

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง
ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลผู้คลอด
 - 1.1 การให้บริการผู้คลอดในระยะคลอดและหลังคลอด
 - 1.2 มาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้คลอด
2. การมอบหมายงานทางการพยาบาล
3. การมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.1 ความหมายของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.2 แนวคิดการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.3 วัตถุประสงค์ของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.4 ข้อดีของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.5 ข้อจำกัดการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.6.1 รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.6.2 ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
4. การพัฒนาคุณภาพโดยใช้วงจรการบริหารคุณภาพของเดมมิ่ง
 - 4.1. ความหมายของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 4.2. ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรการบริหารคุณภาพของเดมมิ่ง
 - 4.3. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
5. สถานการณ์งานห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

การพยาบาลผู้คลอด

การให้บริการผู้คลอด

การดูแลและให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะคลอดและหลังคลอด เป็นการดูแลในระยะต่างๆ ของการคลอดโดยการพยาบาลในระยะคลอดประกอบด้วย การดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลระยะที่ 1 ถึง 4 ของการคลอด ในส่วนการพยาบาลหลังคลอดให้การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยโดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

การพยาบาลผู้คลอดในระยะคลอด (ศิริพร พงษ์โกศาและคณะ, 2552)

เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ภาวะเจ็บครรภ์จริง จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมพร้อม ในการเข้าสู่ระยะต่างๆของการคลอด การดูแลผู้คลอดแรกเริ่ม เมื่อผู้คลอดมาถึงห้องคลอดมีแนวทาง ในการปฏิบัติดังนี้

1. ชักประวัติและบันทึกประวัติทั่วไปและการเจ็บครรภ์เพื่อวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์จริง
2. ตรวจและบันทึกอาการแสดงชีพ (vital signs) และตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ตรวจครรภ์เพื่อดูขนาดของมดลูก หาค่าและส่วนนำของทารก ฟังเสียงหัวใจทารก บันทึก ความถี่ ความแรงและความสม่ำเสมอของการหดตัวของมดลูก
4. ตรวจภายในโดยบันทึกเวลาและผลการตรวจ ได้แก่ ส่วนนำของทารก ความบวมตัวของปาก มดลูก (effacement) การเปิดขยายของปากมดลูก ตำแหน่งและท่าของส่วนนำ

การดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอด

ในระยะที่ 1 ของการคลอด เริ่มจากเจ็บครรภ์จริงจนปากมดลูกเปิดหมด คือ 10 เซนติเมตร ครรภ์แรกใช้เวลา 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลา 4-12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมงมี แนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ชักประวัติและศึกษารายงานการฝากครรภ์โดยละเอียดเพื่อทราบประวัติความเป็นมาของการ ตั้งครรภ์เพื่อพิจารณาให้การดูแลที่เหมาะสม
2. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมงแต่รายที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องวัดบ่อยกว่ารายปกติ

3. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารกโดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ฟังทุกครึ่งชั่วโมง ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ฟังทุก 15 นาที บันทึกจังหวะว่าสม่ำเสมอหรือไม่

4. ติดตามวิเคราะห์และประเมินความก้าวหน้าในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องโดยการบันทึกพาโตแกรม (Partogram) เพื่อช่วยให้ผู้เฝ้าคลอดสามารถตรวจพบความผิดปกติของการดำเนินการคลอดได้เร็วขึ้นและสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง

5. ดูแลความสุขสบายของผู้คลอด

5.1 ในระยะคลอดพยาบาลควรอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดโดยการนวดหลังให้หรือดึงความสนใจของผู้คลอดไปที่การควบคุมการหายใจ (breathing technique) ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดคลายความเครียด ในระยะแรกๆของการคลอดไม่จำเป็นต้องให้ยา

5.2 ดูแลให้รับประทานอาหารได้ตามปกติแต่เมื่อเข้าระยะปากมดลูกเปิดเร็วควรให้เป็นอาหารอ่อนให้เครื่องดื่ม/น้ำ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ/น้ำตาลในกระแสเลือดในช่วงหลังคลอดใหม่ ยกเว้นรายที่อาจต้องผ่าตัดหรือต้องทำสูติศาสตร์หัตถการ ต้องให้งดอาหารและน้ำไว้ก่อน

5.3 ดูแลทำความสะอาดบริเวณปากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังการตรวจภายในรวมทั้งหลังถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะให้สะอาดอยู่เสมอ แนะนำผู้คลอดให้ถ่ายปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะออกไม่หมดอาจต้องสวน หากกระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้

6. การย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด มีข้อพิจารณาคือครรภ์แรก เมื่อหัวเด็กเคลื่อนต่ำลงมาอยู่บนช่องเชิงกราน (pelvic floor) เมื่อมดลูกหดตัวเห็นฝีเย็บตุง ส่วนครรภ์หลังควรย้ายเมื่อปากมดลูกเปิดประมาณ 8 เซนติเมตร รายที่มีประวัติคลอดเร็วมากให้ย้ายเมื่อปากมดลูกเปิดประมาณ 5-6 เซนติเมตร

ในการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอด เมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดอย่างต่อเนื่อง ปากมดลูกมดลูกเปิดหมดถึง 10 เซนติเมตรจะเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด

การดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นระยะที่ทารกถูกผลักดันให้เคลื่อนออกจากโพรงมดลูกจนผ่านออกมาภายนอก เริ่มต้นเมื่อปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตรเมื่อเด็กคลอดออกมาหมดทั้งตัวระยะเวลา ครรภ์แรกประมาณ 1 ชั่วโมง ครรภ์หลังประมาณ 15-30 นาที มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ประเมินสภาพทั่วไปของมารดา ได้แก่ สัญญาณชีพ ถ้ามารดามีอัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที แสดงว่ามารดาเหนื่อยล้ามากหรือขาดน้ำ

2. ประเมินความสามารถในการเบ่งคลอดถ้าเบ่งคลอดได้ถูกต้องพยาบาลควรให้กำลังใจและให้คำชมเชยถ้ามารดาเบ่งไม่ถูกต้องพยาบาลต้องแนะนำวิธีการเบ่งคลอดอย่างถูกต้อง

3. การดูแลความสบายต่างๆไปของมารดาเนื่องจากมารดาต้องใช้พลังงานในการเบ่งคลอด มีเหงื่อออกปากและคอแห้ง พยาบาลควรเช็ดหน้าและลำคอเพื่อให้มารดารู้สึกสบายขึ้น

4. การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลควรพูดให้กำลังใจ ให้คำชมเชย ซึ่งจะช่วยให้มารดารู้สึกอบอุ่นและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดเพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว

5. พยาบาลควรประเมินสภาพทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจน

6. พยาบาลสามารถประเมินความก้าวหน้าของการคลอดได้โดย ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 10-15 นาทีและประเมินการเคลื่อนตัวของส่วนนำ ถ้ามดลูกหดตัวดีมารดาเบ่งคลอดได้ถูกต้อง แต่ถ้าส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำแสดงว่าการคลอดไม่ก้าวหน้า

หลังจากเบ่งคลอดและมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ พยาบาลผู้ทำคลอดและช่วยคลอดปกติ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การตัดฝีเย็บ (episiotomy) เพื่อลดอันตรายต่อสมองทารก จากการที่ศีรษะทารกกดทับบริเวณปากช่องคลอดขณะเบ่ง ป้องกันการฉีกขาดหรือการหย่อนของ pelvic floor

2. การช่วยคลอดศีรษะและช่วยคลอดไหล่

3. การพยาบาลทารกแรกคลอด พยาบาลควรประเมินและดูแลทารกดังนี้

3.1. ประเมินสภาพทั่วไป ได้แก่ การหายใจ สีผิว การเคลื่อนไหวของร่างกาย ถ้าตรวจพบว่าทารกมีอาการแสดงของการขาดออกซิเจนต้องรีบให้การช่วยเหลือโดยเร็ว

3.2. ดูแลทารกให้ได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ โดยการเช็ดตัวทารกให้แห้งและห่อตัวเด็กให้ความอบอุ่นแก่ทารกอย่างเพียงพอ

3.3. ดูแลให้ทารกดูดนมมารดาทันทีหรือภายใน 30 นาทีหลังคลอดเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมและยังช่วยให้มดลูกหดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอด เริ่มต้นภายหลังกทารกคลอดออกมาหมดทั้งตัว สิ้นสุดเมื่อรกและเยื่อหุ้มรกทารกคลอดออกมา ระยะเวลาเฉลี่ย 5 ถึง 10 นาทีภายหลังกทารกคลอด ไม่ควรเกิน 30 นาทีหลังคลอด มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินสภาวะผู้คลอด วัดความดันโลหิตทันทีหลังทำคลอดรก ให้ยากระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี
2. การทำคลอดรกและการตรวจรกก่อนการทำคลอดจะต้องตรวจดูการแสดงของรกลอกตัว รกลอกตัวหมดแล้ว จึงจะทำคลอดได้และหลังรกคลอดมีการตรวจรกคลอดครบ
3. คำนวณปริมาณเลือดและตรวจสอบการหดตัวของมดลูกกะประมาณปริมาณเลือดที่ออกจากมดลูกในระยะคลอดตรวจสอบการหดตัวของมดลูกและตรวจว่ามีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหรือไม่
4. ตรวจดูการฉีกขาดของช่องทางคลอดและตรวจดูการฉีกขาดบริเวณปากมดลูก แล้วทำการเย็บซ่อมแซมแผลที่ฝีเย็บหลังเย็บซ่อมแซมแผลที่ฝีเย็บ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และให้ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออก

การดูแลในระยะที่ 4 ของการคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอด เป็นระยะหลังรกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในระยะนี้ต้องระวังโดยใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง เพราะภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในระยะนี้คือการตกเลือดหลังคลอด มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจทุก 15 นาทีใน 1 ชม.แรก และวัดทุก 30 นาทีในชม.ที่ 2 หลังคลอด
2. ตรวจการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาทีใน 1 ชม.แรกและทุก 30 นาทีในชม.ที่ 2 หลังคลอด ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีจะทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ ควรคลึงมดลูกให้หดตัวดีมีลักษณะกลมแข็งและไล่ก้อนเลือดที่อาจค้างอยู่ในโพรงมดลูก
3. สังเกตจำนวนและลักษณะเลือดที่ออกที่ออกทางช่องคลอดโดยปกติภายหลังรกคลอดแล้วมารดาจะเสียเลือดประมาณ 300 ซีซี
4. ตรวจกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอจึงควรกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะภายใน 2 ชม. หลังคลอดหรือเมื่อตรวจพบว่ามีปัสสาวะเต็มถ้ามารดาไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้จำเป็นต้องสวนปัสสาวะให้
5. ตรวจแผลฝีเย็บว่ามีอาการปวด บวม มีก้อนเลือดคั่งได้แผลหรือไม่ ถ้ามีก้อนเลือดคั่ง ควรเจาะแผลออกและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บใหม่

หลังจากมารดานอนพักเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 2 ชม.และไม่มีอาการผิดปกติย้ายมารดาไปพักพื้นที่เตียงหลังคลอด สำหรับทารกควรวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนย้ายอีกครั้งและห่อตัวทารกให้เรียบร้อย ตรวจสอบให้แน่นอนว่าป้าข้อมือมารดาและทารกตรงกัน

การพยาบาลในระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอดเป็นระยะหลังคลอดทารกและรก จนกระทั่ง 48 ชั่วโมงหลังคลอด การบริการมารดาในระยะหลังคลอดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับมารดาหลังคลอด
2. จัดให้มารดาที่ปวดแผลฝีเย็บนอนตะแคงด้านตรงข้ามแผลฝีเย็บหรืออาจวางหอน้ำแข็งที่ฝีเย็บหรือถ้ามีอาการปวดมดลูกมากให้ยาาระงับปวด เพื่อส่งเสริมความสบายและบรรเทาการเจ็บปวด
3. ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีเนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้ อย่างครบถ้วนและงดเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีแอลกอฮอล์
4. ให้ความรู้มารดาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนและเลี้ยงต่อเนื่องจนอายุได้ 2 ปี
5. ให้มารดาบริหารร่างกายหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยให้อวัยวะต่างๆ กลับสู่สภาพปกติเร็วขึ้น
6. ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมารดาและทารก

มาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้คลอด

มาตรฐานการพยาบาลในประเทศไทยได้กำหนดโดย 2 หน่วยงานได้แก่ สำนักพยาบาลได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลปีพ.ศ.2550 (สำนักพยาบาล, 2550) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ติดตามสนับสนุนการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ณ สถานบริการของสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ ในส่วนสภาการพยาบาลได้มีกำหนดมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ สำหรับมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้คลอดเป็นเครื่องมือ ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตามบทบาทความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้คลอดของสำนักพยาบาลปี 2550 ได้กำหนดมาตรฐานเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานนำไปปฏิบัติการพยาบาลให้การดูแลผู้คลอดที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ส่งผล

ให้มารดาและทารกปลอดภัย โดยการดูแลผู้คลอดแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย มาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนคลอด มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด มาตรฐานการพยาบาลในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล โดยแต่ละมาตรฐานมีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนคลอด เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติในการให้การดูแลผู้คลอดในระยะก่อนคลอด มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพต้องมีการประเมินปัญหา/ความต้องการและเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดโดยมีแนวการปฏิบัติในเรื่อง การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้มาคลอด การประเมินปัญหาเมื่อแรกรับและมีการประเมินระยะต่อเนื่อง โดยการติดตามเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดและมี แนวปฏิบัติในกรณีผู้มาคลอดไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือรับผู้คลอดก่อนมาโรงพยาบาล
2. พยาบาลวิชาชีพต้องวินิจฉัยปัญหา/ความต้องการ กำหนดแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการเตรียมตัวในการคลอดให้ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับความปวดอย่างเหมาะสม

มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติในการให้การดูแลและช่วยเหลือการคลอดในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดและทารกผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติ เรื่องเคลื่อนย้ายผู้คลอดอย่างปลอดภัย การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้คลอดกับเอกสาร เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสังเกตสัญญาณที่แสดงถึงความเสี่ยงต่ออันตรายทั้งของผู้คลอดและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด การช่วยเตรียมผู้คลอดและการทำคลอดระยะที่ 2 และ 3 อย่างถูกเทคนิควิธี

มาตรฐานการพยาบาลในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นการส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้คลอดและทารก ให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดและส่งเสริมความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก

มาตรฐานการเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้คลอด เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติ เพื่อผู้คลอดได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในแต่ละระยะของการคลอด

ตามความเหมาะสมและผู้คลอด/ญาติมีสิทธิร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลโดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินความต้องการและความพร้อมในการรับข้อมูลและการเคารพในสิทธิของผู้ป่วย
2. ให้การพยาบาลบนพื้นฐานจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยให้ผู้มาคลอด/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม การให้ข้อมูลใดๆต่อผู้มาคลอด/ ผู้คลอดต้องอยู่บนพื้นฐานสัมพันธภาพอันดี และในกรณีการแจ้งข่าวร้าย ให้ประเมินความพร้อมของผู้รับข้อมูลและปฏิบัติตามแนวทางการปรึกษาเพื่อแจ้งข่าวร้าย
3. ประเมินความเข้าใจของผู้มาคลอด/ผู้คลอด เกี่ยวกับการให้คำแนะนำในแต่ละระยะของการคลอดและบันทึกผลการรับรู้/ความเข้าใจไว้เป็นหลักฐาน

มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยมีแนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ครอบคลุมตามหลักการบันทึกทางการพยาบาล
2. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ครอบคลุมถูกต้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายตามแนวทางการบันทึกและข้อความที่บันทึกชัดเจน กะทัดรัด สามารถสื่อความหมายแก่ทีมการพยาบาลได้
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ของข้อมูลของการบันทึก ข้อมูลการพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละเวร/วัน นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับสภาพการพยาบาล ไม่ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้คลอดเป็นการเฉพาะ แต่ได้กำหนดไว้ร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลโดยทั่วไปในมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในปีพ.ศ.2540 (สภาพพยาบาล, 2550) โดยกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 1 พยาบาลให้บริการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม และมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 2 พยาบาลต้องยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาไว้ซึ่งสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 3 พยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน ประเมินกระบวนการการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 พยาบาลต้องมีการจัดการการดูแลต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและ/หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 พยาบาลต้องมีการบันทึกและรายงาน บันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

กล่าวโดยสรุปมาตรฐานการพยาบาลบริการตลอด เป็นข้อกำหนดที่อธิบายแนวทางในการจัดบริการและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตรงกัน ให้ครอบคลุมขอบเขตบริการตลอด ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้คลอดแบบองค์รวมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยผู้คลอดมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีการวางแผนจัดการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพ โดยให้ผู้คลอดและครอบครัวได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ

การมอบหมายงานทางการพยาบาล

การมอบหมายงานการพยาบาล คือ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และขณะเดียวกันก็สร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ปัจจุบันรูปแบบการมอบหมายงานมีหลายรูปแบบ ซึ่งจะจัดบริการพยาบาลในรูปแบบใดต้องขึ้นอยู่กับสถานที่การบริหารทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในแต่ละแห่งที่ให้บริการ

แก่ผู้ป่วย (Yoder Wise , 2003 อ้างถึงในดวงใจ บุญศิริคำชัย, 2551) รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลมีดังนี้

1. รูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ (functional assignment) เป็นที่นิยมแพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งรูปแบบนี้เป็นวิธีการที่พยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเฉพาะด้านหรือทำกิจกรรมเฉพาะกับผู้ป่วยทุกคน มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงาน ไม่ได้คำนึงถึง

ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยถูกละเลย เน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยตามขอบเขตความสามารถ ข้อดี คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างรวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน ผู้ใช้บริการได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และใช้บุคลากรน้อย สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี ข้อเสีย คือ ขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เกิดความสับสน เพราะผู้ให้บริการมีหลายคน การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดการสื่อสารที่ดีต่อกัน การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ และไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวมได้

2. รูปแบบการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (case assignment) เป็นรูปแบบการมอบหมายงานโดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกอย่าง (total care) ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบจะสิ้นสุดภายในแต่ละเวรเท่านั้น ไม่ได้วางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในหอผู้ป่วยหนักหรือช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งวิธีการมอบหมายงานวิธีนี้มีข้อดี คือ ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วย ข้อเสียคือเมื่อมีการเตรียมพยาบาลได้ไม่เหมาะสมเพียงพอหรือพยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (Marquis & Huston, 2009)

3. รูปแบบการมอบหมายงานเป็นทีม (team assignment) เป็นการมอบหมายงานเป็นกลุ่ม เริ่มใช้ในปีค.ศ 1950 แบ่งงานตามความสามารถ เมื่อมีปัญหาที่ต้องแก้ไข หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับสมาชิกเพื่อทำงานร่วมกันเป็นทีมในการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนโดยพยาบาลเป็นหัวหน้ากลุ่มเป็นผู้ประสานงานและเป็นผู้ניתนการทำงานของสมาชิกในทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ (รัชนี สุจิจันทร์รัตน์, 2546) รูปแบบการมอบหมายงานนี้ข้อดีคือ เสริมสร้างความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจกันปฏิบัติงาน ให้การยอมรับต่อกัน ข้อเสีย คือ ต้องใช้ความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม หากสมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว

4. รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณี (case management) ได้รับการพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นรูปแบบการจัดการด้านผู้รับบริการ (Swansburg 1990 ; Spitzer-Lehmann 1994) โดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดคุ้มค่า (cost effectiveness) โดยบทบาท

หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญมากเนื่องจากต้องทำหน้าที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยเกือบทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งเป็นการประสานบริการสุขภาพที่ให้แก่บุคคลและหรือครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยในทุกสถานที่ไม่ว่าเป็นโรงพยาบาลหรือบ้านโดยมีเป้าหมายที่จะได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในเวลาที่กำหนดโดยใช้ทรัพยากรที่น้อยที่สุดโดยทั่วไปมักจะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวและค่าใช้จ่าย

5. รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nursing assignment) เป็นรูปแบบการมอบหมายงานที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยรายเดิมทุกครั้งและวางแผนการพยาบาลไว้ 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล (associate nurse) สามารถดูแลได้เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้มีลักษณะเฉพาะคือมีความเป็นอิสระ มีอำนาจหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบและมีข้อดี คือ เป็นการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยสูง เป็นการให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง เป็นการให้การพยาบาลแบบสมบูรณ์แบบ เกิดการประสานงานที่ดี พยาบาลได้พัฒนาทักษะและความรู้ในการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีความชำนาญในการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล ข้อเสียคือ การมอบหมายงานมีความยุ่งยาก ซับซ้อน

จากรูปแบบการมอบหมายงานการดูแลผู้รับบริการทั้ง 5 รูปแบบ พบว่า ต่างก็มุ่งให้เกิดประโยชน์ เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลหรือคุณภาพที่ดีในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว จะแตกต่างกันก็ตรงที่แต่ละรูปแบบจะมีวิธีการจัดการ มีการบริหารภายในองค์กรที่แตกต่างกัน รูปแบบการมอบหมายงานรูปแบบต่างๆ มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไปในการให้บริการหรือการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เท่านั้น

การมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

รูปแบบการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nursing assignment) เริ่มต้นในปีค.ศ. 1960 เป็นรูปแบบการมอบหมายงานที่มอบอำนาจการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย แก่พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ โดยให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้าพักในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยรายเดิมทุกครั้งและวางแผนการพยาบาลไว้ 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล (associate nurse) สามารถดูแลได้เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้น

ปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้มีลักษณะเฉพาะคือมีความเป็นอิสระ มีอำนาจหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

ความหมายของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

มาเรมและคณะ (Maram et al, 1974) ให้ความหมายของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ในเวลาที่ไม่ได้ปฏิบัติงานจะมอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล เป็นผู้ให้การพยาบาลแทน ตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ติดต่อประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

แมนเธย์ (Manthey, 1970) ให้ความหมายของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยรายบุคคลตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย โดยจะให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เมื่อไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลรับผิดชอบปฏิบัติตามแผนการพยาบาล จะมีการสื่อสารระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้คนหนึ่งไปสู่อีกคนโดยแผนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล

โยเดอร์ (Yoder, 2003) ให้ความหมายของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นการมอบหมายผู้รับผิดชอบให้การดูแลวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติกรพยาบาลแทน ตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะช่วยปรับแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม และรายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยรับทราบ

สรุปความหมายการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้หมายถึง การมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ดูแลแทน โดยให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ จะช่วยปรับ

แผนการพยาบาลตามความเหมาะสมและพยาบาลเจ้าของไข้มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงกับบุคลากร ทีมสุขภาพอื่นๆ

แนวคิดการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

การดูแลผู้ป่วยแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการมอบหมายงานรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้ให้แนวคิดที่สำคัญของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ดังนี้ แมนเธย์ (Manthey, 1973) ได้เสนอแนวคิดว่าเป็นแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับไหม้และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลานั้นๆนั้น ผู้ร่วมดูแลซึ่งอาจเป็นพยาบาลประจำการ พยาบาลเทคนิค หรือนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลแทนพยาบาล

มาเรียมและคณะ (Marram et al., 1974) ได้เสนอแนวคิดการมอบหมายการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลแต่ละคน การมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลเจ้าของไข้จะเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลแต่ละคนควรรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวน 3-6 คนซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบจะขึ้นอยู่กับ จำนวนของผู้ป่วยแต่ละประเภทต่ออัตราส่วนของพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบและมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและความต้องการการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานของตนเอง ลักษณะการพยาบาลเจ้าของไข้มีลักษณะ 3 อย่างนี้ คือ มีความเป็นอิสระในตนเอง มีอำนาจหน้าที่ และมีความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ

2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำการรวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย มีการบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การบันทึกและรายงาน พยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้บันทึกสิ่งที่สังเกตได้ และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเวลาอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเอง ในส่วนการรายงานนั้น พยาบาลเจ้าของไข้และ/หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร และเป็นผู้รายงานส่งเวรต่อเวรต่อไป

3. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือกันปฏิบัติ (collaboration) ในการวางแผนการดูแลและประเมินผลการพยาบาลกับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน จะต้องติดตามประเมินปัญหาของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่ไม่ได้ยื่นปฏิบัติงาน จะมอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่ได้เขียนไว้แล้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ พยาบาลผู้ร่วมดูแลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ได้ตามความเหมาะสมและติดต่อสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ แต่ในกรณีที่พยาบาลระดับต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพ การปรับเปลี่ยนแผนจะเป็นหน้าที่ของหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

4. พยาบาลเจ้าของไข้จะติดต่อสื่อสาร (communication) ไปยังบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งอาจเป็นการติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดหรือการบันทึกรายงานก็ได้ พยาบาลเจ้าของไข้จะประสานงานกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้แหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์ของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

มาเรียมและคณะ (Marram et al., 1974) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. เพื่อให้มีการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล โดยมีแนวทางการปฏิบัติ คือ

1.1 ศึกษารวบรวมข้อมูลและค้นหาปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ

1.2 วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงโดยพิจารณาจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน

2. เพื่อให้มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (accountability for patient care) ในการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้กับพยาบาลเป็นรายบุคคล ตามความรู้ความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้

2.1 หัวหน้างาน/หัวหน้าเวรมอบหมายผู้ป่วยให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ ตามความรู้ความสามารถของพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 หัวหน้างาน/หัวหน้าเวรจัดตารางการปฏิบัติงานและมอบหมายหน้าที่เสริมแก่พยาบาลในแต่ละเวร

2.3 พยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบประเมินติดตามแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งประสานงานและติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

2.4 พยาบาลทุกคนมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

3. เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง (continuity of patient care) จากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายรวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนด มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

3.1 หัวหน้างาน/หัวหน้าเวรมอบหมายให้พยาบาลคนเดิมรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 พยาบาลเจ้าของไข้ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไปยังบุคคลอื่นๆในทีมสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม (comprehensive patient care) คือ มุ่งที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีดังนี้

4.1 พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ,

4.2 พยาบาลเจ้าของไข้ตัดสินใจเลือกตอบสนองความความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

5. เพื่อให้เกิดการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (coordination of patient care) พยาบาลเจ้าของไข้มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

5.1 ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดถือความต้องการของผู้ป่วยและแผนการพยาบาลเป็นหลัก

5.2 ประสานงานใช้ประโยชน์จากบุคลากรและแหล่งทรัพยากรต่างๆ อย่างคุ้มค่า

6. เพื่อให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร หัวหน้างานควรวางแผนและดำเนินการพัฒนาให้กับพยาบาลในการปฏิบัติงานในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้เหมาะสมดังนี้

6.1 ประเมินสมรรถนะบุคลากรในหน่วยงาน

6.2 ส่งเสริมให้มีการนำวิทยาการใหม่ๆมาใช้ในการพยาบาล

6.3 ให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเอง

ข้อดีของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ข้อดีของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีดังนี้

1. เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากพยาบาลคนเดิมดูแล ผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลรู้จักและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้ง ทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ (Marram et al., 1974) สามารถตอบสนอง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงและครอบคลุม และจากผลการศึกษาของแมคเกย์ และเกรกอรี่ (Mackay & Gregory, 2011) พบว่าการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

2. เป็นรูปแบบการดูแลที่ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดตาม ผลการรักษาพยาบาลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด มีการรายงานให้พยาบาลที่ทำงานร่วมกันและผู้เกี่ยวข้องได้ทราบถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (Marram et al., 1974) นอกจากนี้ การประสานงานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพ ทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูง (Jost et al., 2010)

3. บุคลากรพยาบาลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้จะมีโอกาสในการพัฒนาความรู้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อหาความรู้มาให้การดูแลการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการ (Marram et al., 1974)

ปรางทิพย์ อรรถรัตน์ (2541) ได้กล่าวว่าข้อดีของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีข้อ ดีกว่าการมอบหมายงานลักษณะอื่นดังนี้

1. ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงานซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการ พยาบาล

2. พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการที่ดี

3. ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ เพราะผู้ป่วยสามารถที่จะสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสารแผนการดูแลกับผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นแบบองค์รวมให้มีความ เหมาะสมมากที่สุดร่วมกับผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

5. พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะต้องดูแลผู้ป่วยในเฉพาะทางมากขึ้น
6. มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ มากขึ้นทำให้มีการประสานการดูแลดีขึ้น
7. แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะแพทย์ได้รับข้อมูลที่ละเอียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากพยาบาลเจ้าของไข้
8. คุณภาพการดูแลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ดีมาก เพราะพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตปัญหา และแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดีขึ้นและรวดเร็ว

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล มีการสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพทำให้เกิดการประสานงานที่ดี. นอกจากนี้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงานและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการมอบหมายงานการพยาบาลเจ้าของไข้

จากการทบทวนสรุปข้อจำกัดของการมอบหมายงานแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้ดังนี้

1. พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยมักประสบปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นองค์กรจึงต้องให้การศึกษากับบุคลากรเพื่อความพร้อมสำหรับบทบาท (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)
2. ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนมากจึงจะพอกับจำนวนผู้ป่วย (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539) ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง (Swansburg & Swansburg, 2002)
3. ยังพบความสับสนในผู้ปฏิบัติจากการที่ไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน กระบวนการปฏิบัติมีความหลากหลายควรมีการกำหนดและชี้แจงบทบาทและกระบวนการดำเนินการที่ชัดเจนเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว (Korhone , Kangasniemi , 2013)

จากการศึกษาของจิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) พบว่าถ้าจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานไม่เพียงพอและเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแลและมีคุณภาพที่ดีได้ ควรต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเทคนิคให้สามารถทำงานเฝ้าต่อการทำงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ภายใต้อำนาจรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลอยู่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้อง
คลอดและหลังคลอด พบว่าส่วนใหญ่มีการพัฒนารูปแบบจากแนวคิดของของมาแรมและคณะ

(Marram et al, 1974) และมีองค์ประกอบของรูปแบบส่วนใหญ่คล้ายคลึงกันแต่มีการนำวิธีการ
ดำเนินการมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทดังนี้

รูปแบบการพยาบาลพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้คลอด พิสุทธิ ปทุมมาสูตร (2544) ได้ศึกษาผล
การใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อความสำนึกในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อ
วิชาชีพการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยใช้หลักแนวคิดของมาแรม
และคณะ (Marram et al, 1974) ซึ่งรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดประกอบด้วย การ
มอบหมายงานการรายงานการส่งเวร การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อน และหลังการปฏิบัติการ
พยาบาล และการบันทึกการพยาบาล และการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล ซึ่งมีแนวทางดังนี้

1. การมอบหมายงานจะมีการมอบหมายผู้คลอดจำนวน 2-4 ราย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งคลอด
ย้ายออกจากห้องคลอดและมีการกำหนดบทบาทของบุคลากรดังนี้

บทบาทหัวหน้าห้องคลอด มีดังนี้ กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของบุคลากร
มอบหมายผู้คลอดจำนวน 2-4 รายตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งคลอด ย้ายออกจากห้องคลอดให้แก่พยาบาล
เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล เป็นผู้กำหนดแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลตามขั้นตอน
ของกระบวนการพยาบาล ให้คำปรึกษาช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานในห้องคลอด และร่วม
รับรู้ข้อมูลผู้คลอดจากการรับส่งเวร

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบผู้คลอดที่ได้รับมอบหมายให้การดูแล
ช่วยเหลือแนะนำ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งคลอด ย้ายออกจากห้องคลอดไปอยู่หน่วยงานหลังคลอด
วางแผนการพยาบาลมุ่งเน้นผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง พร้อมทั้งบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทุก
ขั้นตอนโดยใช้กระบวนการพยาบาล แสดงบทบาทในการดูแลผู้คลอดให้บรรเทาความเจ็บปวดใน
ระยะคลอด รายงานภาวะหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด ประสานงานโดยตรงกับแพทย์/
หัวหน้าห้องคลอดหรือพยาบาลหัวหน้าเวร ทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการคลอด ตลอดจน
ปรึกษาหารือในการวางแผนดูแลผู้คลอดร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากห้อง
คลอดถึงหลังคลอด รวมทั้งการประสานข้อมูลแก่ผู้คลอดและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้
คลอด

บทบาทพยาบาลผู้ร่วมดูแล รับผิดชอบผู้คลอดที่ได้รับมอบหมาย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้
ขึ้นปฏิบัติงาน ให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ผู้คลอดตามที่พยาบาลเจ้าของไข้วางแผน
การพยาบาลไว้จนกระทั่งคลอดและย้ายออกจากห้องคลอด พร้อมทั้งบันทึกทางการพยาบาลให้ครบ

ขั้นตอนการพยาบาล รายงานภาวะหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดและประสานงานโดยตรงกับแพทย์หัวหน้าห้องคลอดหรือพยาบาลหัวหน้าเวร ปฏิบัติบทบาทการประสานข้อมูลแก่ผู้คลอดและครอบครัว

2. นอกจากนี้การมอบหมายงานยังได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การมอบหมายงานผู้คลอดให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ดังนี้

2.1 มอบหมายผู้คลอดให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลเป็นรายบุคคล โดยให้เหมาะสมกับความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน

2.2 การมอบหมายในแต่ละเวร จะมอบหมายผู้คลอดรายเดิมให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนพยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมอบหมายผู้คลอดที่ยังไม่คลอดให้แก่พยาบาลผู้ร่วมดูแล

2.3 การมอบหมายผู้คลอดรายใหม่แก่พยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวทางของหน่วยงาน

3. ในระหว่างการปฏิบัติงานในแต่ละเวรพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

3.1 การรายงานการส่งเวรโดยพยาบาลเจ้าของไข้มีการสื่อสารให้พยาบาลผู้ร่วมดูแล ในเวรต่อไปในเรื่องปัญหาของผู้คลอดในเวรนั้นๆ และกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลโดยใช้ช่องทางการสื่อสาร เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้คลอดเป็นรายบุคคล สร้างความเข้าใจในการดูแลรักษา ก่อนการปฏิบัติงาน และสามารถให้การวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง

3.2 การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อน และหลังการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นกระบวนการพบปะกันของกลุ่มของบุคลากรพยาบาลเพื่อปรึกษาหารือปัญหาของผู้คลอดเฉพาะราย หรือปัญหาเฉพาะอย่างเพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างคุณภาพในการพยาบาล และการบันทึกการพยาบาล และการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล ซึ่งจะมีกิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจก่อนส่งเวร การเยี่ยมชมตรวจรับ-ส่งเวร การเยี่ยมชมตรวจระหว่างเวรและการเยี่ยมชมตรวจร่วมกับทีมสุขภาพ

จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด และหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้คลอด โรงพยาบาลชุมพร โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาร์เรม และคณะ (Marram et al,1974) ร่วมกับแนวคิดทางการบริหารของ Boone และคณะ (1992) ที่ว่าการบริหารจัดการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วย การมอบหมายความรับผิดชอบ การจัดอัตรากำลัง การควบคุมกำกับ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้โรงพยาบาลชุมพร มีดังนี้

1. หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในงานห้องคลอด ดูแลรับผิดชอบผู้คลอดจำนวน 1-2 คน ไม่เกิน 6 คน ในแต่ละเวร ทั้งนี้พยาบาล

เจ้าของไข้ จะเป็นผู้วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้คลอดและครอบครัวในแต่ละรายที่ตนรับผิดชอบ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งคลอดและย้ายออกจากห้องคลอดไปอยู่หน่วยงานหลังคลอด หลังจากนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงานหลังคลอดที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็น ผู้ดูแลรับผิดชอบมารดาหลังคลอดและบุตรที่ย้ายออกจากห้องคลอดอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งวางแผน จำหน่ายก่อนกลับบ้าน โดยจะมีการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง และมีอำนาจสั่งการในส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอด รวมทั้งติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ แทน ผู้รับบริการ

2. หัวหน้าหน่วยงานมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลในการปฏิบัติงานด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของ ไข้ โดยพิจารณาถึงความต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการให้สมบูรณ์แบบและเป็นองค์รวม

3. การวางแผนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยหัวหน้างานทำความเข้าใจเรื่อง รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการจัดอบรมให้ความรู้ตามแนวทางของกลุ่มการพยาบาลเจ้าของไข้แก่ พยาบาลในหน่วยงาน

4. หัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุมกำกับการปฏิบัติตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดย พิจารณาจากบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ สามารถตรวจสอบได้ รวมทั้งมีการนิเทศงานอย่าง ใกล้ชิดในการปฏิบัติการพยาบาล

5. พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทในการวางแผนร่วมกับผู้คลอดและครอบครัวตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งคลอดและย้ายไปอยู่หลังคลอด พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้เขียนแผนการพยาบาลและเป็น ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ สอนแนะนำให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน มีการประสาน และรายงานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การปรึกษาปัญหาและการรายงานข้อมูลและปัญหาของผู้คลอด จะสื่อสารโดยตรงระหว่างแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด

พิมาน จบกสิศ (2552) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันในการดูแลหญิงครรภ์แรกในระยะคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดย ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ของมาร์แรม (Marram,1979) บูรณาการร่วมกับทฤษฎีการดูแล ของสแวนสัน (swanson, 1999) โดยมีเป้าหมายในการตอบสนองความเป็นมนุษย์ เพิ่มคุณค่าของ พยาบาล ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติการรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในการดูแลหญิง ครรภ์แรกในระยะคลอดมากขึ้น มีขั้นตอนในการปฏิบัติ 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ มีรายละเอียดการดำเนินการประกอบด้วย

1.1 หัวหน้างานห้องคลอด เป็นผู้มอบหมายงาน โดยมอบหมายผู้คลอดให้พยาบาล วิชาชีพรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ครั้งละ 1-2 รายและมอบหมายพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาล

ผู้ช่วย โดยวิเคราะห์ถึงความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดใน
ระยะคลอด

1.2 พยาบาลเจ้าของไข้ศึกษาผู้คลอดที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยประเมินปัญหาและ
ความต้องการผู้คลอดวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และวางแผนการช่วยเหลือผู้
คลอดให้มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีเป้าหมายให้ผู้คลอดสามารถ
ควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้

2. ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล มีรายละเอียดการดำเนินการประกอบด้วย

2.1 หัวหน้างานห้องคลอด/หัวหน้าเวร/พยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมประชุมปรึกษาก่อนการ
ปฏิบัติงานร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

2.2 พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน
ตามปัญหาและความต้องการของผู้คลอดแต่ละรายตามความสำคัญและเร่งด่วน มีการกำหนดกิจกรรม
พยาบาลที่ชัดเจนและมีการบันทึกแผนการพยาบาลทุกครั้งที่เกิดขึ้นปฏิบัติงานและปรับแผนการพยาบาลให้
ตรงกับสภาพปัญหาปัจจุบันของผู้คลอด

2.3 พยาบาลเจ้าของไข้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนปฏิบัติการกำหนด นำกิจกรรมที่
วางแผนไว้ลงสู่การปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย

2.4 พยาบาลเจ้าของไข้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างปฏิบัติงานหรือ การ
ประชุมปรึกษากับสาระสำคัญของมารดาในระยะคลอดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2.5 หัวหน้างานห้องคลอดและพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมเฝ้าตรวจทางการพยาบาล เพื่อรับ
ฟังปัญหาผู้คลอดและร่วมวางแผนการดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

2.6 พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลสำคัญทางการพยาบาลของผู้คลอดอย่างถูกต้อง
สมบูรณ์ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พร้อมทั้งสื่อสารให้ทีมสหสาขา
รับทราบ

3. ขั้นตอนทบทวนการปฏิบัติ มีรายละเอียดการดำเนินการประกอบด้วย

3.1 หัวหน้างานห้องคลอดและพยาบาลเจ้าของไข้ประชุมหลังการปฏิบัติทางการ
พยาบาลพูดคุยปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

3.2 พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลความครอบคลุมและความ
ครบถ้วนของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในเวรและเตรียมการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (2553) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในการดูแลหญิง
คลอดและมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้แนวคิดพยาบาลแบบเจ้าของไข้ของ

มาร์เรม (Marram, 1974) บูรณาการร่วมกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของสแวนเบอร์ก (swanburg, 2002) ซึ่งรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหลังคลอดมีดังนี้

1. การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดมอบหมายงานโดยหัวหน้าห้องคลอด/ หอผู้ป่วยหลังคลอด หรือพยาบาลหัวหน้าเวร ตามแนวทางการมอบหมายผู้คลอดให้พยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด

2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ ดูแลรับผิดชอบผู้คลอดโดย 1) ดูแลผู้คลอดเป็นรายบุคคลตั้งแต่รับใหม่จนถึงจำหน่าย 2) วางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้ให้การช่วยเหลือสอนแนะนำและให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน 3) มุ่งเน้นผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง 4) ส่งต่อข้อมูลแผนการพยาบาลให้แก่หน่วยงานหลังคลอดเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) ประสานงานกับทีมสุขภาพ 6) ประเมินผลการพยาบาล ในส่วนบทบาทของผู้ร่วมดูแลมีหน้าที่รับมอบหมายผู้คลอด ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้และรายงานส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลเจ้าของไข้ในเวรต่อไป

3. การรายงานส่งเวรและการบันทึกทางการพยาบาล การรายงานข้อมูลปัญหาผู้คลอดจะรายงานโดยตรงระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ แพทย์ หัวหน้าห้องคลอดหลังคลอดหรือหัวหน้าเวร

จากการทบทวนรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดพบว่า โดยส่วนใหญ่พัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิดของมาเรมและคณะ (Marram et al, 1974) แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องการบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล ร่วมกับการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เช่น แนวคิดทางการบริหารของ Boone และคณะ (1992) แนวคิดการบริหารอย่างมีส่วนร่วมของสแวนเบอร์ก (swanburg, 2002) และการใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน (swanson, 1999) ซึ่งการผสมผสานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีต่างๆล้วนแต่มีเป้าหมายเดียวกัน เพื่อให้มีการดำเนินการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีประสิทธิภาพตอบสนองการผู้คลอดมุ่งเน้นผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมและเพิ่มคุณค่าพยาบาลในการบริการ ในส่วนองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่ามีความคล้ายคลึงกันในเรื่องการมอบหมายงาน บทบาทของบุคลากรพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และมีความแตกต่างกันในเรื่องการสื่อสารและการประสานงาน การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล ซึ่งมีการกำหนดในบางการศึกษา

สรุปจากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของงานวิจัยต่างๆ พบว่าการจัดการรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นลักษณะการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพแต่

ละคน เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และรับผิดชอบดูแลให้บริการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่มใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน และในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีการมอบหมายงานให้พยาบาลคนอื่นเป็นผู้ดูแลผู้คลอดที่รับผิดชอบ โดยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดไว้ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ควรมีรายละเอียดเกี่ยวกับ การมอบหมายงาน การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน บทบาทของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการบันทึกและการรายงาน การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่าการพยาบาลในรูปแบบนี้ส่งผลดีต่อการพยาบาลในหลายลักษณะ ดังเช่นผลของการพัฒนาในการดูแลผู้คลอดและมารดาหลังคลอด

พิสุทธิ์ ปทุมสูติ (2544) ศึกษาผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงความสำคัญในความรับผิดชอบ ของพยาบาลวิชาชีพต่อวิชาชีพการพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้วยการมอบหมายงานด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีความสำคัญในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในระดับที่สูงกว่าการปฏิบัติงานแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 เนื่องจากการมอบหมายงานรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้พยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้คลอดแต่ละราย โดยคำนึงถึงความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ โดยมุ่งเน้นความรับผิดชอบของพยาบาล และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้คลอด/ครอบครัว

จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหลังคลอด โรงพยาบาลชุมพร โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ของผู้คลอดระหว่างที่ได้รับบริการในรูปแบบเจ้าของไข้กับผู้คลอดที่ได้รับบริการแบบแบ่งหน้าที่พบว่า ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในรูปแบบเจ้าของไข้สูงกว่าการได้รับบริการพยาบาลแบบแบ่งหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = 12.32, p < 0.05$ และในส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีความพึงพอใจในงาน โดยรวมและรายด้านทุกด้าน สูงกว่ารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญ $t = 8.48, p < 0.05$

พิมาน จบกลศึก (2552) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันในการดูแลหึ่งครรภ์แรกในระยะคลอด โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะวิกฤติในระยะคลอดของหึ่งครรภ์แรกก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะวิกฤติในระยะคลอดของหึ่งครรภ์แรก หลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้และค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะวิกฤติในระยะคลอดของหึ่งครรภ์แรกหลังการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้สูงกว่าการใช้รูปแบบทีมและแบบหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (2553) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลก่อนและหลังการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผลพบว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลหลังการใช้ การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่า ก่อนการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบตามหน้าที่พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ในการทบทวนวรรณกรรม การนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยหนัก การพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มวิกฤติมีผลการศึกษา ดังนี้

ประภาศรี สังขศรีทวงษ์ (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อ ผลการศึกษาพบว่าความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สิริวัฒนา เกตุวิระพงษ์ (2549) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในงานห้องผู้ป่วยหนักตติยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้หลังการพัฒนาได้แก่ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความ

พึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ระดับมาก การใช้กระบวนการพยาบาลครบขั้นตอนและใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ลดลงจากระยะก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

เยวภา จันทร์มา (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้พบว่า การวางแผนการดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น มีการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี พยาบาลเจ้าของไข้มีความมุ่งมั่นในการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยและกระตุ้นการพัฒนาด้านตนเองในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น การบันทึกและการรายงานทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์และต่อเนื่องมากขึ้น ช่วยลดภาระงานของหัวหน้าเวรการพยาบาล นอกจากนี้อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยาและอุบัติการณ์อื่นมีแนวโน้มลดลง

ส่วนในต่างประเทศสมาธรมและคณะ (Marram et al., 1974) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลในหน่วยงานที่ใช้การมอบหมายงานแบบทีม แบบรายผู้รับบริการ การมอบหมายงานตามหน้าที่และรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยศึกษาในโรงพยาบาล 2 แห่ง ใช้พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) จำนวน 45 คน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลเจ้าของไข้มีคะแนนความพึงพอใจในงานระดับสูงสุดมากกว่ารูปแบบการพยาบาลแบบอื่น เรื่องของความพึงพอใจในงาน พยาบาลเจ้าของไข้มีร้อยละของความพอใจระดับสูงสุดถึง ร้อยละ 90 เปรียบเทียบกับวิธีมอบหมายงานแบบรายผู้รับบริการ ทีมและหน้าที่คือ ร้อยละ 70 ร้อยละ 52 และ ร้อยละ 43 ตามลำดับ

แบรงค์เคน (Blernken, 1988) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยจิตเวช 2 แห่ง ในโรงพยาบาลชุมชน เมืองออตตา (Ottawa) ศึกษาผลหลังจากใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้ง 2 หน่วยงาน โดยในหน่วยงานแรกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 ใน 4 องค์ประกอบ คือ สถานภาพวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความเป็นอิสระในงาน และการบริหารจัดการ แต่ในหน่วยงานที่ 2 พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 3 องค์ประกอบคือสถานภาพทางวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความเป็นอิสระในงาน

จอห์นคอตเตอร์ (Johndottir, 1999) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ใน 2 หอผู้ป่วยคือหน่วยดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและหน่วยดูแลผู้ป่วยเรื้อรังผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังในโรงพยาบาลประเทศไอร์แลนด์ โดยทำการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 21 คน ผลของการศึกษาพบว่าพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้เพิ่มสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้นเนื่องจากเข้าใจและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น พยาบาลมีการดูแลต่อเนื่องติดตามปัญหาและการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น

เซลลิกและคณะ (Sellick et al, 2003) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และการมอบหมายงานตามหน้าที่ใน 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอายุรกรรมและศัลยกรรมขนาดใหญ่ ในเมลเบิร์น ออสเตรเลีย เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการได้รับการดูแลแบบตามหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าการได้รับการดูแลแบบตามหน้าที่และศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้กับรูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่ารูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการที่พยาบาลเข้าใจความต้องการผู้ป่วยมากขึ้น ใส่ใจการให้ข้อมูลความเจ็บป่วย และมีการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจผู้ให้บริการและรู้สึกว่าการนอนโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่ดี

วานและคณะ (Wan et al, 2009) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และการมอบหมายงานตามหน้าที่ ในกลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรกในแผนกฝากครรภ์และหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน โดยกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวน 230 คน และกลุ่มมอบหมายงานตามหน้าที่จำนวน 240 คน ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล มีความรู้/ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลแบบตามหน้าที่ และยังพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดในระยะแรก ในกลุ่มดูแลแบบเจ้าของไข้น้อยกว่ากลุ่มมอบหมายงานตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบภาวะการคั่งค้างของปัสสาวะ (urine retention) ในกลุ่มดูแลแบบเจ้าของไข้เพียงร้อยละ 0.87 ในกลุ่มดูแลแบบหน้าที่พบร้อยละ 6.25 ปัญหาการคัดตึงเต้านม (breast discomfort) ในกลุ่มดูแลแบบเจ้าของไข้พบร้อยละ 18.70 ในกลุ่มดูแลแบบหน้าที่พบสูงถึงร้อยละ 40.83 ในส่วนอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายในกลุ่มดูแลแบบเจ้าของไข้สูงกว่าคือร้อยละ 93.91 ในกลุ่มดูแลแบบหน้าที่ได้เพียงร้อยละ 72.08

จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปประสิทธิผลการมอบหมายงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ออกมาใน 2 ประเด็นคือ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาล มีความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระบบที่มีอิสระได้ใช้ความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าการมอบหมายงานแบบอื่น รวมทั้งยังช่วยส่งเสริมให้มีการบันทึกการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอน และการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากขึ้นดังนั้นการนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาพัฒนาใช้ในหน่วยงาน ผู้รับบริการจะได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

1.2 พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ มีอิสระในการตัดสินใจใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ รู้สึกภาคภูมิใจต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ การทำงานเป็นระบบมากขึ้น มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจและใช้แผนการพยาบาลมากขึ้น ลดภาระงานของพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าเวรการพยาบาล รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สามารถแก้ปัญหาได้ดี มีความเหมาะสม

1.3 พยาบาลมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง กระตือรือร้นในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเชิงลึกและเฉพาะทางเพิ่มขึ้น

2. ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

2.1 ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการรับรู้ในระยะวิกฤติเพิ่มมากขึ้น

2.2 ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เนื่องจากการบริการพยาบาลที่ให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลโดยตรงจากพยาบาลคนเดิม ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงและครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีความพึงพอใจมากขึ้น

2.3 ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในการรักษาพยาบาล เช่น ลดอัตราการเกิดแผลกดทับและลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดในระยะแรก เช่น ภาวะการกั่งค้างของปัสสาวะ การคัดเต้านม อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายเพิ่มสูงขึ้น

การพัฒนาคุณภาพโดยใช้วงจรเดมมิง

ความหมายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องหมายถึงการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึงการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องมุ่งเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพขององค์กรให้บรรลุสำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์ (ศิริภัทร วงศ์ธีรุตม์, 2546)

สรุปได้ว่าการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องหมายถึงการดำเนินการกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง มุ่งเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพขององค์กรให้บรรลุสำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรการบริหารคุณภาพของเดมมิง

การปรับปรุงคุณภาพมีหลายรูปแบบที่จะนำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจร PDCA ของ ดร.เดมมิง (Deming) เป็นเครื่องมือพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพภายในองค์กร เนื่องจาก PDCA มีวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ วงจร PDCA (วงจรเดมมิง) นี้ได้พัฒนาขึ้นโดย ดร.ชีวฮาร์ต(Shewart) ต่อมา ดร.เดมมิง ได้นำมา เผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย PDCA เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน การดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อยๆ ย่อมส่งผลผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น การบริหารคุณภาพ วงจรเดมมิง ประกอบด้วยภารกิจหลัก

4 ขั้นตอนคือ 1. การวางแผน (Plan-P) 2. การปฏิบัติตามแผน (Do-D) 3. การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check-C) 4. การแก้ไขปัญหา (Act-A) ขั้นตอนทั้ง 4 นี้จะต้องปฏิบัติต่อเนื่องกันไปไม่สิ้นสุด

เอ็ดวาร์ด เดมมิง (Deming, 1986 อ้างใน อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และ คณะ, 2544) เสนอขั้นตอนการบริหารคุณภาพ “วงจรเดมมิง” (Deming cycle) ไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนการวางแผนดำเนินการ (plan) การวางแผน โดยการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงมีการกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นระยะเวลาจัดสรรทรัพยากรทั้งในด้านบุคคล เครื่องมือ งบประมาณ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในการวางแผนจะต้องทำความเข้าใจกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นไปตามนโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ ขององค์กรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร การวางแผนในบางด้านอาจจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐาน ของวิธีการทำงานหรือ เกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วย ข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานนี้จะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบได้ว่า การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่ได้รับไว้หรือไม่

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (do) หรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งก่อนที่จะปฏิบัติงานใด ๆ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลและเงื่อนไขต่างๆและลงมือปฏิบัติตามแผน ประกอบด้วยภารกิจหรือหน่วยงาน มีวิธีการดำเนินการ มีการลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ในขั้นตอนนี้ต้องมีการตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติว่าได้ดำเนินการไปในทิศทางที่ตั้งไว้หรือไม่ พร้อมทั้งสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

3. ขั้นตอนการตรวจสอบหรือการประเมินแผน (check) เพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผน สามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ หรือมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานหรือไม่ หรือไม่มีความพร้อมของการเตรียมแผนงาน บุคลากร และทรัพยากรเพียงพอในขั้นตอนดำเนินการหรือไม่ เครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมินผลมีความเหมาะสมหรือไม่ เพียงใดขั้นตอนนี้มีความสำคัญ เนื่องจากในการดำเนินงานใดๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนอยู่เสมอ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตาม การตรวจสอบ และการประเมินปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการดำเนินงาน เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ ของการดำเนินงานต่อไปในการตรวจสอบ และการประเมินการปฏิบัติงาน จะต้องตรวจสอบด้วย ว่าการปฏิบัตินั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ

4. ขั้นตอนการนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน (act) ประกอบด้วยการนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ หากผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ให้นำแนวทางหรือกระบวนการ ปฏิบัตินั้นมาจัดทำเป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น แต่ถ้าหากผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ตามเป้าประสงค์ควรนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์และพิจารณาว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

สรุปได้ว่าวงจรการบริหารคุณภาพของเดมิง เป็นกิจกรรมพื้นฐานของการบริหารที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยการดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนดำเนินการ (plan) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติ (do) การตรวจสอบหรือการประเมินแผน (check) เพื่อประเมินความก้าวหน้าและดูผลสำเร็จของงานเมื่อเทียบกับแผน/เป้าหมายและนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน (act) เมื่อผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวังไว้ก็จะมีผลการดำเนินการซ้ำ ตามวงจรจนกว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และนำไปเผยแพร่ต่อไป ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพด้วยวงจรเดมมิงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในแต่ละขั้นตอน

เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา การพัฒนาคุณภาพด้วยวงจรเดมมิงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้มีที่ใช้และเป้าหมายต่างกัน การจะเลือกใช้เครื่องมือขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของปัญหา ขั้นตอนการทำงาน และประสบการณ์ของผู้ใช้ จากการทบทวนเอกสารพบว่า เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมีหลายชนิด (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) ที่ใช้บ่อยและเป็นเทคนิคหลัก ได้แก่

1. การระดมสมอง (brain storming) เป็นวิธีการเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลารวดเร็ว มุ่งเน้นที่จำนวนความคิด ไม่ใช่คุณภาพ มุ่งเน้นกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด เพื่อให้ได้แนวทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาสามารถใช้ในทุกขั้นตอนที่ต้องการความคิดที่หลากหลายและความคิดสร้างสรรค์

2. แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram) หรือ แผนผังก้างปลา (fishbone diagram) เป็นภาพแสดงความสัมพันธ์ของสาเหตุและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใช้สำหรับการค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของปัญหา และกระตุ้นให้เกิดการสืบสวนสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาเพื่อรวบรวมความคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกัน

3. แบบบันทึกความถี่ (check sheet) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกันทำให้เก็บข้อมูลได้ง่ายและมีแบบแผน รูปแบบที่ใช้บ่อย คือ การจัดเป็น column หรือ matrix (ตาราง) แบบฟอร์มนี้อาจใช้สำหรับเก็บข้อมูลของแต่ละองค์ประกอบ ในแต่ละช่วงเวลาหรือรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลหลายๆแผ่น

4. แผนภูมิควบคุม (control chart) คือ แผนกราฟแสดงระดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพตามลำดับเหตุการณ์ พร้อมค่าสถิติ ได้แก่ค่าเฉลี่ยและระดับควบคุม เพื่อใช้ตรวจสอบกระบวนการว่าผลผลิตมีลักษณะแบบสุ่มหรือไม่ ช่วยค้นหาการเกิดของสาเหตุของการแปรผันที่สามารถแก้ไขได้โดยใช้ศึกษาสถานการณ์ของระบบเมื่อเริ่มต้นโครงการและใช้ติดตามผลเมื่อมีการปรับปรุงระบบงานแล้ว

5. แผนภูมิการไหลของงาน (flow chart) เป็นเครื่องมือในการหาข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงหรือออกแบบใหม่ให้กระบวนการง่ายขึ้น โดยใช้สัญลักษณ์มาตรฐานในแต่ละขั้นตอนเพื่อสร้างภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ ตามลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนกิจกรรม หรืองานมีรูปแบบที่ใช้ประจำ ได้แก่ ฟังงานสรุปกระบวนการหลัก แผนผังแสดงกระบวนการโดยละเอียด ฟังงานแสดงผู้รับผิดชอบและผังงานแสดงการเคลื่อนที่

6. แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram) เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงภาษา (language data) ได้แก่ ความคิดเห็นต่างๆ นำมาจัดกลุ่มตามความสัมพันธ์แบบธรรมชาติ เป็นการใช้ความคิดสร้างสรรค์มากกว่าเหตุผล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวางแผน วิธีการนี้สามารถใช้ได้ทุกขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ เมื่อต้องการนึกแนวในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ต้องการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากทีมในการแก้ปัญหา วิธีนี้จะช่วยในทีมค้นหาประเด็นหลักที่เกี่ยวกับปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนได้

7. การลงคะแนนพหุ (multivoting) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดรายการความคิดเห็นซึ่งมีจำนวนมากจากการระดมสมอง ให้เหลือรายการในวิสัยที่สามารถทำงานได้ การลงคะแนนพหุ สามารถลดรายการลงได้และสามารถทำซ้ำได้หลายรอบ ทำให้ทีมสามารถตกลงกันได้ในเวลาสั้นและมุ่งเน้นเฉพาะประเด็นที่สำคัญจำนวนน้อย

สรุปการพัฒนาคุณภาพด้วยวงจร PDCA ของเดมมิ่ง จะให้ความสำคัญกับการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานโดยอาศัยการดำเนินการ 4 ขั้นตอนสำคัญ คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการดำเนินการตามความเหมาะสม ร่วมกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพหลายประเภทตามสถานการณ์ และความเหมาะสมของแต่ละกระบวนการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายเพิ่มสูงมากขึ้น

สถานการณ์ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลเกะกา จังหวัดลำปาง

ห้องคลอดเป็นหน่วยงานอยู่ในสังกัดกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเกะกา ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ให้บริการดูแลทุกระยะของการคลอดตั้งแต่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกคลอด 48 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่าย ภายในหน่วยงานประกอบด้วย ห้องรอคลอด จำนวน 2 เตียง เตียงให้บริการอุตราชาวด์จำนวน 1 เตียง ห้องคลอด 1 ห้อง จำนวนเตียงทำคลอด 2 เตียงและห้องดูแลหลังคลอดซึ่งมีเตียงนอน จำนวน 2 เตียง ที่ทำการพยาบาลอยู่กลางห้องในบริเวณห้องรอคลอดสามารถมองเห็นเตียงให้บริการทุกเตียง มีระเบียบสำหรับญาตินั่งพักผ่อน จุดล้างซัก และบริเวณสำหรับทิ้งผ้าเปื้อน 1 จุด หน่วยงานมีนโยบายโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด จึงได้อนุญาตให้ญาติสามารถเฝ้าได้ 1 คน โดยสถิติผู้รับบริการคลอด คือ 375, 283, 322 รายในปี พ.ศ. 2555, 2556, และ 2557 ตามลำดับ (สถิติเวชระเบียนงานห้องคลอด 2555, 2556, 2557) ปัจจุบันมีผู้คลอดเฉลี่ย 30 รายต่อเดือน ผู้คลอดที่มารับบริการจะได้รับการดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสูติ-นรีเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด ในหน่วยงานมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 10 คนประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำการจำนวน 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานแต่ละเวร เช้า: บ่าย: ดึกเท่ากับ 3:2:2 รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยในวันและเวลาราชการ ส่วนนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ในเวร ช:บ:ด เท่ากับ 2:2:2 และทุกๆเวรจะมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรการพยาบาลหนึ่งคนทำหน้าที่การบริหารจัดการให้บริการพยาบาลภายในเวร รวมทั้งมีการนิเทศ กำกับติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานในแต่ละเวรการพยาบาลด้วยโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรการพยาบาล

การจัดระบบการการมอบหมายปัจจุบันเป็นแบบงานตามหน้าที่ (functional assignment) โดยมีหัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าเวรทำหน้าที่มอบหมายงานประจำวันและเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ซึ่งในแต่ละเวรพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยคนละ 1-3 คนและสลับพยาบาลหมุนเวียนกันดูแลผู้คลอดโดยไม่ซ้ำคนเดิม พยาบาลคนที่ 1 เป็นพยาบาลหัวหน้าเวร รับหน้าที่บริหารจัดการภายในเวรให้เกิดความราบรื่นและประสานงานภายใน/ภายนอกหน่วยงาน และรับผิดชอบในการบันทึกทางการพยาบาลของผู้คลอดทุกคน ส่วนพยาบาลคนที่ 2 รับมอบหมายหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแผนการรักษาต่างๆให้แก่ผู้คลอด ตั้งแต่ระยะแรกถึงจนกระทั่งจำหน่ายได้แก่ เมื่อรับใหม่ผู้คลอด พยาบาลจะประเมินอาการและภาวะเสี่ยงก่อนคลอด เฝ้าคลอดในระยะรอ

คลอดเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและสอนการบรรเทาการเจ็บครรภ์ และเตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในกรณีที่มีภาวะเสี่ยง/ฉุกเฉิน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด พยาบาลให้บริการทำคลอดในรายคลอดปกติและช่วยแพทย์ทำคลอดในรายที่คลอดผิดปกติ ให้การพยาบาลดูแลทารกแรกคลอดในห้องคลอดรวมทั้งช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ในช่วง 2 ชั่วโมงแรกคลอด และในระยะหลังคลอดให้การพยาบาลดูแลมารดาและทารกหลังคลอด 48 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่าย

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพในห้องคลอดตามนโยบายคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้คลอดและครอบครัว มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (risk management) การประกันคุณภาพ (quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง CQI (continuous quality improvement) การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบคณะกรรมการต่างๆ ในหน่วยงานทำหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาลโดยเข้าร่วมเป็นกรรมการต่างๆ ดังนี้ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารยา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย หลังจากประชุมแล้วตัวแทนหน่วยงานที่เข้าร่วมประชุมมีหน้าที่ในการนำนโยบายและมาตรการต่างๆ ของแต่ละกรรมการ มาดำเนินการพัฒนาในหน่วยงาน ส่วนคณะทำงานพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน มีการแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพตามปัญหาหรือหัวข้อที่พัฒนา ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานในปี พ.ศ. 2555 - 2556 ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 2 เรื่องในปี 2555 จัดทำเรื่องลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกคลอด ในปี 2556 จัดทำเรื่องลดการติดเชื้อแผลฝีเย็บ การประกันคุณภาพในหน่วยงานจำนวน 2 เรื่อง คือการป้องกันการติดเชื้อสะดือทารกแรกคลอด และการประกันคุณภาพการพยาบาลทารกตัวเหลือง

จากการนิเทศงานประจำวันและการสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ศึกษา พบว่าพยาบาลที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าเวรมีภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบในเวรจำนวนมาก ทั้งในเรื่องการรับและส่งเวรพยาบาล การตรวจเยี่ยมร่วมกับแพทย์ การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งการประสานงานและส่งต่อผลงานกับหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เนื่องจากมีภาระหน้าที่หลายอย่างทำให้ประเมินปัญหาผู้คลอดได้ไม่ครอบคลุม มีเวลาในการพูดคุยกับผู้คลอดและครอบครัวน้อย ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการบันทึกเอกสารและการบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในส่วนสมาชิกทีมมีหน้าที่ทำกิจกรรมการพยาบาลในแผนการรักษาเท่านั้น ไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้คลอดเป็นรายบุคคล พบความเสี่ยงในกระบวนการทำงานเช่นไม่ได้ส่งเวรปัญหาหรือความต้องการของผู้คลอด/หลังคลอดให้แก่หัวหน้าเวร ทำให้ประเมินและบันทึกปัญหาผู้คลอดไม่ครอบคลุม ไม่ได้เซ็นชื่อในใบ

ให้ยาหลังให้ยา ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับยาซ้ำซ้อนจำนวน 1 ครั้ง พบอุบัติการณ์ ไม่ได้เซ็นชื่อหลังฉีดวัคซีนทารก จำนวน 2 ครั้งในปี 2556 (รายงานความเสี่ยงหน่วยงานห้องคลอด, 2556) และในปี 2556 พบความเสี่ยงไม่ได้จ่ายยาให้มารดาหลังคลอดที่จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 2 ราย เนื่องจากพยาบาลหัวหน้าเวรเข้าใจว่า พยาบาลคู่เวรได้จ่ายยาให้แล้วขาดการทวนสอบกับมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดไม่ได้มารับประทานและแอลกอฮอล์เช็ดสะดือทารกต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ญาติเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล (รายงานความเสี่ยงหน่วยงานห้องคลอด, 2556) ในปี 2557 พบอุบัติการณ์การลงข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้คลอดไม่ครบถ้วนจำนวน 4 ครั้ง (รายงานความเสี่ยงหน่วยงานห้องคลอด, 2557)

จากปัญหาดังกล่าวพบว่าการมอบหมายการทำงานในหน่วยงานห้องคลอดยังพบปัญหาในเรื่องการทำงานแยกส่วนตามหน้าที่ที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้มารดาและทารก ได้การดูแลไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง หน่วยงานได้มีการแก้ไขปัญหาความเสี่ยง ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแต่ยังพบว่ายังมีอุบัติการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ดังนี้ ในปี 2556 พบมารดาตกเลือดหลังคลอดหลังจำหน่าย 1 ราย เต้านมเป็นฝี จำนวน 1 ราย ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในปี 2556 จำนวน 15 ครั้ง (รายงานความเสี่ยงหน่วยงานห้องคลอด, 2556) ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัย ความพึงพอใจของผู้คลอด ซึ่งพบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้คลอด จากร้อยละ 86.25 ในปี 2556 ลดลงเป็นร้อยละ 84.8 ในปี 2557 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการมอบหมายงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดคุณภาพของการดูแลและผู้คลอดเกิดความพึงพอใจ ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยอาศัยวงจรการบริหารคุณภาพของเดมมิง(Deming, 1986 อ้างใน อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2544) ซึ่งประกอบด้วย 1) การวางแผนดำเนินการ 2) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน 3) การตรวจสอบติดตามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของพยาบาลจากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ 4) การปรับปรุงแก้ไขทบทวนสรุปผลงานและแผนการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา และเมื่อนำไปใช้จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ