

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโครงการระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก : กรณีศึกษา
โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆสรุปได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
 - 1.1 คำขวัญ นโยบายคุณภาพ วิสัยทัศน์ พันธกิจ
 - 1.2 หออภิบาลผู้ป่วยหนัก
 - 1.3 หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
2. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.1 ความหมายของระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.2 แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.3 วัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.4 ลักษณะโครงสร้างของระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.5 ประโยชน์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 2.6 แนวทางการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
3. การบริหารแบบมีส่วนร่วม
4. การบริหารแบบมีส่วนร่วมกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้
5. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ
 - 5.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ
 - 5.2 คุณสมบัติพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
 - 5.3 มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยวิกฤติ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

โรงพยาบาลสมิติเวชเป็นโรงพยาบาลที่ก่อตั้ง และดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 โดยมีแพทย์เชี่ยวชาญทุกด้าน มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการรักษา และวินิจฉัยโรคที่ทันสมัย และ

บุคลากรทางด้านอื่นๆ ที่มีความพร้อมทั้งความรู้ และความชำนาญ ในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้ การบริการของโรงพยาบาลดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสมิติเวชเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกจำนวน 87 ห้อง ให้บริการตรวจรักษาโรคทุกสาขา เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวช กุมารเวชศาสตร์ คลินิก นูตา คอ จมูก รวมทั้งคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ กายภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหอผู้ป่วยหนักที่ทันสมัย สำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ และมีบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง มีจำนวนบุคลากรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พนักงน รวมทั้งสิ้นประมาณ 1200 คน ทั้งนี้ไม่นับรวมแพทย์ที่ปฏิบัติงาน เฉพาะเวลาอีกกว่าประมาณ 200 คน

โรงพยาบาลสมิติเวชปัจจุบันได้จดทะเบียนเป็นบริษัทมหาชน ในนามของบริษัทสมิติเวช จำกัด(มหาชน) สถานที่โรงพยาบาลประกอบด้วย อาคารสถาบันกุมารเวชศาสตร์ และอาคาร โรงพยาบาลสูง 6 ชั้น ซึ่งชั้นที่ 1 ประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอก แผนกทันตกรรม แผนกจักษุ คลินิก แผนกฉุกเฉิน แผนกรังสีวิทยา ห้องจ่ายยา แผนกการเงิน ห้องเจาะเลือด ห้องตรวจคลื่น หัวใจ ศูนย์สุขภาพสตรี ชั้นที่ 2 ประกอบด้วย หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้นหลัง ผ่าตัด ห้องคลอด ชั้นที่ 3 , 4, 5, 6 จัดเป็นหอผู้ป่วยทั้งหมด 8 หอ แบ่งชนิดห้องผู้ป่วยออกเป็น ห้องชุดพิเศษ ห้องเดี่ยวเดอลุกซ์ ห้องเดี่ยวพิเศษ ห้องทารกแรกเกิด โรงพยาบาลได้จัดชั้น 3 ไว้ สำหรับผู้มาพักเพื่อคลอดและหลังคลอด พร้อมทั้งห้องบริหารทารกเพื่ออำนวยความสะดวก มารดาและบุตร ที่จะมีเวลาอยู่ร่วมกันได้มากที่สุด โดยไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่นๆ

1.1 คำขวัญ นโยบายคุณภาพ วิสัยทัศน์ พันธกิจ

“บริการเป็นเยี่ยม เปี่ยมคุณธรรม”

“Excellent in services, Commitment to ethics”

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท มีนโยบายคุณภาพ คือ

“สมิติเวช มุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการสุขภาพสูงสุดตาม มาตรฐานวิชาชีพ โดยยึดถือสิทธิประโยชน์ ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็น สำคัญ”

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท คือ

“บริษัทมีความมุ่งมั่นที่จะเป็นผู้นำของโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศที่มี บริการทางการแพทย์ครบวงจร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

โดยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและจริยธรรม มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของผู้รับบริการ แพทย์ บุคลากร ผู้ถือหุ้นและชุมชน”

พันธกิจ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท คือ

เพื่อให้บรรลุถึงวิสัยทัศน์ข้างต้น บริษัทมีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ตามมาตรฐานวิชาชีพ แบบครบวงจรในสาขาที่กำหนด
2. ให้บริการที่มีคุณภาพสูงด้วยราคาที่เหมาะสมเพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ
3. เป็นศูนย์รวมบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและจริยธรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ในทุกระดับที่กำหนดทั้งในประเทศและต่างประเทศ
4. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในทุกสาขา เพื่อกองไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพ และบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท คือ

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท มุ่งมั่นที่จะให้บริการพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

พันธกิจของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท คือ

1. ให้บริการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถและความชำนาญเฉพาะอย่างต่อเนื่อง
3. มีระบบการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. มีการพัฒนาบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.2 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

ความหมายหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit) เป็นหน่วยงานที่มีผู้ป่วยอาการหนัก มีภาวะวิกฤติซับซ้อนเข้ารับการรักษา โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษมาให้การดูแลอย่างใกล้ชิด สมบูรณ์แบบภายใต้การวางแผนและการดำเนินการพยาบาล โดยใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและพร้อมที่จะใช้ได้เสมอ (Clarke & Barnes, 1975; อัจฉรวรรณ กาญจนัมพะ, 2524; สมศรี ดาวฉาย, 2537)

เป้าหมายของการจัดตั้งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

การจัดให้มีหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนี้ ได้เริ่มมีแนวคิดตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1863 ฟลอเรนซ์ นิติงเกล ให้ข้อคิดว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้นควรได้รับการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดชั่วระยะหนึ่งก่อนจะฟื้นคืนสติ และส่งกลับไปยังหอผู้ป่วยเดิม และได้คิดจัดห้องเล็กๆ ห้องหนึ่งจุนผู้ป่วยได้จำนวนหนึ่งซึ่งไม่มากนัก โดยอยู่ใกล้กับห้องผ่าตัด จึงนับเป็นการเริ่มต้นของการจัดห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ในสงครามโลกครั้งที่ 1 และสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศเยอรมันได้เริ่มจัดให้มีห้องพักฟื้นขึ้น และหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ใช้ห้องนี้เป็นที่รักษาผู้ป่วยหนักอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัด

ในการจัดตั้งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ยึดหลักสำคัญ 3 ประการ (Civetta & Kirton, 1997 อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2544) กล่าวคือ

1. เป็นหน่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยหนัก (Sickest patients)
2. มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพง
3. มีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ เป็นอย่างดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ถูกต้องปลอดภัยเพื่อส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูง

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงจัดตั้งขึ้นเพื่อเป้าหมายดังต่อไปนี้ (Kellogg, 1961 อ้างใน ภรณ์ พวงแก้ว, 2535)

1. เพื่อช่วยชีวิตเฉียบพลัน เพราะผู้ป่วยโดยมากจะมีปัญหาของหัวใจล้มเหลว ข้อค
การหายใจล้มเหลว
2. เพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการ วิเคราะห์โรค และป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย
3. เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนวิกฤติ และระยะวิกฤติ ด้วยเจ้าหน้าที่ที่มี
ประสิทธิภาพ และเวชภัณฑ์ต่างๆครบครัน
4. เพื่อให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ ลดความวิตกกังวล และความเครียดทาง
อารมณ์
5. เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการ
6. เพื่อเป็นศูนย์รวมเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ในกรณีโรงพยาบาลบางแห่งขาดแคลน
งบประมาณในการซื้อเวชภัณฑ์สำหรับทุกแผนกได้

การจัดระบบงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักได้มีวิวัฒนาการขึ้นเรื่อยๆ แต่โดยทั่วไปการจัดระบบหน่วย
อภิบาลผู้ป่วยหนัก แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (วานิช อิมใจ, 2541)

1. หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักทั่วไป
2. หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือเฉพาะภาวะลักษณะ
การจัดหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลจะไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ สภาพโรงพยาบาล รวมทั้ง
ฐานะทางเศรษฐกิจของโรงพยาบาล ในปัจจุบันโรงพยาบาลขนาดใหญ่นิยมจัดหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักแยกตามหน่วยโรค ดังนี้ คือ
 - 2.1 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักระบบประสาท รับผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติทางระบบ
ประสาท เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง
 - 2.2 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคไต รับผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติทางระบบทางเดิน
ปัสสาวะ ภาวะไตล้มเหลว
 - 2.3 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักระบบการหายใจ รับผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติทาง
ระบบทางเดินหายใจและภาวะการหายใจล้มเหลว
 - 2.4 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักเด็ก รับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาวิกฤติ
 - 2.5 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ รับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจทุกชนิด บางแห่ง
แยกเป็น หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดหัวใจ หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.6 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ

2.7 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักจากไฟลวก รับผิดชอบที่มีอาการรุนแรงจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และไฟลวก

การบริหารจัดการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2531) ได้เสนอแนวคิดการบริหารจัดการหน่วยอภิบาล ผู้ป่วยหนักไว้ 12 ประการ คือ

ประการที่ 1 กำหนดปรัชญาวัตถุประสงค์ในการจัดหน่วย โดยสนองนโยบายของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

ประการที่ 2 วางแผนการบริหารงานและการบริการผู้ป่วย

ประการที่ 3 มาตรฐานกำหนดตำแหน่งของเจ้าหน้าที่พยาบาล ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จากการคำนวณตำแหน่งโดยใช้สูตร ดังนี้ (สำนักงาน ก.พ., 2539)

1. หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักทั่วไป

$$\text{จำนวนตำแหน่งที่ต้องการ} = \text{จำนวนเตียง} \times 4$$

2.. หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือด และเปลี่ยนอวัยวะ

$$\text{จำนวนตำแหน่งที่ต้องการ} = \text{จำนวนเตียง} \times 6$$

$$\text{จำนวนตำแหน่งที่ต้องการ} = \text{จำนวนตำแหน่งที่จำเป็นต้อง}$$

ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

$$\text{จำนวนเตียง} = \text{จำนวนผู้ป่วยหนัก}$$

ประการที่ 4 การกำหนดอัตรากำลัง จากการวิจัยความต้องการการพยาบาลเพื่อใช้ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแล 10 – 14 ชั่วโมงต่อวัน พยาบาลที่ดูแลควรต้องมีอัตรา 1 : 1 จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี (Warstler, 1974) การจัดให้มีพยาบาลที่มีคุณภาพ และจำนวนเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะต้องให้การพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางและประสบการณ์สูง การตัดสินใจที่ถูกต้องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพราะต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ชับซ้อน และแก้ไขสถานการณ์โดยใช้เทคนิคการพยาบาล และเครื่องมือพิเศษในการช่วยชีวิต และเป็นการปฏิบัติงานที่หนักมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป จากการกำหนดโครงสร้างในการจัดอัตรากำลังในหน่วยงาน ให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานตามมาตรฐานขั้นต่ำในการจัดบุคลากรของฝ่ายการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2538 ได้กำหนดไว้ ดังนี้ คือ

สัดส่วนของบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

= พยาบาลวิชาชีพ 3 : พยาบาลเทคนิค 1 : จำนวนผู้ป่วยในรอบเวร 4

ประการที่ 5 การกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ควรกำหนดไว้ให้ชัดเจน เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตาม

ประการที่ 6 การมอบหมายหน้าที่สำหรับงานประจำวัน ควรมีการมอบหมายผู้ป่วย ให้เป็นแต่ละรายไป โดยให้การพยาบาลแบบสมบูรณ์แบบ (Comprehensive nursing care) แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ ส่วนกรณีฉุกเฉินควรมี ทีมงานเข้าทำการช่วยเหลือ ดังนั้นการมอบหมายงานในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ จึงเป็นการมอบหมายงานแบบทีม ผสมกับแบบรายกรณี การปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 3 – 4 ผลัด ต่อวัน มีการปฏิบัติงานให้ต่อเนื่องโดยใช้คาร์เด็ก (Kardex) และแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse note)

ประการที่ 7 การประเมินผลการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ในหน่วยร่วมกันสร้างเกณฑ์ ประเมินผลและประเมินทุก 2 เดือน เป็นอย่างน้อย เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ได้ผลยิ่งขึ้น

ประการที่ 8 สถานที่และเครื่องใช้ แบ่งเป็น 1) การจัดสถานที่หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก 2) การจัดผังหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก 3) จำนวนเตียง 4) การออกแบบจัดห้อง 5) อุปกรณ์ที่จำเป็น 6) การจัดเครื่องใช้ในห้อง 7) การจัดห้องอื่น ๆ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดสถานที่หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

1.1 ตำแหน่งที่ตั้งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

1.1.1 ระบบหน่วยเดี่ยว คือ การจัดตั้งหอผู้ป่วยหนักแยกจากหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ แต่ให้อยู่ต่อเนื่องกับหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้อง เช่น ชั้นที่มีผู้ป่วยศัลยกรรม ก็จะมีห้องผ่าตัดห้องพักฟื้น และหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

1.1.2 ระบบหลายหน่วย คือ การจัดตั้งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหลายหน่วยมาอยู่ใกล้ ๆ กัน ที่ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เหมือนกัน ดังนั้นเมื่อจัดหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในบริเวณเดียวกัน จะเป็นการประหยัดงบประมาณ และสะดวกในการซ่อมบำรุง

2. การจัดผังหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

การจัดหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรจัดให้เป็นรูปร่างกลมหรือครึ่งวงกลม โดยมีสถานีพยาบาลกลาง (Central nurse station) อยู่ตรงกลาง เพื่อให้มองเห็นผู้ป่วยได้ทุกราย และสะดวกในการให้การดูแลรักษาพยาบาลแต่ละเตียงไม่แตกต่างกัน (สมศรี ดาวฉาย, 2537) โดยทั่วไปจะพบว่าหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น สีเหลี่ยมผืนผ้า สีเหลี่ยมจัตุรัส แต่ไม่ว่าจะมีรูปแบบใด ๆ ก็ตาม ผู้บริหารก็จะพยายามจัดให้

สถานีพยาบาลกลาง (Central nurse station) อยู่ในที่ที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทุกเตียงด้วยเหตุผลดังกล่าว

3. จำนวนเตียง มีวิธีคำนวณจำนวนเตียงหลายวิธี เช่น 1 – 2 % , 4 – 5 % หรือ 10 - 20 % ของจำนวนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งหมด โดยสรุปจำนวนเตียงในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักที่จัดให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดก็คือ ไม่น้อยกว่า 4 เตียง และไม่ควรเกิน 15 เตียง ทั้งนี้ควรขึ้นอยู่กับความจำเป็นในแต่ละโรงพยาบาล โดยดูจากสถิติผู้ป่วยวิกฤติ หรือผู้ป่วยที่รอจะเข้ารับการดูแลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (สมศรี ดาวฉาย, 2537)

4. การออกแบบจัดห้อง

4.1 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักที่เป็นหน่วยเปิด

เตียงผู้ป่วยทั่วไป	ใช้พื้นที่	100	ตร.ฟุต/เตียง
เตียงผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	ใช้พื้นที่	150	ตร.ฟุต/เตียง
ถ้ามีห้องแยกต้อง	ใช้พื้นที่	125 – 250	ตร.ฟุต/เตียง

4.2 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักที่เป็นหน่วยปิด

เตียงผู้ป่วยหนักทั่วไป	ใช้พื้นที่	120-150	ตร.ฟุต/เตียง
เตียงผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	ใช้พื้นที่	175-200	ตร.ฟุต/เตียง

การคิดพื้นที่ของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนั้นเมื่อได้พื้นที่ของจำนวนเตียงทั้งหมดแล้ว จะต้องนำมาบวกกับพื้นที่ทั่วไป ซึ่งจะต้องกว้างเป็น 2.5 - 3 เท่าของพื้นที่ห้องผู้ป่วยหนักทุกเตียง เพื่อให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงความสะดวกในการนำเครื่องมือพิเศษต่างๆ มาใช้ด้วย

5. อุปกรณ์ที่จำเป็น

5.1 เตียง ควรมีน้ำหนักเบา มีล้อและห้ามล้อสำหรับเคลื่อนย้ายได้ง่าย และปลอดภัย ปรับสูง-ต่ำ ปรับท่า มีที่กั้นข้างเตียง พนักหัวและท้ายเตียงสามารถถอดออกได้ พร้อมทั้งสามารถติดอุปกรณ์ที่ใช้ทางออร์โธปิดิกส์ได้

5.2 ที่นอนแข็ง ไม่ควรใช้เตียงสปริง เพราะไม่สะดวกในการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจ

5.3 ปลั๊กเสียบไฟฟ้า 15-20 ปลั๊ก แบ่งติดเป็น 3 ชุด ๆ ละ 3-7 ปลั๊ก ที่สำคัญต้องมีปลั๊กพิเศษ 1 ปลั๊ก สำหรับใช้กับเครื่องมือขนาดใหญ่ เช่น เครื่องเอกซเรย์ เครื่องไตเทียม เป็นต้น

5.4 มีระบบท่อทางออกของก๊าซออกซิเจน 4 จุดต่อเตียง ที่สามารถให้การไหลของก๊าซได้ 30 ลิตรต่อนาที และ Peak flow 60 ลิตรต่อนาที

5.5 มีระบบท่อทางออกของอากาศความดันบวก (Compressed air) 4 จุด

5.6 มีระบบท่อทางออกของอากาศความดันลบ (Vacuum) 6 จุด

5.7 ระบบไฟฟ้า และแสงสว่าง สามารถปรับความส่องสว่างได้หลายระดับ ตามวัตถุประสงค์ของการใช้งาน เช่น ไฟที่ใช้เฉพาะตอนกลางคืนผู้ป่วยนอนหลับ แต่พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ ความส่องสว่าง 5 – 20 วัตต์ ไฟฟ้าสำหรับการรักษาผู้ป่วย 300 วัตต์ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีแหล่งจ่ายไฟฟ้ากระแสสลับที่ให้พลังงานประมาณ 15 Kw/ ชั่วโมง/เตียง/วัน ซึ่งจะเริ่มทำงานทันที (1วินาที) เมื่อศักย์ไฟฟ้าปกติกำลังตกจาก 220 โวลต์ เป็นต่ำกว่า 190 โวลต์ เพื่อให้ข้อมูลต่าง ๆ ในคอมพิวเตอร์ยังคงอยู่ และเครื่องมือพิเศษต่างๆ สามารถทำงานได้ในกรณีไฟจากส่วนกลางดับ

5.8 ระบบถ่ายเทอากาศ ห้องควรควบคุมอุณหภูมิประมาณ 76-78 องศาฟาเรนไฮท์ โดยใช้เครื่องปรับอากาศ 1 ตัน ต่อพื้นที่ 4x4x4 ลบ.ม. และควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ในระดับ 60 – 65 กรัม/ลบ.ม.

5.9 มีกริ่งเรียก(Alarm call) ประจำเตียงผู้ป่วย

5.10 มีช่องเปิดของน้ำยาไดอะลลิซิส เพื่อใช้กับเครื่องไตเทียม

5.11 อ่างล้างมืออย่างน้อยต้องมี 1 อ่าง ระหว่างเตียงผู้ป่วย 2 เตียง เพื่อเป็นการลดการติดเชื้อ ควรมีผ้าเช็ดมือชนิดเช็ดแล้วทิ้ง หรือเครื่องเป่าแห้งด้วย

5.12 ที่เก็บของ

5.13 เครื่องวัดแรงดันเลือด

5.14 ที่แขวนสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดน้อยจากเพดาน ดิ่งขึ้นลงได้ และสามารถเคลื่อนไปรอบ ๆ เตียงได้

5.15 เครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

5.16 ควรมีปลั๊กเสียบโทรศัพท์ มีช่องออกของวิทยุและโทรทัศน์ด้วย

6. การจัดเครื่องใช้ในห้อง

หอผู้ป่วยหนักมีความต้องการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ หลากๆอย่าง จึงจำเป็นจะต้องมีวิธีการ ในการจัดเครื่องใช้ประจำเตียงผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการรักษาอย่างเหมาะสม สามารถใช้ได้ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปวิธีการจัดระบบในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งเป็น 3 ระบบ คือ

6.1 ระบบฝาผนัง (Wall system) คือ ระบบที่เครื่องใช้ต่าง ๆ ติดประจำไว้ที่ฝาผนัง และมีสายต่อมาที่ตัวผู้ป่วย เมื่อไม่ใช้ก็เก็บสายหรือท่อไว้ที่ฝาผนัง ข้อดีของ

ระบบนี้ก็คือ ไม่เกาะกะมีเครื่องมือเตรียมพร้อมอยู่เสมอบริเวณเตียงผู้ป่วย สามารถใช้ได้ทันทีในภาวะฉุกเฉิน ข้อเสีย คือ สิ้นเปลืองอุปกรณ์ เพราะจะต้องติดตั้งไม่สามารถนำไปใช้ที่อื่นได้

6.2 ระบบราง (Rail system) คือ ระบบที่ติดตั้งไว้บนฝาผนัง และแขวนเครื่องมือต่าง ๆ ไว้บนรางเลื่อนไปมาได้ ถอดออกได้ รางมักจะติดไว้สูงไม่เกาะกะ ซึ่งความจริงแล้วระบบรางก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบฝาผนัง ข้อดีคือ ติดตั้งง่าย การเลื่อนเครื่องมือบนรางสามารถทำได้สะดวก รวดเร็ว หรือจะเปลี่ยนเครื่องมือก็ทำได้ง่ายและรวดเร็ว ทำความสะอาดพื้นได้ง่ายเนื่องจากติดตั้งไว้สูง และที่สำคัญ คือ สามารถเปลี่ยนเครื่องใช้กับได้ตามความจำเป็นทำให้ประหยัดงบประมาณ

6.3 ระบบแท่งเสา (Column) คือ ระบบที่ทำเป็นแท่งเสา ซึ่งแท่งเสานี้ประกอบด้วย ระบบท่อก๊าซ ระบบท่อความดันบวก - ลบ และไฟฟ้า ข้อดีของระบบนี้คือ สามารถจัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่กลางห้องไม่มีด้านใดติดข้างฝา ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทำได้รวดเร็ว ลักษณะแท่งเสาสามารถติดตั้งได้ 3 แบบ คือ

6.3.1 แท่งเสาที่ยึดจากพื้นสู่เพดาน

6.3.2 แท่งเสาที่ยึดจากพื้นขึ้นมาเหนือระดับเตียง

6.3.3 เป็นชั้นลอยที่แขวนมาจากเพดานถึงเหนือเตียง

7. การจัดห้องอื่นๆ

7.1 ห้องประชุมเพื่อใช้ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย

7.2 ห้องปฏิบัติการ ใช้สำหรับการตรวจทดลองที่จำเป็น เช่น การตรวจ Blood gas, Hematocrit เป็นต้น

7.3 ห้องพักรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่ และห้องเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย

7.4 ห้องทำความสะอาดเครื่องมือ ใช้ทำความสะอาดเฉพาะเครื่องมือ เท่านั้น เช่น เครื่องมือทำแผล สายยางต่าง ๆ เป็นต้น

7.5 ห้องเก็บเครื่องใช้สำหรับทำความสะอาด และห้องเก็บเสื้อผ้าที่ใช้แล้ว ห้องนี้จะล้างและทำความสะอาดเฉพาะเครื่องใช้เท่านั้น เช่น หมอนนอน ขวดปัสสาวะ เป็นต้น

7.6 ห้องพักญาติผู้ป่วย ใช้สำหรับชี้แจงให้ญาติของผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และใช้สวมเสื้อคลุมก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

การจัดห้องอื่นๆที่จำเป็น ควรออกแบบในเรื่องการเดินทางระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยไม่ให้ปะปนกัน และออกแบบเรื่องการลำเลียงอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ โดยเฉพาะของใช้ที่สะอาด กับของใช้ที่ใช้แล้ว

ประการที่ 9 การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยในหน่วยจะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉลี่ยแล้วแทบทุกครึ่งชั่วโมง แต่การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยที่เป็นทางการนั้นแยกออกเป็น 1) การเยี่ยมตรวจก่อนรับเวร เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมจากแผนที่วางไว้ 2) การเยี่ยมตรวจขณะรับเวร เป็นการเยี่ยมตรวจระหว่างเวรต่อเวร การเยี่ยมตรวจขณะรับเวรจะทำหลังจากอ่านคาร์ดึกแล้ว 3) การเยี่ยมตรวจระหว่างเวลาปฏิบัติงาน อาจใช้เวลานี้สำหรับปรึกษาปัญหาของผู้ป่วย หรือวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย 4) การเยี่ยมตรวจขณะส่งเวร 5) การเยี่ยมตรวจร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแพทย์จะวางแผนการรักษาได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

ประการที่ 10 การควบคุมการปฏิบัติงาน เป็นหน้าที่โดยตรงของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะควบคุมให้มีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้โดยติดตามประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่รักษามาตรฐานในการพยาบาลของหน่วยด้วย

ประการที่ 11 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งเพราะผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความต้านทานโรคต่ำ หน่วยงานควรมี กฎระเบียบดังนี้

1. เจ้าหน้าที่จะต้องเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย รองเท้า ก่อนเข้าปฏิบัติงาน และไม่สวมชุดปฏิบัติงานออกนอกหน่วยงาน การปฏิบัติงานยึดหลัก Aseptic technique
2. อ่างล้างมือจะต้องมีอย่างเพียงพอ และแยกอ่างล้างเครื่องมือออกจากต่างหาก
3. ปฏิบัติตามกฎระเบียบการรับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ไม่นำผู้ป่วยโรคติดต่อเข้ารับรักษา ถ้ามีผู้ป่วยย้ายหรือถึงแก่กรรม ควรทำความสะอาดยูนิทและนำเตียงตลอดจนเครื่องมือใช้ออกฝั่งแดดทุกครั้ง
4. ควรทำการเก็บตัวอย่างการเพาะเชื้อจากจุดต่าง ๆ ภายในหน่วย 2 - 4 สัปดาห์ต่อครั้ง และทำการอบห้องภายหลังการตรวจพบเชื้อ และอบด้วยฟอมาลิน 280 cc. ผสมด่างทับทิม 150 mg.ต่อพื้นที่ 1000 ลบ.ฟ.
5. ถ้าใช้ระบบแอร์คอนดิชั่น ควรปิดแอร์ 1 ชั่วโมงทุกเช้า และเปิดให้อากาศบริสุทธิ์ได้ถ่ายเทในหน่วย

6. การเยี่ยมของญาติ เวลาควรเป็นเวลาบ่ายที่ไม่ใช่ช่วงที่ต้องให้การพยาบาล ไม่ควรนำของเยี่ยมที่เป็นพาหะของโรค (อาหาร ดอกไม้) เข้าเยี่ยม หน่วยต้องแจ้งกฎระเบียบให้ญาติทราบด้วย

ประการที่ 12 การประสานงาน ควรมีผู้รับผิดชอบในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นพร้อมทั้งชี้แจง กฎ ระเบียบ ระบบงานของหน่วย วิธีการติดต่อเวลาปกติและเวลาฉุกเฉิน จัดให้มีการประชุมปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกเดือน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและสร้างสัมพันธภาพที่ดี

เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

ข้อบ่งชี้กว้าง ๆ เป็นข้อบ่งชี้ที่ใช้ได้กับทุกสถานที่ ข้อบ่งชี้ดังกล่าว คือ ผู้ป่วยที่สมควรได้รับเข้ารับรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก มี 2 ประการ คือ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2531)

ประการแรก เป็นผู้ป่วยที่ระยะการดำเนินโรคต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา ซึ่งอาจจะเป็นเพียงเพื่อสังเกตการณ์หรือเพื่อรักษาเฉพาะทาง

ประการที่สอง เป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการล้มเหลวของระบบใดระบบหนึ่ง หรือหลาย ๆ ระบบรวมกัน หรือผู้ป่วยที่แสดงอาการกำลังจะล้มเหลวของระบบต่างๆ

อย่างไรก็ตาม ข้อบ่งชี้ดังกล่าวต้องควบคู่ไปกับดุลยพินิจของแพทย์ประจำหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก และแพทย์เจ้าของไข้ และพึงระลึกถึงอยู่เสมอว่า นโยบายทุกข้อ มีสิทธิ์ยกเว้นได้เสมอ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และการอยู่รอดของผู้ป่วยเป็นหลัก

1.3 หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท มีเจตจำนงดังนี้

“ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ”

เป้าหมายของการจัดตั้งหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

1. ให้การพยาบาลถูกต้องได้มาตรฐานตามหลักวิชาชีพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว พ้นวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

2. บุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะและคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยบริการมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95

ลักษณะทั่วไปของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ตั้งอยู่ที่ชั้น 2 อาคาร 1 อยู่ติดกับห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น มีประตูเปิดถึงกันได้ มีเตียงรองรับผู้ป่วยได้ 28 เตียง แบ่งหออภิบาลผู้ป่วยหนักออกเป็น 2 ฟัง ฟังเดิม(ICU-A1,A2,A3) รับผู้ป่วยได้ 15 เตียง และฟังใหม่(ICU-B)เปิดใช้ 16 กันยายน 2545 รับผู้ป่วยได้ 13 เตียง ซึ่งเป็นห้องแยก (Private room) 25 เตียง เตียงรวม 3 เตียง ในแต่ละห้องประกอบด้วย เครื่องช่วยหายใจ เครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องนับหยดน้ำเกลือ เป็นต้น และอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น เครื่องช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (IABP) เครื่องช่วยควบคุมอุณหภูมิร่างกาย เครื่องล้างไต เป็นต้น

การมอบหมายงานพยาบาล แบ่งเป็น 3 ผลัดๆ ละ 8 ชั่วโมง เวรเช้าเริ่ม 07.00 - 15.00 น. เวรบ่าย 15.00 - 23.00 น. เวรดึก 23.00 - 07.00 น. เวรเช้า - บ่าย - ดึก มีพยาบาลวิชาชีพประจำการทั้งหมด 50 คน กำลังทดลองงาน 2 คน อัตราครองเตียงเฉลี่ย 18 เตียง จึงจัดพยาบาลระดับปฏิบัติการ 16 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 7 - 8 คน ในแต่ละฟังจะมีพยาบาล 1 คนเป็นหัวหน้าทีม และร่วมดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับพยาบาลคนอื่นๆ และมอบหมายงานการพยาบาลแบบรายผู้ป่วย ให้การพยาบาลแบบ Total care โดยจัดการจำแนกตามอาการผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 Class คือ

Class I	:	พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน
Class II	:	พยาบาล 2 คนต่อผู้ป่วย 3 คน
Class III	:	พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 2 คน

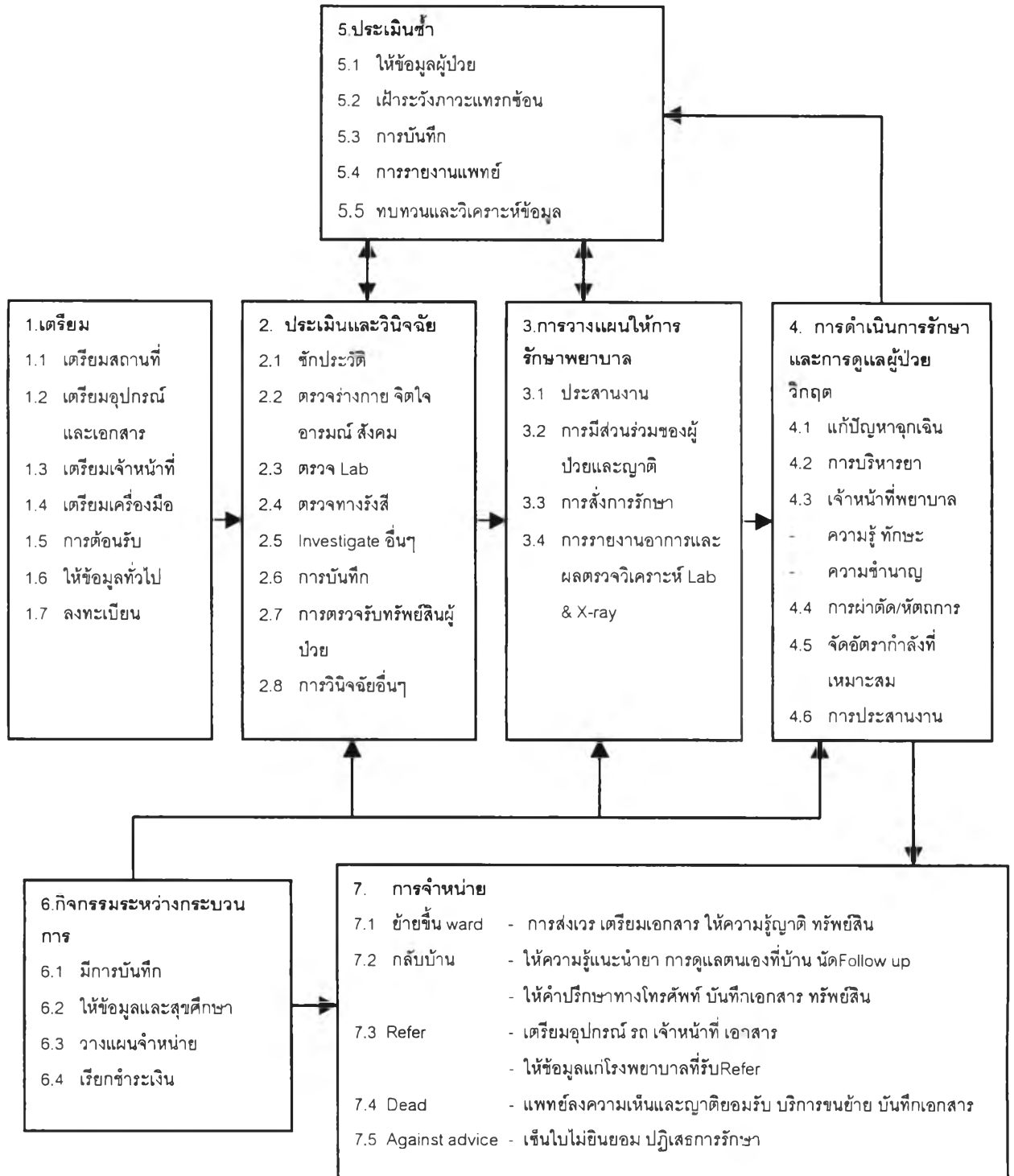
การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการ

หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เป็นหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักรวมทุกระบบ เช่น ระบบการหายใจ ระบบประสาท โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตทั้งผู้ใหญ่และเด็ก (น้ำหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม) จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้อย่างปลอดภัย มีระบบงานและกระบวนการบริการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. ประสานงานกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริการผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็วครบถ้วน หัวหน้าเวรและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ

2. ผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้ามาในหน่วยงาน จะได้รับการอธิบาย เป็นการแนะนำหน่วยงาน เพื่อความร่วมมือและลดความวิตกกังวล
 3. ให้ความสะดวกแก่แพทย์ ผู้ป่วย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการได้รับประวัติข้อมูลต่างๆ เพื่อการดูแลรักษา
 4. ปฏิบัติตาม workflow ของการรับผู้ป่วย เพื่อการประเมินและการวางแผนการดูแลรักษาแก้ไขภาวะที่คุกคามต่อชีวิตได้ทันตามความจำเป็น
 5. พยายามผู้รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Total care มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละระบบ
 6. จัดทำระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาให้ครบถ้วน ทันเวลา
 7. ติดต่อประสานงาน อำนวยความสะดวกต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก หรือกลับบ้าน
- ผังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กระบวนการทำงานของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท



2. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้

2.1 ความหมายของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

Manthey (1980) ให้ความหมายระบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการให้การพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ 2) พยาบาลเจ้าของไข้จะดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 3) มีการติดต่อ สื่อสาร โดยตรงระหว่างบุคคล 4) พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงต่อวัน และ 7 วันต่อสัปดาห์

Marram และคณะ (1974) ให้ความหมายระบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยรายบุคคล พยาบาลจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน และขณะที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือในการปฏิบัติงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพคนอื่นๆ

Ciske (1979) กล่าวว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการมอบหมายงานให้พยาบาลดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะรายตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดตั้งแต่รับไว้ใน การดูแลจนกระทั่งจำหน่าย

ดังที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ดังนี้ ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะดูแลผู้ป่วยแทน โดยให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และใช้การติดต่อสื่อสารโดยตรงกับบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ

2.2 แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1970 โดย มารีย์ แมนเธย์ โดยมีแนวคิดสำคัญคือ "My patient – my nurse" (Manthey et al., 1970) และ Marram และคณะ (1974) ได้เสนอแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังต่อไปนี้

2.2.1 มอบหมายงานโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน มอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนให้กับพยาบาล เฉพาะคนตั้งแต่วันรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจไม่เกิน 6 คน (Marram et al., 1974) ซึ่งจำนวนการรับผิดชอบผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมด ต่ออัตราส่วนของพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ต่อผู้ป่วยทั้งหมด เกี่ยวกับความต้องการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานของตนเอง ซึ่ง Marram และคณะ (1974) ได้เรียกลักษณะการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า “ A Triple A Nurse “ นั่นคือ มีความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) มีอำนาจหน้าที่ในการดูแล (Authority) มีความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ (Accountability)

2.2.2 พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำการรวบรวมข้อมูล และวางแผนการพยาบาลทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย บันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะต้องประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล คำแนะนำที่ให้ ตลอดจนรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่เตรียมจะปฏิบัติ หรือได้ปฏิบัติไปแล้ว

2.2.3 พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือกันปฏิบัติ (Collaboration) กับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยการวางแผนและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน จะต้องติดตามปัญหาของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่ไม่ได้ยื่นปฏิบัติงานจะมอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะฉุกเฉิน แต่จะต้องติดต่อสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ

2.2.4 การติดต่อสื่อสาร (Communication) จากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีลักษณะการติดต่อสื่อสารโดยตรง โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal communication) หรือการใช้แผนการพยาบาล (Nursing care plans) และใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Patient centered conference) พยาบาล

เจ้าของไข้จะประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

Roberts (1980) ได้ปรับแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้จากแนวคิดของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมินนิโซตาไว้ ดังนี้

1. เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง
2. เป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยไปสู่พยาบาลแต่ละคน
3. เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบและการมีอำนาจในการตัดสินใจชัดเจน
4. พยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายแบบสมบูรณ์แบบตลอด 24 ชั่วโมง
5. มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล และ ทีมสุขภาพอื่น ๆ
6. การวางแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

MacGuire (1989) ได้รวบรวมแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เป็นหลักการของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติพื้นฐาน 10 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้พยาบาลหนึ่งคนดูแล คือ พยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

- 1.1 ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้พยาบาลหนึ่งคนดูแล ถ้าผู้ป่วย ถูกรับไว้ในเวลากลางคืน หรือพยาบาลเจ้าของไข้ในเวรคนอื่น ๆ มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลเต็มที่แล้ว อาจมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลในเวรถัดไป ซึ่งบางครั้งพยาบาลเจ้าของไข้ต้องรับผู้ป่วยจำนวนมากเป็นการชั่วคราว และถ้าผู้ป่วยกลับมารับการรักษาใหม่ พยาบาลเจ้าของไข้ จะได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยคนเดิมอีกด้วย

- 1.2 พยาบาลเจ้าของไข้ต้องแนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ตนเองได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย และแจ้งให้ทราบว่า จะติดต่อพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างไร

2. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หมายถึง มีการวางแผนการดูแลไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมีการติดต่อประสานงาน เรื่องการดูแลผู้ป่วยกับบุคลากรพยาบาลคนอื่น ๆ ให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลที่ให้ และมีการปรับแผนการพยาบาลอย่างถูกต้อง

4. การวางแผน และการประเมินผลการพยาบาล กระทำร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ พร้อมกับผู้ป่วยและญาติ
5. พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบติดต่อประสานงานบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ในฐานะการเป็นตัวแทนผู้ป่วย
6. การให้การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะต้องกระทำโดยพยาบาลเจ้าของไข้
7. เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้และเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลผู้ป่วยควรมีการปรึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ด้วย
8. ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน ควรจัดให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้
9. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสนับสนุน และได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล ในด้านการวางแผน และการประเมินผลการพยาบาล
10. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยจากพนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เสมียนประจำหอผู้ป่วย หรือนักการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พยาบาล ในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

Shukla (1980) รวบรวมแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากประสบการณ์การบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมินนิโซตา ไว้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มอบหมายงานผู้ป่วยแต่ละคนให้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลคนหนึ่ง ซึ่งเป็นคนรับผู้ป่วยใหม่ โดยพยาบาลจะเริ่มการประเมินผู้ป่วย การวางแผน และการประสานงานต่าง ๆ ตลอดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และพยาบาลเจ้าของไข้จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน
2. พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้แผนการพยาบาล การประเมินการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะทำงานร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมดูแลซึ่งจะให้การดูแล ผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อให้แน่ใจว่าแผนการพยาบาลได้ปฏิบัติจริงเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้จะติดต่อประสานงานทั้งการเขียนและการใช้วจาโดยตรงกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ
3. ความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องในการดูแลเสมอ

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นระบบที่มีการมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 1 คนต่อพยาบาล 1 คน ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยแทน ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ยังส่งเสริมความร่วมมือในบุคลากรพยาบาล และบุคลากรสุขภาพด้านอื่นๆ การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลสูงสุด ดังจะกล่าวต่อไป

2.3 วัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

วัตถุประสงค์หลักของระบบพยาบาลเจ้าของไข้คือ มุ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุดโดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และในขณะเดียวกันก็ต้องการพัฒนาบุคลากรพยาบาลด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient – centered care) โดยปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

2.3.2 มีความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย(Accountability of patient care) จากการมอบหมายหน้าที่ให้กับบุคลากรพยาบาลตามความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดงานต่างๆ ที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วย

2.3.3 ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of patient care) ความต่อเนื่องในการดูแล เกิดจากการมอบหมายผู้ป่วยคนหนึ่งให้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลคนเดียว โดยตลอด และจะเป็นผู้ประสานการดูแลสู่พยาบาลผู้ร่วมดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้

2.3.4 ให้การดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patient care) โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งกาย สังคม อารมณ์ จิต วิญญาณ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ

2.3.5 การประสานการดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) โดยให้ประโยชน์บุคลากร และทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนการพยาบาล และใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยมีการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ และจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ดี

2.3.6 การพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นการกระตุ้นและอำนวยความสะดวกให้บุคลากรพยาบาลมีความเจริญด้านความรู้ความสามารถโดยให้โอกาส

เรียนรู้อย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการประเมินการศึกษา เพื่อผลประโยชน์ของบุคลากรและหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่กล่าวมาข้างต้น ได้แสดงถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาลที่แท้จริง และครอบคลุมความหมายของระบบบริการพยาบาลทั้งหมด และเพื่อให้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ง่ายขึ้นในทางปฏิบัติ จึงต้องมีการกำหนดลักษณะโครงสร้างที่ชัดเจนดังต่อไปนี้

2.4 ลักษณะโครงสร้างของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ลักษณะโครงสร้างของระบบพยาบาลเจ้าของไข่นั้น ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (วรารณ . เขมโชติกูร, 2541)

2.4.1 ปรัชญาของระบบการพยาบาลเจ้าของไข่นั้น เป็นการมอบหมายให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยในลักษณะความเป็นวิชาชีพ และให้การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งส่วนประกอบหลักๆ ของปรัชญาการพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

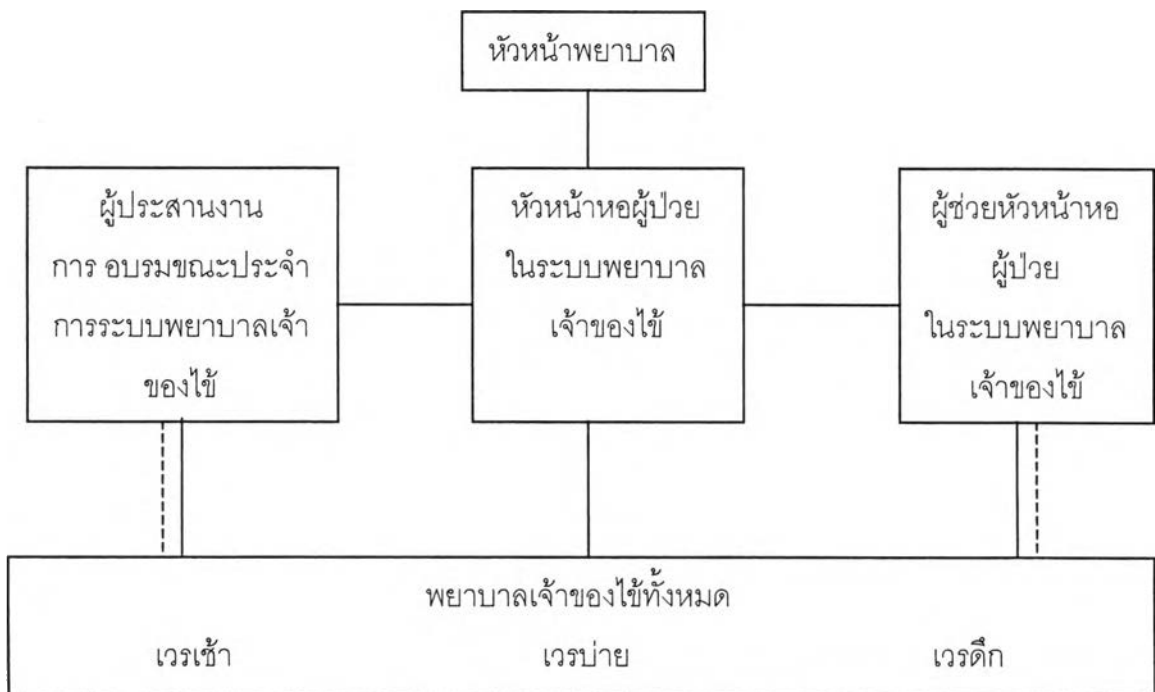
- 1) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการดูแลเฉพาะราย ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในแต่ละคน ตามความสามารถของสถานบริการนั้น
- 2) มีความรับผิดชอบ และความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยมอบหมายให้พยาบาลในแต่ละคน รวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ในทีมพยาบาล ให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม
- 3) ใช้ระบบการแก้ปัญหาพร้อมกับการบันทึกทางการพยาบาล ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- 4) พยาบาลทุกคนใช้กระบวนการพยาบาลในกิจกรรมการพยาบาล โดยจะต้องมีความเป็นอิสระ ไม่ใช่เป็นการปฏิบัติตามงานประจำ
- 5) มีการกระจายอำนาจของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย
- 6) ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล ต่างเป็นบุคคลที่มีเกียรติและคุณค่าในตนเอง

2.4.2. สายการบังคับบัญชา มีการกระจายอำนาจหรือมอบอำนาจหน้าที่ให้กับบุคลากรพยาบาลผู้ปฏิบัติอย่างเหมาะสม และแสดงไว้อย่างชัดเจนทุกระดับของบุคลากร โดยหัวหน้าพยาบาลจะมอบอำนาจหน้าที่ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบอำนาจหน้าที่ให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ในการรับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย มีการประสานงาน และ

ติดต่อสื่อสาร โดยตรงระหว่างหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้จะรายงาน โดยตรงต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหอผู้ป่วยจะรายงาน หัวหน้าพยาบาล ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าพยาบาลกับพยาบาลเจ้าของไข้

(Marram et al., 1974)



2.4.3 โครงสร้างทางเอกสาร ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ดังนั้นรูปแบบของเอกสารจึงประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มในการมอบหมายงาน และแบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆด้วย ดังต่อไปนี้

1) คู่มือการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีรายละเอียดของหลักการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อใช้ประกอบการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละเวร

2) แบบฟอร์มการมอบหมายงาน

(1) แผ่นป้ายพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing board) เป็นแผ่นป้ายแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้

(2) แผ่นป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing chart label) เป็นป้ายที่ติดไว้ประจำเตียงหรือประจำห้องผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ

(3) แผ่นมอบหมายรายผู้ป่วย (Assignment sheet) บอกถึงการมอบหมายรายผู้ป่วยให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ซึ่งจะต้องมอบหมายประจำเวรเป็นประจำในแผ่นมอบหมายรายผู้ป่วยนี้ จะระบุกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย เช่น การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) เป็นต้น

3) แบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล

(1) แบบประเมินสภาวะสุขภาพ คู่มือวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างของข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติและอำนวยความสะดวกต่อพยาบาลเจ้าของใช้ในการปฏิบัติงาน

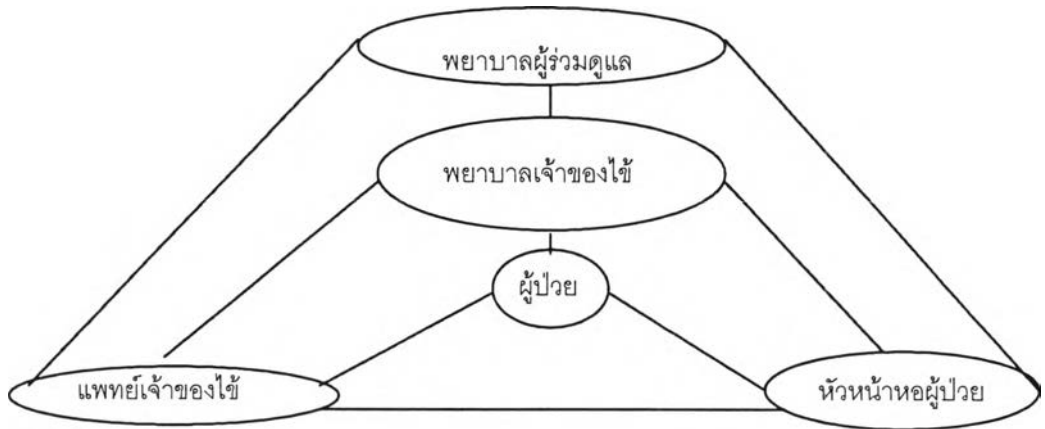
(2) แผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้ และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

(3) คาร์เดกซ์ (Kardex) ใช้ในการบันทึกเพื่อติดต่อสื่อสารการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

4) บันทึกการพยาบาล เป็นบันทึกเกี่ยวกับอาการแสดง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการสื่อสารให้กับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ให้ทราบถึงสภาวะของผู้ป่วย และสิ่งที่คุณป่วยได้รับจากการรักษาพยาบาลทั้งหมด

2.4.4 บุคลากรทางการพยาบาล การปฏิบัติในระบบการพยาบาลเจ้าของใช้บุคลากรทางการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของใช้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associated Nurse) ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าพยาบาล, พยาบาลเจ้าของไข้, พยาบาลผู้ร่วมดูแล, แพทย์เจ้าของไข้และผู้ป่วย (Marram et al., 1974)



จากแผนภูมิที่ 3 สามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ได้ดังนี้ คือ

1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทในการให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วย คือ ผู้ที่จะต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ร่วมงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย จะมอบหมายความรับผิดชอบให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานของเขา โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาล และได้รับการดูแลตามขอบเขตวิชาชีพ และตามสัดส่วนจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพเป็นสื่อกลางในการติดต่อระหว่างผู้ได้บังคับบัญชาและผู้บังคับบัญชา นิเทศให้คำแนะนำช่วยเหลือรวมทั้งส่งเสริมการพัฒนานักวิชาการ ซึ่ง Manthey (1973) กล่าวว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในความสำเร็จในการนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2) พยาบาลเจ้าของไข้ คือ พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจะให้การดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จึงต้องรับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดการรักษาที่อยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้จะปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยจำนวนจำกัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ขณะเดียวกันจะให้ข้อเสนอแนะและใช้ภาวะผู้นำกับสมาชิกในทีมให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พยาบาลเจ้าของไข้จะมีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการ

พยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ดังนั้นการกระจายอำนาจจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมายังพยาบาลเจ้าของไข้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

3) พยาบาลผู้ร่วมดูแล (Associate nurse) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยจะปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตามความจำเป็น

2.5 ประโยชน์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีประโยชน์ทั้งต่อผู้รับบริการ คือผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน คือพยาบาล ตลอดจนหน่วยงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

2.5.1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เนื่องจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นระบบบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลโดยตรง จากพยาบาลคนเดิมทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบเฉพาะราย มีการค้นคว้าปัญหาและหาแนวทางแก้ไข สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และครอบคลุม ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Sella & Macleod, 1991) ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนการพยาบาลเพิ่มขึ้น (Wilson & Dawson, 1989) และปรับปรุงประเมินแผนการพยาบาลอยู่เสมอ เพื่อปรับให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจและมีความพึงพอใจมากขึ้น (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542)

2.5.2. ประโยชน์ต่อพยาบาล การมอบหมายให้รับผิดชอบต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอทั้งด้านความรู้ในการรักษาพยาบาล ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติงานจะปฏิบัติในฐานะผู้ร่วมงาน โดยเฉพาะกับแพทย์ (Logsdon, 1973) จึงจำเป็นต้องมีความรู้แบบเชิงลึกเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยมีการประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้ฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารและปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลดีขึ้น (Sella & Macleod, 1991) พยาบาลแต่ละคนมีอิสระในการปฏิบัติงาน (Wilson & Dawson, 1989 ; เยาวลักษณ์ อโนทยานนท์, 2543) และมีการแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการลาออกของพยาบาลลดลง (Fairbanks, 1980) มีแรงกระตุ้นให้คงอยู่กับงานการพยาบาล พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ทำให้เพิ่มพูนทักษะและความรู้เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้พยาบาลรู้สึก

พึงพอใจในงานมากขึ้น (Sella & Macleod, 1991; เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2543; สุกัญญา โกวศลยดิลก, 2537)

2.5.3 ประโยชน์ต่อผู้บริหารและองค์กร ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการกระจายอำนาจจาก ผู้บริหารในด้านการวินิจฉัย ตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนจะแข่งขันกันในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมาใช้บริการมากขึ้น นอกจากนั้นผู้บริหารสามารถติดตามประเมินผลได้ง่ายและชัดเจนมากขึ้น

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นระบบบริการที่มีผู้คาดหวังว่าจะมีการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยมากขึ้น(David, 1995 อ้างใน วราภรณ์ เขมโชติกูร, 2541) การนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาปฏิบัติ ซึ่งเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เป็นการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดประโยชน์และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระบบบริการที่มีความซับซ้อนในการปฏิบัติเพราะเป็นสิ่งที่ต้องกระทำจริง การนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้จึงต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของพยาบาล ทศนคติและบทบาทของพยาบาล ดังนั้นการนำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ จึงต้องมีการเตรียมการอย่างเพียงพอทั้งความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในด้านความหมายแนวคิด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และการปฏิบัติการของพยาบาลเจ้าของไข้และบุคลากรพยาบาลอื่น ๆ สอดคล้องกับ Salvauge ซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลคิง กล่าวสนับสนุนว่า การนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ต้องมีการวางแผน และมีการประเมินผลจากการปฏิบัตินั้นๆ โดยมีการสอบถามทัศนคติของพยาบาลในหน่วยงานนั้น ๆ ต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นอย่างไร (วราภรณ์ เขมโชติกูร, 2541)

2.6 แนวทางการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

สิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ โครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยเขียนเป็นคู่มือ ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติประสบผลสำเร็จ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระบบนี้ได้ตลอดไปอย่างยั่งยืน(Zander, 1980 อ้างถึงใน วราภรณ์ เขมโชติกูร, 2541) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้พยาบาลคนหนึ่งเป็นผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
2. มอบหมายงานให้กับพยาบาลเจ้าของไข้โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ถ้าหัวหน้าหอไม่อยู่ การมอบหมายงานจะปฏิบัติโดยพยาบาลประจำการอาวุโสที่เป็นหัวหน้าเวร หรือ พยาบาลหัวหน้าเวรเข้า

3. พยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อได้รับมอบหมายจะต้องเริ่มประเมินผู้ป่วยทันที
พยาบาลเจ้าของไข้ สามารถบอกถึงข้อสังเกตที่ค้นพบด้วยวาจาและการบันทึก
 4. การมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้จะขึ้นอยู่กับตารางการปฏิบัติงาน ความสามารถ ทักษะ ความรู้ ในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ
 5. การมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข่นั้น จะมีการพัฒนาวิชาชีพเกิดขึ้น
เมื่อมีการนิเทศและให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือพยาบาลเจ้าของไข้เพียงพอ
 6. แสดงรายชื่อของพยาบาลเจ้าของไข้ และรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย
ให้เห็นอย่างเด่นชัด
 7. พยาบาลซึ่งทำงานในเวรดึก หรือขึ้นปฏิบัติงานน้อยกว่า 4 เวรต่อสัปดาห์ จะ
ไม่สามารถมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ได้
 8. การมอบหมายงานผู้ป่วยในแต่ละวัน จะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความ
ต้องการการพยาบาลระดับใด พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบในการให้การพยาบาลโดยตรงเท่า
ที่สามารถปฏิบัติได้ และเฝ้าอำนวยความสะดวกความสำเร็จในการวางแผนการพยาบาล
 9. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ร่วมงาน แพทย์ และวิชาชีพอื่นๆที่
เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วย มีการรายงานส่งเวรต่อ ตรวจสอบเยี่ยมพร้อมกับแพทย์ ประชุม
ปรึกษาร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ประชุมวางแผนการพยาบาล และลงบันทึกในเอกสารต่าง ๆ ไว้เป็น
หลักฐาน
 10. มีการประชุมปรึกษาร่วมกันสัปดาห์ละครั้ง เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับ การให้การดูแล
ผู้ป่วยทั้งด้านการแก้ปัญหาและการศึกษาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย หัวหน้าหอผู้ป่วย
อาจจะมอบหมายให้พยาบาลคนใดคนหนึ่งรับผิดชอบในการประชุมปรึกษาร่วมกันครั้งนี้
- จากลักษณะโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาล ในระบบการมอบหมายงานแบบ
พยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแล จะใช้เป็นคู่มือ
ในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการปฏิบัติของ
บุคลากรพยาบาลทั้ง 3 ประเภท มีดังต่อไปนี้

บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

1. การมอบหมายงาน
 - 1.1 ประเมินความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน
 - 1.2 มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นรายบุคคล
ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ตามความเหมาะสม

1.3 มอบหมายพยาบาลคนอื่น ๆ ให้เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วย เฉพาะเวลาที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

1.4 ในการมอบหมายงานนั้นผู้ป่วย 1 คน จะมีบุคลากรพยาบาลที่ดูแลคือ พยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน โดยจะต้องเขียนชื่อพยาบาลเจ้าของไข้คนนั้น ไว้หน้ารายงานประวัติ ผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้คนนั้นไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้มอบหมายให้ พยาบาลคนอื่นทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแทน ดังนั้นพยาบาลคนหนึ่ง ๆ จะทำหน้าที่เป็นพยาบาล เจ้าของไข้ของผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง และทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลของผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง (Marram et al., 1974) สำหรับจำนวนผู้ป่วยต่อพยาบาลหนึ่งคนนั้นจะต้องพิจารณาปัจจัยหลายๆ ประการประกอบกัน คือ ความสามารถของพยาบาล ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยรวมทั้งอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลแต่ละระดับ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522) ซึ่งอัตราส่วน ระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยเฉลี่ยเวรเช้า เท่ากับ 1:5 เวรบ่ายเท่ากับ 1:8 เวรดึกเท่ากับ 1 :10 -13 ส่วนในการมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะใช้การกำหนดด้วยจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมดแล้วเฉลี่ยให้เท่าๆกัน หรือแล้วแต่ข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจในการมอบหมาย (Marram et al., 1974)

1.5 การมอบหมายรายผู้ป่วยให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ จะต้องมอบหมายใน แผ่นมอบหมายรายผู้ป่วย (Assignment sheet) โดยมีการมอบหมายเป็นประจำและประจำเวร ในแผ่นมอบหมายรายผู้ป่วยนี้จะระบุกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นในแต่ละวัน เช่น การประชุมปรึกษา ทางการพยาบาล เป็นต้น

1.6 ตรวจสอบแผ่นป้ายพยาบาลเจ้าของไข้

1.7 ในกรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่อยู่ การมอบหมายงานจะปฏิบัติโดย พยาบาลประจำการที่เป็นหัวหน้าเวร

1.8 มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพคนใดคนหนึ่ง ซึ่งขึ้นปฏิบัติในเวรเช้าใน วันหยุด หรือเวรดึก ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร เพื่อทำหน้าที่แทนหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. การติดต่อประสานงาน

2.1 รับส่งเวรร่วมกับบุคลากรพยาบาลเพื่อรับทราบ และรวบรวมข้อมูล สำคัญเกี่ยวกับ ผู้ป่วยและการพยาบาล

2.2 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วม ดูแล

2.3 ร่วมประชุมปรึกษารื้อกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางทางการรักษาพยาบาล

2.4 ประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

2.5 เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมายและแผนงานของโรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันจะสื่อให้ผู้บริหารเข้าใจถึงแนวทางในการปฏิบัติงาน คุณภาพของงาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ส่งเสริมการปฏิบัติงาน

3. เป็นผู้นิเทศและช่วยควบคุมระบบงานให้งานดำเนินไปอย่างถูกต้องหลักเทคนิค และตรงตามเป้าหมายของโครงการที่วางไว้ โดยให้คำแนะนำช่วยเหลือในการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วย แนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง

4. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทั้งหมด

5. เป็นแบบอย่างของการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้

บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1. รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย
2. แนะนำตัวกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานให้ทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย
3. ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพร้อมทั้งสรุปปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย
4. วางแผนการพยาบาล คำสั่งการพยาบาล การพยาบาลที่ให้ ครอบคลุม รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและตลอดไป ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกแผนการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้มีความเข้าใจตรงกันถึงปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
6. ปรับแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
7. มอบหมายการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ให้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแลในกรณีที่ตนไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
8. ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเจ้าของไข้จะร่วมมือกับแพทย์ พยาบาลผู้ร่วมดูแล พยาบาลคนอื่น ๆ ซึ่งมีความสามารถเฉพาะทาง เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้การพยาบาลโดยตรง นอกจากนั้นยังร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการการดูแลได้อย่างครอบคลุม พยาบาลเจ้าของไข้ จะร่วมมือและทำงานในฐานะผู้ร่วมงานของแพทย์และทีมสุขภาพ

อื่น ๆ เพื่อให้การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ส่งต่อไปยังชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นการร่วมมือจึงเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (Marram et al., 1974)

9. ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว
10. รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
11. นิเทศผู้ช่วยเหลือพยาบาล พยาบาลเทคนิค เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้
12. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งใน และนอกโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
13. รับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลสำหรับผู้ป่วยคนอื่น ๆ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ
14. เสนอรายงาน เอกสาร หรือการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับงานเฉพาะที่ตนได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยให้กับบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพได้รับทราบ
15. ร่วมในการประชุมปรึกษากับบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ การประชุมปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งของการติดต่อ เป็นการติดต่อทางวาทะกับบุคคลากรในทีมสุขภาพทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ลดความคับข้องใจ นอกจากนั้นยังทำให้ไม่มีการแข่งขันกัน แต่จะเป็นการเพิ่มความสามัคคีในการทำงานร่วมกัน (Zander, 1980) สำหรับการประชุมปรึกษาที่สำคัญและจำเป็นในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram et al., 1974) มีดังนี้คือ

15.1 การประชุมปรึกษาจากคาร์เด็กซ์ (Kardex review conference) มีการวางแผนการพยาบาลประจำวัน เพื่อสื่อสารให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด เช่น ความต้องการและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล สามารถตรวจสอบสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้จากคาร์เด็กซ์ นอกจากนั้นบุคลากรพยาบาลคนอื่น ๆ ก็สามารถตรวจสอบข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ และสามารถให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่บุคคลทั่วไปได้ถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลคนอื่น ๆ สังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

15.2 การประชุมปรึกษาโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered conference) เป็นการค้นหาปัญหา ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะ เช่นเดียวกับการประชุมปรึกษาจากคาร์เด็กซ์ ซึ่งจะเน้นการบริการพยาบาลโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประชุมปรึกษาจะเริ่มปฏิบัติเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละ

รายได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ และแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล การประชุมปรึกษาจะเกี่ยวข้องกับการรักษา ยาที่ได้รับ ผลข้างเคียงของ ยาแต่ละชนิด การรักษาเฉพาะ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การวางแผนการจำหน่าย การ ติดต่อสื่อสารกับแหล่งชุมชน การเยี่ยมบ้าน เพื่อประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อ เนื่อง และสิ่งสำคัญคือ การวางแผนการพยาบาล การดูแล การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย การถก ปัญหาเกี่ยวกับการสอน การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร ซึ่ง การวางแผนการพยาบาลสามารถกระทำได้ขณะที่ประชุมปรึกษาร่วมกัน

15.3 การประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัว (Family conference) เพื่อให้ ครอบครัวเข้าใจและยอมรับต่อความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การ พยากรณ์โรค และการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ได้ การติดต่อสื่อสารกับแหล่ง ชุมชนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยญาติและพยาบาลจะใช้เวลาในขณะที่เยี่ยมตรวจผู้ป่วยพูดคุยกันอย่างน้อยวันละ 5 นาที พยาบาลเจ้าของไข้จะช่วยทำให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา แผนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย และพยาบาลเจ้าของไข้เอง มีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของญาติมากขึ้น (Zander, 1980)

15.4 การประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์ (Physician conference) แพทย์ และพยาบาล จะต้องมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน โดยจะมีลักษณะการติดต่อแบบรูป สามเหลี่ยม คือ มีการติดต่อสื่อสารโดยตรง เนื่องจากพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเป็นราย บุคคล จึงต้องใช้ข้อมูลที่ครบถ้วน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการนำมาวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้ รับการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ พยาบาลต้องมีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การ ประชุมปรึกษานั้นจะเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ผลที่เกิดจากการวินิจฉัยโรค การสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ รวมทั้งการอภิปรายร่วมกับแพทย์ในการให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาล สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละบุคคลและเหตุผลในการรักษา การสอน เช่นเดียวกันแพทย์ควรทราบถึงแผนการพยาบาลและเข้าใจแผนการพยาบาลนั้น ๆ ให้การ สนับสนุนต่อการวางแผนการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้

16. แสวงหาแหล่งความรู้ แหล่งศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาการบริการพยาบาลของ ตน จะเห็นได้ว่าพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อได้รับมอบหมายในการรับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ จะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่ และตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรง พยาบาลและในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข่นั้น จะใช้กระบวนการพยาบาลเป็น เครื่องมือโดยจุดมุ่งหมายของกระบวนการพยาบาลนั้น จะมุ่งให้การพยาบาลเป็นไปในลักษณะ ของการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล มีความต่อเนื่องเป็นรูปแบบของพัฒนาการเป็นลำดับ ซึ่ง การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ นั้น เป็นการสร้างความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติ ต่อ

ผู้รับบริการและมีความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพด้วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2534) และกระบวนการพยาบาลนั้นเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงถูกต้อง ที่จะบ่งบอกถึงจุดแข็งของวิชาชีพพยาบาล และระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลซึ่งกระบวนการพยาบาล และระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะลดช่องว่างระหว่างการปฏิบัติกับการศึกษา กระบวนการพยาบาล เป็นการเชื่อมกันของระบบการแก้ปัญหากับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน พยาบาลเจ้าของไข้เป็นบุคคลที่สามารถใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สุด ซึ่งจะเริ่มต้นใช้เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความรับผิดชอบ ค้นหาความต้องการ วิเคราะห์ และกำหนดความต้องการร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย การเอาใจใส่ต่อความต้องการ การแก้ปัญหาตามความสามารถของพยาบาล มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน ซึ่ง Zander (1980) ได้ศึกษาพบว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้มีประสิทธิผลมากที่สุด คือการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดังนั้นกระบวนการพยาบาลและระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำให้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบรรลุสู่เป้าหมายของการดูแลได้

บทบาทของพยาบาลผู้ร่วมดูแล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. แนะนำตัวให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย
2. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล ที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
3. ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้ หรือพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
4. บันทึกแผนการพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การพยาบาล
5. ร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย
6. มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

จากวิธีปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะเห็นได้ว่า พยาบาล 1 คน จะได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยรับผิดชอบตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ โดยประเมิน วางแผนการพยาบาล

ตลอด 24 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ นอกจากนั้นพยาบาลเจ้าของไข้ต้องประเมินกิจกรรมการให้การพยาบาล บันทึกและรายงาน รวมทั้งติดต่อประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ จากการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ในการปฏิบัติงานนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จะมีอิสระในตนเอง มีอำนาจหน้าที่ และมีความรับผิดชอบ ต่อภาระหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การนำวิธีปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหน่วยงานนั้น เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการใช้ระบบ และลดความขัดแย้งของบุคลากรในองค์กร จึงต้องนำแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ ดังต่อไปนี้

3.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีผู้ทำการศึกษาและให้คำนิยาม ความหมายแตกต่างกันดังนี้

Vroom (1973) กล่าวว่า เป็นปริมาณของอิทธิพลที่บุคคลรู้สึกว่าได้เข้าไปร่วมในการตัดสินใจ บุคคลจะได้รับความพึงพอใจจากการทำงานที่มีประสิทธิภาพด้วยตนเอง และจะพัฒนาความผูกพันที่มีต่องานและจะทำงานได้ดี คนมีการควบคุมตนเองมิใช่ควบคุมโดยองค์การ

Stogdill (1974) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ผู้นำสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าร่วมประชุมอภิปราย แก้ปัญหา และร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

House (1976 อ้างใน ศิริกุล จันทุม, 2543) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า ผู้บังคับบัญชาให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการแบ่งปันข้อมูล กระจายอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชา และยอมให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิทธิพลในการทำงาน Anthony (1978) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้นำทักษะความชำนาญ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มาใช้ในการแก้ปัญหา

Sashkin (1984) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงบทบาทโดยตรงใน 4 ด้าน คือ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในองค์การ

Robbins (1990) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจกับผู้บริหาร

3.1 สาธารณประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

Likert (1961) ได้เสนอผลงานเกี่ยวกับการบริหารงานแบบได้มีส่วนร่วมไว้ว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมนั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงาน จะกระทำโดยกลุ่มผู้บริหารจะมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างเต็มที่ การติดต่อสื่อสารไม่เพียงแต่จากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นข้างบน แต่ยังมี การติดต่อสื่อสารแนวนอน ระหว่างเพื่อนร่วมงานที่อยู่ระดับเดียวกัน ในการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหารไม่เพียงแต่ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่พยายาม ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความรู้สึกว่าพวกเขามีความสำคัญ ความเกี่ยวพันระหว่างผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชา และองค์การไม่เป็นทางการ จะเข้ากันได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้แล้ว Likert ยังได้แสดงให้เห็นถึงสาธารณประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

1. ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ใต้บังคับบัญชา เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาถกเถียงปัญหาของตนได้ ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาต่างยอมรับนับถือและไว้วางใจกัน
2. ผู้บังคับบัญชากระตุ้นจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยให้ผู้ร่วมงานเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการบริหารกิจการขององค์การ กระตุ้นให้เกิดทัศนคติในการถือคุณองค์การ นำองค์การไปสู่เป้าหมายได้
3. ระบบการติดต่อสื่อสารภายในองค์การมีความคล่องตัว เป็นไปโดยอิสระทั้งในแนวดิ่งและในแนวราบ ข่าวสารภายในองค์การมีความถูกต้องเพียงพอ เชื่อถือได้
4. ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชามีปฏิริยาโต้ตอบกันอย่างเปิดเผย และโดยกว้างขวางเกี่ยวกับเป้าหมายขององค์การ การปฏิบัติงานและกิจกรรมต่างๆ ภายในองค์การ
5. การตัดสินใจต่างๆ กระทำโดยกลุ่มในทุกๆระดับขององค์การ
6. เปิดโอกาสให้กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้น และถูกต้องตามความประสงค์อย่างแท้จริง
7. การควบคุมงานมีลักษณะกระจายไปในหมู่ผู้ร่วมงานให้มีการควบคุมกันเอง และเน้นในเรื่องการแก้ปัญหาเป็นหลัก หลีกเลี่ยงการควบคุมด้วยวิธีตำหนิหรือดูว่ากล่าว

8. ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญของการพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาโดยการฝึกอบรม เพื่อให้การทำงานมีผลงานสูงสุดและสำเร็จตามเป้าหมาย

Swansburg (1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การไว้วางใจ (Trust) เป็นปรัชญาพื้นฐานของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์เรียบร้อย หากได้รับการยอมรับไว้วางใจจากผู้บริหาร ช่วงเวลาในการให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการบริหารควรจะได้รับควบคุมจากผู้บริหารภาระงานทั้งหมด หรือการตัดสินใจ ผู้บริหารจะให้โอกาสเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้บริหารที่ให้อำนาจและให้ความไว้วางใจแก่ผู้ร่วมงาน จะแสดงให้เห็นถึงความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน และข้อบกพร่องของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานจะรู้จักงานของเขาดีกว่าใคร ๆ บุคคลจะมีความรับผิดชอบในงานของตน หากผู้บริหารมอบหมายความรับผิดชอบให้แก่พวกเขาให้ถูกทาง

2. ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) บุคคลไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือผู้ใต้บังคับบัญชาต้องการความห่วงใยผูกพัน ความยึดมั่นผูกพันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ บุคคลในองค์กรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจปฏิบัติงาน รู้เป้าหมายขององค์กร ซึ่งความยึดมั่นผูกพันนั้นจะเกิดขึ้นจากความรู้สึกภายในจิตใจ มิใช่การแสดงออกอย่างเสแสร้ง ประสบการณ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความขยัน หมั่นเพียร อุตสาหะ ผลผลิตในการทำงานมีมากขึ้นจะเห็นได้ว่าภายใต้การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันโดยไม่ทำให้เกิดโทษใด ๆ ต่อองค์กร

3. การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Goal and Objectives) การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันกับผู้บริหาร ร่วมกันปรับปรุงพัฒนาเป้าหมายองค์กร ย่อมขจัดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น เพราะทุกคนมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน มีการทำงานในทิศทางเดียวกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ผลผลิตหรือผลงานก็ออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ

การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันทางการพยาบาลเกิดขึ้นได้บ่อย ซึ่งเกิดขึ้นโดยการร่วมกันประชุมปรึกษา (Conference) การประชุมปรึกษาเป็นการท้าทายความสามารถผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน สร้างความชัดเจนทำให้มีความสอดคล้องกัน และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

4. ความมีอิสระต่อความรับผิดชอบในการทำงาน (Autonomy) เป็นความมีอำนาจหน้าที่และความสามารถในการรายงานการบริหารด้วยตนเอง ผู้ปฏิบัติงานต้องการที่จะมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจในการทำงานของตน และอิสระในวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้มีความทุ่มเท และเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ตามความรับผิดชอบที่ตนได้รับ

การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการรูปแบบการบริหารที่ดีที่สุด (Likert, 1961) เพราะการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ จะกระทำได้โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการจูงใจผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารไม่เพียงแต่ใช้เงินเป็นผลตอบแทนเท่านั้น แต่จะพยายามให้ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญมีคุณค่าต่อองค์กรมากเพียงใด ซึ่งจะเป็นลักษณะของการส่งเสริมหรือสนับสนุนความคิดที่เป็นอิสระ ได้มีการวิเคราะห์ปัญหา เลือกรเป้าหมาย มีการวางแผน ร่วมกันการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมจะมีผลทางจิตวิทยา และทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งทำให้ช่วยลดความขัดแย้งของบุคลากรในองค์กร (Swansburg, 1996) จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยังทำให้บุคคลได้รับความพึงพอใจจากการทำงานที่มีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลจะพัฒนาความผูกพันที่มีต่องานและจะสามารถทำงานได้ดี (Vroom, 1973) และทำให้บุคคลมีความไว้วางใจกันในองค์กรสูง มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม เพิ่มแรงจูงใจ ความคิดริเริ่ม มีอิสระในงาน และในการตัดสินใจของตน ทำให้เกิดความเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่และสามารถปฏิบัติงานได้เต็ม ความรับผิดชอบที่ตนได้รับ รวมถึงเพิ่มประสิทธิผลองค์กรและผลผลิตในงาน (สุภาพร รอดถนนอม, 2542; Swansburg, 1996)

4. การบริหารแบบมีส่วนร่วมกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้

แนวทางบริหารจัดการระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และนำการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (1996) ซึ่งประกอบด้วย การไว้วางใจ ความยึดมั่นผูกพัน การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน มาบูรณาการเพื่อให้นำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหน่วยงาน ประสบความสำเร็จ ดังมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. จัดประชุมปรึกษาหารือระหว่าง พยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย รวบรวมปัญหา และศึกษาข้อร้องเรียนต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ เพื่อหาแนวทางแก้ไข ตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา และทำความเข้าใจให้ตรงกันในวิธีการแก้ปัญหา และวางแนวทางการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ร่วมกัน
2. สร้างความยึดมั่นผูกพันแก่ผู้ได้บังคับบัญชา โดยจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และติดตามผล ซึ่งคณะกรรมการจะร่วมกันศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหา ดังนี้

2.1 ศึกษาวิเคราะห์อัตรากำลังที่มีอยู่ อัตราการครองเตียง ลักษณะผู้ป่วย เพื่อจัดอัตรากำลังใหม่ให้เหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

2.2 ศึกษาวิเคราะห์การจัดระบบงาน ลักษณะงาน ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อจัดทำระบบงาน (Organization) ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ (Job description) งานที่ปฏิบัติ (Job simplification) และงานที่ได้รับมอบหมาย (Job assignment) อย่างเป็นเป็นลายลักษณ์อักษร

2.3 กำหนดแนวทางการมอบหมายงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

2.4 กำหนดแนวทางการประสานงานที่เอื้อต่อการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มา

ใช้

2.5 กำหนดเป้าหมายเวลาที่คาดว่าจะสำเร็จ

2.6 กำหนดวิธีดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาที่ใช้

2.7 กำหนดแนวทางการประเมินผลการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้

2.8 เตรียมแบบฟอร์ม และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ตามรายละเอียดของโครงสร้างทางเอกสารระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ดังนั้นรูปแบบของเอกสารจึงประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มในการมอบหมายงาน และแบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆด้วย ดังต่อไปนี้

2.8.1 คู่มือการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีรายละเอียดของหลักการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้ประกอบการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละเวร

2.8.2 แบบฟอร์มการมอบหมายงาน

1) แผ่นป้ายพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing board) เป็นแผ่นป้ายแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้

2) แผ่นป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing chart label) เป็นป้ายที่ติดไว้ประจำเตียงหรือประจำห้องผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ

3) แผ่นมอบหมายรายผู้ป่วย (Assignment sheet) นอกถึงการมอบหมายรายผู้ป่วยให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ซึ่งจะต้องมอบหมายประจำเวรเป็นประจำในแผ่นมอบหมายรายผู้ป่วยนี้ จะระบุกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย เช่น การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) เป็นต้น

2.8.3 แบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล

1) แบบประเมินสภาวะสุขภาพ คู่มือวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างของ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ และอำนาจความสะอาดต่อพยาบาลเจ้าของใช้ในการปฏิบัติงาน

2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้ และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3) คาร์เด็กซ์ ใช้ในการบันทึกเพื่อติดต่อสื่อสารการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

4) บันทึกการพยาบาล (Nurse's note) เป็นบันทึกเกี่ยวกับอาการแสดง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการสื่อสารให้กับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ให้ทราบถึงสภาวะของผู้ป่วยและสิ่งที่คุณพยาบาลได้รับจากการรักษาพยาบาลทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการ

1. สร้างความยึดมั่นผูกพันมีส่วนร่วมในโครงการ โดยการจัดประชุมวิชาการ เพื่อเสริมสร้างด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบพยาบาลเจ้าของใช้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และสอบถามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ และนำความคิดเห็นที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์กับระบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่จะนำไปใช้

2. นำระบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่ได้ผ่านการสังเคราะห์แล้ว มาทดลองใช้ เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อให้พยาบาลทำความเข้าใจในระบบได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งการมอบหมายงานให้พยาบาลเป็นพยาบาลเจ้าของใช้เป็นการให้ความไว้วางใจ และให้อิสระในการทำงานแก่พยาบาล โดยพยาบาลเจ้าของใช้จะใช้อิสระในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้กระบวนการพยาบาล

3. ระหว่างการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใช้ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทในการให้การสนับสนุนการปฏิบัติในระบบการพยาบาลเจ้าของใช้ มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เป็นสื่อกลางในการติดต่อระหว่างผู้ได้บังคับบัญชาและผู้บังคับบัญชา นิเทศให้คำแนะนำช่วยเหลือ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร

4. ระยะเวลาดำเนินการ ขึ้นอยู่กับการประเมินผลการใช้ จากผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และการประเมินผลจากองค์กร

ขั้นตอนที่ 3 ชั้นประเมินผล

1. ประเมินและติดตามผลดังนี้
 - สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผลทุกวัน
 - สัปดาห์ที่ 2 – 12 ประเมินผลทุกสัปดาห์
 - เดือนที่ 4 – 6 ประเมินผลทุกเดือน
 - เดือนที่ 7 – 12 ประเมินผลทุก 3 เดือน
2. นำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระยะ ๆ

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg (1996) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การไว้วางใจ 2) ความยึดมั่นผูกพัน 3) การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน 4) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน นำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการการนำเสนอรูปแบบระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

5. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

5.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

Sole & Hartshorn (1997) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เป็นการดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการคุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการรักษา (Cure) การดูแลประคับประคอง (Care) ทั้งร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตผู้ป่วย

สมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา (Hartshorn, 1993. อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2544) ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ไว้ว่า เป็นการพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วยทั้งคนตามความต้องการตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย หรือเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งดูแลการตอบสนองของครอบครัวผู้ป่วย

5.2 คุณสมบัติของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

หลักสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตินั้น ควรจะรับผิดชอบต่อการส่งเสริม และดำรงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไว้ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้ง

ทางจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย และญาติผู้ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติเหล่านี้ ทั้งนี้ต้องยอมรับความเป็นบุคคลทั้งคนของผู้ป่วย ยอมรับเกียรติศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าของคนทุกคนด้วย โดยยึดหลักต่างๆ ดังสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา (ภรณี พวงแก้ว, 2535) ได้กล่าวว่า คุณสมบัติของพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ควรมีดังต่อไปนี้

1. ต้องดำรงไว้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน
 2. ต้องมีความรู้แสวงหาความรู้ที่เหมาะสมทันสมัยอย่างต่อเนื่อง
 3. ต้องเป็นส่วนหนึ่งในสหสาขาวิชาชีพ ต้องประสานงานกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในแต่ละแห่ง
 4. ต้องเข้าใจถึงภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ เพื่อนร่วมงานได้ดี รวมทั้งประเมินปัญหาทางกาย ทางจิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องด้วย
 5. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ร่วมรับรู้ในสิทธิของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อนร่วมงาน ในอันที่จะช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวได้ตามความต้องการของตนเองแต่ละคน ตามสถานการณ์ต่าง ๆ กัน
 6. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ควรจะยอมรับค่านิยมของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนร่วมงานของตนเองที่แตกต่างกัน ทั้งความคิด ทักษะคติ ในทุกสถานการณ์ที่เกี่ยวกับปัญหาจริยธรรม
 7. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ควรยอมรับหลักเกณฑ์สำหรับพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ด้วย
- นอกจากนี้ยังต้องมีหลักเกณฑ์สำหรับพยาบาล ตามที่สมาคมพยาบาลวิกฤติแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวไว้ 11 ประการ คือ

ประการที่ 1 ให้การพยาบาลด้วยความเคารพในเกียรติศักดิ์ของความเป็นมนุษย์ ซึ่งไม่ถูกจำกัดด้วยสภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ หรือปัญหาทางสุขภาพ อันได้แก่

1. เคารพในเกียรติ ศักดิ์ศรี และความมีคุณค่าของมนุษย์ ดังนั้นพยาบาลจึงพึงปฏิบัติการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะปกป้องรักษาให้ชีวิตนั้น ๆ ได้ยืนยาวอย่างมีคุณค่า ควรบอกเล่าข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และควรให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องตัวของเขาเอง โดยการให้ข้อมูลที่เที่ยงตรง ละเอียดย และจำเป็นแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไตร่ตรอง ตัดสินใจ ซึ่งนำหนักผลดีผลเสียของการรักษา ยอมรับหรือปฏิเสธในการรักษาระยะสุดท้ายโดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ ให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีความเมตตากรุณา และมีความรู้เกี่ยวกับศีลธรรม และสิทธิอันชอบธรรมตามกฎหมายที่ผู้ป่วยมี ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมเป็นสมาชิกของสังคม ดังนั้นเมื่อมีเหตุใด ๆ เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีองค์ประกอบและตัวแปรมากมายเข้ามามีส่วนเกี่ยวพันด้วย และในแต่ละรายก็ย่อมแตกต่างกันไปซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึง

2. สภาวะและคุณสมบัติของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความต้องการการดูแล จะเป็นสากลไม่ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ สัญชาติ ความเชื่อ ขนบประเพณี การเมือง การศึกษา สถานะ เศรษฐกิจ พัฒนาการ บุคลิกภาพ บทบาท และเพศ ก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้ก็จะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลจึงควรวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตามสภาพ โดยที่พยาบาลควรมีความเข้าใจ ไตร่ตรอง พิจารณา และปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

3. ธรรมชาติของปัญหาสุขภาพ การที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีสภาพแตกต่างกันไปนั้น ย่อมทำให้ความต้องการการดูแลแตกต่างกันออกไปด้วย เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพการทำงานไม่ได้ กับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพดี ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันกับผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ก็ย่อมมีความต้องการการพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การกลับฟื้นสภาพ การบรรเทาความทุกข์ทรมานแตกต่างกัน การบริการพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่กำลังใกล้จะตายนั้น ครอบครัวเขาย่อมหวังว่าจะช่วยพยุงชีวิตระยะสุดท้ายนั้น ให้มีความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การพยาบาลก็มุ่งที่จะป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน

4. จุดมุ่งหมายของบริการสุขภาพ การพยาบาลเป็นบริการที่ไม่อาจจะแบ่งแยกได้ชัดเจน แต่มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การให้บริการพยาบาลนั้นต้องยึดหลักให้ความนับถือต่อบุคคล และเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ

ประการที่ 2 พยาบาลควรปกป้องรักษาสิทธิความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. สิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในพยาบาลว่า จะรักษาสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยไว้ ไม่นำเรื่องราวไปเล่าต่อหรือบอกต่อ
2. ปกป้องรักษาข้อมูล พยาบาลเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น
3. การประเมินเพื่อบันทึก ในการเตรียมดูแลนั้นบางครั้งเราต้องการข้อมูลบันทึกที่จะประเมินผู้ป่วยจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านั้นก็ควรได้รับอนุญาตด้วย แม้ว่าจะเป็นในกรณีฉุกเฉินก็ต้องอย่าลืมว่า จะต้องให้บุคคลได้คงไว้ซึ่งสิทธิในการบอกเล่าข้อมูลสำหรับบันทึกการพยาบาล ปรรณานาที่จะใช้ข้อมูลสำหรับวิจัย หรือจุดประสงค์อื่น ก็ต้องเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นความลับและผู้ป่วยนั้นต้องยินยอมแล้ว

ประการที่ 3 พยาบาลควรป้องกันและรักษาความปลอดภัยให้ผู้ป่วย คือ

1. ป้องกันสุขภาพและความปลอดภัยให้ผู้ป่วย เป็นหนายปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วยถูกปฏิบัติอย่างผิดกฎหมาย ผิดศีลธรรมจรรยา หรือถูกปฏิบัติแบบไร้ความสามารถจากสมาชิกของทีมสุขภาพอื่น ๆ เป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลจากสมาชิกทีมสุขภาพด้วยความเหมาะสม
2. ถามคำถามเมื่อมีการปฏิบัติการใด ๆ ที่มีผลคุกคามความมีคุณค่าของผู้ป่วย ให้สอบถามโดยตรงกับผู้รับผิดชอบการกระทำนั้น หรือรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ หรือบันทึกข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน แล้วรายงานตามลำดับขั้นตอน
3. ทบทวนกระบวนการพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการ การปฏิบัติการและการประเมินผลด้วย เช่น เข้าร่วมกลุ่มกับกรรมการด้านศีลธรรมจรรยา ในการทบทวน กฎระเบียบ หรือวางกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติ เป็นต้น

ประการที่ 4 พยาบาลดำเนินการตัดสินใจและปฏิบัติการ ดังนี้

1. มีความรับผิดชอบและซ่งข้อดีข้อเสีย ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์วิชาชีพ พยาบาลนั้น เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับว่า ให้บริการการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพสูง ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์วิชาชีพนั้น ย่อมแสดงว่าพยาบาลนั้นได้รับการยอมรับ พยาบาลวิชาชีพ จึงเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ และสามารถไตร่ตรองซ่งข้อดีข้อเสีย เมื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้
2. มีความรับผิดชอบในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ความรับผิดชอบในการพยาบาลนั้น หมายถึง การใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งแปรรูปมาจากการประเมินผู้ป่วย พัฒนาการวางแผนการพยาบาลโดยมุ่งให้ผู้ป่วยนั้น ได้มีความสามารถด้านสุขภาพอนามัยมากที่สุด และเตรียมการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริม คงไว้และรักษาภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีแล้ว จึงมาประเมินเพื่อไขข้อบกพร่องใหม่อีกครั้ง
3. ซ่งน้ำหนักด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหมายถึง การตอบคำถามได้ว่าทำอะไรด้วยเหตุผลใด สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผลต่อตัวเอง ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสังคม โดยยึดหลักการเคารพในเกียรติ ศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าของความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย อธิบายได้อย่างชัดเจนถึงกลไกที่ปฏิบัติ เช่น หลักเกณฑ์ของพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล พัฒนาการด้านทฤษฎีการพยาบาล ซึ่งแปรมาจากวิจัยทางการพยาบาล ความต้องการศึกษาเพิ่มเติม ประกาศนียบัตร และกลไกการประเมินการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ประการที่ 5 รักษาคุณภาพการพยาบาล ได้แก่

1. ความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย มีการพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ และมีความรู้ในการดูแล พยาบาลจึงควรต้องกระตุ้นให้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และมีความใฝ่ใจ รับผิดชอบในการแสวงหาความรู้และทักษะ
2. การวัดความสามารถในการพยาบาล พยาบาลควรมีความต้องการที่จะได้มีการประเมินกันเองกับผู้ร่วมงาน เพื่อเป็นแนวในการประเมินวัดความสามารถในการพยาบาลให้ได้คุณภาพ มาตรฐาน ในขณะที่เดียวกันพยาบาลนั้น ควรที่จะได้มีการประเมินตนเองด้วย ทั้งในด้านการปฏิบัติทางคลินิก ความสามารถในการตัดสินใจ และความสามารถในการวินิจฉัย
3. ความรับผิดชอบร่วมในวิชาชีพ มีความรู้ในขอบเขตการบริการพยาบาล ความเปลี่ยนแปลง หลักจริยธรรม และหลักการ

ประการที่ 6 มีการวินิจฉัยและใช้ความสามารถ และคุณภาพในเกณฑ์การ ปรึกษา การรับผิดชอบ และการมอบหน้าที่ คือ

1. การเปลี่ยนบทบาท พยาบาลต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ซับซ้อนในปัญหาสุขภาพแบบแผนในการให้การพยาบาล และพัฒนาการใหม่ ๆ ที่จะต้องตอบสนองต่อสุขภาพผู้ป่วย เมื่อขอบข่ายงานพยาบาลเปลี่ยนไป พยาบาลก็ควรจะได้มีการฝึกหัด ด้านการยอมรับ หน้าที่รับผิดชอบ การค้นหา การปรึกษาหารือ และการเปลี่ยนการมอบหมายงานพยาบาล
2. ยอมรับความรับผิดชอบ พยาบาลให้บริการพยาบาลในขอบเขตของการศึกษา การมีความรู้และประสบการณ์ความสามารถ ซึ่งถ้าขาดสิ่งเหล่านี้ขึ้นในตัวแล้วก็ต้องรีบค้นหาเพิ่มเติม
3. การปรึกษาและการร่วมมือ กระบวนการด้านดูแลสุขภาพนั้น เป็นสิ่งซับซ้อน ซึ่งต้องการความรู้ที่กว้างขวาง และมีทักษะ ความร่วมมือของพยาบาล จึงอาจจะต้องมีการร่วมมือประสานงานกับบุคคลภายในและภายนอกทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
4. ตัวแทนในการบริการพยาบาล พยาบาลควรจะได้มีการประเมินความสามารถในการทำงานของแต่ละคน และได้รับมอบหมายงานตามความสามารถ

ประการที่ 7 มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ คือ

1. พยาบาลกับการพัฒนาความรู้ การพัฒนาความรู้จะช่วยส่งเสริมให้วิชาชีพก้าวหน้า พยาบาลแต่ละคนจึงควรมีบทบาทต่อวิชาชีพ ในด้านการพัฒนาความรู้ เช่น การทำวิจัย หรือ การนำความรู้ด้านทฤษฎีมาใช้ เป็นต้น

2. ปกป้องสิทธิมนุษยย์และการมีส่วนร่วมในงานวิจัย มีหลักเกณฑ์ว่า ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหา และธรรมชาติของการวิจัย และสืบให้รู้แน่ว่าการวิจัยนั้นได้รับการยอมรับแล้ว ซึ่งวิจัยนั้นควรได้รับการชี้แนะทางจาก ผู้มีคุณวุฒิทางการแพทย์ที่มีส่วนในการวิจัยนั้น ควรมีความสามารถให้ข้อมูลได้ทั้งด้าน หลักเกณฑ์พยาบาล และหลักเกณฑ์สิทธิผู้ป่วย

ประการที่ 8 พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล ดังนี้

1. รับผิดชอบต่อสาธารณชนสำหรับมาตรฐานพยาบาล เนื่องจากพยาบาลนั้นได้รับการยอมรับว่า เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะ วิจยารณญาณ และการปฏิบัติการที่เหมาะสม หลักมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้น จึงเป็นแนวทางให้พยาบาลได้รับการยอมรับในวิชาชีพ และมุ่งประเมินความสามารถที่มีต่อสาธารณชน พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ

2. รับผิดชอบต่อมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานนั้นจะสะท้อนออกมาในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีพื้นฐานในด้านจริยธรรม และการมีความรู้ด้านสรีรวิทยา ร่างกาย มาตรฐานการพยาบาลจะปรากฏอยู่ในการปฏิบัติการพยาบาล การบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบในการนำมาตรฐานนั้นมาใช้ปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการทำให้วิชาชีพได้พัฒนายิ่ง ๆ ขึ้นไป จากระดับท้องถิ่น ประเทศ รัฐ ผู้สอนและผู้ให้ความรู้ด้านการพยาบาลนั้น ก็ควรจะต้องมีความรับผิดชอบต่อปฏิบัติการพยาบาล และสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้มีแผนการเรียนรู้ ยิ่ง ๆ ขึ้นไป

ประการที่ 9 การมีส่วนร่วมให้วิชาชีพเป็นที่ยอมรับ การจ้างงาน และการโน้มนำให้การพยาบาลนั้นมีคุณภาพสูง ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อการทำงาน พยาบาลจะได้รับการจ้างงานเมื่อสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และเตรียมการดูแลให้ได้ตามมาตรฐานการบริการ ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงนั้น จะขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของพยาบาลแต่ละคน และวิชาชีพการพยาบาลนั้น ควรจะแสดงความเป็นอิสระของตนเองในการปฏิบัติงาน

2. รักษาสถานะการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง การรักษาสุขภาพและควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนที่จะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และยอมรับในระบบการดูแล พยาบาลควรจะมีความเห็นตรงกัน ในมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักเกณฑ์

ประการที่ 10 พยาบาลมีส่วนร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ดังนี้

1. ปกป้องจากการพูดให้เข้าใจผิด และเสนอผิดๆ พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยและมีคุณค่า ไม่เจียบโดยไม่บอกแก่ผู้ป่วย เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดไป พยาบาลควรสื่อความหมายให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และให้ความรู้และบริการสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีแก่ผู้ป่วย เตรียมการ ให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ผู้ป่วย
2. รักษาสภาพความเป็นหนึ่งเดียวกันในการพยาบาล พยาบาลนั้นได้รับการยอมรับจากสาธารณชน การเป็นพยาบาลวิชาชีพนั้น แสดงถึงความมีคุณสมบัติด้านการศึกษาและมีเกียรติยศ ซึ่งถูกกฎหมาย พยาบาลวิชาชีพทุกคนจึงควรมีความภูมิใจในวิชาชีพ

ประการที่ 11 มีการประสานงานกลมกลืนกับสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพได้ คือ

1. ประสานงานกับบุคคลอื่นเพื่อบรรลุด้านสุขภาพ พยาบาลควรมีการวางแผนการดูแลด้านสุขภาพ และประสานงานได้ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น รัฐ ประเทศ ถึงระดับนานาชาติ นำส่วนต่างๆ มาสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องได้ในระบบสุขภาพ
2. ความรับผิดชอบต่อสาธารณชน จุดมุ่งหมายของพยาบาลนั้นต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละคนด้วยบริการที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลแต่ละคนจึงควรเป็นตัวแทนของการตัดสินใจวินิจฉัยการพยาบาลได้ เพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับ
3. ความสัมพันธ์กับวิชาชีพอื่น ระบบการดูแลนั้นมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายวิชาชีพ พยาบาลควรจะได้มีการส่งเสริมการวางแผนการทำงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

กล่าวโดยสรุปแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามของชีวิต โดยเน้นการรักษาประคับประคอง ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ตามภาวะการตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ และนอกจากความหมายทางการปฏิบัติแล้วพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ต้องมีหลักการสำคัญ คือ มีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการดูแลระบบต่างๆ ของร่างกาย และการทำงานของกระบวนการชีวิต สามารถเข้าใจและยอมรับความเป็นบุคคลทั้งคนของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งด้านสภาพสังคม เศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อม และร่วมมือในการประสานงานต่างๆ เป็นอย่างดี และร่วมเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ

5.3 มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยหนัก

มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยหนัก ซึ่งกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดมาตรฐานการพัฒนาการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพ (กฤษฎา แสงวงดี, อีรพร สติร อังกูร, สุวิภา นิตยงกูร, เวรดี ศิรินคร และมนทกานต์ ตระกูลดิษฐ์, 2542) ประกอบด้วย

5.3.1. มาตรฐานการจัดบริการพยาบาล 9 มาตรฐาน

5.3.2. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 7 มาตรฐาน

ซึ่งจะสรุปโดยสังเขปเกี่ยวกับมาตรฐานการจัดบริการพยาบาล และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

5.3.1 มาตรฐานการจัดบริการพยาบาล

มาตรฐานการจัดบริการพยาบาล ซึ่งใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดมาตรฐานการพัฒนาการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพ ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรฐานดังต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 1 ทิศทางการบริหารการพยาบาล โดยกำหนดทิศทางการบริหารจัดการการพยาบาลผู้ป่วยหนักชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกคนยอมรับ และใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงาน เช่น มีปรัชญาในการให้บริการพยาบาล พันธกิจ ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ กลไกการสื่อสาร กลไกการสนับสนุน และติดตามผล

มาตรฐานที่ 2 การจัดองค์กรและการบริหารงาน โดยการบริหารเอื้อต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ เช่น แผนภูมิโครงสร้างการบริหาร คำบรรยายลักษณะงาน กลไกการบริหารบริการพยาบาล

มาตรฐานที่ 3 ทีมพยาบาล โดยทีมพยาบาลมีความพร้อมในการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เช่น การจัดอัตรากำลังให้มีทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การมอบหมายงาน คุณสมบัติของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 4 พัฒนาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล โดยส่งเสริมพัฒนาความรู้ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล ให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การประชุมเทคเจ้าหน้าที่ การพัฒนาศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ การฝึกทักษะการพยาบาล ปรับปรุงพัฒนาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 5 มาตรฐานวิธีปฏิบัติโดยสะท้อนความรู้ที่ทันสมัยสอดคล้องกับลักษณะงานและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น การรับใหม่ ย้าย และจำหน่ายผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัยในหน่วยงาน การประสานงาน

มาตรฐานที่ 6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ทำงาน โดยอำนวยความสะดวกเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยหนักตั้งอยู่ศูนย์กลางของห้องผ่าตัด คลังเลือด ห้องเอกซเรย์ จัดพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน

มาตรฐานที่ 7 อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยหนัก โดยให้มืออย่างเพียงพอ และพร้อมใช้งานได้ทันที

มาตรฐานที่ 8 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องและให้ทุกคนมีส่วนร่วม เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

มาตรฐานที่ 9 สารสนเทศทางการพยาบาล โดยจัดให้มีสารสนเทศทางการพยาบาลในหน่วยงานอย่างมีคุณภาพ เช่น การจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานให้ครบถ้วน สังกะยาระห์ข้อมูลข่าวสาร

5.3.2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดมาตรฐานการพัฒนากิจการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพ มีมาตรฐานดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความต้องการ และคาดการณ์ภาวะวิกฤติได้ก่อนอาการจะรุนแรง เช่น ประเมินสัญญาณชีพ อาการปวด สภาพผิวหนัง ส่งสิ่งส่งตรวจ และติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง ประเมิน ประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องมือ

มาตรฐานที่ 2 วินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผน โดยพยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง กำหนดแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะวิกฤติและระยะต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน โดยพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและภาวะวิกฤติโดยเร็วที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจ

เกิดขึ้นได้ขณะรับการรักษาพยาบาล ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับความรุนแรงวิกฤติ และสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยหนัก จัดการดูแลในแต่ละเวรให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการพยาบาลอย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ จัดให้มีกระบวนการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม ระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผน โดยพยาบาลวิชาชีพวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายตั้งแรกรับ

มาตรฐานที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพจัดให้บันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัว และยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ในฐานะปัจเจกบุคคล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เรณู พุกบุญมี, จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, จุติพร แดงฉาย, สุภาณี เสนาดีสัย (2543) ศึกษาผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถและความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ เปรียบเทียบกับการมอบหมายงานในรูปแบบอื่นๆ ที่ใช้อยู่ (แบบรายผู้ป่วย แบบทีม และแบบทีมผสมหน้าที่) พบว่าในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของพยาบาลมากกว่าการมอบหมายงานในรูปแบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม

สุกัญญา ไกวัลย์ดิถิก (2537) ศึกษาผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย

เปรียบเทียบกับกรมอบหมายงานแบบทีม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าระบบการมอบหมายงานแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ แต่คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล และค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของการใช้กระบวนการพยาบาลในทั้งสองระบบไม่แตกต่างกัน

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ศึกษาผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ 3 เดือนแรกใช้ระบบมอบหมายงานแบบปกติ คือการมอบหมายงานแบบทีม ระยะที่ 2 เป็นระยะทดลองใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและการใช้กระบวนการพยาบาล ศึกษาจากบันทึกรายงานของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกโรงพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลใช้แบบสอบถามพยาบาลเมื่อสิ้นสุดระยะควบคุมและระยะทดลอง ผลการวิจัยพบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาล อย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องมากกว่า และมีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า ในการใช้ระบบมอบหมายงานแบบทีมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรารภรณ์ เขมโชติกูร (2541) ศึกษาระดับความรู้และทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและแต่ละหอผู้ป่วย ผลวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้และทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและแต่ละหอผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบหน้าที่ ศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 40 คน จัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาล

ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หลังการใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม ก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม ก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในด้านความเป็นอิสระในการทำงานหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Archibong (1999) ศึกษาประเมินผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการพยาบาล กรณีศึกษาในไนจีเรีย ประเมินผลโดยใช้ Quality of Patient Care Scale (QUALPACS) ที่พัฒนาโดย Wandel & Ager (1974) แบ่งเป็น 6 หน่วย ได้แก่ จิตสังคมส่วนบุคคล (Psychosocial-individual) จิตสังคมกลุ่ม (Psychosocial-group) ร่างกาย (Physical) ทั่วไป (General) การติดต่อสื่อสาร (Communication) และการใช้วิชาชีพ (Professional implications) ผลพบว่า คุณภาพการ ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด คือ การตอบสนองตามความต้องการดูแลของผู้ป่วยรายบุคคล และที่เพิ่มน้อยที่สุด คือ การดูแลทางด้านร่างกาย

Laakso & Routasalo (2001) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮม สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮม และพยาบาลผู้ให้การดูแลต่อการเปลี่ยนจากระบบให้การพยาบาลแบบหน้าที่เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 117 เดือน เปลี่ยนแปลงระบบโดยการฝึกอบรมบุคลากร การวางแผน และการอภิปรายร่วมกับบุคลากร มีการจัดประชุมสมาชิกในครอบครัวเพื่อแนะนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ในเรื่อง 1) ความเปลี่ยนแปลงในเนอสซิ่งโฮม 2) การปฏิบัติตัวของผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮมกับพยาบาล 4) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่พักกับพยาบาล 5) บทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแล ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮม พบว่า การให้การพยาบาลและสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่พักในเนอสซิ่ง

โฮมกับพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง แต่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่พักกับพยาบาล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอย่างชัดเจน คือ พยาบาลมีความเป็นมิตรมากขึ้น พยาบาลให้เวลากับผู้ที่พักในเนอสซึ่งโฮมมากขึ้น และแสดงถึงว่ามีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น

Robert (1980) ศึกษาผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเทียบกับระบบทีม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการรับรู้ในเรื่องความต่อเนื่องในการดูแล เกิดการดูแลเฉพาะบุคคลมากขึ้น แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า พยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจมากกว่า เนื่องจากมีอิสระในการใช้ความรู้ความสามารถในการตัดสินใจให้การพยาบาลด้วยตนเองมากขึ้น ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงานมากขึ้น แต่ด้านปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาลที่ใช้ระบบทีมมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า

Perälä & Hentinen (1989) ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ในหอผู้ป่วย 3 แห่ง คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม และหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก จำนวนกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง จำนวน 62 ราย หลังการทดลอง จำนวน 58 ราย พยาบาลเจ้าของไข้ได้รับการดูแลผู้ป่วย 1-5 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลได้รู้จักผู้ป่วยในแต่ละรายมากขึ้น ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก ทำงานเป็นระบบมากขึ้น มีอำนาจการตัดสินใจ มีการใช้แผนการพยาบาลมากขึ้น

McGonigle (1998) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เปรียบเทียบกับระบบพยาบาลรูปแบบอื่น ๆ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ King (1981) พยาบาลและผู้ป่วยตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน เมื่อปฏิบัติถึงจุดมุ่งหมาย ผู้ป่วยก็เกิดความพึงพอใจ วัดโดยใช้ McGonigle Satisfaction Scale ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gray & Smedley (1998) ศึกษาความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชของบุคลากรระดับต่าง ๆ ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เก็บข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการสุ่มในระยะเวลา 7 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ระยะเวลาเฉลี่ย 3.19 เวน (คิดเป็นร้อยละ 15 ของเวรทั้งหมดใน 1 สัปดาห์) ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ร่วมดูแล

ระยะเวลาเฉลี่ย 2.25 เวน (คิดเป็นร้อยละ 11 ของเวรทั้งหมดใน 1 สัปดาห์) บุคลากรอื่น ๆ ระยะเวลาเฉลี่ย 1.81 เวน (คิดเป็นร้อยละ 9 ของเวรทั้งหมดใน 1 สัปดาห์)

จากการทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้องที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้สามารถตอบสนองในการที่จะพัฒนาการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เนื่องจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระบบที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ ระบบนี้สามารถพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุด แต่ในการปรับเปลี่ยนระบบบริการพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ซึ่งใช้ระบบบริการพยาบาลแบบรายผู้ป่วย มาเป็นระยะเวลาจนถึง 23 ปี ให้มาใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข่นั้นค่อนข้างเป็นไปได้ยาก ผู้ศึกษาจึงจัดทำโครงการการนำเสนอระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทขึ้น เพื่อนำเสนอระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้เป็นที่รู้จัก และให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ความพร้อมของบุคลากร อัตรากำลัง ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังการทดลองใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Manthey, (1980) และดำเนินโครงการโดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg, (1997) ในการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ดังกรอบแนวคิดในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดที่ใช้ในโครงการ

