

บทที่ 2

วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสาร วรรณคดี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรม ผู้วิจัยจะเสนอผลการศึกษาเป็นลำดับดังนี้

1. การใช้เวลาในการปฏิบัติงาน
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ประโยชน์ของการศึกษาเรื่องการใช้เวลา
 - 1.3 ประเภทของการศึกษาเรื่องการใช้เวลา
2. หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรม
 - 2.1 ความหมายหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
 - 2.2 เป้าหมายของการจัดตั้งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
 - 2.3 การบริหารจัดการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
 - 2.3.1 ปรัชญา แนวคิด
 - 2.3.2 เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
 - 2.4 การพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
3. การใช้เวลาของพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
 - 3.1 ด้านบริการพยาบาล
 - 3.2 ด้านการบริหาร
 - 3.3 ด้านวิชาการ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การใช้เวลาในการปฏิบัติงาน

ยูริส (Uris 1970) ได้เสนอแนะให้การใช้เวลาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้มีการกำหนดเวลาออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

ประการที่ 1 เวลาที่ต้องใช้อย่างคงที่ (Fixed) เป็นเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเป็นงานที่ไม่สามารถตัดทอนได้เลย เช่น การประชุมประจำสัปดาห์

ประการที่ 2 เวลาที่สามารถยืดหยุ่นได้ (Semiflexible) เป็นเวลาที่ต้องใช้ไปในงานที่สามารถเพิ่มหรือลดเวลาในการปฏิบัติงานได้ เช่น การใช้เวลาในการเตรียมรายงานผลงาน

ประการที่ 3 เวลาที่สามารถแปรเปลี่ยนได้ (Variable) เป็นเวลาที่ใช้ไปในงานที่ผู้บริหารสามารถควบคุมด้วยตนเอง เช่น การคิดเวลาในการวางแผนงาน บางครั้งสามารถแปรเปลี่ยน เนื่องจากมีงานบางอย่างที่อาจรอไว้ทำภายหลังได้

สำหรับการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักถึงเสมอ ผู้ให้พยาบาลต้องสามารถแยกแยะคุณค่าของกิจกรรมการพยาบาล (value of activities) ที่ตนปฏิบัติได้ในทุก ๆ กิจกรรม ทั้งในแง่ของผลที่จะเกิดขึ้น และในแง่คุณค่าทางด้านเศรษฐกิจ เรื่องการใช้ทรัพยากรให้เกิดผลอย่างเต็มที่ ลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานที่เสร็จสิ้นไปทันทีและเกิดผลต่อผู้รับบริการในขณะนั้น ๆ ทันทีแล้วจะไม่หวนกลับมาอีก ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำเดี๋ยวนั้น และต้องการการกระทำโดยตรงต่อผู้รับบริการค่อนข้างมาก

1.1 ความหมาย

สุนทร ลีวเลาหคุณ (2528) กล่าวว่า การศึกษาเวลาเป็นเทคนิคในการหาเวลาของการทำงาน สำหรับงานที่ได้รับมอบหมายซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการจับเวลาในการทำงานนั้น ๆ โดยเวลาที่ได้จะเป็นเวลาของการทำงานจริง (เวลาการทำงานจริง เป็นเวลาที่เมื่อเกิดการกระทำ แล้วต้องให้ผลลัพธ์ ไม่รวมเวลาที่เกิดจากการสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์) บวกด้วยเวลาเผื่อ (Allowance) สำหรับความเหนื่อยล้า (Fatigue), เวลาสำหรับภารกิจส่วนตัว (Personal) และเวลาที่สูญเสียไปโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable delays)

การศึกษาเวลาในการปฏิบัติงานนี้ นับว่าเป็นวิธีการหลักที่ใช้ในการกำหนดมาตรฐานงาน (work standard) เพื่อหาเวลามาตรฐานต่องาน 1 หน่วย สำหรับการศึกษาวงจรเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้น ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดปริมาณของพยาบาลประการหนึ่งก็คือ

ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องกระทำให้กับผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอาการ

1.2 ประโยชน์ของการศึกษาเรื่องการใช้เวลา

แม้ว่าการศึกษาเวลาจะมีประโยชน์โดยตรงในการหาเวลามาตรฐานเพื่อนำมาใช้ในแผนการให้รางวัลแก่คนงานก็ตาม แต่ประโยชน์อื่น ๆ ซึ่ง สุนทร ลีวเลาหคุณ (2528) ได้กล่าวถึง คือ 1) Labour Cost Control ใช้หาเวลาทำงานของคนงานในงานชิ้นหนึ่ง ๆ เพื่อเปรียบเทียบกับต้นทุน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ 2) Budgeting ใช้ในการประเมินอัตราค่าใช้จ่าย (Overhead rate) ของชิ้นงาน หรือสินค้าที่ผลิตโดยใช้สูตร

$$\text{Overhead rate} = \frac{\text{Estimated Overhead Cost}}{\text{Standard Labour cost for the estimated volume}}$$

3) Cost Estimation ใช้ในการประเมินค่าใช้จ่ายของงานหรือชิ้นสินค้าที่อาจจะผลิตในอนาคต โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาเวลาในอดีต เพื่อใช้ในการกำหนดราคาสินค้า 4) Manpower planning ใช้ในการช่วยตัดสินใจว่าหน่วยต่าง ๆ ต้องการกำลังคนในการทำงานเท่าใด 5) Training ใช้เป็นมาตรฐานในการจัดการฝึกคนงานใหม่และเป็นมาตรฐานเปรียบเทียบ ระดับประสิทธิภาพการทำงาน 6) Production Line Balancing ใช้ในการกระจาย load การทำงานให้สม่ำเสมอขึ้น นั่นคือ คนงานทุกคนควรมีเวลาทำงานและพักผ่อนเท่ากัน ไม่ใช่คิดจากจำนวนงาน 7) Incentive Scheme Based on Output ใช้ในการตั้งผลงานมาตรฐาน เพื่อเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบผลงานของคนงานแต่ละคน ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการให้รางวัล หรือ โบนัสที่ยุติธรรม 8) Evaluation of Alternative Methods ใช้เปรียบเทียบเพื่อหาวิธีการทำงานที่ดีกว่าโดยการหาเวลาของวิธีต่าง ๆ ซึ่งยังช่วยในการหาต้นทุนการผลิตที่ต่ำกว่าได้อีกด้วย 9) production Scheduling เวลามาตรฐานช่วยในการกำหนดเวลาของการผลิตได้อย่างแน่นอน ทำให้การตั้งเป้าหมายการผลิตเป็นไปตามต้องการ และช่วยในการคำนวณหาวิถีกฤตในเรื่อของ Critical path analysis 10) Plant Layout ช่วยในการประมาณพื้นที่ที่จะใช้ในการทำงานชิ้นหนึ่ง ๆ ว่า ถ้าต้องการผลผลิตเท่านี้ต่อวันต้องการใช้คนงานจำนวนเท่าใด เครื่องจักรกี่เครื่อง และเส้นทางของการเคลื่อนของ production line

11) Maximum Plant Capacity ช่วยในการคำนวณหาระดับกำลังการผลิตสูงสุดของโรงงาน เพื่อใช้ในการวางแผนการผลิตและการขยายกำลังการผลิตในอนาคต

จะเห็นได้ว่าเวลาเป็นทรัพยากรที่เป็นปัจจัยการผลิตประการหนึ่งจัดเป็นตัวป้อน (input) ที่นำเข้าไปในกระบวนการปฏิบัติ เวลาที่ใช้ไปในการดูแลผู้ป่วย (nursing care hours provided of actual nursing care hours) เป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการบริการ (productivity) ใช้ประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และ ประเมินประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรการผลิต (resources management) ได้ หากทราบเวลามาตรฐานที่ต้องใช้ในกระบวนการผลิตผลงานชิ้นหนึ่ง ๆ (hours required)

1.3 ประเภทของการศึกษาเรื่องการใช้เวลา

ริชต์วอร์ม และ เนื่อโลม (2828) กล่าวว่า การศึกษาเวลามีอยู่ 4 วิธี คือ

วิธีที่ 1 Direct time study คือการศึกษาเวลาโดยการใช้ เครื่องมือจับเวลา โดยตรง จากการทำงานของคนงานอาจมีการใช้กล้องถ่ายภาพยนต์ช่วย

วิธีที่ 2 Predetermined motion-time systems คือการหาเวลาโดยใช้ตาราง การคำนวณมาตรฐานต่าง ๆ ตามวิธีที่มีผู้คิดค้นขึ้น เช่น Motion time analysis (MTA), Body member movements, Motion-time data for assembly work, The Work-factor system, Elemental time standard for basic manual work, Methods-time measurement (MTM), Basic motion-time study (BMT), Dimensional motion time (DMT), Predetermined human work times และ Master standard data (MSD),

วิธีที่ 3 Work sampling คือการศึกษาเวลาโดยอาศัยหลักการสุ่มตัวอย่างเชิง สถิติใน การหาสัดส่วนของการทำงาน และเวลามาตรฐาน

วิธีที่ 4 Standard time data and formulae คือการศึกษาเวลาโดยอาศัย ข้อมูลจากอดีต และสูตรบางสูตรช่วยในการคำนวณหาเวลา

ลักษณะการทำงานของพยาบาลนั้น เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องกระทำเสร็จสิ้นใน ขณะนั้น ๆ และสามารถวัดผลที่ได้จากการปฏิบัติงานในเชิงปริมาณ โดยวัดได้จากจำนวนกิจกรรม ที่พยาบาลกระทำขึ้น และจากจำนวนเวลาที่ใช้ไปในกิจกรรมการปฏิบัติงานนั้น ๆ การศึกษาเวลา

ในการปฏิบัติงานด้วยการใช้เครื่องมือจับเวลาโดยตรง (นาฬิกาจับเวลา) เป็นการศึกษาเวลาวิธีเดียวที่ได้เวลาการทำงานจากงานโดยตรง มีความแม่นยำ (accurate) เป็นวิธีการที่ใช้วัดการปฏิบัติงานในส่วย่อย ๆ เพื่อตรวจสอบวิธีการทำงานในขั้นตอนต่าง ๆ ได้ดี

2. หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรม

2.1 ความหมายหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) เป็นหน่วยงานที่มีผู้ป่วยอาการหนัก (Seriously Ill Patient) เข้ารับการรักษา โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความชำนาญ เป็นพิเศษ มาให้การดูแลภายใต้การใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและพร้อมที่จะใช้ได้เสมอ (Clarke and Barnes 1975: 11)

อัจฉราวรรณ กาญจนมณะ (2524) กล่าวว่า หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นสถานที่ที่จัดขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอาการหนัก และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดสมบูรณ์แบบ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมทั้งร่างกายและจิตใจ ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการคัดเลือก และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญเฉพาะทางมาเรียบร้อยในด้านการวางแผน และการดำเนินการพยาบาล การใช้เครื่องมือ และการประเมินผลงานอย่างเหมาะสม

2.2 เป้าหมายของการจัดตั้งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

เน็ญจันทร์ แส่นประสาน และคณะ (2531) กล่าวถึงวิวัฒนาการของการพยาบาลวิฤตว่า การให้การดูแลผู้ป่วยวิฤต ได้เริ่มมาตั้งแต่สมัย ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล และวิวัฒนาการมาเป็น "Intensive Care Unit" จนปัจจุบันนี้

การจัดให้มีหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนี้ ได้เริ่มมีความคิดมาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 18 กล่าวคือ "ในปี ค.ศ. 1863 ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ให้กำเนิดการพยาบาลของโลกได้ให้ข้อคิดไว้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้น ควรได้รับการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด

ชั่วระยะหนึ่ง ก่อนที่จะฟื้นคืนสติ และส่งกลับไปยังหอผู้ป่วยเดิม และได้คิดจัดห้องเล็ก ๆ ห้องหนึ่ง
 จุผู้ป่วยได้จำนวนหนึ่งซึ่งไม่มากนัก โดยอยู่ใกล้กับห้องผ่าตัด จึงนับเป็นการเริ่มต้นของการจัดห้อง
 พักฟื้นหลังผ่าตัด (Recovery Room) ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 และ 2 ประเทศ
 เยอรมันได้เริ่มจัดให้มี Recovery Room ขึ้น และหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็ได้ใช้ห้องนี้เป็นที่
 รักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยภายหลังรับการผ่าตัดด้วย

ในปี ค.ศ. 1950 ได้มีการระบาดของโรคโปลิโอที่เมืองลอสแอนเจลิส และในปี
 ค.ศ. 1952 ได้เกิดการระบาดด้วยโรคเดียวกันนี้ที่เมืองโคเปนเฮเกน นอกจากนั้นจากการมี
 ผู้ป่วยที่รับประทายานอนหลับโดยเฉพาะอย่างยิ่งจำพวกบาร์บิทูเรท จึงได้มีการนำผู้ป่วยที่กล่าว
 เหล่านี้เข้ารับการรักษาในห้องที่จัดไว้เป็นพิเศษ ที่เรียกว่า Intensive Care Unit"
 (Lenette and Zeb 1973: 5)

A Kellogg Foundation ได้รายงานไว้ว่า "หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จัดขึ้นเพื่อให้
 ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการพยาบาลที่ต่อเนื่อง และ
 มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจการักษาพยาบาลที่ลึกซึ้งกว่า
 หอผู้ป่วยโดยทั่วไป" และ

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จัดขึ้นเพื่อเป้าหมายดังต่อไปนี้ 1) เพื่อช่วยชีวิตเฉียบพลัน
 เพราะผู้ป่วยโดยมากจะมีปัญหาของหัวใจล้มเหลว ช็อค การหายใจล้มเหลว, 2) เพื่อเฝ้า
 สังเกตอาการ วิเคราะห์โรค และป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย, 3) เพื่อรักษาพยาบาล
 ผู้ป่วยในระยะก่อนวิกฤต และระยะวิกฤต ด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ
 ครบครัน, 4) เพื่อให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ ลดความวิตกกังวล และความเครียดทาง
 อารมณ์, 5) เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการ และ 6) เพื่อเป็นศูนย์รวมเวชภัณฑ์
 ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่มีปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการซื้อ
 เวชภัณฑ์สำหรับทุกแผนกได้

ในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก และแบ่งแยกออกเป็นหลายแผนก
 จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดแยกหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ไปตามแต่ละแผนก เช่น อายุรกรรม
 ศัลยกรรม เป็นต้น (W.K.Kellogg Foundation, 1961)

สวีเดนเป็นประเทศหนึ่งที่มีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และให้ความสนใจหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นอย่างมาก Swedish National Board of Health ได้กล่าวถึงหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก พอสรุปได้ดังนี้คือ 1) การจัด Recovery Room ที่ควรจัดให้มีจำนวนเตียงอย่างน้อยเท่ากัน หรือเป็นสองเท่าจำนวนห้องผ่าตัด 2) ในโรงพยาบาลโดยทั่วไป ควรจัดให้มีหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีจำนวนเตียงคิดเป็นร้อยละ 4 ของจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล 3) ถ้าโรงพยาบาลใหญ่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยสูง จำนวนเตียงที่จัดไว้ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก แห่งหนึ่ง ๆ ไม่ควรเกิน 15-16 เตียง กล่าวคือ ถ้าคิดจำนวนเตียงในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ตามข้อ 2 แล้ว ได้จำนวนเกิน 15-16 เตียง ให้แบ่งหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นมากกว่าหนึ่งแห่ง, 4) การจัดจำนวนเตียงในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก นอกจากจะไม่ให้เกิน 15-16 เตียงแล้ว ก็ไม่ควรต่ำกว่า 5 เตียง เพราะจะทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทั้งบุคคลากรและเครื่องมือเครื่องใช้ นอกจากจะจัดเป็นหน่วยที่รักษาเฉพาะโรค จริง ๆ เช่น หน่วยไตเทียม (Renal Dialysis) เป็นต้น และ 5) โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่่มาก ควรจัดหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักให้มีมากกว่าหนึ่งแห่ง

นอกจากนั้นสิ่งที่ต้องตระหนักเกี่ยวกับจุดประสงค์ในการจัดให้มีหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก คือ นอกจากจะดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมแล้ว จะต้องพิจารณาจัดให้เกิดความสอดคล้องกับความต้องการ หรือสิ่งแวดล้อมของสังคมที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่ เช่น ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยอุบัติเหตุมาก ก็ต้องพยายามจัดหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักให้มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ เป็นต้น (Lenette and Zeb 1973)

2.3 การบริหารจัดการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

2.3.1 ปรัชญา แนวคิด

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2531) ได้เสนอแนวคิดไว้ 12

ประการ คือ

ประการที่ 1 กำหนดปรัชญาวัตถุประสงค์ในการจัดหน่วย โดยสนองนโยบายของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

ประการที่ 2 วางแผนการบริหารงานและการบริการผู้ป่วย

ประการที่ 3 มาตรฐานกำหนดตำแหน่งของเจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วย พยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยชั้นวิกฤต ก.พ. ได้กำหนดว่า "เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชั้นวิกฤต ที่มีเครื่องมือพิเศษช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 4 ยูนิต หรือมีผู้ป่วยที่ต้องให้การอภิบาลพยาบาล เฉลี่ยไม่น้อยกว่าวันละ 4 ราย ให้กำหนดพยาบาลและ เจ้าหน้าที่พยาบาลเท่ากับ 1 หอ และหากมีจำนวนหน่วยช่วยชีวิตและผู้ป่วยมากกว่านี้ ให้เพิ่ม เจ้าหน้าที่ตามส่วนและให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักหรืออภิบาลพยาบาล ที่ต้องทำหน้าที่หมุนเวียน เป็นหัวหน้าเวรผลัดเปลี่ยนกัน และทำหน้าที่หอผู้ป่วยหนัก ให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง โดย ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องใช้เครื่องช่วยชีวิตตลอดเวลา หรือเป็นประจำเท่านั้น เป็นพยาบาล อาวุโสที่ปฏิบัติการเฉพาะทาง ชื่อตำแหน่งในการบริหารงานเรียกว่า "พยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก"

ประการที่ 4 การกำหนดอัตรากำลัง เนื่องจากหน่วยผู้ป่วยชั้นวิกฤตต้อง- การบุคคลากรที่มีความรู้ความสามารถสูง (Warstler, 1974) ได้วิจัยความต้องการการพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ว่า "ต้องการการดูแล 10-14 ชั่วโมงต่อวัน" พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ต้องมีอัตรา 1:1 ต่อเวร จึงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี

ประการที่ 5 การกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ควรกำหนดไว้ให้ ชัดเจน เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตาม

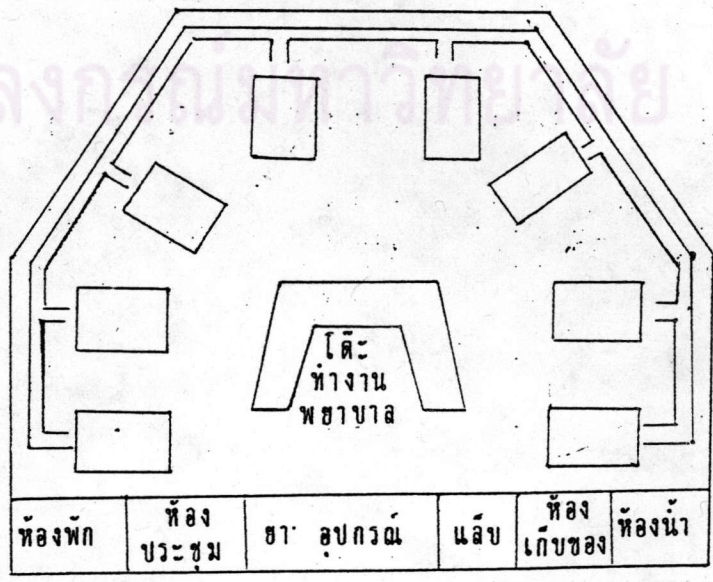
ประการที่ 6 การมอบหมายหน้าที่สำหรับงานประจำวัน ควรมีการมอบหมาย ผู้ป่วยให้เป็นแต่ละรายไป โดยให้การพยาบาลทุกอย่างแก่ผู้ป่วยที่รับผิดชอบพร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับญาติ ส่วนกรณีฉุกเฉินควรมีทีมงานเข้าทำการช่วยเหลือ ดังนั้นการมอบหมายงานในการ พยาบาลผู้ป่วยชั้นวิกฤต จึงเป็นการมอบหมายงานแบบทีม ผลมกับแบบผู้ป่วยเป็นกรณี การปฏิบัติ งานแบ่งออกเป็น 3-4 ผลัด ต่อวัน มีการปฏิบัติงานให้ต่อเนื่องกันโดยใช้ คาร์เดค (Kardex) และใบบันทึกการพยาบาล

ประการที่ 7 การประเมินผลการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ในหน่วยร่วมกัน สร้างเกณฑ์ประเมินผลและประเมินทุก 2 เดือน เป็นอย่างน้อย เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ได้ ผลยิ่งขึ้น

ประการที่ 8 สถานที่และเครื่องใช้ แบ่งเป็น 1) การจัดสถานที่หน่วย อภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานที่ต้องการแยกเป็นสัดส่วน สามารถควบคุมแสงเสียง อุณหภูมิ และ ทำลายเชื้อโรคได้ ห้องดังกล่าวมีพื้นที่กว้างขวางพอที่จะแบ่งเป็นสัดส่วน เพื่อบรรจุเครื่องใช้ ที่

ทำงาน มุมตรวจ แลป เก็บยาและเวชภัณฑ์ ห้องพักแพทย์ ห้องพักพยาบาล ห้องประชุม ห้องสมุด เล็ก ๆ ห้องเก็บเครื่องใช้สอย และห้องน้ำ - ส่วนเจ้าหน้าที่ ควรอยู่ใกล้ห้องชันสูตร ห้อง X-RAYS ห้องผ่าตัด ด้วยลักษณะห้องควรเป็นเครื่องวงกลม หรือสี่เหลี่ยมผืนผ้า บรรจุ 5-6 เตียง ผู้ป่วยแต่ละเตียงควรแยกจากกันด้วยฝาซึ่งเป็นไม้ครึ่งกระฉาก และมีม่านกันไฟฟ้าควรสว่างพอที่จะ ทำการรักษาได้ชัดเจน ที่ทำการพยาบาลใช้สำหรับเผ่าสังเกต และบันทึกอาการของผู้ป่วย สามารถมองจากที่ทำการพยาบาลเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจนทุกเตียง เนื้อที่ของหน่วยทั้งหมดคิดจากพื้นที่ 15 ตารางวา ต่อ การรับผู้ป่วย 1 เตียง ถ้าเปิดบริการ 4 เตียง เนื้อที่ของหน่วยทั้งหมดจะ ต้องมี $15 \times 4 = 60$ ตารางวา 2) จำนวนเตียงที่รับไว้ควรมีอัตราส่วน 4-10 % ของ จำนวนผู้ป่วยในแผนก อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 4 เตียง และไม่ควรมากเกิน 12 เตียง เตียงตั้งห่างกัน อย่างน้อย $1 \frac{1}{2}$ เมตร 3) ระบบถ่ายเทอากาศ ห้องควรควบคุมอุณหภูมิได้โดยมีอุณหภูมิ ประมาณ $76-78^{\circ}F +2$ โดยใช้เครื่องปรับอากาศ 1 ตัน ต่อพื้นที่ $4 \times 4 \times 4$ ลบ.ม. และ ควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ในระดับ 60-65 กรัม/ลบ.ม. 4) แสงสว่างใช้แสง Day Light ขนาด 30-40 แสงเทียนต่อตารางฟุต ซึ่งสามารถสังเกตสีผิว หรืออาการผู้ป่วยได้ชัดเจนและ ควรมีระบบไฟฟ้าสำรอง (Emergency Electric System) ในกรณีไฟฟ้าดับ 5) ส่วนประกอบของห้อง มี ที่เก็บของ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ, ห้องเก็บยา Solution และผ้า สะอาด, ห้องทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้, ห้องน้ำ-ส่วนเจ้าหน้าที่, ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และพักผ่อนเจ้าหน้าที่, ห้องประชุมเล็ก มุมตำรา, ห้องพักแพทย์เวร, มุมแลป, และที่นักญาติ รอเยี่ยม และประชาสัมพันธ์

ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก



6) เครื่องใช้ ได้แก่ เครื่องใช้ในการพยาบาลทั่วไป, Special Set (set เจาะคอพร้อม กับหลอดคอ และ Jame's tube ขนาดต่าง ๆ, set cut down และสายยาง sterile ขนาดต่าง ๆ สำหรับสวนเส้นเลือด, set เจาะปอด และ drainage set, set เจาะหลัง และ subdural tap, set เจาะท้อง ล้างท้อง และ dressing set), Defibrillator, Monitor ต่าง ๆ บันทึกคลื่นหัวใจทางจอภาพและกระดาษกราฟ, Intravenous equipment พร้อมกับ Solution ชนิดต่าง ๆ, Portable X-RAYS, Resuscitator set (Self-Inflating bag, ไม้กระดาน รองหลัง (back board) Oropharyngeal air way และ Nasopharyngeal air way, Endotracheal tube, Guide, Magill forceps, Flexible tube, Laryngoscope และ blades ขนาดต่าง ๆ, K-Y Jelly, Xylocaine Solution), Oxygen, Suction pipe line หรือแบบต่าง ๆ, Mechanical Ventilator, ยาต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่าง ๆ และ เครื่องมือทำแผลเบื้องต้น ซึ่งวัสดุ (ของสิ้นเปลือง) ที่ใช้ภายในหน่วยจะต้องมีมาตรฐานในการ ใช้และความคมให้มีการใช้อย่างประหยัด ถูกประเภท ทำแผนการใช้ล่วงหน้าเสนอต่อแผนกพัสดุ เพื่อจัดเตรียมสรรหาไว้แจกจ่ายส่วนครุภัณฑ์ จะต้องทำบัญชีไว้ และมีการตรวจสอบทุก 6 เดือน ครุภัณฑ์ต่าง ๆ จะต้องตรวจ ซ่อม บำรุง ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ครุภัณฑ์ที่ทำความสะอาดปราศ จากเชื้อด้วยการนึ่งจะต้องตรวจดูอายุการฆ่าเชื้อ (อายุของการฆ่าเชื้อแล้ว = 7 วัน) เพื่อ การส่งทำความสะอาดปราศจากเชื้อใหม่ และเครื่องมือที่ทำการฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาจะต้องกำหนด วันในการทำสะอาดและเปลี่ยนน้ำยา, ยาและ Solution จะต้องตรวจดูอายุการใช้ทุก 6 เดือน จัดทำมาตรฐานการใช้ในแต่ละเดือนเพื่อนำมาวางแผนในการซื้อหรือเบิกให้เพียงพอ และมีสำรองยามฉุกเฉิน เท่านั้น

ประการที่ 9 การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยในหน่วยจะต้อง กระทำอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉลี่ยแล้วแทบทุกครั้งชั่วโมง แต่การเยี่ยมตรวจที่เป็นทางการนั้นแยก ออกได้เป็น 1) การเยี่ยมตรวจก่อนรับเวร (Quick Round) เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติม จากแผนที่วางไว้แล้ว 2) การเยี่ยมตรวจขณะรับเวร (Change Chief Round) เป็นการ เยี่ยมตรวจระหว่างเวรต่อเวร การเยี่ยมตรวจขณะรับเวรจะทำหลังจาก Kardex แล้ว เสร็จ ต่อไปจะต้องเดินเยี่ยมตรวจพร้อมผู้ส่งเวรและตรวจดู Vital signs Neurological signs การทำงานของปอด สายสวนต่าง ๆ และสภาพทั่วไปของผู้ป่วย รวมทั้งตรวจรับแผ่นประวัติทั้งหมด ให้เรียบร้อยเป็นรายไป 3) Mid Round เป็นการเยี่ยมตรวจระหว่างเวลาปฏิบัติงาน อาจใช้

เวลานี้สำหรับปรึกษาปัญหาของผู้ป่วย หรือวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย 4) การเยี่ยมตรวจขณะส่งเวร 5) การเยี่ยมตรวจร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแพทย์จะวางแผนการรักษาได้ถูกต้อง แม่นยำขึ้น

ประการที่ 10 การควบคุมการปฏิบัติงาน เป็นหน้าที่โดยตรงของหัวหน้าหน่วยที่จะควบคุมให้มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้โดยการติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่รักษามาตรฐานในการพยาบาลของหน่วยด้วย

ประการที่ 11 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งเพราะผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะมีความต้านทานโรคต่ำด้วย หน่วยงานควรมีกฎระเบียบดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่จะต้องเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย รองเท้า ก่อนเข้าปฏิบัติงาน และไม่ควรถวมชุดปฏิบัติงานออกนอกหน่วย การปฏิบัติงานยึดหลัก ASEPTIC TECHNIQUE, 2) อ่างล้างมือจะต้องมีอย่างเพียงพอ และแยกอ่างล้างเครื่องมือออกต่างหาก, 3) ปฏิบัติตามกฎระเบียบ การรับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ไม่นำผู้ป่วยโรคติดต่อ เข้ารักษา ถ้ามีผู้ป่วยย้ายหรือถึงแก่กรรม ควรทำความสะอาดยูนิทและนำเตียงตลอดจนเครื่องใช้ออกฝั่งเด็ดทุกครั้ง, 4) ควรทำการเก็บตัวอย่างการเพาะเชื้อจากจุดต่าง ๆ ภายในหน่วย 2-4 สัปดาห์ต่อครั้ง และทำการอบห้องภายหลังการตรวจพบเชื้อ แล้วอบด้วยฟอมาลิน 280 cc. ผสมด่างทับทิม 150 มิลลิกรัม ต่อพื้นที่ 1000 ลบ.ฟ., 5) ถ้าใช้ระบบแอร์คอนดิชัน ควรปิดแอร์ 1 ชั่วโมงทุกเช้า และเปิดให้อากาศบริสุทธิ์ได้ถ่ายเทในหน่วย และ 6) การเยี่ยมของญาติ กำหนดให้เยี่ยมภายนอกหน่วยผ่านทางกระจก ถ้ามีความจำเป็นที่จะเข้าเยี่ยมในหน่วย จะต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า รองเท้า สวมหมวกและผ้าส เวลาในการเยี่ยมควรเป็นเวลาบ่ายซึ่งไม่ใช่ช่วงที่ต้องให้การพยาบาล ไม่ควรนำของเยี่ยมที่เป็นพาหะของโรค (อาหาร, ดอกไม้) เข้าเยี่ยมผู้ป่วย หน่วยจะต้องติดตามประกาศแจ้งกฎระเบียบให้ญาติทราบด้วย

ประการที่ 12 การประสานงาน โดยทั่วไปจะพบว่าหน่วยงานนี้มีปัญหาการประสานงานค่อนข้างสูง ดังนั้นควรมีผู้รับผิดชอบในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นพร้อมทั้งชี้แจงกฎ ระเบียบ ระบบงานของหน่วย วิธีการติดต่อเวลาปกติและเวลาฉุกเฉิน จัดให้มีการประชุมปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกเดือน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและสร้างสัมพันธภาพที่ดี (อัจฉราวรรณ กาญจนัมพะ, 2524)

2.3.2 เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

ทวิพงษ์ กล่าวในผู้ป่วยวิกฤตกับการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2531) ว่าปัญหาที่พบ ได้บ่อยมากสำหรับการจัดทำนโยบายเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ของการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก คือ ความยืดหยุ่น (Flexibility) ของนโยบาย ไม่มีนโยบายใดในโลกที่สามารถครอบคลุมจุดทุกจุดทั้ง สำหรับผู้ถือนโยบายและผู้ปฏิบัติตาม เป็นการยากสำหรับหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหน่วยใดหน่วยหนึ่ง ที่จะจัดรายการของกลุ่มอาการหรือชนิดของโรค หรือระยะของโรคของผู้ป่วย เพื่อที่จะใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ครบถ้วน ทั้งนี้ เพราะว่าในโรคชนิดเดียวกันในผู้ป่วยต่างรายอาจแสดงอาการไม่เหมือนกัน หรือความรุนแรงของโรคอาจไม่เท่ากัน และที่สำคัญและพบได้บ่อยคือความเห็นและการพยากรณ์ของโรคในแพทย์ต่างท่านอาจไม่เหมือนกัน รวมทั้งขอบเขตความสามารถของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหน่วยต่าง ๆ ก็ไม่เหมือนกัน ดังนั้นข้อบ่งชี้ที่กว้างและเป็นกลางมักจะเป็นข้อบ่งชี้ที่ใช้ได้กับทุกโอกาสและทุกสถานที่ ข้อบ่งชี้ดังกล่าวคือ ผู้ป่วยที่สมควรได้เข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ควรที่จะ ประการแรก เป็นผู้ป่วยที่ระยะการดำเนินโรคต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งอาจจะเป็นเพียงเพื่อสังเกตการณ์หรือเพื่อการรักษาโดยเฉพาะทาง (Constant monitoring and support) ประการที่สอง เป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการล้มเหลวของระบบใด ระบบหนึ่ง หรือหลาย ๆ ระบบด้วยกัน (Definite failure) หรือผู้ป่วยที่แสดงอาการ "กำลังจะ" ล้มเหลวของระบบต่าง ๆ (Impending failure)

อย่างไรก็ตาม ข้อบ่งชี้ดังกล่าวต้องให้ความคู่ไปกับดุลยพินิจของแพทย์ประจำหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก และแพทย์เจ้าของไข้ อย่าลืมว่ากฎทุกข้อ นโยบายทุกข้อ มีสิทธิ์ยกเว้นได้เสมอ โดยถือเอาความปลอดภัย และการอยู่รอดของผู้ป่วยเป็นหลัก

ฉวีวรรณ ธงชัย (2525) อ้างถึงหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าไว้ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักไว้ทั้งหมด 8 ประการ คือ

ประการที่ 1) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอาการรุนแรง เช่น มีภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดบวมน้ำ เป็นต้น ประการที่ 2) ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีอาการรุนแรงทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ประการที่ 3) ผู้ป่วยไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวกอย่างมาก ซึ่งมีปัญหาเรื่องขาดความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อ การหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะที่มีไฟไหม้ หรือน้ำร้อนลวกอย่างมาก

บริเวณหน้า คอ และทรวงอก ประการที่ 4) ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะที่มีบาดแผลรุนแรงที่บริเวณศีรษะ คอ และทรวงอก ซึ่งมักมีอาการหายใจไม่สะดวก เสียโลหิต ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย และประการที่ 5) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว อาจเป็นพวกที่ยังไม่ทราบสาเหตุ แต่ต้องไม่ใช่รายที่หมดหวังแล้ว นอกจากนั้นก็อาจเป็นผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษต่าง ๆ ประการที่ 6) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่นำเข้าสู่หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยไม่ผ่านเข้า Recovery Room ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่, ผู้ป่วยที่ศัลยแพทย์คาดว่าจะมีอันตรายมาก ประการที่ 7) ผู้ป่วยที่ไม่ควรรับไว้ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ผู้ป่วยอาการหนักด้วยโรค มะเร็ง ซึ่งรักษาไม่หาย และผู้ป่วยที่มีหลอดโลหิตในสมองแตก เพราะหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักมีใช้สถานที่สำหรับผู้ป่วยที่จะถึงแก่กรรมทุกราย ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการพยาบาลที่มีความชำนาญมากก็ตาม ควรจัดให้ผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ที่ ward ข้างนอก ประการที่ 8) ผู้ป่วยเด็กควรจัดหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักต่างหาก เพราะเด็กอาจจะร้องไห้ และเสียงจะรบกวนผู้ป่วยอื่น ๆ ทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จะรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ฉุกเฉินทร์ แส่นประสาน และคณะ (2531) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยวิกฤต คำว่าวิกฤต มาจากคำที่ใช้ในภาษาอังกฤษ คือ "Crisis" และ "Critical" ทั้งสองคำนี้มีความหมายที่ใกล้เคียงกันมาก จึงนำมาใช้สลับเปลี่ยนกันอยู่เสมอ

"Critical" นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหนัก อาการรุนแรง หรือชั้นฉุกเฉินมีอันตราย

"Crisis" นำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่มีสถานการณ์คับขัน เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำให้เกิดมีอาการดีขึ้นหรือตายได้ทันที ผู้ป่วยในสภาวะนี้มีโอกาสของความเป็นความตายได้เท่ากัน ดังนั้นผู้ป่วยภาวะวิกฤตคือผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างถูกต้อง ฉับพลัน และยุ่งยาก แต่มีโอกาสดับคืนสู่สภาวะปกติได้

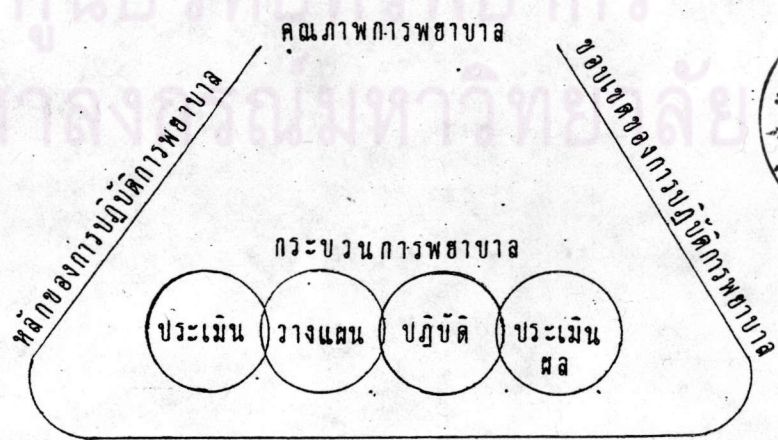
ระบบสำคัญของร่างกายคือ คือ หายใจ, หัวใจและการไหลเวียนของเลือด, ไต, เลือด และเมตาโบลิซึม

ซึ่งเมื่อเกิดความล้มเหลวของการทำงานของร่างกายส่วนใด ส่วนหนึ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงภาวะสมดุลย์ (Homeostasis) ไว้ได้ ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ง่าย รุนแรงและรวดเร็ว

สกีลแมน (Skillman, 1975) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยหนักไว้ 4 ประการ คือ เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ต้องใช้เครื่องช่วยบันทึกและสังเกตว้ายะที่ เกี่ยวกับการมีชีวิตอย่างใกล้ชิด ต้องให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

2.4 การพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2531) กล่าวถึงปรัชญาและแนวคิดของการ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า ปรัชญาเป็นความเชื่อและคุณค่า (Value) เกี่ยวกับผู้ป่วย การให้การ ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่พยาบาลและการให้การพยาบาล แต่ละหน่วยย่อม จะมีปรัชญาของตนเองที่ จะปรับแนวคิดตามแต่หน่วยพิเศษเหล่านั้น ปรัชญาจะสะท้อนให้เห็นแนวคิดของการปฏิบัติพยาบาล และการพยาบาล ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ดังแนวคิดของโรงพยาบาล St. Elizabeth's Boston, Massachusetts ที่สมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกาได้ดัดแปลงมาใช้ กล่าวคือ การ พยาบาลวิกฤต ประกอบด้วยส่วนสำคัญสามประการ คือ หลักการ ขอบเขต และมาตรฐานของ การปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด โดยใช้ กระบวนการพยาบาลดังแสดงในภาพ



ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 สมาคมพยาบาลวิฤตอเมริกันได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลวิฤต ไว้โดยละเอียดเป็น 2 ส่วน คือ ลักษณะทั่วไปของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก และการศึกษาของพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ดังนั้นพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีอาการอย่างรวดเร็ว และเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลเหล่านี้จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะสูง ซึ่งเป็นทักษะเฉพาะทางที่สามารถดูแลผู้ป่วยวิฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง ความสามารถทำงานได้ดีในสภาวะการณ์ที่เร่งรีบนี้ จำเป็นต้องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มี ความกังวลใจและไม่ยอมให้ความสะดุ้งสะเทือนจากสภาพของผู้ป่วยวิฤต ที่ต้องทำการปฏิบัติพยาบาลดูแลนั้นก่อให้เกิดผลเสียต่อการดูแลได้ ในทำนองเดียวกัน ภาวะเหล่านี้ต้องไม่ทำให้ความคิดด้านจริยธรรม ศีลธรรม ความเมตตาธรรม อันเป็นหลักปฏิบัติของพยาบาล โดยทั่วไปต้องสูญเสียไปด้วย

กล่าวโดยสรุปแล้ว หลักการสำคัญของพยาบาลผู้ป่วยวิฤตนั้นควรจะรับผิดชอบต่อการส่งเสริมและดำรงคุณภาพสุขภาพของผู้ป่วยไว้ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยและญาติผู้ต้องเผชิญกับภาวะวิฤตเหล่านี้ ทั้งนี้ต้องยอมรับความเป็นบุคคลทั้งคนของผู้ป่วย ยอมรับเกียรติศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าของคนทั้งคนด้วย โดยยึดหลักต่าง ๆ ดังสมาคมพยาบาลวิฤต แห่งสหรัฐอเมริกาได้กล่าวไว้ว่า 1) พยาบาลผู้ป่วยวิฤตต้องดำรงไว้ด้วยการปฏิบัติพยาบาล ที่มีมาตรฐาน 2) พยาบาลผู้ป่วยวิฤตต้องมีความรู้แสวงหาความรู้ที่เหมาะสมและทันสมัยอย่างต่อเนื่อง 3) พยาบาลผู้ป่วยวิฤตต้องเป็นส่วนหนึ่งในสหวิทยาการทีม (Multidisciplinary team) ต้องประสานงานกับผู้อื่นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในแต่ละแห่ง 4) พยาบาลผู้ป่วยวิฤต ต้องเข้าใจถึงภาวะความเครียด ที่เกิดขึ้นจากสภาพการดูแลผู้ป่วยวิฤต และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ เพื่อนร่วมงานได้ตีรวมทั้งประเมินปัญหาทางกาย ทางจิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องด้วย 5) พยาบาลผู้ป่วยวิฤต ร่วมรับในสิทธิของผู้ป่วย ครอบครัว และเพื่อนร่วมงานในอันที่จะช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวได้ตามความต้องการของตนเองแต่ละคน ตามสถานการณ์ต่าง ๆ กัน 6) พยาบาลผู้ป่วยวิฤต ควรจะยอมรับค่านิยมของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนร่วมงานและตนเองที่แตกต่างกันทั้งความคิด ทศนคติ ในทุกสถานการณ์ที่เกี่ยวกับปัญหาจริยธรรม 7) พยาบาลผู้ป่วยวิฤต ควรจะยอมรับหลักเกณฑ์สำหรับพยาบาล ของสมาคมพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ด้วย

นอกจากนี้ยังต้องมีหลักเกณฑ์สำหรับพยาบาล ตามที่สมาคมพยาบาลวิภคต แห่งสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวไว้ 11 ประการ คือ

ประการที่ 1 ให้การพยาบาลด้วยความเคารพในเกียรติศักดิ์ของความเป็นมนุษย์ ซึ่งไม่ถูกจำกัดด้วยสภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ หรือปัญหาทางสุขภาพ อันได้แก่ 1) เคารพในเกียรติศักดิ์ศรี หลักเกณฑ์พื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลคือ เคารพในเกียรติศักดิ์ศรี และควรมีคุณค่าของมนุษย์ ดังนั้นพยาบาลจึงพึงปฏิบัติการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะปกป้องรักษาให้ชีวิตนั้น ๆ ได้ยืนยาวอย่างมีคุณค่าควรบอกเล่าข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และควรให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องของตัวเอง โดยการให้ข้อมูลที่เที่ยงตรง ละเอียดและจำเป็นแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรอง ตัดสินใจ ซึ่งน้ำหนักผลดีผลเสียของการรักษา ยอมรับหรือปฏิเสธในการรักษาระยะสุดท้ายโดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ ให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีความเมตตากรุณา และมีความรู้เกี่ยวกับศีลธรรม และสิทธิอันชอบธรรมตามกฎหมายที่ผู้ป่วยมีผู้ป่วยแต่ละคนย่อมเป็นสมาชิกของสังคม ดังนั้นเมื่อมีเหตุใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีองค์ประกอบและตัวแปรมากมายเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวพันด้วย และในแต่ละราย ก็ย่อมแตกต่างกันไป ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึง 2) สภาพและคุณสมบัติของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความต้องการการดูแลจะเป็นสากลไม่ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ สัญชาติ ความเชื่อ ขนบประเพณี การเมือง การศึกษา สถานะ เศรษฐกิจ พัฒนาการ บุคลิกภาพ บทบาท และเพศก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้ก็จะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายพยาบาลจึงควรวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตามสภาพ โดยที่พยาบาลควรมีความเข้าใจ ไตร่ตรอง พิจารณา และปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน 3) ธรรมชาติของปัญหาสุขภาพ การที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีสภาพแตกต่างกันไปนั้น ย่อมทำให้ความต้องการการดูแลแตกต่างกันไปด้วย เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพทำงานไม่ได้ กับผู้ป่วยที่สภาพดี ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันกับผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ย่อมมีความต้องการบริการพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วย การกลับฟื้นสภาพ การบรรเทาความทุกข์ทรมานแตกต่างกันการบริการพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กำลังใกล้ตายนั้น ครอบครัวของเขาย่อมหวังว่าจะช่วยพยุงชีวิตระยะสุดท้ายนั้นให้มีความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การพยาบาลก็จะมุ่งที่การป้องกันและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และ 4) จุดมุ่งหมายของบริการสุขภาพ การพยาบาลเป็นบริการที่ไม่อาจจะแบ่งแยกได้ ชัดเจนแต่มีจุด-

มุ่งหมายหลัก คือ การให้บริการพยาบาลนั้นต้องยึดหลักให้ความนับถือต่อบุคคล และเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ

ประการที่ 2 พยาบาลควรปกป้องรักษาสีทธิความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย ดังนี้ 1) สิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในพยาบาลว่าจะรักษาสีทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยไว้ ไม่นำเรื่องราวไปเล่าหรือบอกต่อ 2) ปกป้องรักษาข้อมูล พยาบาลเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น 3) การประเมินเพื่อบันทึก ในการเตรียมการดูแลนั้น บางครั้งเราต้องการ ข้อมูลบันทึกที่จะประเมินผู้ป่วยจากบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างไรก็ตามข้อมูล เหล่านี้บันทึกที่จะได้รับอนุญาตด้วย แม้ว่าจะ เป็นในกรณีฉุกเฉินก็ต้องอย่าลืมว่าจะต้องให้บุคคลได้ คงไว้ซึ่งสิทธิในการบอกเล่าข้อมูลสำหรับการบันทึกการพยาบาลปรารถนาที่จะใช้ข้อมูลสำหรับการ วิจัยหรือจุดประสงค์อื่นก็ต้อง เก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นความลับและผู้ป่วยนั้นต้องให้ความยินยอมแล้ว

ประการที่ 3 พยาบาลควรป้องกันและรักษาความปลอดภัยให้ผู้ป่วย คือ 1) ป้องกัน สุขภาพและความปลอดภัยให้ผู้ป่วยเป็นทนายปกป้องผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยถูกปฏิบัติอย่างผิดกฎหมาย ผิด ศีลธรรมจรรยา หรือถูกปฏิบัติแบบไร้ความสามารถจากสมาชิก ร่วมทีมสุขภาพคนอื่น เป็นปากเป็น เสียงแทนผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลจากสมาชิกทีมสุขภาพด้วยความเหมาะสม 2) ถามคำถาม เมื่อมีการปฏิบัติการใด ๆ ที่มีผลคุกคามความมีคุณค่าของผู้ป่วย ให้สอบถามโดยตรงกับผู้รับผิดชอบ การกระทำนั้น หรือรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบ หรือบันทึกข้อมูลไว้เป็นหลักฐานแล้วรายงาน ตามลำดับชั้น 3) ทบทวนกระบวนการ พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติการ และการประเมินด้วย เช่น เข้าร่วมกลุ่มกับกรรมการด้านศีลธรรม จรรยาในการทบทวนกฎ ระเบียบ หรือวางกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติ

ประการที่ 4 พยาบาลดำเนินการตัดสินใจและปฏิบัติการ ดังนี้ 1) มีความรับผิดชอบ และซึ้งซื่อสัตย์เสีย ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพพยาบาลนั้น เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าให้ บริการการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพสูง ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนั้นย่อมแสดงว่าพยาบาลนั้นได้ รับการยอมรับ พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นผู้ที่มีการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ และสามารถ ใ้ตรงซึ้งซื่อสัตย์เสียเมื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ 2) มีความรับผิดชอบในข้อวินิจฉัยทาง การพยาบาลและการปฏิบัติการ ความรับผิดชอบในการพยาบาลนั้นหมายถึงการใช้กระบวนการ พยาบาลกับผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งแปรรูปมาจากการประเมินผู้ป่วย พัฒนาการวางแผนการพยาบาลโดยมุ่งให้ผู้ป่วยนั้นได้มีความ

สามารถด้านสุขภาพอนามัยมากที่สุด และเตรียมการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริม คงไว้ และรักษาภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีแล้วจึงมาประเมิน เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องใหม่อีกครั้ง 3) ซึ่ง นำหนักด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหมายถึงการตอบคำถามได้ว่าทำอะไรด้วยเหตุผลอะไร สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผลต่อตัวเอง ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสังคม โดยยึดหลักการเคารพในเกียรติ ศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง ของผู้ป่วย อธิบายได้อย่างชัดเจนถึงกลไกที่ปฏิบัติ เช่น หลักเกณฑ์ของพยาบาล, มาตรฐานการพยาบาล, พัฒนาการด้านทฤษฎีการพยาบาลซึ่งแปรมาจากวิจัยทางการพยาบาล, ความต้องการศึกษาเพิ่มเติม, ประกาศนโยบาย และกลไกการประเมินการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ,

ประการที่ 5 รักษาคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยมีการพัฒนาการเทคนิคใหม่ ๆ และมีความรู้ในการดูแล พยาบาลจึงควรต้องกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และมีความใฝ่ใจรับผิดชอบในการแสวงหาความรู้และทักษะ 2) การวัดความสามารถในการพยาบาล พยาบาลควรมีความต้องการที่จะได้มีการประเมินกันเองกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อเป็นแนวในการประเมินวัดความสามารถในการพยาบาลให้ได้คุณภาพมาตรฐาน ในขณะที่เดียวกัน พยาบาลนั้นก็ควรที่จะได้มีการประเมินตัวเองด้วย ในด้านการปฏิบัติการทางคลินิก ความสามารถในการตัดสินใจและความสามารถในการวินิจฉัย 3) ความรับผิดชอบร่วมกันในวิชาชีพ มีความรู้ในขอบเขตการบริการพยาบาล ความเปลี่ยนแปลง หลักจริยธรรมและหลักการ

ประการที่ 6 มีการวินิจฉัยและใช้ความสามารถและคุณภาพในเกณฑ์การปรึกษา การรับผิดชอบและการมอบหน้าที่ คือ 1) การเปลี่ยนแปลง พยาบาลต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ซับซ้อนในปัญหาสุขภาพแบบแผนในการให้บริการและพัฒนาการใหม่ ๆ ที่จะต้องตอบสนองต่อสุขภาพผู้ป่วย เมื่อขอข่างานพยาบาลเปลี่ยนไปพยาบาลก็ควรจะได้มีการฝึกหัดด้านการยอมรับหน้าที่รับผิดชอบ การค้นหา การปรึกษาหารือ และการเปลี่ยนการมอบหมายงานพยาบาล 2) ยอมรับความรับผิดชอบ พยาบาลให้บริการพยาบาลในขอบเขตของการศึกษา การมีความรู้และประสบการณ์ความสามารถ ซึ่งถ้าขาดสิ่งเหล่านี้ขึ้นในตัวแล้วก็ต้องรีบค้นหาเพิ่มเติม 3) การปรึกษาและการร่วมมือ กระบวนการด้านดูแลสุขภาพนั้นเป็นสิ่งซับซ้อน ซึ่งต้องการความรู้ที่กว้างขวาง และมีทักษะ ความร่วมมือของพยาบาลจึงอาจจะต้องมีการร่วมมือประสานงานกับบุคคลภายในและภายนอกทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และ 4) ตัวแทนในการบริการ

พยาบาลพยาบาลควรจะได้มีการประเมินความสามารถในการทำงานของแต่ละคน แล้วมอบหมายงานตามความสามารถ

ประการที่ 7 มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ คือ 1) พยาบาลกับการพัฒนาความรู้ การพัฒนาความรู้จะช่วยส่งเสริมให้วิชาชีพก้าวหน้า พยาบาลแต่ละคนจึงควรมีบทบาทต่อวิชาชีพในด้านการพัฒนาความรู้ เช่น การทำวิจัย หรือการนำความรู้ด้านทฤษฎีมาใช้ 2) ปกป้องสิทธิมนุษยย์และการมีส่วนร่วมในงานวิจัย แต่ละบุคคลย่อมมีค่าแก่สังคม วิชาชีพพยาบาล ก็เช่นกัน แต่จะมีบทบาทด้านการป้องกันชีวิต สุขภาพและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่น 3) บทบาททั่วไปสำหรับการมีส่วนร่วมในงานวิจัย มีหลักเกณฑ์ว่า ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหา และ Nature ของการวิจัย และสืบทอดให้รู้ว่าการวิจัยนั้นได้รับการยอมรับแล้ว ซึ่งวิจัยนั้นควรได้รับการชี้แจงจากผู้มีคุณภาพพยาบาลที่มีส่วนในการวิจัยนั้น ควรมีความสามารถให้ข้อมูลได้ทั้งด้านหลักเกณฑ์พยาบาล และหลักเกณฑ์ สิทธิของผู้ป่วย

ประการที่ 8 พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล ดังนี้

1) รับผิดชอบต่อสาธารณชนสำหรับมาตรฐานการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลนั้นได้รับการยอมรับว่าเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะ วิจารณ์ญาณและการปฏิบัติการที่เหมาะสม หลักมาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นจึงเป็นแนวให้พยาบาลได้รับการยอมรับในวิชาชีพ และมุ่งประเมินความสามารถที่มีต่อสาธารณชนพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ 2) รับผิดชอบต่อมาตรฐานของวิชาชีพ มาตรฐานนั้นจะสะท้อนออกมาในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีพื้นฐานในด้านจริยธรรมและการมีความรู้ด้านสรีร ร่างกาย มาตรฐานการพยาบาลจะปรากฏอยู่ในการปฏิบัติการพยาบาล การบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบในการนำมาตรฐานนั้นมาใช้ปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการทำให้วิชาชีพได้พัฒนา ยิ่ง ๆ ขึ้นไป จากระดับท้องถิ่น ประเทศชาติ รัฐ ผู้สอนและผู้ให้ความรู้ด้านการพยาบาลนั้นก็ควรจะมีควมรับผิดชอบต่อการปฏิบัติการพยาบาล และสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการวางแผนการเรียนรู้ ยิ่ง ๆ ขึ้นไป

ประการที่ 9 การมีส่วนร่วมให้วิชาชีพเป็นที่ยอมรับ การจ้างงาน และการโน้มน้าวให้การพยาบาลนั้นได้มีคุณภาพสูง ดังต่อไปนี้ 1) ความรับผิดชอบสำหรับการจ้างงาน พยาบาล จะได้รับการจ้างงานเมื่อ สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และเตรียมการดูแลให้ได้ตามมาตรฐานการบริการ ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงนั้น จะขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของพยาบาลแต่ละคนและวิชาชีพการพยาบาลนั้นควรที่จะแสดงความเป็นอิสระของตนเองในการปฏิบัติงาน และ 2) รักษาสถานะการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง การรักษาสุขภาพและความคุ้ม

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนที่จะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและยอมรับในระบบการดูแล พยาบาลควรจะมีความเห็นตรงกัน ในมาตรฐานการปฏิบัติการกฎหมายและหลักเกณฑ์

ประการที่ 10 พยาบาลมีส่วนร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ดังนี้ 1) ปกป้องจากการพูดให้เข้าใจผิดและการเสนอผิด ๆ พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยและมีคุณค่า ไม่เจียบโดยไม่บอกแก่ผู้ป่วย เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดไป พยาบาลควรสื่อความหมายให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และให้ความรู้และบริการสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีแก่ผู้ป่วย เตรียมการ ให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ผู้ป่วย 2) รักษาสภาพความเป็นหนึ่งเดียวกันในการพยาบาล พยาบาลนั้นได้รับการยอมรับจากสาธารณชนการเป็น RN. นั้นแสดงควมมีคุณสมบัติด้านการศึกษาและมีเกียรติยศ ซึ่งถูกกฎหมาย พยาบาลวิชาชีพทุกคนจึงควรมีความภูมิใจในวิชาชีพ

ประการที่ 11 มีการประสานงานกลมกลืนกับสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพได้ คือ

1) ประสานงานกับบุคคลอื่นเพื่อบรรลุผลด้านสุขภาพ พยาบาลควรมีการวางแผนการดูแลด้านสุขภาพและประสานงานได้ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น รัฐ ประเทศ ถึงระดับนานาชาติ นำส่วนต่าง ๆ มาสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันได้ในระบบสุขภาพ 2) ความรับผิดชอบต่อสาธารณชน จุดมุ่งหมายของพยาบาลนั้นต้องให้การพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละคนด้วยบริการที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลแต่ละคนจึงควรเป็นตัวแทนของการตัดสินใจ วินิจฉัยการพยาบาลได้ เพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับ 3) ความสัมพันธ์กับวิชาชีพอื่น ระบบการดูแลนั้นมีความซับซ้อนและเกี่ยวพันกับบุคคลหลายวิชาชีพ พยาบาลควรจะได้มีการส่งเสริมการวางแผนการทำงานร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

กล่าวโดยสรุปแล้ว การพยาบาลวิฤกตในความหมายของวิชาชีพ ต้องมีหลักการสำคัญ คือ มีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ, มีความรู้ความสามารถในการดูแลระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และการทำงานของกระบวนการชีวิต, สามารถเข้าใจและยอมรับความเป็นบุคคลทั้งคนของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งด้านสภาพสังคม เศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อม และร่วมมือในการประสานงานต่าง ๆ เป็นอย่างดี และร่วมเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิฤกตนั้นจะต้องดำเนินการเป็น 3 ด้านตั้งแต่บุคลากรและการดูแลบุคลากร โดย 1) การเลือกบุคลากรต้องทำการเลือกบุคลากรที่เหมาะสม

โดยหัวหน้าหน่วยหรือผู้ชำนาญพิเศษ โดยอย่างน้อยพยาบาลควรผ่านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรม 1 ปี หัวหน้าหน่วยควรเป็นผู้เลือกสรรพยาบาลใหม่ตามข้อมูลต่าง ๆ ความสามารถในการประเมินสังเกตประสานงานและการดำเนินงานความสามารถในการตัดสินใจ ที่เหมาะสมที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ 2) การจัดการศึกษาแก่บุคลากร การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ดังนั้นการจัดการหลักสูตรการพยาบาล วิกฤตแก่พยาบาลใหม่เป็นสิ่งจำเป็น ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถาบัน เนื้อหา ควรจะครอบคลุมถึงกายวิภาคสรีรวิทยา ระบบการวัด hemodynamic การดูแลการเต้นผิดปกติ ของหัวใจ การให้ออกซิเจนเพื่อบำบัดรักษา การป้องกันการถูกไฟดูด การควบคุมการติดเชื้อ การให้การวินิจฉัย การพยาบาลตลอดจนจริยธรรม อาจให้มีการประชุม Conference การศึกษา เฉพาะกรณี หรือการจัดการแสดง การอภิปราย ฯลฯ ตามแต่ความเหมาะสม 3) ผู้ชำนาญการ พิเศษ บทบาทสำคัญของผู้ชำนาญการพิเศษ (Clinical nurse specialist) เป็นผู้ที่มีความ สำคัญมากในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก เพราะเป็นผู้ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติพยาบาล การสอนทั้งใน ชั้นเรียนและข้างเตียง เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้สามารถปฏิบัติพยาบาล ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดนั่นเอง

สำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนั้น จินดา พูนเกษม (2530) กล่าวว่า กิจกรรมที่พยาบาลทำคือกิจกรรมด้านบริหาร กิจกรรมด้านบริการ และกิจกรรม ด้านวิชาการ สำคัญของแต่ละด้านมีดังนี้

3. การใช้เวลาของพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

3.1 ด้านบริการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพมีขอบเขตบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านบริการ พยาบาล

โดยทำหน้าที่ 4 ด้านคือ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2533)

ด้านที่ 1 การรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบดังต่อไปนี้

- 1) สามารถให้การพยาบาล (เฉพาะทาง) ได้ทุกระยะ และทุกระดับความรุนแรงของโรค
- 2) จำแนก วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาการพยาบาลในชั้นที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง
- 3) สามารถวางแผนให้การพยาบาล ประเมินผลงานและนำมาปรับปรุงแก้ไขได้อย่างเหมาะสม
- 4) สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาเร่งด่วนในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม
- 5) ให้การดูแลผู้ป่วยตามสาขาการดูแลผู้ป่วยชั้นหนึ่งแผนปัจจุบันได้
- 6) บันทึก (สรุป) รายงานอาการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลได้

การรักษา พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้ 1) ให้การตรวจ วินิจฉัย และรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2518) 2) ให้ความช่วยเหลือ และแนะนำในด้านการตรวจรักษาพยาบาลขั้นต้นแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้

ด้านที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ

วางแผนและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ในตำแหน่งหัวหน้าทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นได้

ด้านที่ 3 การป้องกันโรค

จัดแผนงานและมอบหมายหน้าที่ให้ผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้

ด้านที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ให้การควบคุมดูแลและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบได้

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบตามตำแหน่งในหน่วยงานที่สังกัดกำหนดให้ เกคินี เห็นพิกษ์ (2533) กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยทำหน้าที่ 5 ด้าน คือ 1) การดูแลผู้ป่วยหรืออภิบาลบุคคลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (care) เป็นงานอิสระที่พยาบาลสามารถเลือกปฏิบัติตามวิจรรย์ญาณของตนเอง 2) การรักษา (cure) เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามแพทย์ผู้วินิจฉัยสั่งการ 3) การป้องกันโรค (Prevention) เป็นงาน

บริการ พยาบาลสามารถทำได้อิสระ เช่น การเลือกวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ การหาวิธีทำลายเชื้อโรค เพื่อไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจาย เป็นต้น แต่มีงานบางอย่างที่พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจทำเองได้เพราะกฎหมายไม่ได้กำหนดไว้ให้ เช่น การฉีดวัคซีนให้ภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น 4) การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) เป็นบริการที่กระทำได้กว้างขวางเช่นเดียวกับการป้องกันโรค เช่น การแนะนำบุคคลให้รู้จักเลือกอาหารมีคุณค่าบริโภค เป็นต้น และ 5) การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation และ Restoration) เป็นบริการที่จะต้องให้พร้อม ๆ กับการดูแลและการรักษา ป้องกันความพิการ ช่วยแก้ไขความพิการให้กลับคืนสู่สภาพดีดังเดิม มีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด

พยาบาลที่ทำงานในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องเป็นผู้ที่ทำงานอย่างแคล่วคล่อง ว่องไว รู้จักวิธีการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เป็นอย่างดี มีการตัดสินใจที่ดีเมื่อจะดำรงไว้ซึ่งชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหนักก็เป็นบุคคลคนหนึ่ง ดังที่ เครือวัลย์ สุวรรณรัตน์ (2532) ได้กล่าวไว้ว่า การให้การพยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญดังต่อไปนี้

ประการแรก การพยาบาลด้านร่างกาย พยาบาลควรดูแลทั่ว ๆ ไปดังนี้ 1) การสังเกตและบันทึกรายงาน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักนั้นจะต้องมีการบันทึกและประเมินอาการอย่างละเอียดในทุก ๆ ระบบ เช่น ชีพจร ความดันเลือด ปัสสาวะ การเสียเลือด ภาวะการขาดน้ำ อิเล็กโทรลลิต การให้สารน้ำทางเส้นเลือดและทางปาก การวินิจฉัยทางชีวเคมี เป็นต้น หน้าที่สำคัญของพยาบาล คือ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงสีหน้าของผู้ป่วย สีผิว อุณหภูมิ การหาประสบการณ์เพิ่มเติมในการสังเกต ความเอาใจใส่ระมัดระวัง เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนควรยึดเป็นหลักปฏิบัติ 2) การดูแลการหายใจและระบบไหลเวียน การอดตันบางส่วนเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว พยาบาลต้องตรวจดูระบบทางเดินหายใจทันที การหายใจเสียงดังแสดงว่ามีการอดตันเกิดขึ้น ควรให้ผู้ป่วยนอนในท่าตะแคง หรือตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อให้เสมหะไหลออกได้สะดวกไม่ควรจัดให้นอนหงายอยู่ตามลำพัง เพราะลิ้นอาจจะตกและเกิดการอดตันได้ ถ้าจำเป็นต้องให้นอนหงายก็ควรจับหน้าตะแคงไปข้างใดข้างหนึ่ง การอดตันของระบบหายใจจะทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ซึ่งจะทำให้สมองบวม และความดันในสมองเพิ่มขึ้น หรือจะทำให้ ออกซิเจนในโลหิตลดลง เนื่องสมองขาดออกซิเจน ถ้าความสมดุลของออกซิเจน และคาร์บอนได-

ออกไซด์เสียไป ระบบหายใจอาจจะล้มเหลวได้ เมื่อมีอาการของระบบหายใจล้มเหลวพยาบาลจะต้องรีบช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที การใช้ Oropharyngeal airway อาจจะให้ได้ในเวลาสั้น ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องให้ออกซิเจน และดูดเสมหะทางท่อทางเข้าหลอดลม (endotracheal tube) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวนี้จะเสีย Pharyngeal reflex ไป ทำให้กลืนหรือบ้วนเสมหะไม่ได้ ทำให้เสมหะคั่งซึ่งเป็นอันตรายมาก พยาบาลจะต้องเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยบ่อย ๆ เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบปอด อักเสบ เป็นต้น เครื่องดูดเสมหะควรมีไว้พร้อม 3) การตรวจสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ควรจะวัดทุก ๆ 15-30 นาที จนกว่าจะคงที่ (Stable) การวัดอุณหภูมิควรวัดทางทวารหนักจะไม่วัดอุณหภูมิทางปาก ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเป็นอันตราย การตรวจระดับความรู้สึกว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างไร อาจจะดูถึงการขยับถ่ายว่า เวลาปลีสาวะรู้สึกตัวหรือไม่ ควรอธิบายอาการคนไข้มากกว่าจะเขียนรายงานว่า stupor หรือผู้ป่วย Coma ผู้ป่วยต้องการการแนะนำเมื่อเริ่มรู้สึกตัวใหม่ ๆ 4) สุขวิทยาทั่วไป ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวก็ควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับความสะอาด เช่น การอาบน้ำ การรักษาความสะอาดของผมหงอก ปาก ฟัน ผิวหนัง เล็บ ตา เป็นต้น ซึ่งในการดูแลรักษาตา โดยปกติจะลืมตาหลับตาได้ แต่ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะลืมตาตลอด ทำให้คอร์เนีย (cornea) แห้ง อาจเกิดแผลได้ พยาบาลจะต้องดูแลตาผู้ป่วยโดยล้างตาด้วยน้ำเกลือหยอดตาและปิดไว้ด้วยผ้าสะอาด, การดูแลจมูกและหู ผู้ป่วยไม่สามารถสั่งน้ำมูกหรือจามได้ พยาบาลควรจะดูแลความสะอาดของจมูก ไม่ให้แห้ง โดยการเช็ดด้วยน้ำเกลือ ผู้ป่วยมักจะหายใจทางปาก และทางจมูกร่วมกัน การใช้เครื่องทำความชื้น (Steam vaporizer) จะช่วยลดความแห้งของ บรรยากาศในห้องนี้ได้ และจะไม่ดูดเสมหะทางจมูกหรือแคหูในรายที่ผ่าตัดสมองหรือสมองได้รับอันตราย และสังเกตพบว่ามีเลือดออกหรือมีน้ำไขสันหลังออกจากจมูก (Rhinorrhea) หรือออกจากหู (Otorrhea) สำหรับการดูแลความสะอาดของปาก เพื่อเป็นการป้องกันปากและเยื่อช่องปากแห้ง เพื่อเป็นการป้องกันการอักเสบและการติดเชื้อ ควรดูแลความสะอาดของปากทุก 2 ชั่วโมง โดยให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก 5) การดูแลป้องกันอันตราย ไม่กินเพียงจะต้องเอาขึ้นไว้ตลอดเวลาเมื่อพยาบาลไม่อยู่ข้างเตียง การสังเกตอาการที่จะชัก การพลิกตัวผู้ป่วยก็ต้องระวังแขน ขา คอ ให้อยู่ในลักษณะที่ดีและพยุงไว้ขณะพลิกตัว การให้กระเป๋าน้ำร้อน น้ำแข็ง ก็ต้องระวังเพราะผิวหนังอาจจะไหม้ได้ และฟันทอมต้องถอดออกเพื่อป้องกันการอุดตันทางระบบหายใจ ผู้ป่วยที่ใส่คอนแทคเลนส์ ต้องถอดออก และเก็บไว้ให้ผู้ป่วยด้วย 6) การจัดทำและการออกกำลังกาย การจัดทำนอนและการออกกำลังกายในผู้ป่วยนับว่าสำคัญมาก พยาบาลสามารถ

ป้องกันความพิการต่าง ๆ ได้ เช่น แผลกดทับ การหดเกร็ง ของกล้ามเนื้อ ทำตก โดยพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย (Passive exercise)

7) การดูแลให้อาหารและน้ำ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้ตามปกติ ผู้ป่วยอาจสำลักได้ ดังนั้นจะไม่ให้อาหารทางปาก แต่ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องได้อาหาร น้ำ แร่ธาตุอื่น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้น้ำทางเส้นโลหิตดำ เป็นต้น การให้อาหารใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก จะให้อาหารเหลวทางเส้นโลหิตดำและเมื่อยังไม่รู้สึกรับประทานก็ให้อาหารทางสายยาง อาหารที่ให้ควรมีโปรตีนและคุณค่าสูง อาหารโปรตีนสูงจะช่วยป้องกันแผลกดทับได้ การเตรียมอาหารควรเตรียมให้ได้คุณค่าอาหารครบถ้วน เช่น ผักบด น้ำผลไม้ น้ำซุ๊ป นม เป็นต้น โดยการระมัดระวังเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยมักจะท้องเดินได้ง่ายจากความไม่สะอาดของอาหาร พยาบาลควรจะจดบันทึกจำนวนน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและจำนวนน้ำที่เสียไป (Intake/ output) ถ้ามีอาการเสียน้ำหรือบวมต้องรีบรายงานแพทย์

8) การดูแลการขับถ่าย การถ่ายปัสสาวะรดที่นอน อุจจาระไม่รู้สึกรู้ตัว พบได้มากในผู้ป่วยพวกนี้ พยาบาลจะช่วยเหลือได้โดยการสังเกตดูว่าผู้ป่วยปัสสาวะเมื่อใด ก็ชั่วโมงครึ่ง เมื่อถึงเวลานั้นก็ให้หมอนอนแก่ผู้ป่วยไว้ ในผู้ป่วยชายอาจใส่ถุงยางไว้ สำหรับผู้ป่วยหญิงต้องสวนปัสสาวะไว้ ซึ่งจำเป็นต้องระวังการติดเชื้ออย่างมาก ผู้ป่วยจำนวนมากตายเพราะมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ใส่สายปัสสาวะค้างไว้ ต้องเปลี่ยนสายปัสสาวะอาทิตย์ละครั้ง และควรล้างกระเพาะปัสสาวะทุกวัน ควรจะมีการฝึกกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะให้ทำงานอยู่เสมอ เมื่อถอดสายยางออกผู้ป่วยจะได้ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย พยาบาลจะต้องปิดสายยางไว้ และปล่อยทุก 4 ชั่วโมง สำหรับการขับถ่ายนั้นอาจช่วยได้โดยให้ยาระบายอ่อน ๆ ให้น้ำมาก ๆ อาจให้น้ำผลไม้ เช่น น้ำส้ม น้ำลูกพรุนทุกวัน ให้ยาเหน็บ และหัดให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน

ประการที่ 2 การพยาบาลทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษนั้น ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลหลายอย่างและบ่อยครั้ง รวมทั้งมีอุปกรณ์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้เขาไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่มากระตุ้นได้ การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ถ้าภาวะการเจ็บป่วยยังมีอยู่นานผู้ป่วยจะได้รับสิ่งกระตุ้นที่มีความหมายต่อเขาลดลง และมีสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีความหมายมาก ชื่นและนานขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิด sensory deprivation ได้ (อรวรา พันธุ์ภักดี, 2528)

วอร์เรลล์ ได้ให้ความหมายของคำว่า sensory deprivation ไว้ดังนี้ (Worrell, 1977) การลดทั้งปริมาณและคุณภาพของสิ่งกระตุ้น, มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนและโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เช่น การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป หรือมีการรับรู้อย่างเดียวซ้ำ ๆ กัน, การถูกแยกออกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (social isolation), การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (immobilization) และมีการเพิ่มสิ่งกระตุ้นมากเกินไป (sensory overload)

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่เกิด sensory deprivation จะมีตั้งแต่อาการเล็กน้อยถึงรุนแรง ได้แก่ เบื่อหน่าย ไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร ความคิดเชิงซ้ำ ผันกลางวันว่างนอนมาก ความคิดไม่เป็นระเบียบ วิตกกังวล ว้าวุ่น และประสาทหลอน (Cameron และคณะ, 1972) และสิ่งแวดล้อมในหน่วยที่กระตุ้นให้เกิด sensory overload ได้แก่ การที่มีแสงไฟเปิดตลอดเวลา ไม่มีกลางวันกลางคืน การอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้าและจำนวนมาก การได้รับกลิ่นที่ไม่พึงปรารถนา และคุ้นเคย ได้รับความเจ็บปวด เช่น ถูกเจาะเลือด วัดความดันเลือด และเสียงที่ดังรบกวนซึ่งเป็นเสียงจากคนหรืออุปกรณ์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล และนอนไม่หลับ

บทบาทของพยาบาลในการลดปัจจัยที่จะลด sensory deprivation และ sensory overload ดังนี้ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2528) 1) การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด sensory deprivation เช่น ในผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่สูญเสียประสาทรับความรู้สึกเช่นตาบอด หูหนวก พยาบาลจะต้องไวต่ออาการวิตกกังวล เบื่อหน่าย คิดซ้ำ ผันกลางวัน นอนไม่หลับ ความคิดสับสน ซาดสมาริประสาทหลอน ในผู้ป่วยดังกล่าว 2) ลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีคามหมายสำหรับผู้ป่วย โดยลดการใช้เสียงที่ดังเกินควร เช่น การตะโกนพูดกัน หรือการทำงานของพยาบาลระวังที่จะก่อให้เกิดเสียงดังโดยไม่จำเป็น เช่น แยกที่ล้างเครื่องใช้ไว้นอกหน่วยบำบัดพิเศษ การใส่รองเท้านี่เป็นพื้นยางเพื่อทำให้เดินแล้วไม่เกิดเสียงดัง หลีกเลี่ยงการทำ เสียงโลหะกระทบกัน เช่น กระทบตกลงบนพื้นห้อง การจัดให้มีห้องพักรักษาพยาบาลที่ทำงานในหน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อให้พยาบาลได้พักขณะทำงาน เนื่องจากพยาบาลที่ทำงานในหน่วยบำบัดพิเศษมีความเครียดเช่นเดียวกับผู้ป่วย การพูดเป็นการระบายออกทางหนึ่งเพื่อไม่ให้เป็นการพูดเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องงานต่อหน้าผู้ป่วย

ควรให้มีที่ที่พยาบาลจะได้พูดคุยปรึกษากันต่างหาก การจัดตั้งเครื่องช่วยหายใจหรือ Monitor ไม่ควรไว้ใกล้หู หรือบริเวณศีรษะของผู้ป่วย ท่อเครื่องช่วยหายใจที่เป่าลมออกควรหันออกจากหน้าผู้ป่วย การส่งเวร หรือการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ควรเพิ่มความระมัดระวังในการที่จะทำให้เกิดเสียงดังเกินความจำเป็น และยิ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดสับสนในเรื่องที่เจ้าหน้าที่พูดกัน ไม่รบกวนการเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยมากเกินไป เช่น ก่อนเข้าถึงตัวผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยทราบ เช่น การเคาะประตู (กรณีที่เป็นห้องแยก) 3) เพิ่มสิ่งกระตุ้นที่มีความหมาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักสถานที่สิ่งแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษ หรือผู้ป่วยข้างเตียง ให้ทราบเวลากลางวันกลางคืน วันที่ และบุคคลที่ติดต่อกับผู้ป่วย ควรจัดให้มีการ เปิดหน้าต่างให้ผู้ป่วยเห็นแสงแดด ปิดไฟฟ้าแสดงเวลากลางวันกลางคืนบ้าง จัดหามาฬิกาและปฏิทินไว้ให้ผู้ป่วยเห็นวันและเวลา แนะนำให้ผู้ป่วยทราบกิจวัตรหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ พยาบาลควรแนะนำตัวเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและเรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้งแทนการเรียกชื่อเบอร์เตียงหรือตามโรค เพื่อเป็นการไม่ลดสิทธิการเป็นบุคคลและทำให้ผู้ป่วยไม่คิดว่าเขาเป็นเสมือนวัตถุ การอนุญาตให้ญาติเยี่ยมได้ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคมที่ตนคุ้นเคยและพยาบาลควรเยี่ยมดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่ได้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยก็ตาม โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือวิตกกังวล เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และในผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน ควรชี้ชวนพูดกับผู้ป่วยให้เห็นในสิ่งที่ เป็นความจริงใกล้ตัว 4) ควรจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวบ้าง เช่น การเปลี่ยนท่า การจัดให้ผู้ผู้ป่วยนั่งข้างเตียงเมื่อสภาพผู้ป่วยอำนวย หรือการทำ passive exercise จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น 5) ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยรบกวนผู้ป่วยในขณะที่หลับนอนให้น้อยที่สุด ยึดหยุ่นกิจกรรมพยาบาลที่รอได้ถ้าผู้ป่วยหลับ ระมัดระวังว่ากิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยรายหนึ่งอาจมีผลต่อผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เช่น การดูดเสมหะ หรือเสียงเครื่องช่วยหายใจ อาจทำให้ผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอนไม่หลับ ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้เตียงห่างกัน

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2531) กล่าวว่า ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตนั้น จุดมุ่งหมายของการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะ "Critical และ Crisis" จะมุ่งเน้นการปฏิบัติที่แตกต่างกันดังนี้

Crisis Care เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย การรักษาจึงมุ่งเน้นแก้ไขอาการที่ปรากฏอันตรายเป็น

โดยเฉพาะระบบของร่างกายที่มีการล้มเหลวเพื่อแก้ไขภาวะล้มเหลว หรือรักษาสภาพการทำงาน
ของระบบนั้น

Critical Care เพื่อดำรงชีวิตมุ่งเน้นแก้ไขอาการที่ปรากฏในครั้งแรก และ
ป้องกันไม่ให้เข้าสู่ สถานการณ์คับขัน (Crisis) ในการประคับประคองให้มีความสำคัญกับทุกระบบ
ไม่ให้นำไปสู่ภาวะที่เป็นปัญหาต่อไป

ซึ่งพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนี้ จำเป็นต้องสามารถที่จะดูแล และประเมิน
ผู้ป่วยได้ ที่สำคัญกล่าว คือ

ระบบการประเมินผู้ป่วย มีดังนี้ ความดันเลือดส่วนกลาง (CVP), Pulmonary
artery catheters, Hemodynamic profiles, ความดันเลือดแดง (Mean arterial
pressure), ความดันในสมอง (Intracranial pressure monitor), ภาวะกรดต่าง
ในเลือด, ภาวะ Shock จากการเสียเลือดและน้ำ, การบาดเจ็บ และการติดเชื้อ

Crisis care

Critical care

- | | | | |
|-----------------|--|---|---|
| 1. Objective : | เพื่อรักษาชีวิต (Lifesaving) | - | เพื่อประคับประคองชีวิต
(Life maintaining) |
| 2. Orientation: | เพื่อรักษาอาการหรือภาวะฉุกเฉิน
ที่เกิดขึ้น | - | เพื่อรักษาอาการที่ปรากฏและป้องกัน
กันไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉิน |
| 3. Focus : | เกี่ยวข้องกับอวัยวะของร่างกายใน
ระบบที่ล้มเหลวเพื่อปรับให้อวัยวะ
ที่ล้มเหลวกลับเข้าสู่ภาวะปกติ | - | เกี่ยวข้องกับร่างกายทุกระบบเพื่อ
ปรับ หรือทำให้อวัยวะทุกระบบเข้า
สู่ภาวะปกติ |
| 4. Assessment : | จำแนกจากอาการและอาการแสดงที่
ปรากฏให้เห็น | - | จำแนกจากอาการและอาการที่
แสดงอาจจะปรากฏก่อนที่จะมีการ
เปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค และสรี
ระที่เด่นชัด |

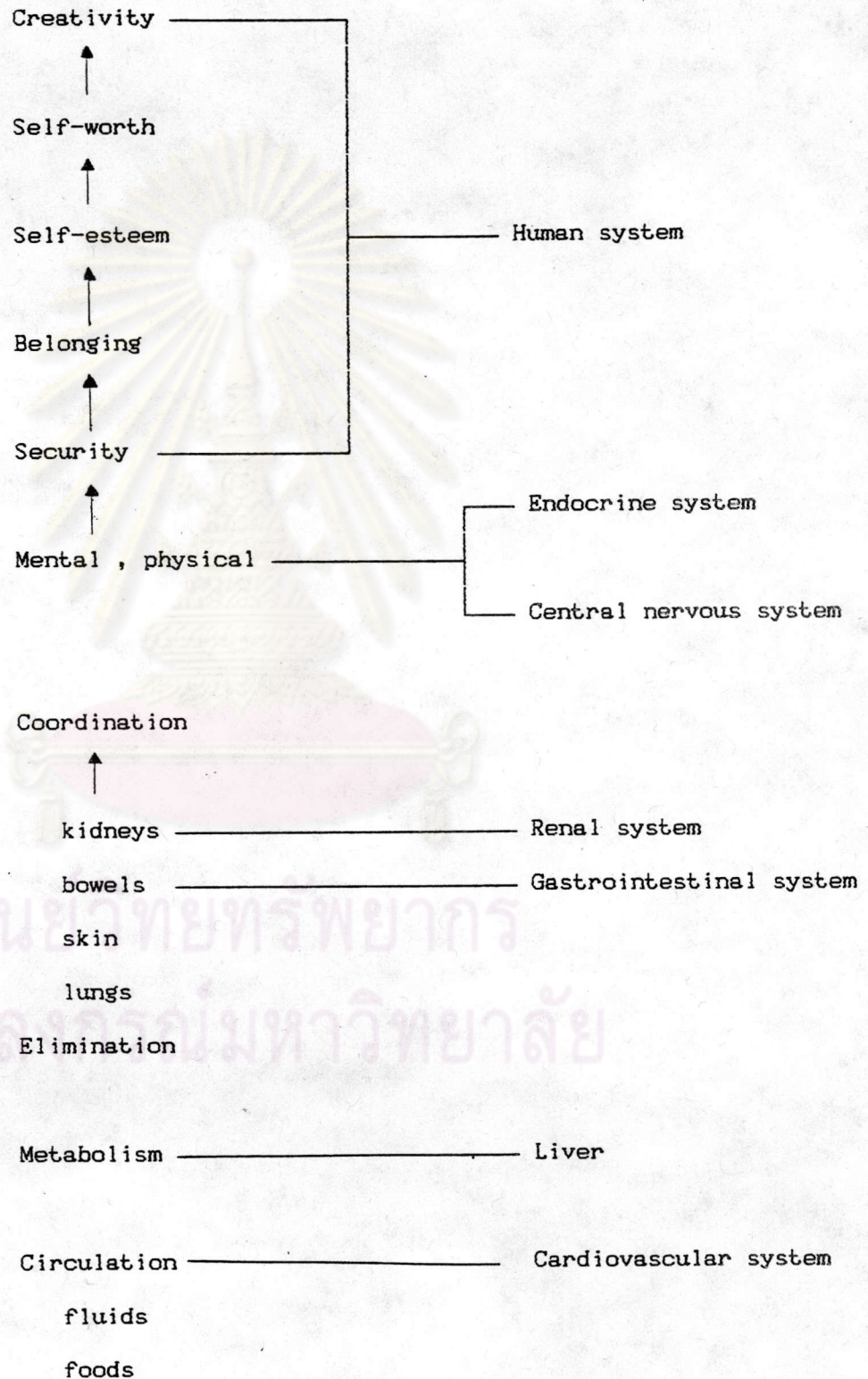
Crisis care

Critical care

- | | |
|---|---|
| <p>5. Planning : จากแผนการรักษา (protocols) และวิธีการที่กำหนดไว้</p> | <p>- โดยการปรับแผนการรักษาและวิธีการที่มีอยู่ให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละคน และทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง</p> |
| <p>6. Intervention: จะให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่สามารถส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยที่เหมาะสมหรือถึงแก่กรรม</p> | <p>- จะให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะปรับตัวได้หรือถึงแก่กรรม</p> |
| <p>7. Evaluation : จะประเมินผลทันทีเพื่อดูประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล</p> | <p>- จะประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อดูประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล และมีการวางแผนเพื่อประเมินร่างกายในแต่ละระบบเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ จะทำการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาวทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง</p> |

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเป็นบทบาทหนึ่งที่เปิดโอกาสให้พยาบาลได้แสดงความสามารถในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นบทบาทที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล เพราะพยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคาม และช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตไปได้ และก่อนที่พยาบาลจะให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเป็นอย่างดี เพราะถ้าพยาบาลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตแล้ว ย่อมสามารถนำความต้องการนั้นมาวางแผนการให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตและหลังภาวะวิกฤต เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพอีกด้วย (รัชณี ศรีสวัสดิ์, 2527)

แผนภูมิแสดง ความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต



Cellular nutrition

Air ————— Respiratory system



Self-preservation



The nurse as the negotiator

จากแผนภูมินี้จะเห็นได้ว่าในภาวะวิกฤต ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกกระทบกระเทือนทั้งหมด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักและอาจจำแนกสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้ ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาผู้ป่วย ในการที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น สิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกของการพยาบาลคือ การประเมินปัญหาผู้ป่วย ซึ่งในการประเมินปัญหานั้นควรมีเหตุผลสนับสนุนเพียงพอ และข้อมูลที่จะสนับสนุนการประเมินปัญหาของผู้ป่วยนั้น ได้แก่ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย สำหรับจุดมุ่งหมายของการซักประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อนำมาสนับสนุนปัญหาการพยาบาล และขอบเขตของการตรวจร่างกายก็จะทำเฉพาะในขอบเขตที่พยาบาลสามารถจะทำได้เท่านั้น สำหรับการซักประวัติและการตรวจร่างกายนั้น นอกจากจะบ่งชี้ให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ทราบเกี่ยวกับ Family dynamic ด้วย เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ Family History, Socioeconomic status เป็นต้น, และผลตรวจทางห้องทดลอง ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนความสำคัญของปัญหา คือ ผลตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการแปลผลอย่างง่าย ๆ เพื่อจะได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 2) การสื่อสารกับผู้ป่วย (Communication) การสื่อสารที่ดีจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และการสื่อสารที่จะมีประสิทธิภาพนั้น มีองค์ประกอบหลายประการ เช่น อายุ ระดับการศึกษา และสถานะของผู้ป่วย เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยนั้นยังได้รับเครื่องช่วยหายใจ หรือ intube อยู่การสื่อสารจะต้องใช้วิธีพิเศษอื่น ๆ ร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้า หรือลิ้นและในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง (Anxiety patient) ก็ควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับการสื่อสารเป็นพิเศษ เช่น เดียวกัน 3) การดูแลเกี่ยวกับ Vital Signs เนื่องจาก Vital Signs จะเป็นเครื่อง

ป่งชี้ให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตหรือไม่เช่นนั้น พยาบาลจึงควรบันทึกเกี่ยวกับอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ แรงดันโลหิตเป็นระยะ ๆ ทุก 4 หรือ 6 ชั่วโมง และถ้ามีความผิดปกติเกี่ยวกับ Vital Signs เกิดขึ้น พยาบาลควรจะต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษ 4) การช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น การหยุดหายใจ ฉะนั้น บทบาทที่พยาบาลควรจะต้องเตรียมให้พร้อมเสมอ ได้แก่ Cardio - pulmonary resuscitation และมีการตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้ และยาในกรณีฉุกเฉินให้พร้อมอยู่เสมอ และถ้าเป็นไปได้ พยาบาลควรได้มีการซักซ้อมเกี่ยวกับ เครื่องมือ และวิธี resuscitation เป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความพร้อมอยู่ตลอดเวลา 5) การดูแลผู้ป่วยตามระบบ เมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น มักจะส่งผลกระทบต่อร่างกายเกือบทุกระบบ ฉะนั้นในการพยาบาลเราจะต้องนึกถึงร่างกายทุกระบบเช่นเดียวกัน สิ่งที่เราควรนึกถึงได้แก่

ระบบที่ 1 ระบบทางเดินหายใจ มีการดูแลอยู่ 5 หลักใหญ่ ได้แก่ หลักที่ 1 Maintenance of ventilation ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับทางเดินหายใจ (airway) และถ้าผู้ป่วยนั้นได้รับการเจาะคอ การดูแลเกี่ยวกับ tracheostomy care กับ เทคนิคของ Suctioning ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจดูแลเป็นพิเศษ หลักที่ 2 Ventilator and Weaning ถ้าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการหายใจโดย Ventilator ต่าง ๆ อยู่ พยาบาลควรจะดูแลให้ใกล้ชิดพร้อมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับ Ventilator นั้นพอสมควร และขณะเดียวกัน ควรเข้าใจเกี่ยวกับการที่จะเลิกใช้ Ventilator (Weaning) นั้นด้วยว่าจะกระทำอย่างไร และควรระมัดระวังเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง หลักที่ 3 Blood gas analysis ถ้าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการแปลผลของ ค่า Blood gas ด้วยจะเป็นสิ่งที่ดี เพราะพยาบาลสามารถที่จะทราบได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Alkalosis หรือ Acidosis หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะเกิดภาวะ Alkalosis หรือ Acidosis พยาบาลจะได้รายงานและหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทันทั่วทั้ง หลักที่ 4 Breathing Exercises และ Chest Physical Therapy อาการแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่พยาบาลอาจพบเสมอในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้แก่ อาการแทรกซ้อนเกี่ยวกับปอด (Lung problems) ซึ่งอาการแทรกซ้อนนี้พยาบาลสามารถจะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยพยายามให้ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีการบริหารเกี่ยวกับการหายใจเป็นระยะ ๆ และบทบาทนี้เป็นสิ่งที่พยาบาลไม่ควรจะละเลย เพราะการที่จะรอให้เป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดนั้น อาจจะเป็นการช้าเกินไป เพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นมาก่อนก็ได้ หลักที่ 5 การดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา

ด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy) พยาบาลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างถูกต้อง ทั้งวิธีการให้ อัตราการให้ และการ สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดแก่ผู้ป่วยใน ระหว่างได้รับออกซิเจน

ระบบที่ 2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการดูแล 3 หลักใหญ่ ได้แก่ หลักที่ 1 maintenance of circulation ทั้งนี้รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับ CVP ด้วย ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการบันทึก CVP หลักที่ 2 พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการแปลผล EKG อย่างง่าย ๆ เช่น การแปลผลของ single strip เป็นต้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นมีภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจ พยาบาลควรจะสามารรถแปลผลความผิดปกติบางอย่าง เช่น heart Block, PAC, PVC ฯลฯ ได้ ทั้งนี้เพื่อจะได้ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ และหลักที่ 3 ควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมในกรณีที่ผู้ป่วยอาจจะเกิดกรณีฉุกเฉินเกี่ยวกับหัวใจ และถ้าเป็นไปได้ พยาบาลควรรู้จักและมั่นใจในการใช้เครื่องมือพิเศษเกี่ยวกับหัวใจเป็นอย่างดี

ระบบที่ 3 ระบบประสาท มีการดูแล 4 หลักใหญ่ ได้แก่ หลักที่ 1 การสังเกตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก (Level of conscious) หลักที่ 2 พยายามให้ motor Function ของผู้ป่วยทำงานได้อย่างปกติ เพราะในช่วงวิกฤตบางครั้ง พยาบาลอาจลืมนึกถึง Motor System ของผู้ป่วย เนื่องจากเรามุ่งที่จะรีบช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจาก ภาวะที่ถูกคุกคาม ฉะนั้นในช่วงหลังภาวะวิกฤตพยาบาลควรดูแลเกี่ยวกับการให้ Passive exercise หรือ Physical Therapy แก่ผู้ป่วยด้วย หลักที่ 3 การสังเกตเกี่ยวกับ Sensory Function ของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปกติหรือไม่ ความรู้สึกที่จะทำการ ตรวจสอบอาจได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด อุณหภูมิ การสัมผัส การบอกตำแหน่ง (Position) การสัมผัสสั่นสะเทือน (Vibration) ทั้งนี้อาจรวมถึง Discrimination Function ด้วย หลักที่ 4 การสังเกตเกี่ยวกับอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยมีการเพิ่มของแรงดันภายในสมอง หรือมีการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น ปวดศีรษะ มึนงง คอแข็ง เกร็ง กระตุกชัก ฯลฯ

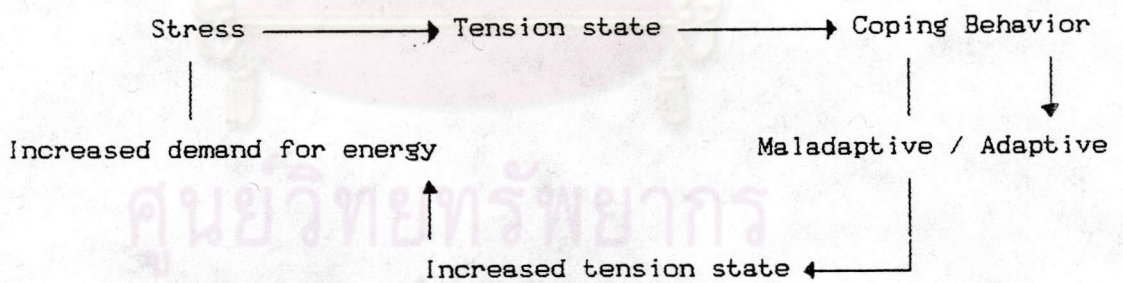
ระบบที่ 5 ระบบเกี่ยวกับไต มีการดูแล 3 หลักใหญ่ ได้แก่ หลักที่ 1 พยายามดูแลให้ร่างกายมีสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์อย่างดี ทั้งนี้รวมทั้ง การได้รับสาร



น้ำทางหลอดเลือด, การได้รับน้ำทางปาก และปริมาณปัสสาวะที่ขับออก หลักที่ 2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ตาม Metabolic needs ของร่างกาย หลักที่ 3 พยาบาลควรมีความสามารถในการแปลผลการตรวจปัสสาวะอย่างง่าย ๆ ได้เพื่อจะได้เข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น

6) การดูแลเกี่ยวกับปัญหาทางภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลเพราะในระยะวิกฤตผู้ป่วยอาจมี Psychic trauma หลายประการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากเราเร่งรีบในการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต เท่านั้น ทำให้การคำนึงในด้านจิตใจอาจจะน้อยไป ฉะนั้นในภาวะวิกฤต จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลควรจะนึกถึงสังคมและจิตใจของผู้ป่วยเป็นพิเศษด้วย สิ่งที่เราควรคำนึงถึงได้แก่ การยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ว่าพฤติกรรมนั้นมีผลจาก stressor ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยในผู้ป่วยและผู้ป่วยทุกคนจะต้องพยายาม cope กับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผลจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นกับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคน และสำหรับผู้ป่วยเด็กจะพบว่า coping mechanism ของเขาจะจำกัดกว่าในผู้ป่วยผู้ใหญ่

แผนภูมิที่แสดงถึง Emotional response ต่อความเจ็บป่วย มีดังนี้



นอกเหนือจาก Response ที่เกิดขึ้นตามแผนภูมิตั้งต้นนี้แล้ว พยาบาลควรจะเข้าใจด้วยว่าปัญหาที่อาจจะเกิดร่วมด้วยอย่างอื่นได้แก่ Anxiety, Response to loss, Separation anxiety ฯลฯ

ดังนั้นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตนี้ พยาบาลควรนึกถึงปัญหาเหล่านี้ให้มากโดยการยอมรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้เขามีโอกาสปรับตัวให้ดีขึ้นต่อไป

นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับ Interpersonal relationship กับบิดามารดา พี่น้อง และเพื่อน ๆ ก็เป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ได้เช่นเดียวกัน

ประการที่ 2 สิ่งที่ควรคำนึงถึงเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วย

ปกติแล้วเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือวิกฤตเกิดขึ้นภายในครอบครัว บิดา มารดา ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดมักจะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กมักจะมีปัญหาเกิดขึ้นมาก เพราะทันทีที่เด็กและผู้ปกครองก้าวเข้าสู่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จุดนี้จะเป็นจุดสุดท้ายของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง และเด็กจะถูกแยกเข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อให้การช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการพยุงชีวิต หรือทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะเดิมให้มากและเร็วที่สุด ซึ่งช่วงระยะเวลาที่เด็กและผู้ปกครองถูกแยกจากกันนี้ อาจเป็นช่วงสั้น ๆ หรือนานก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์

ในภาวะวิกฤต แพทย์ พยาบาลจะต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ มากมายที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและขณะเดียวกัน แพทย์ พยาบาล ยังต้องเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของบิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดด้วย เช่น anxiety, guilt, grief และ anger เป็นต้น เนื่องจาก บิดา มารดา ไม่สามารถทำหน้าที่เป็น primary role ในการดูแลเด็กได้ ฉะนั้นเมื่อเด็กถูกแยกออกไปทันที บิดา มารดา จะเกิดความรู้สึกว่า เขาขาดสมรรถภาพ หรือไม่มีความสามารถที่จะช่วยเหลือลูกได้เมื่อความรู้สึกนี้รวมตัวกันมากขึ้น บิดามารดาจะเกิดความรู้สึกเป็นศัตรูกับแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้บ่งชี้ว่า บิดา มารดา เป็นคนไม่ดี

ฉะนั้นในภาวะวิกฤต พยาบาลจึงจำเป็นต้องดูแลเกี่ยวกับ Mental support ของครอบครัวด้วย โดยการอธิบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นต่อไป ให้บิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดทราบและเน้นให้เขาเห็นถึงความสำคัญของเขาต่อผู้ป่วยในช่วงนี้ เพราะสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะนี้คือ ท่าที วิธีการที่ผู้ใกล้ชิดแสดงออก และ support ต่อผู้ป่วยนั่นเอง

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการดูแลในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่พยาบาลไม่ควรลืม คือ การวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องนึกถึงดังต่อไปนี้ ความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง, ครอบครัวจะปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสถานะของผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง, ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย, เมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน จำเป็นต้องมีเครื่องมือพิเศษติดตัวไปหรือไม่, Health Education ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวมีอะไรบ้าง และผู้ป่วยและครอบครัวได้รับไปแล้วหรือไม่ และการส่งตัวผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยมีปัญหาด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย พยาบาลควรรหาทางประสานงานติดต่อกับหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องนั้นประสบผลสำเร็จอย่างดี

สรุปแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักในด้านบริการพยาบาลนั้นครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะวิกฤตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยแยกออกเป็นการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วยโดยยึดกระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานพยาบาล

3.2 ด้านการบริหาร

พยาบาลวิชาชีพมีขอบเขตบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านการบริหาร ดังนี้ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2533)

1. ให้การนิเทศแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลภายใต้ความรับผิดชอบ
2. วิเคราะห์ปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาด้านบริการพยาบาลได้
3. จัดระเบียบงาน แบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม
4. จัดทำแบบประเมินผล และนำแบบประเมินผลไปใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้ความรับผิดชอบและใช้ประเมินผลตนเองได้อย่างถูกต้อง
5. วางแผนป้องกันอุบัติเหตุ และให้ความปลอดภัยในหน่วยงานที่รับผิดชอบได้
6. ให้ความร่วมมือในงานสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับบุคคล และหน่วยงานอื่นได้

พยาบาลในปัจจุบัน ควรมีความสามารถตามระดับความรู้ในการบริหารองค์การต่าง ๆ ในระดับต้น เช่น การบริหารทีมการพยาบาล การบริหารหอผู้ป่วย การบริหารองค์กรชุมชน และการบริหาร จัดการกองทุนต่าง ๆ เป็นต้น (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2533)

สลักพันธ์ มีชูทรัพย์ (2534) อ้างถึงปัจจัยกระบวนการและวัตถุประสงค์ของการบริหารการพยาบาล ตามแนวความคิดของ Guillies ไว้ดังนี้ 1) ปัจจัยในการบริหารพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลต่าง ๆ (Data), บุคคล (Personels), เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาล (Equipments), งบประมาณ (Budgets หรือ Supplies) 2) กระบวนการบริหารการพยาบาลมี 6 ขั้นตอนดังนี้ การรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ (Data gathering) ที่เกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล ได้แก่ รายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานเอง ผู้มารับบริการคือผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ผู้ปฏิบัติคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ชุมชนหรือสังคมที่พยากรณ์ที่จะได้มา รวมทั้งกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เป็นต้น, การวางแผน (Planing) ที่เกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล จำนวนและชนิด ของบุคลากรทางการพยาบาล งบประมาณและวิธีการดำเนินงาน, การจัดแบ่งงาน (Organizin) และความรับผิดชอบ โดยจัดทำแผนผังแสดงการแบ่งหน่วยงานและแผนผังแสดงสายบังคับบัญชา การวิเคราะห์งาน และการแจกแจงลักษณะงานตามตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาล, การบริหารงานบุคคลหรือการจัดบุคลากรทางการพยาบาล (Staffing) เริ่มตั้งแต่การกำหนดอัตรากำลังพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย การแสวงหา การคัดเลือกบรรจุตำแหน่ง การประเมินเทคนิคการจัดเวร การมอบหมายงาน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร, การแนะนำ (Leading) หรือการนิเทศงานซึ่งรวมทั้งการตัดสินใจแก้ปัญหา แก้ข้อขัดแย้งต่าง ๆ และจัดให้มีการติดต่อสื่อสารที่ดี มีการจูงใจผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น และการควบคุมงาน (Controlling) เพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ โดยการประเมินผลการให้บริการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร 3) วัตถุประสงค์ของการบริหารการพยาบาล ได้แก่ การให้การดูแลแก่ผู้ป่วย (patient care), การพัฒนาบุคลากร (staff development), และการวิจัย (research) สรุปแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักในด้านการบริหารนั้นครอบคลุมการบริหารหอผู้ป่วย มีการรวบรวมข้อมูล, การวางแผน, การจัดระบบงาน, การจัดบุคลากร, การอำนวยการ และ การควบคุมงานแก่เจ้าหน้าที่ในทีม รวมทั้งการนิเทศ ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

3.3 ด้านวิชาการ

งานวิชาการทางการพยาบาล เป็นงานสนับสนุนการบริหารพยาบาลให้มีคุณภาพพยาบาลวิชาชีพมีขอบเขตบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านวิชาการ ดังนี้ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2533)

ด้านที่ 1 สอนและอบรมฟื้นฟูวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ และนักเรียนทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้

ด้านที่ 2 จัดทำคู่มือ และอุปกรณ์การสอนด้านการพยาบาล

ด้านที่ 3 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และรู้จักนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการปฏิบัติงานได้

จากแนวคิดของประนอม โอทกานนท์ (2528) เกี่ยวกับการสอน การฝึกอบรม สรุปได้ดังนี้

การสอนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือการสอนแบบตัวต่อตัวและการสอนแบบกลุ่ม

การฝึกอบรม หมายถึง การสอนเป็นกลุ่ม และการจัดการสอนเป็นกลุ่ม

กลวิธีในการส่งเสริมด้านวิชาการมีหลักใหญ่ ๆ 4 ประการ (จินดา พูนเกษม, 2530)

ประการที่ 1 การอบรมฟื้นฟู วิชาการหลักสูตรสั้น ๆ เฉพาะทาง

ประการที่ 2 การประชุมปฏิบัติการ การสัมมนาต่าง ๆ

ประการที่ 3 หลักสูตรชั้นสูง เช่น การเพิ่มพูนความรู้เพื่อจะนำไปพัฒนาการศึกษาวิจัยต่าง ๆ การเพิ่มพูนวิทยฐานะต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาต่อ

ประการที่ 4 การส่งเสริมด้านวิชาการ

สรุปแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักในด้านวิชาการนั้น ครอบคลุมการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร ได้แก่ การสอนแนะนำเจ้าหน้าที่ในทีมการพยาบาล และพยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยนี้ การศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนาตนเองและหน่วยงาน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือต่าง ๆ และการวิจัยทางการพยาบาลของหน่วยงานและองค์การ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปี พ.ศ. 2512 - 1513 กองการพยาบาลร่วมกับองค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์กิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลโรคทั่วไป (General Hospital) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาแบบสังเกต และจดบันทึกกิจกรรมของพยาบาลในช่วงเวลา 6.00-20.00 น. สรุปผลการศึกษากิจกรรมเจ้าหน้าที่พยาบาลไว้ดังนี้คือ

พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 45 และครึ่งหนึ่งของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยนี้ จะใช้ในกิจกรรมการให้การรักษายาบาล (Technical procedures) เช่น การฉีดยา การให้น้ำเกลือทางเส้นโลหิตดำ การทำแผล พยาบาลใช้เวลาบางส่วนในกิจกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย และใช้เวลาน้อยมากในการดูแลในเรื่องเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตใจ (Emotional Needs) ของผู้ป่วยและญาติ และที่สังเกตเกือบไม่พบเลยคือการศึกษาผู้ป่วย

ผู้ช่วยพยาบาล ใช้เวลาร้อยละ 45 ในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับการใช้เวลาของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมชนิดให้การรักษายาบาล โดยการฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง เข้ากล้ามเนื้อ การทำแผล การเตรียมการให้การรักษายาบาล การช่วยเจ้าหน้าที่พยาบาล กิจกรรมที่เกี่ยวกับการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาลจะใช้เวลาในการสอบถาม แลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนร่วมงาน การรับคำแนะนำ การอ่านคำสั่งเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาลใช้เวลาส่วนมากในการทำเตียง และส่วนน้อยมากในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการทางด้านร่างกาย และการพยาบาลทางด้านจิตใจ

พนักงานผู้ช่วย (เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลเป็นผู้ฝึกอบรมขึ้นเอง) พนักงานผู้ช่วยใช้เวลาในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 43 ประมาณครึ่งหนึ่งของเวลานี้ใช้ในกิจกรรมให้การรักษายาบาล การเตรียมการให้การรักษายาบาล และการช่วยในการให้การรักษายาบาล การรักษายาบาลที่ปฏิบัติเป็น ส่วนมาก คือ การวัดอุณหภูมิผู้ป่วย การจับชีพจร การนับการหายใจ (ซึ่งพบมาก) การให้อาหารทางปาก การทำแผล การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง และเข้า

กล่าวมื่อ การวัดความดันโลหิต และลงในรายงาน ประมาณ 1 ใน 3 ของเวลาที่เกี่ยวกับงานประเภทการดูแลผู้ป่วย ใช้ในด้านการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการทางด้าน ร่างกายพื้นฐาน (Basic Physical Needs) ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การทำเตียง การนำอาหารมาให้และการบ่อนอาหารให้กับผู้ป่วย (รีด, 2513)

พ.ศ. 2519 พวงน้อย สาครรัตนกุล (2519) ได้ทำการศึกษากิจกรรมของพยาบาลประจำการ และผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ 4 แผนก ได้แก่ แผนกศัลยกรรมศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์ และจักษุศาสตร์จำนวน 8 หอผู้ป่วย ของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยทำการสังเกตพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างใกล้ชิด ทุกช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานติดต่อกัน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติงานเวรต่าง ๆ ในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรงสูงที่สุด รองลงมาคือการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่พบว่ามีปฏิบัติน้อยที่สุด คือ กิจกรรมเฉพาะตำแหน่ง ส่วนการใช้เวลาว่างและการพักผ่อนมีมากในเวรดึก รองลงไปเป็นเวรเช้า และน้อยที่สุดในเวรบ่าย

2. ผลการศึกษากิจกรรมของผู้ช่วยพยาบาล พบว่าใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง สูงกว่าการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ กิจกรรมเฉพาะตำแหน่ง ส่วนการใช้เวลาว่างและการพักผ่อนพบว่ายังใช้เวลาสูงสุด ทุก ๆ เวน

3. ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้ง 4 แผนก พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดยา การรักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยกเว้นพยาบาลในแผนกสูติกรรม ใช้เวลาในการเดินตรวจเยี่ยมมากที่สุด รองลงมาเป็นการจัดยา และการดูแลช่วยเหลือสนองตอบด้านจิตใจ ส่วนผู้ช่วยพยาบาลใช้เวลาในการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงคล้ายคลึงกันทั้ง 4 แผนกและกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การวัดและตรวจอาการสำคัญ การรักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามลำดับ

4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย พยาบาลแผนกอายุรกรรม ใช้เวลาสูงที่สุดในทั้ง 4 แผนก โดยใช้ในการทำรายงาน และประชุมปรึกษารื้อ หรือ ส่วนพยาบาลแผนกศัลยกรรม ใช้เวลาในการเขียนรายงานสูงเป็นอันดับหนึ่ง ผู้ช่วยพยาบาลแผนกศัลยกรรมมี

การใช้เวลาในการรายงาน และการประชุมสูงกว่า ผู้ช่วยพยาบาลแผนกจักษุ ๗ และแผนกสูติกรรม

5. การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะตำแหน่ง พยาบาลและผู้ช่วยแผนกจักษุ โสิต คอ นาสิก ใช้เวลาในกิจกรรมหมวดนี้สูงที่สุด โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ การนิเทศ บุคคลากรและอื่น ๆ ในทุกแผนกผู้ช่วยพยาบาล ใช้เวลาในการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้สูงกว่า พยาบาล

6. การใช้เวลาว่างและเวลานัก ลักษณะการใช้เวลาว่างของพยาบาลและผู้ช่วย พยาบาล ของแต่ละแผนกไม่แตกต่างกัน คือผู้ช่วยพยาบาลมีการใช้เวลาว่างมากกว่าพยาบาลใน ทุก ๆ แผนก และแผนกจักษุ ๗ มีการใช้เวลาว่างมากที่สุด รองลงไปเป็นแผนกสูติกรรม และ พยาบาลแผนกศัลยกรรมมีการใช้เวลาว่างน้อยที่สุด

พ.ศ. 2521 ขวัญตา เกิดชูชื่น (2521) ได้ศึกษากิจกรรมเจ้าหน้าที่พยาบาลใน แผนกจักษุ โสิต นาสิก และศอวิทยา ของโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 2 หอผู้ป่วย โดยวิธี สังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนโดยตรง และบันทึกกิจกรรมทุก ๆ 15 นาที ตลอดเวลา 8 ชั่วโมง ของแต่ละเวรติดต่อกัน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า

1. ลักษณะของกิจกรรมในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก มีกิจกรรมประเภทอื่น ๆ สูงที่สุดทั้ง 3 เวร และเมื่อพิจารณาลักษณะการประกอบกิจกรรมแต่ละประเภทที่ทำในแต่ละเวร ปรากฏว่า เวรเช้า เป็นเวรที่มีกิจกรรมทุกประเภทมากที่สุด
2. ลักษณะของกิจกรรมในแต่ละระดับเจ้าหน้าที่พยาบาลในเวรเช้า พบว่าอาจารย์ พยาบาลและพยาบาลประจำการ มีกิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วยสูงที่สุด ส่วนผู้ช่วย พยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีกิจกรรมอื่น ๆ สูงที่สุด
3. ลักษณะของกิจกรรมแต่ละประเภทในเวรเช้า มีการปฏิบัติในแต่ละระดับของ เจ้าหน้าที่พยาบาลแตกต่างกัน คือ ผู้ช่วยพยาบาลประกอบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และกิจกรรมอื่น ๆ สูงที่สุด ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และอาจารย์พยาบาลประกอบกิจกรรมการศึกษาสูงที่สุด ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนี้ ต่ำที่สุด สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการประกอบกิจกรรมการบริหารสูงที่สุด ในขณะที่ผู้ช่วยพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมนี้ต่ำที่สุด ส่วนพยาบาลประจำการมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วยสูง

ที่สุด ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีกิจกรรมนี้ต่ำที่สุด สำหรับกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลยังประกอบกิจกรรมอื่น ๆ สูงที่สุด ในขณะที่อาจารย์พยาบาลประกอบกิจกรรมนี้ต่ำที่สุด

4. เจ้าหน้าที่พยาบาลแต่ละระดับในเวรย้าย ประกอบกิจกรรมทุกประเภทที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย ยกเว้นผู้ช่วยพยาบาลไม่มีการประกอบกิจกรรมการบริหาร และปริมาณของกิจกรรมต่าง ๆ ของพยาบาลประจำการ มีกิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วยสูงสุด ส่วนผู้ช่วยพยาบาลมีกิจกรรมอื่น ๆ สูงที่สุด

5. ปริมาณการประกอบกิจกรรมแต่ละประเภทในเวรย้าย ในแต่ละระดับของเจ้าหน้าที่พยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้ช่วยพยาบาลประกอบกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และกิจกรรมอื่น ๆ สูงกว่าพยาบาลประจำการ ส่วนพยาบาลประจำการประกอบกิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย การบริหาร และการศึกษาสูงกว่าผู้ช่วยพยาบาล

6. เจ้าหน้าที่พยาบาลระดับต่าง ๆ ในเวรดึก มีการประกอบกิจกรรมทุกประเภทที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย ยกเว้นผู้ช่วยพยาบาลไม่มีการประกอบกิจกรรมการบริหารและนิเทศในเวรนี้ และเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งสองระดับ มีการประกอบกิจกรรมอื่น ๆ สูงที่สุด

7. ปริมาณการประกอบกิจกรรมแต่ละประเภทในเวรดึก ในแต่ละระดับของเจ้าหน้าที่พยาบาลแตกต่างกัน โดยที่ผู้ช่วยพยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง การศึกษาและกิจกรรมอื่น ๆ สูงกว่าพยาบาลประจำการ ส่วนพยาบาลประจำการมีการประกอบกิจกรรมการพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย การบริหารและนิเทศสูงกว่า

พ.ศ. 2528 ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2528) ได้ศึกษาการบริหารเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาล จำนวน 91 คน ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาตามลำดับความสำคัญในกิจกรรมด้านบริหาร ด้านวิชาการ และด้านบริการพยาบาล ในการปฏิบัติงานผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ด้านการใช้เวลาในการวางแผนการปฏิบัติงาน และอุปสรรค ปัญหาในการวางแผนการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาล

1.1 ผู้ตรวจการพยาบาล ร้อยละ 74 มีการวางแผนการบริหารเวลาของงานทั้ง 3 ด้านคือ บริหาร วิชาการ และบริการพยาบาล ร้อยละ 58.6 วางแผนปฏิบัติงานทั้ง 4 ลักษณะ คือ แผนงานประจำปี ประจำเดือน ประจำสัปดาห์ และประจำวัน ผู้ตรวจการพยาบาล

จำนวน 77 คน เขียนแผนการปฏิบัติงานประจำวัน โดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 10 นาที ในแต่ละครั้ง

1.2 มีการชี้แจงแนวปฏิบัติ อธิบาย และทบทวนแผนงานก่อนนำไปปฏิบัติทุกครั้ง

1.3 ในการประเมินแผนการปฏิบัติงาน ผู้ตรวจการพยาบาล ร้อยละ 59.8 ใช้วิธีประเมินด้วยตนเอง และวิธีร่วมประเมินกับผู้อื่น ร้อยละ 89.6 ได้ทำการประเมินระหว่างดำเนินการและเมื่อดำเนินการตามแผนสิ้นสุดลง และร้อยละ 67.8 นำผลที่ได้ไปเสนอผู้บังคับบัญชา และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ร่วมงานทราบ

1.4 ผู้ตรวจการพยาบาล ร้อยละ 48.3 มีปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงานด้านบริหาร และในจำนวนนี้ ร้อยละ 58.6 ประสบปัญหาเกี่ยวกับการมีขอบเขตจำกัดในด้านอำนาจหน้าที่ ในการตัดสินใจของผู้ตรวจการ

2. ด้านการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรม

2.1 งานด้านบริหาร กิจกรรมสำคัญมากที่สุดที่ใช้เวลาโดยเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับงานอื่นในกลุ่มเดียวกัน คือ 1 ชั่วโมง 24 นาที (ปริมาณเวลาที่ใช้สูงสุด 480 นาที ต่ำสุด 5 นาที) นั้น เป็นงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่ผู้ตรวจการพยาบาลต้องตัดสินใจสั่งการโดยรีบด่วน ในกลุ่มกิจกรรมสำคัญ เวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 19 ชั่วโมง 30 นาที (1,920 - 240 นาที) เป็นงานเกี่ยวกับการร่วมประชุมนิเทศ บุคลากรใหม่ เกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ใช้เวลารองลงมาคืองานการประชุมต่าง ๆ

2.2 งานด้านวิชาการ กิจกรรมสำคัญมากที่สุดที่ใช้เวลาโดยเฉลี่ย คือ 13.5 นาที (60-5 นาที) เป็นงานด้านการสอนหรือสาธิตเกี่ยวกับเทคนิควิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องทำทันทีทันใด และใช้เวลาในการจัดโครงการประชุมนิเทศบุคลากรใหม่ในระดับหอผู้ป่วย โดยเฉลี่ย 978 นาที (2,400-60 นาที)

2.3 งานด้านบริการพยาบาล กิจกรรมสำคัญมากที่สุดที่ใช้เวลาโดยเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับงานในกลุ่มเดียวกัน คือ การแนะนำช่วยเหลือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด หรือป่วยด้วยโรคที่พบน้อยมากใช้เวลา 22 นาที (120-60 นาที) และในกลุ่มกิจกรรมที่สำคัญใช้เวลาโดยเฉลี่ย 109 นาที (240-60 นาที) สำหรับการร่วมประชุมกับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เกี่ยวกับการจัดระบบการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วย

พ.ศ. 2531 ชีมชม เจริญยุทธ (2531) ได้ศึกษากิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย 12 แห่ง ของโรงพยาบาลศิริราชเป็นเวลา 5 วันต่อเนื่องกันโดยวิธี สุ่ม ทำการสังเกตและจัดบันทึกกิจกรรมของพยาบาล ผลการวิเคราะห์พบว่า ร้อยละ 34.23 เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงอีกร้อยละ 49.84 เป็นการพยาบาลโดยอ้อมและการบริหาร ส่วนที่เหลือร้อยละ 15.93 เป็นกิจกรรมส่วนตัวของพยาบาล

สำหรับการพยาบาลโดยตรง กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การให้ยาประเภทต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ประมาณร้อยละ 11 รองลงมาเป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการขับถ่ายร้อยละ 9 ส่วนการพยาบาลโดยอ้อมนั้น มีการจัดบันทึกอาการผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 18.6 รองลงมาเป็นการจัดเตรียมเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลประมาณร้อยละ 7 ส่วนกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารงานในหอผู้ป่วย มีประมาณร้อยละ 8 นอกนั้นเป็นงานธุรการ และงานพัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในสัดส่วนที่น้อยลงไปอีก ในด้านกิจกรรมส่วนตัวของพยาบาล ได้แก่ การพักผ่อนรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ และนั่งพักผ่อน มีประมาณร้อยละ 16

เมื่อคิดเทียบสัดส่วน การใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของพยาบาลต่อเวลาทำการ 8 ชั่วโมง พบว่า เป็นการพยาบาลโดยตรง 2 ชั่วโมง 45 นาที เป็นการพยาบาลโดยอ้อม 3 ชั่วโมง 59 นาที และเป็นเวลาส่วนตัวของพยาบาล 1 ชั่วโมง 16 นาที

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้ กับผลการศึกษาของกองการพยาบาล ใน พ.ศ. 2512-13 พบว่า การพยาบาลโดยตรงมีเวลาปฏิบัติร้อยละ 51 นาที เช่นเดียวกับเวลาการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวของพยาบาล ซึ่งลดลง 34 นาที ส่วนการพยาบาลโดยอ้อมและการบริหารนั้น เวลาการปฏิบัติเพิ่มขึ้นถึง 1 ชั่วโมง 25 นาที

ค.ศ. 1954 แผนกพยาบาล (Division of Nursing Resources, Public Health Service) (1966) ได้ทำการศึกษาหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาล 34 แห่งในสหรัฐอเมริกา สรุปผลได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ของตนเอง 61.4 % ส่วนพยาบาลวิชาชีพใช้เวลา 78.4 % ในการปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ของตนเองและในเวลาจำนวนนี้มีเพียง 40.9 % ในเวรเช้า และ 34.8 % ในเวรบ่าย ซึ่งพยาบาลใช้สำหรับปฏิบัติ

การดูแลผู้ป่วยโดยตรง งานอื่น ๆ ที่พยาบาลต้องปฏิบัติอยู่อีก คือ งานสารบรรณ งานแม่บ้าน การโภชนาการ และใช้เวลาในการเดิน ซึ่งทำให้พยาบาลต้องห่างเหินจากผู้ป่วย รายงานการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรงมากกว่าพยาบาล ซึ่งเมื่อคิดเวลาเป็นนาทีแล้ว พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง 4 นาที พยาบาลประจำการ 18 นาที นักเรียนพยาบาล 12 นาที และบุคลากรพยาบาลอื่น ๆ ใช้เวลา 30 นาที

ค.ศ. 1965 ฮาวิ วูล์ฟ และจอห์น พี ยังก์ (Harvey Wolfe and John P. Young) (1965) ได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และจักษุวิทยา โดยเลือกศึกษากิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 96 คน โดยการสุ่มตัวอย่างงานและบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ว่าใครเป็นผู้ปฏิบัติ ใช้เวลานานเท่าใด ผลจากการศึกษาพบว่าระหว่างเวลาเที่ยงคืน ถึง 6.00 นาฬิกา ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยตรงน้อยกว่า 2 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน และในระหว่าง 6.00 น. ถึง เที่ยงคืน ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยตรงนับเวลาเป็นชั่วโมง และเวลาที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้แตกต่างกันตามระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ยิ่งผู้ป่วยมีอาการหนักมากเพียงไร ยิ่งต้องการเวลาที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงมากยิ่งขึ้น เพียงนั้น และผลของความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเช่นนี้ สามารถจำแนกผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกไว้ 3 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (Self-Care) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (Partial-Care) และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (Intensive-Care)

ผลจากการวิเคราะห์กิจกรรมประเภทอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง พบว่าเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เป็นค่าคงที่ คือไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน

และยังได้วิเคราะห์ลักษณะงานในหอผู้ป่วยเดียวกัน ซึ่งพบว่าการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต้องการเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน ตามลักษณะงานแต่ละประเภทซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกไว้ดังนี้คือ

1. งานที่ต้องใช้เทคนิคประเภทที่ 1 หมายถึงการปฏิบัติกรพยาบาลง่าย ๆ
2. งานที่ต้องใช้เทคนิคประเภทที่ 2 หมายถึงการปฏิบัติกรพยาบาลที่ต้องการการตัดสินใจ และใช้ความรู้ ทักษะในขั้นสูงขึ้น
3. การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและมอบหมายงาน
4. การนิเทศและการสอน
5. การเตรียมการพยาบาลง่าย ๆ เกี่ยวกับงานประเภทที่ 1
6. การเตรียมการพยาบาลเกี่ยวกับงานประเภทที่ 2
7. งานเสมียน ประเภทที่ 1 ประเภทที่ 2 และประเภทที่ 3
8. งานแม่บ้าน
9. การออกไปกับผู้ป่วยและการเดินในกรณีฉุกเฉิน
10. การดูแลเครื่องมือเครื่องใช้

ในผลการวิจัยนี้พบว่าลักษณะของการปฏิบัติงานแต่ละประเภท ที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อประเภทของผู้ป่วย และประเภทเจ้าหน้าที่พยาบาล (Wolf and Young 1965: 299-303)

ค.ศ. 1970 สไตเนอร์ และ ลินด์กีส (Steiner and Lindquist) (1970:) ได้ทำการศึกษาถึงเวลาที่พยาบาลใช้ในแต่ละกิจกรรมในหน้าที่ของตน โดยการศึกษาของเจ้าหน้าที่ของตนโดยการศึกษาของเจ้าหน้าที่วิศวกรรมอุตสาหกรรม (Industrial Engineering Staff) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิทยาศาสตร์สมองกล โทโร แห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (Computing Science Touro of California) โดยการจัดการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะทดลอง (Pilot Project) เจ้าหน้าที่วิศวกรรมอุตสาหกรรม ทำการศึกษารายงานกิจกรรมการพยาบาลไว้เป็นหมวด หมู่ และเข้ารหัส รวมทั้งการแบ่งลักษณะผู้ป่วย เพื่อเข้ารหัสด้วย

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการเก็บข้อมูล โดยเจ้าหน้าที่ของสถาบัน โทโร ร่วมกับวิศวกรรมอุตสาหกรรม ทำการสังเกตกิจกรรมพยาบาลในหอผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ โดยแบ่งทำการสังเกตเป็น 3 ช่วงระยะเวลา เช่นเดียวกับการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาล แต่จัดให้เหลื่อมกันครึ่งชั่วโมง เพื่อการเก็บข้อมูลในกิจกรรมการเปลี่ยนเวรของ

พยาบาล ผู้สังเกตการณ์คนหนึ่ง จะทำการสังเกตกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในหอผู้ป่วย 2 - 3 หน่วยย่อย (ประมาณ 35 เตียง) ข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปคำนวณ ด้วยเครื่องส่องกลและนำมา แปลผลร่วมกับวิศวกรอุตสาหกรรม และคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลและแผนกพยาบาล

การวิจัยนี้ผู้ทำการวิจัยได้แบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 4 หมวด ดังนี้

1. การพยาบาลที่เกี่ยวกับความต้องการในชีวิตประจำวัน (Dialy Living Need) ซึ่งจะผันแปรไปตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Dependency Level)
2. การรักษาและการพยาบาล (Treatment and Care) จะผันแปรไปตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย
3. การบริหารหอผู้ป่วย (Ward Management) ซึ่งจะรวมถึงการติดต่อกันทั้งหมด ที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และการดำเนินงานในหอผู้ป่วย
4. กิจกรรมเฉพาะบุคคล (Administrative Allowance) คือกิจกรรมที่ไม่ใช่ การปฏิบัติงานในหน้าที่ และรวมถึงเวลาที่ไม่มีการบันทึกกิจกรรม (Unaccounted Time)

ในแต่ละหมวดของกิจกรรมนี้ จะประกอบด้วยรายการย่อย ๆ อีก 4-10 รายการ การแบ่งระดับลักษณะผู้ป่วย ให้พยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละเวรเป็นผู้ประเมินตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และประเมินการพยาบาลที่จำเป็น (Nursing Minutes Required) ต่อผู้ป่วยแต่ละระดับ

ผลของการวิจัยในระยะทดลอง รายงานว่า 36-49 % ของเวลาทั้งหมด ถูกใช้ใน งานด้านบริหาร (Administrative Service) และ 23-35 % ใช้ในการให้การพยาบาล ร่องลงมาเป็นงานด้านสารบรรณ โดยเฉพาะการเขียนรายงานผู้ป่วยและอื่น ๆ ลักษณะ การใช้เวลาในกิจกรรมพยาบาลทั้ง 4 หมวดใหญ่ ๆ นั้นคล้ายคลึงกันในเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ ซึ่งตรงกับข้อสมมุติที่ว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับมีความรับผิดชอบ และหน้าที่ที่เท่าเทียมกัน

ในการพยาบาลที่เกี่ยวกับความต้องการในชีวิตประจำวัน พยาบาลจะใช้เวลาใน กิจกรรมนี้เพียงร้อยละ 4 เท่ากับผู้ช่วยพยาบาล และการใช้เวลาว่างมีความแตกต่างกัน ใน ตลอดเวลา 24 ชั่วโมงของการปฏิบัติงานของพยาบาล จะเป็นเวลาของการใช้เวลาว่าง ร้อยละ 19 แบ่งเป็นเวรเช้าประมาณ 15 % เวรบ่ายและเวรดึกจะพบได้ 29 %

ค.ศ. 1985 แรนท์ซและมิลเลอร์ (Rantz and Miller) (Rantz and haver, 1985) ได้ศึกษาโดยทำการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในโรงพยาบาลขนาด 330 เตียงที่ให้การรักษาแบบฉุกเฉินแห่งหนึ่ง ในมลรัฐวิสคอนซิน สหรัฐอเมริกา การศึกษาครั้งนี้กระทำขึ้น โดยการดัดแปลงวิธีการศึกษาของซานจอกวิน (San Joaquin) ซึ่งเป็นคนแรก ๆ ที่พยายามคิดค้น เพื่อพัฒนาการวัดการใช้ประโยชน์และความมีประสิทธิภาพของบุคลากรที่ให้บริการพยาบาล งานวิจัยของแรนท์ซและมิลเลอร์เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study design) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้การสังเกตอย่างไม่เป็นแบบแผน (Unstructured Observation) ภายใต้โครงสร้างกรอบของเวลา (Structured Timeframe) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลออกแบบขึ้นเพื่อการบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลเป็นระยะ ๆ ทุก ๆ 15 นาที โดยใช้เวลาในการสังเกตแต่ละครั้งนาน 30 วินาที ตลอด 24 ชั่วโมง

ผลสรุปจากงานของแรนท์ซ และมิลเลอร์ได้รายงานถึงปริมาณเวลาที่ใช้ไปในกิจกรรมการพยาบาลประเภทต่าง ๆ ของบุคลากรต่างประเภท ดังนี้

หัวหน้าพยาบาลหรือผู้ตรวจการพยาบาล ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงในเวรเช้าร้อยละ 23.1

พยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงในเวรเช้าร้อยละ 35.0 ในเวรบ่ายร้อยละ 37.0 และในเวรดึกร้อยละ 33.1

ผู้ช่วยพยาบาล ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงในเวรเช้าร้อยละ 36.0 ในเวรบ่ายร้อยละ 37.7 และในเวรดึกร้อยละ 31.9

และการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดผลต่อผู้ป่วยโดยอ้อมของบุคลากรต่างประเภทนั้น พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลใช้เวลาในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ใกล้เคียงกันดังนี้

		เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรดึก
พยาบาลวิชาชีพ	ร้อยละ	51.0	53.4	58.9
ผู้ช่วยพยาบาล	ร้อยละ	46.6	50.21	53.9