

เอกสารประกอบการสอน

หลักการ และกระบวนการ บริหารการพยาบาล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยที่ 2

หลักการและกระบวนการบริหารการพยาบาล

แผนการสอน

หัวข้อ หน่วยที่ 2 หลักการและกระบวนการบริหารการพยาบาล

ผู้สอน อาจารย์ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 2 คาบ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้บัณฑิตสามารถ:

1. อธิบายโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาลได้
2. อธิบายหลักการ การบริหารงานในหอผู้ป่วยได้
3. บอกแนวทางการจัดการหอผู้ป่วยได้
4. บอกหลักการ การจัดการพัสดุและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยได้
5. บอกหลักการ การบันทึกและรายงานทางการพยาบาลที่มีคุณภาพได้
6. วิเคราะห์สถานการณ์และคำนวณอัตราค่าลงพยาบาลในแต่ละเวรได้
7. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลได้

สังเขปเนื้อหา

1. โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล
 - 1.1 ความหมายขององค์กรและองค์กรพยาบาล
 - 1.2 รูปแบบโครงสร้างขององค์กรและองค์กรพยาบาล
2. การบริหารงานในหอผู้ป่วย
 - 2.1 การจัดการหอผู้ป่วย
 - 2.2 การจัดอัตราค่าลง
 - 2.3 การจัดการพัสดุและเวชภัณฑ์
3. การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล
 - 3.1 องค์ประกอบและลักษณะบันทึกทางการพยาบาลที่ดี
 - 3.2 รูปแบบของบันทึกทางการพยาบาล
 - 3.3 ความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาล

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | | |
|---|-----|------|
| 1. บอกวัตถุประสงค์และสังเขปเนื้อหา | 5 | นาที |
| 2. บรรยายสรุปเนื้อหาประกอบกิจกรรม active learning | 100 | นาที |
| 2.1 บรรยาย | 25 | นาที |
| 2.2 สรุปประเด็นสำคัญผ่าน Quizizz 3 ข้อ พร้อมเฉลย | 5 | นาที |

2.3 บรรยาย	25 นาที
2.4 สรุปประเด็นสำคัญผ่าน Quizizz 7 ข้อ พร้อมเฉลย	10 นาที
2.5 บรรยาย	25 นาที
2.6 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าน Quizizz 5 ข้อ พร้อมเฉลย	10 นาที
3. นิสิตถาม-ตอบ ข้อสงสัย	5 นาที

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน (E-book, PDF file)
2. Power point
3. VDO Clip สรุปสาระสำคัญก่อนการสอบ
4. Quizizz/Test in SWU-Moodle

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายและตอบข้อซักถาม
2. สังเกตพฤติกรรมและความสนใจในขณะเรียน
3. สอบปลายภาค

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ สี่มา ภูษิตา อนิทรประสงค์ และจรรยา ภัทรอาชาชัย. (2558). ความตั้งใจออกจากวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. วารสารกองการพยาบาล, ปีที่ 42 ฉบับที่ 3, กันยายน-ธันวาคม: 142-158.
- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น. (2562). คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ผู้ป่วยใน). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <https://www.kkh.go.th/wp-content/uploads/2019/06-.pdf>. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2564.
- กานต์พิชา จันทร์หงส์ อรอนงค์ วิชัยคำ และจิตติณัฐ อัครเดชอนันต์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. พยาบาลสาร, ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน: 406-416.
- จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2557). การพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2563). เอกสารประกอบการบรรยาย: หน่วยที่ 2 หลักการและกระบวนการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เปรมจิตร คล้ายเพ็ชร. (2557). เอกสารประกอบการบรรยาย: Re-design ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. ฝ่าย
การพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

เปรมิกา บุญเกิด และรัชนีวรรณ วณิชยณอม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และความตั้งใจในการลาออกโดยมีความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปร
สื่อในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์คัตสรแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก. วารสารสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์, ปีที่ 42 ฉบับที่ 2: 148-169.

ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2556). เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมุมมองด้านวิชาชีพและ
กฎหมาย. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideserve.com/moke/focus-charting-patient-center>. สืบค้นเมื่อ 1
พฤษภาคม 2564.

สภาการพยาบาล. (2548). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับ
ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/news/124> สืบค้น
เมื่อ 26 เมษายน 2564.

สภาการพยาบาล. (2562). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. เข้าถึง
ได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/news/124>. สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2564.

เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. (2559). บทที่ 1 แนวคิดและหลักการบริหารการพยาบาล ใน เสาวลักษณ์
จิรธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา และธัญรัตน์ องค์มีเกียรติ. การบริหารพยาบาลยุค 4G Plus. โรงพิมพ์
TBS Product; กรุงเทพฯ. หน้า 20.

เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. (2559). บทที่ 3 การจัดองค์การ ใน เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ,
อรุณรัตน์ เทพนา และธัญรัตน์ องค์มีเกียรติ. การบริหารพยาบาลยุค 4G Plus. โรงพิมพ์ TBS
Product; กรุงเทพฯ. หน้า: 44-46.

แสงทอง ชีระทองคำ และไสว นรสาร. (2561). กฎหมายสำหรับพยาบาล (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 2,
กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 2

ไสว นรสาร. (2561). บทที่3 ความรับผิดชอบประมาทในการปฏิบัติการพยาบาล ใน แสงทอง ชีระทองคำ และ
ไสว นรสาร. กฎหมายสำหรับพยาบาล (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: คณะแพทย
ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 48.

อรัญญ์ รุ่งวชิระ. (2559). เอกสารประกอบการบรรยาย: บทที่ 5 การบริหารจัดการพยาบาลในหอผู้ป่วย.
[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://www.elnurse.ssru.ac.th/orathai_ru/pluginfile.php/16/block_html/content.pdf
สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2564.

- อรุณรัตน์ เทพนา. (2559). บทที่ 4.2 การสรรหาและการคัดเลือก ใน เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา และอัญรัตน์ องค์กรเกียรติ. การบริหารพยาบาลยุค 4G Plus. โรงพิมพ์ TBS Product; กรุงเทพฯ. หน้า 81-90
- Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E. T., Galiano, A., Garbarini, A., Soto, P., Bravo, D., & Smith, H. L.. (2018). HOSPITAL NURSE STAFFING AND PATIENT OUTCOMES. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 322–327. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.011>
- American Nurses Association (ANA). (2019). ANA’s Principles for Nurse Staffing 3rd Ed. [Online]. Available from: https://cdn2.hubspot.net/hubfs/4850206/PNS3E_ePDF.pdf
- Canadian Nurse Association. (2021). Nursing Organization. [Online]. Available from: <https://www.cna-aiic.ca/en/professional-development/accreditation/nursing-organization>. Retrieved April 26 2021.
- Hunt, J. (2016). How should nursing productivity be measured? *Nursing Times*; 112, 39/40: 18-20.
- Laitinen, H., Kaunonen, M., and Astedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 19; 489–497.
- Mancini, M.E., and Benton, K.K. (2019). Chapter10: Healthcare Organizations. In *Leading and Management in Nursing*. Elsevier; Canada. Page: 176-177.
- Medical dictionary. (2009). Nursing organization. (n.d.) Medical Dictionary. [Online]. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/nursing+organization>. Retrieved April 27 2021.
- Shirey, M.R. (2012). Chapter3: Organizational Behavior and Magnet Hospitals. In *Nursing Leadership and Management 3rd Ed* by Kelly Patricia, Ed. Cengage Learning; USA. Page: 73-74.
- Stevenson, J.E., Nilsson, G.C., Petersson, G.I., and Johansson, P.E. (2010). Nurses’ experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal*. 16(1): 63–72.

- Whitehead, D.K., Weiss, S.A., and Tappen, R.M. (2010). Chapter5 Organizations, Power, and Empowerment. In *Essentials of Nursing Leadership and Management*. Ed5th. F.A. Davis Company; USA. Page 57-59.
- Workman. L.L. (2010). Chapter27 Staff Recruitment and Retention. In Diane L. Huber, Ed. *Leadership and Nursing Care Management*, Ed4th. Saunders Elsevier; United States of America. Page 604-613.

เอกสารประกอบการสอน

หน่วยที่ 2 หลักการและกระบวนการบริหารการพยาบาล

1. โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล

1.1 ความหมายขององค์กรและองค์กรพยาบาล

องค์กร (Organization) หมายถึง การรวมกลุ่มของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการจัดการหน่วยงานที่เป็นระบบ มีการใช้เทคโนโลยี และมีระเบียบกฎเกณฑ์ในการควบคุมพฤติกรรมของคนในองค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร เช่น หน่วยงานของรัฐฯ กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า กลุ่มผู้บริโภค หน่วยงานผู้ผลิตสินค้า เป็นต้น (Shirey, 2012: 73-74; Mancini and Benton, 2019: 176-177)

องค์กรสุขภาพ หมายถึง หน่วยงานที่ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพ หลายสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีความต้องการหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน แบ่งตามวัตถุประสงค์ได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ องค์กรเพื่อการรักษา (restorative) และองค์กรเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (preventive) (Mancini and Benton, 2019; 160) แบ่งตามแหล่งทุนสนับสนุนได้ 3 ประเภท ได้แก่ องค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (Private not-for-profit) องค์กรของรัฐ (Publicly supported) และองค์กรเอกชนเพื่อผลกำไร (Private for-profit) (Whitehead, Weiss and Tappen, 2010; 57-59)

องค์กรพยาบาล (Nurse organization) คือองค์กรทางสุขภาพที่เป็นการรวมกลุ่มของพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2559: 44-46)

องค์กรพยาบาล (Nursing organization) เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ไม่แสวงหาผลกำไรโดยมีโครงสร้างการกำกับดูแลอย่างเป็นทางการ องค์กรให้บริการและรับผิดชอบต่อสมาชิกพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญและสมาชิกในองค์กร โดยให้การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลสุขภาพและสวัสดิการ หรือสนับสนุนเงินทุนในการการวิจัยและการศึกษา เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพยาบาล สมาคมพยาบาล หน่วยงานในโรงพยาบาล เป็นต้น (Canadian Nurse Association, 2021)

องค์กรพยาบาล (Nursing organization) หมายถึง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงนักวิจัย นักวิชาการทางการพยาบาลและอาจารย์พยาบาล ที่ส่งเสริมและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Medical dictionary, 2009)

โดยสรุปองค์กรพยาบาล หมายถึง หน่วยงานที่พยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง มีการทำงานที่เป็นระบบ มีกฎระเบียบในการปฏิบัติงาน ภายใต้การดูแลสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในทุกๆด้านของหน่วยงาน ซึ่งมีทั้งแบบหวังผลและไม่หวังผลกำไร

1.2 รูปแบบโครงสร้างขององค์กรและองค์กรพยาบาล

โครงสร้างขององค์กร โดยส่วนใหญ่จะแสดงออกมาในรูปแบบแผนภูมิองค์กรหรือแผนผังภาระงาน ซึ่งจะแสดงถึงส่วนประกอบต่างๆขององค์กร ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในหน่วยงาน อำนาจและความรับผิดชอบในองค์กร ซึ่งรูปแบบของโครงสร้างองค์กรมีหลายรูปแบบ (Mancini and Benton, 2019: 185-190) ดังนี้

1. โครงสร้างตามหน้าที่ (Functional Structure) เช่น ผังโครงสร้างฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายการตลาด งานการเงิน งานบริการผู้ป่วย ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ ฝ่ายซ่อมบำรุง เป็นต้น
2. โครงสร้างตามแผนก (Divisional Structure) เช่น แผนกอายุรศาสตร์ แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา แผนกศัลยศาสตร์ แผนกดูแลผู้ป่วยใน เป็นต้น
3. โครงสร้างตามกระบวนการทำงาน (Process Structure) เช่น ในแผนกสูติ-นรีเวชวิทยา แบ่งการทำงานเป็น หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องผ่าตัดคลอด ห้องดูแลหลังผ่าตัด และหน่วยหลังคลอด เป็นต้น
4. โครงสร้างหลายมิติ (Matrix Structure) เป็นโครงสร้างแบบผสมผสานประกอบด้วยอำนาจและหน้าที่ในแผนผังของโครงสร้างทั้งแนวนอนและแนวดิ่ง สมาชิกในองค์กรมีสายการบังคับบัญชา 2 สายและมีการรวมบุคลากรที่มีความสามารถหลากหลายไว้ด้วยกัน มักใช้ในการจัดองค์กรที่เฉพาะกิจหรือเฉพาะงาน มีเป้าหมายการทำงานระยะสั้นๆ
5. โครงสร้างตามภูมิศาสตร์ (Geographic Structure) เป็นโครงสร้างองค์กรขนาดใหญ่แสดงถึงหน่วยงานใหญ่ที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรเดียวกันซึ่งแบ่งเป็นสาขาหรือภูมิภาค เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ มีหลายๆสาขา ในหลายๆภาคของประเทศไทย เป็นต้น
6. โครงสร้างตามผลผลิต (Product Line Structure) การจัดการบริหารองค์กรเปลี่ยนแปลงไปตามสินค้าที่ผลิต
7. โครงสร้างแบบผสม (Combination Structure) มีโครงสร้างแบบหลายโครงสร้างรวมในองค์กรเดียวกัน
8. โครงสร้างแบบทีม (Team Organization) เป็นโครงสร้างที่นิยมมากที่สุดในการจัด

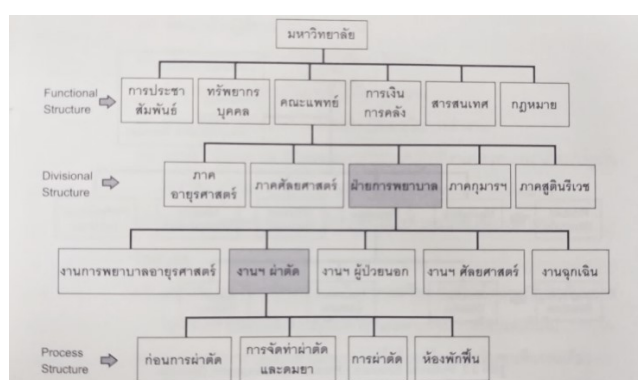
กิจกรรมต่างๆ ไม่มีการแบ่งแผนกต่างๆ มีการกระจายอำนาจลงไปสู่สมาชิกทีมโดยตรงไม่ต้องผ่านลำดับชั้น ทำให้การทำงานมีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพ

9. โครงสร้างแบบเครือข่าย (Virtual or Network Organization) เป็นโครงสร้างที่มีขนาดเล็ก แต่มีความสำคัญกับการดำเนินงานขององค์กร มีการจ้างองค์กรภายนอก (Outsource) เข้ามาทำงานในส่วนต่างๆ ไม่แบ่งกลุ่มงาน ไม่แบ่งแผนกหรือแบ่งแผนกน้อยมาก และปัจจุบันในโรงพยาบาลเริ่มใช้โครงสร้างนี้มากขึ้น

10. โครงสร้างแบบไร้ขอบเขต (Boundaryless Organization) เป็นโครงสร้างที่ไม่มีขอบเขตทั้งแนวนอนและแนวดิ่ง ไม่มีระดับผู้บังคับบัญชา มอบอำนาจและหน้าที่ลงสู่ทีม และมีการประเมินผลแบบ 360 องศา มักใช้กับธุรกิจ หรือองค์กรการเงินระหว่างประเทศ

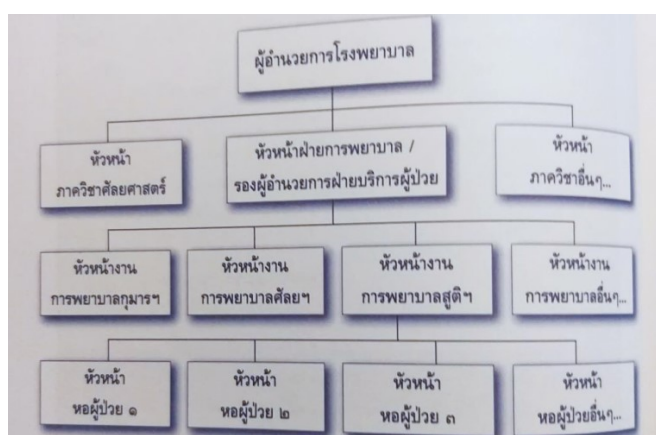
โครงสร้างองค์กรพยาบาล

จากการจัดโครงสร้างองค์กรที่กล่าวมาข้างต้น การจัดโครงสร้างองค์กรสุขภาพที่นิยมมี 3 แบบ ได้แก่ โครงสร้างตามหน้าที่ โครงสร้างตามแผนก และโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งในองค์กรพยาบาลอาจจะมีหลายๆ โครงสร้างรวมกันได้ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ดังตัวอย่างในรูปที่ 1-3



รูปที่ 1 แสดงแผนผังโครงสร้างองค์กรสุขภาพ

ที่มา: เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2559: 51



รูปที่ 2 แสดงแผนผังโครงสร้างองค์กรโรงพยาบาล

ที่มา: เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2554: 20



รูปที่ 3 แสดงแผนผังองค์การบริหารการพยาบาล

ที่มา: <https://med.mahidol.ac.th/ramanursing/th/aboutus/organization>

จากตัวอย่างแผนผังโครงสร้างองค์กรทั้ง 3 แบบข้างต้น ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นแบบผสมผสานหลายรูปแบบในองค์กรเดียวกัน ซึ่งสรุปได้ว่าการจัดโครงสร้างองค์กรทางสุขภาพและองค์การการพยาบาลนั้น จำเป็นต้องใช้หลายรูปแบบให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร เพื่อการปฏิบัติงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากในองค์กรการพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความซับซ้อนในทุกด้านทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมหรือสิ่งสนับสนุน การจัดองค์กรจึงต้องมีความยืดหยุ่นให้มากขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดี/ข้อจำกัด ของโครงสร้างองค์กรพยาบาล 3 แบบ (เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ, 2559; 49-54)

รูปแบบโครงสร้าง	ข้อดี	ข้อจำกัด
Functional Structure	1. มีความเป็นเอกลักษณะ เฉพาะทาง 2. ไม่ซับซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทรัพยากรได้ตามหน้าที่ 3. การตัดสินใจและการควบคุมขึ้นอยู่กับผู้บริหาร 4. ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 5. การประสานงานภายในหน่วยงานและสะดวก	1. ขาดความชำนาญในเรื่องทั่วไป มีความรอบรู้ที่จำกัด 2. การติดต่อสื่อสารในแนวนอนเป็นไปได้อย่างยากและช้า 3. การประสานงานระหว่างแผนกยากมีสะดวก 4. การตัดสินใจช้า และลำบาก 5. ความจำกัดของตำแหน่งผู้จัดการ
Division Structure	1. การตัดสินใจจากระดับบนสู่ระดับล่าง 2. สามารถกำหนดกลยุทธ์ที่แตกต่างกันได้	1. การรักษาความสมดุลของอำนาจเป็นไปได้อย่างยาก 2. เพิ่มขึ้นตอนของการบริการ

รูปแบบโครงสร้าง	ข้อดี	ข้อจำกัด
	3. กำหนดความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจได้ 4. มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ	3. ต้องใช้กฎระเบียบการตัดสินใจ 4. มีความซ้ำซ้อนของหน้าที่และบริการ 5. มีการแข่งขันกันเพื่อแหล่งประโยชน์
Matrix Structure	1. พัฒนาเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 2. ใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. มีแนวทางและเป้าหมายการปฏิบัติงานชัดเจน 4. มีอิสระในการทำงาน 5. กระตุ้นบุคลากรให้เกิดการพัฒนา เกิดแรงจูงใจ 6. ช่วยในการพัฒนา สร้างสรรค์และเกิดนวัตกรรมใหม่	1. บริหารจัดการยาก เกิดความขัดแย้งได้ง่าย 2. ขัดต่อหลักการ “การมีผู้บังคับบัญชาเพียงคนเดียว” 3. เกิดปัญหาเกี่ยวกับการประสานงาน หากขาดทักษะการสื่อสารที่ดี 4. ต้องใช้การต่อรองและกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบ 5. การจัดลำดับความสำคัญของงานไม่มีประสิทธิภาพ

โดยสรุปการจัดโครงสร้างขององค์กรให้เหมาะสมกับงานและเป้าหมายขององค์กร เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังนั้นการจัดองค์กรจึงควรมีความยืดหยุ่นเพื่อให้เหมาะสมกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายและพันธกิจขององค์กร และควรมีการปรับเปลี่ยนองค์กรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วให้ทันและองค์กรนั้นจะประสบความสำเร็จ

2. การบริหารงานในหอผู้ป่วย

2.1 การจัดการหอผู้ป่วย หมายถึง การบริหารจัดการ การทำงานในทุกๆด้านของหอผู้ป่วย ได้แก่ ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านเวลา ด้านบุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การบริหารอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับห้องพักหรือเตียงผู้ป่วย โดยยึดหลักการ ความเป็นสัดส่วน มีความปลอดภัย ป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโรค และควบคุมเสียงรบกวนผู้ป่วย ดังนั้นควรจัดห้องผู้ป่วยอาการหนักไว้ในพื้นที่ใกล้กับแผนกต้อนรับพยาบาลเพื่อการดูแลที่ใกล้ชิดและทันทั่วทั้งที่ ควรจัดให้ห้องผู้ป่วยติดเชื่ออยู่บริเวณท้ายวอร์ด หรืออยู่ใต้กระแสมเพื่อลดความเสี่ยงการพัดพาเชื้อโรคไปยังผู้ป่วยอื่น การบริหารเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยในกรณีที่เตียงเต็มจะจัดการอย่างไร จัดทำแนวทางการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วย ICU หากเตียงเต็ม จำเป็นต้องวางแผนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้วไปยังหอผู้ป่วยสามัญ และรับผู้ป่วยอาการหนักเข้ามาดูแล เป็นต้น

การบริหารจัดการเวลา ได้แก่ การจัดเวลาสำหรับการปฏิบัติงานและเวลาในการพักระหว่างปฏิบัติงานหรือตารางเวรในแต่ละวัน โดยพิจารณาจากหลายๆปัจจัย เช่น ต้องให้มีพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์สูงปฏิบัติงานกับพยาบาลใหม่ ไม่ควรให้พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงพักในเวลาเดียวกันหมด หรือให้พยาบาลประสบการณ์น้อยปฏิบัติงานคู่กัน อีกทั้งต้องจัดการเวลาในการพักเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วย เช่น เวลา 11.00-13.00 หรือ 15.00-17.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ญาติเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยพบปะกับ

ญาติ หรือรับประทานอาหาร เป็นต้น จากการศึกษาวิจัยพบว่าการบริหารหอผู้ป่วยในด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม เติยรับผู้ป่วย และเวลาในการปฏิบัติงานรวมถึงการบริหารบุคลากรมีความสำคัญกับความปลอดภัยหรือระบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอย่างยิ่ง โดยต้องมีแนวทางการบริหารที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับนโยบายไปถึงระดับปฏิบัติ ให้ครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านโครงสร้างและกระบวนการ เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดีเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นกับผู้ป่วย (กานต์พิชา จันทร์หงส์, อรอนงค์ วิชัยคำ และฐิติณัฐ อัคระเดชอนันต์, 2563)

การจัดการด้านบุคลากร หมายถึง การบริหารจัดการเกี่ยวกับจำนวนคน ความรู้ความสามารถหรือคุณภาพของคนปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ขาดแคลนอย่างมาก จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารจัดการบุคลากรในหอผู้ป่วยของตนให้ดี เพื่อลดอัตราการย้ายงาน การลาออก และป้องกันการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งการบริหารบุคลากรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความพึงพอใจส่วนบุคคล ภาระงาน และค่าตอบแทน หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆเหล่านี้ เพื่อให้การบริหารบุคลากรพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่น เริ่มตั้งแต่การสรรหาบุคลากรเข้าทำงาน ต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ กำหนดเป้าหมายหรือคุณสมบัติของบุคลากรอย่างชัดเจน เพื่อให้ได้คนที่มีคุณภาพ ต่อมาก็ดำเนินการคัดเลือก โดยสอบวัดความรู้ สัมภาษณ์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วอย่างเที่ยงตรง เมื่อรับบุคลากรเข้าทำงานแล้วก็จำเป็นต้องให้การดูแล เพื่อให้บุคลากรคงอยู่ปฏิบัติงานบองค์รต่อไปให้นานที่สุด (อรุณรัตน์ เทพนา, 2559: 81-90) โดยเฉพาะเรื่องการจัดการภาระงานที่เหมาะสม ดังนั้นผู้บริหารควรยึดหลักในการคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงานและใช้ความสามารถในการดูแลบุคลากรให้คงทำงานอยู่อย่างต่อเนื่อง (Workman, 2010; 604-613) โดยใช้กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ สวัสดิการของบุคลากร เช่น ระบบการสอนงานแบบพี่เลี้ยง การส่งเสริมให้พัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง การให้โบนัส การช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดบริการที่พักอาศัยแก่บุคลากร ให้ทุนการศึกษา และการจัดการตารางงานอย่างยืดหยุ่น เป็นต้น ซึ่งการจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลกับภาระงานที่รับผิดชอบมีความสำคัญต่อการบริหารบุคลากรพยาบาลอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาการย้ายงานหรือการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ลาออกจากงานเนื่องจากไม่พึงพอใจในการทำงาน เกิดความเครียดจากการทำงานและภาระงานที่มากเกินไป (กนกวรรณ สี่มา, ภูษิตา อนิทรประสงค์ และจรรยา ภัทรอาชาชัย, 2558; เปรมิตา บุญเกิด และรัชนิวรรณ วนิชย์ถนอม, 2559)

2.2 การจัดอัตรากำลัง

การจัดอัตรากำลัง หมายถึง การจัดสรรบุคลากรการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการพยาบาลให้มีจำนวนเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน โดยยึดหลักความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละ

ประเภทเป็นหลัก ซึ่งการจัดอัตรากำลังพยาบาลเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 1999 ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา การจัดอัตรากำลังถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและมีกฎหมายรองรับเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วย ในปี 2004 โดยมีหลักการดังนี้ (American Nurse Association, 2019; Aiken, et al., 2018)

พยาบาล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 6 คน ในหอผู้ป่วยจิตเวช

พยาบาล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 5 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม

พยาบาล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 4 คน ในหอผู้ป่วยกุมารเวช

พยาบาล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 3 คน ในหน่วยห้องคลอด

พยาบาล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 2 คน ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

นอกจากนี้ในปี 2014 ที่รัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการปรับแก้กฎหมายเพิ่มเติม ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ให้มีอัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:1 หรือ 1:2 โดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก จากเหตุการณ์เกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบกับปัญหาพยาบาลวิชาชีพที่ ขำนาญการไม่เพียงพอจึงได้มีการปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ใหม่ เป็นหลักการจัดอัตรากำลังพยาบาลแบบทางเลือก โดย American Nurse Association (ANA) (2019) เสนอให้ใช้หลักการพิจารณานับพื้นฐานข้อมูลสำคัญ ดังนี้

1. ความต้องการของผู้ป่วย
2. ประสบการณ์ การทำงานของพยาบาล
3. สภาพแวดล้อมการทำงานหรือบริบทของหน่วยงาน
4. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาล

ในประเทศไทยโดยมีสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลควบคุมคุณภาพการบริการของพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 (สภาการพยาบาล, 2548) สภาการพยาบาลได้ออกข้อกำหนดและประกาศเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการจัดองค์กรและการจัดอัตรากำลังพยาบาลไว้อย่างชัดเจนในหมวดที่ 1 มาตรฐานที่ 1 และ 2 ดังนี้

หมวดที่ 1 มาตรฐานการบริหารองค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.1 องค์กรพยาบาล/ฝ่ายการพยาบาล/กลุ่มงานการพยาบาล อยู่ในโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ และขึ้นตรงต่อผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ

1.2 องค์กรพยาบาลและการผดุงครรภ์มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ตามขอบเขตงานของวิชาชีพ

1.3 องค์การพยาบาลมีผู้บริหารสูงสุดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

1.4 องค์การพยาบาลมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางการบริหารและการจัดการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.5 องค์การพยาบาลมีนโยบาย เป้าหมาย และแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

1.6 ผู้บริหารสูงสุดขององค์การพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ตัดสินใจ และวางแผนเกี่ยวกับการสนับสนุนและการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ

1.7 ผู้บริหารทางการพยาบาลสนับสนุนให้มีระบบและกลไกการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

2.1 การคัดสรรบุคลากรจัดทำอย่างเป็นระบบ

2.2 พยาบาลทุกระดับมีคุณสมบัติและสมรรถนะที่เหมาะสม

2.3 การจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการการบริการพยาบาล

2.4 การควบคุมกำกับและการประเมินผลงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพ

2.5 ระบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถมีความทันสมัย

2.6 ระบบการรักษาบุคลากรมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรพยาบาลในแต่ละระดับได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ และมีเวลาในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกัน

หลักการคิดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย ในการจัดอัตรากำลังพยาบาลของไทยใช้หลักการเดียวกันกับ ANA ซึ่งปรับให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วย ดังนี้

1. จำนวนพยาบาลที่มีสมรรถนะและทักษะทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับงาน
2. จัดให้มีพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญและทักษะทางการพยาบาลระดับสูง (HN): พยาบาลวิชาชีพทั่วไป (RN): ผู้ช่วยพยาบาล (PN) ในสัดส่วนที่เหมาะสม
3. จัดให้มีพยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย
4. จัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้น่าอยู่และปลอดภัยทั้งต่อพยาบาลและผู้ป่วย
5. จัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของผู้ป่วย

ขั้นตอนการจัดอัตราค่าจ้าง มีดังนี้

1. สำรวจประเภทของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยนั้นๆ ซึ่งการแบ่งประเภทผู้ป่วยใช้เกณฑ์ของ Warsler (1970) แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
2. หาค่าจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ (Nursing Hour per Patient Day: NHPPD)
3. หาค่าผลผลิตของงาน (Productivity)

มีหลายหน่วยงานทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น สภาการพยาบาล รพ. ศิริราช และสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ

ประเภทผู้ป่วย	Warstler (hrs./day)	สภาการพยาบาล (hrs./day)	สำนักการพยาบาล (hrs./day)
1	1.5	3.83	1.5
2	3.5	4.56	3.5
3	5.5	5.71	5.5
4	7.5	6.83	7.5
5	12.0	10.24	12
ICU4		16.15	12
ICU5		19.56	14

(เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2559: 73)

ขั้นตอนการคิดอัตราค่าจ้างพยาบาลในหอผู้ป่วย มีดังนี้

1. คำนวณชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละวัน ซึ่งความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือหรือให้การพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ เวลาในการให้คำแนะนำ ให้อาหาร ทำหัตถการต่างๆ และรวมถึงงานทั่วไป งานเอกสารธุรการ การติดต่อประสานงาน และงานพิเศษอื่นๆ

2. กำหนดเวลาทำงานของพยาบาลใน 1 เวน = 8 ชั่วโมง และกำหนดเวลาที่พยาบาลจะใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยปกติจะใช้ที่ 6 ชั่วโมง/เวน ซึ่งยึดตามหลักเกณฑ์การทำงาน ดังนี้

2.1 งานประจำ ใช้เวลาไม่เกิน 2/3 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ($2/3 \times 8 = 5.33$ ชม.)

2.2 งานพิเศษหรืองานสร้างสรรค์ต่างๆ เช่น งานวิจัย งานประกันคุณภาพ ใช้ไม่เกิน 1/3 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ($1/3 \times 8 = 2.66$ ชม.)

3. คำนวณเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลในแต่ละเวน โดยใช้เกณฑ์ของ Alexander (อรทัย รุ่งวชิร, 2559) ดังนี้ เวนเช้า ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล 64%

เวนบ่าย ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล 24%

เวิร์ค ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล 12%

4. คำนวณจำนวนพยาบาลที่ใช้ในแต่ละเวรและคิดจำนวนพยาบาลชดเชยกรณีลาฉุกเฉินเพิ่มอีก 25%

5. คัดสรรส่วนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ (RN) : ผู้ช่วยพยาบาล (Non-RN) โดยใช้เกณฑ์ตามประกาศของสภาการพยาบาล กำหนดอัตรากำลังพยาบาลระดับทั่วไปขั้นต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน

หน่วยงาน	สัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย (RN : Pt.)
ผู้ป่วยนอก (OPD)	1 : 100
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (ER)	1 : 10
หอผู้ป่วยสามัญ: กุมารเวช, สูติกรรม, นรีเวช	1 : 6
: ศัลยกรรมทั่วไป, กระดูก, ประสาท, อุบัติเหตุ	1 : 5
: อายุรกรรม, จิตเวช, ผู้ป่วยพิเศษ	1 : 4
หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เด็ก, ผู้ใหญ่	1 : 2
หน่วยบำบัดเฉพาะ (ไตเทียม, รังสีรักษา, เคมีบำบัด)	1 : 2
ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด	2 : 1

Staff mix อาจมี RN: Non RN ได้เป็น 100%:0, 80%:20%, 70%:30%, 65%:35% หรือ 60%:40% ก็ได้ ตามความซับซ้อนและความรุนแรงของผู้ป่วยที่ต้องการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2548)

ตัวอย่างการคิดอัตรากำลังพยาบาล

กรณีที่ 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ มีผู้ป่วยทั้งหมด 25 เตียง

ผู้ป่วยประเภท 1 ดูแลตัวเองได้ 5 คน

ผู้ป่วยประเภท 2 ต้องการการช่วยเหลือเล็กน้อย 8 คน

ผู้ป่วยประเภท 3 ต้องการการช่วยเหลือปานกลาง 5 คน

ผู้ป่วยประเภท 4 ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังปานกลาง 4 คน

ผู้ป่วยประเภท 5 ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 3 คน

ขั้นตอนการคิดและสูตรคำนวณ	แสดงวิธีคิด
<u>ขั้นตอนที่ 1</u> คำนวณจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล <u>สูตร:</u> จำนวนผู้ป่วย x จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทต้องการการพยาบาล รวมเวลาทั้งหมด = 129 ชั่วโมง/วัน	ประเภท 1 : $5 \times 1.5 = 7.5$ ชั่วโมง/วัน ประเภท 2 : $8 \times 3.5 = 28$ ชั่วโมง/วัน ประเภท 3 : $5 \times 5.5 = 27.5$ ชั่วโมง/วัน ประเภท 4 : $4 \times 7.5 = 30$ ชั่วโมง/วัน ประเภท 5 : $3 \times 12 = 36$ ชั่วโมง/วัน
<u>ขั้นตอนที่ 2</u> คำนวณเวลาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเวร <u>สูตร:</u> จำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่ใช้/วัน x ความต้องการการพยาบาล/เวร เวรเช้า ต้องการการพยาบาล 64%	เวรเช้า $129 \times 64/100 = 82.6$ ชั่วโมง/วัน

ขั้นตอนการคิดและสูตรคำนวณ	แสดงวิธีคิด
เวิร์บ่าย ต้องการการพยาบาล 24% เวิร์ดิก ต้องการการพยาบาล 12%	เวิร์บ่าย $129 \times 24/100 = 31.0$ ชั่วโมง/วัน เวิร์ดิก $129 \times 12/100 = 15.5$ ชั่วโมง/วัน
<u>ขั้นตอนที่ 3</u> คำนวณจำนวนพยาบาลในแต่ละเวร (เวรละ 6 ชั่วโมง) <u>สูตร:</u> ชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเวร จำนวนชั่วโมงให้การพยาบาลของพยาบาลในแต่ละเวร	เวิร์เช้า $82.6 / 6 = 13.8$ คน = 14 คน เวิร์บ่าย $31.0 / 6 = 5.2$ คน = 5 คน เวิร์ดิก $15.5 / 6 = 2.6$ คน = 3 คน รวมทั้งหมด 22 คน
<u>ขั้นตอนที่ 4</u> คำนวณจำนวนพยาบาลกรณีลาฉุกเฉิน เพิ่มอีก 25% <u>สูตร:</u> จำนวนพยาบาลที่คำนวณได้ทั้งหมด $\times 25/100$	$22 \times 25/100 = 5.5$ คน = 6 คน รวมบุคลากรทั้งหมด $22+6 = 28$ คน
<u>ขั้นตอนที่ 5</u> คัดสรรส่วนบุคลากรในแต่ละเวร (Staff mix 60% : 40%) เวิร์เช้า 14 คน + 25% : $14+4 = 18$ คน RN : Non-RN = 11:7 เวิร์บ่าย 5 คน + 25% : $5+1 = 6$ คน RN : Non-RN = 4: 2 เวิร์ดิก 3 คน + 25% : $3+1 = 4$ คน RN : Non-RN = 3: 1	Staff mix 60% : 40% เวิร์เช้า พยาบาลวิชาชีพ = 11 ผู้ช่วยพยาบาล = 4 พนักงานผู้ช่วย = 3 เวิร์บ่าย พยาบาลวิชาชีพ = 4 ผู้ช่วยพยาบาล = 1 พนักงานผู้ช่วย = 1 เวิร์ดิก พยาบาลวิชาชีพ = 3 ผู้ช่วยพยาบาล = 1

(เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ, 2559: 75)

กรณีที่ 2 หอผู้ป่วยวิกฤต มีผู้ป่วยทั้งหมด 8 เตียง

ผู้ป่วยประเภท 5 ต้องการการดูแลทุกอย่างและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 8 คน

ขั้นตอนการคิดและสูตรคำนวณ	แสดงวิธีคิด
<u>ขั้นตอนที่ 1</u> คำนวณจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล <u>สูตร:</u> จำนวนผู้ป่วย $\times$ จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทต้องการการพยาบาล	ประเภท 5 : $8 \times 12 = 96$ ชั่วโมง/วัน รวมเวลาทั้งหมด = 96 ชั่วโมง/วัน
<u>ขั้นตอนที่ 2</u> คำนวณเวลาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเวร <u>สูตร:</u> จำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่ใช้/วัน $\times$ ความต้องการการพยาบาล/เวร เวิร์เช้า ต้องการการพยาบาล 64% เวิร์บ่าย ต้องการการพยาบาล 24% เวิร์ดิก ต้องการการพยาบาล 12%	เวิร์เช้า $96 \times 64/100 = 61.4$ ชั่วโมง/วัน เวิร์บ่าย $96 \times 24/100 = 23.0$ ชั่วโมง/วัน เวิร์ดิก $96 \times 12/100 = 11.5$ ชั่วโมง/วัน
<u>ขั้นตอนที่ 3</u> คำนวณจำนวนพยาบาลในแต่ละเวร (เวรละ 6 ชั่วโมง) <u>สูตร:</u> ชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเวร จำนวนชั่วโมงให้การพยาบาลของพยาบาลในแต่ละเวร	เวิร์เช้า $61.4 / 6 = 10.2$ คน = 10 คน เวิร์บ่าย $23.0 / 6 = 3.8$ คน = 4 คน เวิร์ดิก $11.5 / 6 = 1.9$ คน = 2 คน รวมทั้งหมด 16 คน
<u>ขั้นตอนที่ 4</u> คำนวณจำนวนพยาบาลกรณีลาฉุกเฉิน เพิ่มอีก 25% <u>สูตร:</u> จำนวนพยาบาลที่คำนวณได้ทั้งหมด $\times 25/100$	$16 \times 25/100 = 4$ คน รวมบุคลากรทั้งหมด $16+4 = 20$ คน

ขั้นตอนการคิดและสูตรคำนวณ	แสดงวิธีคิด
ขั้นตอนที่ 5 คิดสัดส่วนบุคลากรในแต่ละเวร โดยปกติใน ICU อัตราส่วน RN: Non-RN = 2:1 (Staff mix 70% : 30%) เวรเช้า 10 คน + 25% : 10+2.5 = 13 คน RN : Non-RN = 9: 4 เวรบ่าย 4 คน + 25% : 4+ 1 = 5 คน RN : Non-RN = 4 : 1 เวรดึก 2 คน + 25% : 2+ 1 = 3 คน RN : Non-RN = 2 : 1	Staff mix 70% : 30% เวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ = 9 ผู้ช่วยพยาบาล = 2 พนักงานผู้ช่วย = 2 เวรบ่าย พยาบาลวิชาชีพ = 4 ผู้ช่วยพยาบาล = 1 เวรดึก พยาบาลวิชาชีพ = 2 ผู้ช่วยพยาบาล = 1

(เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2559: 76)

การหาค่าผลผลิตของงาน (Productivity) หมายถึง ค่าความสามารถในการใช้ทรัพยากรในการสร้างผลงาน, ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรโดยเปรียบเทียบกับผลงาน หรือ อัตราส่วนระหว่าง Input: Output มีสูตรการคำนวณ (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2559: 77; Hunt, J., 2016). ดังนี้

Productivity (P) = $\frac{\text{Required Staff hours} \times 100}{\text{ผลรวม (ความต้องการ ชม.การพยาบาล)}} \times 100$

Provided Staff hours จำนวนบุคลากรต่อวัน (3 เวร) X ชม.การทำงาน (7 ชม)

ข้อมูลจาก กรณีที่ 1 จำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย = 129 ชั่วโมง/วัน

 จำนวนบุคลากรต่อวัน (3 เวร) = 28 คน

 เวลาปฏิบัติงานเวรละ 8 ชั่วโมง คิดเป็นเวลาทำงานจริง 7 ชั่วโมง พัก 1 ชั่วโมง

แทนค่าในสูตร

$$P = \frac{129 \times 100}{28 \times 7} = \frac{129 \times 100}{196} = 65.8\%$$

การประเมินประสิทธิภาพของงาน (Productivity) ของ Kelly-Heidenthal (2003) ได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาประสิทธิภาพของงานไว้ ดังนี้ ถ้า Productivity 85-115% แสดงว่ามีประสิทธิภาพ ถ้า < 85% แสดงว่าบุคลากรมีจำนวนมากเกินไป แต่ถ้าค่า > 115% แสดงว่าปริมาณงานมากเกินไป อัตราากำลังพยาบาลที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย จากตัวอย่างข้างต้นค่าผลผลิต = 65.8% แสดงว่าจำนวนพยาบาลในหอผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินจำนวนงาน หากมองอีกด้านหนึ่งการมีจำนวนพยาบาลมากเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพ หากมองในด้านของการลงทุนการมีจำนวนพยาบาลมากเกินไปทำให้ผลผลิตที่ได้ไม่คุ้มค่ากับการลงทุนอาจมีการปรับลดอัตราากำลังพยาบาลลงได้ เพื่อให้เหมาะสมกับปริมาณงานและเป็นการลดค่าใช้จ่าย

ข้อมูลจาก กรณีที่ 2 จำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ICU = 96 ชั่วโมง/วัน

ถ้ากำหนดให้ จำนวนบุคลากรต่อวัน (3 เวร) ในหน่วยงานจริงมี = 15 คน

เวลาปฏิบัติงานเวรละ 8 ชั่วโมง คิดเป็นเวลาทำงานจริง 7 ชั่วโมง พัก 1 ชั่วโมง

แทนค่าในสูตร

$$P = \frac{96 \times 100}{15 \times 7} = \frac{96 \times 100}{105} = 91.4\%$$

ค่าผลผลิต = 91.4% แสดงว่าผลผลิตของงานมีประสิทธิภาพ จำนวนพยาบาลเหมาะสมกับปริมาณงาน

2.3 การจัดการพัสดุและเวชภัณฑ์

หลักการจัดการพัสดุและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ควรยึดหลักการ 4 ประการ ดังนี้

1. จัดหาให้เพียงพอต่อการใช้งานและไม่เหลือมากเกินไป
2. มีการจัดเก็บ การซ่อมบำรุงที่เป็นเป็นระบบ
3. มีฐานข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้
4. มีการถ่ายทอดความรู้ในการใช้งานพัสดุและเวชภัณฑ์อย่างทั่วถึง

จัดหาให้เพียงพอต่อการใช้งานและไม่เหลือมากเกินไป ในการบริหารพัสดุและเวชภัณฑ์สำหรับใช้ในกิจกรรมการพยาบาลนั้น ผู้บริหารควรยึดหลักการ “มีใช้เพียงพอ ไม่ต้องรอเมื่อฉุกเฉิน และไม่มากเกินไปจนสิ้นเปลือง” ตัวอย่างเช่น ควรมีการเบิกเวชภัณฑ์สิ้นเปลืองต่างๆ ได้แก่ Syringe, หัวเข็ม, สำลีแอลกอฮอล์, พลาสเตอร์ น้ำยาฆ่าเชื้อชนิดต่างๆ ให้มีจำนวนเพียงพอตลอด 1 เดือน จัดซื้อเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับหอผู้ป่วย เช่น ในห้องคลอด จัดหาเครื่อง EFM, Drop tone สำหรับฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ เป็นต้น ซึ่งผู้บริหารต้องมีสถิติจำนวนการใช้งานพัสดุและเวชภัณฑ์ต่างๆ เพื่อการคำนวณค่าเฉลี่ยจำนวนเวชภัณฑ์ต่างๆให้เพียงพอต่อความต้องการ และไม่เบิกมามากเกินไปจนสิ้นเปลืองจนเกินไปจนไม่สามารถใช้งานได้ ซึ่งจะเป็นการสิ้นเปลืองเงินทุนได้

มีการจัดเก็บ การซ่อมบำรุงที่เป็นเป็นระบบ ในแต่ละหอผู้ป่วยต้องมีการจัดระบบการจัดเก็บพัสดุและเวชภัณฑ์ต่างๆให้เป็นระเบียบเรียบร้อย และเป็นระบบ เช่น มีห้องหรือตู้สำหรับการจัดเก็บเวชภัณฑ์แต่ละประเภทแยกกันเป็นสัดส่วน มีป้ายชื่อบ่งบอกอย่างชัดเจน มีการจัดระบบ First-in/First-out ในการใช้งาน มีสมุดทะเบียนบันทึกการรับเข้า-จ่ายออกเวชภัณฑ์ต่างๆ กรณีเป็นอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ต้องมีการลงทะเบียนหมายเลขเครื่องมือในสมุดทะเบียนเครื่องมือ หรือในระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน มีพยาบาลรับผิดชอบดูแลเรื่องการบำรุงรักษาเครื่องมือพร้อมทั้งมีการวางแผนการซ่อมบำรุงหรือการประเมินประสิทธิภาพ

ของเครื่องด้วยการเทียบมาตรฐาน (Calibrations) การทำงานของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เครื่องมือต่างๆ ใช้งานได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีฐานข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้

มีการจัดทำฐานข้อมูลเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของหน่วยงาน ได้แก่ มีสมุดทะเบียนรายการเครื่องมือ หรือมีข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้ค้นหาข้อมูลเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้อย่างเป็นระบบ สะดวกรวดเร็วเมื่อต้องการใช้งาน เช่น ทำทะเบียนรายการอุปกรณ์การแพทย์ในหน่วยงานให้ครบถ้วนตั้งแต่แรกรับ ลงทะเบียนเลขประจำเครื่อง วันเวลาที่รับ วันที่เริ่มใช้งาน กำหนดวัน Calibrations/ซ่อมบำรุง เป็นต้น

มีการถ่ายทอดความรู้ในการใช้งานพัสดุและเวชภัณฑ์อย่างทั่วถึง

ผู้บริหารหน่วยงานต้องมีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้งานเครื่องมือ หรืออุปกรณ์การแพทย์ให้บุคลากรในหน่วยงานทราบอย่างทั่วถึง เช่น ให้บริษัทเครื่องมือแพทย์มาให้ความรู้ บรรยายหรือสาธิตเกี่ยวกับวิธีการใช้งาน อธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาเครื่องมือ การแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และการติดต่อประสานงานเมื่อพบปัญหาในการใช้งาน มีการจัดทำเอกสารคู่มือการใช้งานฉบับย่อติดไว้ที่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์นั้นๆ หรือมีการสอนสาธิตการใช้งานโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงแก่บุคลากรอื่นๆ ในหน่วยงานเป็นระยะทุกๆ 3-6 เดือน หรือมีการสอนสาธิตการใช้งานแก่พยาบาลใหม่เมื่อแรกเริ่มทำงานทุกครั้ง เป็นต้น

3. การบันทึกและรายงานทางการแพทย์

บันทึกและรายงานทางการแพทย์ เป็นบันทึกข้อความที่แสดงถึงการพยาบาลที่บันทึกไว้เป็นหลักฐาน เป็นการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สิ่งพยาบาลปฏิบัติทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโดยตรงและโดยอ้อม เพื่อสื่อสารให้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจนครบถ้วนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพได้ (กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น, 2562)

3.1 องค์ประกอบและลักษณะบันทึกทางการแพทย์ที่ดี

ตามประกาศของสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลไว้ 3 หมวด โดยหมวดที่ 2 เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ เรื่องการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices) ในมาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล มีข้อกำหนดเกี่ยวกับลักษณะบันทึกและรายงานทางการแพทย์ 4 ประการ ดังนี้

ข้อกำหนดที่ 1 บันทึกการพยาบาล ต้องมีข้อมูลสำคัญ 4 ส่วน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลภายหลังปฏิบัติการพยาบาล

ข้อกำหนดที่ 2 ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่ถูกต้องเป็นจริงและมีความต่อเนื่อง

ข้อกำหนดที่ 3 บันทึกและรายงานการพยาบาล สามารถใช้สื่อสารในทีมการพยาบาล และระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อกำหนดที่ 4 มีการติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกและรายงานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปองค์ประกอบของบันทึกทางการพยาบาลที่ดี ต้องประกอบด้วยข้อมูลที่ครบถ้วน ตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วย วางแผนกิจกรรมทางการพยาบาล นำกิจกรรมการพยาบาลไปปฏิบัติ และประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ รวมไปถึงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

บันทึกทางการพยาบาลที่ดีหรือบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องประกอบด้วยประเด็นสำคัญ (ยูวดี เกตส์มันน์, 2564: ออนไลน์) ดังนี้

1. บันทึกข้อเท็จจริง (factual)
2. ข้อมูลตามสภาพที่เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น สามารถวัดหรือสังเกตได้ (objective data) และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูด (subjective data)
3. ต้องสะท้อนข้อมูลหรือการวัดที่ถูกต้อง ชัดเจน (accurate)
4. มีความสมบูรณ์ (complete)
5. เป็นปัจจุบัน (current)
6. ทำอย่างเป็นระบบเป็นลำดับ (organized)

แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลให้น่าเชื่อถือ

1. การแก้ไขข้อความที่บันทึกหลังจากบันทึกแล้ว ให้ขีดเส้นตรงทับบนข้อความที่บันทึกทันทีและลงลายมือชื่อกำกับ
2. ไม่ลบข้อความที่บันทึกไว้แล้ว ไม่เว้นว่างในการบันทึกเพราะหากลบบันทึกข้อความที่เว้นว่างไว้ อาจมีผลทางกฎหมาย
3. ไม่บันทึกจากความคิดเห็นหรือความรู้สึก ให้บันทึกตามความจริงที่ได้จากการสังเกตด้วยสัมผัสต่างๆ เช่น การมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น อย่าพยายามปิดบังสิ่งที่เกิดขึ้น และอย่าบันทึกแทนผู้อื่น
4. ถ้าพบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้บันทึกเหตุการณ์ทันที และต้องรายงานแพทย์ด้วยทุกครั้ง เพื่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พร้อมทั้งพยาบาลดูแลให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนถ้าแพทย์ไม่มา และถ้าแพทย์ยังไม่มาให้ความช่วยเหลือจากผู้ตรวจการ ซึ่งต้องพยายามตามแพทย์ และถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ให้รายงานไปยังผู้บริหารระดับสูงในภายหลัง

5. เขียนบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ ใช้คำศัพท์เทคนิคและอักษรย่อที่ถูกต้องเป็นสากล

การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลควรทำควบคู่ไปพร้อมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย (ทำไปบันทึกไป) หรือบันทึกหลังจากสิ้นสุดการพยาบาล **แต่ต้องไม่บันทึกไว้ล่วงหน้า** ก่อนการทำการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

3.2 รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ระบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการพัฒนารูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อน พ.ศ.2523 เดิมเป็นการเขียนสรุปข้อมูลผู้ป่วยในสมุดบันทึกการรับ-ส่งเวร ต่อมาพัฒนามาเป็นแบบบันทึกที่พยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้เขียนข้อมูลทั้งหมดภายหลังให้การพยาบาล ในช่วงปี พ.ศ. 2523-2542 พัฒนาเป็นระบบการบันทึกแบบ Nursing Kardex ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการพยาบาลทั้ง 4 ขั้นตอน บันทึกแบบสั้นๆ หลังปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมาได้มีการพัฒนารูปแบบและคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเรื่อยๆ เพื่อให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานมากขึ้น (เปรมจิตร คล้ายเพ็ชร, 2564: ออนไลน์; Stevenson et al, 2010: 63-72)

ปัจจุบันรูปแบบของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่นิยมใช้เป็นแบบ Problem-orientated record system: PORS มีทั้งการบันทึกในกระดาษและบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2557: ออนไลน์)

ตัวอย่างบันทึกทางการแพทย์พยาบาล PORS

วันที่/เวลา	ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
10 พ.ศ. 2564 9.00 น.	1.พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรอคลอดและในระยะคลอด : “ตอนจะคลอดจะปวดท้องมากไหมคะ” : “หมอจะให้คลอดตรงไหนหรอคะ” : G ₁ P ₀ GA39 ⁺² wks. : สีหน้ากังวลและถามถึงการคลอดบ่อยๆ	-แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะนอนรอคลอด -อธิบายแผนการดูแลขณะรอคลอด และวิธีการคลอดให้ผู้คลอดทราบโดยละเอียด -ให้ผู้คลอดได้ซักถามข้อมูลและพูดคุยระบายความรู้สึกวิตกกังวลต่างๆ -พูดคุยให้กำลังใจผู้คลอดและให้ความมั่นใจว่าแพทย์และพยาบาลจะอยู่ดูแลตลอดเวลาที่คลอด	-ผู้คลอดเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด -ผู้คลอดใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิ และหายใจผ่อนคลายได้ตามคำแนะนำ -สีหน้ากังวลลดลง บอกได้ว่า ต้องนอนรอคลอดในห้องรอคลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องไปนอนคลอดบนเตียงคลอดในพื้นที่สะอาดเพื่อไม่ให้ติดเชื้อ ลงชื่อ พว.ทิพวรรณ

การเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting

Focus Charting เป็นการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลให้พยาบาลใช้เวลาในการเขียนน้อยลง ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก แต่ยังคงมีองค์ประกอบของบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน (Laitinen, et, al., 2010:489-497) ตัวอย่าง รพ. ศิริราช ที่ริเริ่มทำการพัฒนาและใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 –ปัจจุบัน (เปรมจิตร คล้ายเพชร, 2564: ออนไลน์) ข้อมูลที่บันทึกต้องครบถ้วน ประกอบด้วย F (Focus problem list) A (Assessment data), I (Intervention), E (Evaluation) ดังตัวอย่างรูปที่ 4

รูปที่ 4 แสดงแบบบันทึกทางการพยาบาล Focus charting

ที่มา: ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2556 <https://www.slideserve.com/moke/focus-charting-patient-center>

3.3 ความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลนอกจากจะเป็นบันทึกข้อความที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องของทีมสุขภาพแล้ว ยังมีความสำคัญทางกฎหมายอีกด้วย เนื่องจากหากเกิดกรณีฟ้องร้องเกี่ยวกับการรักษาหรือบริการทางการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญที่ใช้ประกอบในการพิจารณาคดีทั้งคดีอาญาและคดีแพ่ง ซึ่งพยาบาลเกี่ยวข้องกับกฎหมายในฐานะประชาชนทั่วไปและในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งต้องปฏิบัติตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (แสงทอง อีระทองคำ และ ไสว นรสาร, 2561: 2)

บันทึกทางการพยาบาลกับความเกี่ยวข้องทางกฎหมาย

กรณีตัวอย่างความบกพร่องที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการพยาบาลที่พบบ่อยเป็นลักษณะลักษณะการบันทึกไม่สมบูรณ์ เช่น ขาดการบันทึกในเรื่องความก้าวหน้าหรืออาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ขาดรายละเอียดของบาดแผล ประวัติการแพ้ยาหรือสารต่างๆ ไม่บันทึกคำสั่งการรักษาที่รับทางโทรศัพท์ หรือบันทึกไม่ครบถ้วนไม่มีสาระสำคัญของคำสั่งการรักษา ไม่บันทึกผลการติดตาม หรือการติดต่อประสานงานแพทย์ กรณี

ติดต่อแพทย์ครั้งแรกไม่ได้ แล้วได้ติดต่อแพทย์ท่านอื่นให้มาช่วยรักษาบ้างหรือไม่ เป็นต้น (ไสว นรสาร, 2561 : 48) โดยสรุปปัญหาที่พบคือ “**ไม่ทำ ไม่บันทึก**” “**บันทึก แต่ไม่ทำ**”

ตัวอย่างที่ 1

ไม่ทำ ไม่บันทึก บันทึก ไม่ทำ
- ผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่ รพ.ส วันที่ 23 เวลา 20.00 น. ด้วยอาการปวดศีรษะ รพ.รับไว้นอน รพ. ผู้ป่วยปวดศีรษะ กระสับกระส่ายตลอดเวลา พยาบาล(1) โทรศัพทรายงานแพทย์ แพทย์สั่งฉีดยา Pethidine 50 mg เข้าเส้น และโดมอคุม 5mg หลังฉีด30 นาที อาการไม่ดีขึ้นแพทย์สั่งฉีด Pethidine เข้าเส้น ทางโทรศัพท ทุก4 ชั่วโมง รวมได้ยา 3 เข็ม เวลา 23.30 น. พยาบาลโทร รายงานอีกว่าอาการไม่ดีขึ้นแพทย์สั่งฉีดทามอน และแวลีเยม เข้าเส้น เวลา24.00 น. พยาบาล (2) หลังรับเวร 02.00น. ไปตรวจผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพ และดูการหยดของน้ำเกลือ เวลา 03.00 น. ไปตรวจผู้ป่วยเห็นนอนหลับหลังจึงไม่ได้วัดชีพจรแต่นับการหายใจเท่านั้น - คำเบิกความของ พยาบาล(2) ขัดกับรายงานอาการคนไข้ ที่ระบุว่า เวลา 02.00 น. ผู้ป่วยอาการ กระสับกระส่าย และญาติผู้ป่วยให้การตรงกับบันทึก ศาลเชื่อว่าใบรายงานนั้นทำขึ้นตรงตาม ความจริง แต่เมื่อพยาบาล(2) พบผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย โดยวิชาชีพพยาบาลย่อมรู้ทันทีว่า ก่อนหน้านั้นผู้ป่วยมีอาการอย่างไร และได้รับยาอะไรเข้าสู่ร่างกาย เมื่อเห็นความผิดปกติเช่นนี้ วิชาชีพพยาบาลจะต้องแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบทันที การที่พยาบาล(2) ไม่ได้ใช้ความ ระมัดระวังอย่างเช่นผู้มีวิชาชีพพึงมีตามวิสัยและพฤติกรรม จึงมีความผิด

ที่มา: ขฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2563

คำวินิจฉัย : ให้จำคุกพยาบาล (2) มีกำหนด 1 ปี ไม่รอลงอาญา

ตัวอย่างที่ 2

ตัวอย่างการบันทึก แต่ไม่ทำ
ส่วนที่สรุป ที่ กค ๐๕๓๐.๗/๔๐๖๐๕ เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ ๒๐๕ ตุลาคม ๒๕๕๖ วันที่ ๑๕ ต.ธ. รุ่งอรุณ ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ขาซ้ายหัก แบบชนิดปิด รพ.รับไว้รักษาในตึกผู้ป่วยใน วันที่ ๑๖ เวลา ๙.๐๐น. แพทย์มาดูอาการ เอ็กซเรย์ ดึงกระดูกแบบถ่วงน้ำหนัก ด้วยถุงทราย วันที่ ๑๗ เวลา ๙.๐๐ น แพทย์มาดูอาการ พบนิ้วเท้าและหลังเท้าของผู้ป่วยมีสี เขียวมากขึ้น ส่งต่อ รพศ. พบว่าเส้นเลือดแดงบริเวณเข้ง มีลิ่มเลือดอุดตัน แสดงว่าขาดเลือด มากกว่า ๖ ชม.ต้องตัดขาข้างซ้าย ฟ้องละเมิด กระทรวงสาธารณสุข ๘,๔๓๑,๘๐๐ บาท

ที่มา: ขฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2563

คำวินิจฉัย:

- ผู้ป่วยกระดูกขาหักและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส.แพทย์ได้วางแผนผ่าตัดหลังรับผู้ป่วยไว้ ๒ ชม แต่แพทย์ติดธุระจึงเลื่อนออกไปอีก ๕ ชม แต่เมื่อถึงเวลา แพทย์ยังคงติดธุระจึงงดผ่าตัดไปก่อน และใช้การรักษาด้วยการ ทำ Skin traction ต่อมาอีก ๔๘ ชั่วโมง ซึ่งเมื่อแพทย์มาประเมินกลับพบว่าขาข้างดังกล่าวไม่มีเลือดไปเลี้ยงจึงส่งตัวไป รพม. และผู้ป่วยถูกตัดขา
- คดีนี้ศาลมีความเห็นว่า แม้แพทย์จะสามารถใช้ดุลพินิจโดยการเลื่อนผ่าตัดและใช้ skin traction แต่แพทย์ยังคงมีหน้าที่ต้องระมัดระวัง การเกิด Compartment syndrome อยู่ดีแสดงว่าการเฝ้าระวังนั้น ไม่ดีพอ
- แม้จะอ้างเอาเอกสารว่าได้มีการบันทึกการเฝ้าระวังอาการขาดเลือดไปเลี้ยงที่มีการลงบันทึกทุก ๒ ชม.แต่ศาลเห็นว่าพยานเอกสารดังกล่าวไม่น่าเชื่อถือเพราะอยู่ในครอบครองและการจัดทำของจำเลยฝ่ายเดียว โดยบุคคลภายนอกไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง อาจมีการแก้ไขตัดแปลงหรือลงบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ และแม้พยานจำเลยหลายปากจะ
- ให้การสอดคล้องกัน และเป็นคุณแก่จำเลยแต่ศาลพิเคราะห์ทั้ง พยานเอกสารและพยานบุคคลไม่น่าเชื่อถือเพราะหากมีการกระทำดังกล่าวจริงควรตรวจพบ พบอาการ Compartment syndrome ได้แต่เนิ่น ๆ

ที่มา: ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2563

แบบทดสอบระหว่างเรียน (Quizizz)

เป็นข้อคำถามชนิดเติมคำในช่องว่าง และคำตอบแบบสั้น

1. การบริหารงานในหอผู้ป่วยด้านการจัดการเวลา เช่น การจัดตารางเวร เป็นต้น

ตอบ จัดการเวลาพัก

2. อัตราส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย ในห้องคลอด =เพื่อการดูแลมารดาและทารกอย่างมีคุณภาพ

ตอบ 2:1

3. หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ มีผู้ป่วยทั้งหมด 20 เตียง

ประเภท 1 ดูแลตัวเองได้ 4 คน

ประเภท 2 ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย 5 คน

ประเภท 3 ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง 5 คน

ประเภท 4 ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังปานกลาง 4 คน

ประเภท 5 ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 2 คน

จงคำนวณจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล (รวม/วัน)

ตอบ 105 ชั่วโมง/วัน

4. ความบกพร่องของบันทึกทางการแพทย์ที่ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงที่สุดคือข้อใด
 1. ไม่ทำ ไม่บันทึก 2. ทำ ลืมบันทึก
 3. ทำไป บันทึกไป 4. บันทึก ไม่ได้ทำ
5. ท่านคิดว่าบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
 2. ใช้สื่อสารในทีมเพื่อดูแลผู้ป่วย
 3. เพื่อบันทึกการทำงานของแพทย์และพยาบาลในช่วงเวรเช้า
 4. เพื่อใช้ในการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ป่วยและโรค
 5. ใช้คำนวณเวลาและภาระงานในแต่ละเวร

ตารางวิเคราะห์ข้อสอบ

หน่วยที่ 2 หลักการและกระบวนการบริหารการพยาบาล

เนื้อหา	ระดับการวัด					รวม
	รู้จำ	เข้าใจ	นำไปใช้	วิเคราะห์	สังเคราะห์	
โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล	1	0	0	0	0	1
การบริหารงานในหอผู้ป่วย	0	0	3	0	0	3
การบันทึกและรายงานทางการแพทย์	1	1	0	0	0	2
รวม	2	1	3	0	0	6

ตัวอย่างข้อสอบ

1. ตามหลักการจัดการอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยข้อใดเหมาะสมที่สุด (นำไปใช้)
 1. จัดห้องผู้ป่วยหนักไว้ท้ายเวร เพื่อให้อุณหภูมิในห้องเย็นสบาย
 2. จัดที่เก็บขยะติดเชื้อและผ้าเปื้อนไว้ในห้องน้ำผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อโรค
 3. จัดผู้ป่วยประเภทที่ 1 ไว้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อสะดวกในการประสานงานก่อนจำหน่าย
 4. จัดให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดนอนพักในห้องแรงดันลบและมีแสงไฟ UV เพื่อฆ่าเชื้อและลดการกระจายเชื้อ

2. หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ มีผู้ป่วยประเภท 2 จำนวน 30 คน ประเภท 3 จำนวน 15 คน คิดเวลาให้การพยาบาลของบุคลากรเวรละ 6 ชั่วโมง จงหาจำนวนพยาบาลทั้งหมดต่อวัน (รวมกรณีลา/ป่วยฉุกเฉิน ใช้เครื่องคิดเลขได้) (นำไปใช้)

1. 8

2. 10

3. 31

4. 39

3. หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จากการคำนวณความต้องการพยาบาลต่อวันเท่ากับ 20 คน ควรจัดให้เป็นเวรเข้า: บ่าย:ดึก กี่คน โดยกำหนด % ความต้องการการพยาบาล เวรเข้า:บ่าย:ดึก เท่ากับ 45:35:20 (นำไปใช้)

1. 9:7:4

2. 13:5:2

3. 11:6:3

4. 10:7:3

4. ข้อใดแสดงถึงลักษณะของบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ (เข้าใจ)

1. บันทึกเฉพาะอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงของผู้ป่วย

2. เมื่อรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต้องบันทึกใน Nurses notes ทุกครั้ง

3. พยาบาลที่ทำงานเวรเข้าต่อบ่าย ลงชื่อในบันทึกทางการพยาบาลครั้งเดียวเมื่อสิ้นสุดเวรบ่าย

4. เขียนกิจกรรมการพยาบาลไว้ล่วงหน้า และเว้นช่องว่างสำหรับลงบันทึกการประเมินผลก่อนลงเวร

5. ตามแนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้น่าเชื่อถือ ข้อใดไม่ถูกต้อง (จำ)

1. เขียนด้วยลายมือที่อ่านง่าย ใช้คำศัพท์และตัวย่อที่เป็นสากล

2. บันทึกข้อมูลตามความจริงที่ได้จากการมองเห็น หรือการสัมผัสเท่านั้น

3. หากต้องแก้ไขข้อความให้ขีดเส้นทับข้อความเดิมและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง

4. เมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ให้บันทึกในใบ Order ไม่ต้องเขียนในบันทึกการพยาบาล

