มีวิธีที่จะสื่อความต้องการของตนเองออกในทางที่เหมาะสม จึงแสดงพฤติกรรมเดิมที่ไม่ได้ถูกขัดเกลากลับมาเต็มที่และส่งผลในทางทำลาย นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าหรือพยายามฆ่าตัวตาย การปฏิเสธการรักษา การหลบหนี และการพลัดตกหกล้ม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงไว้ 4 ประเด็น คือ เกิดความเสี่ยง เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ ป้องกันความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

ในประเด็นเกิดความเสี่ยง พบว่าความเสี่ยงที่เกิดในหอผู้ป่วยจิตเวชสามารถแบ่งออกได้เป็นความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย ความเสี่ยงจากการขาดอัตรากำลัง และความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม ด้านความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นความเสี่ยงจากลักษณะพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ สอดคล้องกับที่ Johnson (1997) อ้างใน สุกันยา สำราญพิศ, (2547) กล่าวถึงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญและเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช ที่อาจใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินและการวินิจฉัยโรคต่างๆ ได้แก่ จิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงคิดว่าตนเองจะถูกปองร้าย การหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้พิเศษและมีความโกรธร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังจากเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้มีความตึงเครียดทางจิตใจ รวมทั้งการรักษาส่วนใหญ่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอาการดังกล่าว ได้แก่ ยาต้านโรคจิต ยาต้านการซึมเศร้า ยาที่ทำให้สงบหรือยาคลายกังวล ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ง่วงซึม และการทรงตัวไม่ดี เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้ง่วงนอน ความคิดช้า อาจสับสน ตื่นเต้น วุ่นวาย ศีรษะหมุน คลื่นไส้อาเจียน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิเสธการรักษา การหลบหนีออกจากหอผู้ป่วยหรือออกจากโรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการหลบหนี เช่น ได้รับบาดเจ็บจากการปีนรั้วหนี ประสบอุบัติเหตุรถชนขณะหนีออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น

ส่วนความเสี่ยงจากการขาดอัตรากำลังนั้น เป็นเพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ทำให้ต้องมีการดูแล

เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและรายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จะต้องมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดแบบประกบติดตลอดเวลา แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจบางครั้งอาจทำร้ายเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้มีเจ้าหน้าที่โอนย้ายไปอยู่หน่วยงานอื่นโดยไม่ได้รับบุคลากรมาทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่จึงลดลง และจากการศึกษาพบว่าผู้บริหารระดับสูงจะให้ความสำคัญของหอผู้ป่วยจิตเวชและหอผู้ป่วยหนักทางกายมากกว่าหอผู้ป่วยจิตเวชทำให้มีปัญหาในเรื่องการขออัตรากำลังเพิ่ม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า “ก็ทำเรื่องขอ (อัตรากำลังเพิ่ม) ไปทุกปีค่ะ แต่ทางผู้บริหารก็จะมองว่าจิตเวชไม่ได้เป็น Ward จิตเวชเหมือน ICU หรือ อายุรกรรมที่คนไข้จะหนักกว่าเรา...”

ด้านความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมอาคารสถานที่ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยจิตเวชจะแสวงหาทางที่จะหนีออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะทางประตูหรือหน้าต่างที่ไม่แข็งแรง เมื่อหอผู้ป่วยถูกละเลยในการดูแลซ่อมแซมให้ส่วนประกอบของอาคารมีความแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ ก็จะมีช่องทางที่ผู้ป่วยใช้ในการหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้เหมาะสมจะเป็นการเอื้ออำนวยความสะดวกการทำงานให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคล่องตัว และส่งผลถึงจิตใจของผู้ปฏิบัติ ทำให้มีกำลังใจในการทำงานและเกิดแรงจูงใจในการทำงาน (Choi et al., 2004) และสอดคล้องกับการศึกษาของบุริมรพี ดำรงรัตน์ (2542) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของพยาบาลที่มีอยู่ให้เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงที่เกิดจากอาการของโรคซึ่งถือว่าเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉิน เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคลากรเท่านั้น ยังก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่น และทรัพย์สินสิ่งของต่างๆ ด้วย (ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2544 อ้างถึงใน สุกันยา สำราญพิศ, 2547) ดังนั้นการออกแบบอาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้จะต้องเป็นวัสดุที่ไม่แตกหักง่าย ไม่ใช่ของมีคมหรือวัสดุที่สามารถนำมาเป็นอาวุธได้ การจัดสิ่งแวดลอมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัยมากกว่าความสวยงาม โดยมีระบบการรักษาความปลอดภัยที่รัดกุม เช่น เป็นหอผู้ป่วยปิดที่มีรั้วรอบขอบชิด มีการควบคุมการเข้าออก มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเฝ้าประตูเข้าออกตลอด 24 ชั่วโมง

ส่วนผลกระทบความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มของความเสี่ยงสูง เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ย่อมมีโอกาสเกิดความเสี่ยงจากการทำงานมากกว่าเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยทั่วไป ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย การบาดเจ็บจากการเข้าไปช่วยจับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยก้าวร้าวหรืออาละวาด จากอุบัติเหตุการล้ม ความรุนแรงที่เกิดกับบุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวช 10 แห่ง ปี 2531 – 2536 พบว่ามีบุคลากรที่ถูก

ผู้ป่วยทำร้ายจำนวนทั้งสิ้น 730 คน (ธีระ ลีลาพันธ์ทกิจ, 2541 อ้างถึงใน สุกันยา สำราญพิศ, 2547) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีผลกระทบต่อความปลอดภัยในการทำงาน และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีบุคลากรขอโอนย้ายสถานที่ปฏิบัติงานเนื่องจากกลัวการถูกทำร้าย จากผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งว่า “ มีเจ้าหน้าที่ขอโอนย้ายไปอยู่ Ward อื่นอยู่ 1 ราย เป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงซึ่งโดนผู้ป่วยเตะ รู้สึกทนไม่ได้จึงขอย้าย ” ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องบริหารจัดการให้เกิดอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงให้น้อยที่สุด รวมทั้งการส่งเสริมขวัญ กำลังใจและค่าทดแทนแก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งให้เงินทดแทนแก่บุคลากรที่ถูกทำร้ายเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ ข้อมูลรายหนึ่งว่า “ ทางกองเรามีนโยบายว่า ถ้าเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายหรือ บาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน ทางกองก็จะให้เงินเป็นขวัญ กำลังใจแต่ไม่มากนักนะ Case ละ 200 บาท แต่ให้ทุกคนถ้า Case นั้นมีปัญหา...” อย่างไรก็ตาม “การให้เงิน” เมื่อถูกทำร้ายไม่ใช่วิธีการ แก้ปัญหาให้อุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงหมดไป ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องหาวิธีการหรือบริหารจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยจิตเวชดังที่ จะกล่าวต่อไป

การป้องกันความเสี่ยงทั้งจากความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงเฉพาะของหอผู้ป่วยจิตเวช เป็นงานที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชต้องบริหารจัดการและหาวิธีการหรือมาตรการต่างๆ รวมทั้งการ วางระบบการดูแล การเฝ้าระวัง การจัดอบรมทบทวนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ ตลอดจนควบคุมดูแล ความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ส่วนในการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย นั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เฉพาะทางจิตเวชและมีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย จิตเวชเป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถประเมินผู้ป่วยให้ได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการก้าวร้าวหรือ อารยะवाद ร่วมกับการจัดระบบการดูแล การควบคุมกำกับให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางหรือเกณฑ์ การปฏิบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การรับส่งเวร การเฝ้าระวัง การแบ่งระดับ อาการผู้ป่วย การดูแลใกล้ชิด การให้ยาเมื่อจำเป็น รวมทั้งการจัดทีมดูแลและการใช้สัญลักษณ์ ให้ดูแลเป็นพิเศษ ในการประเมินผู้ป่วยจิตเวชหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องจัดระบบการประเมินล่วงหน้า (Early Detection) กล่าวคือประเมินได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที เพื่อป้องกันการเกิดอาการ รุนแรงจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีระบบการรับส่งเวรที่มีการระบุการ วินิจฉัยอาการผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเวรต่อไปสามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังต้องมีแนวทางการประเมินเพื่อตัดสินใจให้ยาเมื่อจำเป็น กรณีที่ผู้ป่วยเริ่ม หรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมอาการได้ ซึ่งเป็นการป้องกันอันตรายร้ายแรงที่อาจ

เกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทีมดูแลให้การช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉินที่เรียกว่า Dream Team ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ โดยทีมดังกล่าวประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีให้มีความพร้อมในการเข้าช่วยเหลือขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน และการกำหนดสัญลักษณ์เตือนการเฝ้าระวังเป็นพิเศษก็เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือภัยอันตราย นอกจากนี้ในการป้องกันความเสี่ยงหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้กับพยาบาลหรือบุคลากรโดยคำนึงถึงสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นหลัก และต้องมีการประเมินอาการ ระดับความรุนแรง แนวโน้มความเสี่ยง ร่วมกับการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่พยาบาลสามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา

ส่วนการป้องกันความเสี่ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เพราะถ้าเจ้าหน้าที่ไม่มีความปลอดภัยในการทำงาน ย่อมส่งผลในด้านขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในงาน รวมทั้งคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจในการทำงาน และมีความพึงพอใจในงาน (Rambur et al., 2003 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) และจากผลการศึกษาของกัลยารัตน์ อ่องคณา (2549) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมเป็นส่วนช่วยในการพัฒนาความสามารถในการทำงานของบุคลากรเมื่อได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม เพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานและมีแรงจูงใจในการทำงาน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องจัดอบรมทบทวน เพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวช รวมทั้งการอบรมในเรื่องของศิลปะการป้องกันตัวจากผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร แจ่มสมบุรณ์ (2539) ที่พบว่า การอบรมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความชำนาญ ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจและใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน แต่อย่างไรก็ตามเหตุไม่พึงประสงค์จากผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นสิ่งที่ยากต่อการหลีกเลี่ยง ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีการวางระบบการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายร้ายแรงแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยต้องให้ทุกคนตระหนักและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งความสามารถในการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากบุคลากรอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว

ประเด็นที่ 2 การบริหารบุคลากร นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่งในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากบุคลากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของหน่วยงานหรือองค์กร สามารถนำพาให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายหรือลัมเหลวได้ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วย

จึงต้องบริหารจัดการให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มความสามารถ มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเต็มใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการบริหารบุคลากรจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการจูงใจให้ปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของหน่วยงาน โดยสามารถแบ่งออกเป็น 7 ประเด็น คือ 1) บริหารบุคลากรเป็นเรื่องยาก 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งได้แก่ การให้กำลังใจ และการให้โอกาสพัฒนา 3) การเอื้ออาทรลูกน้อง 4) การยืดหยุ่น 5) การแบ่งหน้าที่กันทำ 6) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และ 7) การให้ข้อมูลป้อนกลับ

จากผลการวิจัยพบว่าปัญหาในการบริหารบุคลากรเป็นปัญหาที่พบเกือบทุกแห่งของหน่วยงาน เนื่องจากบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีชีวิต จิตใจ มีความรู้สึก มีความต้องการ มีอารมณ์ และสังคม การทำให้บุคลากรพึงพอใจและเต็มใจในการทำงานเป็นสิ่งที่ยากมาก รวมทั้งการทำให้บุคลากรปฏิบัติตามกฎระเบียบของหน่วยงานหรือองค์การยิ่งยากกว่า ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องศึกษาถึงยุทธวิธีต่างๆ และศึกษาคุณลักษณะของบุคลากรในปกครอง เพื่อที่จะควบคุมกำกับให้บุคลากรในหน่วยงานทำงานอย่างเต็มศักยภาพและอยู่ในกฎระเบียบ สอดคล้องกับ Dubrin (1997 อ้างถึงใน ปิยมณ สุทธธรรมา, 2544) ที่กล่าวถึงการจัดการกับบุคลากรที่ยุ่งยากให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยวิธีการ ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างพอเพียงโดยการบอกถึงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเพื่อให้เกิดการยอมรับและแก้ไข การวิพากษ์วิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ การใช้ปฏิภาณไหวพริบในการเจรจาและแก้ไขปัญหา การใช้อารมณ์ขันขจัดความขัดแย้งระหว่างบุคคลและชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และวิธีจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการใช้ข้อตกลงและเงื่อนไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นประเด็นย่อยที่ค้นพบในเรื่องการบริหารบุคลากร ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมความรู้ความสามารถแก่บุคลากร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จงจิต เลิศวิบูลย์มงคล (2546) ที่พบว่าการได้รับการเสริมพลังอำนาจในงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ และจากการศึกษาของ Laschinger et al. (2003) พบว่าการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานทำให้พยาบาลประจำการเกิดอำนาจในตนเองที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในการทำงานได้ทันเหตุการณ์ อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดศักยภาพ และความภาคภูมิใจในการบริหารจัดการงานที่ตนรับผิดชอบ หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้กำลังใจและการให้โอกาสพัฒนา นอกจากนี้การให้การเสริมแรงทางบวก เช่น การให้รางวัล การยกย่องชมเชย การใช้ภาษาในการสร้างแรงจูงใจ จะส่งเสริมให้ลูกน้องปฏิบัติงานได้ดี มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541 และ อังคณา สุเมธสิทธิกุล, 2539)

ในการเอื้ออาทรลูกน้องโดยการเอาใจใส่ ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับลูกน้อง ไม่ทอดทิ้งให้ลูกน้องเผชิญปัญหาตัวเอง การใช้หลักการยืดหยุ่นอยู่กับแบบครอบครัวและการยืดหยุ่นของตารางการปฏิบัติงาน นโยบายและวิธีการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของละออ อริยกุลนิมิต (2546) ที่พบว่าความยืดหยุ่นของงานจะนำไปสู่การทำงานที่มีคุณภาพสูงขึ้นและได้ผลผลิตมากขึ้น การเป็นที่พึ่งพาซึ่งกันและกัน ความเข้าใจที่จะแบ่งปัน ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เต็มใจช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยแก้ปัญหาช่วยแบ่งเบาปริมาณงานอย่างจริงจัง การจัดการที่มีจิตเมตตาภาพ ส่งผลให้ลูกน้องเกิดความรับผิดชอบที่แท้จริง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526 และ ไชแสง ชวศิริ, 2532) ความประนีประนอม การให้ความช่วยเหลือบุคลากรทุกคนในหน่วยงานของตน โดยทำหน้าที่เป็นผู้เสนอการให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งพา เป็นที่ปรึกษา และเป็นแบบอย่างแก่บุคลากร เพื่อให้มีการพัฒนาในงานมากยิ่งขึ้น บุคลากรมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น มีแนวโน้มในการคงอยู่ในองค์กรมากขึ้น (Duffy, 1990 และ Duffield, 1992) นอกจากนี้บรรยากาศการทำงานที่ผ่อนคลาย ไม่สร้างความกดดันด้วยกฎระเบียบที่เข้มงวดจนเกินไป การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน ย่อมก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน สภาพแวดล้อมในงานที่ไม่อึดอัด จะส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำงาน (ลดาวัลย์ รวมเมฆ, 2544 และ เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2545)

การกระจายงานเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงานและสร้างผลงานโดยการแบ่งหน้าที่กันทำตามความรู้ ความสามารถ ความถนัดและความชอบของผู้ได้บังคับบัญชา นอกจากนี้เมื่อมีปัญหาในหน่วยงานจะหลักประชาธิปไตยให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยการประชุมปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา สอดคล้องการผลการศึกษาของ ศิริกุล จันทุม (2543) ที่พบว่าการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กร จะทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ และจากการศึกษาของ เจนนาราสิตธิหรือญชัย (2541) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในงานเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิต มีความสำคัญต่อองค์กร การทำให้องค์กรประสบความสำเร็จย่อมส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในการทำงาน มีความรู้สึกผูกพันในงาน มีความสุขและมีแรงจูงใจในการทำงาน ส่วนการประเมินผลการปฏิบัติงานนั้นจะให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้บังคับบัญชาได้ซักถามข้อข้องใจและยอมรับการพัฒนาปรับปรุงตนเอง สอดคล้องกับ บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) ที่กล่าวถึงข้อดีของการประเมินผลแบบย้อนกลับว่า ผู้ถูกประเมินได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้ประเมิน ได้รับความเป็นธรรม ได้รับคำตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้

ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของผลการปฏิบัติงานขององค์กร รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา

ประเด็นที่ 3 การบริหารอัตรากำลัง ซึ่งเป็นประเด็นหลักอีกประเด็นหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารจัดการเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ มาตรฐานตามบริบทของหน่วยงาน การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่ง ในกระบวนการบริหาร การพยาบาล การจัดการด้านบุคลากรที่ดีจะต้องมีบุคลากรที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ สามารถใช้คนได้เต็มกำลังความสามารถ (นิตยา โรจนนรินทร์กิจ, 2546) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องศึกษาว่าจะจัดอัตรากำลังอย่างไรจึงจะมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยจะต้องคำนวณและจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนและระดับความรุนแรงของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Aiken et. al. (1994 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ที่พบว่าอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการพยาบาล อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลที่เหมาะสมกับภาระงาน จะทำให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ สนองความพึงพอใจผู้ใช้บริการ รวมทั้งทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและคงอยู่ในงาน สอดคล้องกับ Blegen et al. (1988) กล่าวว่าเมื่อบุคลากรทางการพยาบาลสมดุลกับภาระงานแล้ว ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลได้แก่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ต้นทุนและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช เนื่องจากมีการลาออกแล้วไม่ได้ อัตรากำลังทดแทน ดังนั้นหัวหน้าจะต้องพยายามจัดสรรให้มีบุคลากรทำงานอย่างเพียงพอกับภาระงานและมีคุณภาพมาตรฐานตามที่หน่วยงานกำหนดไว้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชจะประสบปัญหาในการบริหารอัตรากำลัง การแก้ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังต้องจัดเวรเสริม ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาการขาดอัตรากำลังที่ช่วยย่นที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวาริ ทรัพย์ประสม (2536) ที่ศึกษาการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่สามารถผลิตหรือรับพยาบาลใหม่เข้ามาทดแทนได้ทันเวลา จึงจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระยะสั้นโดยการจ้างงานนอกเวลาจากจำนวนพยาบาลที่ทำงานอยู่ทั้งบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ถ้าเป็นบุคลากรภายในจะไม่มีปัญหาในด้านการดูแลและการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช แต่จะเกิดปัญหาความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องพิจารณาถึงจำนวนชั่วโมงที่ต้องปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจนส่งผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่ง Jackson et al. (2002) กล่าวว่าการทำงานล่วงเวลามากเกินไปทำให้พยาบาลเกิดความ เหนื่อยล้า ความเครียด หงุดหงิดมี

ผลต่อการปฏิบัติงานและสุขภาพ ส่วนบุคลากรจากหน่วยงานอื่นนั้นจะต้องได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคทางจิตเวช รวมทั้งในเรื่องยาและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจะจัดให้ขึ้นปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำของหน่วยงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งว่า “...ก็จะรับสมัครจากพยาบาล โรงพยาบาล (ของผู้ให้ข้อมูล) แต่จะจัดให้ขึ้นเวรคู่กับพยาบาลเจ้าของ Ward ”

การขออัตรากำลังเพิ่มเป็นอีกวิธีหนึ่งในการหาอัตรากำลังเพิ่ม ในการขออัตรากำลังเพิ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยจะประสบปัญหาความไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องต้องพยายามชี้แจงให้ผู้บริหารระดับสูงเห็นถึงปัญหาและความสำคัญของการขาดอัตรากำลัง

ประเด็นที่ 4 ภูมิใจกับผลงาน เป็นอีกหนึ่งประเด็นในประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเฉพาะและเป็นผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่อยากเกี่ยวข้อง รวมทั้งด้านความปลอดภัยในการทำงาน จึงเป็นการยากในการสรรหาบุคลากรที่ต้องการทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องจัดสรรบุคลากรและควบคุม กำกับดูแลให้บุคลากรทำงานให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการประสบความสำเร็จในงานที่ทำโดยเฉพาะเป็นงานที่มีความยากและซับซ้อน ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกภูมิใจกับผลงานที่ทำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Roedel & Nystrom (1988 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) ซึ่งพบว่างานที่มีความหลากหลาย งานที่มีความสำคัญ งานที่มีเอกลักษณ์เฉพาะและงานอิสระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และผลการศึกษาของจงรักษ์ มาลีเสน (2548) พบว่าการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่าตนได้ปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยได้รับความสำเร็จในการทำงาน ได้รับมอบหมายงานที่ทำทำให้สำเร็จ มีอิสระในการทำงาน เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการทำงาน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เกิดความภาคภูมิใจในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ เพื่อให้งานสำเร็จ มีความก้าวหน้าตลอดจนได้รับรางวัลตอบแทนเมื่อประสบความสำเร็จ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งว่า “รู้สึกภูมิใจนะ ตรงนี้ถือว่าผู้บังคับบัญชาให้ความไว้วางใจ และก็ภาคภูมิใจอีก ส่วนหนึ่งคือเราได้เป็นแกนนำของกองเราในการจัดทำกลุ่มฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านสุรา ยาเสพติด สถาบันของเราได้รับรางวัลระดับประเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด และมีคนมาดูงานเยอะเกี่ยวกับการทำกลุ่มตรงนี้ โดยที่เราเป็นส่วนหนึ่งที่ได้บริหารจัดการตรงนี้..ซึ่งได้รับคำชมจากแพทย์หลายๆท่าน จากกองเดียวกันที่เราสามารถบริหารจัดการโดยมีข้อบกพร่องน้อยมาก ตรงนี้เป็นที่ซึ่งเรารู้สึกภาคภูมิใจ”

ประเด็นเพิ่มเติมจากการศึกษา : การเตรียมตัวก่อนเป็นหัวหน้าและการปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน

การเตรียมตัวก่อนเป็นหัวหน้า จากการศึกษาพบว่า ในการขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชนั้นควรได้รับการเตรียมตัวในด้านวิชาการ เสริมความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการพยาบาลทางด้านจิตเวช รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ผู้ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช และระบบงานซึ่งมีลักษณะที่เฉพาะและต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มาจากพื้นที่อื่น นอกจากนี้ก็ควรมีการเตรียมในด้านการบริหารทั่วไป ได้แก่ การทำงานประมาท การเบิกจ่ายการจัดการเอกสารต่างๆ การบริหารบุคลากรและการบริหารทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้ผู้ที่ขึ้นมาดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และใช้เวลาในการเรียนรู้และปรับตัวที่น้อยลง เนื่องจากการบริหารที่ผิดพลาดอาจส่งผลให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือหน่วยงานได้ ซึ่ง นิตยา ศรีญาณลักษณ์(2545) ได้กล่าวถึงการการฝึกอบรมก่อนที่จะได้รับการเลื่อนตำแหน่งนั้น ผู้ที่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งจะต้องเข้าใจบทบาทของตนเองว่าต้องทำหน้าที่เป็นผู้บริหารและวางแผน ต้องเผชิญต่องานที่ย่างยากซับซ้อนมากขึ้น จึงควรจัดให้มีการศึกษาอย่างมีระบบเพื่อเตรียมตัวสำหรับงานที่ซับซ้อนนี้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Mary (1995) ที่ว่าการสนับสนุนด้านความก้าวหน้าของบุคลากร โดยจัดให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับงานก่อนการเลื่อนตำแหน่ง ทำให้มีความพึงพอใจในการทำงาน

การปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมของหน่วยงานเป็นสิ่งสำคัญมากในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบบริหารจัดการ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการทำงาน และมีความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลของงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ The American Association of Critical – Care Nurses (AACN, 2005) ที่กล่าวถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานให้แก่องค์กรได้อย่างเต็มความสามารถ โดยมีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีและเหมาะสม ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นเครื่องจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างเต็มกำลัง ความรู้ความสามารถเป็นผลให้องค์การเพิ่มพูนคุณค่าของงานได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชมีหลักและวิธีการในการบริหารบุคลากร บริหารความเสี่ยง บริหารอัตรากำลังซึ่งเป็นสิ่งที่ได้จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา ซึ่งควรมีการนำวิธีการและหลักการต่างๆ ที่ได้จาก บริหารบุคลากร การบริหารความเสี่ยง การบริหารอัตรากำลังจากผู้มีประสบการณ์ในการทำงานถ่ายทอดไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วยทั่วไป โดยจัดเพิ่มเติมในหลักสูตรการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. จากการศึกษาพบว่าในการเริ่มต้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ความรู้สึกทางลบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของความยากลำบากในการที่จะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จากข้อค้นพบนี้ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงควรมีการเตรียมผู้ที่จะขึ้นมาดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการวางแผนหรือมีการจัดอบรมในด้านการบริหารบุคคล การจัดอัตรากำลัง การพัฒนาบุคลากร การสร้างแรงจูงใจรวมทั้งการธำรงรักษาบุคลากรและการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้มีความรู้และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ใช้เวลาในการเรียนรู้และปรับตัวที่น้อยลง เป็นการลดความเครียดให้แก่ผู้ที่จะขึ้นมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย

3. จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาในการบริหารงานในระยะแรกๆ ของการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยบางคนใช้วิธีปรึกษาหัวหน้าเดิมหรือผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่า เพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติงานดังนั้นจึงควรมอบหมายให้ผู้บริหารระดับกลางหรือผู้บริหารที่มีประสบการณ์มาก่อนเป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ของการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่าการขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชนั้น ถ้าไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนขึ้นดำรงตำแหน่งโดยเฉพาะในด้านความรู้ทางด้านวิชาการ การบริหารงานทั่วไป การทำงานประมาท การบริหารบุคลากรและการบริหารอัตรากำลัง มีผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติงานและการปรับตัว ดังนั้นควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยจิตเวช

2. จากการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ซึ่งการขาดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรทำการศึกษาการวิเคราะห์อัตรากำลังที่เหมาะสมกับหอผู้ป่วยจิตเวช

3. จากการศึกษาพบว่าการทำงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในด้านของความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งได้แก่ ความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย ความเสี่ยงจาก

การขาดอัตรากำลังและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อถึงขวัญ กำลังใจและ
คุณภาพชีวิตของบุคลากรทำให้มีการลาออก โอนย้ายไปหน่วยงานอื่น ดังนั้นควรทำการศึกษา
เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจของพยาบาลจิตเวช เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการรณรงค์รักษาพยาบาล
จิตเวช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **เอกสารเทคโนโลยีการแก้ปัญหาของโรค**

จิตเวช. (เอกสารอัดสำเนา).

กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2539. **บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ**

เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล : ที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร :

โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล.

กัลยารัตน์ อ่องคณา. 2549. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในตน**

สภาพแวดล้อมในงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ

โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุกยา ตันติผลาชีวะ. 2539. **การบริหารหอผู้ป่วย.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ปิ่นเกล้า

การพิมพ์.

เกษม ตันติผลาชีวะ. 2545. **การบริหารชีวิตและสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :

สำนักพิมพ์สนุกอ่าน.

ไชแสง ชวศิริ. 2533. **ค่านิยมทางการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในประเทศไทย.**

สงขลา : ภาควิชาการบริหารการศึกษาศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จงจิต เลิศวิบูลย์มิ่งคล. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับการ**

เสริมสร้างพลังอำนาจในงานแรงจูงใจไม่สัมพันธ์ กับความสุขในการทำงานของ

พยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จงรักษ์ มาลีเสน. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสำเร็จในงาน**

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับคุณค่าในการจัดการตามการรับรู้ของหัวหน้าหอ

ผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

จอนณะจง เพ็งจาด. 2546. “ ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา ”

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (2).

- จินตนา ชูนิพันธ์. 2528. **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจนนารา สิทธิเหรียญชัย. 2541. **บรรยากาศองค์การกับความผูกพันในงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ชะลอล น้อยเฝ้า. 2544. **การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงจันทร์ บัวคลี่. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มงานการพยาบาล ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลทีมการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี พันธุ์ศรี. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน คุณค่าของงานบรรยากาศองค์การ กับการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาศ นฤทอง. 2542. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2535. **พฤติกรรมบุคคลในองค์การ**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- นงคราญ ผาสุก. 2536. **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สุพรการพิมพ์.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : ประชุมการช่าง.
- นิตยา โรจน์นรินทร์กิจ. 2546. **การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหออคลอดตามปริมาณ ภาระงาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นินา ภูปะวะโรทัย. 2533. **การจัดอัตรากำลังบุคลากรการพยาบาล ในการพยาบาล อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โดยใช้กิจกรรมการพยาบาลเป็น พื้นฐาน.** วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2550. **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญนำ สมุทรศรีรินทร์. 2548. **การศึกษาประสบการณ์การบริหารบุคลากรด้วยความเอื้อ ออาทรของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียง.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุริมรพี ดำรงรัตน์. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการนิเทศทางการพยาบาล เจตคติต่อการนิเทศทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับ การปฏิบัติบทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญดา วรรณมร. 2548. **ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยมมณ สุทธธรรมา. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความทนทาน การ สื่อสารระหว่างบุคคลกับความสามารถ ในการจัดการบุคลากรที่ยุ่งยากของหัวหน้า หอผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพิณ วัฒนภัก. 2541. **การบริหารบริการพยาบาลระดับหัวหน้างาน / หัวหน้าหอ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พงศ์ หรดาล. 2540. **จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การเบื้องต้น.** กรุงเทพมหานคร : มปท.
- พยอมน วงศ์สารศรี. 2545. **การบริหารทรัพยากรมนุษย์.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สุภา.
- พวงพิศ ชนะมณี. 2534. **การศึกษาการจัดการงานวิชาการในหอผู้ป่วย ของพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2522. **การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยเกษม.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2540. หลักการและแนวคิดการบริหารจัดการหอผู้ป่วยที่มุ่งคุณภาพการบริการ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา** 5 (1) : 35 – 44.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2544. **ก้าวใหม่สู่บทบาทในการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : วังใหม่บลูพรินต์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2541. **นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : สามเจริญการพิมพ์.
- ภัทรรัตน์ ตันนุกิจ. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการบริหารการพยาบาลกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาริษา สมบัติบุญรอด. 2546. **แนวคิดและการบริหารอัตรากำลังในหน่วยบริการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. 2543. ความต้องการความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจิตเวช. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. ปีที่14. ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) : 53 - 72 .
- ยุพดี โสทธิพันธ์. 2539. **การจัดองค์การทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ระวิง เนตรโพธิ์แก้ว. 2537. **องค์การและการจัดการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิทักษ์อักษร.
- รัชณี ศุภจินทรรัตน์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์. 2542. รายงานการวิจัยการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. **วารสารการพยาบาล**. 48 (2).
- ลดาวัดย์ รววมเมธ. 2544. **ผู้บริหารการพยาบาล : บรรยากาศที่เป็นสุขในงานบริการพยาบาล**. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 13 (1): 17-23.
- ละออด อริยกุลนิมิต. 2546. **การวิเคราะห์ตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในกลุ่มงานการพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิเชียร ทวีลาภ. 2521. **หลักการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : มปท.

- วิมลรัตน์ อ่องล่อง. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาล การปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- วิภาวี เผ่ากันทรากกร. 2536. **การจัดบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- วิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล. 2548. **การพัฒนาแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะการบริหารงานคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- วีณา เทียงธรรม. 2547. **การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) : 70-77.**
- วีณา เทียงธรรม. 2547. **การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (พฤษภาคม-สิงหาคม) : 97-107.**
- วีณา เทียงธรรม. 2547. **การนำ Phenomenology มาใช้ในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (กันยายน-ธันวาคม) : 67-71.**
- วีรพจน์ ลือประสิทธิ์กุล. 2540. **TQM LIVING HANDBOOK : AN Executive Summary. กรุงเทพมหานคร : บีบี อาร์แอนด์คอนซัลแตนท์.**
- ศิริกุล จันทุม. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศูนย์สารนิเทศ กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. 2545. **สถานการณ์การเจ็บป่วยทางจิต (ออนไลน์). Available from: <http://www.dmh.moph.go.th>. (พฤษภาคม 20, 2547).**
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การปฏิรูประบบบริการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 6 (2) : 90-93.**
- สมพงษ์ เกษมสิน. 2526. **การบริหารงานบุคคลแผนใหม่. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.**

- สุกัญญา สํารายพิศ. 2547. **ศึกษาการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจินต์ วิจิตรกาญจน์. 2529. **การพัฒนาคู่มือการพยาบาล เอกสารการสอนชุด วิชาประสบการณ์ วิชาการพยาบาล**. หน่วยที่ 6-10. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุภาวดี จันทวานิช. 2543. **วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี จักรไพศาล. 2541. **ศึกษาการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุควาระวิกฤตเศรษฐกิจ โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ อชานานุภาพ. 2543. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป : หลักการวินิจฉัยและรักษาโรค 280 โรค และการดูแลรักษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุลักษณ์ มีชูลักษณ์. 2539. **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานครพิมพ์.
- สุวรรณี ทรัพย์ประสม. 2538. **อุปทานแรงงานล่วงเวลาของพยาบาลประจำการ : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรามธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. 2540. **ความขัดแย้ง : การบริหารเพื่อสร้างสรรค์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ต้นอ่อน.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. 2543. **การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี เอกวงศ์ตระกูล. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในงานบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนิชา ทองกองทุน. 2544. **ขอบเขตการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ในปีพุทธศักราช 2554**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อภิญา คารมปราณี. 2543. **การรับรู้คุณค่าของงานและการปฏิบัติงานตามบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.** วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญา ปลดเปลื้อง. 2546. **ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมเรศน์ ชาวสวนกล้วย. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ ความรู้สึกว่าเหน็ดความทนทาน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภา นิตยศักดิ์. 2533. **การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2546. **เอกสารคำสอน วิชา การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล.** (เอกสารอัดสำเนา).
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2549. **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2534. **กระบวนการบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบล นิวัติชัย. 2527. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Alexander, E,L. 1972. **Nursing administration in hospital health care system.**
Saint Louis : C.V. Mosby.

- Burn, N., & Grove, S. K. 2003. **Understanding nursing research**. 3rd.ed. Philadelphia : Sanders.
- Benner. P. 1984. **From novice to expert**. California: Addison- Wesley.
- Benner. P. 1985. Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, Prediction, and understanding in nursing science. **Advances in Nursing Science**. 8 (1): 1-14.
- Blegen, A. M., Goode, J. C. and Reed, L. 1998. Nursing Staffing and Patient Outcomes. **Nursing Research**. 47 (1): 43-50.
- Carter,L.,Giber,D., and Goldsmith,M. 2001. **Best practices in organization development and change: culture, leadership, retenion, performance and coaching**. San Francisco : Linkage.
- Choi, J., Bankken, S., Larson, E., Du, Y., and Stone P. W. 2004. Perceived nursing work environment of critical care nurse. **Nursing Research**. 53: 370-378.
- Diekelmann, N.L. 1992. Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis Of the lived experiences of students and teachers in nursing. **Advances in Nursing Science**. 14(3): 72-83.
- Dougiass, L.M. & Bevis. E.O. 1979. **Nursing management and leadership in action**. 3rd ed. Saint Louis : C.V. Mosby.
- Duffield, C. 1992. Role competencies of first line managers. **Journal of Nursing Management**. 26(6): 49-52.
- Duffy, J,R. 1990. Caring behaviour of nursing managers : Relationships to staff nurse satisfaction and retention. **A global agenda for caring**. New YorK : National League for Press.
- Fox, R. T., Fox, D. H., & Wells, P. J. 1999. Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personal. **Journal of Nursing Administration** 29(9): 12-18.
- Gelven,M. 1989. **A Commentary on Heidegger's being and time**. Dekalb,IL; Northern Illinois University .
- Gillies, D.A. 1994. **Nursing management : A system approach**. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Suanders.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. 1989 . **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA : Sage.
- Heidegger M. 1992. **Basic concepts**.(G.E. Aylesworth, Trans) Indiana University Press. Original work published 1959.
- Holloway, I., & Wheeler, S. 1996. **Qualitative research for nurse**. London : Blackwell Science.
- Jackson, M., Chiarello, L. A., Gaynes, R. P., et al. 2002. Nursing and health care associated infections. **Journal of Nursing Administration** 32(6) : 314-322.
- Langford, T.L. 1981. **Managing and being manage : Preparation for professional nursing practice**. London : Prentice - Hall..
- Laschinger, H. K. S., et al. 2003. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics making the link. **Journal of Nursing Administration**. 7(8): 410-422.
- Love,J.G. 1994. The Hermeneutic of Transcript Analysis. **The Qualitative Report** 2(1):18-26.
- Morse, J.M. 2000 . Determining sample size. **Qualitative Health Research**. 10(1): 3-5.
- Munson,F, C., Heda, S.S. 1974. An instrument for measuring nursing satisfaction. **Nursing Research**. 23(2): 159-166.
- Parse, R., Coyne, A. B., & Smith, M. J. 1985. **Nursing research : Qualitative methods**. Bowie, MD ; Brady Communications.
- Sandelowski, M. 1995 . Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**. 18: 179-183.
- Sander, B. H., Davidson, A. M., and Price, S. A. 1996. The unit nurse executive: A changing perspective. **Nursing Management**. 27(1):42-45.
- Shrotidge, L. M. & Lee, E. J. 1980. **Introduction to nursing practice**. New York : Mc Graw-Hill.
- Stahl, L. et al. 1983. Head nurses activities and supervisor expectation :The research. **Journal of Nursing Administration**. 8(6): 27-30.

- Streubert, Speziale, H. L., & Carpenter, D. R. 2003 . **Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative.** Philadelphia : J. B. Lippincott Williams & Wilkins.
- Steven, W.F. 1978. **Management and leadership in nursing.** New York : Mc Graw-Hill Book.
- Swanburg, R.C. 1996. **Inservice education.** New York : C.P., Putman's Son.
- Talor, S. J., & Bogden, R. 1998. **Introduction to qualitative research methods : A guidebook and resource.** 3rd ed. New York : John Wiley & Sons.
- Taylor,B. 1993. Phenomenological : one way to understand nursing practice. **International Journal of Nursing Standard.** 30(2):171-179.
- Weaver, S. H., R, Dibella, M. & Huges, A. M. 1991. Frist-line manager skill : perceptions and performances. **Nursing Management.** 17(9): 33-39.
- William, M. 1988. When you don't develop your win. : Validatation methods for patient classification system. **Nursing Management.** 19(3), 91-96.
- Wilson, C.K. 1998. Team behaviors : Working effectively in teams. **Seminars for nurse manages.** 6 (4) : 184-194.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก
แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล จำแนกเป็นเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช สถานที่ตั้งโรงพยาบาล

คนที่	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ในตำแหน่ง หัวหน้าหอ (ปี)	ตำแหน่ง	สถานที่ตั้ง โรงพยาบาล
1	หญิง	42	พุทธ	ปริญญาโท	6	หัวหน้าหอผู้ป่วย	ภาคตะวันออก
2	หญิง	44	พุทธ	ปริญญาตรี	4	หัวหน้าหอผู้ป่วย	ภาคตะวันออก
3	หญิง	48	พุทธ	ปริญญาตรี	7	หัวหน้าหอผู้ป่วย	กทม.
4.	หญิง	38	พุทธ	ปริญญาโทการให้คำปรึกษา	3	หัวหน้าหอผู้ป่วย	ภาคตะวันออก
5.	ชาย	51	พุทธ	ปริญญาตรี	5	หัวหน้าหอผู้ป่วย	ภาคกลาง
6.	หญิง	35	พุทธ	ปริญญาโทจิตวิทยา อุตสาหกรรม	3	หัวหน้าหอผู้ป่วย	กทม.
7.	หญิง	51	พุทธ	ปริญญาตรี	5	หัวหน้าหอผู้ป่วย	กทม.
8.	หญิง	40	พุทธ	ปริญญาตรี	3	หัวหน้าหอผู้ป่วย	กทม.
9.	หญิง	45	พุทธ	ปริญญาตรี	3	หัวหน้าหอผู้ป่วย	กทม.

ตัวอย่างข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

ประเด็น การเตรียมหัวหน้าหอผู้ป่วย

“ด้านการบริหาร เพราะก่อนมารับตำแหน่งก็เป็นพยาบาลธรรมดาที่ต้องเข้าเวรเหมือนคนอื่น ๆ ไม่ต้องทำเกี่ยวกับด้านบริหารจัดการ เพราะหัวหน้าหอจะทำหมด ส่วนของตนเองจะไปทำด้านวิชาการมากกว่า เลยทำให้ไม่รู้งานด้านบริหารเลย ประจวบกับพี่หัวหน้าหอจิตเวชคนก่อนก็ลาออกแบบค่อนข้างกะทันหันไม่มีเวลาที่จะมาส่งเวร เรียนรู้งานบริหารก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ควรจะมีการเตรียมความพร้อมของคนที่จะขึ้นมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยจิตเวชควรจะมีการเตรียมในเรื่องของความรู้ทางด้านจิตเวช ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เราเข้าใจคนไข้ เข้าใจระบบงาน เข้าใจคนทำงาน แล้วอีกเรื่องที่ควรมีการเตรียมคือการจัดการเรื่องเอกสารต่างๆ ในการบริหารจัดการ การทำงบประมาณ การเบิกจ่ายต่างๆ เพราะเดิมก็เป็นพยาบาลที่ทำงานกับคนไข้ ไม่เคยต้องทำในเรื่องพวกนี้ เวลามาเป็นแรกๆ ก็จะไม่รู้ทำไม่ค่อยถูก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“การเป็นผู้บริหาร Ward จิตเวชต้องมีการเตรียมคน ต้องมาปฏิบัติงานที่นี่เพื่อเรียนรู้งานและผู้ป่วยก่อนอย่างน้อยก็ 2-3 ปี โดยอาจให้มาเป็น Sub head ไปก่อนเพื่อเรียนรู้แผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการ การบริการและด้านวิชาการ รวมทั้งเรื่องทฤษฎีทางจิตเวชเพื่อจะได้เข้าใจคนไข้และงานดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เพราะว่าตัวเองไม่ได้ถูกฟอร์มมาตั้งแต่แรก ไม่ได้ถูกเตรียมมาในด้านการบริหารงาน คือพี่ที่เป็นหัวหน้าคนเดิมลาออกไปอย่างกะทันหัน ส่วนพี่ที่เป็นอาวุโสที่สุดก็จะอยู่เวรเข้าเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ไม่ได้รับการเตรียมในเรื่องของการบริหาร พอเขาให้ขึ้นเป็นหัวหน้าหอก็รู้สึกว่าจะไม่มั่นใจในเรื่องการบริหารงานเอกสาร แผนต่างๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ควรผ่านหลักสูตรใดหลักสูตรหนึ่งทางด้านจิตเวช เคยมีประสบการณ์ด้านการบริหาร มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวช มีคุณสมบัติที่ใจเย็น ไม่รังเกียจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีความสนใจผู้ป่วยจิตเวชเป็นพิเศษ ไม่ใช่มาเอาตำแหน่ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ควรมีการเตรียมในด้านการบริหาร เนื่องจากตอนผมขึ้นไม่เคยมีประสบการณ์ด้านการบริหาร รู้สึกว่าการคุมคนเป็นเรื่องที่ยาก โดยเฉพาะถ้ามีลูกน้องที่เกเร ก้าวร้าว ดื้อเงียบ เห็นแก่ตัวเอาเปรียบคนอื่น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“การที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งหัวหน้าหรือผู้ปวยจิตเวชควรมีการเตรียมคนควรมีในเรื่องของหลักการบริหารต่างๆ ถ้าได้รับการอบรมมาก่อนก็จะทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น เร็วขึ้น ใช้เวลาในการปรับตัวน้อยลง ส่วนในด้านของจิตเวชก็ควรจะผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชนะ เพราะจะช่วยให้เราเข้าใจคนไข้จิตเวช เรื่องยาการดูแลรักษา การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

ประเด็น ลักษณะของงานหอผู้ป่วยจิตเวช

“Ward จิตเวช มีความต่างจาก Ward ทางกาย เพราะ Ward ทางกายคนไข้รู้เรื่อง แต่คนไข้จิตเวชจะไม่รู้เรื่อง พูดกันไม่เข้าใจ Ward ทางกายคนไข้อยากรักษาให้ความร่วมมือดี แต่คนไข้จิตเวชไม่คิดว่าตนเองป่วย ไม่อยากอยู่ ไม่อยากรักษา ความรุนแรงของ Ward ทางกายก็จะเป็นในเรื่องของคนไข้หยุดหายใจ Electrolyte Imbalance แต่ของทางจิตเวชก็จะเป็นในเรื่องของความก้าวร้าว Suicide” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

ในแง่ของการขึ้นปฏิบัติงาน จำนวนคน ต้องมีการทำกลุ่ม ต้องมี Med Nurse เข้าต้องเตรียมตัว เตรียมการทำกลุ่ม โดยผลัดกันทำกลุ่ม เพราะทำคนเดียวไม่ไหว ด้านการบริการจะต้องดูแลจิตใจ ความเสี่ยง ด้านจิตใจก็ต่างจาก Ward ธรรมดาทั่วไปเพราะต้องรองรับจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งต้องรองรับอารมณ์ของผู้ป่วย จนบางครั้งเจ้าหน้าที่ก็ต้องสัมผัสอารมณ์ผู้ป่วยจนมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ซึมเศร้า (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“มันต่างกันอย่างชัดเจนนะ Ward อื่นจะเน้น Promotion ด้านสุขภาพ แต่ Ward จิตเวชจะเน้นทางด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เน้นกระบวนการเตรียมจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเข้ามาจะดูว่ามีปัญหาอะไรส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม สังคม ที่นี่เราจะจัดให้เป็น Primary Nurse โดยดูแลผู้ป่วยตัวต่อตัว เน้นการสร้างสัมพันธภาพ จิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจเผยข้อมูล ซึ่ง primary nurse ก็จะเป็นพยาบาลประจำตัวคนไข้คนนั้นไปตลอด ไม่ว่าจะ Admit ก็ครั้งก็จะเป็นพยาบาลคนนี้ตลอด ซึ่งจะตาม case ตามปัญหาของคนไข้ตั้งแต่ต้นจนจบ โดยจะดูครอบคลุมไปถึงญาติด้วย เหมือนกับ case manager โดยจะมอบหมายให้คุณไข้คนนี้ไปตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“งานของจิตเวช 1 คนต่อคนไข้ 5 คน ก็แทบจะตายแล้ว เพราะคนไข้ศัลยกรรม พยาบาลแค่เอายาไปวางข้างเตียงบอกคุณกนิยานะคะ คนไข้ก็จะกินของเขาได้ แต่พยาบาลจิตเวชจะวางยาไว้ไม่ได้ คุณกนิยาเสร็จต้องอ้าปากให้พยาบาลดูด้วย บางที่ไม่ยอมกินก็ต้องไป Force ไปนั่ง Approach เป็นชั่วโมง เขาถึงยอมกินยา และในคนไข้ที่ก้าวร้าว พยาบาลคนเดียวทำไม่ได้อย่างน้อยต้อง 3 คน มา Manage คือ บางที่ทางโน้นไม่เข้าใจว่าทำไมพยาบาลจิตเวชเยอะมากขึ้นตั้ง 5 คน ในขณะที่พยาบาลศัลยกรรมขึ้น 4 คน คนไข้ 4 คน ในขณะที่พยาบาลจิตเวช 5 คน คนไข้แค่ 18 คน อะไรแบบนี้แหละ เขาอาจจะมองไม่เห็นตรงประเด็นว่าจะเป็นแบบนี้เพราะอะไร แต่ในระดับผู้บริหารหลังจากที่เรา Defend ชี้แจงว่าลักษณะงานของเราเป็นแบบนี้ การเข้า case หรือ ความเสี่ยงเราเป็นอย่างนี้ ผู้บริหารเขาก็เข้าใจ ก็คิดว่าถ้าเป็นพยาบาลจากที่อื่นมาที่ไม่ได้มาสัมผัสกับตรงนี้โดยตรง อาจจะต้องใช้เวลาซักกระยะหนึ่งกว่าเขาจะเข้าใจ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ก็มีความต่างในด้านการทำงาน ด้านผู้ป่วย การทำกลุ่ม ทำกิจกรรมต่างๆ คนไข้ก็ต่างกันมาก คนไข้ที่อื่นก็จะพูดกันรู้เรื่อง อยากรักษา อยากรักษาอยู่โรงพยาบาลแต่คนไข้จิตเวชไม่ใช่ว่าการดูแล การประเมินอาการก็จะต่างกัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“คือเมื่อเทียบกับภาระงานแล้วคิดว่า load มาก เนื่องจากเรามี RN น้อยและการดูแลการประเมินคนไข้จิตเวชต้องใช้เวลาในการพูดคุย เนื่องจากเรามี RN น้อยและการดูแลการประเมินคนไข้จิตเวชต้องใช้เวลาในการพูดคุย นอกจากนี้เรายังต้องรับคนไข้ Neuro Med ด้วย พยาบาลก็ต้องเป็นทั้ง Team Lead และ Team member รับ Order แล้ววิ่งไปฉีดยาเอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ก็มีปัญหาในการดูแล เพราะเป็นการดูแลที่ไม่เหมือนกัน คนไข้ Neuro ต้องการ Monitor เจาะเลือด ให้ยา ส่วนคนไข้จิตเวชก็จะก้าวร้าว อาละวาดถ้ายุ่งพร้อมกันก็ซุลมุนเหมือนกัน เดิมเคยกำหนดไว้ว่าจะรับแต่คนไข้ที่ไม่หนัก แต่หลังๆ ก็จะเป็น Case ที่หนัก บางทีก็ต้องให้เครื่องช่วยหายใจ 2-3 รายก็มี นื่องๆ ก็บ่นเหมือนกัน จริงๆ แล้วกำหนดให้ย้ายไปอายุรกรรมได้ แต่ทางอายุรกรรมก็เต็มไม่สามารถย้ายได้ เราก็ต้องดูแลทั้งๆ ที่นื่องๆ เราไม่ค่อยมีทักษะในการดูแล เครื่องช่วยหายใจเท่าที่ควร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ประเด็น ภารกิจของหัวหน้าหอผู้ป่วย

“ที่นี้เราปฏิบัติงานกันตั้งแต่เจ็ดโมงถึงบ่ายสามโมง แต่ในฐานะของหัวหน้าหอต้องขึ้นมาตั้งแต่หกโมง ซึ่งก็จะใช้เวลา 1 ชั่วโมงก่อนที่เวรเช้าเริ่มงานในการประเมินความพร้อมของสภาพหอผู้ป่วย จากนั้นก็ทำการวางแผนในการปฏิบัติงาน ตรวจสอบเอกสาร จัดส่งข้อมูลต่างๆ ให้กับหน่วยงานที่ร้องขอ และหน้าที่อีกอย่างซึ่งตอนนี้ที่นี้กำลังทำในเรื่องของการให้ยาโดยไม่ใช้การ์ดยา ซึ่งเป็นการบริหารยาแบบใหม่ ต้องมีการ Double check และใน Ward จิตเวชจะมียาที่ต้องให้เวลาหกโมงเช้า โดยที่โรงพยาบาลเวรดึกมีคนเดียว พี่ก็จะมาช่วย Check และตรวจสอบให้ห้องเวรดึก แต่ถ้าคนไข้หนักก็สามารถร้องขอคนขึ้นมาช่วยเวรดึกได้ นอกจากนี้พี่ก็ต้องเป็นตัวอย่างในการบริหารงานให้ห้องพยาบาลด้วย และในกรณีที่เป็นบุคลากรใหม่ที่ทำงานไม่ถึง 6 เดือน พี่ก็ต้องมาตรวจดูการทำงานและประเมินการทำงานของบุคลากรใหม่ ดูว่าเขามีปัญหาอะไรใหม่สามารถประเมินผ่านให้ขึ้นปฏิบัติงานเวรป่วย – ดึกได้หรือไม่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เข้ามาฟังรับเวร – ส่งเวร ดูว่ามีปัญหาอะไรบ้าง ยังไม่ Round ตามเตียง ดูงานตกค้าง Complete ใหม่ ดูผู้ป่วยแต่ละ Case ดูความเรียบร้อยทั่วไปของ Ward เดิน Round ให้ทั่วทุกที่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีอะไรเปลี่ยนแปลง ผิดปกติหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นเตียง ห้องน้ำ เพราะ Ward จิตเวชมักจะมีอะไรที่เราไม่ได้คาดไว้ ส่วนใน Nurse Station ก็ดูความเรียบร้อย โดยจะดูภาพรวม เพราะงานในแต่ละส่วนก็จะมีกรมอบหมายให้แต่ละคนรับผิดชอบแล้ว นอกจากเขายุงเราก็จะลงไปช่วยทำ และถ้าแพทย์มา Round และเราไม่ติดงานก็จะมาตาม Round แพทย์เพื่อเสริมให้ข้อมูลผู้ป่วยเพิ่ม และทำให้เราได้ความรู้เพิ่มเติม ส่วนการทำกลุ่มถ้าเป็นกลุ่มชุมชนบำบัด กลุ่มแก้ไขปัญหาซึ่งผู้ป่วยจะเป็นคน List ขึ้นมาก็จะทำเอง ส่วนกลุ่มอื่นๆ ถ้าว่างก็จะทำเองเพราะว่าการทำกลุ่มเอง ทำให้รู้จักผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยได้ทั่วถึงเป็นโอกาสได้พบและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกคนโดยใช้เวลาน้อย และไม่เสียเวลามาก น้อยจากนี้ก็จะทำหน้าที่หลักอีกอย่างคืองานประกันคุณภาพของ Ward ซึ่งตอนนี้โรงพยาบาลกำลังทำ ISO 9001 Version 2000 ต้องคอยควบคุมเกี่ยวกับเอกสาร คุรุภัณฑ์ สายแพทย์ พยาบาล คุรุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ชำรุดเสียหาย ทำการส่งซ่อม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เขาก็จะมาดูว่า Incharge เวรดึก Assign งานเป็นอย่างไร OK ใหม่ เป็นการตามระบบงานทุกอย่าง ประเมินการทำงานของน้องๆว่า OKใหม่ ถ้ามีโอกาสจริงๆก็จะเข้ากลุ่มกับเขาด้วยโดยจะเป็น Observer ดูว่าเขาเป็น Leader ok ใหม่ เป็น Co – Lead OK ใหม่ และก็ต้องประเมินการทำงานของน้องใหม่โดยจะให้เขาทำ Procedure ให้ดูว่าเขาทำได้ไหม OK ใหม่ หัวหน้าหอจะไม่ได้ลงไปทำหน้างานเท่าไรนัก เพราะที่นี้เราจะมีหัวหน้าหอและ Supervisor ซึ่งทางโรงพยาบาล

กำหนดว่าจะต้องมี 3 Ward ขึ้นไป ถึงจะมี Supervisor 1 คนได้ แต่จิตเวชมี Ward เดียวจึงไม่มี Supervisor งานต่าง ๆ จึงต้องตกมาที่หัวหน้าหอคนเดียว เพราะฉะนั้นจึงไม่ค่อยมีเวลาอยู่กับคนไข้มากนัก เพราะต้องรับงานบริหารของหัวหน้าหอและ Supervisor ด้วย และต้องเป็นกรรมการต่าง ๆ อีก หนูเลยตั้งรองหัวหน้าหอขึ้นมาเพื่อจะมารองรับตรงนี้ ซึ่งเขาก็จะดูแลบริหารใน Ward แทนหนูตอนที่หนูไม่อยู่ มีอะไรก็สั่งเขาไว้ได้ คือเราก็จะรับนโยบายมาส่งต่อให้เขาดูแลบริหารจัดการแทน และโดยตอนเช้าหัวหน้าหอจะคำนวณว่าวันนี้ เราจะรับคนไข้ใหม่ได้อีกกี่ราย ซึ่งเราจะประเมินตามอาการของคนไข้ ถ้าคนไข้มีหูแว่ว มี Paranoid อยู่กับคนไข้คนอื่นไม่ได้ เราต้องจัดให้เขาอยู่คนเดียว เราก็จะแจ้งความจำเป็นตรงนี้กับทีมผู้รักษา ซึ่งจะมีอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน“ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ เข้ามาก็ดู check งานที่ Incharge เวิร์ดก็จ่ายงานว่า ok ใหม่ จากนั้นก็สุ่มตรวจ Chart Round chart ตรวจ Nurse's Note ของน้องการรับ Order ถูกต้องหรือไม่ โดยเป็นการสุ่มตรวจได้ซัก 4 - 5 Chart โดยจะดูว่าน้องเขียนปัญหาตรงกับผู้ป่วยหรือไม่ หลังจากนั้นประมาณ 7 โมงก็จะรับเวร และ Assign การพยาบาลที่เป็นพิเศษสำหรับ Case ที่เป็นปัญหา รับเวรเสร็จก็จะ Pre-Conference ให้น้องบอก Plan ของ Case ตนเองว่าจะทำอะไร และเราก็จะเสริมสิ่งที่ปัญหาของคนไข้ เช่นคนไข้คนนี้มี Delusion ต้องเฝ้าระวังอะไรเป็นพิเศษ หลังจาก Pre-Conference เสร็จก็จะ Round ตามเตียงโดยให้พยาบาลที่จะเข้า Kardex Round ตาม Round ตามเตียงกับหัวหน้าหอ เพื่อประเมินปัญหาร่วมกันกับเข้า Kardex Round และถ้ามีโอกาสหัวหน้าหอหรือรองหัวหน้าหอจะเข้าร่วมทุกครั้ง เพื่อพูดคุยเสริมปัญหาที่น้องไม่ได้พูดในที่ประชุม และการที่จะปรึกษาตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายหัวหน้าหอหรือรองหัวหน้าหอ ก็จะสามารถตัดสินใจได้ หลังจาก Kardex Round เสร็จหนูจะต้องไปเช้า Morning Report ทุกเช้าโดยให้ Supervisor แต่ละกลุ่มงานการพยาบาล ร่วมกับภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ประชุมร่วมกันทุกเช้า เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา และเป็นการรับข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ถ้าภาควิชาพยาบาลมีนโยบายใหม่ๆ มากก็จะกระจายนโยบายผ่านที่ประชุม Morning Report และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน Supervisor ก็จะนำนโยบายต่างๆ ไปกระจายตาม Ward ที่ตนรับผิดชอบ ก็จะใช้เวลาในการ Morning Report ครั้งถึง 1 ชั่วโมง พอกลับมาก็จะมาประเมินผลการปฏิบัติงานของน้องๆ และดูแลทั่วไปในเรื่องของการ Manage Care ใน Case ที่มีความซับซ้อนน้องก็จะมาปรึกษา และหนูก็ต้องมาตามงานที่เกี่ยวกับพวกคุณภาพ หรือไม่ก็ประชุมคณะกรรมการต่างๆ ของหน่วยงาน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ พี่จะมาแต่เช้า 7.30 น. เดินตรวจสิ่งแวดล้อมของ Ward ตรวจดูบันทึกต่างๆ ของเวรเช้า ป้าย ดึก จากนั้นประมาณ 08.00 น. ที่นี้เราจะรับเวร – ส่งเวร ตอนแปดโมง ซึ่งพี่จะลงสมุดรับเวร

ของพี่ และจะประเมินคนไข้ ดูเกรดคนไข้ จากนั้นจะ Assign งานให้ใครรับผิดชอบ case ไหน ให้ใครทำกลุ่มอะไร กลุ่มเช้า กลุ่มบ่าย จากนั้นก็ทำ Pre – conference ถ้าว่างพี่ก็จะทำกลุ่มเช้า หลังจากกลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ หรือถ้ามอบหมายให้ใครทำก็จะติดตามดูการทำกลุ่มของน้อง ดูให้การลงบันทึกการทำกลุ่ม พอสิบเอ็ดโมงพี่ก็จะไปกินข้าวที่ห้องพักด้านหลังเพื่อที่จะนั่ง Counter ตอนเที่ยงให้น้องๆ ไปกินข้าว ส่วนพี่ก็จะทำงานเอกสารต่างๆ ไปด้วยในช่วงนี้ พอบ่ายถ้าไม่ติดประชุมหรือภารกิจอะไรก็จะทำกลุ่มย่อยเอง โดยพี่จะทำวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และให้น้องที่เป็น Subhead ทำวันอังคารกับพฤหัสบดี แต่ถ้าเป็นช่วงสิ้นเดือนซึ่งต้องเก็บตัวชีวิตต่างๆ พี่ก็จะมอบหมายให้น้องทำ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เข้ามาก็ดูความเรียบร้อยของคนไข้ พยาบาลที่อยู่เวรตึก แม่บ้านที่อยู่เวรว่ามีปัญหาอะไรไหม ทำงานเรียบร้อยไหม มีอะไรผิดพลาดไหม จากนั้นก็มอบหมายงานให้ใครรับผิดชอบ คนไข้คนไหน เสรีก็รับเวรจากเวรตึกดูว่า Case ไหนมีปัญหา Case ไหนต้องคุยกับญาติก็จะหาเวลานัดคุยอาจเป็นช่วงบ่าย และที่กองจิตเวชนี้ต้องจัดคนลงไปช่วยทำกลุ่ม Matrix บำบัดพวก สุรา ยาเสพติดที่ OPD ข้างล่าง ก็จะดูว่า Ward เราต้องลงไปวันไหน จากนั้นก็จะดูพวกเอกสาร หน้าป้าย และถ้ามีรับใหม่ก็จะช่วยน้องรับ Case คุยกับญาติ ประสานเรื่องสิทธิต่างๆ ส่วนช่วงบ่ายก็จะคุยกับคนไข้ ญาติคนไข้ที่นัดไว้ หรือไม่ก็จะดูน้องทำกลุ่มให้คนไข้ โดยเฉพาะในการเปิดกลุ่มปิดกลุ่ม ซึ่งเราก็ได้สอนให้น้องผู้ช่วยทำแล้ว แต่ถ้าให้เราไปช่วยเปิดกลุ่มคนไข้ก็จะให้ความร่วมมือมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“เข้ามาจะดูรายงานยอดคนไข้ ใช้สิทธิการรักษาอะไร ซึ่งตรงนี้จะสำคัญมากเลย Case ที่รับมาเป็นโรคอะไร มีปัญหาอะไร ใช้สิทธิการรักษาอะไร ซึ่งตรงนี้จะสำคัญมากเลย ถ้ายังไม่ทราบสิทธิต้องดูว่ามีเบอร์โทรติดต่อญาติหรือไม่ จากนั้นก็มอบหมายงานให้ใครดูและ Case ไหน จากนั้นก็รับเวรจากเวรตึก แล้วก็ทำ Pre-Conference โดยจะเน้นทำในรายที่มีปัญหา เช่น Case ที่มีไข้สูง Case ที่มีความเสี่ยงในการหนี รายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นก็จะเดิน Round ผู้ป่วย ดูสิ่งแวดล้อมสำหรับ Ward จิตเวช ต้องดูแลไม่ให้สิ่งที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย เช่น ช้อน-ส้อม ที่เป็นโลหะ เสื้อผ้า โดยเฉพาะผ้าขาวม้า โดยเราจะแจ้งกับญาติตั้งแต่แรกเลยห้ามนำมาให้คนไข้เพราะผู้ป่วย Suicide อาจนำมาใช้ผูกมัดคอ เราจะเน้นกับน้องเป็นพิเศษ จากนั้นเราจะทำกลุ่มประชุม เข้าประมาณ 08.00 น. ซึ่งน้องเป็น Sub head จะเป็นคนจดบันทึก ดูแลใน case ที่มีปัญหา และถามในกลุ่มว่าจะคุยเรื่องอะไร วันนี้วันที่เท่าไร ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยมา กินยาแล้วก็เริ่มกิจกรรมกลุ่มที่เราได้กำหนดไว้ ได้แก่ ตอนเช้า 09.00 -10.00 น. เป็นกลุ่มหนังสือพิมพ์ พอ 10.00-11.00 น. จะเป็นกลุ่มที่เราจัดไว้แต่ละวันไม่เหมือนกัน โดยวันจันทร์สัปดาห์

วันอังคารเป็นกลุ่มบันเทิง วันพุธข่าว วันพฤหัสบดีกลุ่มเตรียมจำหน่าย ช่วงบ่ายจะเป็นกลุ่มที่ Set ไว้เหมือนกัน วันจันทร์เป็นกลุ่มนักจิตวิทยา วันพุธเป็นกลุ่มนักสังคม ที่เหลือเราก็จะรับผิดชอบทำกันเอง แต่ถ้าวันไหนมีปัญหาหรือมีรับใหม่ราย case ก็อาจตั้งทำกลุ่ม ถ้ามีรับใหม่ ในฐานะที่เราเป็นหัวหน้าก็ต้องเป็นคนที่เป็นคนไปคุยกับญาติ ให้คำแนะนำในเรื่องแผนการรักษา เรื่องสิทธิค่าใช้จ่าย กฎระเบียบของการเยี่ยมผู้ป่วย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ประเด็น ความเสี่ยงที่เกิด

“ สภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เราไม่มีที่ป้องกันตัวเอง ไม่มีเหล็กกันหรือแผงกัน หรือตู้กระจกกันระหว่างคนไข้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งเราเคยเสนอให้ทำเหล็กดัดกัน แต่เนื่องจากเป็น Ward เก่าคนไม่สามารถรับน้ำหนักได้ จึงต้องเปิดโล่งคนไข้สามารถกระโดดข้ามมาได้ นับว่าเป็นความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ เคยมีผู้ป่วยป็นออกไปนอกหน้าต่าง ซึ่งหน้าต่างก็จะติดลูกกรงเหล็กอยู่ข้างนอก แต่มีช่องเล็กอยู่ตรงเพดานข้างบน ผู้ป่วยสอดตัวออกไปเดินขึ้นบนหลังคา ก็ช่วยกันพาลงมาได้ ไม่เกิดเหตุการณ์รุนแรง ตอนนั้นเลยเอาแผ่นเหล็กไปตีปิดไว้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ เพราะเจ้าหน้าที่ชายต้องออกรักษา เนื่องจากเราต้องรับนโยบายจากฐานทัพเรือสัตหีบ ให้เจ้าหน้าที่ชายออกไปรักษา จึงเหลือแต่เจ้าหน้าที่ผู้หญิงอยู่เวร เกิด Incident ไฟแช็คคอกับผู้ป่วยซึ่งต้องการจะออกไปข้างนอก Ward จะจุดไฟเผาเบาะโซฟาที่อยู่ใน Ward เราจึงโทรแจ้ง สห. มาช่วยจับผู้ป่วย พอ สห. มาถึงผู้ป่วยก็กลัวไม่กล้าก่อเหตุ จึงไม่เกิดเหตุการณ์รุนแรง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ ส่วนใหญ่จะเป็น Fall พลัดตกหกล้ม เพราะคนไข้เราค่อนข้างจะไม่รู้เรื่อง และคนไข้จิตเวชจะได้ยา sedate โดยเฉพาะคนไข้สูงอายุ 50 – 60 ปี พยาบาลได้บอกเตือนแล้วอย่าลงจากเตียงอยากได้อะไรให้บอก แต่คุณยายก็จะไม่บอกอยากลงจากเตียงก็ป็นเลย หรือจากกรณีประคองคนไข้ที่หงุดหงิดแล้วเกิดการสะดุ้งก็จะล้มพยาบาลรับไม่ทัน Incident ก็จะมีประมาณนี้แหละ เราก็พยายามป้องกันทุกอย่าง เช่น จัดเตียงให้มาอยู่ใกล้ Counter พยาบาลมากที่สุด ซึ่งเราก็จะมาบริหารจัดการ แบบนี้ทุกเช้า “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ ก็มีผู้ป่วยหลบหนีช่วงนอกเวลาราชการ ซึ่งคนไข้พยายามจงหาโอกาสอยู่แล้ว และคนที่มาExtra ก็ประเมินไม่ทันทำให้ไม่ระวังเท่าที่ควร เฝอญประตู่ห้องกินข้าวไม่มันมุอยู่ คนไข้ใช้แรงดันให้มันหลุดและหนีออกไป เมื่อก่อนอัตราอาจจะค่อนข้างสูง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ ต้องเน้นในเรื่องของความปลอดภัย เช่น การหลบหนีของคนไข้จิตเวชจะเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ จะดูสภาพแวดล้อม ดูเหล็ก ดูฝ้าต่างๆ ที่ไหนมุ ฟัง ซ้ำรุคก็ต้องรีบแก้ไข หรือมีช่องโหว่ที่คนไข้สามารถลอดออกไปได้ เราก็จะต้องรีบทำการปิดมิดชิด และมีมาตรการให้เจ้าหน้าที่เราคอยเดินดูทุก 1 ชั่วโมงโดยมีสมุค Checkคล้ายๆ ยามหมู่บ้าน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ประเด็น เสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่

“ ที่ผ่านมายังไม่มีกรณีที่ถูกทำร้ายรุนแรง จะมีก็แค่พกข้ดำเขียวเล็กน้อย เลยไม่มีการเรียกร้องการชดเชยหรือขอค่าทำขวัญ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ ก็จะมีการทำร้ายกันหวัแตกต้องเียบ เจ้าหน้าที่ที่ถูกทำร้าย คิวแตก คางแตกซึ่งส่วนมากจะเป็นกรณีฉับพลัน ป้องกันไม่ทัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ ภาวะของผู้ป่วยที่มีอาการ Acute ขึ้นมาทันทีทันใดโดยที่เราไม่รู้ ไม่ทันระวัง น่องๆ เขาก็จะเข้าใจและไม่รู้สึกโกรธ กลียดคนไข้ บางทีเราก็ต้องยอมรับว่าถึงเราจะ Detect ได้ดีแค่ไหนมันก็ไม่ทันถ้ากรณีคนไข้ Acute ขึ้นมา ลงมือทันทีเราก็ไม่สามารถป้องกันได้ทัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ มีอยู่ 1 รายเป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงซึ่งโดนผู้ป่วยเตะ รู้สึกทนไม่ได้จึงขอย้าย ก็ Support จิตใจเขาและให้เขาย้ายหน่วยงาน ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ เสี่ยงต่อการที่เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย เช่น กรณีที่เจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยเตะ และการที่ต้องรองรับอารมณ์ผู้ป่วย อาจมีการซึ่มซับจากผู้ป่วย ซึ่งทีละนิดทีละน้อยก็ซึ่มซับได้ แต่ระยะยาวก็อาจเป็นอย่งที่เจ้าหน้าที่ชายที่เล่าให้ฟังว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว บางรายก็ถดถอย ซึ่มเศร้า เฉื่อยชา หนีปัญหา ไม่สนใจงาน บางครั้งก็ซังกะตายมีชีวิตไปวันๆ ซึ่งถ้ากระทบกับงานก็จะเรียกมาคุยว่าเป็นอะไรและให้ความช่วยเหลือ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ประเด็น การป้องกันความเสี่ยง

“ เท่าที่อยู่มาและเท่าที่รู้ ยังไม่มีคนใช้กระโดดลงมา เพราะเราติดลูกกรงไว้หมด จะมีก็แต่คนไข้หนี เราเลยต้องทำประตูเหล็กกัน 2 ชั้น ด้านหน้าที่จะเข้ามาและที่หน้าบันได้ขึ้น Ward “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ มีการอบรมเฉพาะทางให้ และมีการอบรมให้ความรู้ประจำเดือนโดยเราจะทบทวนความรู้เกี่ยวกับคนไข้ เช่น การดูแลคนไข้ Aggressive จะทำอย่างไร ต้องจำกัดพฤติกรรมอย่างไร จะทำทุกสิ้นเดือน แต่ถ้ามีปัญหาจะมาคุยกันทันทีว่าเกิดอะไรขึ้นโดยเชิญหมอเข้ามาร่วมด้วยช่วยกันแก้ไข หาทางป้องกัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ สามารถเรียก ส.ห. ได้โดยโทรไปที่ Operator ก็จะมาทันที ถ้า ส.ห. มาช้าทำอย่างไรคะ เราก็ลุยกันเองก่อน คือเราจะช่วยกันเองก่อน ก็มีบาดเจ็บเหมือนกัน เคยเสนอให้ ส.ห. มาประจำที่ Ward แต่เขาบอกว่า ส.ห. ที่มาอยู่โรงพยาบาลไม่ใช่เป็น ส.ห. เฉพาะของ Ward เขาต้องเดินตรวจทั้งโรงพยาบาล แต่จุดที่เราตามได้คือ Operator ซึ่งจะมี ส.ห. นั่งประจำอยู่หน้าห้องและที่ห้องของ ส.ห. ซึ่งเราจะจดเบอร์ไว้หมดและ Operator ก็จะช่วยเราตามด้วย ส่วนมากเราจะตาม ส.ห. มาช่วยทัน มีน้อยมากที่เขาไม่ทัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ ที่นี้เราจะเน้นในเรื่องการประเมินคนไข้ร่วมกับการดูประวัติว่าคนไข้ได้ยาอะไรมาบ้าง ปริมาณเท่าไร ขาดยามากี่วัน เช่น คนไข้เคยได้ยาบางตัวในปริมาณ 1200 mg ต่อวัน แต่ Resident 1 มาใหม่สั่งยาแค่ 400 mg ต่อวัน เราก็จะบอกให้แพทย์ทบทวนการให้ยาใหม่ โดยเราจะแนบประวัติยาที่คนไข้ได้ให้แพทย์ดูซึ่งแพทย์ก็จะรับฟัง “ ((ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ กรณีที่มี Attempt Suicide หรือ Suicidal Ideal เราก็จะจัดให้เจ้าหน้าที่ดูแลประกบตลอด ถ้าให้ยาแล้ว 2 วันไม่ดีขึ้นก็จะทำ ECT “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ประจำไหมคะ มีค่ะ แต่เขาไม่ได้ขึ้นกับฟีนะ เราก็ขอให้เขาส่งคนที่มีความรู้ดี มีความเข้าใจคนไข้จิตเวชมาอยู่ ซึ่งเขาจะจัดมาอยู่เวรละ 1 คนทุกเวร “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ ตอนนี้กำลังทำเรื่อง TV วงจรปิดและประตูเปิดไฟฟ้า ปัจจุบันยังเป็นประตูที่ Lock โดยใช้สายยู และในห้องน้ำซึ่งเป็นจุดเสี่ยงก็ยังไม่มีการล็อก TV วงจรปิด “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ ก็ต้องประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้ก่อน จากนั้นก็ผูกมัดและฉีดยาให้สงบ ต้องเข้าไป Approach ผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยและต้องรู้วิธีทำอย่างไรไม่ให้ตัวเองได้รับอันตราย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ จะมีการส่งเวรให้ดูแลพวกที่วิกฤตก่อน เน้นการดูแล การเฝ้าระวัง การประเมินเป็นพิเศษ ย้ำต้องไม่ให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น ถ้าเริ่มหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ก็จะทำให้ยาเมื่อจำเป็นทันทีและรายงานแพทย์ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ ความเสี่ยงทางด้านจิตเวช หลัก ๆ แล้วก็จะมี คนไข้ Violent Suicidal Attempt คนไข้หนี คนไข้ตกเตียง สิ่งพวกนี้เราต้องบริหารจัดการ เราก็ตั้งทีมบริหารความเสี่ยงขึ้นมาประจำ Ward และมีทีมของห้อง ๆ ก็จะมีโครงการต่าง ๆ ที่จะดูแล ส่วนทีมบริหารก็จะมีอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน นักสังคม 1 ท่าน พยาบาล 3 ท่าน ที่จะนำเอา Incident ทุกอย่างที่เกิดขึ้นใน Ward มาคุยกัน และหาแนวทางในการปฏิบัติ ส่วนน้อง ๆ ก็จะตั้งกรรมการทำโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการป้องกันผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ในหอผู้ป่วยจิตเวช โครงการป้องกันผู้ป่วยก้าวร้าว ซึ่งน้อง ๆ ที่เป็นกรรมการจะเป็นผู้รับผิดชอบ และจะคิดวิธีการ คิดมาตรการป้องกัน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ มีการประเมินคนไข้ว่ามีความเสี่ยงแบบไหน ต้องประกบหรือไม่ ก็จะจัดน้อง PNประกบ ส่วนการประเมิน Suicidal Attempt น้องก็จะทำโครงการว่าจะประเมิน Suicidal Attempt ทุกเท่าไร เวิร์ดก็ครั้ง ถ้ามี Clinical เปลี่ยน เขาก็ต้องประเมินซ้ำ และประเมินออกมาเป็นคะแนน มีการป้องกันระดับไหนแบ่ง เป็น A, B, C คือ A ต้องเดินไปดูทุก 15 นาที ถ้าเป็นระดับ B จะมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมาก เราต้องอยู่กับเขาตลอดเวลา อย่างเช่น เศษ Max เขาก็เกาะไปกรีดตัวเองได้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ พลาดตกหล่น ก็คิดดาวแดงขึ้นมาและไปติดที่หัวเตียงให้ทุกคนรู้และระวังพลาดตกหล่น อันนี้ก็เป็นความเสี่ยงเชิงรุกที่เราทำโดยมีหัวหน้าหอเป็นที่ปรึกษา และเราก็รับนโยบายของคณะมา เช่น เขามีนโยบายให้เปลี่ยนเตียงเป็นเตียงเดี่ยวได้นะ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ เราก็จะ Inservice Education โดยเชิญทางด้านตำรวจ หน่วยปราบปราม เข้ามาสอนวิธีการจับ และยังเชิญทีมจากทางสมเด็จพระยามาสอนด้วย เรายังเชิญ รปภ. ให้มาร่วมอบรมด้วย เพราะเขาก็มีส่วนในการช่วยเราจับคนไข้ พร้อมกับต้องบริหารจัดการในการตามทีมแพทย์ให้มาส่งยา ถ้าพยาบาลตามไปเมื่อมีคนไข้ก้าวร้าว แพทย์ต้องมาทันทีหรือไม่ก็ส่งยาทางโทรศัพท์ โดยเป็นการบริหารงานร่วมกันหลายทีม “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ ที่นี่ไม่มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยคนเดียว แต่เราจะเป็นห้องรวม 3 เตียง ถ้ามี Case ที่ก้าวร้าว หวาดระแวง เราก็ต้องจัดให้อยู่คนเดียวเลย 2 เตียง แต่เราก็มีห้องแยกสำหรับแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ก็จะเป็นอันตราย ซึ่งเราจะใช้เป็นห้องสำหรับจำกัดพฤติกรรมคนไข้ครั้งละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ พอคนไข้ก้าวร้าวเราก็จะจัดการกันเอง เจ้าหน้าที่ผู้ชายก็มีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง เราก็ประสานกับทีม รปภ. ของคนมาประจำที่ Ward เวิร์ดละคน และเรามีสิทธิที่จะตาม รปภ. ข้างล่างมาได้ทุกเมื่อ และจัดอบรมการบริหารจัดการผู้ป่วยก้าวร้าวโดยขอความร่วมมือจากที่อื่น เช่น จากสมเด็จพระยามา และทำแนวทางในการจัดการผู้ป่วยก้าวร้าว โดยตรงขอให้ทีมพร้อมก่อนทั้งพยาบาลและ รปภ. “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ เราก็จะพยายามแยกคนไข้ที่มีอาการหนักมาไว้ใกล้ๆ Nursing Station และเราจะเกรดระดับคนไข้ออกเป็น 5 เกรด และมอบหมาย Case ที่มีอาการหนักให้พยาบาลเป็นผู้ดูแล และ Assign งานแบบ Functional ช่วยด้วย และอาจต้องจัดคนให้ไปเฝ้าประกบเลย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ ก็ทำประตูเหล็กกันทางเข้าออกและให้เข้าออกทางเดียว หน้าต่างก็ต้องติดลูกกรงเหล็ก และมีแม่บ้านนั่งเฝ้าตรงประตู “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ เดิมมีคนไข้ก้าวร้าว อาละวาดและเจ้าหน้าที่เราเข้าไปช่วยกันจับคนไข้ ทำให้มีการบาดเจ็บบ้าง ทางกองจิตเวชเราก็มาช่วยกันจัด Dream Team ในการจับคนไข้ มีการสอนว่าจะจับแบบไหน จังหวะไหน ใครจะเข้าตรงไหน ก็ดีขึ้นทุกคนรู้จังหวะ และเราก็มีการทดสอบเรียกใช้โดยไม่บอกล่วงหน้าดูว่าจะมาได้ภายในกี่นาทีตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้า 5 นาทียังไม่ได้นะต้องให้เร็วกว่านี้ ต้องมาถึงภายใน 1 นาทีไม่งั้นคนของเราไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นการฝึกพร้อมกันของ Ward จิตเวชหญิงและ Ward จิตเวชชาย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ในเรื่องความปลอดภัยของลูกน้อง ก็จะต้องดูแลในเรื่องสวัสดิการเมื่อเขาได้รับบาดเจ็บและจะมีการอบรมฝึกทักษะในการดูแล การ Approach ผู้ป่วยว่าเขาจะต้องระมัดระวังตัวอย่างไร การเข้าจับคนไข้ต้องไม่เข้าคนเดียวอย่างน้อยต้อง 2-3 ขึ้น การ Approach คนไข้ควรจะพูดอย่างไร “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“กรณีเจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายอาจเป็นเพราะคนไข้จิตเวชจะมีอารมณ์แปรปรวนตลอดเวลา เราจึงต้องมีการประเมินคนไข้ สังเกตคนไข้ โดยจะมีคู่มือการประเมินผู้ป่วยก้าวร้าว จะดูอย่างไรเมื่อเขาเริ่มก้าวร้าวในด้านคำพูด กิริยาท่าทางให้รีบมาบอกพยาบาล และเราก็จะรีบมาคุยหรือจัดการก่อน คือทำอย่างไรก็ได้ให้เขา Clam Down ลงเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหรือความรุนแรงที่จะมากขึ้น “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“เรื่องความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่มีการอบรมเจ้าหน้าที่เราเป็นประจำทุกปีเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติกับคนไข้จิตเวชเพื่อให้เราปลอดภัย เช่นในผู้ป่วยก้าวร้าว สมัยก่อนเคยมีการผิดพลาดเจ้าหน้าที่เราก็ไม่ได้ระมัดระวังทำให้ถูกผู้ป่วยทำร้าย เราจะมีการสอนวิธีการจับคนไข้ก้าวร้าวหลังจากที่เราเจรจาแล้วไม่สำเร็จจะต้องมีการจับเพื่อผูกมัด เราจะมีการสอนเทคนิคแก่เจ้าหน้าที่ว่าทำอย่างไรไม่ให้เราได้รับอันตรายและตัวผู้ป่วยก็ไม่เกิดอันตรายด้วย การจับ การล็อกผู้ป่วยก็มีการสอนและฝึกกันทุกปี ทำให้ทุกคนรู้จังหวะในการจับล็อกผู้ป่วย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“คือบุคลากรของเราจะได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว และมีวิธีการจัดการการจับ การผูกมัดผู้ป่วยก้าวร้าว โดยกลุ่มงานของเราจะมี dream team มาช่วยจัดการโดยจะมีการเจรจาให้ผู้ป่วยสงบก่อน ถ้าผู้ป่วยไม่สงบก็จะมีcode เรียกdream team จากหน่วยข้างเคียงมาช่วย ซึ่งเป็นข้อตกลงของกลุ่มงานจิตเวช โดยเขาจะส่งคนมาช่วยทันที แต่เราในฐานะที่เป็นเจ้าของward ก็จะพยายามพูดให้ผู้ป่วยสงบ ถ้าไม่ได้ผลก็ส่งสัญญาณให้ช่วยจับ Restrain ฉีดยา ร่ายกายแพทย์ โดยเราจะช่วยให้ญาติรับทราบและเข้าใจถึงวิธีการรักษาไว้ก่อน ซึ่งญาติส่วนใหญ่จะเข้าใจและไม่มีปัญหา นอกจากนี้รายที่ญาติเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าว เราก็จะอธิบายให้ญาติเข้าใจและให้กำลังใจ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ประเด็น การบริหารบุคลากร

“ เป็นพวกที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลง แต่พออยู่ไปเขาก็เข้าใจและให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ที่นี่ก็จะเก่งกันไปคนละด้าน ซึ่งเราก็พยายามสนับสนุนเขาในด้านที่เขาถนัด ก็ทำให้เขา Happy ที่จะทำอะ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ ใช้วิธีที่นุ่มนวล ค่อยๆ ศึกษาค้น ผู้ร่วมงานเป็นรายคนว่าแต่ละคนเป็นอย่างไร ชอบอะไร มีความถนัด ความสามารถด้านไหน แล้วค่อยๆ เข้าหาโดยพยายามไม่แสดงอำนาจว่าเราเป็นหัวหน้า สิ่งไหน สิ่งนี้ ก็ค่อยๆ ศึกษาวาดคนที่เขาทำงานกันแบบไหน และค่อยๆ ปรับเปลี่ยนไปที่ละนิด จนเขาเห็นเป็นรูปธรรมเขาก็จะยอมรับเราเอง ช่วงที่เรามาอยู่แรกๆ ยังไม่รู้จัก ไม่คุ้นและไม่รู้ว่าแต่ละคนเป็นอย่างไร ก็จะมีติดขัดอยู่บ้าง แต่พอเราทำความรู้จัก ศึกษานิสัยแต่ละคน เราก็สามารถทำงานร่วมกับเขาได้ ซึ่งเขาก็ให้ความร่วมมือกันดี “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ อยู่กันเป็นเหมือนครอบครัว ไม่มีการแบ่งพรรค แบ่งพวกว่าชั้นเป็นหัวหน้า เธอเป็นพยาบาล เป็น Nurse Aid เป็นคนงาน แต่ในการทำงานก็มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน และทุกคนจะช่วยกันทำงานเป็นทีม ลุยก็ลุยด้วยกัน ถ้าเจ็บก็เจ็บด้วยกันทั้งพี่และน้อง พี่เจ็บน้องก็เจ็บด้วย ตัวพี่เองก็ต้องลงไปลุยกับน้องด้วย น้องๆ เขาก็จะรู้ว่าพี่บอกว่าคุณทุกคนก็จะลุยทันที ใครมาอยู่ที่นี่เราก็จะบอกก่อนว่าคนใช้ที่นี่เป็นอย่างไรมีหลากหลาย มีโอกาสจะถูกทำร้าย บาดเจ็บจากคนไข้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ เราจะใช้วิธีพูดคุยกันหลายๆ หัว เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องว่าใช่หรือเปล่า มันจริงหรือเปล่า ซึ่งน้องก็จะยอมรับ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ การบริหารคนเป็นเรื่องที่ยากมากที่สุด ทำให้ดีที่สุดยากมาก และทำให้ถูกใจทุกคนยิ่งยาก โดยส่วนตัวลูกน้องผู้ชายไม่จุกจิก ไม่จับกลุ่มนินทา ถ้าได้ใจเขาก็จะทำงานเต็มร้อย แต่การบริหารลูกน้องผู้ชายถ้าไม่พอใจก็จะแสดงออกมาอย่างรุนแรง เราต้องทำใจให้ยอมรับ ต้องรู้ธรรมชาติของเขา ต้องดูความสามารถพิเศษและดึงออกมาใช้โดยต้องดูให้การทำงานอยู่บนพื้นฐานวิชาชีพ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ มีบางคนที่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีเรื่องชกต่อยกับผู้ป่วย จากการประเมินคิดว่าเขาน่าจะควบคุมอารมณ์ได้ ประเมินแล้วผู้ป่วยไม่ได้ก้าวร้าวมากและเป็นการก้าวร้าวทางคำพูดแต่น่าจะ

ทนได้ ก็เลยเขียนรายงานพฤติกรรมส่งกองการพยาบาลให้ข้างบนพิจารณา ซึ่งกองการพยาบาลก็พิจารณาให้เจ้าหน้าที่คนนี้ย้ายไปอยู่ Ward อื่น ลูกน้องเกรงไม่ขึ้นปฏิบัติงาน กินเหล้า มีครั้งหนึ่งที่จับได้เนื่องจากมีผู้ป่วยกระโดดตึกจากชั้น 3 ลงมาที่กันสาดชั้น 2 จากการสอบสวนพบว่า มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติเพียงคนเดียวจากการที่เราจัดให้ขึ้นเวร 2 คน อีกคนไม่มาขึ้นเวร ก็เขียนรายงานขึ้นไป และให้ขึ้นแต่เวรเช้าจนกว่าความประพฤติจะดีขึ้น ซึ่งกองการพยาบาลก็รับทราบปัญหา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ สำหรับตัวเองจะเป็นคนที่เดินสายกลาง ไม่ตึงเกินไปและหย่อนเกินไป รู้สึกเห็นใจเจ้าหน้าที่ที่ค่อนข้างเสี่ยง ต้องสอน แนะนำเขาได้ ต้องคอยให้ความช่วยเหลือเขา ไม่นิ่งดูตาย เราต้องนำเขาก่อน ถ้าเรานำเขาก็จะทำตาม อย่างที่ว่าถ้าหัวไม่สายหางก็จะไม่สาย ต้องเป็นตัวอย่าง เช่น ถ้าเราไม่ให้มาสายเราก็ต้องไม่มาสาย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ มีการประชุม Ward ทุกเดือน ทุกวันพุธสิ้นเดือน ซึ่งจะพูดคุยถึงปัญหา ช่วยกันแก้ไข ให้ระบายนความรู้สึก ให้กำลังใจกันว่าบุคคลที่อยู่ตึกนี้ได้เป็นคนที่มีความรู้ มีศักยภาพ ไปอยู่ที่ไหนก็อยู่ได้ ไม่ใช่ว่าจะอยู่กันไม่ได้ทุกคน ส่วนค่าตอบแทนก็กำลังทำเรื่องให้มีการปรับเปลี่ยน และช่วงหลังก็มีการปรับเปลี่ยน หมุนเวียนเจ้าหน้าที่ครั้งละ 3 เดือน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ การเป็นหัวหน้าคนจะต้องมีความยืดหยุ่น เนื่องจากภาระงานที่เยอะอยู่แล้วก็ไม่ควรไปเข้มงวดดูดามาก บางครั้งก็ต้องทำเป็นหูหนวกตาบอดบ้าง ถ้าคนที่ทำผิดเราก็จับมาคุยแล้วให้ปรับปรุงตัว “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ ถ้าลำบากก็ลำบากด้วยกัน ถ้าสบายก็สบายด้วยกัน ใช้วิธีประนีประนอม ซึ่ให้เห็นว่าอะไรถูกอะไรผิด ควรปรับปรุงตัวเองอย่างไร ถ้ายังดื้อแพ่งไม่ทำ เราจะมีมาตรการลงโทษอะไร เช่น ให้เขียนรายงานชี้แจง ถ้าหลายครั้งก็จะนำเสนอขึ้นไปตามขั้นตอนให้ผู้บริหารลงโทษ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ มีน้องบางคนที่มีบุคลิกภาพไม่ตรงกับเพศตัวเอง เราก็เรียกมาคุยว่าอยู่ข้างนอกคุณจะมีบุคลิกอย่างไรก็ได้ แต่ถ้าคุณมาอยู่หอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งคุณเป็น Therapeutic Nurse คุณมีบุคลิกภาพที่ตรงกับเพศของคุณ เนื่องจากคนไข้จิตเวชส่วนหนึ่งก็มีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพอยู่แล้วคุณเป็นผู้ชายจะมาทำตุ้ตึงให้คนไข้เห็นคงไม่ได้ อยู่ที่นี่ต้องทำตึงนี้ให้ดีและพี่จะคอยดูว่าคุณจะทำได้หรือเปล่า และมีน้องบางคนทีพูดห้วน ๆ ซึ่งไม่ใช่เป็น Skill ของการ Communication คนไข้

จิตเวชเพราะคนไข้ก็จะ Complain บ่อย ๆ ตลอดว่ามาว่าเขา ด่าเขา สั่งเขาตลอด เราก็ต้องเรียกมาคุยว่าลักษณะการพูดของคุณเป็นแบบนี้ ควรปรับปรุง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ วิธีการบริหารคนจะใช้วิธีเรียกมาพูดตรงๆ บอกว่าคุณเป็นอย่างไร มีข้อเสียอย่างไร ถ้าคุณเป็นที่คุณจะทำอย่างไร ส่วนใหญ่ก็จะยอมรับและปรับปรุงตัวดีขึ้น เรียกมาพูดทีละคนบอกให้โอกาสในการปรับปรุงตัวเอง ถ้าทำได้ก็อยู่ด้วยกันได้ ถ้าทำไม่ได้ก็ย้ายไปอยู่ที่อื่น เราต้องเอาจริงเรียกมาพูด ตกลงกันว่าจะปรับปรุงตัวเองอย่างไร ภายในระยะเวลาเท่าไร ถ้าทำไม่ได้จะให้ทำอย่างไร และพี่ก็จะคอยติดตามประเมินเป็นระยะๆ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ ในการบริหารคนที่ใช้หลักก็เอาพออยู่ได้ ไม่ Strict มาก เป็นลักษณะเอื้ออาทรต่อกันมากกว่า เช่นน้องคนนี้มารับเวรไม่ทันเพราะต้องจัดการเรื่องลูก เราก็จะรับแทนให้ เพราะทางผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลบอกว่าตอนนี้เราขาดแคลนบุคลากรมาก ต้องช่วย Support ดูแลน้องๆ ให้มาก และใช้หลักยืดหยุ่น อะลุ่มอล่วยกัน และที่นี้เป็นระบบทหารที่มีความเคร่งครัดในเรื่องของระเบียบวินัย แต่เราก็ต้องคอยนิเทศ คอยสอดส่อง คอยติดตามงานอย่างใกล้ชิด ตักเตือนเมื่อมีการทำผิดและมีการประเมินสำหรับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ ต้องมีความยืดหยุ่น ไม่เข้มงวดจนเกินไปแต่ต้องอยู่ในกฎระเบียบ ถ้าทำผิดกฎระเบียบก็ต้องการลงโทษ และต้องมีความยุติธรรม เช่น การจัดเวรก็จะให้อยู่เวรเท่าๆ กัน และจะดู Job เป็นหลัก Follow ตาม Job รวมทั้งพยายามพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และให้เวลา ให้โอกาสลูกน้องปรึกษาปัญหาได้ตลอด และที่สำคัญจะไม่ใช้ลูกน้องให้ไปทำธุระส่วนตัวให้ นอกจากนี้ก็จะใช้ความจริงใจ ความตรงไปตรงมา ถ้าเขาทำดีก็จะชมต่อหน้าทุกคน ถ้าเขาทำไม่ดีก็จะเรียกมาคุยและก็จะจบตรงนั้น และก็จะ Empowerment Sub head เป็นผู้จัดการแทนเราเวลามีปัญหาอะไรก็จะให้เขาได้ตัดสินใจโดยเราเป็น Back ให้และคอยสนับสนุนรวมทั้งให้อำนาจการตัดสินใจ ถ้ามีปัญหาอะไรเราจะรับผิดชอบเอง นอกจากนี้ก็จะให้การประเมินประเนนเวลามีปัญหาอันไหนคุยกันได้ก็จะเรียกมาคุย อันไหนที่คุยไม่ได้ก็จะนำเข้าไปประชุมประจำเดือน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ มีบางคนทีเผลอมาซ้ำ มาสาย มึนๆ เวลามาทำงาน ก็จะใช้เรียกมา คุยถามว่ามีปัญหาอะไรไหม ก็จะใช้วิธีการเอื้ออาทร การพูดคุยกันดูแลเอาใจใส่ คิดว่าการบริหารลูกน้องผู้ขายไม่ยากเท่าไร ใช้วิธีการเอื้ออาทร การพูดคุยกันดูแลเอาใจใส่ ใช้วิธีเอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้จักผ่อนบางอย่างก็ยืดหยุ่นบ้าง แต่ต้องรักษากฎระเบียบไว้ การบริหารคนก็ต้องใช้วิธี put the right man

on the right job ก็จะทำให้ทุกคน happy อยากทำงานและเราก็คอยสนับสนุน ทุกคนก็ OK นะ ให้ความร่วมมือดี สิ่งอะไรก็ทำโดยไม่ปฏิเสธ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

Theme การเสริมสร้างพลังอำนาจ

“ ก็จะมีการอบรมเฉพาะทางให้ และมีการอบรมให้ความรู้ประจำเดือนโดยเราจะทบทวนความรู้เกี่ยวกับคนไข้ เช่น การดูแลคนไข้ Aggressive จะทำอย่างไร ต้องจำกัดพฤติกรรมอย่างไร จะทำทุกสิ้นเดือน แต่ถ้ามีปัญหาก็จะมาคุยกันทันทีว่าเกิดอะไรขึ้นโดยเชิญหมอเข้ามาร่วมด้วย ช่วยกันแก้ไข หาทางป้องกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ ไข้ค่ะเพราะเราสนับสนุนให้ลาเรียนครั้งละ 1 คน ซึ่งเราก็จะจัดเป็นคิวให้ไป เราก็จะดูแลและสนับสนุนให้เขามีการพัฒนาตนเอง ดูความถนัดของเขาและสนับสนุนให้เขาได้มีการเรียนต่อ และถ้าเขามีปัญหาอะไรเราก็จะคอยดูแล ช่วยเหลือ บางทีก็จัดให้เขาหยุดไปจัดการปัญหาให้เรียบร้อยแล้วค่อยกลับมาทำงาน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ ก็ก็จะเครียดช่วงที่มีคนไข้เยอะ เพราะมีคนน้อย งานเยอะ เราก็ต้องบอกให้น้องทำใจไม่ให้เครียด ให้ทำตามหน้าที่ มีใจกับงาน ตัวผมก็จะออกไปช่วยน้องๆ ทำงานเวลาที่มีคนไข้เยอะหรือช่วงที่ยุ่งๆ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ เราจะมีการจัดความรู้ทางด้านจิตเวชให้กับเจ้าหน้าที่ 3 ครั้งต่อปี ซึ่งต้องอบรมให้ได้ครบ 100 % ซึ่งจะมีความรู้ทาง Med ทาง Surg เข้าไปด้วย และเปิดโอกาสให้แผนกอื่นเข้าร่วมอบรมด้วย และเราก็ส่งบุคลากรของเราเข้าอบรมของแผนกอื่นที่จัดด้วย โดยเราจะ Check ชั่วโมงการอบรมของพยาบาลอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อปี PN 5 ชั่วโมงต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเกิน เพราะของเรา 3 เรื่องต่อปีก็ครบแล้ว เนื่องจากเราเป็น Tertiary Care คนไข้ที่รับก็จะมีโรคทางกายร่วมด้วย ถ้าเรามีแต่ความรู้ทางด้านจิตเวชอย่างเดียว ก็ไม่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้ เช่น คนไข้ ศัลยกรรมที่ทำผ่าตัดแล้วมีปัญหาเรื่อง Delusion หรือ Depress มา เราก็สามารถให้การดูแลตรงนี้ได้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ มีการทบทวนความรู้โดยจัด Nursing Content ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้น้องๆ เป็นคนพูดก็จะทำกันทุกเดือน และในกลุ่มงานจิตเวชเราก็จะผลัดกันเป็น

เจ้าภาพจัดประชุมวิชาการของกลุ่มงานจิตเวชทั้ง 3 Ward ผลัดกันจัด Ward ละ 3 ครั้งต่อปี พี่ก็จัดให้ไปฟังครั้งละประมาณครึ่ง Ward ผลัดกันไป “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ จะทำสมุดไว้ว่าปีไหนถึงคิวของน้องคนไหนที่จะได้เรียนเฉพาะทาง และถ้ามีการอบรมข้างนอกและน้องยังเก็บ CNEU ไม่ครบพี่ก็จะพยายามจัดให้ไป ส่วนน้องระดับนายสิบพี่ก็จะมีการทบทวนความรู้โดยจัด Nursing Content ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้น้องๆ เป็นคนพูดก็จะทำกันทุกเดือน และเราก็จะมีการอบรมเกี่ยวกับด้านจิตเวชให้ โดยเฉพาะปีนี้เราจะมีการทบทวนใหม่ คือ จะจัดบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชมาสอนให้กับบุคลากรทุกระดับตั้งแต่คนงานจนถึงพยาบาล โดยจะ Refresh เป็นเรื่องๆ ไป “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ ใช้ความจริงใจ ความตรงไปตรงมา ถ้าเขาทำดีก็จะชมต่อหน้าทุกคน ถ้าเขาทำไม่ดีก็จะเรียกมาคุยและก็จะบตตรงนั้น และก็จะ Empowerment Sub head เป็นผู้จัดการแทนเราเวลามีปัญหาอะไรก็จะให้เขาได้ตัดสินใจโดยเราเป็น Back ให้และคอยสนับสนุนรวมทั้งให้อำนาจการตัดสินใจ ถ้ามีปัญหาอะไรเราจะรับผิดชอบเอง นอกจากนี้ก็จะใช้การประเมินประนอมเวลามีปัญหาอันไหนคุยกันได้ก็จะเรียกมาคุย อันไหนที่คุยไม่ได้ก็จะนำเข้าไปประชุมประจำเดือน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ เราตั้ง Requirement ว่าทุกคนจะต้องผ่านการอบรมเฉพาะทาง ซึ่งเดิมมีการร่วมมือกันระหว่างสมเด็จพระยาเจ้าพระยาวิสุทธิกษัตริย์กับพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวไปเรียนก็เรียนฟรี แต่ตอนหลังนี้ต้องเสียเงินค่าลงทะเบียน ก็ต้องเป็นไปตามคิวของกองงานจิตเวช ส่วน ป.โท จิตเวชเราก็สนับสนุนอยากให้ไปเรียน และถ้าไปเรียนก็จะหายไป 2 ปี แต่เนื่องจากอัตรากำลังที่ขาดแคลน มีพยาบาล 5 คนรวม Head และ Sub head ด้วย ต้องขึ้นเวรเข้าปายดึก ทำให้ไม่สามารถไปเรียนได้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ ในด้านขวัญกำลังใจลูกน้อง ก็พยายามจัดสวัสดิการให้เขานะ อย่างพวกกาแฟ โอวัลตินก็หามาให้ เวลาประชุมก็เลี้ยงเล็กๆน้อยๆ ตามงบที่มีซึ่งก็เป็นเงินของพวกเขาตัวเองแหละ และก็มีจัดไปเที่ยวปีละ 1 ครั้ง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ มีการไปดูงานที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลนิติจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยาเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีรัษฎา และโรงพยาบาลยุวประสาท ซึ่งทางโรงพยาบาลจะพานักศึกษา

พยายามไปดูงาน ก็จะมีจดหมายมาเชิญให้ทางภาควิชาจิตเวชส่งคนไปร่วมดูงานด้วย โดยจะทำทุกปี เราก็จะหมุนเวียนให้ลูกน้องเราได้ไปดูงานจนครบ 100% ซึ่งจะเป็นการเสริมประสบการณ์ และทำให้เราสามารถนำสิ่งที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานตนเอง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ พยายามสนับสนุนเต็มที่ถ้าสอบได้ เพราะเราคิดว่าถ้าการไปเรียนโทจะสามารถนำมาปรับปรุงพัฒนาหน่วยงานได้มาก และ Ward จิตเวชเราก็ขาดคนที่จบโททางด้าน จิตเวชโดยตรง ซึ่งถ้าเรามีพยาบาลที่จบโททางด้านนี้ก็ดีมาก ๆ เลย แต่เนื่องจากอัตรากำลังเราจำกัดมาก มีพยาบาลเพียงแค่ 3 คน ถ้ามีคนไปเรียนก็ต้องจัดสรรเวลาเอง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ มีการอบรมเจ้าหน้าที่เราเป็นประจำทุกปีเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติกับคนไข้จิตเวชเพื่อให้เราปลอดภัย เช่นในผู้ป่วยก้าวร้าว สมัยก่อนเคยมีการผิดพลาดเจ้าหน้าที่เราก็ไม่ได้ระมัดระวังทำให้ถูกผู้ป่วยทำร้าย เราจะมีการสอนวิธีการจับคนไข้ก้าวร้าวหลังจากที่เราเจรจาแล้วไม่สำเร็จจะต้องมีการจับเพื่อผูกมัด เราจะมีการสอนเทคนิคแก่เจ้าหน้าที่ว่าทำอย่างไรไม่ให้เราได้รับอันตรายและตัวผู้ป่วยก็ไม่เกิดอันตรายด้วย โดยเราจะมีการสอนและฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ทุกปีเพื่อให้ปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลด้วย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ เกี่ยวกับด้านขวัญ กำลังใจเจ้าหน้าที่ ทางกองเรามีนโยบายว่า ถ้าเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน ทางกองก็จะให้เงินเป็นขวัญกำลังใจแต่ไม่มากนักนะคะ Case ละ 200 บาท แต่ให้ทุกคนถ้า Case นั้นมีปัญหา โดยเราจะเขียน Incident Report ขึ้นไป ส่งกรรมการความเสี่ยง คือเป็นขวัญกำลังใจเล็กๆ น้อยๆ แต่ถ้าเป็นเรื่องทั่วไป ๆ เช่น ในวันเกิดของลูกน้องก็จะมีของขวัญเล็กๆ น้อยๆ ให้ทุกคนเป็นกำลังใจ และใน 1 ปี ก็จะไปเที่ยวพักผ่อนคลายปีละ 1 ครั้ง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ประเด็น การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

“ ก็จะพูดปรึกษาในที่ประชุม บอกว่าลองเปลี่ยนเป็นแบบนี้ดีไหม ให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นและตกลงออกมาเป็นมติของที่ประชุม “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ ถ้ามี Incident เกิดขึ้น เราก็จะมีการประชุมร่วมกันทั้งแพทย์และพยาบาล หาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไข “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ มีการประชุม Ward ทุกเดือน ทุกวันพุธสิ้นเดือน ซึ่งจะพูดคุยถึงปัญหา ช่วยกันแก้ไข ให้ความรู้สึกร่วมกันให้กำลังใจกันว่าบุคคลที่อยู่ตึกนี้ได้เป็นคนที่มีความรู้ มีศักยภาพ ไปอยู่ที่ไหนก็อยู่ได้ ไม่ใช่ว่าจะอยู่กันไม่ได้ทุกคน ส่วนค่าตอบแทนก็กำลังทำเรื่องให้มีการปรับเปลี่ยน และช่วงหลังก็มีการปรับเปลี่ยน หมุนเวียนเจ้าหน้าที่ครั้งละ 3 เดือน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ เวลามีปัญหาในการทำงาน ก็เรียกประชุมรอบนอก ปกติจะมีการประชุมประจำเดือน ถ้ามีปัญหา ก็จะประชุมทันที เช่น เวลาเกิด Incident เราก็จะประชุมกัน ช่วยกันหาแนวทางป้องกันแก้ไข “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ เราจะมี Grand Round เดือนละครั้งในกองงานจิตเวช โดยเวียนกันเป็นเจ้าภาพทั้ง 3 Ward ซึ่งในการประชุมเขาก็จะให้เกียรติและรับฟังเรา เพราะเขารู้ว่าเราเป็นคนดูแลคนไข้ 24 ชม. คนไข้มีปัญหาอะไร มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเขาก็จะรับฟังและปรับเปลี่ยนการรักษา พวกแพทย์เขาค่อนข้างจะเชื่อมั่นในการดูแลคนไข้จิตเวชของเรา “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ ตอนเข้าในการ Conference เราจะถามว่ามีปัญหาอะไรบ้างกับคนไข้ ญาติคนไข้ ให้เขาเล่ารายละเอียดที่พูดคุยกับญาติ คิดว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เกิดจากการได้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือเปล่า และค่อยๆ ถามเขาว่ารู้สึกอย่างไรบ้าง และจะค่อยๆ สอนว่าถ้าเปลี่ยนไปใช้คำพูด อารมณ์ อีกแบบหนึ่งจะดีกว่าไหม การโต้ตอบญาติด้วยวิธีเดียวกันผลมันจะคุ้มไหม การนั่งทำอารมณ์ให้สงบลงจะดีกว่าไหม เพราะถ้าฝ่ายไหนสงบสติอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่าก็จะได้เปรียบ และจะบอกว่าคนไหนที่ควบคุมอารมณ์ได้ Approach ได้ดีกว่าก็จะให้คนนั้นเป็นคนพูด ส่วนคนที่อารมณ์ร้อนก็ให้กันออกมาห่างๆ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ประเด็น การบริหารอัตรากำลัง

“ ปัญหาเรื่องการขาดอัตรากำลัง ขาดแคลนบุคลากร เช่น ในเวรตึกถ้ามีคนไข้ 25 คน จะกำหนดให้เพิ่มพยาบาลอีก 1 คน เพราะ Work Load เพิ่มขึ้น ส่วนเวรเช้าเวรบ่ายจะจัดไว้ให้แล้ว โดยอาจต้องลดคนจากเวรเช้าให้ไปอยู่เวรตึกแทน เนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลขาดแคลน ตึงกันไปหมด ไม่รู้ว่าจะดึงตรงไหนมาให้ ก็ให้เราพยายามช่วยตนเองจัด OT ไปก่อน กรณีที่ตามไม่ได้ ซึ่งน้องที่อยู่เวรก็ต้องยอมรับไม่มีการอุทธรณ์ ฎีกา “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ที่ลาออกไปคือมีงานใหม่ที่ดีกว่า เช่น เงินเดือนมากกว่า ไม่มีกรณีที่ทนกับคนไข้ไม่ได้ ตัวอย่างเช่น มีน้องเขาเรียนจบได้งานใหม่ที่ดีกว่า ซึ่งที่นี้เราจะส่งเสริมให้น้องเรียนต่อ ถ้าเขาจะเรียนเสาร์-อาทิตย์เราก็จะจัดเวรให้เขาหยุดโดยเราจะถามในที่ประชุมก่อนว่าจะตกลงไหม อยู่เวรกันไหวไหม ซึ่งน้องที่นี้ก็จะบอกว่าให้ไปเถอะอยู่เวรให้ได้ ที่มีไม่มีการลาออกเพราะทนคนไข้ไม่ได้ ไม่พึงพอใจหัวหน้าหอ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ถ้าเป็นตำแหน่ง Nurse Aid ก็จะไม่มีคนมาทดแทนเลย จริงๆ ของเราตอนนี้ก็ขาด 1 คน เพราะเราต้องมี Nurse Aid 4 คน คือ เข้า บ่าย ดึก หยุด แต่ตอนนี้เรามีแค่ 3 คน คือ เข้า บ่าย ดึก เขาก็จะเวียนกันไม่ค่อยได้หยุด แต่ถ้าใน 3 คนมีคนลาออกจะต้องมีคนมาทดแทนทันที ซึ่งตำแหน่งนี้ยังสามารถหาคนทดแทนได้ แต่ถ้าเป็นตำแหน่งพยาบาลจะต้องคอย คือต้องให้ช่วยๆ กันไปก่อน แต่ถ้าเป็น Nurse Aid ป่วย 1 คน เราก็จะจัดคนงานผู้ชายให้ขึ้นมาช่วยแทน ซึ่งเราได้ฝึกเขาไว้บ้างแล้วในเรื่องการวัดปรอท ดูคนไข้ แต่พยาบาลหัวหน้าเวรก็ต้องช่วย Check ว่าเขาทำถูกต้องไหม พี่จะจัดให้ในกรณีที่จำเป็นจริงๆ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“แต่ส่วนมากพวกเราจะช่วยกันมากกว่า คงเป็นเพราะพวกเรายอมรับสภาพว่า Ward เราต้องตนเอง ซึ่งฝ่ายการเขารู้แต่เขาไม่สามารถหาคนให้เราได้ ถ้าได้น้องจบใหม่มาเขาก็จะให้เรา แต่ถ้า ICU หรือ Med ศัลย์ขาดเขาก็จะให้ทางโน้นก่อน บอกให้เราขอไปก่อน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เรื่องอัตรากำลังถ้าจะให้การพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างสมบูรณ์ก็ต้องใช้อัตรากำลังที่มาก ในอัตราเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อคนไข้ 1 คน ถ้ามีคนไข้ที่มีอาการหนัก เราก็สามารถจัด OT ขึ้นมาเสริมได้ โดยเรามีการประชุมตกลงกันและใช้ความสมัครใจ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เนื่องจากต้องมีออกราชการไปเรื่อย ซึ่งจะมีเรื่อยไปเรื่อยเดือนและราชการบ่อยๆ อีก ทำให้มีปัญหาในการจัดอัตรากำลัง เรื่องจัดเวร การออกราชการกะทันหันเฉลี่ยเดือนละครั้งที่ไม่มีการบอกล่วงหน้า ต้องหาคนแทน ต้องพยายามจัดให้ได้ เนื่องจากของเราเป็นโรงพยาบาลทหาร ต้องรับนโยบายภารกิจหลักคือ การออกราชการ เป็นความลำบากใจของเราในการบริหารจัดการ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“สมัยก่อนคนเยอะ ให้ขึ้นเวรเช้า 6 คน มี Incharge Med Nurse ที่เหลือช่วยทำกลุ่ม ตอนหลังมีออกราชการจะเหลือเวรเช้า 3 คน บางที่มีขอลาเหลือ 2 คน ก็จะพิจารณาว่าจำเป็น

หรือไม่ ถ้าหมอยังไม่มา Round คนที่เป็น Incharge ก็ต้องมาทำกลุ่ม แต่ก็ยังดีที่ยังมีเจ้าหน้าที่จากกองสุขภาพจิตซึ่งเป็นนักจิตวิทยา มาช่วยทำกลุ่มจิตบำบัดให้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ การบริหารงาน บริหารคนซึ่งคนตอนนี้ของพี่ก็ขาดแคลนอัตรากำลัง ถ้าเทียบกับ Productivity ของพี่จะอยู่ที่สองร้อยกว่าตลอด เวลา พรพ. มาตรวจก็จะถามเรื่องบุคลากร ซึ่งผมก็จะบอกว่าคนของผมมีน้อย ตอนนี้ของเรามีพยาบาลวิชาชีพ 6 คน รวมทั้งผมด้วยและต้องอยู่เวรเข้าป่วยดึก โดยเวรเช้า 2 คน บ่าย 1 คน ดึก 1 คน บางทีก็จะเหลือพยาบาลเวรเช้า 1 คน บวกผมอีกคนเป็น 2 คน และถ้าผมมีประชุมอบรมก็จะเหลือพยาบาลคนเดียวก็จะไม่ไหวเพราะคนไข้จะมีแต่หนักๆ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ พยาบาลเราก็จะเหลือน้อย ต้องจัด OT เสริมเข้าไป ตอนนี้เราได้พยาบาลใหม่ มา 3 คน อัตรากำลังเราก็พอไม่ต้องจัด OT เสริม ส่วน PN ตามนโยบายของเราตอนนี้จะพยายามลด PN และไปเพิ่ม RN แทน เราถือว่าต้องใช้ความชำนาญเป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะ PN ไม่ได้เรียนมากพอ เช่นการ Approach คนไข้จิตเวชบางราย PN ทำไม่ได้ต้องใช้ RN เราก็พยายามลดกรอบ PN ลงและเพิ่ม RN “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ เวรเช้า RN 5 PN 5 เวรบ่าย RN 3 PN 4 เวรดึก RN 2 PN 2 จะเห็นว่าเวรเช้าเราค่อนข้างจัดคนเยอะ เพราะกิจกรรมเยอะ ไม่ใช่ดูเรื่องคนไข้อย่างเดียว เรายังมี Kardex Round ,Treatment Planning Conference การทำ Group Therapy ซึ่งพยาบาล 5 คน จะแบ่งหน้าที่กัน คน 1 เข้า Kardex Round อีกคนทำกลุ่ม ก็จะหายไปแล้ว 2 คน เหลือพยาบาลอยู่ Counter 3 คน คนหนึ่งต้องจัดยา ส่วนในเวรบ่ายคนจะน้อยลง เพราะเรามีกิจกรรมน้อยลง ไม่มีการพาคนไข้ ออกนอกตึก จริงๆแล้วเราก็อยากได้อัตรากำลัง 4 - 5 คน ในเวรบ่าย แต่การคำนวณอัตรากำลัง เราจะต้องมียอดคนไข้ มีภาระงาน ถ้ายอดคนไข้เราเยอะเราก็สามารถขอกรอบอัตรากำลังเพิ่มได้ โดยเขาจะคำนวณยอดผู้ป่วยทุกปี โดยการคิดรวมเฉลี่ยทั้งปีและจะเพิ่มให้เราตามยอดคนไข้ที่เพิ่ม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ จริงๆแล้วหากคนมาขึ้น OT ที่นี้ค่อนข้างยากนะ พอรู้ว่าเป็น Ward จิตเวช พยาบาลจาก Ward ทางกายก็ไม่อยากมาแล้ว เราก็พยายามให้คนที่นี้ลงให้มากที่สุด ที่เหลือก็เป็น OT จากที่อื่นมา และเราก็จัดให้เขาอยู่เวรกับ RN ของเรา ส่วนเวรบ่ายดึกก็จะเป็นคนของเรา ซึ่งก็ทำให้เขาไม่เครียดสามารถมาทำ OT ได้ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ มีการทำเรื่องขอ RN เพิ่ม ก็ทำเรื่องขอไปทุกปีค่ะ แต่ทางผู้บริหารก็จะมองว่าจิตเวชไม่ได้ เป็น Ward วิกฤตเหมือน ICU หรืออายุรกรรมที่คนไข้จะหนักกว่าเรา แต่เขาก็อนุมัติให้เราจัด OT แทนซึ่งเป็นอะไรที่เราไม่ค่อยอยากได้ เนื่องจากไม่ได้เป็นคนที่จะต้องอยู่กับเรา ต้องมาคอยสอน อยู่เรื่อยๆ เวลาทำก็ไม่ต่อเนื่อง “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ประเด็นภูมิใจกับผลงาน

“การเป็นหัวหน้าของผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา รู้สึกภูมิใจที่เราสามารถทำได้ และทำให้ Ward Ward จิตเวชเป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้น จากจุดนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ ซึ่งน้องๆ ก็ยอมรับและช่วยกันมากขึ้น พอมีโอกาสเราก็เสนอผลงานทำให้ผู้บริหารฟังและยอมรับเรามากขึ้น มาตรวจเยี่ยมและดูสถานที่ ซึ่งเราก็ได้บอกถึงปัญหาสถานที่ที่คับแคบ อยู่บนชั้นสอง ต้องปิด ลูกรก ไม่มีพื้นที่บริเวณให้คนไข้ออกไปทำกิจกรรมเดินเล่นพักผ่อน ผู้บริหารก็รับปากว่าจะ พยายามหาสถานที่ใหม่ให้ แต่ก็ยังไม่รู้ว่าจะได้เมื่อไหร่ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ ถ้าเราทำได้สำเร็จ เราก็ Happy ก็ภูมิใจ คือ จริง ๆ หนูก็ภูมิใจในงานของหนู ระดับหนึ่ง ที่ หนูคิดว่าหนูยังเด็กอยู่แต่หนูก็ทำได้เท่า ๆ กับที่อื่น หนูก็รู้สึกภูมิใจเหมือนกันว่าเราก็ทำได้ “ (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 6)

“ ก็พอใจค่ะ คือสิ่งที่เราทำให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยด้วยความตั้งใจของเรามันจะสะท้อน ออกมาในรูปของการที่ญาติคนไข้ไว้เนื้อเชื่อใจเรา ไว้ใจเรา ซึ่งเราก็จะนำสิ่งเหล่านี้มา Motivate ลูกน้องว่าสิ่งที่เขาตั้งใจทำผลก็จะออกมาดี ทุกคนก็ OK มีกำลังใจในการทำงาน “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ รู้สึกภูมิใจนะ ตรงนี้ถือว่าผู้บังคับบัญชาให้ความไว้วางใจ และก็ภาคภูมิใจอีก ส่วนหนึ่งคือ เราได้เป็นแกนนำของกองเราในการจัดทำกลุ่มฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านสุรา ยาเสพติด สถาบันของเรา ได้รับรางวัลระดับประเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด และมีคนมาดูงานเยอะเกี่ยวกับการทำกลุ่มตรงนี้ โดยที่เราเป็นส่วนหนึ่งที่ได้บริหารจัดการตรงนี้ ทำให้รู้สึกภูมิใจลูกน้องที่อยู่ตรงนี้ ทุกคนก็จะเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตรงนี้ด้วย ซึ่งได้รับคำชมจากแพทย์หลายๆ ท่าน จากกองเดียวกัน ที่เราสามารถบริหารจัดการโดยมีข้อบกพร่องน้อยมาก ตรงนี้เป็นที่ซึ่งเรารู้สึกภาคภูมิใจ “ (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 9)

ประเด็นการปรับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยงาน

“ ปัญหาสถานที่ที่คับแคบ อยู่บนชั้นสอง ต้องปิดลูกกรง ไม่มีพื้นที่บริเวณให้คนไข้ออกไปทำกิจกรรมเดินเล่นพักผ่อน ผู้บริหารก็รับปากว่าจะพยายามหาสถานที่ใหม่ให้ แต่ก็ยังไม่รู้ว่าจะได้เมื่อไหร่ ...ถ้าเกี่ยวกับคนไข้ก็จะเป็นเรื่องที่คนไข้ผู้หญิงและคนไข้ผู้ชายอยู่รวมกัน เพียงแต่แยกห้องนอน ซึ่งเราอยากได้ Ward ที่แยกคนไข้หญิงและชายออกเป็นสัดส่วน ถ้าเป็นชั้นเดียวกันก็ขอให้แยกอยู่กันคนละปีก หรือแยกกันออกเป็นคนละชั้น ไม่อยากได้หลายชั้นเพราะเราก็กลัวคนไข้จะกระโดดตึก “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

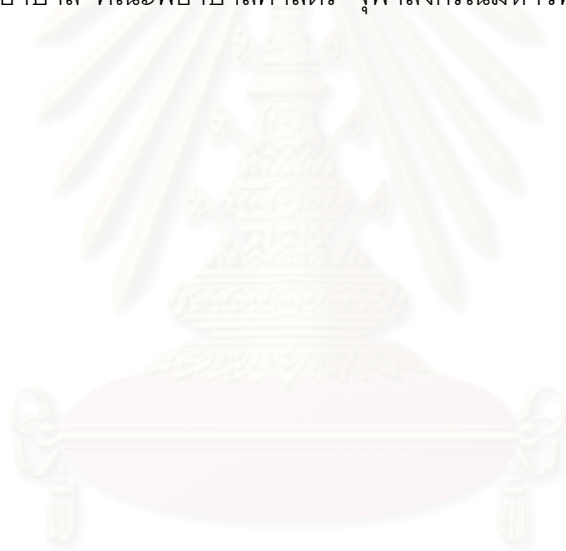
“ Ward นี้มันแคบ ถ้ามีเหตุการณ์อะไรขึ้นมันก็จะนั่งเนี่ยกันอยู่ตรงนี้ ทางหนีไฟไม่ได้ คนไข้ก็จะมารวมกันตรงนี้ สภาพของ Ward จะมีทางลงทางเดียว ซึ่งถ้ามีไฟไหม้ก็จะไปไม่ได้ เราก็ต้องปรับให้ลงทางช่องหน้าต่าง แต่ต้องใช้การปีนออก มองภาพรวมแล้วสภาพ Ward ไม่ได้ไม่ได้ ถูกออกแบบมาสำหรับคนจิตเวช ไม่ได้ออกแบบทางหนีไฟ ทางหนีไฟ พอ HA เข้ามาต้องมีทางหนีไฟ ซึ่ง Ward เราไม่มีก็ต้องมาปรับใหม่ให้มีทางออกฉุกเฉิน... ก็เรื่องสภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เราไม่มีที่ป้องกันตัวเอง ไม่มีเหล็ก แฉกกัน หรือตู้ กระจกกันระหว่างคนไข้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งเราเคยเสนอให้ทำเหล็กดัดกัน แต่เนื่องจากเป็น Ward เก่าคานไม่สามารถรับน้ำหนักได้จึงต้องเปิดโล่งอย่างที่เห็น คนไข้สามารถกระโดดข้ามเข้ามาได้ นับว่าเป็นความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ Ward จิตเวชจะเป็น Ward ปิด และทำเล็กล็อนข้างมิดชิดสภาพแวดล้อมของ Ward ก็ต้องพยายามจัดให้เหมือนบ้าน แต่ต้องมีการป้องกันการหลบหนีและไม่ให้มีสิ่งของ อุปกรณ์ที่เป็นอันตรายหรือนำไปเป็นอาวุธได้ ไม่ควรอยู่ในที่สูงควรอยู่ชั้นล่างมีสวนที่ทำให้บรรยากาศร่มรื่นให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ Ward จิตเวชไม่ควรอยู่ในที่สูง ควรเป็นชั้นล่างมากกว่า เพราะความเสี่ยงค่อนข้างเยอะถ้าคนไข้หลุดออกไปแม้ว่าจะมีลูกกรงเหล็กและประตูหลายชั้นแล้วก็ตาม นอกจากนี้สิ่งแวดลอมของ Ward ตอนนี้ก็ยังไม่ค่อยเหมาะสม ไม่ค่อยน่ารื่นรมย์เพราะเป็น Ward ปิด ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นอาคารชั้นเดียวแยกต่างหากมีสวน มีต้นไม้ให้คนไข้จิตเวชผ่อนคลาย แต่คงจะเป็นไปได้ยากมันเป็นในฝันมากกว่า “ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว อธิพร เมฆสถาพรกุล เกิดเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2502 ที่จังหวัด เพาะ
 จบการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสหภาพไทย เมื่อปี
 พ.ศ. 2525 เข้าทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตำแหน่งพยาบาลประจำการ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2525
 เข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จากวิทยาลัยพยาบาล
 สหภาพไทย เมื่อปี พ.ศ.2536 เข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับสถาบันจิตเวช
 ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อปี พ.ศ.2548 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช
 หอผู้ป่วย ธนาคารกรุงเทพ ชั้น 1 หน่วยงานประสาทวิทยาและจิตเวช เข้าศึกษาระดับปริญญาโท
 สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ. 2547



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย