

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental study) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ส่วนที่ 2 รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 7 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.19 ทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานเป็นระยะเวลา 0-5 ปี ร้อยละ 57.14 ระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 14.29 และระยะเวลามากกว่า 10 ปี มีร้อยละ 28.57 พยาบาลวิชาชีพทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้มาก่อน ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในหอคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัด
ลำปาง จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาการ
ปฏิบัติงานในหอคลอด โรงพยาบาลเกาะคา ประสพการณ์การอบรมความรู้เรื่องการ
พยาบาลเจ้าของไข้ (n = 7)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	7	100.00
ชาย		0
อายุ (ปี) (อายุเฉลี่ย= 29.25 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 5.65 ปี)		
21- 40ปี	6	85.71
40 ปีขึ้นไป	1	14.29
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	6	85.71
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	1	14.29
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7	100.00
ปริญญาโท	0	00.00
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน (ปี)		
2-5	4	57.14
6-10	1	14.29
10 ปีขึ้นไป	2	28.57
ประสบการณ์การอบรมความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้		
เคย	0	0
ไม่เคย	7	100.00

ส่วนที่ 2 รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง พัฒนขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด มีลักษณะสำคัญคือมีการกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายที่เรียกว่า “พยาบาลเจ้าของไข้” ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพรายอื่นเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ซึ่งจะเป็นผู้ช่วยเหลือพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้คลอดที่รับผิดชอบระหว่างที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นในการพิจารณา มอบหมายผู้คลอดแก่พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล

องค์ประกอบหลักในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วนสำคัญ คือ 1) การมอบหมายงาน 2) การสื่อสารและการประสานงาน 3) การบันทึกและการรายงาน 4) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 5) การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล 6) มาตรฐานการดูแลผู้คลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การมอบหมายงานในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ในรูปแบบนี้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการมอบหมายผู้คลอดให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้และบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลไว้ดังนี้

1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเป็นผู้พิจารณา มอบหมายผู้คลอดแก่พยาบาลเจ้าของไข้ ในอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้คลอด 1-3 ราย/เวร และเขียนชื่อพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลในแบบฟอร์ม (เอกสารหมายเลข 1ภาคผนวก)

1.2 มีการกำหนดเกณฑ์พิจารณาในการมอบหมายผู้คลอดแก่พยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

1.2.1 ผู้คลอดรายใหม่จะไม่มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้คลอดที่มีอยู่ในภาวะวิกฤติ

1.2.2 การมอบหมายผู้คลอดรายใหม่จะพิจารณาจากภาระงานดังนี้ พยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่มีผู้คลอดในความดูแลจะได้รับผู้คลอดรายใหม่เป็นลำดับแรก ตามด้วย พยาบาลเจ้าของไข้มีผู้คลอดที่คลอดแล้ว พยาบาลเจ้าของไข้มีผู้คลอด ที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า และ พยาบาลเจ้าของไข้มีผู้คลอดปากมดลูกเปิดน้อยที่สุดและผู้คลอดไม่มีภาวะเสี่ยงสูงของมารดาและทารก ตามลำดับ

1.2.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี หรือพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร หรือพยาบาลผู้ช่วยหัวหน้าเวร จะมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้คลอดไม่เกิน 2 ราย

1.3 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าห้องคลอด พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยไว้ดังนี้

1.3.1 หัวหน้าห้องคลอดมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- 1) มีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการให้บริการรูปแบบเจ้าของไข้โดยต้องคำนึงถึงการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาล โดยต้องจัดวางสัดส่วนของอัตรากำลังที่จะดูแลผู้รับบริการให้เหมาะสมตามตำแหน่ง ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบและปริมาณงานของหน่วยงาน
- 2) มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยในเวรเข้าวันราชการ
- 3) ร่วมรับเวร ส่งเวรเพื่อทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้คลอด เพื่อใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาล
- 4) ร่วมเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ก่อนและหลังปฏิบัติงานหรือการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาในระยะคลอด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
- 5) ควบคุมกำกับ และนิเทศงานทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อให้งานดำเนินไปตามแผนที่กำหนด
- 6) ให้คำปรึกษาช่วยเหลือพยาบาลเจ้าของไข้
- 7) จัดให้มีประชุมวิชาการ ถ่ายทอดและการแบ่งปันความรู้ภายในหน่วยงาน เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และการเพิ่มทักษะในการดูแลผู้คลอดและทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูงประจำวัน ประจำสัปดาห์หรือประจำเดือน
- 8) ส่งบุคลากรพยาบาลเข้ารับการอบรม สัมมนา ประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- 9) เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติและช่วยประสานงานกับแพทย์และหน่วยงานอื่นเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ติดให้บริการผู้ป่วยรายอื่นหรือไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

1.3.2 พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- 1) รับมอบหมายผู้คลอดให้รับผิดชอบดูแล 1-3 คนดูแลต่อเนื่องตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
- 2) แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดและญาติ แนะนำตัวเองแก่เพื่อนร่วมงานและทีมการรักษา
- 3) ใช้กระบวนการพยาบาลประเมินสภาพปัญหาของผู้คลอดให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและวางแผนการพยาบาลในการดูแล 24 ชั่วโมง และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

4) ให้การดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำ ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้คลอดและญาติในทุก
ระยะของการคลอด ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

5) ในระหว่างการให้การดูแล พยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีการปฏิบัติการรายงานการ
ส่งเวรการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อน และหลังการปฏิบัติการพยาบาลและการเฝ้าตรวจ
ทางการพยาบาล

6) ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล บันทึกการพยาบาลลงในแบบบันทึกการ
พยาบาลและรายงานภาวะหรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดและทารกแก่พยาบาลหัวหน้าเวร และ
แพทย์ประจำห้องคลอด รวมทั้งปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและอาการของผู้
คลอดภายในเวร

7) รับทราบแผนการพยาบาลของพยาบาลผู้ร่วมดูแล ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง
กับผู้คลอดที่รับผิดชอบในวันที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

8) ประสานงาน ร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ พยาบาลผู้ช่วย
และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมและ
ต่อเนื่อง

9) วางแผนการจำหน่ายผู้คลอดออกจากห้องคลอด และประสานการดูแลผู้คลอด
กับหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อเนื่อง

10) พัฒนาศักยภาพความรู้เพิ่มเติมด้านวิชาการ เข้าร่วมประชุมอบรม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

1.3.3 พยาบาลผู้ร่วมดูแล มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) รับผิดชอบผู้คลอดตามที่ได้รับมอบหมาย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้น
ปฏิบัติงาน

2) แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและบอกหน้าที่รับผิดชอบของตนเองกับผู้
คลอดและญาติตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงาน

3) ให้การดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่
พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้และรับแผนการรักษาของแพทย์แทนในเวลาพยาบาลเจ้าของไข้
ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

4) ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้หรือหัวหน้าห้องคลอดหรือหัวหน้าเวร
หากต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของปัญหา อาการและความ
ต้องการของผู้คลอด

5) ในระหว่างการให้การดูแล มีการรายงานการส่งเวร การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลและการเฝ้าตรวจทางการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ

6) บันทึกแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลให้ครบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล

2. การสื่อสารและการประสานงาน

พยาบาลเจ้าของไข้จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานประสานการดูแลและวางแผนการจำหน่ายผู้คลอดร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีการสื่อสาร ดังนี้

2.1 สื่อสารกับผู้คลอดและครอบครัว จะมีการสื่อสารโดยตรงอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกได้รับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ให้ข้อมูลการดูแลรักษาในทุกระยะของการคลอด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

2.2 สื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร โดยมีการเฝ้าตรวจร่วมกันให้ข้อมูลในการวางแผนดูแลผู้คลอด รายงานอาการผิดปกติของมารดาและทารกในครรภ์หรือผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลรักษา

2.3 สื่อสารกับหัวหน้างานในการทบทวนการดูแลผู้คลอด คุณภาพการบริการพยาบาล การปรึกษาปัญหา ขอคำแนะนำในกรณีปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งการประเมินผลการดูแลผู้คลอดร่วมกัน

2.4 สื่อสารกับพยาบาลผู้ช่วยดูแลโดยตรงในการวางแผนการพยาบาลผู้คลอดโดยการส่งต่อข้อมูลในแต่ละเวรหรือรายงานการเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาของแพทย์ในกรณีที่ผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลง

2.5 สื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆเช่นนักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร ชนาคารถเลือด ห้องผ่าตัด วิสัญญี เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ ทีมเยี่ยมบ้าน จะสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการประสานการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆหรือข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องใช้การสื่อสารผ่านช่องทางที่มีประสิทธิภาพ ด้วยวาจา แผนการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลและการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และพยาบาลเจ้าของไข้จะทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. การบันทึกและการรายงาน

พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลในเวรต่อไปในเรื่องการรักษาพยาบาล กิจกรรมของผู้คลอดในเวรนั้นๆ โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ โดยเขียนการบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล (เอกสารหมายเลข 2ภาคผนวก) ทั้งนี้จะต้องมีการเขียนที่แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการดูแลผู้คลอดเป็นรายบุคคลดังนี้

3.1 พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้บันทึกข้อมูลสำคัญของผู้คลอด ในแบบรายงานของผู้คลอด ประวัติทางการพยาบาล แผนการพยาบาล แบบบันทึกพาร์โตกราฟ (partograph) การบันทึกเสียงหัวใจทารกการหดตัวของมดลูก การดูแลรักษา การตรวจร่างกาย กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือในแต่ละช่วงเวลา ในส่วนพยาบาลผู้ร่วมดูแลในเวรต่อไปจะเป็นผู้ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและมีการบันทึก กิจกรรมการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้คลอดในเวรที่ดูแลรับผิดชอบ

3.2 พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลในแต่ละเวรจะส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปตามแนวทางการรับ-ส่งรายงานอาการผู้คลอด

4. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญในการปฏิบัติงานพยาบาลและการนิเทศการพยาบาล เนื่องจากการหาแนวทางปฏิบัติที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้แก่ผู้คลอด โดยอาศัยประสบการณ์ ความคิด ความรู้ของสมาชิกในกลุ่มโดยการเสนอแนะวิธีปฏิบัติแก่ผู้คลอด แผนที่จะช่วยเหลือ และประเมินการดูแลที่ให้แก่ผู้คลอดไปแล้ว

4.1 การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติการพยาบาล (Pre-conference)

เป็นการประชุมปรึกษาก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับผู้คลอดที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้คลอดให้ถูกต้องก่อนเริ่มลงมือปฏิบัติงาน มีแนวทางดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์ของการประชุม
2. การเตรียมประชุมหัวหน้าห้องคลอดหรือหัวหน้าเวรมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลเจ้าของไข้ เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอด ได้แก่ 1) ประวัติการเจ็บป่วย และสภาพผู้คลอด ณ ปัจจุบัน 2) ปัญหาที่พบ เรียงลำดับความสำคัญและเร่งด่วนของปัญหา 3) แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษา

3. การดำเนินการประชุม

3.1 พยาบาลเจ้าของไข้รายงานการประเมินปัญหาผู้คลอดที่ได้รับมอบหมายแบบองค์รวม

3.2 สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยน พุดคุยซักถามปัญหาและการดูแลในส่วนที่ยังไม่ชัดเจน

3.3 หัวหน้าห้องคลอดหรือหัวหน้าเวรให้ข้อเสนอแนะ

3.4 บันทึกข้อมูลการประชุมปรึกษา ข้อเสนอแนะต่างๆและติดตามผลการปฏิบัติงาน

4.2 การประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติการพยาบาล (Post-conference)

เป็นการประชุมปรึกษาเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน และเป็นการเรียนรู้ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากรในทีมการพยาบาลตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

1) หัวหน้าห้องคลอดและพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติงานในเวรเช้า ที่ได้ปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้ว

2) พยาบาลเจ้าของไข้ รายงานผลการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่องในเวรต่อไป

3) พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับทีม วิเคราะห์ปัญหาและเรียนรู้ร่วมกับทีมพยาบาล

4) พยาบาลเจ้าของไข้แสดงความรู้สึก ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในเวรของตนเองทั้งทางบวกและลบ

5) พยาบาลเจ้าของไข้สรุปผลการเรียนรู้ ข้อเสนอแนะต่างๆ

5. การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลเป็นการวางแผนดำเนินการเข้าเยี่ยมผู้คลอด ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้คลอดเพื่อศึกษาถึงความก้าวหน้าของการคลอด และการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดอย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรมการเยี่ยมตรวจดังนี้

5.1 พยาบาลเจ้าของไข้ เยี่ยมตรวจก่อนส่งเวร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความพร้อมก่อนส่งเวร

5.2 พยาบาลเจ้าของไข้เยี่ยมตรวจในช่วงเช้าหรือกลางเวร เพื่อชี้แจงข้อมูลหรือตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล

5.3 พยาบาลเจ้าของไข้เยี่ยมตรวจกับทีมสุขภาพ เพื่อวางแผนร่วมกันดูแลช่วยเหลือผู้คลอดอย่างเหมาะสม

6. มาตรฐานการดูแลผู้คลอด

6.1 การพยาบาลในวันที่เริ่มรับผู้คลอดการดูแลในระยะก่อนคลอด

6.1.1 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรปฏิบัติดังนี้ 1) มอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ 2) ช่วยประเมินอาการผู้คลอดแรกรับ 3) ช่วยซักประวัติรวบรวมข้อมูลผู้คลอดและครอบครัว 4) ช่วยประสานกับแพทย์ผู้ดูแลผู้คลอด 5) ตรวจสอบความเรียบร้อยของหัตถการและรายการยาที่ผู้คลอดได้รับ 6) ตรวจสอบการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ชันสูตร เกสซกรรม

6.1.2 พยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล เมื่อผู้คลอดมาถึงห้องคลอดมีการให้บริการดังนี้

- 1) แนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้คลอดแบบเจ้าของไข้
- 2) ปฐมนิเทศผู้คลอด แจ้งแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดของครอบครัวในระยะเจ็บครรภ์คลอดและหลังคลอด
- 3) ซักประวัติและบันทึกประวัติทั่วไปและการเจ็บครรภ์ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้คลอด ตรวจสอบบันทึกอาการสัญญาณชีพ (Vital signs) และตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 4) เขียนบันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 5) ช่วยประสานงานให้ครอบครัวผู้คลอดได้สอบถามอาการและแนวทางการดูแลจากแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร

6.2 การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอด

พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้ / พยาบาลผู้ร่วมดูแล ให้การพยาบาลดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูลในระยะของการคลอดแก่ผู้คลอดที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่เน้นความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกเป็นสำคัญ
2. วางแผนการดูแลการพยาบาลการคลอด สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอดและการปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์
4. สอนให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้คลอดมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด การช่วยนวดและสอนการหายใจเพื่อบรรเทาการเจ็บครรภ์ ตลอดจนการช่วยปลอบโยนให้กำลังใจผู้คลอด
5. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดด้วยพาโตแกรม (Partogram)
6. เขียนบันทึกทางการพยาบาลตามกิจกรรมและเวลา ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

6.3 การพยาบาลมารดาในระยะคลอด

พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลดังนี้

1. ประเมินสภาพทั่วไปของมารดา สัญญาณชีพความสามารถในการเบ่งคลอด ให้กำลังใจและแนะนำวิธีการเบ่งคลอดอย่างถูกต้อง
2. ประเมินติดตามสภาพทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังสภาวะทารกในครรภ์ (fetal monitoring)
3. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดได้โดย ประเมินการหดตัวของมดลูกและประเมินการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ
4. ให้บริการการทำคลอดปกติและช่วยแพทย์ทำคลอดในรายที่คลอดผิดปกติ รวมทั้งให้การพยาบาลทารกแรกคลอด
5. ให้การพยาบาลทำคลอดครกและซอมแซมแผลฝีเย็บ
6. พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแล ดูแลมารดาและทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกคลอด
7. พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแล ให้ทารกดูดนมมารดาทันทีหรือภายใน 30 นาทีหลังคลอดนาน 1 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

พยาบาลทารกแรกเกิด

พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลดังนี้

1. การดูแลทางเดินหายใจช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง การเช็ดตา และป้ายตาทารกด้วย Terramycin ointment
2. เช็ดตัวให้แห้ง ผูกสายสะดือ และทำความสะอาดสายสะดือ ใส่หมวก ห่อตัวรักษาความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิต่ำ
3. ตรวจประเมินสภาพทารก ประเมินให้คะแนนแอบการ์สกอร์ (APGAR score)
4. นิดยาวิตะมินเคทางกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมอง ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว และวัดอุณหภูมิกายทารก
5. กระตุ้นดูดนมมารดาภายใน 30 นาทีนาน 1 ชั่วโมงเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและทารกแรกเกิด (skin to skin contact)

6.4 การพยาบาลมารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก

พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้/พยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลดังนี้

1. ทำการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลร่วมกับหัวหน้าห้องคลอดและนำเสนอแผนการพยาบาลผู้คลอดแก่พยาบาลในเวรก่อนและหลังการปฏิบัติงาน

2. ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของมารดาหลังคลอดและครอบครัวให้มีความสอดคล้องกับแผนการรักษา

3. ให้การดูแลมารดาหลังคลอดตามแผนการพยาบาลและแผนการดูแลรักษาของแพทย์

4. ติดตามความต่อเนื่องและปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลของพยาบาลผู้ร่วมดูแลและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

5. ให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

6. ให้ผู้ศึกษาการปฏิบัติตัวมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดตามแผนการสอนสุขศึกษาของหน่วยงาน

7. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอดและครอบครัว

8. ติดตามข้อมูลความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสารการแจ้งเกิดและมอบหมายให้ครอบครัวนำหลักฐานดำเนินการแจ้งเกิด

9. ส่งรายงานอาการมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดให้กับพยาบาลที่รับผิดชอบในเวรต่อไป

6.5 การพยาบาลมารดาหลังคลอดในระยะต่อเนื่องจนถึงจำหน่าย

พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้ /พยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลดังนี้

1. ให้การดูแลมารดาหลังคลอดตามแผนการพยาบาลและแผนการดูแลรักษาของแพทย์

2. ติดตามความต่อเนื่องและปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลของพยาบาลผู้ร่วมดูแลและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

3 ให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

4. ให้ผู้ศึกษาการปฏิบัติตัวมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดตามแผนการสอนสุขศึกษาของหน่วยงาน

5. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดและทารกออกจากโรงพยาบาล

6. ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอดในชุมชน

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ภายหลั้มนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ไปใช้และติดตามประเมินผลพบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ดี และไม่พบว่ามีอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มพัฒนาคุณภาพและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น ได้ข้อมูลดังนี้

1. หัวหน้าเวรบางคนยังมีความสับสนในการมอบหมายผู้คลอดให้พยาบาลเจ้าของไข้

ถึงแม้ว่าในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการกำหนดเกณฑ์การมอบหมายผู้คลอดให้พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยดูแล แต่ยังพบปัญหาว่าหัวหน้าเวรบางคนยังมีความสับสนและไม่มั่นใจในการมอบหมายผู้คลอดรายใหม่ให้พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด ดังคำพูดของหัวหน้าเวรที่ว่า

“เรายังไม่ค่อยมั่นใจในการมอบหมายผู้คลอด ในกรณีที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้กันแล้วทั้งคู่พยาบาลคนหนึ่งคิดทำคลอด พยาบาลหัวหน้าเวรดูแลผู้คลอดที่เสี่ยงสูงมีความซับซ้อน เวลาปรับใหม่จึงไม่แน่ใจว่าควรมอบหมายให้ใคร”

“ไม่มีเกณฑ์สำหรับมอบหมายงานพยาบาลผู้ร่วมดูแล ในกรณีที่ในเวรไม่มีพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีการมอบหมายงานกันยังไง”

“เวลามอบหมายงานต้องเอาเกณฑ์มาไล่ดูกัน เพราะไม่มั่นใจจะทำถูกต้องตามเกณฑ์หรือไม่”

ข้อเสนอแนะ

1. หัวหน้างานเป็นที่ปรึกษา นิเทศ กำกับแต่ละเวรในช่วงแรกอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความมั่นใจในการมอบหมายงานของพยาบาล

2. ปรับเกณฑ์การมอบหมายให้กระชับ เพิ่มเกณฑ์การมอบหมายงานแก่พยาบาลผู้ร่วมดูแล และมีการทบทวนเกณฑ์การมอบหมายบ่อยๆ

2. พยาบาลน้องใหม่ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและซับซ้อน

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้นี้ พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องรับผิดชอบทำการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้คลอดโดยลำพัง ซึ่งแตกต่างจากการมอบหมายงานแบบเดิมที่พยาบาลวิชาชีพจะร่วมกันในการดูแลผู้คลอดแต่ละราย การมอบหมายงานในลักษณะนี้จึงทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยขาดความมั่นใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้คลอด โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายในระหว่างรอคลอดและระหว่างคลอด ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพอาวุโสที่ว่า

“น้องๆ ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงบางอย่างเช่นการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาแมกซอลแล้วต้องเฝ้าระวังหลังได้รับยา ทำให้ยังไม่มั่นใจว่าสามารถวางแผนการพยาบาลและดูแลเพียงคนเดียวได้”

สอดคล้องกับคำพูดของพยาบาลใหม่ ที่กล่าวว่า “การดูแลผู้คลอดที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือการช่วยแพทย์หัตถการบางอย่างที่ไม่ค่อยเจอ น้องๆ ไม่รู้ว่าจะทำอะไรก่อนหลัง ต้องถามพี่ตลอด อยากให้พี่ๆ ช่วยเป็นพี่เลี้ยงอยู่”

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยงให้ความช่วยเหลือพยาบาลน้องใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยง
2. ควรมีการอบรมความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนอย่างต่อเนื่อง

3. พยาบาลเกิดความเครียด กังวลในกรณีที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้มีผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและซับซ้อนและมีผู้คลอดในความดูแลหลายคน

การที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้คลอดโดยลำพัง ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิดความเครียด กังวลมากขึ้น หากผู้คลอดที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและซับซ้อนและยังมีผู้คลอดในความดูแลอีกหลายคนหรือมีหัตถการพร้อมๆ กันทำให้รู้สึกเครียด ทำงานไม่ทันและกังวลว่าพยาบาลเจ้าของไข้จะดูแลได้ไม่ทั่วถึง ทำให้อยากกลับไปใช้มอบหมายงานแบบเดิม”

หรือในกรณีที่มีผู้คลอดที่ต้องดูแลหลายคน ดังคำพูดของพยาบาลที่ว่า “เวลาที่ยุ่งๆ มีเรื่องที่ต้องทำพร้อมๆ กัน บางเวรรับใหม่พร้อมๆ กัน มีคลอดหรือต้องไปปรับทารกผ่าตัดคลอดหรือหัวหน้าติดประชุม ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรก่อนหลัง คิดไม่ออก”

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับรูปแบบการมอบหมายงานดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้เฉพาะผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและมีความซับซ้อนในการดูแล มอบหมายให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้
2. ในกรณีที่มีการระงับการเสริมอัตราค่าจ้าง ปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานให้พยาบาลที่เป็นอัตราค่าจ้างเสริมรับผิดชอบในการช่วยทำหัตถการและการจัดยาโดยไม่ต้องมอบหมายงานเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในเวลานั้น

การอภิปรายผล

ผู้ศึกษานำผลการศึกษามาอภิปราย โดยจำแนกเป็น 2 ประเด็น คือ 1) รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกะกา และ 2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกะกา ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกะกา จังหวัดลำปาง

รูปแบบเจ้าของไข้พยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายเดิมตั้งแต่ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอดและหลังคลอด พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ในประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้คลอดตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งการประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนดูแลและแก้ไขปัญหาต่างๆ แก่ผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในบทบาทดังกล่าวเป็นการดูแลผู้คลอดแบบองค์รวมโดยยึดผู้คลอดและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Marram et al., 1974) รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในนี้ สามารถแก้ปัญหาการมอบหมายการพยาบาลรูปแบบเดิมในห้องคลอด โรงพยาบาลเกะกาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเกะกา มุ่งแต่ปฏิบัติในหน้าที่ของตนให้เสร็จภายในเวรเท่านั้น ในเรื่องการวางแผนการพยาบาลพบว่าการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกการพยาบาลมีความสมบูรณ์และครอบคลุมมากขึ้นและการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดมีความต่อเนื่อง ในส่วนพยาบาลมีความสนใจศึกษาความรู้เพิ่มมากขึ้น ส่งให้คุณภาพบริการในหน่วยงานดีขึ้นจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลงและตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย (รายงานตัวชี้วัดหน่วยงานห้องคลอด, 2558)

นอกจากนี้รูปแบบเจ้าของไข้พยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นมีการเพิ่มกิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนการปฏิบัติงานและการประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน ซึ่งแต่เดิมจะไม่

มีการดำเนินการในหน่วยงานมาก่อน กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลนี้เปิดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลได้แลกเปลี่ยนความรู้และทักษะทางการพยาบาลและยังเป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกในทีมร่วมกันใช้ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาในทีม ทำให้สามารถมองภาพปัญหาของผู้คลอดแบบองค์รวม ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาลและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาตนเองด้านองค์ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดอย่างชัดเจน โดยสามารถนำความรู้สู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้แก่ผู้คลอด ส่งผลให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำปัญหาเดิม และเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกทีม

การปรับมาใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด เพราะการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (accountability for patient care) และมีการให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (continuity of patient care) (Marram et al., 1974) ดังนั้นเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการเจ็บครรภ์ กลัวว่าตนเองและทารกในครรภ์จะเกิดอันตราย พยาบาลเจ้าของไข้จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือในการสนับสนุนผู้คลอดเพื่อให้ลดความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดผ่านพ้นการคลอดไปด้วยดีและเกิดประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด (อารีรัตน์ สิกล้า, 2551) นอกจากนี้การมีพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง มีการอนุญาตให้สามีหรือครอบครัวเข้ามาดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอดและหลังคลอดและการที่พยาบาลเจ้าของไข้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและญาติอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอด ญาติกับผู้ให้การรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเซลลิกและคณะ (Sellick et al., 2003) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วย 28 รายที่ได้รับการดูแลในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่าพยาบาลมีเข้าใจความต้องการผู้ป่วยมากขึ้น มีการให้ข้อมูลความเจ็บป่วย มีความใส่ใจและมีการติดต่อสื่อสารกับครอบครัว และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจผู้ให้บริการและรู้สึกว่าการนอนโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่ดี

เมื่อนำรูปแบบเจ้าของไข้พยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์จากการตรวจสอบผลการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลพบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ได้ดี ช่วยแก้ไขปัญหาเดิมของหน่วยงานที่พยาบาลมุ่งแต่ปฏิบัติในหน้าที่ของตนให้เสร็จภายในเวรเท่านั้น ภาระส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของหัวหน้าเวร พยาบาลไม่ได้ทำความเข้าใจปัญหาของผู้คลอดโดยรวม ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีการมอบหมายให้พยาบาลคนเดิมรับผิดชอบในการดูแลผู้คลอดตั้งแต่แรกถึงจนกระทั่งจำหน่ายจะทำให้พยาบาลเกิดความรับผิดชอบ มีความเอาใจใส่ กระตือรือร้นในการศึกษาความรู้เพิ่มเติมเพื่อดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงและซับซ้อนสูงมากขึ้น ซึ่งการมีความสามารถในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงก่อนคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแล

ที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายของมารดา (Ford, Roberts, Simpson, Vaughan & Cameron, 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาของอิงขวัญ อยู่รัตน์ (2553) ที่ว่าการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ส่งเสริมทำให้พยาบาลได้ใช้ความรู้ความชำนาญและทักษะทางวิชาชีพการพยาบาลในการวางแผนและรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการอย่างเต็มศักยภาพได้อย่างอิสระภายในขอบเขตวิชาชีพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

นอกจากนี้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นช่วยแก้ปัญหาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ในการมอบหมายการพยาบาลรูปแบบเดิมมีปัญหาการเขียนแผนการพยาบาลซ้ำซ้อนและไม่ครบถ้วน มีการวางแผนการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่เมื่อนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ให้ความร่วมมือในการทบทวนแนวทางการเขียนแผนการพยาบาล และร่วมกันจัดทำแผนการพยาบาลเฉพาะโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในส่วนแบบฟอร์มในการบันทึกทางการพยาบาลในระยะแรกคลอดพบว่าการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นยังไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน ได้ปรับแบบฟอร์มให้สมบูรณ์มากขึ้นโดยเพิ่มช่องการบันทึกผลการตรวจเพื่อใช้ในการติดตามเฝ้าระวังในผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง และให้ความรู้พยาบาลในเรื่องการเขียนวินิจัยการพยาบาลและการเขียนแผนการพยาบาลที่ถูกต้อง จากการปรับปรุงดังกล่าวทำให้การใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วน สมบูรณ์และต่อเนื่องมากขึ้น ดังแสดงได้จากผลการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.2 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 88.7 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2558 และผลคะแนนการบันทึกในส่วนการประเมินปัญหาและการวางแผนทางการพยาบาลในปี 2557 ได้ร้อยละ 75.5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขวภา จันทรมา (2555) ที่ได้นำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหน่วยวิกฤติและพบว่าภายหลังจากนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ทำให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากขึ้น การบันทึกและการรายงานทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์และต่อเนื่องมากขึ้น

จากการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้คลอดในเดือนกุมภาพันธ์ 2558 พบว่าเป็นไปตามเป้าหมายดังนี้ อัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2) และอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บคือร้อยละ 0 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.5) ไม่พบมารดาหลังคลอดเต้านมเป็นฝี (รายงานความเสี่ยงหน่วยงานห้องคลอด, 2558) จากผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดสามารถพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแล้วส่งผลทำให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง ตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานเป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวานและคณะ (Wan et al, 2011) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลแบบพยาบาล

เจ้าของไข้ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดในระยะแรก และช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ (Wan, Yin, Hou, & Ding, 2009) ซึ่งปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก ของหลังคลอดและปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการวัดคุณภาพบริการ ของงานอนามัยแม่และเด็ก (Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ การดูแลแบบเจ้าของไข้เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในบริการการดูแลเฉพาะทางมารดาและทารก (Lisa & Duncraig, 1998)

2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ภายหลังจากนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ไป ใช้และติดตามประเมินผลพบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ดี และไม่พบว่ามีอุบัติเหตุหรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น แต่ยังพบปัญหาด้านการมอบหมายงานที่ต้องปรับปรุงคือใน รูปแบบ การพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการกำหนดเกณฑ์การมอบหมายผู้คลอดให้พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาล ผู้ช่วยดูแล แต่ยังพบปัญหาว่าหัวหน้าเวรบางคนยังมีความสับสนและไม่มั่นใจในการมอบหมายผู้ คลอดรายใหม่ให้พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด เนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินการทดลองรูปแบบ ใช้ระยะเวลาสั้นคือ 2 สัปดาห์ทำให้พยาบาลยังขาดการทำความเข้าใจในเกณฑ์การมอบหมายและส่วน หนึ่งจากพยาบาลใหม่ ซึ่งยังขาดประสบการณ์ในการมอบหมายงาน จึงมีการแก้ไขโดยหัวหน้างาน เป็นที่ปรึกษา นิเทศ กำกับแต่ละเวรในช่วงแรกอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความมั่นใจในการมอบหมาย งานของพยาบาลและร่วมกันปรับเกณฑ์การมอบหมายให้กระชับและมีการทบทวนเกณฑ์การ มอบหมายบ่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวภา จันทรมา (2555) ที่ว่าในการบริหารจัดการ รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ การติดตามการให้คำปรึกษา กำกับและการอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งการนิเทศกำกับ ติดตามให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีหลายระดับทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้พบปัญหว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข่นี้ พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องรับผิดชอบ ทำการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้คลอดโดยลำพัง ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิด ความเครียด กังวลมากขึ้นหากผู้คลอดที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย โดยเฉพาะในช่วงเวรบ่ายดึก ที่ไม่มีหัวหน้างานขึ้นปฏิบัติงานและในกรณีเวรที่มีภาระเกินมากต้อง

เร่งรีบในการให้บริการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.4) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยห้องคลอด 1-5 ปี เมื่อต้องดูแลผู้คลอดโดยลำพังตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายในระหว่างรอคลอดและระหว่างคลอด การดูแลผู้คลอดที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือการช่วยแพทย์หัตถการบางอย่างที่ไม่ค่อยพบบ่อย ทำให้พยาบาลไม่ทราบถึงขั้นตอนการปฏิบัติและไม่มั่นใจว่าจะทำได้ดี สอดคล้องกับที่สแวนเบอร์ก (Swanburg, 1990) ได้กล่าวว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีข้อจำกัดในสถานการณ์ที่มีพยาบาลเจ้าของไข้ยังมีประสบการณ์น้อยเพราะพยาบาลจะขาดความมั่นใจในการให้การพยาบาล เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบที่พยาบาลเจ้าของไข้ ต้องรับผิดชอบทำการวางแผนการพยาบาลผู้คลอดตั้งแต่รับใหม่ ดูแลในทุกระยะของการคลอด จนกระทั่งจำหน่ายด้วยตนเอง การแก้ปัญหานี้อาจนำผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดโรงพยาบาลเกาะคาที่มีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อนร่วมงานภายในเวร ปรับรูปแบบการมอบหมายงานดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้เฉพาะผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและมีความซับซ้อนในการดูแล มอบหมายให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงคอยให้ความช่วยเหลือพยาบาลน้องใหม่ที่ยังไม่มี ความมั่นใจ ในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยง ซึ่งระบบพยาบาลพี่เลี้ยงมีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อสร้างผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลและสร้างความพึงพอใจในงาน ช่วยลดความวิตกกังวลความเครียดและยังช่วยพัฒนาทักษะทั้งของพยาบาลใหม่และของพยาบาลพี่เลี้ยงตลอดจนทำให้บรรยากาศในการทำงานร่วมกันมีความเข้าใจกัน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2540) นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้มีการอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงให้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนอย่างต่อเนื่อง และในกรณีในเวรที่มีภาระงานเกินและมีการเสริมอัตรากำลัง ควรมีการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานให้พยาบาล ที่เป็นอัตรากำลังเสริมรับผิดชอบในการช่วยทำหัตถการและจัดยา โดยไม่ต้องมอบหมายงานเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในเวรนั้น

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved