

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยที่ช่วยให้การพยาบาลมี ประสิทธิภาพต้องเป็นการจัดอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแนวคิดที่ยอมรับในทางการบริหารการพยาบาลคือ การจัดอัตรากำลังบุคลากรตามความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วย ดังนั้น ในการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยจิตเวช ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อ สามารถกำหนดจำนวนปฏิบัติการพยาบาลที่เพียงพอและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับ งาน ซึ่งการที่จะกำหนดจำนวนบุคลากรให้สอดคล้องกับปริมาณงานนั้น ผู้บริหารจะต้องสามารถคาด- คะแนวปริมาณงานในหน่วยงานของงานได้อย่างถูกต้อง เพื่อที่จะนำมาจัดอัตรากำลังบุคลากรในหอ ผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมทั้งจำนวนและประเภทของบุคลากร ฉะนั้นในการศึกษาการจัดอัตรา กำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการพยาบาล ผู้วิจัยจึงรวบรวม เอกสารที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเป็นลำดับ คือ เนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ความต้องการของ ผู้ป่วยจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลจิตเวช บทบาทของบุคลากรพยาบาล ประเภทบุคลากรพยาบาล ในทีมจิตเวช และการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ที่มีความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการที่ไม่ได้รับ การตอบสนอง หรือมีการตอบสนองในสิ่งที่ไม่ต้องการและเกิดความขัดแย้งในจิตใจ (พะเยาว์ ฉายระบิล, 2519) จนไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้ มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของ จิตใจอย่างมาก จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ และแสดงออกเป็นอาการทางจิต ซึ่ง อาการทางจิตที่ผู้ป่วยแสดงออกส่วนมากไม่แสดงออกตรง ๆ แต่มักแสดงออกอย่างมีความหมายทาง สัญลักษณ์ของแรงผลักดันที่มีอยู่ภายในใจ อาการทุกอย่างที่ผู้ป่วยแสดงออกมีความหมายทั้งสิ้น เพราะเป็นการแสดงออกถึงการใช้กลไกทางจิตในการปรับตัว ซึ่งกลไกทางจิตที่ผู้ป่วยใช้ในการ ปรับตัวก็เป็นสิ่งที่คนปกติใช้กันอยู่ แต่ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตบางอย่างมากเกินไป หรือใช้ซ้ำ ๆ จน

ทำให้เกิดเป็นอาการเพ้อฝัน หลงผิด หรือแสดงพฤติกรรมผิดปกติโดยที่ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งต่าง ๆ นั้นเป็นความจริง หรือเป็นการแสดงออกที่เหมาะสม

อาการทางจิตเวชที่ผู้ป่วยแสดงออกสามารถแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2523)

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Disorders of motor activity) ได้แก่ กล้ามเนื้อกระตุก (Tics) การกระทำซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมาย (Stereotypy) เช่น การนั่งไขว่ห้างตลอดเวลา มีความรู้สึกต่อต้านและกระทำตรงข้ามกับคำสั่ง (Negativism) มีท่าแปลก ๆ เป็นเวลานานผิดปกติ (Catalepsy) มีการกระทำตามผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ (Automatic Obedience) หรือการข้ำทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำ (Compulsion) โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น

2. ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (Disorders of content of thought) ได้แก่ ความคิดหลงผิด (Delusion) เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า คิดว่ามีคนปลงร้าย คิดว่ามีอำนาจภายนอกมาควบคุมความคิดและการกระทำของตน คิดว่ามีคนพูดจาเกี่ยวกับตน หรือผู้ป่วยเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดตน (Thought Broadcasting) หรือเชื่อว่าความคิดที่ตนมีอยู่เป็นความคิดของผู้อื่นใส่เข้ามา เป็นต้น

3. ความผิดปกติของความคิดแบบอื่น (Other disorders of thought) ได้แก่ ขาดการเชื่อมโยงของเหตุการณ์ (Loosening of Association) พูดจาไม่ต่อเนื่องกัน (Incoherence) กระแสความคิดหยุดชะงัก (Blocking) หรือมีความคิดหลาย ๆ อย่าง (Flight of Ideas) เกิดขึ้นรวดเร็วและแสดงออกโดยการพูดมากหรือพูดเร็ว พูดหลายเรื่องรวมกัน เป็นต้น

4. ความผิดปกติของอารมณ์ (Disorders of affect) ได้แก่ วิตกกังวล (Anxiety) ไม่สมเหตุสมผล ตื่นตระหนก (Panic) กลัวต่อสถานการณ์หรือวัตถุรุนแรงเกินกว่าเหตุ (Phobia) รู้สึกสบายผิดปกติ (Euphoria) มีสีหน้าเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ เป็นต้น

5. ความผิดปกติของการรับรู้ (Disorders of perception) ได้แก่ การแปลสิ่งที่เห็นหรือได้ยินผิดไปจากความจริง (Illusion) ประสาทหลอน (Hallucination) หรือมีการรับรู้เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นของประสาทสัมผัสทั้ง 5



6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Disturbance of Consciousness) ได้แก่ ลักษณะงุนงงสับสน (Confusion) สติสัมปชัญญะเลือนลางไม่ชัดเจน (Clouding of Consciousness) อาการเพ้อ (Delirium) เป็นต้น

7. ความผิดปกติของความจำ (Disorder of memory) ได้แก่ การสูญเสียความจำ ภายหลังการเกิดเหตุการณ์ (Anterograde amnesia) เช่น น้ามาวยถูกชกที่ศีรษะอย่างแรง การสูญเสียความจำก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณ์ (Retrograde amnesia) เช่น คนถูกรถชนหมดสติ การสูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น (Confabulation) รู้สึกว่าเคยเห็นสิ่งที่ไม่เห็นมาก่อน (Deja Vu) มีความรู้สึกว่าจะไม่เคยพบเห็นสิ่งที่คุ้นเคยมาก่อน (Jamais Vu) เป็นต้น

สาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต

ปัจจุบันมีการศึกษาค้นหาสาเหตุและขบวนการที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตอย่างกว้างขวาง ทั้งในด้านองค์ประกอบของร่างกาย การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การพัฒนาทางบุคลิกภาพ วัฒนธรรม ประเพณี และสังคม ตลอดจนการเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ แต่ก็ไม้อาจจะสรุปได้ว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคทางจิต อย่างไรก็ตามนักวิชาการในปัจจุบันเชื่อว่าปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคจิต แบ่งได้เป็น 4 อย่าง คือ (สุวัทนา อารีพรรค, 2524)

1. ปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งแบ่งเป็น

1.1 ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษาค้นพบว่าความผิดปกติใน gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตใจ เช่น พบว่าโรค Phenylketonuria ซึ่งสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคปัญญาอ่อน หรือการศึกษาอัตราเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น หรือในการศึกษาโรคจิตทางอารมณ์ (Affective Psychoses) พบว่าอัตราการเกิดโรคนั้นในครอบครัวสูงกว่าคนปกติ เป็นต้น ด้านองค์ประกอบของร่างกายที่เชื่อว่ามีส่วนมีอิทธิพลทำให้เป็นโรคจิตได้ เช่น รูปร่างอ้วนสั้น หรือสูงพอม สีผิว สีมม สีตา ระดับสติปัญญา หรือรูปร่างและขนาดของสมอง เป็นต้น แต่ปัจจุบันไม่เชื่อว่าลักษณะรูปร่างเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้

1.2 ชีววิทยาของร่างกาย สรีรวิทยาของสมอง และชีวเคมีของสมอง โดยมีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตและระดับฮอร์โมนของร่างกายมีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ และพบว่าผู้ที่มึปัญหาสุขภาพจิต การทำงานของกระแสไฟฟ้าในสมองแตกต่างจากคนปกติ ตลอดจนพบว่าบทบาทของ Neurotransmitter ในสมองส่วนกลางของผู้ป่วยทางจิตมีการทำงานต่างจากคนทั่วไป

2. กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจ (motivation) ของคนเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น การพัฒนาจิตใจของบุคคลในแต่ละช่วงวัยหรือการใช้กลไกทางจิตพิศหรือซ้ำ ๆ จนมีอาการทางจิต ความกังวล (anxiety) ในวัยแรก ๆ ของชีวิต หรือความกดดันทางจิตใจในด้านต่าง ๆ เป็นต้น

3. สังคมและวัฒนธรรม มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่างที่เห็นได้ชัดว่าเกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาเสียดสี ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง จิตแพทย์หลายท่านเชื่อว่าวัฒนธรรมและสังคมมีอิทธิพลต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพคนเราตั้งแต่เด็ก เนื่องจากบุคคลผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ถ่ายทอดสังคมและวัฒนธรรมไปสู่เด็ก ซึ่งสังคมวัฒนธรรมบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของโรคทางจิตได้

4. การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยได้มีประสบการณ์การเรียนรู้บางอย่างที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การได้รับสิ่งเร้า แรงเสริมหรือการลอกเลียนพฤติกรรมที่ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสมจนแสดงเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นไม่ได้

นอกจากสาเหตุของโรคจิตที่กล่าวมาแล้ว อาจจะแบ่งตามสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดอาการของโรคจิต และสาเหตุโดยตรงที่ทำให้อาการของความผิดปกติทางจิตเวชได้ โดยสาเหตุทั่วไปที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางจิต ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ และเชื้อชาติ และสาเหตุส่งเสริมอีกประการคือ สาเหตุเฉพาะบุคคลก็มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ เช่น กรรมพันธุ์ รูปร่างของคนที่มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ สติปัญญา อุนิสัยของบุคคล อารมณ์ และความต้องการทางเพศ ส่วนสาเหตุโดยตรงที่เกิดความผิดปกติทางจิต ได้แก่ สาเหตุทางร่างกาย เช่น การเกิดพิษต่าง ๆ การติดเชื้อ สมองได้รับความกระทบกระเทือน การขาดสิ่งที่จำเป็นต่อร่างกาย สาเหตุทางจิตใจ เช่น เกิดปัญหาขึ้นอย่างฉับพลันและไม่สามารถแก้ไขได้ หรือสะสมปัญหาต่าง ๆ เป็นเวลานาน สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดโดยเฉพาะสังคมที่กำลังพัฒนา เช่น ภาวะเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างลูกกับแม่ หรือตัวแทนของแม่ ซึ่งนักวิชาการเชื่อว่าเป็นความสัมพันธ์ที่จะเป็นรากฐานให้บุคคลนั้นมี

ความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือมีบุคลิกอย่างไรในอนาคต อย่างไรก็ตามก็ไม่อาจกล่าวได้ว่าความผิดปกติทางจิตเวช เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะ เนื่องจากความสัมพันธ์ของปัจจัยทางกายภาพ ชีวภาพ และสังคม มีผลให้เกิดความผิดปกติเหล่านี้ได้

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช

พฤติกรรมถือว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งสิ่งเร้านี้อาจจะมาจากภายนอกหรือภายในร่างกายก็ได้ แล้วทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกมาสังเกตได้ง่าย (Overt) หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่สังเกตได้ยาก (Covert)

พฤติกรรมของคนอาจแบ่งได้ 3 แบบ คือ

1. พฤติกรรมที่กระทำโดยอัตโนมัติ (Reflex action) เป็นพฤติกรรมที่กระทำทันทีทันใดเมื่อได้รับการกระตุ้น โดยจะควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้นไม่ได้ เช่น แสงจ้าเข้าตาต้องกระพริบตา มดกัดต้องกัด

2. พฤติกรรมที่ทำด้วยความตั้งใจ (Goal directed action) กระทำเนื่องจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

2.1 มีความต้องการ (needs) เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เช่น หิว ปวดท้อง

2.2 มีจุดมุ่งหมายที่จะต้องทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อตอบสนองความต้องการ (needs) เช่น เมื่อมีอาการหิว ร่างกายต้องการอาหาร (needs) เป็น Internal action ท้องว่าง ปวดท้อง ก็ต้องมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไปหาอาหารมารับประทาน เมื่อร่างกายได้รับอาหารความรู้สึกหิวก็หาย พฤติกรรม "กิน" ก็สิ้นสุด

3. พฤติกรรมที่ทำเมื่อมีความคับข้องใจ (Behavior as a response to frustration) พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกระทำพฤติกรรมที่ตั้งใจได้ เช่น ในกรณีที่หิว ร่างกายต้องการอาหาร แต่พอเข้าไปในครัวเพื่อหาอาหาร เกิดทะเลาะกับน้อง โกรธ เลขกระเทียมเข้าห้องซังตัวเอง อาหารไม่ได้รับประทาน อาการหิวอาจจะยังคงอยู่หรือเปลี่ยนเป็นอาการอื่น เช่น ปวดท้อง หรือเฉยชา ไม่อยากรับประทานอาหาร

พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีความคับข้องใจเป็นพฤติกรรมที่บุคลากรทางจิตเวชต้องให้ความสนใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะแสดงพฤติกรรมด้วยสาเหตุนี้เป็นส่วนใหญ่ โดยพฤติกรรมที่แสดงออก จะมี 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมเปิดเผย (Overt Behavior) จะเป็นการกระทำที่สามารถเห็นได้ เช่น การพูด การหัวเราะ การร้องไห้ การเคลื่อนไหว ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่พบจะมี 3 ลักษณะ (สัฟัตร พูลเกษ, 2520)

1.1 พฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น การเอะอะ ส่งเสียงดัง ชกต่อย รุกราน ทำลาย อยู่ไม่สุข วุ่นวาย รวมทั้งอารมณ์พุ่งซ่าน โกรธ และสับสน

1.2 พฤติกรรมลดลง เช่น การพูดช้า คิดช้า ไม่พูด ถ้าเป็นมากอาจไม่เคลื่อนไหวเลย

1.3 พฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การกระทำซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอในพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่ง และเป็นไปเรื่อย ๆ โดยไม่จบลงได้ การพูดซ้ำ ๆ การพูดตามคำพูดคนอื่น

2. พฤติกรรมปกปิด (Covert Behavior) เป็นการกระทำที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ต้องอาศัยการประเมินจากความคิด การเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น ศรัทธาในบุคลากรพยาบาลของผู้ป่วย

การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชอาจแบ่งตามลักษณะของปฏิกิริยาที่แสดงออกได้ 3 รูปแบบ คือ (Hay and Nelson, 1988)

1. พฤติกรรมเปิดเผย เช่น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว โดยทั่วไปจะประเมินโดยการสังเกตจากสถานการณ์จริง หรือสถานการณ์ที่เลียนแบบจากสถานการณ์จริง โดยการสังเกตตนเอง หรือโดยการประเมินจากบุคคลอื่น

2. ความรู้ความเข้าใจที่แสดงออกทางคำพูด โดยทั่วไปจะประเมินโดยการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตนเอง หรือโดยการทดสอบสติปัญญา และความสามารถ

3. การแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์ โดยทั่วไปจะประเมินโดยการบันทึก หรือการสังเกตโดยตรง

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของ พฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ เนื่องจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองและเกิดความ

คับข้องใจจนแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการการประเมินที่ถูกต้อง เพื่อค้นหาความต้องการ (need) ที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม Wiedenbach (1963) ได้ให้แนวทางในการประเมินความต้องการ ความของผู้ป่วยไว้ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ใช้ความสามารถของพยาบาลในการสังเกตผู้ป่วยตั้งแต่คำพูด การแสดงออก สิ้นหา ท่าทางของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกและแปลความหมายของพฤติกรรม นั้น ๆ ถ้าไม่เข้าใจอาจต้องถามว่าเขาหมายความว่าอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาถึงสาเหตุของความไม่สุขสบายของผู้ป่วยโดยอาศัยประสบการณ์ ความรู้ด้านต่าง ๆ ของพยาบาล สาเหตุความไม่สุขสบายอาจมีได้หลายสาเหตุ พยาบาลจะต้อง พยายามค้นหาให้พบ เพราะการไม่ทราบสาเหตุของปัญหาหรือความต้องการทำให้มีปัญหหรือความ ต้องการนั้น ๆ ไม่ได้รับการแก้ไข การค้นหาสาเหตุของความไม่สุขสบาย ต้องใช้การสังเกต การ สอบถาม และอาจต้องตรวจด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ทราบสาเหตุของปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 เป็นขั้นตอนที่พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ หรือมี ความต้องการการช่วยเหลือในด้านใด เมื่อพิจารณาได้ว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือก็ดำเนินการ ให้ความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านนั้น พร้อมกับมีการประเมินผลการ ช่วยเหลือและการยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาลโดยการสังเกต

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

ความต้องการ (needs) เป็นสภาพการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นตัวบุคคล และเมื่อเกิด ความต้องการขึ้นแล้ว บุคคลจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อสนองความต้องการของตน แต่ถ้าบุคคลใด ไม่สามารถกระทำการใด ๆ หรือถูกขัดขวางการสนองตอบความต้องการย่อมเกิดความคับข้องใจ จนเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ ความต้องการของมนุษย์สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ความต้องการปฐมภูมิ (Primary needs) เป็นความต้องการที่ทำให้เกิดความ พึงพอใจทางด้านร่างกาย เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ
2. ความต้องการทุติยภูมิ (Secondary needs) ความต้องการส่วนนี้เชื่อว่ามักกำเนิด มาจากความต้องการปฐมภูมิ แต่มีลักษณะที่ไม่เชื่อมโยงกับกระบวนการทางร่างกาย หรือความ

พึงพอใจทางร่างกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการความเป็นเจ้าของ ความต้องการอิสระ เป็นต้น

นอกจากนี้อาจจะแบ่งความต้องการออกเป็น 3 ด้าน คือ (Rines and Montag, 1976)

1. ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ความสะดวกสบายของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความต้องการทางเพศ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological Needs) เป็นความต้องการอีกระดับหนึ่งที่เป็นของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการเป็นเจ้าของ ความต้องการความมั่นคง ความเป็นอิสระ การพึ่งพาอาศัย ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ และภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านวิญญาณ (Spiritual Needs) ความต้องการด้านนี้ เชื่อว่าพัฒนามาจากสังคมแต่ละแห่ง หรือแต่ละส่วนของสังคมที่เรียกว่าศาสนา โดยแต่ละศาสนาจะมีพิธีการ ความเชื่อต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลได้บรรลุความต้องการทางด้านวิญญาณ ในบางครั้งคนทั่วไปอาจคิดว่าความต้องการด้านวิญญาณนี้เหมือนความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่สิ่งเดียวกันเพราะความต้องการนี้หากไม่ได้บรรลุผล บุคคลจะเกิดความเครียด และความสามารถในการทำงานจะลดลง เนื่องจากความต้องการทางด้านวิญญาณเป็นแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายในตัวพฤติกรรมของมนุษย์และจะอยู่ลึกลงไปหรือถูกเก็บไว้ในจิตสำนึก ความต้องการส่วนนี้ ได้แก่ ความเชื่อ ความหวัง ความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ความมีเหตุผลที่จะเป็นหรือกระทำตามเป้าหมายของตนเอง ความอบอุ่นใจ การปลอบใจ และความมีเสรีภาพ

ความต้องการของผู้ป่วยก็เหมือนกับความต้องการของบุคคลทั่วไป เพราะผู้ป่วยก็เป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิด และมีความต้องการเฉพาะตนเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่โชคร้ายกว่า เนื่องจากไม่สามารถบรรลุความต้องการของตนได้ จนทำให้เกิดความคับข้องใจหรือเกิดความรู้สึกขาด (Hay and Anderson, 1963) ซึ่ง Rines และ Montag (1976) ได้กล่าวว่า ความต้องการของผู้ป่วยเป็นความต้องการ

เหมือนมนุษย์ทุกคนที่มีความต้องการและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการทำหน้าที่ของร่างกาย ถ้าความต้องการนี้ไม่บรรลุผลหรือขาดการตอบสนองความต้องการจะทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ หรือวิญญาณ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วย บุคลากรพยาบาลจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย นับตั้งแต่ความต้องการพื้นฐานไปจนถึงความต้องการในระดับสูงซึ่ง Cornell (1974) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ 6 ด้าน คือ

1. ความต้องการการปกป้อง (Protection Needs) คือ ผู้ป่วยต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและการประเมินความสบายและความอยู่ดี

2. ความต้องการการประคับประคอง (Support Needs) คือ ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเพื่อหนีจากความไม่สบาย จากความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

3. การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคล (Personalization Needs) คือผู้ป่วยต้องการความเข้าใจ การให้กำลังใจ ตลอดจนการพึ่งพาที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในขณะมีอาการต่าง ๆ

4. ความต้องการในการดำรงชีวิต (Sustenance Needs) คือ ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย และอื่น ๆ

5. ความต้องการในการฟื้นฟูสภาพ (Restoration Needs) คือ ความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือให้ตนมีความสามารถกลับสู่สภาพเดิมหรือคงสภาพให้ใกล้เคียงของเดิมมากที่สุด เช่น การจัดรูปแบบการรักษายาบาลที่สามารถปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ลดลงหรือหมดไปในระหว่างการรักษายาบาลและก่อนจำหน่าย

6. ความต้องการเพื่อนและครอบครัว (Family Needs) ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมที่ต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น เช่น ต้องการความมั่นใจว่ามีคนรัก และสนใจอยู่

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชก็เช่นเดียวกับความต้องการของผู้ป่วยอื่น ๆ คือ มีความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการทางด้านจิตใจ และความต้องการทางด้านวิญญาณ แต่อาจจะรุนแรงและมีปริมาณมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชขาดการรับรู้ที่ถูกต้อง มีความบอบช้ำของจิตใจ และไม่แสดงออกอย่างชัดเจนถึงความต้องการของตน ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องมีวิธีการสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบด้วยความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการทางด้านจิตใจ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ จึงมีรายละเอียดดังนี้ (Manfreda, 1968)

1. ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่

1.1 สุขวิทยาส่วนบุคคล (Hygiene) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากขาดความสนใจเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของตนเอง ทั้งความสะอาด การแต่งกาย จึงจำเป็นที่บุคลากรพยาบาล จะต้องให้การดูแลตั้งแต่ การอาบน้ำ ความสะอาดในช่องปาก ฟัน หนังกีบระ เล็บ เสื้อผ้า และการโกนหนวดเครา เป็นต้น นอกจากนี้ต้องให้การดูแลเรื่องการขับถ่ายและการมีประจำเดือนด้วย เพราะผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่สามารถดูแลเรื่องเหล่านี้ได้อย่างปกติเช่นบุคคลทั่วไป

1.2 อาหาร (Nutrition) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะมีความผิดปกติในด้านการแปรสภาพผิด (Delusions) ประสาทหลอน (Hallucinations) หรือมีอาการซึมเศร้า ประสาทที่จะทำลายตนเอง หรือบางรายมีผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ หรือไม่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่อยู่ไม่นิ่ง (Impulsive) ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้พลังงานมาก จึงจำเป็นที่บุคลากรพยาบาลต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ

ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช มักจะเป็นความต้องการพื้นฐานทางอารมณ์ ได้แก่

2.1 การได้รับการยอมรับ (Needs for Acceptance) โดยต้องการการยอมรับจากทั้งเป็นรายบุคคลและกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่ยังต้องการสังคมที่มีสัมพันธภาพระหว่างกันเช่นบุคคลทั่วไป

2.2 ประารถความนับถือหรือเชื่อถือในตนเอง (Needs for Self-Esteem) ซึ่งบุคคลทั่วไปต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่าดี แต่ผู้ป่วยจิตเวชมักจะได้รับคำตำหนิกล่าวโทษจนเกิดความรู้สึกขาดความเชื่อถือในตนเอง จึงต้องการการพยาบาลที่สร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง

2.3 ต้องการการยอมรับและเอาใจใส่ (Needs for Attention and Recognition) ผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องการที่จะให้พยาบาลยอมรับในความเป็บุคคล และให้ความช่วยเหลือทั้งความต้องการทางร่างกาย และประคับประคองจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเดิมได้

2.4 ต้องการความรัก (Needs for Love) การต้องการความรักเป็นพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ทุกคน ซึ่งผู้ป่วยทางจิตเวชมีความต้องการมากโดยเฉพาะในขณะให้การ

พยาบาลบุคลากรจะต้องสามารถแสดงออกได้ทั้งจากคำพูดที่อ่อนหวาน และให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อนำไปสู่การรับรู้ที่ดีของผู้ป่วยต่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

2.5 ต้องการความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Needs for Feelings of Security)

ในความไม่มั่นใจในตนเองของผู้ป่วย ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความลังเล ไม่แน่ใจในการกระทำต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือ ให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตและกระทำสิ่งต่าง ๆ ฉะนั้นพยาบาลจึงต้องให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้พฤติกรรมที่ถูกต้อง จำกัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและให้ความมั่นใจในสิ่งที่ทำดีแล้ว

2.6 ต้องการความเข้าใจ (Needs for Understanding)

เนื่องจากความผิดพลาดทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีภาษาที่แปลก หรือมีสมาธิสั้นเกินกว่าจะรับรู้สิ่งใด จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจและให้โอกาสผู้ป่วยตลอดจนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในสังคมได้

นอกจากนี้ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชยังรวมถึง ความต้องการการสื่อสารที่เป็นทั้งวาจาและไม่ใช้ทางวาจา ซึ่งเป็นการแสดงถึงการยอมรับผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้อุปการะรับรู้ตนเองและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

3. ความต้องการทางด้านวิญญาณ เป็นความต้องการที่มีอิทธิพลต่อจิตใจของทุกคน

เนื่องจากเป็นความต้องการที่ช่วยให้ตนเองมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต เมื่อความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาของ จิตนา ยูนิพันธ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา เป็นตัวแปรสำคัญอันดับแรกต่อการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชน และยังพบว่ามีการแสดงออกในผู้ป่วยจิตเวชมาก โดยในขณะทำจิตบำบัดผู้ป่วยมักจะพูดถึงความเชื่อ ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นประเด็นสำคัญตลอดกระบวนการรักษา (Browin, 1923 อ้างถึงใน Manfreda, 1968) ซึ่งผู้ป่วยเมื่อมีความขัดแย้งในจิตใจอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากไม่สามารถบรรลุถึงความต้องการทางด้านนี้ ผู้ป่วยจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น คิดว่าตนเป็นพระเจ้า ตนมีอำนาจวิเศษ เป็นต้น

ฉะนั้น ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นภาวะของการขาดทั้งความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยจนต้องอยู่โรงพยาบาลจึงต้องการการพยาบาลที่สามารถสนองตอบความต้องการที่ขาดหายไป โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความต้องการ

การพยาบาลที่แตกต่างกันตั้งแต่ความต้องการการพยาบาลระดับง่าย และมีปริมาณน้อยจนถึงความต้องการการพยาบาลระดับยาก และมีปริมาณสูง ซึ่งความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจะแสดงออกในรูปของกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยตามลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยรายบุคคลอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ ด้านตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นสามารถเป็นได้ทั้งในลักษณะที่คาดว่าผู้ป่วยร้องขอ และสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะได้รับไม่ว่าผู้ป่วยจะเสนอความต้องการหรือไม่ก็ตาม และอาจรวมถึงความต้องการที่คาดว่าผู้ป่วยประสงค์จะปฏิบัติในครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลจิตเวช

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบันที่ปฏิบัติกันในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถแบ่งกิจกรรมการพยาบาลได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป เป็นการพยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนหรือมีขั้นตอน มีกฎเกณฑ์เทคนิคที่ทำได้ และลักษณะของงานไม่จำเป็นต้องพุดจาระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นงานประจำทำไปตามเวลาที่กำหนดหรือกระทำเมื่อสะดวก กิจกรรมการพยาบาลนี้จะสามารถสังเกตเห็นได้ว่าใช้แรงงาน เหน็ดเหนื่อย และยุ่ง เช่น การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้ยา การฉีดยา การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในห้องแยก การใช้เครื่องมือผูกมัด การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

2. กิจกรรมการดูแลทางจิตใจ เป็นการพยาบาลที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน มองเห็นผลงานยาก มีการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เข้าช่วยเล็กน้อย กิจกรรมที่กระทำเน้นเกี่ยวกับจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพยายามหาทางช่วยแก้ไขปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพดั้งเดิม ตลอดจนหาทางชี้ให้ผู้ป่วยมองเห็นและยอมรับความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและให้เกิดความเข้าใจ หาทางแก้ไขด้วยตัวเองได้ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษา แนะนำ สอน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาลที่กล่าวนี้จะต้องได้มาตรฐานและมีลักษณะเฉพาะ ฉะนั้นผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชจึงต้องมีความรู้ความสามารถ ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนด



คุณลักษณะที่เป็นมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในระดับวิชาชีพว่าควรมีลักษณะต่อไปนี้ (Norris, et. al., 1987)

1. ต้องปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ที่เป็นวิทยาศาสตร์ในด้านพฤติกรรมของมนุษย์และการพยาบาล
2. ต้องสามารถรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์ เช่น สภาพจิต อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการดำเนินชีวิต การใช้กลไกในการแก้ปัญหา เป็นต้น โดยรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด
3. พยาบาลจะต้องสามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลและจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานที่เชื่อถือได้โดยการวินิจฉัยทางการพยาบาล ต้องครอบคลุมปัญหาและสามารถเฝ้าอำนาจที่จะให้เกิดการวางแผนดูแลผู้ป่วย
4. พยาบาลจะต้องสามารถวางแผนการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช และอยู่ในกรอบทฤษฎี รวมทั้งได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานทุกระดับ
5. การให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาลจะต้องเป็นลักษณะ ส่งเสริม คงไว้ซึ่งสภาพร่างกาย และจิตใจที่ดีขึ้นของผู้ป่วย รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี โดยแบ่งเป็น

5.1 การบำบัดทางจิตใจ (Psychotherapeutic Interventions)

พยาบาลจะใช้การรักษาทางจิตเวชช่วยผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี สามารถใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ โดยการค้นหาว่าผู้ป่วยมีปัญหานั้นด้านใดโดยเฉพาะ เรื่องพฤติกรรมในการปรับตัว ความเข้มแข็งอดทน และความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกไป ด้วยการสัมภาษณ์ การติดต่อสื่อสาร ตลอดจนแก้ไขภาวะวิกฤตและแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.2 การสอนด้านสุขภาพ (Health Teaching) ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และ

ผู้ใกล้ชิดอื่น ๆ ให้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อจะสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสอนนี้อาจจะอยู่ในรูปแบบให้เรียนรู้ด้วยตนเอง หรือจัดให้มีประสบการณ์เรียนรู้ในด้านการปรับตัวในสังคม

5.3 การช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living) พยาบาลจะต้องเข้าใจหลักความต้องการของมนุษย์และใช้ความรู้ในเรื่องการพัฒนาการของมนุษย์ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพื่อการดำเนินชีวิตแต่ละวันให้เกิดประโยชน์ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษา ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการรักษาสภาพของตนเอง สามารถแต่งกาย ความคุมพฤติกรรมได้เหมาะสม สามารถอยู่ในกลุ่มได้อย่างดี เข้าสังคมก็สามารถควบคุมตนเองได้

5.4 การบำบัดทางร่างกาย (Somatic Therapies) พยาบาลจะใช้ความรู้ในด้านการรักษาทางร่างกายและประสบการณ์ทางคลินิกช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพยาบาลในด้าน การให้ยา การรักษาทางกายอื่น ๆ การสังเกตการสนองตอบต่อยา เป็นต้น

5.5 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Therapeutic Environment) พยาบาลจะต้องจัดสถานที่ในการรักษาให้สะอาดมีชีวิตชีวา และสามารถใช้ในการรักษาได้โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้อุปกรณ์มีอาการดีขึ้น จัดรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและสร้างประสบการณ์ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น

5.6 การช่วยด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) พยาบาลจะต้องใช้ประสบการณ์ทางคลินิกที่ทันสมัยในด้านจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดกลุ่ม ครอบครัวบำบัด และจิตบำบัดในเด็ก มาช่วยในการให้การพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้รักษาที่มีมาตรฐานและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช

6. หลังการช่วยเหลือแล้วพยาบาลจะต้องประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงการรักษาพยาบาลและวางแผนพยาบาลที่ทันต่อความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลได้ผลดี

จากมาตรฐานการพยาบาลจิตเวสดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นกิจกรรมที่สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลอย่างมากทั้งสองด้าน (Raya et. al., 1991) ฉะนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยจึงประกอบด้วย

การบำบัดทางจิต (Psychotherapeutic Interventions) กิจกรรมการพยาบาลส่วนนี้เป็นกิจกรรมหลักที่บุคลากรพยาบาลจิตเวชควรปฏิบัติ เนื่องจากแนวคิดในการบำบัดทางจิตเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (The Therapeutic

Nurse-Patient Relationship) ซึ่งพัฒนามาจากความเชื่อว่าสาเหตุความผิดปกติทางพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากประสบการณ์ความล้มเหลวในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พยาบาลจึงช่วยผู้ป่วยได้ย้อนกลับไปเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีพื้นฐานจากความไว้วางใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับพยาบาลก่อน เพื่อผู้ป่วยจะได้เกิดการเรียนรู้ใหม่ในเรื่องมนุษยสัมพันธ์และเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับผู้อื่นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางใจ มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักการตอบสนองความต้องการของตนเองได้เหมาะสม ในการบำบัดทางจิตให้แก่ผู้ป่วย บุคลากรทางการพยาบาลอาจจะกระทำในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การนั่งเป็นเพื่อน การทักทายพูดคุย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ การให้คำปรึกษา การสอน การแนะนำ เป็นต้น

การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม (Group Intervention) เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ ต้องการการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และกลุ่มคนอื่น ๆ เพื่อการอยู่รอดของชีวิต ซึ่งการช่วยเหลือด้วยกลุ่มกับผู้ป่วยจิตเวชจะมีอิทธิพลให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Wilson and Kneisl, 1979) โดยกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย มีความภาคภูมิใจ เชื่อถือตนเอง และพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วย ด้วยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกในกลุ่มช่วยผู้ป่วยเข้าใจถึงการรับรู้ของตัวเอง การรับรู้ของผู้อื่นต่อผู้ป่วยและพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วย (Pollack, 1990) การช่วยเหลือด้วยกลุ่มนี้บุคลากรทางการพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้นำ ผู้อำนวยการความสะอาดและพี่รักษาให้กลุ่มดำเนินไปได้อย่างอิสระ โดยตั้งอยู่บนหลักการ 4 ประการ คือ (เทียม ศรีคำจักร, 2533)

1. สนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Meeting basic needs)
2. ป้องกันการเสื่อมถอย (Prevention) โดยการกระตุ้นความสามารถส่วนที่ขาดหายไป และส่งเสริมทักษะความสามารถต่าง ๆ ที่เหลืออยู่เอาไว้
3. พัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น (Development) โดยมุ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสมรรถภาพทางจิตใจ สมรรถภาพทางสังคม และสมรรถภาพในการดำรงชีวิต เพื่อการใช้ชีวิตในชุมชนจริง ๆ

4. การคงสภาพที่เหลืออยู่เอาไว้ (Maintenance) โดยมุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย เพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาพทรุดโทรมลงไปกว่าเดิมหรือให้มีชีวิตอยู่โดยไม่ให้เป็นการระแวกผู้อื่นเกินไป เช่น การฝึกผู้ป่วยจิตเภทชนิดเรื้อรัง ให้รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว และการขับถ่ายได้เอง

การช่วยโดยกลุ่มมีระดับความลึกซึ้งของการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน แต่ยังไม่มีความที่แน่นอนที่จะตัดสินลงไปว่าระดับความลึกซึ้งของกลุ่มขนาดไหนเป็นการช่วยเหลือแบบใด ซึ่ง Slavson (1965) ได้กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยด้วยกลุ่มลักษณะใดขึ้นอยู่กับระดับทางจิตที่ต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยนั้น ๆ การช่วยเหลือด้วยกลุ่มที่กระทำอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถแบ่งกว้าง ๆ ได้ 2 ลักษณะคือ

1. การช่วยเหลือด้วยกลุ่มที่มีวิธีการแนะแนวทางการดำเนินกลุ่มตามหลักการของจิตบำบัด เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มภาพสะท้อน กลุ่มแก้ปัญหา เป็นต้น
2. การช่วยเหลือด้วยกลุ่มที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อมหรือจัดรูปแบบกลุ่มเลียนแบบสภาพการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยครอบคลุมให้ผู้ป่วยมีการเรียน การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น กลุ่มประชุมปรึกษา กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มกีฬา กลุ่มอาชีพศึกษา กลุ่มพัฒนา เป็นต้น

โดยการช่วยเหลือด้วยกลุ่มจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการจัดความสามารถด้านอารมณ์และสังคม ของผู้ป่วยว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด เพื่อการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

การบำบัดทางชีวภาพ (Somatic Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์ที่จะช่วยบรรเทาอาการหรือยับยั้งอาการป่วยทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการแสดงออกของพฤติกรรมแปรปรวน โดยการจัดการกระทำทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดทางชีวภาพที่บุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชปฏิบัติจะอยู่ในรูปของกิจกรรมการพยาบาลด้านการดูแล การสังเกต การตรวจวัด และการบันทึกต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องและปลอดภัยมากที่สุด โดยแบ่งเป็นกิจกรรมได้ดังนี้

1. การจำกัดพฤติกรรม (Limit Setting) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลต้องใช้เวลาในการตัดสินใจ วินิจฉัย สั่งการ ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีอาการ

ทางจิตรุนแรง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น ลับสน วุ่นวาย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายสิ่งของต่าง ๆ เป็นต้น จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ตัวหนึ่งที่จะบ่งชี้ถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยต่อการช่วยให้อาการสงบ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น โดยกิจกรรมการพยาบาลจะอยู่ในรูปการสอน แนะนำ ให้เหตุผลในการจำกัดพฤติกรรม การจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด (Restraint) การใช้ห้องแยก (Seclusion) การจัดทำเปลี่ยนท่าหรือการไต่ถามระหว่างจำกัดพฤติกรรม หรือการแก้สิ่งผูกมัด หรือปล่อยออกจากห้องแยก

2. การดูแลเกี่ยวกับการได้รับยา (Administration of Medication) กิจกรรมที่สำคัญในการช่วยให้อาการผิดปกติประการหนึ่งคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างครบถ้วน เนื่องจากภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยผิดปกติ ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย และปฏิเสธการรักษา การรักษาผู้ป่วยจิตเวชแต่ละราย ผู้ป่วยต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการชอนยา ทิ้งยา ฉะนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรพยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นโดยเร็ว และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วย (ดวงตา อุทุมพฤษ์พร, 2534)

3. การปฏิบัติการรักษาพยาบาลอื่น ๆ เป็นกิจกรรมการพยาบาลส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การตรวจวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค หรือการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช การปฏิบัติการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่บุคลากรพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ การตรวจสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง การทายา ใส่ยา ทำแผล ตัดไหม การให้สารน้ำและส่วนประกอบของเลือด การเจาะเลือด การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ การขีดตัว การประคบร้อน ประคบเย็น การช่วยแพทย์ทำหัตถการในการเก็บตัวอย่างต่าง ๆ เช่น เจาะหลัง เจาะปอด เจาะท้อง เป็นต้น และรวมถึงการเตรียม การช่วยแพทย์รักษาผู้ป่วยด้วยกระแสไฟฟ้า

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Daily activity care) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จะเป็นสิ่งที่ชี้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีที่สุด ซึ่ง Carnevali และ Patrick (1986) ได้กล่าวว่า กิจวัตรประจำวันที่ยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยจะเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมายของการปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลจะใช้เวลา

ในการช่วยเหลืออย่างพอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็นกิจกรรมได้ดังนี้

1. การดูแลความสะอาดร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความสนใจเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองทั้งทางด้านความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย ฉะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายที่สะอาดและป้องกันโรคแทรกที่ที่เกิดจากความสกปรกของร่างกาย บุคลากรพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่การอาบน้ำ ความสะอาดในช่องปาก ฟัน เล็บ เสื้อผ้า และรวมถึงการดูแลความสะอาดระหว่างการมีประจำเดือนของผู้ป่วยหญิง

2. การดูแลการรับประทานอาหาร ด้วยความผิดปกติการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารมากไป น้อยไป หรือรับประทานสิ่งที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลที่จะต้องจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ

3. การดูแลการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมพยาบาลที่มีบทบาทช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย เนื่องจากระหว่างที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ มีการกระทำซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมาย เช่น นั่งโยกตัวมีท่าแปลก ๆ เป็นเวลานานผิดปกติ ย้ำทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนาน โดยไม่มีเหตุผล ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องของกล้ามเนื้อและข้อ และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นกิจกรรมพยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ปกติ และมีการออกกำลังกายที่เพียงพอเพื่อลดเวลาการแยกตนเองหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย และส่งเสริมการทำงานของข้อและกล้ามเนื้อของร่างกายผู้ป่วย

4. การดูแลการมีกิจกรรมอื่นและการนอน ปัญหาหนึ่งที่พบมากในผู้ป่วยจิตเวช คือการแยกตัวเองหรืออยู่ในโลกส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สนใจว่าสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไรตนเองต้องทำอะไรบ้าง โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมาคือการนอนมากหรือมีพฤติกรรมแปลก ๆ และอยู่กับพฤติกรรมนั้น ๆ จนไม่ยอมนอน ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อช่วยให้อาการความสนใจสิ่งแวดล้อม เช่น เล่นเกมส์ รดน้ำต้นไม้ ฟังเพลง ช่วยทำงานในหอผู้ป่วย เป็นต้น และมีการดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 2 อย่างจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมเหมาะสมเหมือนบุคคลทั่วไป

5. การดูแลการขับถ่าย ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลแม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยบางรายในขณะที่มีอาการทางจิตจะมีพฤติกรรมถดถอย ขับถ่ายไม่เป็นที่เป็นทาง หรือขับถ่ายแล้วไม่รู้จักรับประทานอาหารทำความสะอาด ฉะนั้นการดูแลการขับถ่ายของผู้ป่วยจึงเป็นกิจกรรมสำคัญประการหนึ่งที่บุคลากรพยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่การสอนการใช้ห้องน้ำ การช่วยเหลือระหว่างการขับถ่าย จนถึงการทำมาสะอาดหลังการขับถ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีเรียนรู้และสามารถดูแลตนเองได้

บทบาทของบุคลากรพยาบาล

การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลทางด้านจิตใจ ต้องอาศัยความเข้าใจอย่างถูกต้องระหว่างบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยบุคลากรจะต้องรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตน และสามารถที่จะแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาทที่บุคลากรพยาบาลควรปฏิบัติประกอบด้วย

1. บทบาทในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดี โดยการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้มีบรรยากาศน่าอยู่ ร่มรื่น คล้ายบ้าน โดยคำนึงถึงความสวยงาม ความปลอดภัย ความสะอาดสงบสุขของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ อ่อนนุ่มและมีบรรยากาศของการยอมรับ ให้ออกาสผู้ป่วยได้เลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนสนใจ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีด้วย

2. บทบาทในการเป็นผู้นำ บุคลากรพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้นำผู้ป่วยให้กลับสู่สังคมปกติได้ โดยใช้หลักจิตวิทยาสังคม (Sociopsychology) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้สร้างความเชื่อมั่นให้กำลังใจ สนับสนุนและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้นักป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ เช่น คนปกติ

3. บทบาทเป็นที่ปรึกษา เช่น การให้คำแนะนำหรือเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย โดยชี้ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาของตนเองได้ เป็นการช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา การเป็นผู้ฟังที่ดี การสังเกต และความเข้าใจในพฤติกรรมต่าง ๆ

4. บทบาทของครู พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย เป็นกลไกที่ผู้ป่วยต่อต้านเมื่อเกิดปัญหาการปรับตัว มีทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม พยาบาลจะต้องยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมนั้น ๆ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรมที่ผิดปกติให้กลับเหมาะสมขึ้น โดยการจัดประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมของตนเองได้ พยาบาลจะต้องใช้ความอดทน ไม่ท้อแท้ ทำอย่างสม่ำเสมอ ยอมรับในความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งทางด้านสติปัญญาและความสามารถ

5. บทบาทของแม่ บางครั้งพยาบาลจะต้องรับบทบาทนี้ เมื่อมีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถอยกลับสู่วัยเด็ก หรือพฤติกรรมถอยหนี บทบาทของแม่จะต้องให้การดูแลทางร่างกายและการค้ำจุนทางจิตใจ โดยให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย และความยุติธรรมแก่ผู้ป่วย เหมือนเช่นมารดาปฏิบัติต่อบุตร คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พยายามช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งการดูแลทุกข์สุขภายในหอผู้ป่วย

6. บทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค พยาบาลมีหน้าที่ทางด้านเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับวิชาการปฏิบัติงานพยาบาลทั่ว ๆ ไป เช่น การช่วยแพทย์ในการรักษาด้วยไฟฟ้า การช่วยแพทย์ในการรักษาต่าง ๆ การทำแผล ฉีดยา และการให้ยา ตลอดจนการสังเกตอาการ การบันทึกรายการ และการประเมินประคองจิตใจของผู้ป่วย ก็ต้องใช้ความรู้ความชำนาญทางวิชาการทั้งสิ้น

บทบาทเหล่านี้เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จากการศึกษาของ Sandford และคณะ (1990) ในเรื่องปริมาณการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปริมาณการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชจะแปรตามจำนวนผู้ป่วยและจำนวนบุคลากร คือถ้ามีจำนวนผู้ป่วยมากจะต้องมีบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้นจึงจะทำให้เกิดการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้นจะช่วยส่งผลให้การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารและการรับรู้ตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น โดยบุคลากรพยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์ในรูปของการซักประวัติ (Goal review) การค้นหาปัญหาเพื่อการช่วยเหลือ (Problem-oriented interactions) การพูดคุยทักทาย (Social interactions) การสอนผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ (Client teaching) การสังเกต (Observation) การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย (Containment activities) (Hay and Nelson, 1988) การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการศึกษาโดยมีความเชื่อถือว่าไว้วางใจเป็นพื้นฐาน ซึ่งสัมพันธภาพที่สร้างขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem)

และเป็นพื้นฐานของการแสดงบทบาทที่ปกติในสังคม (Malone, 1988) Gregg (อ้างใน สุวณิช์ ตันติพัฒนานันต์, 2522) ได้แบ่งรูปแบบการสร้างสัมพันธ์ภาพออกเป็น 3 แบบ คือ

1. พยาบาลหนึ่งคนติดต่อกับผู้ป่วยหนึ่งคน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
2. พยาบาลหนึ่งคนสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้รักษา หรือร่วมการรักษาผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม
3. พยาบาลพบกับผู้ป่วยโดยไม่มีกรวางแผน บทบาทของพยาบาลแบบนี้ไม่มีโครงสร้างแน่นอน เช่น การพบปะทักทายผู้ป่วยประจำวันในตึกผู้ป่วย หรือในชุมชน แต่พยาบาลยังคงติดต่อกับผู้ป่วยอย่างมีจุดประสงค์โดยเป็นการติดต่อเพื่อการรักษา (Therapeutic) อยู่เสมอ

การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีความต่างกันตามอาการและปัญหาของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นประเภทที่มีปัญหาความซับซ้อนน้อยหรือประเภทที่มีปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยากมาก ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่กล่าวนี้ต้องเป็นในรูปแบบของการรักษา อันประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประการ คือ การติดต่อสื่อสาร (Communication) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) และการรักษา (Therapy) บุคลากรทางการพยาบาลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 ประการ ได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล แต่ละระดับที่ได้รับการเตรียมการทางการพยาบาลจิตเวชที่แตกต่างกัน

ประเภทบุคลากรพยาบาลในทีมจิตเวช

บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 5 ประเภท คือ (อุบล นิวัตชัย, 2533)

1. พยาบาลผู้บำบัด (Nurse Therapist) คือพยาบาลที่ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาโททางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และระดับที่สูงขึ้นไป โดยได้รับการยอมรับให้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้บำบัดทางจิตโดยถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งขณะนี้ในประเทศไทยยังไม่มีพยาบาลจิตเวชลักษณะนี้
2. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (The Clinical Nurse Specialist) คือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถปฏิบัติงานทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชในระดับที่สูงกว่าขั้นพื้นฐาน หรือได้รับการศึกษาในชั้นปริญญาโท ปริญญาเอกในสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

พยาบาลกลุ่มนี้มีอยู่ในหน่วยบริการพยาบาลอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่จะมีบทบาทในฐานะผู้นำทางการศึกษา หน้าที่สำคัญของพยาบาลผู้ชำนาญการ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือยากแก่การแก้ไข การปฏิบัติในบทบาทของผู้บำบัดเบื้องต้นในรูปแบบของจิตบำบัดรายบุคคล กลุ่มบุคคลและครอบครัว นอกจากนี้ต้องทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล (Team leader) เป็นผู้ส่งงานด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชแก่บุคลากรในทีมพยาบาล ตลอดจนเป็นผู้บริหารงานและบริหารบุคลากรในหน่วยงานทางสุขภาพจิต

3. พยาบาลทั่วไป (Nurse Generalist) คือพยาบาลที่สำเร็จหลักสูตรการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี หรือต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค หรือพยาบาลระดับต้น งานบริการจะเป็นลักษณะการอำนวยความสะดวกเพื่อการบำบัดรักษา การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสร้างความสัมพันธ์ที่ส่งเสริมความไว้วางใจและความเชื่อมั่นของผู้ป่วย การเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการบำบัด การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา การบริหารยาทางจิตเวช และการร่วมมือการช่วยในกิจกรรมการบำบัดรักษาทุกรูปแบบที่มีอยู่ในหน่วยงานนั้น

4. ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) คือผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่จบการศึกษา ระดับผู้ช่วยพยาบาล อาจได้รับการฝึกอบรมทางการพยาบาลจิตเวชโดยตรงหรือผู้ช่วยพยาบาลทั่วไป และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม มีหน้าที่หลักคือปฏิบัติการพยาบาลด้านเทคนิคต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย จัดกลุ่มกิจกรรมให้ผู้ป่วยในรูปแบบของสิ่งแวดล้อมบำบัด หรือปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยบางประเภทภายใต้การมอบหมายและนิเทศงานของหัวหน้าทีมพยาบาล

5. พนักงานผู้ช่วย (Nurse Aide) คือผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และได้รับการศึกษาอบรมทางการพยาบาลจิตเวชเพิ่มเติม เพื่อช่วยงานของพยาบาลด้านเทคนิคต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าบุคลากรในทีมการพยาบาลจิตเวชมีหลายระดับ และมีความสามารถไม่เท่ากัน จึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละระดับให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติงานและให้ปริมาณเพียงพอต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยแต่ละราย

หน้าที่และความรับผิดชอบ (Job description)

การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในบุคลากรทางการแพทย์สาขาจิตเวชที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชมักจะกำหนดตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้บริหารจะดัดแปลงให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตน ซึ่งในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ได้กำหนดหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับดังนี้ (เอกสารภายในของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2535)

1. พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

- 1.1 รับนโยบายจากหัวหน้างาน
- 1.2 วางแผนการพยาบาลในงานที่รับผิดชอบ
- 1.3 เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล
- 1.4 มอบหมายงานแก่สมาชิกทีมตามความรู้ ความสามารถ
- 1.5 ควบคุมและตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลของสมาชิกทีม
- 1.6 ให้การพยาบาลตามเทคนิคที่ถูกต้อง
- 1.7 จัดอาคารสถานที่ให้เป็นระบบ ระเบียบ สะอาดและปลอดภัยแก่การปฏิบัติงาน
- 1.8 จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอและพร้อมที่จะใช้ได้ทันที
- 1.9 รับผิดชอบจัดเก็บและดูแลรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ให้พร้อม
- 1.10 ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
- 1.11 ดูแลความสะอาดเรียบร้อย การได้รับอาหารอย่างเพียงพอและความ

สุขสบายของผู้ป่วย

- 1.12 จัดสอนสุขศึกษาผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคล
- 1.13 ประเมินผลการพยาบาลที่รับผิดชอบ
- 1.14 เป็นผู้นำทำกิจกรรมการพยาบาลในทีม ได้แก่ การรับและส่งเวร

การประชุมปรึกษา (Pre-post conference) การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย (Rounds) การศึกษาผู้ป่วยรายบุคคล (Case Conference) การประชุมวิชาการของหน่วยงาน (Inservice Education) การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (Leader) หรือผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co-leader)

- 1.15 นิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับรอง



- 1.16 ป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
 - 1.17 สรุปรวบรวมระเบียบรายงาน
 - 1.18 ให้ความร่วมมือด้านการรักษาพยาบาลกับทีมสุขภาพ
 - 1.19 ประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 1.20 ร่วมปรับปรุงระบบงานบริการพยาบาลของหน่วยงาน
 - 1.21 ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับรอง
 - 1.22 เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล
 - 1.23 ร่วมจัดประสบการณ์การศึกษาทางการพยาบาล
 - 1.24 ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย
2. พยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่พยาบาล มีหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้
- 2.1 รับมอบหมายงานจากหัวหน้างาน
 - 2.2 วางแผนการพยาบาลที่รับผิดชอบ
 - 2.3 ให้การพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากและซับซ้อน
 - 2.4 ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของอาคารสถานที่และสิ่งแวดลอม
 - 2.5 ดูแลความสะอาดของผู้ป่วย
 - 2.6 จัดเก็บทำความสะอาดและดูแลรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้ง
เครื่องนอน และเสื้อผ้า
 - 2.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างพอเพียง
 - 2.8 สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย
 - 2.9 ร่วมกิจกรรมการพยาบาลของหน่วยงาน ได้แก่ การประชุมปรึกษาก่อนและ
หลังปฏิบัติงาน การรับ-ส่งเวร การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย การศึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การประชุม
วิชาการ การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co-leader) หรืออาจจะ
เป็นผู้นำกลุ่มในบางกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน
 - 2.10 ทำกิจกรรมการรักษาง่าย ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์
 - 2.11 บันทึกรายงานอาการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจในแบบฟอร์มทาง
การพยาบาล
 - 2.12 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่นในหน่วยงาน
 - 2.13 ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

2.14 ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- 3.1 ดูแลสุขวิทยาอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เล็บ
ผม หนวด เครา ฟัน ผิวหนัง รวมทั้งการแต่งกายที่เหมาะสม
- 3.2 ทำความสะอาดเตียง เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และสิ่งซัก
- 3.3 ดูแลความสะอาดเรียบร้อยตู้ข้างเตียงและของเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย
- 3.4 แจกอาหาร - บ้อนอาหารให้ผู้ป่วยในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พร้อมทั้ง
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างทั่วถึงและเพียงพอ
- 3.5 ชั่งน้ำหนัก วัดปรอท จับชีพจร และหายใจของผู้ป่วย (ในรายปกติ)
- 3.6 ช่วยพยาบาลเตรียมเครื่องใช้ในการตรวจและรักษาพยาบาล เช่น
ตรวจร่างกาย
- 3.7 ทำความสะอาดเครื่องใช้ต่าง ๆ ภายในตึก
- 3.8 เตรียมผู้ป่วยก่อนไปตรวจและรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า โดยในหังตอาหารและ
น้ำมือเข้า ถอดฟันปลอม (ถ้ามี) นำผู้ป่วยส่งหน่วย E.C.T. และนำกลับตึกเมื่อเสร็จการรักษา
- 3.9 นำผู้ป่วยไปสัมนัสร พร้อมทั้งนำกลับให้เรียบร้อยและครบจำนวน
- 3.10 จัดเตรียมสถานที่นำกลุ่มบำบัดตามวันและเวลาที่กำหนด
- 3.11 ซักขวนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ออกกำลังกาย
และกิจกรรมภายในและนอกตึก
- 3.12 เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วย และบุคลากรในการบำบัดรักษา
- 3.13 เข้าร่วมประเมินผลหลังจากทำกลุ่มบำบัดแล้ว
- 3.14 ทำความสะอาดบริเวณเตียงผู้ป่วย
- 3.15 ให้ความร้อนและทำความสะอาดหมอนนอน
- 3.16 ช่วยพยาบาลจำหน่ายและย้ายผู้ป่วย
- 3.17 ดูแลการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น นอนไม่หลับ หรือมีอาการผิดปกติ
อื่น ๆ รายงานหัวหน้าเวรเพื่อดำเนินการต่อไป
- 3.18 ให้ความสะดวกและให้การต้อนรับ แพทย์ พยาบาล เมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย
- 3.19 ช่วยพยาบาลแต่งศพ
- 3.20 เขียนรายงานอาการผู้ป่วยลงในสมุดเวรให้ถูกต้อง

- 3.21 จัดตู้เสื้อผ้า ตู้เก็บเครื่องมือเครื่องใช้
- 3.22 ทำความสะอาดโต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ในสำนักงาน
- 3.23 ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ในการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี แห่งราชสกุลมหาดไทย (2513) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบและกิจกรรมของพยาบาล โดยสภาการศึกษาได้แบ่งลักษณะงานการพยาบาลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การพยาบาลระดับยาก เป็นการพยาบาลที่ต้องดัดแปลงหลักวิชาทางวิทยาศาสตร์หลายสาขามาใช้ในการพยาบาล มีการวางแผนการดำเนินงาน เช่น การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอารมณ์จิตใจผันผวน เป็นการพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ การวินิจฉัยอย่างรอบคอบในการป้องกันอันตราย อุบัติเหตุต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป การสอนวิธีป้องกันโรค มีเหตุผลในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและการตัดสินใจที่ดี

2. การพยาบาลระดับกลาง เป็นการพยาบาลโดยอาศัยเทคนิคการพยาบาลอย่างง่าย ๆ โดยไม่ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างลึกซึ้ง เป็นการพยาบาลดูแลความสะอาดร่างกาย การขยับถ่าย อาหาร อากาศ สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในระยะพักฟื้น หรือผู้ป่วยเรื้อรังที่อาการไม่หนัก แต่ไม่สามารถจะช่วยตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ไว้แน่นอน และกระทำเสมอเป็นกิจวัตร ภายใต้อาการรับผิดชอบดูแลของพยาบาล

3. การพยาบาลระดับต้น เป็นการพยาบาลเกี่ยวกับสุขวิทยานามัยส่วนบุคคล การรักษาเคหะสถาน เสื้อผ้า เครื่องใช้ในครัวเรือน ส้วม ตลอดจนเรื่องอาหาร การรับประทาน

เมื่อนำผลการศึกษาลักษณะงานการพยาบาล เปรียบเทียบกับการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรพยาบาลระดับต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า การพยาบาลระดับยากควรเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น ส่วนการพยาบาลระดับกลางจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย และงานการพยาบาลระดับต้นเป็นหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้อาจจะให้การพยาบาลในลักษณะเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม การที่บุคลากรพยาบาลจะสามารถ

ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ชัดเจนแค่ไหนย่อมต้องอาศัยความชัดเจนของการกำหนดความรับผิดชอบ และจำนวนบุคลากรแต่ละระดับของหน่วยงานว่ามีเพียงพอต่อการให้การพยาบาลหรือไม่

การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

ความหมายของการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

การจัดอัตรากำลังบุคลากร เพื่อกำหนดอัตรากำลัง (Staffing) เป็นกิจกรรมสำคัญ และเป็นกิจกรรมที่กว้างขวางลึกซึ้งที่ผู้บริหารต้องจัดบุคลากรทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้แต่ละหน่วยงานได้มีบุคคลที่มีคุณภาพเหมาะสมกับลักษณะงานและจำนวนเพียงพอที่จะให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งการจัดอัตรากำลังบุคลากรหรือการจัดบุคลากรทางการพยาบาลเข้าในหน่วยงานมีผู้ให้ความหมายดังนี้

พวงรัตน์ บุญนารักษ์ (2522) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการปฏิบัติที่มีระบบในการจัดหา และวางตัวบุคคลในหน่วยงานอย่างเหมาะสม ถูกต้องทั้งด้านคุณภาพ ปริมาณและตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ รวมทั้งการบำรุงรักษาให้มีบุคลากรที่มีคุณภาพปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

Douglass และ Bevis (1979) ได้ให้ความหมายในทำนองเดียวกันว่าเป็นกระบวนการของการมอบหมายบุคคลที่มีความสามารถบรรจุในตำแหน่งหน้าที่ที่กำหนดไว้ สำหรับโครงสร้างขององค์การโดยการคัดเลือกและพัฒนาบุคลากร

วิเชียร ทวีลาภ (2523) ได้กล่าวว่า เป็นการจัดเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับต่าง ๆ เข้าปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบและปริมาณงานของหน่วยงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพสูง และเป็นผลดีต่อการรักษาพยาบาลมากที่สุด

นอกจากนี้ ปราณีต สวัสดิ์รักษา และ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2529) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการจัดหาบุคลากรและเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับการจัดแบ่งหน่วยงานที่กำหนดไว้ ซึ่งรวมทั้งการสรรหา การคัดเลือก การบรรจุคนเข้าทำงาน การบำรุงรักษาให้มีบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในตำแหน่งต่าง ๆ ภายในหน่วยงานที่ได้จัดวางไว้

ฉะนั้นจากความหมายที่ได้กล่าวในข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล เป็นกระบวนการปฏิบัติที่มีระบบในการกำหนดและวางตัวเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับต่าง ๆ เข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างเหมาะสมทั้งคุณภาพและปริมาณที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงานและทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการจัดอัตราบุคลากรพยาบาล

ในการจัดบุคลากรพยาบาลเข้าประจำหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้มีบริการที่มีคุณภาพ ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่

1. วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน โดยผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกก่อนการวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรว่าหน่วยงานมีวัตถุประสงค์ของการพยาบาลอย่างไร มีมาตรฐานการพยาบาลเพียงใด เพื่อเป็นแนวทางให้ฝ่ายบริการจัดรูปแบบการบริการและเลือกวิธีการจัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องและเหมาะสมต่อไป
2. โครงสร้างของหน่วยงาน ผู้บริหารควรพิจารณากำหนดประเภทและจำนวนของบุคลากรให้สอดคล้องกับโครงสร้างของหน่วยงานที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น การมอบหมายอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการแก่ผู้บริหารระดับกลางและระดับต้น จะต้องพิจารณาว่าได้จัดกลุ่มผู้บริหารในระดับรองลงมาอย่างไร และแต่ละคนควรมีขนาดบังคับบัญชาเท่าไร จึงจะพอเพียงที่จะดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยเป็นประการสำคัญที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องมีการวิเคราะห์หาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยงานต่าง ๆ ว่ามีปริมาณเท่าไร เพื่อจะได้กำหนดบุคลากรพยาบาลให้มีจำนวนที่เพียงพอแก่ความต้องการของหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่ง Raya และคณะ (1991) ได้ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลโรครจิต ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ พบว่า มีความต้องการการพยาบาลทั้ง 2 ด้าน และสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคที่มีสาเหตุจากจิตใจด้วย จากตัวอย่างข้อค้นพบนี้จะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารจัดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมและจัดอัตราบุคลากรให้เพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
4. รูปแบบการมอบหมายงาน ในแต่ละหน่วยงานควรมีแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากร รูปแบบการจัดตารางการปฏิบัติงาน และการมอบหมายงานที่สอดคล้องกันเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพสูงสุด โดยยึดหลัก (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2522) ดังต่อไปนี้

- 1) ให้ความสำคัญจากโรคได้โดยเร็ว ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด
- 2) การดูแลมีความต่อเนื่องกันมากที่สุด
- 3) ใช้เวลาในการพยาบาลน้อยที่สุด
- 4) สามารถสื่อสารการดูแลสู่บุคคลอื่นในทีมการรักษาได้อย่างดี และเป็น

ลายลักษณ์อักษร

- 5) สามารถสร้างความพึงพอใจกับผู้ป่วยมากที่สุด

รูปแบบของการมอบหมายงานมีได้หลายลักษณะ ได้แก่ การมอบหมายงานตามรายผู้ป่วย (case assignment) การมอบหมายงานตามกิจกรรม (functional assignment) การมอบหมายงานแบบทีม (team assignment) หรือการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary care assignment) ซึ่งในหน่วยงานหนึ่ง ๆ อาจจะมีการมอบหมายงานได้หลายรูปแบบ หรือเป็นแบบผสม (multiple assignment) แล้วแต่ความเหมาะสมและจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น ๆ

5. รูปแบบการจัดเวลาการปฏิบัติงาน ในการจัดเวลาการปฏิบัติงานมีหลายวิธี เช่น แบบสัปดาห์ละ 5 วัน ๆ ละ 2 ผลัด ๆ ละ 4 ชั่วโมง แบบสัปดาห์ละ 4 วัน ๆ ละ 1 ผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง แบบสัปดาห์ละ 4 วัน ๆ ละ 1 ผลัด ๆ ละ 10 ชั่วโมง หรือแบบสัปดาห์ละ 3-5 ผลัด ๆ ละ 12 ชั่วโมง ซึ่งแต่ละหน่วยงานอาจจะมีการจัดเวลาหลายรูปแบบผสมผสานกันก็ได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน และให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่

6. ภารกิจของพยาบาล ผู้บริหารควรพิจารณาถึงภาระงานของพยาบาลทั้งส่วนที่เป็นงานการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง และส่วนที่มีใช้ความรับผิดชอบของวิชาชีพการพยาบาล แต่ได้รับมอบหมายให้ทำ เช่น การจัดเบิกร่องใช้ การจ่ายยา การเงิน การส่งคัมส่งเคราะห์ การที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ จะทำให้พยาบาลมีเวลาสำหรับการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยน้อยลง ในการจัดบุคลากร ผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณามอบหมายงานเหล่านี้ให้บุคลากรอื่น ๆ ทำ เพื่อที่พยาบาลจะได้มีเวลาสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้นอีก

7. ความรู้ความสามารถ ความถนัด และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละประเภท และแต่ละขั้นตอนของการดูแลจะมีความแตกต่างกัน ฉะนั้นผู้บริหารควรจัดบุคลากรพยาบาลให้ไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานต่าง ๆ ตามความรู้ ความสามารถ ความถนัด และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานได้เต็มความสามารถ

8. งบประมาณ โดยที่ผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณาว่ามิงงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การมากน้อยเพียงใด จะมีการจ้างบุคลากรแต่ละประเภทได้มากน้อยเพียงใด และงบประมาณที่ได้รับจัดสรรนั้น ได้ใช้ไปอย่างดีที่สุดในการจัดบุคลากรหรือไม่

วิธีการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล

ในการกำหนดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล หรือการคาดคะเนความต้องการบุคลากรพยาบาล เป็นการประเมินความต้องการทั้งจำนวนและประเภทของบุคลากรในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นงานที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เพราะลักษณะของงานการพยาบาลเป็นบริการที่ต้องทำต่อเนื่องกันตลอด 24 ชั่วโมง และปริมาณงานพยาบาลในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันด้วย การคาดคะเนความต้องการบุคลากรพยาบาลสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น ประเมินจากจำนวนเตียง ประเมินจากจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วย หรือประเมินจากจำนวนชั่วโมงการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งวิธีเหล่านี้มีข้อจำกัดและประเมินได้อย่างคร่าว ๆ เท่านั้น ขาดความน่าเชื่อถือ พวงรัตน์ บุญนารักษ์ (2534) ได้ใช้การวิเคราะห์งานในการคาดคะเนความต้องการบุคลากรพยาบาล เนื่องจากการวิเคราะห์งานเป็นเครื่องมืออันสำคัญยิ่งสำหรับการจัดอัตราบุคลากร เพราะจะช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจได้ว่าควรจัดอัตรากำลังอย่างไร การคาดคะเนความต้องการบุคลากรพยาบาล โดยที่ใช้หลักการวิเคราะห์งาน แบ่งได้เป็น 4 วิธี คือ

1. วิธีชีววิทยาเชิงบรรยาย (Simple descriptive) เป็นการศึกษาแบบง่าย ไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน เป็นการรวบรวมข้อมูลจากตัวแปรที่คาดว่าเกี่ยวข้องกับการจัดบุคลากรโดยไม่มีระบบที่แน่ชัด ใช้สามัญสำนึกและประสบการณ์เป็นตัวกำหนด เช่น คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในหน่วยนั้น ๆ หรืออัตราส่วนระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วย และอัตราส่วนระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ช่วยพยาบาล วิธีนี้นิยมใช้ในอดีตมาก แต่ในปัจจุบันไม่ควรใช้เนื่องจากขาดหลักการและไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเลย

2. วิธีวิทยาเชิงวิศวกรรม (Industrial engineering) เป็นการศึกษางานโดยมุ่งที่การจัดองค์การใหม่ (Reorganization) การกระจายงานใหม่ (Redistribution) โดยใช้เทคนิคการจัดปริมาณงานด้านการวิเคราะห์งานและวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติ มีผู้ดัดแปลงเทคนิควิธีนี้เพื่อจัดเวลาที่ใช้ในการพยาบาลโดยตรง โดยพยาบาลกำหนดเวลามาตรฐานในการพยาบาล และบันทึกเวลาการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง แต่วิธีนี้ไม่มีระเบียบวิธีที่ชัดเจน ขึ้นอยู่

กับการนำเทคนิคทางวิศวกรรมต่าง ๆ มาใช้กับงานการพยาบาล จึงไม่สามารถกำหนดวิธีทำนายความต้องการบุคลากรพยาบาลได้

3. วิธีวิทยาเชิงการจัดการทางวิศวกรรม (Management engineering) วิธีนี้พัฒนามาจากวิธีวิทยาเชิงอุตสาหกรรม จึงใช้หลักการ เทคนิค เครื่องมือ และการดำเนินงานในรูปแบบเดียวกัน โดยเพิ่มการวิเคราะห์ระบบงานและการวิจัยปฏิบัติการขึ้นโดยกำหนดขั้นตอนการวิเคราะห์ไว้ 7 ขั้นตอน คือ กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม วิเคราะห์ส่วนประกอบของหน้าที่รับผิดชอบ วิเคราะห์การกระจายงานที่รับผิดชอบ จัดตารางเวลาการปฏิบัติงาน ฝึกอบรมบุคลากร และทดสอบระบบงาน จัดตั้งระบบการทำงาน จัดตั้งระบบการควบคุมคุณภาพ ขั้นตอนทั้งหมดนี้เป็น การวิเคราะห์ระบบงาน หรือระบบการทำงานในโรงพยาบาล และในแต่ละหน่วยงาน เพื่อที่จะนำไปสู่การคาดคะเนความต้องการบุคลากรต่อไป

วิธีวิทยาเชิงการจัดการทางวิศวกรรมมีเทคนิคที่ยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องการความรู้ความสามารถเฉพาะ จึงไม่ได้นำมาใช้กันอย่างกว้างขวาง ทำให้มีแนวคิดใหม่เกิดขึ้นตามมา

4. วิธีวิทยาเชิงการวิจัยปฏิบัติการ (Operational research) เป็นวิธีการศึกษาที่ใช้ข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงที่รวบรวมอย่างมีระบบเชิงการวิจัย แล้วนำมาคำนวณตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น

วิธีการรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงนั้น จะต้องใช้ข้อมูลทั้งลักษณะงานและปริมาณ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการกรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อจะบ่งบอกความต้องการในการปฏิบัติการพยาบาลและนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณเพื่อตัดสินความต้องการบุคลากรพยาบาล ซึ่งวิธีการนี้เป็นที่นิยมอย่างมากในปัจจุบัน และได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์งานพยาบาล โดยจัดแปลงรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน เพื่อหาเวลาความต้องการพยาบาล (Nursing Care time) ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมทั้งเวลาในการบริหารจัดการ (Management time) ด้วย ผู้ใช้วิธีนี้ในการจัดอัตรากำลังจะต้องมีเทคนิคในการศึกษา การรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์จริงอย่างเที่ยงตรง และวิธีการคิดคำนวณเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลแต่ละประเภท จึงทำให้วิธีการศึกษาวิจัยปฏิบัติการนี้มีข้อแตกต่างและผันแปรได้มาก

อย่างไรก็ตาม การจัดอัตรากำลังด้วยการคาดคะเนความต้องการจากวิธีวิทยาเชิงการวิจัยปฏิบัติการเป็นวิธีการที่มีหลักการมากที่สุด เพราะปัจจุบันจะใช้วิธีการนี้ร่วมกับระบบการจำแนก

ผู้ป่วย เพื่อจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล โดยมีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจำแนกเป็นประเภทตามความสามารถในการดูแลตนเอง หรือตามความต้องการการพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละประเภทจะมีความต้องการการพยาบาลไม่เท่ากัน คือผู้ป่วยบางประเภทมีความต้องการการพยาบาลระดับง่าย และมีปริมาณงานน้อย แต่ผู้ป่วยบางประเภทกลับต้องการการพยาบาลที่มีความซับซ้อนและปริมาณสูง ซึ่งปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งบอกถึงปริมาณงานการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลแต่ละระดับในแต่ละช่วงเวลาได้ ดังนั้น การจัดอัตรากำลังด้วยวิธีวิทยาเชิงการวิจัยปฏิบัติการร่วมกับการจำแนกผู้ป่วย จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำมาใช้ในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีขั้นตอนคือ การจำแนกผู้ป่วย การศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาล และการคำนวณหาความต้องการของบุคลากร รายละเอียดของกิจกรรมและวิธีการในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนการจัดอัตรากำลัง ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การจำแนกประเภทผู้ป่วย

การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นงานขั้นต้นที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องดำเนินการเกี่ยวกับการจัดอัตราบุคลากร (อูดมรรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529) เพราะการจำแนกผู้ป่วยจะเป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในรูปของปริมาณตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วนำปริมาณความต้องการนี้ไปคำนวณหาปริมาณงานทั้งหมดว่าต้องใช้พยาบาลหรือบุคลากรอื่นจำนวนเท่าใด ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วยนอกจากจะมีประโยชน์ต่อการจัดอัตรากำลังบุคลากรแล้ว ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำงานประมาณการพยาบาลและการแบ่งหน้าที่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย (Walker, 1983) ตลอดจนใช้เป็นตัวชี้วัดปริมาณงานหรือประสิทธิภาพของหน่วยงานพยาบาลที่ได้ปฏิบัติในแต่ละวันหรือแต่ละเวร เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้บริหารรู้จักใช้ประโยชน์บุคลากรได้อย่างเหมาะสมและรับรู้ว่าคุณภาพการพยาบาลที่มีอยู่มีจำนวนเพียงพอหรือไม่ การจำแนกประเภทผู้ป่วยแต่เดิมจะจำแนกตามการวินิจฉัยโรค อายุ เพศ ของผู้ป่วย ต่อมาการจำแนกผู้ป่วยจะคำนึงถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ชนิด และความต้องการของการดูแลช่วยเหลือ จนถึงในระบอบปัจจุบันวิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการให้บริการทางการพยาบาลจะจำแนกตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย อาการแสดง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการพยาบาล



วิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วย

การแบ่งประเภทผู้ป่วยมีกระทำกันอยู่หลายลักษณะแล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน โดยทั่วไปที่นิยมใช้มีอยู่ 3 วิธี คือ (อุตมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529)

1. การประเมินตามแบบอย่าง (Prototype Evaluation Method) เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามสภาพความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Dependent) หรือตามลักษณะคำบรรยายของความต้องการการพยาบาล ซึ่งจะใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญสำหรับการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วย วิธีการจัดผู้ป่วยตามลักษณะนี้จะเป็นการจัดประเภทผู้ป่วยด้วยการเทียบลักษณะที่เป็นจริงกับลักษณะที่ระบุไว้ในเครื่องมือ และจัดผู้ป่วยเข้าประเภทที่มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกับลักษณะของผู้ป่วยมากที่สุด โดยการกำหนดคะแนนในเครื่องมือ เช่น

- คะแนน 1 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ (independent patients)
- คะแนน 3 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาคนอื่นเพียงบางส่วน (partially dependent patients)
- คะแนน 5 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาคนอื่นโดยสมบูรณ์ (dependent patients)

เมื่อสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว จึงนำคะแนนที่ได้ให้ค่าไว้มารวมจัดผู้ป่วยเข้าเป็นประเภทต่าง ๆ ที่นิยมจะจัดเป็น 3-5 ประเภท เช่น

โรงพยาบาลจอห์นฮอปกินส์ (Johns Hopkins Hospital Study) ได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท คือ

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ (Self care patient) ได้แก่ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ เดินไปมาได้ด้วยตนเองหรืออาจต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรพยาบาลอย่างเต็มที่ในการเช็ดตัวในที่เตียง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาจช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้บ้าง

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต (Intensive care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะของประเภทที่ 1 และ 2 รวมกัน และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ต้องการการแยกเป็นพิเศษ (Isolation) หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจอย่างรุนแรง ต้องการการดูแลระดับประคับประคองจิตใจอย่างมาก

แมรี เอลเลน วาร์สเลอร์ (Mary Ellen Warstler, อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2522) ได้แบ่งผู้ป่วยในแต่ละแผนกการพยาบาล คือ แผนกอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ แผนกสูติศาสตร์ แผนกเด็กแรกเกิด และแผนกจิตเวช เป็น 5 ประเภท โดยแบ่งตามระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละประเภทจะมีลักษณะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแผนกของผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงลักษณะผู้ป่วยเฉพาะแผนกจิตเวชเท่านั้น

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ (Self care) มีลักษณะคือ

1) ผู้ป่วยที่คอยผลการตรวจพร้อมที่จะจำหน่าย 2) ไม่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลเลย สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามต้องการ

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับต่ำ (Minimal care)

มีลักษณะคือ 1) ผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตและการรักษาพยาบาลเพียงเล็กน้อย 2) คอยจำหน่ายหรือย้าย

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับปานกลาง (Intermediate care)

มีลักษณะดังนี้ 1) พฤติกรรมผิดปกติชนิดปานกลาง ต้องการการควบคุมกิจกรรมบ้าง 2) ต้องการการสังเกตและให้การรักษาเป็นระยะ ๆ

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่ำกว่าขั้นวิกฤต (Modify

Intensive Care) มีลักษณะ 1) ผู้ป่วยที่เห็น้ำทางเส้นเลือดดำ ต้องการการสังเกตหรือต้องการให้การรักษาน้อย ๆ 2) ผู้ป่วยที่เจ็บขมริม ต้องการการกระตุ้นและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤต (Intensive care)

มีลักษณะคือ 1) ปวยเจ็บพลัน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 2) ผู้ป่วยรับใหม่ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

2. การประเมินตามปัจจัย (Factor Evaluation Method) เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจากการประเมินตามแบบอย่าง แต่เป็นการประเมินเฉพาะอย่างโดยการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลด้วยการกำหนดตัวบ่งชี้สำคัญของการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลที่คาดว่าจะมีผลต่อเวลาการพยาบาลขึ้นมาก่อน กิจกรรมการพยาบาลแต่ละอย่างจะถูกแบ่งหรือกระจาย

ออกเป็นหัวข้อย่อย ซึ่งจะบอกถึงความแตกต่างของระดับความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมนั้น ๆ โดยจัดระดับความต้องการระดับต่ำสุดจนถึงระดับสูงสุด แต่ละระดับจะมีคะแนนกำหนดไว้ คะแนนที่กำหนดนี้จะมีพื้นฐานมาจากปริมาณเวลาที่ต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละระดับ (Hoffman, 1984) ปัจจัยเฉพาะที่ใช้ประเมินมี 6 อย่าง คือ การสังเกต (Observation) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) การให้ยาและการรักษาต่าง ๆ (Medications and treatments) ความช่วยเหลือด้านสุขวิทยา (Assistance with Hygiene) การทดสอบต่าง ๆ (Test) และการสอน (Teaching)

ปัจจัยเฉพาะเหล่านี้ได้มีการพัฒนาและกำหนดให้เหมาะสมที่จะใช้กับลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน เช่น Hay และ Nelson (1988) ได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวชด้วยปัจจัยเฉพาะ 8 อย่าง คือ ความต้องการเพื่อนหรือผู้ดูแล (Escort/Accompaniment) การบำบัดทางจิต การดูแลระยะวิกฤต สุขวิทยาส่วนบุคคล อาหาร การรักษาพยาบาลและยา การดูแลพิเศษ และการปรับพฤติกรรม โดยใช้ปัจจัยทั้ง 8 อย่าง วัดระดับความสมบูรณ์ของผู้ป่วยและความซับซ้อนของการพยาบาล Ringerman และ Luz (1990) ได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้ปัจจัยเฉพาะคล้ายกับ Hay และ Nelson แต่แบ่งกิจกรรมการพยาบาลเพื่อประเมินออกเป็น 7 อย่าง คือ อาหาร การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล การมีกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ ความต้องการอิสระ และการมีสังคม ความต้องการการดูแลพิเศษ และการควบคุมพฤติกรรม และความต้องการการปรึกษาของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยอื่น ๆ มีผู้สนใจใช้การประเมินตามปัจจัยเป็นเครื่องมือในการจำแนกประเภทเช่นกัน

นอกจากการจำแนกผู้ป่วยด้วยการประเมิน 2 วิธี ดังกล่าวแล้ว ยังสามารถนำทั้ง 2 วิธี มาช่วยกันประเมินผู้ป่วยโดยกำหนดลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท แล้วจึงใช้การประเมินตามปัจจัยเป็นเครื่องบ่งชี้ ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอีกครั้ง แล้วจึงจัดผู้ป่วยนั้น ๆ เข้าในแต่ละประเภท เช่น CASH หรือคณะกรรมการจัดการด้านบริหารในโรงพยาบาล (The Commission Administrative Service in Hospitals) ได้ประเมินลักษณะอาการผู้ป่วยและความต้องการการพยาบาลโดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท คือ

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเล็กน้อย (Minimal Care) ได้แก่ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารได้เอง หรือต้องการการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลาง (Average Care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน และอาจต้องการการกระตุ้นเพื่อให้รับประทานอาหารได้

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากกว่าระดับปานกลาง (Above Average Care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องได้รับการบ้วนอาหารให้แต่สามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้เอง

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากที่สุด (Maximum Care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารและกลืนอาหารได้เอง ต้องได้รับการบ้วนอาหารทางสายยาง

และจะมีปัจจัยเฉพาะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความต้องการการพยาบาล เพื่อจำแนกผู้ป่วยดังนี้คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย การปฏิบัติการรักษาพยาบาล การได้รับยา การสอน และประคับประคองจิตใจ การกำหนดลักษณะผู้ป่วย และมีปัจจัยเป็นเครื่องบ่งชี้ ในการประเมินเพื่อจำแนกผู้ป่วยเป็นวิธีที่นิยมมาใช้ โดยเฉพาะในประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาการจัดอัตราบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น จินตนา บริษัท (2523) ได้ใช้ศึกษาการจัดอัตราบุคลากรพยาบาลในแผนกกุมารเวชศาสตร์ เกลิงศรี ศรทรง (2525) ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในหน่วยผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการวางแผนบุคลากรและดำเนินการทางด้านบริการของกระทรวงสาธารณสุข (รีต, 2513 และกองวิทยาลัยพยาบาล, 2531)

3. การประเมินความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย (Progressive Patient Care Evaluation Method) หรือเรียกว่าระบบ PPC วิธีนี้พัฒนามาจากวิธีที่ 1 และวิธีที่ 2 โดยได้ศึกษาวิจัยเพื่อที่จะกำหนดประเภทของผู้ป่วยตามจำนวนเวลาการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งเวลาของการพยาบาลนั้นจะต้องคงตัวและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ การประเมินด้วยวิธีนี้จะเป็นการดูแลตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 8 ประเภท คือ ผู้ป่วยหนักในระยะวิกฤต (Intensive Care) ผู้ป่วยหนักที่มีอาการคงที่ (Constant Care) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปานกลาง (Moderate Care) ผู้ป่วยเรื้อรัง (Extended long term care) ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Self Care) ผู้ป่วยที่อยู่บ้าน (Home Care) ผู้ป่วยนอกหรือประชาชนทั่วไป (Outpatient service) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care) การ

ประเมินผู้ป่วยด้วยวิธีที่สามารถจำแนกระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และยังใช้กำหนดลักษณะการให้บริการได้อีกด้วย

แม้ว่าวิธีการประเมินตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยจะเป็นวิธีที่ดีและน่าสนใจ แต่ในการศึกษาค้างนี้ไม่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัยได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยใน ซึ่งมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกัน จึงไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 8 ประเภท เช่น ผู้ป่วยที่อยู่บ้าน (Home Care) และผู้ป่วยนอก (Out Patient Service) เป็นต้น ดังนั้นวิธีการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการกำหนดลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภทแล้วใช้การประเมินตามปัจจัยเป็นเครื่องชี้วัดเพื่อบ่งบอกความต้องการการพยาบาล เป็นวิธีที่ดีที่สุด เพราะผู้ป่วยจะถูกประเมินในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเป็นคะแนนรวมในการจำแนกผู้ป่วยตามความเข้มของคะแนนความต้องการการพยาบาล

ฉะนั้น ในการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินโดยการกำหนดลักษณะของผู้ป่วยตามการประเมินตามแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นภาพโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละประเภทได้ ร่วมกับการประเมินตามปัจจัยเป็นข้อชี้วัดเพื่อบ่งบอกความต้องการการพยาบาล วิธีดังกล่าวจะจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท โดยคำนึงถึงปริมาณและความซับซ้อนของความต้องการการพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งขั้นตอนการจำแนกประเภทผู้ป่วยจะประกอบด้วย

1. กำหนดลักษณะโดยรวมของผู้ป่วยแต่ละประเภท เป็นการกำหนดเกณฑ์คร่าว ๆ ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยแต่ละประเภทมีลักษณะดังนี้

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติที่ชัดเจน สามารถดูแลตนเองได้ (Self care) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ สามารถดูแลกิจกรรมส่วนบุคคลได้เองหรือภายใต้คำแนะนำบางครั้ง ต้องการการบำบัดทางจิตและกิจกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนหรือจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมบางด้าน เช่น ผู้ป่วยรอจำหน่าย ผู้ป่วยที่ทดลองให้เยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตในระดับต่ำ (Mild) ต้องการการดูแลระดับต่ำ (Minimal care) เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือมีความผิดปกติทางจิตในบางด้าน แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ร่วมกิจกรรมการรักษาได้ตลอดแต่

ต้องการการกระตุ้นตลอดเวลา ต้องการการควบคุมในบางกิจกรรม ต้องการการสังเกตเป็นระยะ สามารถดูแลกิจกรรมส่วนบุคคลภายใต้การดูแลจากบุคลากรพยาบาลในบางครั้ง

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระดับปานกลาง (Moderate) ต้องการการดูแลในระดับปานกลาง (Intermediate care) เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตชัดเจนหลายด้าน อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรืออาจจะเป็นหรือไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางจิตในบางกิจกรรม และ/หรือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาในระยะเวลาสั้น ต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมส่วนบุคคลในทุกด้าน ต้องการการสังเกต การกระตุ้นและการดูแลพิเศษ

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระดับรุนแรง (Severe) ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤต (Intensive care) เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมการบำบัดทางจิตได้เลย ต้องการการดูแลช่วยเหลือกิจกรรมส่วนบุคคลในทุกด้าน ต้องการการดูแลพิเศษและการสังเกตอย่างใกล้ชิด ต้องการกิจกรรมการบำบัดทางชีวภาพมากกว่า 1 อย่าง

2. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นปัจจัยเฉพาะสำหรับประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ต้องใช้เวลาในการรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน การแสดงออกของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ชัดเจนอย่างผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ฉะนั้น ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความชัดเจนต้องมีการกำหนดตัวบ่งชี้เฉพาะที่ใช้ในการพิจารณาความแตกต่างของความต้องการการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การบำบัดทางจิต (Psychotherapeutic Intervention) เป็นข้อบ่งชี้ในการประเมินความต้องการการบำบัดทางจิตของผู้ป่วย โดยความต้องการการบำบัดทางจิตจะเป็นความต้องการที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ในลักษณะการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (The Therapeutic Nurse-Patient Relationship) ซึ่งการประเมินเพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยในกิจกรรมการพยาบาลนี้ เป็นการพิจารณาความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลจากความยาก-ง่าย ความซับซ้อน ความถี่หรือบ่อยครั้ง ในการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีผลต่อเวลาที่ใช้เพื่อการพยาบาลผู้ป่วย และความสามารถในการมีสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วย ในการจำแนกผู้ป่วยอาจจะประเมินจากพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมที่เปิดเผย ได้แก่ การเคลื่อนไหว การพูด การร้องไห้ การหัวเราะ และพฤติกรรมที่ปกปิด ได้แก่ ความคิด ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ของผู้ป่วย

2. การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม (Group Intervention) เป็นข้อบ่งชี้สำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่บุคลากรพยาบาลจะต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย โดยพิจารณาความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลจากความสามารถของผู้ป่วยในการร่วมกิจกรรมกลุ่มการรักษาทั้งประเภทและระยะเวลาที่อยู่ในกิจกรรม รวมทั้งจำนวนครั้งและความถี่ของความต้องการการกระตุ้น การควบคุม หรือการการดูแลให้ร่วมกิจกรรมการรักษาในแต่ละครั้ง

3. การบำบัดทางชีภาพ (Somatic Intervention) เป็นการประเมินความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมการช่วยบรรเทาอาการ หรือยับยั้งอาการป่วยทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการแสดงออกของพฤติกรรมแปรปรวน โดยการจัดการทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งการพิจารณาความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลในส่วนนี้ พิจารณาจากความยาก-ง่าย และความซับซ้อนของกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนความถี่หรือความบ่อยครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในด้านการจำกัดพฤติกรรม การดูแลการได้รับยา ความต้องการการสังเกตและการดูแลในกิจกรรมการปฏิบัติการรักษาพยาบาลอื่น ๆ

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Daily activity care) เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการบอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย อาจมีผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Thompson, et. al., 1986) ทำให้ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกายได้น้อยลงจึงต้องการบุคคลอื่นช่วยดูแลแทน ฉะนั้นในการประเมินความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลในส่วนนี้จึงประเมินจากระดับความสามารถในการดูแลตนเองในด้านความสามารถในการดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย การดูแลการมีกิจกรรมอื่น และการนอนและการขับถ่าย

การจำแนกผู้ป่วยอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพจะก่อประโยชน์ให้กับหน่วยงานนั้น ๆ

อย่างมาก เช่น ทำให้ผู้บริหารสามารถวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากร สามารถจัดสรรบุคลากรให้แก่หอผู้ป่วยต่าง ๆ ได้อย่างยุติธรรม และเป็นแนวทางในการมอบหมายงาน เพื่อใช้ประโยชน์บุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิผลของการพยาบาลประการหนึ่ง ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางคิดค่าการรักษาพยาบาลในอนาคตได้อีกด้วย การที่ระบบการจำแนกผู้ป่วยจะมีประโยชน์อย่างทีกล่าวนานี้ จะต้องมีการเลือกใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพเป็นที่เชื่อถือได้ และมี

ลักษณะเหมาะสมกับหน่วยงาน วิธีการเลือกหรือสร้างเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย ในผู้ป่วย
ทุกลักษณะจะมีความคล้ายคลึงกันคือ เครื่องมือจำแนกผู้ป่วยนั้นจะต้องมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสม
ที่จะใช้จัดผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้อย่างชัดเจน ซึ่งลักษณะที่กล่าวถึงคือ

1. เครื่องมือที่ใช้จำแนกผู้ป่วย ควรมีพื้นฐานจากมาตรฐานการพยาบาล เช่น
เครื่องมือจำแนกผู้ป่วยจิตเวช ควรมีพื้นฐานมาจากมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช
2. สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยหรือข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการพยาบาลได้อย่าง
เฉพาะเจาะจงและไม่คลุมเครือ คือมีค่าของความเชื่อถือได้ในระหว่างผู้สังเกตสูง
3. การจำแนกประเภทผู้ป่วย ควรมีการแบ่งจำนวนของประเภทผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่ง
เครื่องมือส่วนใหญ่มักจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3-5 ประเภท หรือโดยเฉลี่ย 4 ประเภท อาเวอร์ด
(Alward, 1983) ได้ให้ข้อคิดว่าการจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท จะมีค่าความ
แปรปรวนสูง เนื่องจากผู้ป่วยบางประเภทจะรวมผู้ป่วยไว้จำนวนมาก แต่ถ้าแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5
ประเภท จะพบว่าปริมาณความต้องการที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรพยาบาลไม่แตกต่างกัน ดังการ
ศึกษาของ จิตนา ปรีชา (2523) พบว่า ปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยประเภทที่ 1
ได้รับจากบุคลากรพยาบาลไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยประเภทที่ 2 ฉะนั้นการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4
ประเภท จึงน่าจะเป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ดีที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดนี้ในการแบ่งผู้ป่วย
จิตเวชออกเป็น 4 ประเภท เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย แต่ละประเภท
4. เครื่องมือจำแนกผู้ป่วยควรจะเข้าใจง่าย และใช้เวลาในการจัดประเภทผู้ป่วย
น้อยที่สุด
5. เครื่องมือจำแนกผู้ป่วยต้องมีความเที่ยงตรง เชื่อถือได้โดยสามารถวัดได้ค่าที่
ถูกต้องแน่นอน และมีความทันสมัย

ในการเลือกใช้เครื่องมือจำแนกผู้ป่วย ผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณาถึงแนวคิด
ทางการพยาบาลของหน่วยงานพยาบาล ความสามารถและจำนวนของบุคลากรพยาบาลแต่ละระดับ
ในการที่จะมีส่วนร่วมในการใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
เช่น งบประมาณในการศึกษาระบบจำแนกผู้ป่วย ข้อผิดพลาดในการศึกษาปริมาณการพยาบาล
เป็นต้น ก่อนที่จะสร้างเครื่องมือหรือเลือกเอาเครื่องมือจำแนกผู้ป่วยที่มีผู้สร้างไว้มาใช้ในหน่วย-
งานของตน ควรเลือกใช้เครื่องมือที่สามารถสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภทได้
เพราะระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือระบบการจำแนกผู้ป่วยที่มีรายละเอียด
ที่ออกแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับลักษณะหรือสภาพของผู้ป่วยที่จะนำไปใช้ (Gillies, 1982) ใน

หน่วยงานนั้น ๆ เมื่อผู้บริหารการพยาบาลได้เครื่องมือจำแนกผู้ป่วยและทราบจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละเวรแล้ว นำข้อมูลเหล่านี้หาปริมาณงานพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อนำมาคำนวณหาจำนวนบุคลากรต่อไปได้

ขั้นที่ 2 ศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาล

ปริมาณความต้องการการพยาบาล เป็นการวัดปริมาณงานการพยาบาล โดยการศึกษาการใช้เวลาของบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลแต่ละอย่างในรูปของปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ในแต่ละวัน หรือแต่ละช่วงเวลา ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้น จะเป็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและการตั้งเป้าหมายการพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการพยาบาล (Shortridge and Lee, 1980) เพื่อสนองตอบความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย

การหาปริมาณความต้องการการพยาบาล เป็นการหาความต้องการของบริการต่าง ๆ ที่เป็นทั้งบริการที่ให้กับผู้ป่วยโดยตรง และบริการที่เอื้ออำนวยต่อการบริการของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ระยะ (พวงรัตน์ บุญนารักษ์, 2522) คือ

ระยะที่ 1 การตัดสินใจความต้องการการพยาบาลโดยตรง (Direct patient care) เป็นการหาจำนวนเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทต้องการการดูแล โดยอาศัยหลักการจำแนกผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาล หรือระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การตัดสินใจความต้องการการพยาบาลโดยตรงมีผู้ศึกษาและให้ค่าเฉลี่ยของเวลาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแตกต่างกัน ซึ่งได้แก่

1. วิธีการศึกษาของโรงพยาบาลจอห์น ฮอปกินส์ (John Hopkins Hospital Study) ซึ่งแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท และคิดเวลาการพยาบาลตั้งแต่เวลา 06.00 น. ถึง 24.00 น. (18 ชั่วโมง) โดยหาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ ดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ดูแลตนเอง (Self care patient) คือผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ เดินไปเดินมาด้วยตนเองหรืออาจต้องการการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการพยาบาล 0.5 ชั่วโมงต่อ 18 ชั่วโมง

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care) เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาจช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้บ้าง แต่ต้องการดูแลเพิ่มเติมในการเช็ดตัวที่เตียง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการพยาบาล 1 ชั่วโมง ต่อ 18 ชั่วโมง

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต (Intensive care) เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลในลักษณะของผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 2 และต้องการการดูแลพิเศษอื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการพยาบาล 2.5 ชั่วโมง ต่อ 18 ชั่วโมง

เกลิงส์ คีร์ทริง (2526) ได้นำวิธีการศึกษาของโรงพยาบาลจอห์น ฮอปส์คินส์ เป็นแนวทางในการศึกษา การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในแผนกผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ซึ่งพบว่า ความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภทเช่นกัน โดยผลการศึกษาพบว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทใน 24 ชั่วโมง มีความต้องการดังนี้

ประเภทที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ (Self care) ต้องการการพยาบาล 1.64 ชั่วโมง

ประเภทที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care) ต้องการการพยาบาล 3.98 ชั่วโมง

ประเภทที่ 3 คือ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต (Intensive care) ต้องการการพยาบาล 7.77 ชั่วโมง

2. วิธีของวาร์สเลอร์ (Mary Allen Warstler) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดประเภทผู้ป่วย และแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ผลการศึกษาพบว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแบ่งเป็น

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ (Self care) มีความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 1.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับต่ำ (Minimal care) มีความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care) มีความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 5.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง



ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่ำกว่าระยะวิกฤติ (Modified Intensive care) มีความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 7.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะวิกฤติ (Intensive care) มีความต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย 12 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ซึ่ง ลิลลี่ โอบาร์นุกูล (2523) นำหลักการของวาร์สเลอร์ไป ศึกษาความต้องการ การพยาบาลหลังคลอด ในแผนกสูติศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท เช่นกัน และผลการศึกษาพบว่าความต้องการ ใน 24 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยของผู้ป่วยประเภทที่ 1 เท่ากับ 2.36 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 2 เท่ากับ 3.18 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 3 เท่ากับ 4.42 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 4 เท่ากับ 7.28 ชั่วโมง และผู้ป่วยประเภทที่ 5 เท่ากับ 8.71 ชั่วโมง และในขณะที่เดียวกัน จินตนา ปรีชา (2523) ได้อาศัยแนวทางของ วาร์สเลอร์ ใช้ในการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยการศึกษาริมาณเวลาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยประเภทที่ 1 เท่ากับ 2.77 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 2 เท่ากับ 3.32 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 3 เท่ากับ 4.56 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 4 เท่ากับ 5.96 ชั่วโมง และผู้ป่วยประเภทที่ 5 เท่ากับ 7.96 ชั่วโมง

3. วิธีของ CASH (The Commission for Administrative Service in Hospitals) CASH ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ คัลยศาสตร์ และกำหนดเป็นเวลามาตรฐานที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลโดยเฉลี่ย เท่ากับ 4.5 ชั่วโมง ต่อคน ต่อวัน แต่ต่อมาได้มีการศึกษาเพิ่มเติมและให้ผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดย CASH ได้แบ่งประเภทผู้ป่วยและศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละ เวร โดยผลการศึกษาพบว่าความต้องการของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง แบ่งเป็น

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเล็กน้อย ต้องการการพยาบาล เวรเช้า เท่ากับ 1.4 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 0.93 ชั่วโมง เวรตึก เท่ากับ 0.4 ชั่วโมง

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับเฉลี่ย ต้องการการพยาบาล เวรเช้า เท่ากับ 2.20 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 1.40 ชั่วโมง เวรตึก เท่ากับ 0.60 ชั่วโมง

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากกว่าระดับเฉลี่ย ต้องการการพยาบาล เวรเช้า เท่ากับ 2.90 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 1.90 ชั่วโมง เวรตึก เท่ากับ 0.90 ชั่วโมง

ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากที่สุด ต้องการการพยาบาล

เวรเช้า เท่ากับ 4.30 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 2.90 ชั่วโมง เเวรดึก เท่ากับ 1.30 ชั่วโมง

นิกา ภู่วะโรทัย (2533) ได้นำแนวทางของ CASH ใช้ในการศึกษาการจัดอัตรา กำลังบุคลากรพยาบาลในการพยาบาลอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยการ ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ต้องการการพยาบาลใน 24 ชั่วโมง คือ

เวรเช้า เท่ากับ 0.56 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 0.23 ชั่วโมง เเวรดึก เท่ากับ 0.17 ชั่วโมง

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ต้องการการพยาบาลใน 24 ชั่วโมง คือ

เวรเช้า เท่ากับ 0.82 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 0.35 ชั่วโมง เเวรดึก เท่ากับ 0.24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ต้องการการพยาบาลใน 24 ชั่วโมง คือ

เวรเช้า เท่ากับ 1.35 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 0.97 ชั่วโมง เเวรดึก เท่ากับ 0.69 ชั่วโมง

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ต้องการการพยาบาลใน 24 ชั่วโมง คือ

เวรเช้า เท่ากับ 2.53 ชั่วโมง เวรบ่าย เท่ากับ 1.46 ชั่วโมง เเวรดึก เท่ากับ 1.46 ชั่วโมง

จากวิธีการตัดสินความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วย ส่วนใหญ่วิธีการในการ ศึกษาจะคล้ายคลึงกัน คือ มีการจำแนกประเภทผู้ป่วย และศึกษาปริมาณเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละประเภท ได้รับ แต่ผลการศึกษาปริมาณเวลาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภทไม่เท่ากันเลย แม้ว่าวิธีการ จำแนกประเภทผู้ป่วยจะเหมือนกัน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วย ความ ต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม และลักษณะเฉพาะของหอผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน (Gallagher, 1987) โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย จึงน่าสนใจ ว่าปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแตกต่างจากผู้ป่วยอื่น ๆ อย่างไร

ระยะที่ 2 การหาความต้องการเวลาบริการการพยาบาล นอกเหนือจากการพยาบาล โดยตรง บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ ไม่เพียงแต่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังใช้เวลากับกิจกรรมอื่น ๆ ด้วย ซึ่งอาจจะแบ่งปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาล ใช้ในการกระทำกิจกรรมบนหอผู้ป่วยได้เป็น 4 ลักษณะ คือ (Vanputte, et. al., 1985, มขุรา กาญจนางกูร และพยอม วิริยา, 2526)

1. การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บุคลากร พยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย และ/หรือญาติ เช่น การเยี่ยมตรวจ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้ยา การทำแผล การสอน เป็นต้น

2. การพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลใช้เวลาในการเตรียม หรือส่งเสริมให้กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น การเตรียมยา การเขียนรายงานผู้ป่วย การประชุมปรึกษา การติดต่อกับแผนกอื่น ๆ เป็นต้น

3. กิจกรรมบริหารจัดการ เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่องานในหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่กิจกรรมพยาบาล เช่น การดูแลเครื่องใช้ การบริหารงาน การนิเทศ งานแม่บ้าน เป็นต้น

4. กิจกรรมส่วนบุคคล คือเป็นเวลาที่บุคลากรพยาบาลทำธุระส่วนตัว เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว หรือปฏิบัติธุระส่วนตัวอื่น ๆ

การหาความต้องการเวลาบริการพยาบาลนอกเหนือจากการพยาบาลโดยตรง จึงเป็นการหาปริมาณเวลาของการพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย และกิจกรรมบริหารจัดการ ซึ่งจากการศึกษาของโรงพยาบาล จอห์น ฮอปคินส์ ได้เสนอว่าปริมาณเวลาในกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงของบุคลากรพยาบาลทุกระดับรวมกันแล้วเป็นเวลา 20 ชั่วโมง ต่อเวลาทำงาน 8 ชั่วโมง ในหอผู้ป่วย 29 - 30 เตียง (พวงรัตน์ บุญนุรักษ์, 2522) โดยมีการพิจารณาความแตกต่างของการใช้เวลาในแต่ละเวร (Dunn, 1963 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญนุรักษ์, 2522) ส่วน Meyer (1978) ได้ศึกษาปริมาณเวลาของการบริการนอกเหนือกิจกรรมโดยตรง พบว่า ปริมาณเวลาโดยเฉลี่ย เท่ากับ 38 นาที ต่อ ผู้ป่วย 1 คน ต่อ 1 วัน เมื่อนำผลการศึกษาของ Meyer เปรียบเทียบกับค่าที่ได้จากโรงพยาบาล จอห์น ฮอปคินส์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก ซึ่งอาจจะเนื่องจากมีความแตกต่างในลักษณะงาน องค์ประกอบของหน่วยงาน และนโยบายของหน่วยงานนั้น ๆ

ดังนั้น จากกิจกรรมที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า สิ่งจำเป็นต่อการศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช จะต้องมีการศึกษาในกิจกรรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมใหญ่ 2 อย่าง คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เป็นกิจกรรมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการปฏิบัติ การพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลกระทำหรือปฏิบัติกับตัวผู้ป่วย และ/หรือญาติของผู้ป่วย และอาจเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียว และ/หรือมีญาติอยู่ด้วย ได้แก่ การบำบัดทางจิต การช่วยเหลือด้วยกลุ่ม การบำบัดทางชีวภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเยี่ยมตรวจ การรับ การย้าย การจำหน่าย การส่งผู้ป่วยไปตรวจหรือรักษาในหน่วยงานอื่น ๆ เป็นต้น

2. กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม หรือกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ นอกเหนือกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคลากรพยาบาลที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อ

ผู้ป่วย แต่จะส่งผลสัมฤทธิ์ให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปโดยสมบูรณ์ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมแบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 กิจกรรมเสริมการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติงานที่บุคลากรพยาบาล ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการรักษาพยาบาล หรือให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปโดยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่ การเตรียมอาหาร ยา ของใช้ เพื่อให้การพยาบาลและตรวจรักษา การบันทึกรายงานต่าง ๆ การประชุมปรึกษา และการบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

2.2 กิจกรรมการบริหารจัดการ หมายถึง การปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ซึ่งไม่ใช่กิจกรรมการพยาบาล แต่เป็นกิจกรรมหรืองานที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการบริหาร การประสานงานและการจัดการภายในหอผู้ป่วย และเป็นผลสัมฤทธิ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่ งานด้านการบริหารและการนิเทศ งานแม่บ้าน การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ งานธุรการ เป็นต้น

ฉะนั้น การหาปริมาณความต้องการการพยาบาลจิตเวชจึงเป็นการนำรายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมมาสร้างเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละอย่าง เมื่อได้เวลาทั้งหมด แล้วจึงนำมาคำนวณหาจำนวนบุคลากรและกำหนดคุณภาพบุคลากรพยาบาล

ขั้นที่ 3 การคำนวณหาความต้องการบุคลากรพยาบาล

หลังจากได้ศึกษาเกี่ยวกับปริมาณงานการพยาบาลทั้งหมดแล้ว นำข้อมูลที่ได้คำนวณหาความต้องการบุคลากรพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หาปริมาณงานการพยาบาลทั้งหมดของหน่วยงาน ซึ่งเท่ากับผลรวมของปริมาณงานการพยาบาลโดยตรงและปริมาณการพยาบาลโดยอ้อมที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทได้รับ
2. หาจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องการ โดยการคิดจากปริมาณงานการพยาบาลในแต่ละเวร ซึ่งเท่ากับ

จำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องการแต่ละเวร

$$= \frac{\text{ปริมาณงานการพยาบาลทั้งหมดในเวรนั้น}}{\text{ชั่วโมงการปฏิบัติงานในแต่ละเวร}}$$

ชั่วโมงการปฏิบัติงานในแต่ละเวร

การพิจารณาชั่วโมงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในแต่ละเวรนั้น บุคลากรพยาบาล จะทำงานประจำ (regular work) อย่างมากที่สุดไม่ควรเกิน 1 ใน 3 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ฉะนั้น ในการปฏิบัติงานทั้งหมด 8 ชั่วโมง บุคลากรจะทำงาน 6 ชั่วโมง โดยรวม เวลาค้นและรับประทานอาหารด้วย ส่วนเวลาที่เหลือจะแบ่งเป็น การมอบหมายงานพิเศษ งานสร้างสรรค์ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (2530) ได้กำหนดเวลา มาตรฐานของการทำงานไว้วันละ 6 ชั่วโมง เนื่องจากขณะทำงานบุคลากรจะใช้เวลาส่วนหนึ่ง ทำกิจกรรมส่วนตัว ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลที่ให้บริการ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจึงไม่เกิน 5 ชั่วโมงต่อการปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง โดยไม่รวมเวลาที่ใช้กิจกรรม ส่วนตัวงานสร้างสรรค์และการมอบหมายพิเศษ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงอีกประการหนึ่งของการหาจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องการควร มีการพิจารณาความต้องการการพยาบาลในแต่ละเวรว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร นักวิชาการ หลายท่านได้เสนอแนวความคิดปริมาณงานการพยาบาลทั้งหมดใน 1 วัน ออกเป็นส่วน ๆ ดังนี้

Alexander (1972 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) ได้เสนอ ให้คิดเวลาการพยาบาล เวรเช้า 64 % เวรบ่าย 24 % เวรดึก 12 %

Battelle Northwest Systems Programs (1970 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) ได้ศึกษาพบว่าจำนวนเวลาการพยาบาลเวรเช้าเท่ากับ 45 % เวรบ่าย 37 % และเวรดึก 17 %

Warstler (1972 อ้างถึงใน Swansburg, 1990) ได้แบ่งกิจกรรมการ พยาบาลในเวรเช้าเท่ากับ 47 % เวรบ่ายเท่ากับ 35 % เวรดึก 17 %

และ Steven (1980) ได้แบ่งงานเวรเช้าเท่ากับ 45 % เวรบ่าย 35 % และ เวรดึก 20 %

จะเห็นได้ว่าสัดส่วนงานของแต่ละท่านที่ เสนอไว้มีความแตกต่างกันในจำนวนเวลา ของแต่ละเวร แต่มีความเห็นสอดคล้องกันคืองานเวรเช้าจะมากกว่าเวรบ่าย และเวรดึก เป็นลำดับ กัน ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับการปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยที่เวรเช้าจะมีการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าเวรบ่าย และเวรดึก

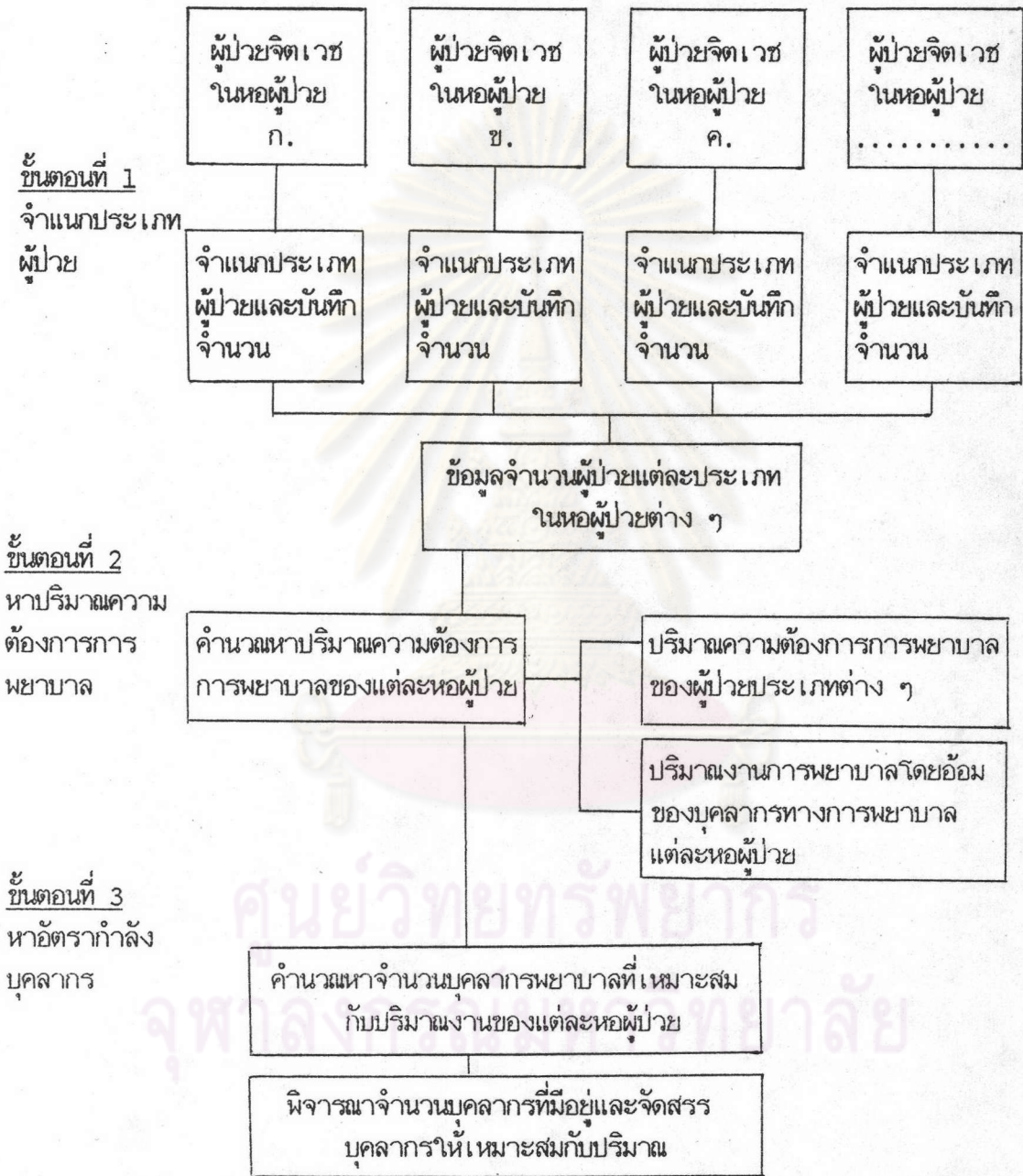
3. กำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาลในแต่ละเวร

การกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาล ควรมีการจัดลักษณะงานการ พยาบาลให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละระดับ เช่น หัวหน้าตึกควร

ใช้เวลาเพื่อการพยาบาลโดยตรง 15 % ของเวลาทั้งหมด หรือพยาบาลวิชาชีพควรใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 40 % ของเวลาทั้งหมด เป็นต้น ซึ่งหมายถึงการกำหนดบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนว่าบุคลากรพยาบาลระดับใดมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรงในเรื่องใด และกิจกรรมอื่น ๆ อย่างไร

การกำหนดสัดส่วนบุคลากรพยาบาลเป็นอีกวิธีหนึ่งในการกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาล ซึ่ง Swansburg (1991) ได้ให้ข้อเสนอในการกำหนดจำนวนบุคลากรพยาบาล เพื่อจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ให้มีคุณภาพว่า ควรกำหนดอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรพยาบาลในระดับอื่นเท่ากับ 1 : 1 ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าอัตราส่วนของ Swansburg เป็นแนวทางในการกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาลจิตเวชที่ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลได้ เพราะการพยาบาลจิตเวชเป็นศาสตร์ที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอย่างมีค่าในสังคม จึงต้องการพยาบาลในระดับวิชาชีพและมีการศึกษาเฉพาะทางจิตเวช ซึ่ง Jacobsma (1991) ได้กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระดับชั้นพื้นฐานยังมีความสามารถไม่เพียงพอต่อการพยาบาลที่มีคุณภาพของการพยาบาลจิตเวช ควรมีการจัดการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เอกอรรถผล (2529) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลจิตเวช มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นจิตใจมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านการอบรม ดังนั้น การกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช จะพิจารณาตามจำนวนชั่วโมงการพยาบาลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ตามประเภทของผู้ป่วยที่ประเมินได้ในหน่วยงานนั้น ๆ รวมทั้งระเบียบการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของในหน่วยงานนั้น การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช ตามความต้องการของผู้ป่วยอาจจะสรุปขั้นตอนได้ 3 ขั้นตอนดังรายละเอียดแสดงในแผนภูมิที่ 1

การคำนวณจำนวนบุคลากรที่กล่าวมานี้ เป็นการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมปริมาณงานของหน่วยงานในแต่ละเวรและแต่ละวันเท่านั้น ดังนั้นการวางแผนจัดอัตรากำลังบุคลากรในระยะยาวจะต้องนำเรื่องวันลา วันหยุดต่าง ๆ มาคำนวณเพื่อหาจำนวนบุคลากรที่แน่นอน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (2530) ได้กำหนดวันทำงานมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ในมิหนึ่ง ๆ ที่หักวันลา วันหยุดต่าง ๆ แล้ว เท่ากับ 230 วัน



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนของการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาล