

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลเจ้าของไข้
 - 1.1 ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 1.2 แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 1.3 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้
 - 1.4 ข้อดีและข้อจำกัดของการพยาบาลเจ้าของไข้
2. การวิเคราะห์สถานการณ์
 - 2.1 ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 2.2 รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 2.3 การรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้
4. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การพยาบาลเจ้าของไข้

ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้หลายความหมาย ดังนี้

มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการมอบหมายให้พยาบาลคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงและเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมการรักษาพยาบาล

สปอร์ตแมน (Sportsman, 2011) ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการให้การดูแลผู้ป่วย ที่พยาบาลมีความรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยมีแนวคิดในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ให้การดูแลที่สมบูรณ์แบบและต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการสื่อสารกับทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม พยาบาลเจ้าของไข้ต้องใช้ภาวะผู้นำในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและมีพฤติกรรมกรกล้าแสดงออกที่เหมาะสม

เชอร์รี่ (Cherry, 2008) ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการจัดการบริการพยาบาล โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่รับผิดชอบวางแผน ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และมีการมอบหมายพยาบาลผู้ช่วยดูแล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ในขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

จากการทบทวนความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ข้างต้นจะเห็นว่า ความหมายของมาแรมและคณะที่เป็นผู้พัฒนาแนวคิดนี้มีความชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้สรุปความหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ตามความหมายของมาแรมและคณะว่า เป็นวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการมอบหมายให้พยาบาลคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงและเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมการรักษาพยาบาล

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้

การพยาบาลเจ้าของไข้ประยุกต์มาจากรูปแบบการพยาบาลแบบรายผู้ป่วย (case method) โดย มารีย์ แมนเธย์ (Manthey et al., 1970, as cite in Sportsman, 2011) ในปี ค.ศ. 1970 โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ “my nurse and my patient” พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยตามอำนาจหน้าที่ของตน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลโดยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ารับการรักษาจนออกจากโรงพยาบาล (Sportsman, 2011) และได้มีผู้เสนอแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ในเวลาต่อมา ดังนี้

แนวคิดรูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ได้อธิบายถึงแนวคิดรูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ (A model for primary nursing units) ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. การจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้

ในการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ต้องมีสายการบังคับบัญชาของหน่วยงานที่ชัดเจน มีการกระจายอำนาจไปสู่บุคลากรทุกระดับอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย โดยสายการบังคับบัญชามีหัวหน้างานการพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด บังคับบัญชาโดยตรงสู่หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะขึ้นตรงกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ประสานระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลเจ้าของไข้และเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เกื้อหนุนการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีรองหัวหน้างานการพยาบาลที่มีสายการบังคับบัญชาในแนวราบกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีบทบาทที่สอดคล้องกับหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยการให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและรับฟังปัญหาในการพยาบาลเจ้าของไข้และสื่อสารโดยตรงไปยังหัวหน้างานการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นศูนย์กลางประสานการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยมีการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยกับทีมการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ ทีมสหสาขา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยการสื่อสาร ทำได้โดยการสื่อสารทางวาจา ทางบันทึกทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาและการตรวจเยี่ยมร่วมกันระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งควรกำหนดให้ทำเป็นประจำทุกวัน เพื่อเป็นการประเมินผลการรักษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา

2. การจัดตารางปฏิบัติงาน

การจัดตารางปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่ช่วยให้การพยาบาลเจ้าของไข้มีประสิทธิภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นผู้จัดตารางปฏิบัติงานโดยจัดมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอเหมาะสมในแต่ละเวร จัดให้พยาบาลมีจำนวนวันที่ขึ้นปฏิบัติงานติดต่อกัน โดยมีเวลาคาบเกี่ยวกันและต่อเนื่อง 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งจะทำให้พยาบาลเจ้าของไข้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและมีเวลาศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนาตนเองในวันที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน การจัดตารางการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของหน่วยงานและความต้องการของบุคลากร

3. การมอบหมายงาน

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การมอบหมายงานจึงเป็นการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของไข้ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วย และมอบหมายให้มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติหน้าที่แทนพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนั้นพยาบาลหนึ่งคนอาจเป็นทั้งพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล และมอบหมายงานให้บุคลากรระดับอื่น เช่น ผู้ช่วยพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาลเจ้าของไข้ในการปฏิบัติงาน ที่เรียกว่า "buddy system" ซึ่งการมอบหมายงานขึ้นกับจำนวนผู้ป่วย ภาระงานและอัตรากำลังของพยาบาล การมอบหมายงานจะต้องมีใบมอบหมายงานประจำวัน (daily patient assignment) ระบุชื่อผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบ ชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแล และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลเจ้าของไข้ เช่น การประชุมปรึกษากับญาติผู้ป่วย ไว้ด้วย

4. การจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ได้รับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลเจ้าของไข้ต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยให้ครอบคลุมจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และเริ่มวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลและบันทึกไว้ในบันทึกส่งต่อการพยาบาล นิเทศผู้ป่วยเกี่ยวกับ สถานที่ โครงสร้างของหอผู้ป่วย และแนะนำตัวพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ เนื่องจาก พยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเสมือนที่ปรึกษาของผู้ป่วยและครอบครัว จึงควรมีการสร้างสัมพันธภาพซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดไว้ มีการประเมินผลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ในการรับ ส่งเวร พยาบาลทุกคนต้องร่วมรับฟังการส่งเวรพร้อมกันและหลังรับเวรพยาบาลเจ้าของไข้ต้องตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ทบทวนและวางแผนการพยาบาลประจำวัน และในการส่งเวรพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้เตรียมรายงานสำหรับการ

ส่งเวรและส่งเวรให้เวรถัดไปด้วยตนเอง มีการวางแผนการจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่วางแผนการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางแผนไว้

5. การคัดเลือกผู้ป่วย

การมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ จะมีการคัดเลือกผู้ป่วยโดยพิจารณาจากความสามารถของพยาบาลกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งใช้ข้อมูลจากประวัติและสภาวะร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับประกอบการพิจารณา โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาและมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้

6. ลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร

ในองค์กรที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการประชุมปรึกษาในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาบุคลากรพยาบาลในด้านความรู้ ความสามารถ เป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง เนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ต้องเตรียมพร้อมในการประชุมปรึกษาแต่ละครั้งจึงต้องหมั่นศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหรือ ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพยาบาล การประชุมปรึกษาในการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้แก่

6.1 การประชุมปรึกษาประจำวันโดยใช้บันทึกส่งต่อการพยาบาล (Kardex review conferences) เป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลโดยไข้ เกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้นำการประชุมปรึกษา ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยก่อนการประชุมเพื่อตอบคำถามของแพทย์พยาบาลผู้ร่วมงาน

6.2 การประชุมปรึกษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered conferences) เป็นการเสนอข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งควรเกิดขึ้นให้เร็วที่สุด หลังจากรับผู้ป่วย ในการประชุมปรึกษาจะมีการประเมินผู้ป่วยโดยรวมและเสนอต่อพยาบาลคนอื่นๆ เช่น การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษา ยาที่ได้รับและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

6.3 การประชุมปรึกษากับครอบครัว (family conferences) การประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจโรคและการรักษา การพยากรณ์โรค ข้อจำกัดในการดูแล และข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทั้งเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้าน

6.4 การประชุมปรึกษากับแพทย์ (physician conference) การประชุมปรึกษาที่นอกเหนือจากการสื่อสารแบบสามเหลี่ยม เป็นการทบทวนการรักษาและผลลัพธ์ พยาบาลเจ้าของไข้จะได้ความรู้จากแพทย์และจากการเตรียมตัวหาความรู้ก่อนเข้าประชุม ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเอง

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ แมคไกวอร์ (MacGuire, 1989)

การพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ แมคไกวอร์ (MacGuire, 1989) ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 10 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจะมีการมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะมีการแนะนำตัวให้ผู้ป่วยทราบว่า เป็นพยาบาลเจ้าของไข้
2. พยาบาลเจ้าของไข้มีความรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง คือ มีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยไว้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่องเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน
3. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. พยาบาลเจ้าของไข้มีการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับแพทย์ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ
5. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีความรับผิดชอบผลของการดูแลที่เกิดจากการประสานงานกับทีมสุขภาพ
6. เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องพยาบาลเจ้าของไข้ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และมีพยาบาลผู้ช่วยดูแลให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานและหากมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลควรให้พยาบาลเจ้าของไข้รับทราบหรือพิจารณาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนในสถานการณ์ฉุกเฉิน
7. มีการมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้ป่วยหนึ่งคน มีพยาบาลผู้ร่วมดูแล 2-3 คน
8. ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติจะมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้
9. มีการปรึกษาผู้ชำนาญเฉพาะทางในการวางแผนและประเมินผลการพยาบาลสำหรับการพยาบาลหรือการฟื้นฟูสภาพที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง
10. พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับบุคลากรอื่นๆที่ไม่ใช่พยาบาล เช่น พนักงานช่วยการพยาบาล เสมียนหอผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทุกด้านอย่างเหมาะสม

จากแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) และ แมคไกวอร์ (MacGuire, 1989) มีสาระสำคัญที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของ การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่ง

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ แมคไกวอร์ (MacGuire, 1989)จะเน้นที่การปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้ แต่แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ(Marram et al., 1974) จะมีความชัดเจนและครอบคลุมในองค์ประกอบต่างๆของการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งทั้งหมดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการของหน่วยงานที่นำการพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและเอื้ออำนวยให้การพยาบาลเจ้าของไข้บรรลุเป้าหมาย ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) สำหรับนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้

การพยาบาลเจ้าของไข้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการค้นหาขอบเขตของการพยาบาลจากรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้านและจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Sportmans, 2011) รวมทั้งมีการวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย โดยอธิบายปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยพร้อมอธิบายวิธีการแก้ปัญหาและวิธีการประเมินผล (Marram et al., 1974)
2. ดูแลผู้ป่วยด้วยสำนึกความรับผิดชอบ พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Cherry, 2008) บุคลากรพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่อเนื่อง มีมาตรฐานและควบคุมให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล (Marram et al., 1974)
3. มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จากการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน และมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสม และมีการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ (Marquis & Huston, 2009)
4. ให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงความเป็นมนุษย์และความต้องการเฉพาะบุคคลโดยพิจารณาอารมณ์ ความรู้สึก สังคม จิตวิญญาณ และร่างกายของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ วางแผนการพยาบาลทั้งการพยาบาลและการสอนที่ครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว (Marram et al., 1974)
5. มีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทุกแง่มุมโดยใช้ประโยชน์จากบุคลากรในหน่วยงานและทรัพยากรต่างๆอย่างคุ้มค่า คุ่มทุน (Cherry, 2008) ยอมรับความคิดเห็นหรือข้อมูลย้อนกลับจากทีมพยาบาลและทีมสหสาขา (Marquis & Huston, 2009)ใช้แหล่ง

ประโยชน์ในชุมชนให้เกิดประโยชน์ โดยติดต่อประสานงานตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมในการวางแผนจำหน่าย (Marram et al., 1974)

6. บุคลากรได้รับการพัฒนา พัฒนาความสามารถของแต่ละบุคคล โดยการให้คำปรึกษาและประเมินผล และกระตุ้นให้แต่ละคนค้นหาปัญหาและความต้องการของตนเองและพัฒนาไปพร้อมๆ กับการทำงาน รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวคิดใหม่ๆ หรือมีความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับการบริการพยาบาล (Marram et al., 1974) พัฒนาความรู้ทางคลินิก การพยาบาล รวมทั้งทักษะในการสื่อสาร และการแสดงออกที่เหมาะสม (Sportmans, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า วัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ เพื่อให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่องตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการประสานจากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งพยาบาลได้มีการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ความสามารถ ทักษะการสื่อสาร ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และสร้างสรรค์การบริการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อดีและข้อจำกัดของการพยาบาลเจ้าของไข้

ข้อดีของการพยาบาลเจ้าของไข้

1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ เนื่องจากการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่แท้จริง โดยเป็นการดูแลแบบปัจเจกบุคคลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการปกป้อง มีความไว้วางใจในตัวพยาบาลเจ้าของไข้รวมถึงการไว้วางใจในองค์กรสุขภาพนั้นด้วย (Marram et al., 1974)

2. เกิดการประสานงานที่ดีในการบริการสุขภาพ จากการประสานงานของทีมสุขภาพทั้งในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานงานทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ (Sportsman, 2011)

3. เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน จากการที่ต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่องต้องอาศัยการร่วมปรึกษาหารือและการร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรพยาบาลทุกระดับ (มะลิพิมพ์ลา, 2552)

4. พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานจากการที่มีอำนาจในการตัดสินใจภายในขอบเขตวิชาชีพ สามารถใช้ความรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ที่มีความภาคภูมิใจในผลการปฏิบัติงานของตนเอง (Marquis & Huston, 2009)

5. ส่งเสริมการปฏิบัติงานแบบมีอาชีพของพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีความรับผิดชอบตลอดการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จึงต้องพัฒนาความรู้ของตนเองอยู่เสมอเพื่อความสามารถในการให้การพยาบาลเชิงลึก เข้าใจเหตุผลของการรักษาและมีเหตุผลในการให้การพยาบาล และต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยให้ได้ครอบคลุมเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขได้ถูกต้อง ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย มีความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี รู้จักวางแผนประสานงาน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และรู้จักแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแล (Marram et al., 1974)

6. ส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพจากการที่พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงานและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง (Dobson & Tranter, 2008)

7. พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยสูงขึ้นเป็นการยกระดับคุณภาพการพยาบาลจากการที่ต้องรับผิดชอบกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างที่ช่วยในการทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายจากการเจ็บป่วยและฟื้นฟูสภาพ (Beck & Markov, 2007)

การพยาบาลเจ้าของไข้มีข้อดีที่เป็นการบริการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจากการดูแลแบบปัจเจกบุคคลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยส่งผลต่อความไว้วางใจในองค์กร นอกจากนี้ยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานจากการที่ต้องมีการประสานงาน และต้องมีความร่วมมือกันในการดูแลรักษาเพื่อเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลมีความพึงพอใจและภาคภูมิใจในการทำงานจากการที่มีอิสระ มีเอกสิทธิ์และมีอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความรู้ความสามารถ นอกจากนี้ การพยาบาลเจ้าของไข้มีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองเพื่อนำความรู้ที่ได้มาดูแลผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย จึงต้องมีการพัฒนาทั้งทางด้านความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาลเชิงลึกและทักษะต่างๆ นอกเหนือจากการพยาบาล เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การวางแผน ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ความสามารถมากขึ้นจะเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

1. พยาบาลต้องใช้ชั่วโมงในการทำงานโดยเฉพาะการเขียนแผนการพยาบาลมารวมทั้งต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการพยาบาลทั่วไปและเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรงจึงอาจทำให้เกิดความเครียด (ฉัฐภา ศิริรัตน์พิริยะ, 2552)

2. การนำรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ให้ได้ผลดีต้องทำความเข้าใจในแนวคิดของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ให้ตรงกัน ผู้ปฏิบัติต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติมีทัศนคติที่ดีและเห็นถึงประโยชน์ เพื่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติ (Marram et al., 1974)

3. การจัดการตารางปฏิบัติงานอาจยุ่งยากเพราะต้องให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย (Cherry, 2008)
4. พยาบาลเจ้าของไข้อาจเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยที่อาการหนัก ซ้ำซ้อนและต้องรับผิดชอบโดยตรงเป็นเวลาต่อเนื่องกันอาจทำให้เกิดความเครียดได้ (Goode & Rowe, 2001)
5. ต้องมีการเตรียมพร้อมของพยาบาลเจ้าของไข้ด้านความรู้ทางคลินิก ทักษะการตัดสินใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Sportsman, 2011) พยาบาลที่ไม่มีการเตรียมตัวด้านการสื่อสารอาจไม่สามารถเป็นผู้ประสานงานที่ดีระหว่างทีมรักษา และอาจไม่สามารถค้นหาปัญหา ความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย (Marquis & Huston, 2009)
6. การใช้พยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นเกินไป โดยเฉพาะ 1-2 วัน อาจมีอุปสรรคเนื่องจากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาที่จะประเมินและให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย (Cherry, 2008)
7. การนำพยาบาลเจ้าของไข้ลงสู่การปฏิบัติค่อนข้างยากเนื่องจากต้องการพยาบาลที่มีความรับผิดชอบและมีเอกสิทธิ์ในการทำงานสูง (Marquis & Huston, 2009)
8. พยาบาลบางกลุ่มอาจไม่ต้องการที่จะมีความรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขเนื่องจากขาดประสบการณ์หรือทักษะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเจ้าของไข้ จนบางครั้งอาจส่งผลต่อการสรรหาและการคงอยู่ของพยาบาล โดยเฉพาะขณะที่มีปัญหาขาดแคลนพยาบาล (Marquis & Huston, 2009)
9. ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ดังนั้น การพยาบาลเจ้าของไข้อาจไม่ใช่รูปแบบที่ดีที่สุด ในช่วงที่มีการขาดแคลนพยาบาล และการที่มีแต่พยาบาลวิชาชีพอาจทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นหลายองค์กร จึงประยุกต์ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ที่ประกอบด้วยพยาบาลระดับต่ำกว่าวิชาชีพร่วมเป็นทีมพยาบาลเจ้าของไข้ ที่เรียกว่า Co-Primary nursing หรือ Partnership model (Sportsman, 2001)
10. การพยาบาลเจ้าของไข้มีต้นทุนทางการพยาบาลสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การพยาบาลแบบรายผู้ป่วยและการพยาบาลแบบทีมซึ่งมีต้นทุนทางการพยาบาลต่ำที่สุด (Fernandez, Johnson, Tran, & Miranda, 2012)

การพยาบาลเจ้าของไข้มีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษา ให้การดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมและต้องให้การพยาบาลเชิงลึก รวมทั้งต้องใช้ทักษะและความสามารถหลายด้านจึงอาจทำให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะการได้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นเวลาต่อเนื่องกัน และหากพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้มีการเตรียมพร้อมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นต่างๆ รวมทั้งไม่เข้าใจแนวคิดของการพยาบาลเจ้าของไข้ อาจเกิดความไม่พึงพอใจและไม่ยอมรับในการปฏิบัติซึ่งจะส่งผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลในหน่วยงาน และเนื่องจาก

การพยาบาลเจ้าของไข้ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากและต้องการพยาบาลที่มีความรับผิดชอบ และมีความรู้ ความสามารถและความมีเอกสิทธิ์ในการทำงานสูงจึงมีข้อจำกัดในด้านต้นทุนการพยาบาลและอัตราค่าจ้างที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านความยุ่งยากในการจัดตารางปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องจัดให้พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแต่บางครั้งผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่สั้นเกินไปจึงไม่ทั้ประเมินปัญหาและให้การพยาบาลได้ครอบคลุม

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ไว้ดังนี้

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) ได้ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาหาคำตอบอย่างละเอียด รอบคอบ ในประเด็นที่เกิดขึ้นทุกประเด็นและวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆหรือสถานที่ใดๆสถานที่หนึ่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาจากสภาพแวดล้อมในทุกมิติและหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้นๆในการตัดสินใจแก้ปัญหาจนเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้

ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ (2553) ได้ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงหรือการศึกษาในแนวคิดขององค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่สนใจ เพื่อค้นหาข้อมูลที่ชัดเจนของสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) ได้ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นวิธีการวิเคราะห์เกี่ยวกับจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรคหรือสิ่งคุกคาม ซึ่งการวิเคราะห์ครอบคลุมปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเพื่อทราบจุดแข็งและโอกาสที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน และทราบถึงจุดอ่อนและอุปสรรคหรือสิ่งคุกคามที่ขัดขวางความสำเร็จของการดำเนินงาน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

จากความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว สรุปได้ว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาหาคำตอบอย่างละเอียด รอบคอบ ในทุกประเด็นที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆหรือสถานที่ใดๆสถานที่หนึ่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และค้นหาข้อมูลที่ชัดเจนของสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนที่จะหาข้อสรุปหรือตัดสินใจดำเนินการอย่างใดลงไปเพื่อแก้ปัญหา

รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปรูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์ได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดทฤษฎีฐานราก (grounded theory) เป็นการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยผสมแนวคิดระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณกับงานวิจัยเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน จากความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนจะตอบสนองสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่ปฏิสัมพันธ์อยู่ตามความหมายของสิ่งนั้นๆ เป็นพลวัตรปรับเปลี่ยนไปตามปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทที่ต่างกันซึ่งมี 3 ลักษณะคือ สถานการณ์ปัญหา (situation map) บริบททางสังคม (social map) และตำแหน่งของปัญหา (position map) โดยมีหลักการที่สำคัญคือ เวลา สถานที่และสิ่งแวดล้อมของเหตุการณ์นั้นๆ (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์กรหรือเฉพาะสถานการณ์หนึ่งๆ ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพหรือทางคลินิก (clinical situation analysis) เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์หรือปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบัน เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหาหรือความแปรปรวนของระบบบริการอย่างรอบด้านก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งลงไปไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงนโยบาย การดำเนินการ การสร้างแนวปฏิบัติหรือการนำแนวปฏิบัติมาใช้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553) การวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพ มีการใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีเป็นตัวกำหนด เช่น กรอบแนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านคุณภาพของการดูแลภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิก มีกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ และนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือการตัดสินใจสถานการณ์นั้นๆ (Donabedian, 2003) หรืออาจใช้แนวคิดของเกณฑ์หรือมาตรฐานกลางของหน่วยงานในการศึกษา เช่น กระบวนการบริหารความเสี่ยง ในการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

2.2 การวิเคราะห์สถานการณ์แบบ SWOT analysis เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ขององค์กรเกี่ยวกับจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรคหรือสิ่งคุกคาม ซึ่งการวิเคราะห์ครอบคลุมปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเพื่อทราบจุดแข็งและโอกาสที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน และทราบถึงจุดอ่อนและอุปสรรคหรือสิ่งคุกคามที่ขัดขวางความสำเร็จของการดำเนินงาน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพหรือทางคลินิกโดยวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยในปัจจุบันโดยใช้แนวคิดรูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) และค้นหาข้อมูลของสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

การรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) หรือการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) โดยใช้การรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการรวมกัน (multi-method) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ไม่จำเป็นต้องกำหนดด้วยหลักการทางสถิติ เพราะไม่มีเป้าหมายที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ทั่วไป แต่จะใช้เพื่อแก้ปัญหาของหน่วยงานเป็นหลักจึงควรกำหนดตามความเหมาะสมและความครอบคลุม ที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น น่าเชื่อถือและครอบคลุม ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลายโดยต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ศึกษา(พิบูล นันทชัยพันธ์, 2551)

วิธีการรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์มีดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่นิยมใช้คือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็นคำถามปลายเปิดและแบบสอบถามปลายปิด (ภักตราภรณ์ ท่งปันคำ, 2553) แบบสอบถามปลายปิด (close form) เป็นแบบสอบถามที่มีการระบุคำตอบให้เลือกตอบ อาจเป็นการเติมคำหรือข้อความสั้นๆ ส่วนแบบสอบถามปลายเปิด (open form) เป็นแบบสอบถามที่ไม่กำหนดหรือระบุคำตอบไว้ให้ เปิดโอกาสให้ผู้ตอบสามารถตอบได้อย่างอิสระ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) นอกจากนี้ การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ยังรวบรวมได้จากหลักฐานข้อมูลที่มีอยู่ เช่น รายงาน ผลการสำมะโนประชากร หรือ สถิติต่างๆในการดำเนินงานเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 2.1 การสัมภาษณ์ (interview) ได้แก่ การสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interview) เป็นการพูดคุยระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยทั่วไปควรใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1.5-2 ชั่วโมง สถานที่ในการสัมภาษณ์ควรเป็นสถานที่เงียบสงบ เป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวน และการสัมภาษณ์กลุ่ม หรือการสนทนากลุ่ม (group interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีผู้ถูกสัมภาษณ์ในเวลาเดียวกันหลายคน โดยที่มีคำถามเดียวกัน ซึ่งคำถามในการสัมภาษณ์มี 2 ลักษณะคือ แบบไม่มี

โครงสร้าง (unstructured interview) และแบบมีโครงสร้าง(structured interview) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยใช้คำถามปลายเปิดจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ซึ่งการสัมภาษณ์รายบุคคลไม่จำเป็นต้องเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551) ส่วนการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจะเป็นการสัมภาษณ์ตามรายการคำถามที่ได้จัดเรียงลำดับไว้แล้ว โดยอาจจะเป็นคำถามปลายปิดหรือปลายเปิดหรือทั้งสองอย่างก็ได้การสัมภาษณ์จำเป็นต้องใช้ศิลปะและทักษะในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จึงควรได้รับการอบรมทักษะการสัมภาษณ์และต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติและฝึกซ้อมวิธีการสัมภาษณ์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

2.2 การสังเกต (observation) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) โดยผู้สังเกตเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างกับกลุ่มตัวอย่าง อาจเข้าไปมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์หรือในฐานะผู้สังเกต หรือใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) โดยที่ผู้สังเกตไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์กลุ่มหรือการสนทนากลุ่ม (group interview) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โดยเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างซึ่งมีคำถามเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาและคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วย และใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงกับการบริหารจัดการและบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการพยาบาลเจ้าของไข้ และใช้แบบสอบถามสำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ในการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ ต้องใช้วิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลคือ

1. การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละหรือสถิติเชิงพรรณนา สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือการสังเกต โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่หรือจำแนกคำตอบและมีกรอบแนวคิดเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551)

การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้วิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล ซึ่งในการวิเคราะห์สถานการณ์ จะมีทั้งข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบความถี่ ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีกรอบแนวคิดรูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ(Marram et al., 1974) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในต่างประเทศ มีดังต่อไปนี้

กู๊ดดี และ โรวี่ (Goode & Rowe, 2001) ศึกษาการรับรู้ต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ และประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลในประเทศไอร์แลนด์เหนือ ซึ่งมีการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้มาเป็นเวลา 3 ปี แต่ไม่มีการประเมินอย่างเป็นทางการ วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ในแนวคิดของการพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อค้นหาข้อดี ข้อจำกัดของการพยาบาลเจ้าของไข้จากพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล และเพื่อค้นหาวิธีพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้จากการแก้ปัญหของข้อจำกัดและส่งเสริมจากข้อดีที่พบจากการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ คือ เป็นการรับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้ต้องใช้กระบวนการพยาบาลทั้งหมด ตั้งแต่ ประเมิน วางแผน ให้การพยาบาลตามแผนและติดตามประเมินผล พยาบาลผู้ช่วยดูแลจะเป็นผู้ช่วยในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และ ข้อดีที่โดดเด่น ของการพยาบาลเจ้าของไข้คือ การได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องการได้พัฒนาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทั้งหมดนี้ตรงกับแนวคิดของการพยาบาลเจ้าของไข้ และมีข้อเสนอแนะจากการศึกษาว่าในอนาคตการสอนแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นสิ่งจำเป็น และผลการศึกษายังพบว่าพยาบาลมีความเครียดในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดิมอย่างใกล้ชิดและเป็นเวลานาน ดังนั้นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักคือ การมีโอกาที่จะได้มีการพัก หรือ ปลอดภัยจากการรับผิดชอบของผู้ป่วยบ้าง เพื่อเป็นการลดความเครียด การศึกษานี้สรุปว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สำหรับ หอผู้ป่วยหนักแต่อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก แต่ละที่ย่อมแตกต่างกัน จึงยังต้องการการศึกษาและทำความเข้าใจต่อไป

เซลลิก, รัสเซล, และ เบคแมน (Sellick, Russell, & Beckmann, 2003) ศึกษาการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมในโรงพยาบาลเมืองเมลเบิร์นประเทศออสเตรเลีย วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย และ บุคลากร ระหว่าง กลุ่มทดลองที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 38 รายและพยาบาลจำนวน 17 รายที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั้ง 2 หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลอง 6 เดือนผลการศึกษา สรุปว่าในหอผู้ป่วยที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลกลุ่มที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจในงานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้

เบค และ มาร์คอฟ (Beck & Markov, 2007) ศึกษาผลของการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวในหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กในโรงพยาบาลเด็กเมืองฟิลาเดเฟีย การศึกษาเป็นการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ที่หอผู้ป่วยพัฒนาขึ้นจากการพยาบาลเจ้าของไข้แบบดั้งเดิมมาประยุกต์เป็นการพยาบาลเจ้าของไข้รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า “Primary partner model” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันของ กลุ่มพยาบาล และ ทีมสหสาขาและนำสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การใช้การพยาบาลเจ้าของไข้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงบุคลากรพยาบาล แต่มีข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาลว่าภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสรุปว่า การใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นมีผลทำให้พยาบาลมีความรับผิดชอบในหน้าที่และมีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

เซททา และคณะ (Zetta et al., 2010) ศึกษาทัศนคติต่อการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลประเทศสกอตแลนด์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักขนาด 8 เตียง จำนวน 38 ราย มีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับผลดี ผลเสียหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และทัศนคติโดยรวมของการพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีการรับรู้ว่าเป็นวิธีการที่ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบปัจเจกบุคคล มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมากเพิ่มความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและมีความมีเอกสิทธิ์ในการพยาบาล และต้องการนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วย ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50% มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาทางบุคลิกภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 49% เห็นว่ามี

ความยุ่งยากในการมอบหมายภาระงานกับพยาบาลระดับต่างๆ และกลุ่มตัวอย่าง 44% เห็นว่าจะเพิ่มความเครียดในการทำงานมากขึ้น

วาน และคณะ (Wan et al., 2011) ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้อย่างต่อเนื่อง (continuous primary nursing care) กับการพยาบาลแบบงานเป็นศูนย์กลาง (task-centered nursing care) ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กในเมืองเซี่ยงไฮ้ โดยเปรียบเทียบผลของความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความรู้ในการให้นมมารดา และปัญหาที่พบในระยะหลังคลอด การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 470 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้แบบต่อเนื่อง 230 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบงานเป็นศูนย์กลางจำนวน 240 ราย ในระยะเวลาตั้งแต่เดือน ธันวาคมปี 2008 จนถึงเดือน มิถุนายน ปี 2009 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในการพยาบาลและมีความรู้ในการให้นมมารดามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบงานเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และมีปัญหาหลังคลอดน้อยกว่า โดยมีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .002 และมีปัญหาเกี่ยวกับเต้านมน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

โคโรเนน และ กันกัสเนียมิ (Korhonen & Kangasniemi, 2013) ศึกษาการรับรู้ของ แพทย์พยาบาล ผู้ปกครองผู้ป่วย เกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศฟินแลนด์ซึ่งเริ่มใช้ การพยาบาลเจ้าของไข้มาตั้งแต่ปี 1990 แต่ไม่มีการประเมินผล แบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้จากประสบการณ์ของการพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 15 คน โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 15 คน โดยการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ผลการศึกษารูปว่า การรับรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีการรับรู้ว่าโครงสร้างของการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยมีความสับสน เนื่องจาก มีบทบาทที่มากมาย หลากหลาย ซับซ้อนของพยาบาลเจ้าของไข้ การใช้การพยาบาลเจ้าของไข้เริ่มอย่างฉับพลันไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมและไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจนรวมทั้งกระบวนการปฏิบัติงานที่ไม่มีขอบเขตของการพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเด็กมะเร็งให้เป็นรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการขององค์กรและความต้องการของผู้ป่วย

เบย์ตัน (Baynton, 2015) ศึกษาการพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสั้นในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในนิวยอร์ก ซึ่งมีการนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนหน้านี้ในบางหน่วยงาน แต่เพิ่งเริ่มนำมาใช้ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในระยะสั้น หน่วยงานที่ศึกษาเป็นหอผู้ป่วยขนาด 20 เตียง รับดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่นอนโรงพยาบาลไม่เกิน 3 วัน โดยร้อยละ 80 เข้ารับการรักษาไม่เกิน 24 ชั่วโมงและร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเกิน 24 ชั่วโมงเป็นผู้ป่วยที่มีหัตถการทางระบบทางเดินปัสสาวะ การพยาบาลเจ้าของไข้เริ่มดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ปี 2012 โดยมีการปรึกษาหารือของบุคลากรในหน่วยงานในการจัดการต่างๆในการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้แก่ การมอบหมายผู้ป่วย กำหนดกลยุทธ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ เช่น การสื่อสารบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ที่ป้ายหน้าเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นต้น การบันทึกต่างๆ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้และบุคลากรระดับอื่นๆและวิธีการประเมินผลความสำเร็จ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้มีการพัฒนาการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลแบบองค์รวม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา มีความรู้และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านซึ่งพบได้จากข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจำหน่าย การตรวจเยี่ยมร่วมกันกับแพทย์วันละ 1 ชั่วโมงทำให้บุคลากรได้รับความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยและนำไปสอนให้ผู้ป่วยได้ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่วนปัญหาอุปสรรคพบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ค่อยระบุชื่อตนเองในบันทึกทางการแพทย์ ไม่มีชื่อพยาบาลเจ้าของไข้บนกระดานหน้าห้องผู้ป่วย ไม่ค่อยมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลหรือไม่บันทึกรายชื่อไว้ จึงมีการแก้ไขปัญหาโดยการให้ความรู้ซ้ำเกี่ยวกับประโยชน์ของการบันทึกต่างๆ ให้พยาบาลที่ชำนาญในการพยาบาลเจ้าของไข้คอยแนะนำ ดักเตือน และให้หัวหน้าเวรมีหน้าที่ตรวจสอบการบันทึกต่างๆซึ่งในการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้หลังจากการแก้ไขปัญหาพบว่าการปฏิบัติที่ครบถ้วนมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้พบว่ามีงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001จนถึงปี ค.ศ. 2015 ซึ่งผลการศึกษาคล้ายคลึงกันในการรับรู้ถึง รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ส่งเสริมการดูแลแบบต่อเนื่องและเพิ่มระดับความรับผิดชอบของพยาบาลเพิ่มคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วยและญาติมากกว่าการพยาบาลรูปแบบอื่น (Beck & Markov, 2007; Sellick et al., 2003; Zetta et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่ามีงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ประเมินการพยาบาลเจ้าของไข้ การค้นหาปัจจัยที่สนับสนุน หรือปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลเจ้าของไข้ค่อนข้างน้อย(Goode & Rowe, 2001; Korhonen & Kangasniemi,

2013) และถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาในหอผู้ป่วยหนัก 2 งานวิจัยและศึกษาในหอผู้ป่วยเด็ก 2 งานวิจัย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในประเทศไทย มีดังต่อไปนี้

เพ็ญญา ทองศิริรัมย์ (2549) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและความพึงพอใจในงานของพยาบาล แบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและความพึงพอใจในงานของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเคมีบำบัด โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งจำนวน 28 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิมคือ การพยาบาลแบบทีมและแบบหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหลังการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัฐภา สิริรัตนพิริยะ (2552) ศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลน่านเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลน่าน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปจำนวน 14 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลหลังใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบจากการศึกษาพบว่า ในการพยาบาลต้องใช้ชั่วโมงในการทำงานโดยเฉพาะการเขียนแผนการพยาบาลมาก รวมทั้ง ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการพยาบาลทั่วไปและเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรง จึงอาจทำให้พยาบาลเกิดความเครียดมากขึ้น

มะลิ พิมพิลา (2552) ศึกษารูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะสุดท้าย โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการพัฒนา 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและ

การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีอยู่เดิม และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีการอบรมการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ การระดมสมองจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) ขั้นตอนการ นำแนวปฏิบัติในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือกลับบ้าน 3) ประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า ญาติมีความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับปานกลาง ส่วนความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ และมีการใช้รูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ศิริณี คำอุ (2552) ศึกษาผลของการพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตแบบองค์รวม เป็นการศึกษาเชิงทดลองถึงผลของการพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการพัฒนาการดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ออกแบบและดำเนินการพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้และ 3) ประเมินผล โดยเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตตามตัวชี้วัดและเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตตามตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำในกลุ่มที่ได้รับการดูแลหลังพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่แตกต่างกัน 2) ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (2553) ศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดและหอผู้ป่วย หลังคลอดต่อการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลรามารัตนบุรี เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาลหลังใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้มากกว่าก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เยวภา จันทร์มา (2555) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้นำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้แทนรูปแบบเดิม ผลการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับหอผู้ป่วย และประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามการรับรู้ของพยาบาลพบว่า พยาบาลเจ้าของไข้มีความรับผิดชอบวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว มีการบริหารจัดการสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายการดูแลเพิ่มขึ้น มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง มีการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์มากขึ้น และมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้สามารถแก้ไขปัญหาการมอบหมายงานรูปแบบเดิมได้ มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการมอบหมายงานพยาบาลในหอผู้ป่วยต่อไป และการเปลี่ยนแปลงของอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า มีแนวโน้มลดลง และไม่พบข้อร้องเรียน และความคลาดเคลื่อนในการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบขณะที่มีการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคในด้านการสื่อสารเนื่องจากปัจจัยด้านทักษะการสื่อสารของพยาบาลเป็นรายบุคคล ความแตกต่างด้านอายุงานของพยาบาล และประสบการณ์ในการทำงานซึ่งมีผลต่อทักษะการรับฟัง การตีความทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันซึ่งเป็นปัญหาในการสื่อสาร

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในประเทศพบว่า งานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2555 ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาไม่แตกต่างกันในด้านการมีความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น (ณัฐภา ศิริรัตน์พิริยะ, 2552; เพ็ญภา ทองดิตรัมย์, 2549; ศิราณี คำอู, 2552) ความพึงพอใจของพยาบาลสูงขึ้นทั้งความพึงพอใจในงาน ความเป็นอิสระในการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ (เพ็ญภา ทองดิตรัมย์, 2549; มะลิ พิมพ์ลา, 2552; ยิงขวัญ อยู่รัตน์, 2553) และมีการวิจัยเชิงพัฒนาที่ได้้นำรูปแบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้มาใช้แทนรูปแบบเดิม (เยวภา จันทร์มา, 2555) ซึ่งจากงานวิจัยทั้งหมด มีการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมค่อนข้างน้อยเพียง 2 งานวิจัย และไม่มีงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับ สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทั้งในไทยและต่างประเทศ พบว่า มีทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณ งานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยเชิงพัฒนา แต่ยังมี การศึกษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมค่อนข้างน้อยและศึกษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมเพียง 2

งานวิจัย นอกจากนี้ การวิจัยเกี่ยวกับ การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการพยาบาลเจ้าของไข้ยังมีไม่มาก มีเพียงการวิจัยในต่างประเทศ 2 งานวิจัย และยังไม่มีการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโดยตรง จึงควรมีการศึกษาถึงปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานสังกัดฝ่ายการพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีบริบทของหน่วยงาน ดังนี้ (หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2558ค)

หน้าที่และเป้าหมาย มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทารกและเด็กที่มีภาวะวิกฤต อย่างถูกต้อง รวดเร็ว โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยของชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ขอบเขตการให้บริการ ให้บริการผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่มีภาวะวิกฤตทุกระบบของร่างกาย มีจำนวนเตียงทั้งหมด 6 เตียง รับผู้ป่วยในเขต 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนและเป็นสถานที่ฝึกอบรมให้บุคลากรในโรงพยาบาลเครือข่าย

อัตรากำลัง จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยทั้งหมด 24 คน ประกอบด้วย พยาบาล 14 คน (รวมผู้ศึกษา) ผู้ช่วยพยาบาล 7 คนและพนักงานช่วยการพยาบาล 3 คน โดยมีพยาบาลวุฒิปริญญาโท 2 คน มีการจัดอัตรากำลัง ดังนี้ เวรเช้า มีอัตรากำลังทั้งหมด 8-9 คน ประกอบด้วย พยาบาล 4-5 คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) ผู้ช่วยพยาบาล 2-3 (รวมแม่บ้าน) และพนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน ทำหน้าที่เสมือนหอผู้ป่วย ส่วนในเวรบ่าย-ดึก มีอัตรากำลังทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วย พยาบาล 3-4 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1-2 คน และ พนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน หรือไม่มีพนักงานช่วยการพยาบาลหากมีผู้ช่วยพยาบาล 2 คน

ระบบบริการ มีอาจารย์แพทย์ 2 ท่าน สับเปลี่ยนกันทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมแพทย์ ท่านละ 1 เดือน มีแพทย์ประจำบ้าน 2 คนและแพทย์ใช้ทุน 1 คนในทีมการรักษาพยาบาล มีการมอบหมายงานโดย ในแต่ละเวรมอบหมายให้พยาบาล 1 คนรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วย 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คนรับผิดชอบช่วยการพยาบาลผู้ป่วย 3-6 คน ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

การดำเนินการในการพยาบาลเจ้าของไข้

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 ได้มีการพัฒนาการให้การพยาบาลมาโดยตลอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมีการปรับเปลี่ยนจากการให้การพยาบาลแบบเป็นทีมมาเป็น การพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการริเริ่มจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีม จัดโครงการพยาบาลเจ้าของไข้ ระยะเวลาในดำเนินโครงการตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์-30 มิถุนายน 2548 โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ และปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานได้มีการ ทบทวน แก้ไขอย่างมีระบบมากขึ้น การดำเนินโครงการประกอบด้วยกรอบความรู้เกี่ยวกับหลักการ ประชุมปรึกษาของพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อกำหนดข้อตกลงร่วมในการพยาบาลเจ้าของไข้ และมีการ ประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาทุก 2 เดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน และกำหนดเป็นข้อตกลงร่วม ในการปฏิบัติตามการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดโครงการ ดังนี้ (หอผู้ป่วยหนักกุมารเวช กรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2548)

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ คือ เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อแรกเริ่มหรือใส่ท่อช่วยหายใจหลังรับเข้าหอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง
2. การมอบหมายงานสำหรับพยาบาล จัดเป็น 3 กลุ่มตามเตียงผู้ป่วย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีพยาบาล 4 คน รับผิดชอบผู้ป่วยเตียง 1-2 กลุ่มที่ 2 มีพยาบาล 4 คน รับผิดชอบผู้ป่วยเตียง 3-4 กลุ่มที่ 3 มี พยาบาล 5 คน รับผิดชอบผู้ป่วยเตียง 5-6 โดยจะมีการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้เวียนกันในกลุ่ม และพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันจะเป็นพยาบาลผู้ช่วยดูแลแต่ละกลุ่มจะมีพยาบาลอาวุโสกลุ่มละ 1 คนเป็นที่ปรึกษา
3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้
 - 3.1 รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
 - 3.2 บันทึกการพยาบาลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีแบบบันทึกความก้าวหน้าและสรุปผล งาน ซึ่งภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ได้ 2 เดือนได้ยกเลิกแบบบันทึกนี้ไป เนื่องจากเห็นว่าซ้ำซ้อน กับบันทึกทางการพยาบาลและเป็นการเพิ่มภาระงาน
 - 3.3 กำหนดให้พยาบาลเจ้าของไข้มีการนำเสนอเรื่องโรคหรือความรู้ใหม่ๆ และ
 - 3.4 มีการทบทวนกรณีศึกษา อย่างน้อย 1-2 รายต่อปี
4. มีการติดตามผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจของญาติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทุก 1 เดือน

5. เกณฑ์ในการสิ้นสุดการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้แก่ ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หรือ รับการรักษาในหอผู้ป่วยนานเกิน 1 เดือน หรือมีการติดเชื้อรุนแรง

การพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 ในเวลาต่อมาหัวหน้าหอผู้ป่วยได้กำหนดให้ยกเลิกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ตามกลุ่ม เป็นการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรายบุคคลและเพิ่มบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเขียนเป็นบันทึกและให้พยาบาลทุกคนเซ็นรับทราบ (เอกสารประกอบการดำเนินการพยาบาลเจ้าของไข้) (หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชชนกเชียงใหม่, 2548) ดังนี้

1. การรับผู้ป่วยใหม่

- 1.1 รวบรวม ข้อมูล ตรวจสอบเอกสารสำคัญให้ครบภายใน 24 ชั่วโมง
- 1.2 วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล

2. การดูแลผู้ป่วย

- 2.1 แนะนำตัวกับญาติ แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยกับญาติและทีมการรักษาทุกวัน
- 2.2 ปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย
- 2.3 ตรวจสอบเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกทางการพยาบาลให้ครบและบันทึกให้เรียบร้อย
- 2.4 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบร่วมกับแพทย์และปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษา
- 2.5 เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล เช่น การเบี่ยง อุณหภูมิการแพทย์ต่างๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งการส่งส่งตรวจทางคอมพิวเตอร์
- 2.6 ประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 ให้การพยาบาลที่ระมัดระวัง ป้องกันความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 2.8 วางแผนการจำหน่ายและให้สุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย

3. การจำหน่ายหรือย้ายผู้ป่วย

- 3.1 ติดต่อหอผู้ป่วยที่จะส่งต่อ การเงิน ติดต่อญาติ
- 3.2 สรุปบันทึกทางการพยาบาลและไปส่งผู้ป่วยด้วยตนเองพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาที่ผ่านมาและต้องทำต่อเนื่องพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับย้าย
- 3.3 ถ้าผู้ป่วยถึงแก่กรรมให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมด้วยตนเองให้เรียบร้อย

การพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 ในปัจจุบัน มีการดำเนินงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด มีอำนาจหน้าที่ในการมอบหมายงาน จัดตารางปฏิบัติงาน

คัดเลือกและมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ และมอบอำนาจให้พยาบาลที่หัวหน้าเวร
ดำเนินการต่างๆ แทนนอกเวลาราชการ การมอบหมายงานในหอผู้ป่วยมีการมอบหมายงานล่วงหน้า 1 วัน
โดยในแต่ละเวรพยาบาล 1 คนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 2 คน โดยจะมอบหมายให้
พยาบาลเจ้าของไข้ได้รับรับผิดชอบผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้เป็นหลัก แต่อาจจะไม่ได้ทุกครั้งที่ยื่น
ปฏิบัติงานและผู้ป่วยอีกคนที่ไม่ใช่เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเตียงที่อยู่ติดกันเพื่อความสะดวกในการ
ปฏิบัติงาน และมีการมอบหมายผู้ช่วยพยาบาลในการช่วยการพยาบาลโดยจะมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาล
1 คน ช่วยการพยาบาลทั่วไป (หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่,
2558ข) พยาบาลเจ้าของไข้ มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบ ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย
วางแผนการพยาบาล วางแผนการจำหน่าย และบันทึกทางการพยาบาลให้สมบูรณ์ ประสานงานกับทีม
สุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดและครอบครัวผู้ป่วย ส่วนการติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ เช่น
การเงิน สังคมสงเคราะห์ ห้องยาในการเบิกยาและอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ จะเป็นหน้าที่ของ หัวหน้า
หอผู้ป่วย หัวหน้าเวร หรือเสมียนหอผู้ป่วย พยาบาลแต่ละคนจะได้รับมอบหมายผู้ป่วยให้รับผิดชอบ
เป็นเจ้าของไข้ อย่างน้อยคนละ 1 รายต่อเดือนซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร จะเป็นผู้มอบหมาย
โดยพิจารณาจากบันทึกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ในแต่ละเดือน และมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาล
ที่ยังไม่ได้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ (หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่,
2558ก) ในการประชุมปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ประสานและ
เข้าร่วมประชุมปรึกษาแทนพยาบาลเจ้าของไข้ นอกจากนี้การจัดการประชุมปรึกษารูปแบบอื่นๆตาม
ข้อตกลงในการพัฒนาความรู้ของพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ได้กำหนดให้นำเสนอเรื่องโรคการรักษาหรือ
ความรู้ใหม่และการทบทวนกรณีศึกษาอย่างน้อย 1-2 รายต่อปีนั้น ไม่ได้มีการปฏิบัติในปัจจุบัน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดรูปแบบหน่วยงาน
ในการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ที่ประกอบด้วย การจัดองค์กร
ในการพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดตารางปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่อง
ในการดูแลผู้ป่วย การคัดเลือกผู้ป่วย และลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร