

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งศึกษาตามกรอบแนวคิด รูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ที่ประกอบด้วย การจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดการปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การคัดเลือกผู้ป่วย ลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร รวมทั้ง ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยศึกษากับประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 14 คน รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลประจำการจำนวน 13 คน การสัมภาษณ์รายบุคคลสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 1 คน และศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางและคำบรรยาย โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำแนกตาม อายุ เพศ วุฒิการศึกษาและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (N=14)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	14	100.00
อายุ (ปี) (range =23-49, $\bar{X}$ = 37.21, SD =8.29)		
23-29	3	21.43
30-39	4	28.57
40-49	7	50.00
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	85.72
ปริญญาโท	2	14.28
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน(ปี) (range =1-26, $\bar{X}$ = 10.57, SD =7.53)		
1-5	3	21.43
6-10	5	35.71
11-15	1	7.15
> 15	5	35.71

จากข้อมูลในตารางจะเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 40-49 ปีร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 85.72 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6-10 ปี และ มากกว่า 15 ปีขึ้นไปจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 35.71

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จากการรวบรวมข้อมูลจากประชากรและศึกษาจากเอกสาร ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดรูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ของ มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ประกอบด้วย การจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้ การจัดตารางปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การจัดการในเวรเพื่อความสะดวกเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การคัดเลือกผู้ป่วย ลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร รวมทั้ง ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้ดังนี้

การจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล มีความสอดคล้องกันในเรื่องของสายการบังคับบัญชาในการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 เป็นหอผู้ป่วยเดียวในงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ที่มีการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่พบหลักฐานว่ามีการกำหนดสายการบังคับบัญชาไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ในทางปฏิบัติผู้บังคับบัญชาสูงสุดในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีการกระจายอำนาจในการมอบหมายงานให้กับหัวหน้าเวร และมีการกระจายอำนาจหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยตามอำนาจหน้าที่ตามลำดับขั้นของการบังคับบัญชา ดังข้อมูลจาก โครงการพยาบาลเจ้าของไข้ ปีพ.ศ. 2548 โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นที่ปรึกษาโครงการและมอบหมายให้พยาบาลอาวุโส 3 ท่านเป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้ประเมินในการพยาบาลเจ้าของไข้ มีการดำเนินโครงการในเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมิถุนายน 2548 หลังสิ้นสุดโครงการ หอผู้ป่วยยังคงใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยมาจนถึงปัจจุบัน และในแผนการดำเนินงานของหอผู้ป่วยปี 2557 พบว่า หัวหน้างานการพยาบาลซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ได้นำนโยบายจากฝ่ายการพยาบาลในการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพส่งต่อให้หอผู้ป่วย โดยให้ทุกหอผู้ป่วยจัดรูปแบบการพยาบาลตามความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดไว้เฉพาะเจาะจงว่าทุกหน่วยงานต้องใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย และจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้บังคับบัญชาสูงสุดในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีการกระจายอำนาจในการมอบหมายงานให้กับหัวหน้าเวรและมีการกระจายอำนาจหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยตามอำนาจหน้าที่ตามลำดับขั้นของการบังคับบัญชา ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“การพยาบาลเจ้าของไข้เริ่มจากหัวหน้าหอคนก่อน เป็นคนริเริ่มให้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และใช้มาตลอดจนถึงปัจจุบัน งานไม่ได้กำหนดว่าทุกวอร์ดต้องมีการพยาบาลแบบไหน ในงานเด็กมีแต่หอผู้ป่วยเราที่ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ ก็มีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด”

“หัวหน้างานไม่ได้มาเกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ของวอร์ด คงทราบในภาพรวมว่าแต่ละวอร์ดใช้รูปแบบไหน วอร์ดเราใช้ระบบเจ้าของไข้มานานจำไม่ได้ว่าปีไหน แต่เริ่มจากหัวหน้าคนเก่า ตอนนี้อยู่ในวอร์ดก็มีหัวหน้าคนใหม่เป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด”

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกระจายอำนาจให้กับหัวหน้าเวรในการปรับเปลี่ยนมอบหมายงาน การมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ส่วนการกระจายอำนาจหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วย มีการปฏิบัติการพยาบาลตามอำนาจหน้าที่ตามลำดับขั้นของการบังคับบัญชา ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“เวลาที่ไม่มีอยู่ที่อินชาร์ท (in charge) เวิร์ด จ่ายพยาบาลเจ้าของไข้หรือปรับเปลี่ยนการจ่ายงานได้”

“อย่างเราเป็นอินชาร์ท บ่าย ถ้ามีรับใหม่ก็สามารถจ่ายพยาบาลเจ้าของไข้ได้ ไม่ต้องรอหัวหน้า”

“ในหอผู้ป่วยมีสายการบังคับบัญชาชัดเจนอยู่แล้วตั้งแต่หัวหน้า พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลทุกคนให้การพยาบาลตามอำนาจหน้าที่ ไม่มีปัญหาอะไร”

จากการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกจากจะเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในการพยาบาล เจ้าของไข้ยังมีบทบาทในการช่วยแก้ไขปัญหาในงาน เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สนับสนุนทรัพยากรและอำนวยความสะดวกเพื่อให้การรักษาพยาบาลราบรื่น ควบคุมให้มีการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนและแจ้งให้พยาบาลเจ้าของไข้ทำให้เรียบร้อยสมบูรณ์ ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ที่จะคอยกำกับดูแลให้การทำงานตามมาตรฐาน ช่วยแก้ปัญหาและอำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น เบิกอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งการแพทย์และสำนักงาน ช่วยประสานงานต่างๆ บางครั้งถ้าอาจารย์แพทย์เสนอว่าควรแก้ไข ปรับปรุงอะไรในการพยาบาลคนไข้ ก็จะจัดการไปเลย”

“หัวหน้ามีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกเช้า บางครั้งมาตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลแล้วก็มีโน้ตเล็กๆให้เรามาแก้ไข”

ข้อมูลจากการศึกษาจากบันทึกทางการพยาบาลและการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล มีความสอดคล้องกันในเรื่อง การเป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีการสื่อสารผ่านทางบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรคนอื่นๆทราบ ถึงอาการ การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและผลการรักษา ปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคงค้างและแผนการรักษาพยาบาลต่อไป ซึ่งจากการศึกษาจากบันทึกทางการพยาบาลพบว่าไม่ใช่บันทึกของพยาบาลเจ้าของไข้โดยเฉพาะ แต่พยาบาลเจ้าของไข้จะมีการบันทึกเพิ่มเติม เพื่อนำเรื่องที่สำคัญเฉพาะตัวผู้ป่วย เช่นอาการที่ควรเฝ้าระวังการให้ยาพยาบาลที่เป็นพิเศษ ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ก็เขียนใน Nurses’ note ตามปกติ ส่วนใหญ่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆจะอ่านบันทึกทางการพยาบาลเพื่อดูข้อมูลอยู่แล้ว ใน Nurses’ note ก็จะมีทุกอย่าง ถ้ามีอะไรจะถามเพิ่มเติมก็ถามพยาบาลที่อยู่คนเดียว”

“ถ้ามีอะไรเป็นพิเศษเกี่ยวกับคนไข้ก็จะโน้ตไว้ใน Nurses’ note ให้ทุกคนเห็นชัดๆ”

นอกจากการสื่อสารผ่านทางบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ได้มีการสื่อสารโดยตรงทางวาจาด้วยทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล โดยมีการสื่อสารในการแจ้งอาการ การพูดคุยปรึกษาเพื่อการดูแลรักษา การส่งตรวจระหว่างพยาบาล และการเน้นย้ำเรื่องสำคัญๆของผู้ป่วยหรือแจ้งความต้องการของญาติ ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ในทีมพยาบาลด้วยกันเราจะมีส่งเเอร์ ในส่วนของหมอก็มีการพูดคุยเกี่ยวกับอาการหรือถามเกี่ยวกับแผนการรักษาจะได้เอาไปบอกญาติ”

“ถ้ามีเรื่องที่พ่อ แม่ ฝากมาถามหรือบอกหมอ ก็จะถามหรือบอกให้ ตอนที่หมอมาดูคนไข้”

“เมื่อมีเจ้าหน้าที่จากสาขาวิชาชีพอื่นมา อย่างนักศึกษากายภาพบำบัด เราก็จะให้คำแนะนำหรือบอกว่าคนไข้คนนี้ต้องระวังอะไร”

สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเป็นทารกและเด็ก จึงมีการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยจะใช้การสื่อสารทางวาจา

ในการแจ้งอาการ การวางแผนการรักษา การติดต่อเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลให้ผู้ปกครองผู้ป่วยรับทราบ ซึ่งจะพูดคุยกันโดยตรงเมื่อญาติเข้าเยี่ยม หากมีเรื่องด่วนจะนัดหมายมาพบหรือให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ ดังคำกล่าวของพยาบาลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ถ้าญาติมาเยี่ยมก็จะแจ้งเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาว่าจะมีการรักษาอย่างไรต่อไป บางทีก็คุยกันทางโทรศัพท์ ถ้าหมอนัดมาคุยก็จะโทรไปนัดญาติให้”

“ส่วนใหญ่ถ้าจะแนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลที่ดูแลเตียงนี้เป็นประจำ ญาติมาเจอเราบ่อยๆ ก็จะมีการพูดคุยมากขึ้น ส่วนใหญ่จะถามว่าน้องเป็นยังไงบ้าง เราก็บอกอาการ ได้ทำอะไรให้น้องบ้าง ต่อไปจะทำอะไรกับน้อง”

แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้เป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลทั้งหมด พยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยเป็นผู้ประสานระหว่างญาติผู้ป่วยกับแพทย์ ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานในโรงพยาบาลแต่จะมีหัวหน้าหอผู้ป่วยช่วยในการประสานงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระงาน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“เราจะประสานระหว่างญาติกับหมอ เราจะเป็นคนกลางนัดให้ประสานเฉพาะในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ประสานกับหมอ สังคมสงเคราะห์ บริจาคเลือดแต่ถ้าเป็นนอกโรงพยาบาลหัวหน้าจะเป็นคนติดต่อ”

“ในการประสานงานให้หัวหน้างานช่วยทำนะคิดแล้ว เพราะงานปัจจุบันนี้มันหนักมาก ให้มาประสานงานอีกมันไม่ไหว”

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้ และหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ได้มีการทำเป็นประจำหรือกำหนดไว้แน่นอน และในโอกาสที่มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลเจ้าของไข้ แพทย์ มีเพียงการซักถามอาการหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลเพื่อสั่งการรักษา ไม่มีการปรึกษาหรือวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“วอร์ดเรานั้นไม่ได้กำหนดแต่แรกว่าต้องราวด์ (ward round) พร้อมกับหมอแต่พี่ก็จะไปฟังอยู่ด้วยถ้าอาจารย์มาราวด์ จริงๆ ก็พยาบาลเจ้าของไข้ก็ควรจะมาฟังด้วย จะได้รู้มากขึ้นเกี่ยวกับคนไข้”

“ถ้าอาจารย์ราวน์ (ward round) ก็จะถามเรื่องอาการและสั่งการรักษาไป ไม่มีการแบบ พยาบาลมา หมอมา พุดคุยกัน ปรีक्षाเรื่องการรักษานี้ไม่มี แต่ถ้าเราฟังอยู่ด้วยเวลาอาจารย์มาราวน์ก็จะรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาลึกขึ้น”

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดองค์การในการพยาบาลเจ้าของไข้

ผลการศึกษาพบว่า มีปัญหาและอุปสรรคที่ แพทย์และพยาบาลไม่ได้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมกัน ทำให้ไม่มีการวางแผนในการดูแลรักษาและประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันและ พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจาก ไม่มีการกำหนดให้มีการตรวจเยี่ยม ร่วมกันมาก่อน และการที่พยาบาลเจ้าของไข้มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องทำในเวลาที่กำหนดไว้แล้ว เช่น รับเวร จัดยา หรือทำความสะอาดร่างกายประจำวัน หรือลงรับประทานอาหาร ซึ่งตรงกับเวลาที่ แพทย์ตรวจเยี่ยม ทำให้ไม่มีเวลาที่ตรงกัน ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการ สันทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ไม่ได้กำหนดไว้ว่าต้องมีการราวน์คนไข้ (patient round) พร้อมกัน หมอก็จะดูคนไข้ส่วนของ หมอ ไม่เคยมีการมาถามถึงการพยาบาล”

“ถ้าหนูไม่คิดงานอื่น ก็จะไปยืนอยู่ด้วย เวลาอาจารย์มาตรวจเยี่ยม แต่ถ้าทำงานอื่นอยู่ก็จะ ไม่ได้อยู่ด้วย”

“ถ้าจะทำก็ได้ เฉพาะเวรเช้าเป็นบางครั้งเพราะเวลาไม่ตรงกัน บางทีอาจารย์มาช่วงที่เราลง กินข้าว ก็เหลือแต่หัวหน้า ถ้านอกเวลารูปแบบเดิมๆมันไม่ได้”

นอกจากนี้ยังพบปัญหา อุปสรรค จากการที่ พยาบาลใหม่ ไม่กล้าที่จะสื่อสารกับแพทย์ ทำให้ ไม่ทราบว่าแพทย์ได้ให้ข้อมูลอะไรบ้างกับญาติผู้ป่วย จึงไม่มีข้อมูลที่จะให้กับญาติหรือไม่กล้าให้ ข้อมูลเนื่องจากเกรงว่าข้อมูลที่ให้จะไม่ตรงกับข้อมูลของแพทย์ ดังกล่าวจากการสนทนากลุ่ม พยาบาล ดังนี้

“ประสบการณ์ทำงานก็เป็นอุปสรรค หนูก็ไม่ค่อยกล้าถามหมอ อย่างให้คำแนะนำผู้ป่วยครองก็ ให้ได้แค่อาการ ความรู้ก็ไม่แน่นได้นิดๆหน่อยๆ ไม่กล้าพูด บางทีพูดไปก็ไม่น่าเชื่อถือ เห็น เป็นเด็ก”

“บางทีหนูก็ไม่รู้ว่าจะให้ข้อมูลขนาดไหนเพราะไม่รู้ว่ามีหมอพูดถึงประมาณไหน อย่างคนไข้ เติง 4 หมอวางแผนจะเจาะคอ แต่ญาติเคยมีปัญหามาจากโรงพยาบาลก่อนเรื่องที่ไม่ยอมให้ ผู้ป่วยเจาะคอ ก็เลยไม่รู้จะพูดยังไง”

นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า การสื่อสารเพื่อให้ทราบว่าใครเป็นพยาบาลเจ้าของไข้จะมีป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ติดไว้ที่หน้าเตียงผู้ป่วย โดยจากการสังเกตป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยพบว่าลักษณะป้ายชื่อจะมีแต่ชื่อพยาบาลไม่มีการระบุว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ บางครั้งทำให้แพทย์หรือ บุคลากรอื่นๆ เข้าใจว่าเป็นชื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นชื่อแพทย์ผู้ดูแล เนื่องจากมีแต่ชื่อไม่มีตำแหน่งหรือคำอธิบายว่าเป็นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้เกิดการเข้าใจผิด ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“วันนั้นมีชื่อที่เป็นเจ้าของไข้ หมอมาถึงก็เรียกชื่อที่เป็นคนไข้ เรียกยังงั้นคนไข้ก็ไม่ตอบ ต้องบอกว่านี่ชื่อพี่กะหมอ อีกครั้งพ่อกับแม่ผู้ป่วยเข้ามาเยี่ยมมาถามว่าหมอ (ชื่อพยาบาล) มาหรือยังเลยต้องมีการให้ข้อมูลกันใหม่”

จากการศึกษาพบว่ามีข้อเสนอแนะในการจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้ ควรกำหนดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะขณะที่อาจารย์แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อที่พยาบาลเจ้าของไข้จะได้ทราบแผนการรักษาและให้ข้อมูลกับญาติได้ และพยาบาลใหม่ควรมีการหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆนอกจากการสอบถามแพทย์ เช่น บันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย และควรปรับปรุงป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ให้สื่อว่าเป็นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีคำว่าพยาบาลเจ้าของไข้อยู่ข้างหน้าชื่อพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจ และไม่ให้เกิดความสับสนและใช้การพิมพ์แทนการเขียนด้วยลายมือเพื่อให้เกิดความเรียบร้อย สวยงาม ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“พยาบาลเจ้าของไข้ควรไปอยู่ด้วยเวลาอาจารย์มาราวนหรือกำหนดไปเลยว่าในวอร์ดเราจะมีการราวนร่วมกันกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ ต้องทำเป็นรูปแบบที่แน่นอน”

“น้องๆ ก็หาข้อมูลจากที่อื่นๆ ได้ อย่างโปรเกรส โน้ต (progress note) หมอก็จะเขียนไว้ว่าอาการเป็นยังงี้ มีแผนจะทำอะไรต่อบ้างก็หาข้อมูลจากตรงนั้นได้”

“ป้ายชื่อก็เพิ่มเติมคำว่าพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อที่คนนอกจะได้รู้ว่านี่คือชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ และใช้วิธีพิมพ์จะดีกว่าเขียนด้วยลายมือ จะได้เรียบร้อย สวยงาม”

การจัดการางปฏิบัติงาน

จากการศึกษาพบว่ามีข้อมูลจากการปฏิบัติงานของพยาบาล การสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย และการสนทนากลุ่มมีความสอดคล้องกัน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดการางการปฏิบัติงานซึ่ง จากการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่ามีการจัดเวรให้พยาบาลได้ขึ้นปฏิบัติงานมีเวลาคาบเกี่ยวกันและ

ต่อเนื่องเฉลี่ยสัปดาห์ละ 5-7 เวิร์ก มีวันหยุด 1 วันหลังขึ้นปฏิบัติงานติดต่อกัน การจัดตารางขึ้นปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยในปัจจุบันทำให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีอัตรากำลังเพียงพอในแต่ละเวิร์ก และมีการจัดอัตรากำลังในแต่ละเวิร์กอย่างเหมาะสม ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“เราจะจัดเวิร์กให้ขึ้นต่อเนื่องกันอยู่แล้วแต่ไม่เกิน 7 วัน ส่วนใหญ่ก็ตามที่ขอเวิร์กมา แต่ละเวิร์กก็จะจัดคนให้พอ ยกเว้นบางวันที่จำนวนพยาบาลเวิร์กบ่าย ดึกอาจจะจะมี 3 คนเพราะจัดไม่ได้จริงๆ”

“มีการจัดเวิร์กให้ขึ้นต่อเนื่องกันอยู่แล้ว ถ้าพูดถึงว่าจะได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็เหมาะสม การขึ้นเวิร์กติดๆกันทำให้เราได้ดูแลคนไข้ต่อเนื่องอยู่แล้ว พยาบาลที่มาต่อเวิร์กกันก็จะเป็นคนเดิมๆ ถึงแม้จะบางครั้งไม่ได้จ่ายงานให้คนไข้ของเราแต่ก็ยังอยู่ในสายตา รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น”

จากการศึกษาไม่พบว่ามีปัญหา อุปสรรคในการจัดตารางปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้

การมอบหมายงาน

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลจากการศึกษาจากเอกสาร การสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล มีความสอดคล้องกันโดยผู้ที่ทำหน้าที่มอบหมายงานคือหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรนอกเวลาราชการ มีสมุดมอบหมายงานประจำวันและบันทึกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้เป็นส่วนประกอบในการมอบหมายงาน ในสมุดมอบหมายงานประจำวันของหอผู้ป่วยพยาบาล 1 คนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย 2 คน โดยจะมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยของตนเองซึ่งต้องดูรายชื่อพยาบาลและผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของไข้จากใบบันทึกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ประกอบในการมอบหมายงาน และมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยอีกคนซึ่งเป็นผู้ป่วยเตียงที่อยู่ติดกันเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน ในสมุดมอบหมายงานจะมีการมอบหมายงานล่วงหน้า 1 วัน ทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก ในแต่ละเวิร์กจะมีชื่อพยาบาลและเตียงที่ได้รับผิดชอบ เช่น พยาบาล ก เตียง 1-2, พยาบาล ข เตียง 3-4 และมีการระบุกิจกรรมพิเศษ เช่นการไปประชุมกรรมการต่างๆ ไม่ใช่การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของไข้ และมีการมอบหมายผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาลให้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยโดย ผู้ช่วยพยาบาล 1 คนจะได้รับมอบหมายให้ช่วยดูแลผู้ป่วย 2-3 คนในเวรเช้า และ 3-6 คนในเวรบ่าย ดึก โดยเขียนหมายเลขเตียงไว้ในช่องต่อจากชื่อพยาบาล และทำเครื่องหมายดอกจันไว้เหนือเตียงที่เป็นเจ้าของไข้ และมีการมอบหมายผู้ช่วย

พยาบาล ช่วยในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ช่วยพยาบาล 1 คนจะได้รับมอบหมายงานให้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย 3 คน

การมอบหมายงานจะพยายามมีการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยของตนเองตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วย แต่อาจจะไม่ได้ทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน เนื่องจากเงื่อนไขที่ต้องมอบหมายงานให้พยาบาล 1 คนดูแลผู้ป่วยเพียงที่อยู่ติดกัน 2 คน ซึ่งหากพยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้เพียงที่ติดกันยื่นปฏิบัติงานพร้อมกัน จะมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยของตนเองได้เพียงคนเดียวไม่สามารถมอบหมายให้พยาบาลอีกคนดูแลผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ได้ เช่น มีทั้งพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยเตียง 1 และเตียง 2 ยื่นปฏิบัติงานพร้อมกันจะมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยเตียง 1 ดูแลเตียง 1-2 ส่วนพยาบาลเจ้าของไข้เตียง 2 จะได้รับมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยเตียง 3-4 เป็นต้น จึงทำให้พยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยเตียง 2 ไม่ได้รับมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยที่ตนเป็นเจ้าของไข้ ซึ่งจะพิจารณาจาก อาการของผู้ป่วย หรือพิจารณาจากการมอบหมายงานในเวรที่ผ่านมาว่าพยาบาลคนใดได้ดูแลผู้ป่วยของตนแล้วหรือไม่ ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ส่วนใหญ่ที่จะเป็นคนมอบหมายงานเอง จะจ่ายงานล่วงหน้า 1 วันในสมุดจ่ายงานแต่ถ้าไม่อยู่ก็เป็นหน้าที่ของรองอินชาร์ท (in charge) หรืออินชาร์ทวันหยุด แต่อินชาร์ทเวรปรับเปลี่ยนได้ถ้ามีคนลาป่วยการจ่ายงานจะพยายามจ่ายให้เจ้าของไข้ได้เพียงคนไข้ตัวเองก่อน แล้วค่อยจ่ายคนอื่นๆที่เหลือ”

“ส่วนใหญ่ก็จะมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้เพียงคนไข้ของตัวเองเป็นหลัก แต่ถ้ามีพยาบาลเจ้าของไข้เพียงที่อยู่คู่กันยื่นเวรพร้อมกัน อย่างหนูเป็นเจ้าของไข้เตียง 1 พี่เป็นเจ้าของไข้เตียง 2 ก็จะต้องเลือกคนใดคนหนึ่งได้คนไข้ของตัวเอง เพราะว่าของใครอาการหนักกว่ากัน หรือถ้าเวรก่อนหน้าคนนี้ได้แล้วก็สลับให้อีกคนได้ ส่วนอีกคนต้องไปดูแลเตียงอื่น”

ในหอผู้ป่วยจะไม่มีการมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแล แต่จากการศึกษาพบว่า ถึงแม้จะไม่มีการมอบหมายพยาบาลผู้ร่วมดูแลแต่พยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้ดูแลผู้ป่วยเพียงที่อยู่ติดกันจะได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกันจึงเหมือนกับเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ดังกล่าวของพยาบาลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ไม่มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลแต่ส่วนใหญ่เราได้เตียงเดิมเราก็จะรู้เคส (case) อย่างเราได้เป็นเจ้าของไข้เตียง 4 แต่เราก็จะรู้เตียง 3 ไปด้วย เจ้าของไข้เตียง 3 ก็รู้เคสเตียง 4 เหมือนกับเป็นผู้ร่วมดูแลกันไปโดยปริยาย เพียงแต่ไม่ได้กำหนดไว้ มันเป็นไปอัตโนมัติตามการจ่ายงานของวอร์ดเรา”

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการมอบหมายงาน

จากการศึกษาพบว่า ไม่สามารถมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าพยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยของตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน เนื่องจากเงื่อนไขที่ต้องมอบหมายงานให้พยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วยเพียงที่อยู่ติดกัน 2 คน ซึ่งหากพยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้เพียงที่อยู่ใกล้เคียงกันยื่นปฏิบัติงานพร้อมกัน จะมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยของตนเองได้เพียงคนเดียว พยาบาลอีกคนต้องมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีพยาบาลเจ้าของไข้ นอกจากนี้ ในเวรบาย ดึก ที่ต้องมีพยาบาลที่ทำหน้าที่หัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการซึ่งจะมีภาระงานเพิ่มขึ้น จึงมอบหมายผู้ป่วยที่มีอาการดีที่สุดหรือมีการพยาบาลน้อยที่สุดให้กับหัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการ เพื่อให้หัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการได้มีเวลาปฏิบัติการกิจของหัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการ พยาบาลเจ้าของไข้ที่เป็นหัวหน้าเวรจึงอาจจะไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ และมีผลกระทบถึงการมอบหมายงานให้กับพยาบาลเจ้าของไข้คนอื่นๆด้วย ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ปัญหาการจ่ายผู้ป่วยแบบเตียงคู่กัน ถ้ามีพยาบาลเจ้าของไข้เพียงที่อยู่คู่กันยื่นเวรพร้อมกัน จะต้องเลือกคนใดคนหนึ่งได้คนไข้ของตัวเอง อีกคนก็จะไม่ได้ ซึ่งเป็นปัญหาของการจ่ายงานที่ต้องให้ดูคนไข้เตียงใกล้เคียงกัน จะได้สะดวกเวลาทำงาน”

“ถ้าเป็นหัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการบาย ดึกจะได้คนไข้ที่เบาที่สุดหรือมีเตียงเดียว บางครั้งก็จะไม่ใช่เจ้าของไข้ของตนเอง ก็มีผลถึงเจ้าของไข้เตียงอื่นๆก็ต้องเปลี่ยนไปด้วย”

ปัญหาอุปสรรคอีกประการ คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก ต้องให้การพยาบาลที่ซับซ้อนและมีการทำหัตถการหรือมีกิจกรรมการพยาบาลมาก รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับญาติที่มีความคาดหวังสูง มีทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่พึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลเจ้าของไข้จะเกิดความเครียดและเหนื่อยล้า ดังตัวอย่างการสนทนากลุ่มพยาบาล

“ถ้าคนไข้อาการหนักมากๆ มีกิจกรรมเยอะ หรือเจออนุติที่เรียกร้องมาก ได้ดูทุกวันก็เหนื่อย เครียด แต่คิดว่าขึ้นมาทำงานต้องเจอแบบนี้ๆอีกละ ไม่อยากมาทำงานเลย”

จากการศึกษามีข้อเสนอแนะในการมอบหมายงาน ดังนี้ ควรมีการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงาน โดยไม่จำเป็นต้องมอบหมายผู้ป่วยเตียง 1 คู่กับเตียง 2 เสมอไป สามารถมอบหมายคู่กับเตียงที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ยื่นปฏิบัติงานได้ เช่น เก็บ 3 เพราะเตียงผู้ป่วยไม่ได้ใกล้เคียงกัน แต่ยังมีข้อขัดแย้งว่ามีความไม่สะดวกหากต้องดูแลผู้ป่วยเพียงที่อยู่ไกลออกไป การมอบหมายหน้าที่หัวหน้าเวรอาจให้พยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ที่มิอาจุโสที่สุด อาจให้ผู้ที่มิได้เป็นเจ้าของไข้ทำหน้าที่แทนได้ เพราะพยาบาลอาจุโสสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่หัวหน้าเวรได้หากมีปัญหา หรือ

มอบหมายให้พยาบาลที่เป็นหัวหน้าเวรได้ดูแลผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ แต่อาจมอบหมายงานที่เป็นหน้าที่พิเศษของหัวหน้าเวรบ้างก็ให้พยาบาลคนอื่นทำได้ เช่น การตรวจสอบสื่อฉุกเฉิน การลงข้อมูลผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ จะเป็นการลดภาระงานของหัวหน้าเวรและจะทำให้พยาบาลคนอื่นๆ ได้เรียนรู้หน้าที่ของหัวหน้าเวรด้วย และจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ตรวจการมีหน้าที่ที่ต้องดูแลนอกหอผู้ป่วยด้วย จึงอาจจะต้องมอบหมายงานแบบเดิม ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“น่าจะดูจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นหลัก หน้าที่หัวหน้าเวรอาจจะให้คนอื่นที่ไม่ได้เป็นเจ้าของไข้เป็นก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้อาวุโสที่สุด จะใคร่ฝึกน้องๆ และพี่คอยให้คำปรึกษา หรือหน้าที่บางอย่างก็ไม่ได้ใช้เวลามาก อย่างตรวจสอบสื่อฉุกเฉินจ่ายให้คนอื่นทำก็ได้ ไม่จำเป็นต้องให้หัวหน้าเวร ภาระหัวหน้าเวรจะได้ลดลง”

ข้อเสนอแนะอีกประการคือ จัดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลอาวุโส เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อเกิดความเครียด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรอาจจะมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยอื่นบ้างเพื่อให้ได้พัก หรือมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้อีกหนึ่งคนมาช่วยสลับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

“น่าจะมีที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลเจ้าของไข้เป็นหัวหน้าหรือพยาบาลอาวุโส เอาไว้ถ้ามีปัญหาจริงๆ ไม่ไหวแล้ว ก็มาปรึกษาได้ หรือมาคุยกันตอนส่งเวร อาจจะต้องมีการเปลี่ยนคนไข้หรือมีการช่วยกันดูแล”

การจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย การสนทนากลุ่มพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลมีความสอดคล้องกัน โดยการรับผู้ป่วยใหม่จะปฏิบัติตามกระบวนการของหอผู้ป่วย พยาบาลที่รับผู้ป่วยใหม่ จะให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติเป็นอันดับแรก จนกระทั่งผู้ป่วยอาการปลอดภัย จึงวางแผนการพยาบาลซึ่งประเมินจากอาการผู้ป่วยในขณะนั้น ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย มีการพูดคุยกับผู้ปกครองของผู้ป่วยเพื่อซักประวัติในกรณีที่ผู้ป่วยจากนอกโรงพยาบาล และให้ข้อมูลอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกัน ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“เมื่อรับคนไข้ใหม่ต้องดูคนไข้ให้พ้นภาวะวิกฤตก่อน ถึงจะได้รวบรวมข้อมูลและตั้งปัญหาทางการพยาบาลที่ประเมินจากอาการขณะนั้น ก็อาจจะยังไม่ครอบคลุมปัญหา หรือชาร์ท (chart) อาจยังไม่คอมพลีท (complete) ต้องส่งเวรให้เวรต่อไปช่วยทำต่อ”

“ภาระงานช่วงรับใหม่มีมาก ไม่สามารถวางแผนการพยาบาลได้ในเวร ต้องส่งเวรให้เวรต่อไปช่วยทำต่อ แต่ยังไงก็ไม่ได้วางแผนการพยาบาลร่วมกับญาติ”

จากการศึกษาแบบรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแรกรับและแผนการพยาบาลในผู้ป่วยที่รับใหม่ พบว่าการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วน มีการวางแผนการพยาบาลตามปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยในการรับผู้ป่วยใหม่ หรือบางรายยังไม่มีการวางแผนการพยาบาลในเวรที่รับผู้ป่วย

การนิเทศหออผู้ป่วย ระเบียบการเยี่ยมและการดำเนินเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล พนักงานช่วยการพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“การแนะนำหออผู้ป่วย ระเบียบการเยี่ยมและสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลหรือเสมียนวอร์ดจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นหน้าที่ของเขา”

เมื่อพบญาติผู้ป่วยครั้งแรกพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการแนะนำตัวกับญาติผู้ป่วย โดยพยาบาลเจ้าของไข้บางคนจะมีการแนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ บางคนจะแนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลที่ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นประจำแทนการแนะนำว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ หรือบางคนไม่ได้มีการแนะนำตัวกับญาติผู้ป่วย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหออผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ตั้งแต่พบกันครั้งแรก จะแนะนำตัวว่าเราเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำอะไรบ้าง ถ้ามีปัญหาอะไรญาติสามารถพูดคุยกับเราได้ เราจะช่วยประสานกับหมอให้”

“อย่างน้อยนี้จะบอกญาติว่า จะเป็นพยาบาลที่ได้ดูแลน้องตลอด ถ้าแม่มีอะไรก็ถามได้ ไม่ได้บอกว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้กลัวเขาไม่เข้าใจ”

ในการดูแลประจำวัน พยาบาลเจ้าของไข้จะมีหน้าที่รับคำสั่งการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา และแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ มีการประเมินอาการผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสม พยาบาลทุกคนสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้โดยไม่จำเป็นต้องให้พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลแต่ผู้เดียวและบันทึกการเปลี่ยนแปลงไว้ใน

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย และการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“เราสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้เลย ไม่ต้องรอปรึกษาเจ้าของไข้ แต่จะมีการส่งเวรกัน มีการเขียนอาการการเปลี่ยนแปลงและการแก้ไขไว้ในบันทึกการพยาบาลแล้ว ก็เข้าใจเหตุผลของการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล”

“ถึงแม้พยาบาลเจ้าของไข้จะไม่ได้ทำเองแต่ก็พอใจในการช่วยกันวางแผน เพราะถือว่าทุกคนมีความรู้ ความสามารถเหมือนกัน แต่ พยาบาลเจ้าของไข้ควรศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยตนเองเพิ่มเติม จะได้รับรู้ปัญหาอย่างลึกซึ้ง”

การรับ ส่งเวรในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 จะมีการส่งเวรย้อนหลัง 2 เวรที่ผ่านมา ในเวรเช้าจะมีการรับส่งเวรร่วมกันเจ้าหน้าที่ทุกคนจะได้รับฟังการส่งเวรผู้ป่วยทุกเตียง และในเวรบ่าย ดึก จะแยกรับ ส่งเวรเฉพาะเตียงที่ได้รับผิดชอบ พยาบาลที่ได้รับผิดชอบผู้ป่วยจะส่งเวรด้วยตนเองถึงแม้ว่าจะไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งพยาบาลที่จะส่งเวรจะมีการทบทวนหลังจากสรุปบันทึกทางการแพทย์ถือเป็นการเตรียมพร้อมข้อมูลในการส่งเวร ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“วอร์ดเราจะส่งเวรย้อนหลัง 2 เวร พยาบาลที่ได้เตียงต้องส่งเวรด้วยตัวเอง ในเวรเช้าทุกคนจะมารับเวรพร้อมกัน แต่ บ่าย ดึก จะส่งของใครของมัน”

“การเตรียมส่งเวรจะทบทวนในชั้นตอนสรุปชาร์ต (chart) ว่ายังขาดตกบกพร่องอะไรบ้าง พยาบาลคนที่ได้เตียงจะส่งเวรด้วยตนเองถึงแม้ว่าจะไม่ได้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้”

พยาบาลที่มารับเวรจะต้องตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของเวรที่ผ่านมา ก่อนจะรับเวรถึงแม้ว่าจะไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้เช่นกัน เพื่อเป็นการช่วยตรวจสอบและป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน และเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“พยาบาลทุกคนที่มารับเวรต้องราวน์ (round) ผู้ป่วย ราวน์ชาร์ต (chart round) ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่เจ้าของไข้ ถ้าเจอว่ามีอะไรที่ไม่ตรงกับคำสั่งการรักษาหรือไม่ตรงกับบันทึกทางการแพทย์หรือบันทึกไม่ครบถ้วนจะถามข้อสงสัยในทันที เพราะถ้าเกิดความผิดพลาดจะได้แก้ไขทัน”

การวางแผนการจำหน่ายจะทำเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นและแพทย์เตรียมจะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ มีส่วนน้อยที่จะเตรียมกลับไปดูแลต่อที่บ้าน การเตรียมจำหน่ายจึงเป็นการให้คำแนะนำ เช่น สอนวิธีการจัดทำผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ ป้องกันการสำลักอาหาร หรือการสังเกตอาการผิดปกติ โดยผู้ที่ให้คำแนะนำจะเป็นพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วย ในช่วงที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เช่น ถอดท่อช่วยหายใจได้ หรือทราบจากแพทย์ว่ามีแผนที่จะย้ายผู้ป่วย จึงมีการวางแผนการจำหน่ายและแจ้งให้พยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยทราบและส่งเวรให้ช่วยกันปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย โดยผู้ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลเจ้าของไข้แต่ผู้เดียว อาจเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยครองมาเยี่ยม หรือก่อนจะย้ายผู้ป่วย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ส่วนใหญ่จะได้ทำก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกไปวอร์ดธรรมดา เป็นการสอน น้อยครั้งมากที่จะให้กลับบ้านเลยโดยที่ไม่ผ่านวอร์ดสามัญ ก็จะเป็นการสอนหลังออฟทิว (off endotracheal tube) การสังเกตอาการผิดปกติ”

“ไม่ได้กำหนดว่าเป็นหน้าที่ใครจะเป็นคนทำ แต่ใครที่เห็นว่าผู้ป่วยใกล้จะย้ายออกได้ละ อาจจะรู้จากแพทย์ว่ามีแผนจะย้ายผู้ป่วย หรือดูจากอาการ เช่น หลังถอดท่อช่วยหายใจแล้วเกิน 24 ชั่วโมงผู้ป่วยไม่มีปัญหา ก็จะมีการสอน พ่อ แม่ อย่างเช่นให้สูดศึกษาหลังถอดท่อช่วยหายใจ ถ้าไม่เจอญาติก็ส่งเวรต่อกัน”

ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากในขณะรับผู้ป่วยใหม่ มีกิจกรรมการพยาบาลมากและมุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย และไม่มีผู้รับผิดชอบทำให้เสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้มีการติดตามบันทึกทางการพยาบาลและเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ตามที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ภาระงานช่วงรับใหม่มีมาก ต้องดูแลคนไข้ก่อน การคอมพลีทชาร์ท (complete chart) ไม่สามารถทำให้เสร็จได้ในเวรต้องส่งเวรให้เวรต่อไปช่วยทำต่อ แต่บางทีเวรต่อไปก็ยุ่ง พอเลยไปหลายๆเวรก็ไม่ได้มีการติดตามทำให้เรียบร้อย”

“บางทีเจ้าของไข้เองไม่ทำชาร์ท(chart)คนไข้ให้เรียบร้อย เวลามาตรวจสอบบันทึก เจอว่ายังมีหลายจุดที่ไม่ได้เขียนทั้งๆที่คนไข้ก็อยู่มานาน”

นอกจากนี้ ยังพบปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย เนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายของหอผู้ป่วยเป็นเพียงการเตรียมย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้คำแนะนำ ไม่ใช่กลับบ้านและทำให้เกิดความสับสนระหว่างการให้สุกศึกษากับแผนการจำหน่าย บางครั้ง พยาบาลจึงไปบันทึกในการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือบันทึกในการพยาบาลประจำวันแทน จากการศึกษาเฉพาะเป็นผู้ป่วยพบว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะมีแบบบันทึกแผนการจำหน่าย 2 ส่วนคือแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายเมื่อแรกรับ (First Admission Discharge Planning) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับและแบบบันทึกการวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) ซึ่งอยู่กับแบบบันทึกการให้สุกศึกษา จากการศึกษาจากการบันทึกแผนการจำหน่ายในเฉพาะเป็นของผู้ป่วยจำนวน 5 รายในเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยช่วงเวลาเดียวกัน พบว่าทั้ง 5 ราย ไม่มีการวางแผนการจำหน่ายแรกรับและมี 4 รายไม่มีการบันทึกแผนการจำหน่าย มีเพียง 1 รายที่มีการบันทึกการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่พบว่า การวางแผนการจำหน่ายไม่ได้ทำตั้งแต่แรกรับ เนื่องจากมีความเห็นว่าผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต มีอาการไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และรายละเอียดของแผนการจำหน่ายของโรงพยาบาลจะเป็นการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งไม่เหมาะสมกับหอผู้ป่วยหนัก ดังกล่าวจากการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต อาการไม่แน่นอน รู้สึกขัดแย้งที่ต้องวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ เพราะผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเรื่อยๆ ก็ยังไม่เห็นแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์”

“แบบฟอร์มแผนการจำหน่ายของโรงพยาบาลเป็นการเตรียมจะกลับบ้าน ซึ่งใน ไอซียู มันยังไม่กลับไป เห็นภาพไม่ชัด มันวางแผนไม่ได้”

นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยไม่ชัดเจนหรือไม่มี ความแตกต่างกับพยาบาลที่ไม่ใช่เจ้าของไข้ เพราะมีการปฏิบัติเหมือนกันตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ ทั้งการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล และพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ค่อยมี บทบาทในการวางแผนการจำหน่าย ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“เราไม่รู้ว่าเราเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีบทบาทอะไรมากขึ้นหรือเปล่าที่มันเด่นๆกว่า พยาบาลที่ได้เตียง อย่างรู้เรื่องโรค ก็รู้แล้วเฉยๆไม่ได้ไปทำอะไรต่อ ซึ่งใครๆก็รู้ได้ น่าจะมีอะไรที่มันเด่นขึ้นมาว่านี่คือ พยาบาลเจ้าของไข้”

“พยาบาลเจ้าของไข้เวิร์ดเรามันไม่ชัด ไม่ได้มีบทบาทอะไรเด่นกว่าพยาบาลปกติที่ได้คนไข้เลย ขึ้นอยู่กับว่าวันนั้นมีเรื่องอะไรที่ต้องทำพยาบาลที่ได้เตียงก็ทำหมด ทั้งติดต่อประสาน พ่อ แม่

มาถามก็ต้องตอบ ต้องรู้เพราะได้รับการส่งเแรมมา แต่ว่าบทบาทเจ้าของไข้ไม่ชัด แล้วเรื่องประสานกับสังคมสงเคราะห์ คุยกับหมอ ส่วนใหญ่ก็ให้หัวหน้าเราก็อำนาจอยู่ เช่น จัดยาไป”

“ส่วนใหญ่จะทำได้ (แผนการจำหน่าย) ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออก บางครั้งก็ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทในการวางแผนการจำหน่ายน้อย ทำเหมือนกันกับพยาบาลคนอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของไข้”

จากการศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจน และทำเป็นคู่มือในการพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อให้พยาบาลทุกคนได้ทราบบทบาท หน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้และนำไปปฏิบัติได้ โดยเฉพาะการกำหนดให้เป็นหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ในการตรวจสอบและบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย และเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนบันทึกแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมหรือจัดทำเพิ่มเพื่อใช้เฉพาะหอผู้ป่วยหนัก ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ควรมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจนไปเลย ทำเป็นคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้เอาไว้อ้างอิง”

“พยาบาลเจ้าของไข้ควรตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล และทำให้ครบถ้วน สมบูรณ์ตามที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้ เพราะเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ และเป็นคนที่มีโอกาสได้ดูแลคนไข้อย่างใกล้ชิด ควรหาเวลาทำในขณะที่ขึ้นเวร”

“พยาบาลเจ้าของไข้ควรจะทำ discharge planning ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคำสั่งให้ย้ายออก เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาไปสักระยะหนึ่ง พอพ้นภาวะฉุกเฉินจะรู้ว่าจะต้องมีแผนการจำหน่ายอย่างไร โดยเฉพาะคนไข้ที่เจ็บป่วยไม่ซับซ้อน เช่น หลังผ่าตัด ENT หรือคนที่ถอดท่อช่วยหายใจได้ และส่งเวรให้มีคนทำต่อเพื่อเตรียมพร้อมล่วงหน้า”

“กรรมการบันทึกทางการพยาบาลควรจะมีแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมหรือทำใช้เฉพาะหอผู้ป่วยหนัก”

การคัดเลือกผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลจากการศึกษาจากบันทึกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ การสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาลมีความสอดคล้องกันโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรจะเป็นผู้ที่คัดเลือกผู้ป่วยและมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งไม่ได้พิจารณาจากความสามารถของพยาบาลกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แต่พิจารณาจากลำดับการ

เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในใบบันทึกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งทำเป็นตาราง ประกอบด้วย ชื่อพยาบาลเรียงตามลำดับอาวุโสอยู่แนวดิ่ง เติงผู้ป่วยอยู่ในแนวนอน มีช่องสำหรับเขียนชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับเตียงและชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ ใบบันทึกการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้จะทำเป็นแต่ละเดือนเก็บไว้ในสมุดมอบหมายงานประจำวันเพื่อให้ประกอบในการมอบหมายงานให้กับพยาบาลในแต่ละวันและมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ โดยจะมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลที่ยังไม่มีผู้ป่วยในความดูแลภายในเดือนนั้นๆ เป็นเจ้าของไข้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักมากหรือมีการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ซับซ้อนต้องอาศัยความชำนาญและใช้เวลาในการพยาบาลมาก จะมีการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มเป็น 2 คน ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“พี่จะเป็นคนจ่ายพยาบาลเจ้าของไข้ จะดูว่าตอนนี้ถึงคิวใคร ในเดือนนี้ได้เป็นเจ้าของไข้หรือยัง จะขึ้นเวรอะไร ถ้าจะหยุดหลายวันก็จะไม่จ่าย”

“เราจะดูว่าพยาบาลคนไหนที่ยังไม่ได้เป็นเจ้าของไข้ในเดือนนี้ก็จะจ่ายให้เป็นเจ้าของไข้”

“ถือว่าพยาบาลทุกคนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่ได้ดูจากซีเนียร์ (senior) หรือจูเนียร์ (junior) แต่ถ้าคนไข้อาการหนักมากหรือมีปัญหาซับซ้อนก็จะจ่ายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ 2 คน หรือมีซีเนียร์คู่กับน้อง”

แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร โครงการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วย พบว่า มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ได้ไว้เป็นข้อตกลงร่วมในการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งเป็นการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่ต้องมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ใช่เกณฑ์การมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่จะมอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ต้องเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อแรกรับหรือใส่ท่อช่วยหายใจหลังรับเข้าหอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่คาดว่าจะอยู่ในหอผู้ป่วยไม่เกิน 48 ชั่วโมง หรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องอยู่ห้องแยกจะไม่มอบหมายให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนการสิ้นสุดการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยครบ 1 เดือนซึ่งจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อมอบหมายให้กับพยาบาลเจ้าของไข้เขียนไว้ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มพยาบาล ดังนี้

“ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน แล้วแต่หัวหน้าเวรจะพิจารณาเอง แต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน”

“รู้เกณฑ์คร่าวๆ เช่นว่า ไม่จ่ายผู้ป่วยห้องแยกให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่เคยรู้ว่าเขียนไว้”

“มีเขียนไว้หรือเปล่า จำไม่ได้ ปฏิบัติตามๆกันมานานละ”

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการคัดเลือกผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่า มีการมอบหมายผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่เป็นคนรับใหม่ให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่ได้พิจารณาจากตารางการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้บางคนได้รับเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ติดต่อกันเนื่องจากผู้ป่วยคนเดิมที่ได้รับผิดชอบเพิ่งจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหนื่อยและเครียดในการทำงาน และการมอบหมายให้ผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“บางทีอย่างเราเป็นคนรับใหม่ก็จ่ายให้เราเป็นเจ้าของไข้เลย ทั้งๆที่คนไข้เราเพิ่งจะย้ายออกไป อยากจะดูแลแบบไม่ใช่เจ้าของไข้บ้าง เพราะเป็นเจ้าของไข้ติดกันมันเหนื่อย”

“พี่มีชื่อเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ทั้งๆที่ไม่ได้ขึ้นเวรเลย ไม่รู้เลยว่าคนไข้เป็นใคร”

นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า มีปัญหาที่พยาบาลที่มีอายุงานหรือประสบการณ์น้อยได้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยเตียงที่อยู่คู่กัน ทำให้บางครั้งขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และกลัวเกิดความผิดพลาด เพราะพยาบาลที่ได้เตียงคู่กันจะสลับเวรกันในการขึ้นปฏิบัติงาน ดังนั้นคนดูแลต่อเนื่องกันจะเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยทั้งคู่ อาจไม่ทราบว่าเกิดความผิดพลาดขึ้น ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“อย่างบางทีหนูได้เตียง 1 เพื่อนได้เตียง 2 เป็นน้องใหม่ทั้งคู่ หนูกับเพื่อนก็จะสลับกันขึ้นเวรก็ได้เปลี่ยนมือกันอยู่สองคน ก็ไม่รู้ว่ามีอะไรถูกหรือผิดบ้าง”

จากการศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยหรือเกณฑ์การมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจน เป็นข้อตกลงหรือเป็นคู่มือในการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วย เพื่อใช้อ้างอิงและยังมีประโยชน์หากมีหน่วยงานอื่นมาดูงาน การมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ควรดูจากตารางประกอบการพิจารณา และควรมีการพิจารณาโดยใช้อายุงานและประสบการณ์หรือความสามารถของพยาบาลเข้ามาประกอบเพื่อไม่ให้มีแต่พยาบาลที่อายุงานน้อยดูแลต่อเนื่องกัน ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

“น่าจะมีการกำหนดเกณฑ์ให้ชัดเจน ทำเป็นลายลักษณ์อักษรและมีเกณฑ์หลายๆอย่างมาประกอบการพิจารณาด้วย มาใช้ตามคิวอย่างเดียว”

“กำหนดเกณฑ์และทำให้เป็นคู่มือในการพยาบาลเจ้าของไข้เลย เพราะจะได้ใช้แนวทางเดียวกันในการมอบหมายและ อีกอย่างจะได้มีหลักฐานอ้างอิงหรือนำเสนอเวลามีคนมาดูงาน”

ลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร

ผลการศึกษาพบว่าในหอผู้ป่วยไม่มีการประชุมปรึกษาตามกรอบแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้แก่ การประชุมปรึกษาประจำวัน โดยใช้บันทึกส่งต่อการพยาบาล (Kardex review conferences) การประชุมปรึกษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered conference) และการประชุมปรึกษากับแพทย์ (Physician conferences) ซึ่งไม่ปรากฏเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประชุมปรึกษาทั้งหมดที่กล่าวมา สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ที่พบว่าในหอผู้ป่วย มีการประชุมปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย (Family conference) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่ง มีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงหรือเมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“การประชุมปรึกษาจะมีเมื่อผู้ป่วยอาการแย่งหรือเข้าสู่ระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่จะเป็นการแจ้งข่าวร้ายให้ บิดา มารดาและครอบครัวทราบ มาร่วมกันตัดสินใจว่าจะเอาอย่างไรต่อไป”

การจัดประชุมปรึกษากับครอบครัว บางครั้งอาจไม่ใช่การประชุมเพื่อแจ้งข่าวร้ายแต่เป็นการให้ข้อมูลเรื่องโรคและแผนการรักษาหรือการขอความร่วมมือในการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นเพื่อส่งต่อผู้ป่วยหรือเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านในกรณีที่แพทย์จะจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักดังกล่าวของหัวหน้าจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อาจารย์แพทย์เฉพาะทางอย่างโรคสมอง โรคไต ก็มีการนัดคุยกับญาติเพื่ออธิบายเรื่องโรค แนวทางการรักษา หรือแจ้งผลของการรักษา หรือเป็นการวางแผนร่วมกันในการเตรียมพร้อมในการนำผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างคนที่ต้องใช้ ventilator ที่บ้าน”

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 มีการทบทวนกระบวนการขณะดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร โภชนากรและญาติผู้ป่วย จากการศึกษาจากเอกสารบันทึกการทบทวนกระบวนการขณะดูแลผู้ป่วย พบว่ามีการกำหนดให้มีการประชุมปรึกษาเดือนละครั้ง วัตถุประสงค์เพื่อทบทวนหาโอกาสพัฒนาและกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วย แต่จากเอกสารพบว่า การประชุมปรึกษาดังกล่าว ไม่ได้ทำในผู้ป่วยทุกราย จะคัดเลือกผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน และไม่ได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาทุกเดือน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำหอผู้ป่วย และทีมสหสาขา เช่น เภสัชกร จะมีแบบบันทึกที่ประกอบด้วยคำถามที่จะใช้เป็นประเด็นในการประชุมปรึกษา ซึ่งให้ผู้ที่เข้าร่วมประชุมช่วยกันตอบคำถาม

ในการประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วย แต่ละครั้งจะมีอาจารย์แพทย์เป็นผู้นำและจัดการประชุม แพทย์ประจำหอผู้ป่วยและหัวหน้าพยาบาลหรือหัวหน้าเวรในขณะนั้นจะเข้าร่วมประชุมด้วย พยาบาลเจ้าของไข้จะได้เข้าร่วมประชุมหากขึ้นปฏิบัติงาน แต่หากติดภารกิจที่ต้องทำกิจกรรมการ พยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะไม่ได้เข้าร่วมประชุมปรึกษาด้วย พยาบาลเจ้าของไข้จึงไม่ค่อยมีส่วน ร่วมหรือมีบทบาทในการประชุมปรึกษา ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“การ conference กับหมอก็คือ การจัดการทบทวนกระบวนการขณะดูแลผู้ป่วยที่เราจะมี โอกาสประชุมกับหมอ แต่บางทีก็ไม่ได้ตรงกับวันที่พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นเวร ถ้าเป็นคนที่อยู่ แต่เวรเช้าก็จะมีโอกาส แต่บางทีก็ติดต้องดูแลคนไข้คนอื่นหรือยังทำงานไม่เสร็จ ก็ไปฟังด้วย ไม่ได้ให้หัวหน้าไปฟังแล้วมาส่งเวรต่อ”

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ค่อยมีส่วนร่วม ในการประชุมปรึกษาที่จัดขึ้นในหอ ผู้ป่วย ทั้งการประชุมปรึกษากับครอบครัวและการทบทวนกระบวนการขณะดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมี ภาระงานมาก หรือไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในวันที่มีการประชุมปรึกษา จะได้รับทราบข้อมูลจากการส่ง เสร็จต่อเท่านั้น ดังคำกล่าวของพยาบาลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“การจัดประชุมปรึกษาแต่ละครั้งไม่ได้ตรงกับวันที่พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นเวร ถ้าเป็นคนที่อยู่ แต่เวรเช้าก็จะมีโอกาส แต่บางทีก็ติดต้องดูแลคนไข้คนอื่น ไปฟังด้วยไม่ได้ ให้หัวหน้าไปฟังแล้ว มาส่งเวรต่อ”

ส่วนการประชุมปรึกษา อีก 2 รูปแบบ คือการประชุมปรึกษาประจำวันโดยใช้บันทึกส่งต่อการ พยาบาล (Kardex review conferences) การประชุมปรึกษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered conference) ซึ่งต้องมีการเตรียมข้อมูลมาก่อนไม่สามารถจัดขึ้นได้ เนื่องจากไม่สามารถหาเวลาที่ เหมาะสม การประชุมปรึกษาช่วงส่งเวรมีผู้เข้าร่วมน้อยและมีเวลาจำกัด ดังคำกล่าวของหัวหน้าจากก การสัมภาษณ์ ดังนี้

“เวลามีน้อย นัดมาประชุมก็ยาก ถ้าจะจัดหลังส่งเวรก็ไม่มีเวลา ส่งเวรนาน มีออเดอร์(order) รออยู่มาก งานเอกสารก็มามาก”

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา พบว่า ควรกำหนดรูปแบบการประชุมปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการ พยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลเจ้าของไข้มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษา ต่างๆที่มีในหอผู้ป่วย และควรจัดให้มีการประชุมปรึกษาที่มีการนำเสนอข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยทั้ง

เรื่องโรคและการรักษาพยาบาลหรือนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ เพื่อให้พยาบาลเจ้าของไข้มีการพัฒนาตนเอง แต่ควรมีการปรึกษาร่วมกันเพื่อหารูปแบบของการประชุมปรึกษาต่างๆที่เหมาะสม ดังคำกล่าวของพยาบาลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

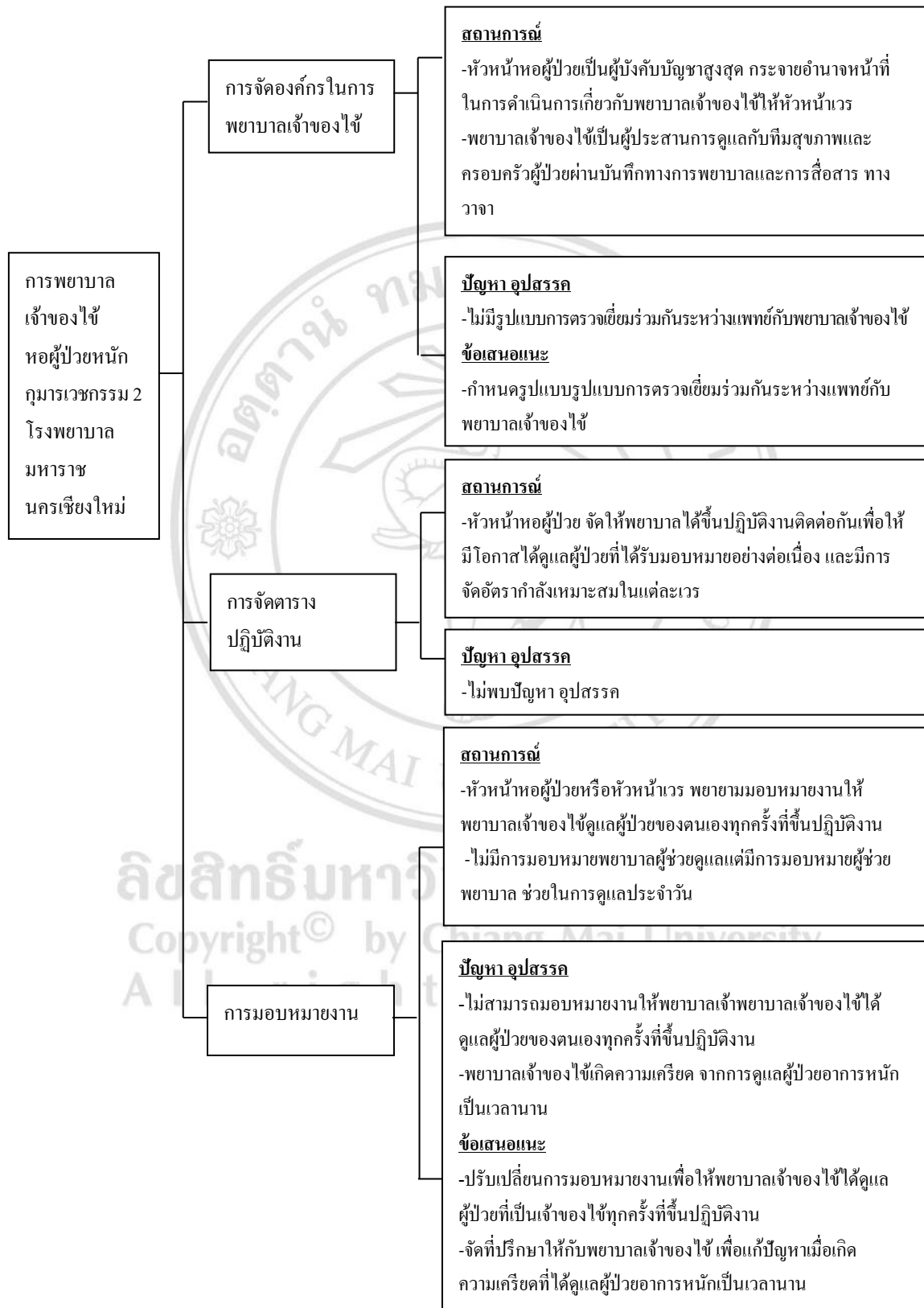
“ควรมีการกำหนดให้มีการประชุมปรึกษาแบบต่างๆ โดยมีรูปแบบที่แน่นอน เน้นว่าพยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีส่วนร่วม โดยจะกำหนดไว้ในแนวปฏิบัติก็ได้ จะได้กำหนดล่วงหน้าให้จัดในวันที่มีพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นเวร”

“การ conference เกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคของคนไข้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับคนไข้และตัวพยาบาลน่าจะมีการทำเป็นประจำ แต่ก็นั่นแหละ จะทำตอนไหน ทำยังไงต้องมาคุยกันเพราะทุกวันนี้แค่ขอให้มาประชุมก็ยาก ตอนส่งเวรก็ไม่มีเวลา”

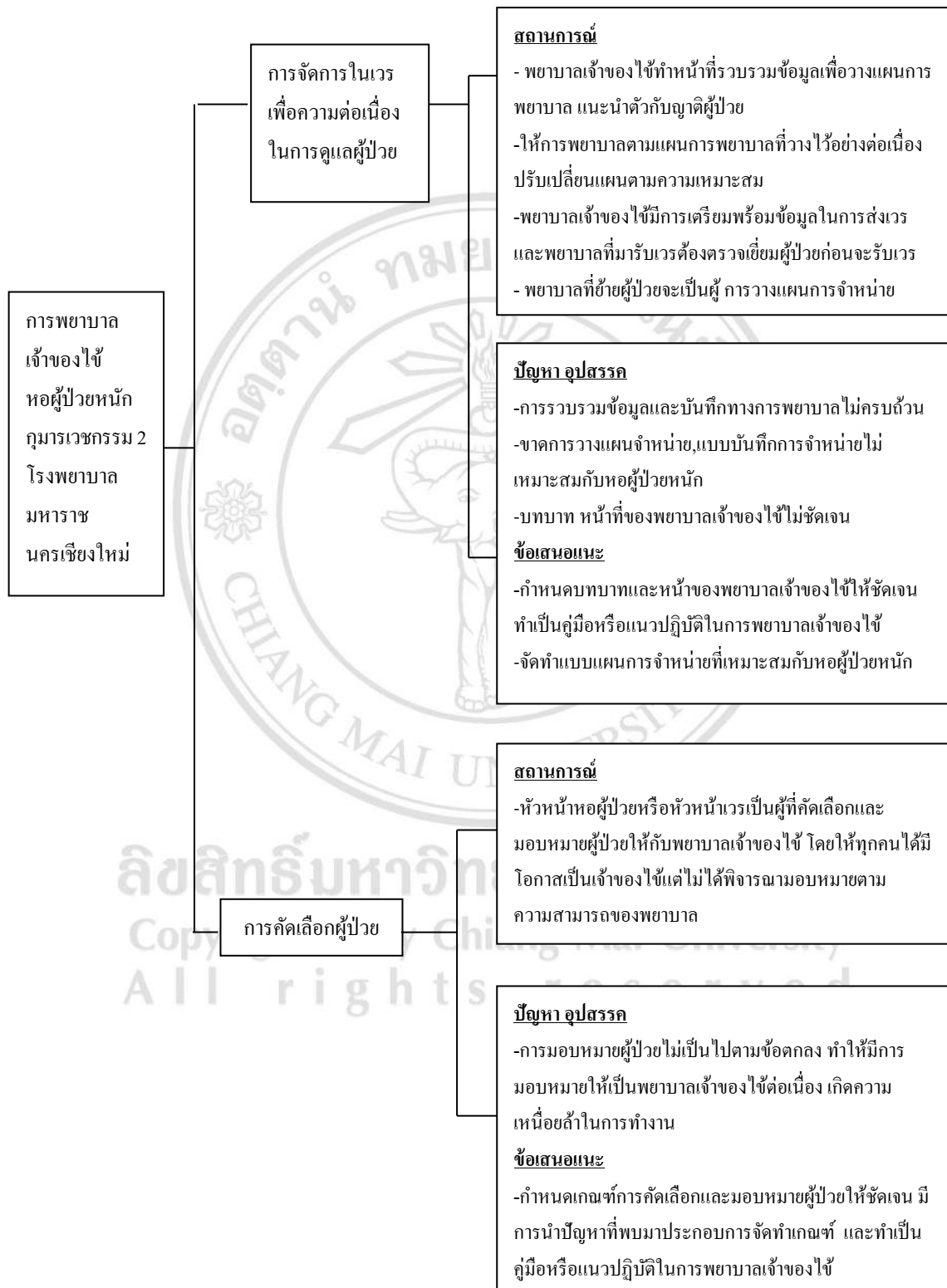
กล่าวโดยสรุปสถานการณ์ ในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดรูปแบบหน่วยงานในการพยาบาลเจ้าของไข้ของมาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ได้แก่ การมีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีการจัดตารางปฏิบัติงานและการมอบหมายงานที่เอื้อให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการเพื่อความต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ รวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล ส่งต่อข้อมูลและวางแผนการจำหน่าย มีการมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยและมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ โดยให้พยาบาลทุกคน ได้มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบเป็นเจ้าของไข้ และมีการประชุมปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วยและการประชุมปรึกษากับทีมผู้ดูแลในการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ปัญหา อุปสรรค ในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบอุปสรรคในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ไม่สามารถมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยของตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้และเกณฑ์การคัดเลือกและมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลเจ้าของไข้ไม่มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษา ส่วนข้อเสนอแนะ ได้แก่ การกำหนดให้มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ เกณฑ์การคัดเลือกและมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ การจัดการประชุมปรึกษา กำหนดรูปแบบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ การปรับเปลี่ยนการมอบหมายงาน รวมถึงการจัดหาที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลเจ้าของไข้

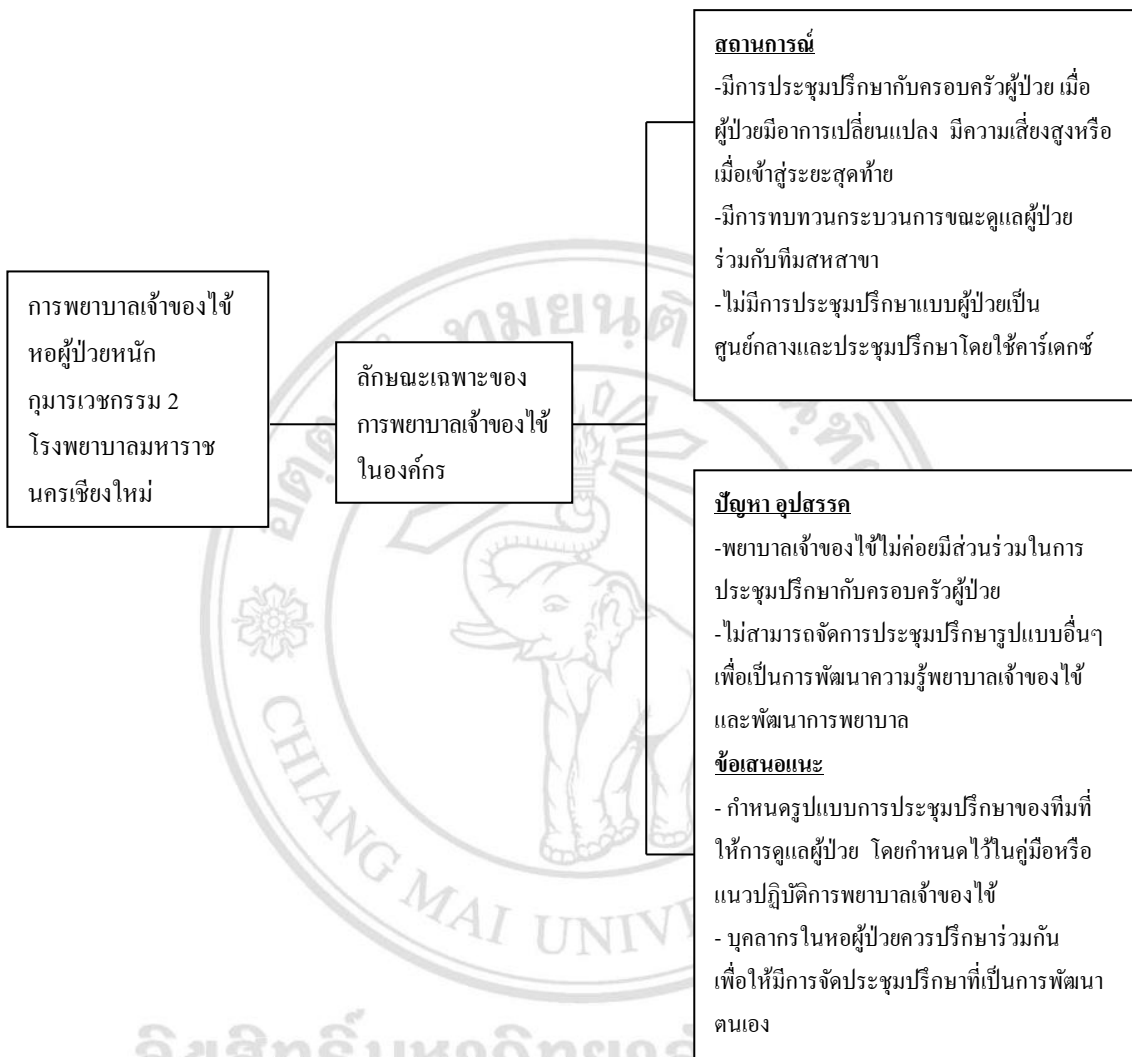
สรุปสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้
หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



**สรุปสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้
หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**



สรุปสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้
หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาขออภิปรายผลตามกรอบแนวคิด ดังนี้

การจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการจัดองค์กรในการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีสายการบังคับบัญชาในการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วย มีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด ไม่ใช่หัวหน้างานการพยาบาล และไม่ได้มีการกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหอผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย แต่หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยและบุคลากรระดับปฏิบัติการที่สุด ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจถึงปัจจัยในการจัดรูปแบบการให้บริการพยาบาลต่างๆ ที่กล่าวมา และสามารถเลือกรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับหอผู้ป่วยของตน เนื่องจากการเลือกใช้รูปแบบการบริการพยาบาลต้องคำนึงถึงความต้องการการบริการของผู้ป่วย คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงานและจำนวนอัตรากำลัง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cherry, 2008)

การที่พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นตรงกับหัวหน้าหอผู้ป่วยทำให้มีสายการบังคับบัญชาที่สั้น ซึ่งทำให้มีความสะดวก รวดเร็วในการบริหารจัดการและการสื่อสาร นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกระจายอำนาจหน้าที่ในการมอบหมายงานและการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งเป็นไปตามลำดับการบังคับบัญชาของหน่วยงาน จึงทำให้ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในด้านสายการบังคับบัญชาในการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่ง มาแรม และคณะ (Marram et al., 1974) ได้กล่าวถึงการจัดการในการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า การมีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีการกระจายอำนาจไปสู่บุคลากรแต่ละระดับอย่างเหมาะสมจะช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ส่วนการที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานในการดูแลผู้ป่วยและมีการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางวาจาและผ่านทางบันทึกทางการพยาบาลนั้น เป็นการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างจากการพยาบาลทั่วไปจึงสามารถปฏิบัติได้ แต่การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยโดยเป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลอย่างแท้จริงนั้นยังไม่สามารถปฏิบัติได้ อาจเกิดจากพยาบาลเจ้าของไข้ยังไม่ทราบถึงบทบาทในข้อนี้และจากภาระงานที่มากจึงต้องมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระในการประสานงานต่างๆ ตามลักษณะงานของหอผู้ป่วย

ปัญหาและอุปสรรคที่พบว่า หอผู้ป่วยยังไม่มียุทธศาสตร์การตรวจเยี่ยมร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้และหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลและแพทย์ ในหอผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญและ อาจจะไม่ทราบว่าการตรวจเยี่ยมร่วมกันมีความสำคัญ โดยเฉพาะในการพยาบาลเจ้าของไข้ ประเด็นนี้จึงไม่ได้มีการกำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มการพยาบาลเจ้าของไข้และไม่มีการปฏิบัติตาม จนถึงในปัจจุบัน ส่วนปัญหาที่พยาบาลไม่ทราบข้อมูลแผนการรักษาเพื่อที่จะให้ข้อมูลญาติได้ถูกต้อง หรือตรงกับข้อมูลที่แพทย์ให้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดกับพยาบาลที่มีอายุน้อยซึ่งอาจขาดทักษะและ ประสบการณ์ในการสื่อสารกับแพทย์และการให้ข้อมูลกับญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวภา จันทรมา (2555) ที่พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารในการพยาบาลเจ้าของไข้เนื่องจาก ปัจจัยด้านการสื่อสารรายบุคคลที่มีอายุน้อยในช่วง 1-5 ปี มีประสบการณ์การทำงานน้อย ส่งผลต่อ ทักษะการรับฟัง สะท้อนอารมณ์และการสรุปความ ส่วนป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ที่เป็นช่องทางการ สื่อสารอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบว่า จะติดต่อ ประสานงานได้กับใคร แต่ไม่มีความชัดเจนซึ่งพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกคนจะทราบว่าเป็นชื่อพยาบาล เจ้าของไข้ แต่บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรในหอผู้ป่วยจะไม่ทราบ จนทำให้เกิดการเข้าใจผิดว่าเป็นชื่อ ผู้ป่วยหรือชื่อแพทย์ จึงควรมีการปรับปรุงแก้ไข

จากการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลกับ แพทย์ และทำเป็นแนวปฏิบัติหรือกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนไว้ในคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งแพทย์ เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการทำให้การพยาบาลเจ้าของไข้ประสบความสำเร็จเนื่องจากเป็นผู้มี อิทธิพลในการรักษาผู้ป่วย และแพทย์ควรจะทราบว่าการพยาบาลเจ้าของไข้มีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทอย่างไรและมีความรับผิดชอบแค่ไหน นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้ความรู้ใน การรักษา การตรวจเยี่ยมร่วมกันทำให้เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างกับแพทย์กับพยาบาล เจ้าของไข้และทำให้มีความร่วมมือกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Marram et al., 1974) และมีข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลเจ้าของไข้โดยเฉพาะพยาบาลที่มีอายุน้อย ควรฝึกฝนในการหาแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม และทักษะในการให้ข้อมูลญาติ ซึ่งในการให้ข้อมูลญาติ พยาบาลเจ้าของไข้นอกจากจะต้องมีการ เตรียมความรู้ทางคลินิกแล้ว ต้องฝึกฝนทางด้านทักษะการตัดสินใจและการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลที่ไม่มีการเตรียมตัวด้านการสื่อสารอาจไม่สามารถเป็นผู้ประสานงานที่ดีระหว่างทีมรักษาและ อาจไม่สามารถค้นหาปัญหา ความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย (Marquis & Huston, 2009) ส่วนการ ปรับปรุงป้ายชื่อพยาบาลเจ้าของไข้นั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการมีป้ายชื่อ พยาบาลเจ้าของไข้ คือ เพื่อให้บุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลในหอผู้ป่วย เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีรักษา รวมถึงญาติผู้ป่วยได้ทราบว่าเป็นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลเจ้าของไข้เป็นใคร มีบทบาทหน้าที่อย่างไร สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลผู้ป่วยหรือประสานงาน

ในการดูแลรักษากับพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรงทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ รวดเร็วทันกับความต้องการในการดูแลรักษาของผู้ป่วย ซึ่งในการพยาบาลเจ้าของไข้การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้เป็นสื่อกลางในการประสานงานทั้งหมดจึงต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนในทีมสุขภาพทั้งหมดรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Cherry, 2008)

การจัดตารางปฏิบัติงาน

การจัดตารางปฏิบัติงานให้พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานติดต่อกันในระยะเวลาคาบเกี่ยวกันและต่อเนื่อง 5-7 เวร และการจัดให้มีจำนวนบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานที่เหมาะสม เป็นการจัดการตารางปฏิบัติงานที่ไม่ขัดกับการจัดตารางปฏิบัติงานทั่วไป จึงเอื้ออำนวยให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและไม่มีปัญหา อุปสรรค

การมอบหมายงาน

การพยายามมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผิดชอบทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานและมอบหมายให้บุคลากรระดับต่างๆอย่างเหมาะสม เป็นการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่ร่วมในโครงการพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยมาก่อน จึงมีความมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องพยาบาลเจ้าของไข้จึงมีการบริหารจัดการและปฏิบัติบทบาท หน้าที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งสปอร์ตแมน (Sportsman, 2011) ได้กล่าวถึงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยต้อง มีความรู้ในเรื่องพยาบาลเจ้าของไข้และกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี จึงจะทำให้การพยาบาลเจ้าของไข้ประสบความสำเร็จ

ปัญหา อุปสรรค ของการที่ไม่สามารถมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยของตน ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ ในการมอบหมายงาน ได้แก่ การมอบหมายงานยึดโครงสร้างทางกายภาพของการจัดเตียงผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการทำงานเป็นหลัก หรือในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องทำหน้าที่หัวหน้าเวรหรือผู้ตรวจการบ่าย ดึกจึงต้องมีการปรับการมอบหมายงานที่ต้องเอื้ออำนวยให้มีเวลาในการบริหารจัดการหรือควบคุมดูแลให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงทำให้พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้รับผิดชอบผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของไข้

นอกจากนี้ การที่ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยมีมาก เนื่องจากเป็นผู้ป่วยหนักและเป็นผู้ป่วยเด็ก และไม่มีจำนวนพยาบาลเพียงพอที่จะมอบหมายพยาบาลแบบ 1 ต่อ 1 พยาบาลจึงต้องรับผิดชอบผู้ป่วยในอัตรา 1 ต่อ 2 และมีผู้ช่วยพยาบาล ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในหลักของการพยาบาลเจ้าของไข้

ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากเพื่อให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งการที่มีแต่พยาบาลวิชาชีพอาจทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง จากการศึกษาของ เฟร์นันเดซ และคณะ (Fernandez et al., 2012) พบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้มีต้นทุนทางการพยาบาลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรพยาบาลแบบรายผู้ป่วยและการพยาบาลแบบทีม ดังนั้น หลายองค์กรจึงประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มอบหมายให้บุคลากรพยาบาลระดับต่ำกว่าวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยตามอำนาจหน้าที่ที่ทำได้คู่กับพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ช่วยลดต้นทุนทางการพยาบาลและแก้ปัญหาในช่วงที่พยาบาลมีการขาดแคลน รวมทั้งมีข้อดีที่ทำให้พยาบาลได้มีเวลาในการให้การพยาบาลที่เป็นบทบาทของพยาบาลมากขึ้น เช่น การประเมินความรู้และให้ความรู้ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย (Sportsman, 2011) ซึ่งปัญหา อุปสรรคในการมอบหมายงานสอดคล้องกับการศึกษาของ เซททา และคณะ (Zetta et al., 2010) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49 มีความคิดเห็นว่าการพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้มีความยุ่งยากในการมอบหมายงานกับพยาบาลระดับต่างๆ ส่วนปัญหา อุปสรรค ที่พยาบาลเจ้าของไข้เกิดความเครียด เหนื่อยล้าเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักเป็นเวลาดูต่อเนื่องและเป็นระยะ ซึ่งเป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดกับพยาบาลเจ้าของไข้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กูด และ โรวี (Good & Rowe, 2001) ที่พบว่า พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ผู้ป่วยหนัก มีปัญหาซับซ้อนมีความเครียดในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น พยาบาลเจ้าของไข้ควรมีการพักหรือปลอดจากการรับผิดชอบผู้ป่วยบ้างเพื่อเป็นการลดความเครียด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ที่มีข้อเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนการมอบหมายงาน โดยเน้นที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นหลัก เพื่อที่จะให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ดูแลผู้ป่วยที่ตนเองเป็นเจ้าของไข้ได้ทุกครั้ง ซึ่งการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานจะต้องขึ้นอยู่กับความเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากรในหอผู้ป่วย เนื่องจากการแก้ปัญหาในการทำงานบุคลากรในหน่วยงานควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานในส่วนต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลเจ้าของไข้ประสบความสำเร็จ (Fraser, Eades, Glackin, & Holmes, 2001) และการจัดให้มีที่ปรึกษาสำหรับแก้ไขปัญหาให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งอาจจะเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลอาวุโสที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลเจ้าของไข้และมีอำนาจหน้าที่ในการมอบหมายงานและคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ จึงเป็นผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ที่เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอาการหนักเป็นเวลานาน หรือเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

การจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินและรวบรวมข้อมูลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลของหอผู้ป่วย ซึ่งได้กำหนดไว้ให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เป็นมาตรฐานที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ในด้าน การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล (Marram et al., 1974) ซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่รับใหม่เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลและปรับปรุงแผนการพยาบาลรวมทั้งต้องสื่อสารกับทีมสุขภาพ มีการทบทวนข้อมูลที่จะส่งต่อในการพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้พยาบาลคนอื่นทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (Sportmans, 2011) ส่วนในด้านการวางแผนการพยาบาล ถึงแม้ว่าพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แต่พยาบาลทุกคนที่ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ตามความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยได้ทันที ไม่จำเป็นต้องรอปรึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ เนื่องจากเป็นข้อตกลงของหอผู้ป่วยที่ยอมรับว่าพยาบาลทุกคนมีความรู้ ความสามารถและสิทธิที่จะปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้ในขณะที่รับผิดชอบผู้ป่วย และได้มีการสื่อสารให้พยาบาลทุกคนทราบถึงเหตุผลของการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล ผ่านทางบันทึกทางการพยาบาลและในการรับ ส่งเวร ซึ่งมีการปฏิบัติเช่นเดียวกับการรับ ส่งเวรในการพยาบาลทั่วไป และมีการพูดคุยปรึกษากันในขณะส่งเวร เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันเพื่อที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

ปัญหา อุปสรรคในการจัดการในเวรเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จากการที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ค่อยมีการวางแผนการจำหน่าย เนื่องจาก มีความขัดแย้งเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีอาการไม่คงที่ จึงคิดว่าไม่สามารถวางแผนการจำหน่ายได้ และผู้ป่วยเมื่อมีอาการดีขึ้นจะถูกย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ไม่ได้กลับบ้าน จึงเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่หอผู้ป่วยสามัญมากกว่าการวางแผนการจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน ส่วนปัญหาที่ พยาบาลเจ้าของไข้ มีการปฏิบัติบทบาทไม่แตกต่างจากพยาบาลที่ไม่ใช่เจ้าของไข้ อาจเกิดจากการที่ไม่ได้มีการกำหนดบทบาทไว้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลอาจจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทการพยาบาลเจ้าของไข้ รวมทั้งการขาดทักษะในการสื่อสารหรือการประสานงาน เนื่องจาก ไม่ได้รับการอบรมหรือนิเทศตั้งแต่เข้ามาปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลที่ได้รับการอบรมจะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีโครงการพยาบาลเจ้าของไข้ในปี พ.ศ. 2548 และพยาบาลที่มาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังจากนั้นไม่ได้รับการอบรมหรือการนิเทศเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้และไม่มีการจัดอบรมทบทวน และถึงแม้ว่าจะมีบันทึกเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ในข้อตกลงร่วมในการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วย แต่จากการศึกษาพบว่า บุคลากร

พยาบาลไม่ทราบว่ามีการกำหนดบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ไว้และไม่มีการนำมาทบทวน ปรับปรุงให้ทันสมัยหรือเหมาะกับการปฏิบัติงานในปัจจุบันและจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติให้ศึกษาหรืออ้างอิง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ โคโรเนน และ กันกัสเนียนิemi (Korhonen & Kangasniemi, 2013) ที่พบว่า โครงสร้างของการพยาบาลเจ้าของไข้ที่ใช้ในหอผู้ป่วยมีความสับสนเนื่องจาก พยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทที่หลากหลาย ซับซ้อน ไม่มีขอบเขต ไม่มีการเตรียมพร้อมในการใช้การพยาบาลเจ้าของไข้และการมอบหมายงานไม่ชัดเจน นอกจากนี้อาจเกิดจากความไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลตามปกติที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ก็สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาเป็นการปรับปรุงบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบพยาบาลเจ้าของไข้ให้มีความชัดเจนขึ้น โดยจัดทำเป็นเอกสารคู่มือ การพยาบาลเจ้าของไข้ หรือจัดอบรมให้ความรู้บทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ และควรมีการสำรวจหรือตรวจสอบการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ และส่งเสริม ปรับปรุงในจุดที่บกพร่อง ซึ่งจากการศึกษาของ เบย์นตัน (Baynton, 2015) พบว่า การมีการตรวจสอบการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ แก่ไขจุดบกพร่องและกระตุ้น ส่งเสริมให้ปฏิบัติบทบาท รวมทั้งมีการทบทวนความรู้ทำให้การพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การแสดงออก และทักษะการเป็นผู้นำ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นของพยาบาลเจ้าของไข้ (Marquis & Huston, 2009) หรือจะมีการส่งเสริมโดยให้พยาบาลอาวุโสหรือพยาบาลที่ปฏิบัติบทบาทได้ดีเป็นแบบอย่าง (role model) และมีการติดตาม นิเทศให้กับพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่มีอายุน้อยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย

การส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้มีความสำคัญซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติงานแบบมืออาชีพ เป็นการยกระดับคุณภาพการพยาบาลจากการรับผิดชอบกิจกรรมทุกอย่างตั้งแต่สร้างสัมพันธภาพเพื่อที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยให้ได้ครอบคลุมเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย มีการพัฒนาความรู้เพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาและมีเหตุผลในการให้การพยาบาล รู้จักวางแผนประสานงานในการรักษาพยาบาล มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รู้จักแก้ไขปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram et al., 1974) การส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ อาจส่งผลต่อการสรรหาและการคงอยู่ของพยาบาลเนื่องจากพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขเพราะขาดความรู้ ทักษะหรือประสบการณ์ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลเจ้าของไข้ อาจจะไม่ต้องการจะปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการพยาบาลเจ้าของไข้ (Marquis & Huston, 2009)

การคัดเลือกผู้ป่วย

การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร เป็นผู้คัดเลือกและมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้โดยไม่ได้พิจารณาจากความสามารถของพยาบาล แต่มีการมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้หมุนเวียนกัน เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีโอกาเป็นพยาบาลเจ้าของไข้และมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบอย่างน้อยเดือนละ 1 คน ซึ่งเป็นการมอบหมายผู้ป่วยตามข้อตกลงในการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วย แต่ไม่มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยและมอบหมายให้ตรงกับความสามารถของพยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งในหลักของการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นบทบาทที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจที่จะมอบหมายผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อที่จะให้การดูแลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Sportsman, 2011)

ปัญหา อุปสรรคที่พบว่า ไม่มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยหรือมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ที่เหมาะสมกับความสามารถของพยาบาลและมีการมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ที่ซ้ำซ้อน ทำให้พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยหลายรายในระยะเวลาต่อเนื่องกันเกิดความเครียดและเหนื่อยล้าในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภา สิริรัตน์พิริยะ (2555) ที่พบปัญหา อุปสรรคในการพยาบาลเจ้าของไข้ ว่าพยาบาลต้องใช้เวลาในปฏิบัติงานมากทั้งการเขียนแผนการพยาบาลและเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรง จึงอาจทำให้พยาบาลมีความเครียดมากขึ้น ดังนั้นควรมีการให้พยาบาลปลอดจากภาระรับผิดชอบในการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้บ้าง และปัญหา ที่พยาบาลที่เจ้าของไข้เป็นพยาบาลอายุน้อยได้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันตลอด อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยทั้งคู่ ไม่มีใครสามารถตรวจสอบกันได้ ซึ่งอาจเกิดจากการที่พยาบาลไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับความสามารถจึงเกิดปัญหานี้ขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาจากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวมาข้างต้นจึงมีข้อเสนอแนะในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยหรือเกณฑ์การมอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ให้ชัดเจน และควรนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาแก้ไขและจัดทำเป็นข้อตกลงหรือในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้ ซึ่งอาจจะทำเป็นคู่มือในการพยาบาลเจ้าของไข้ของหอผู้ป่วยเพื่อทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องไปในทิศทางเดียวกัน

ลักษณะเฉพาะของการพยาบาลเจ้าของไข้ในองค์กร

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 2 ไม่มีการประชุมปรึกษาแบบการประชุมปรึกษาโดยใช้บันทึกส่งต่อการพยาบาล (Kardex review conferences) และ การประชุมปรึกษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered conference) อาจเนื่องจากไม่ทราบว่าในการพยาบาลเจ้าของไข้ ควรมีการประชุมปรึกษารูปแบบใดบ้าง แต่มีกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับการประชุมปรึกษาแบบต่างๆ เช่น ในหอผู้ป่วยจะมีการส่งเวรค่อนข้างละเอียด ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ใช้คาร์เดกซ์ในการส่งเวร แต่ใช้บันทึกทางการพยาบาลแทน ซึ่งจะมีการพูดคุยปรึกษากันสั้นๆ ในขณะส่งเวร จึงใกล้เคียงกับการประชุมปรึกษาโดยใช้บันทึกส่งต่อการพยาบาล และมีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการประชุมปรึกษากับแพทย์ (physician conference) เพราะผู้ที่เข้าร่วมการทบทวนส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์และพยาบาลพูดคุยปรึกษา เกี่ยวกับกระบวนการต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่วนการประชุมปรึกษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นั้นเคยมีข้อตกลงให้พยาบาลเจ้าของไข้นำความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการรักษาผู้ป่วยมานำเสนอแต่เนื่องจากไม่ได้มีการติดตามให้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องจึงเลือนหายไป

ปัญหา อุปสรรคที่พบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากการประชุมปรึกษาทุกครั้งจะมีอาจารย์แพทย์เป็นผู้นำและ พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้เป็นผู้กำหนดให้มีการประชุมปรึกษา จึงไม่สามารถกำหนดเวลาที่พยาบาลเจ้าของไข้สะดวกได้ นอกจากนี้ ไม่มีการกำหนดให้มีการประชุมปรึกษาในการพยาบาลเจ้าของไข้รูปแบบต่างๆ ในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะการประชุมปรึกษาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการนำเสนอความรู้ข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วย ทั้งโรค การรักษาและการพยาบาลที่ทันสมัยในเชิงความรู้ทางวิชาการ จึงไม่มีการกระตุ้นให้พยาบาลได้ค้นคว้าความรู้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้พัฒนาตนเองและแบ่งปันความรู้ให้กับบุคลากรพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ปัญหา อุปสรรคที่ไม่สามารถหาเวลาที่เหมาะสมในการจัดประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้ได้ เนื่องจากเรื่องที่ต้องมีการประชุมปรึกษาในแต่ละวันมีมากและมีภาระงานอีกมาก

ข้อเสนอแนะในการศึกษา พบว่า ควรมีการกำหนดรูปแบบการประชุมปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้เป็นแนวปฏิบัติให้ชัดเจน ซึ่งการกำหนดให้เป็นแนวปฏิบัติจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งพยาบาลเจ้าของไข้ได้มีส่วนร่วมและเป็นผู้ดำเนินการประชุมปรึกษา โดยเฉพาะการประชุมปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered conference) และการประชุมปรึกษาร่วมกับแพทย์ (Physician conference) ซึ่งในหอผู้ป่วยจะเป็นการประชุมปรึกษาเพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก ในการประชุมปรึกษา พยาบาลเจ้าของไข้ต้องเตรียมตัวในการค้นคว้าหาความรู้ทั้งทางคลินิกและการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยของตนเองก่อนการ

ประชุม และเป็นการพัฒนาทักษะในการสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสมของพยาบาลเจ้าของไข้ด้วย (Sportsman, 2011) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดประชุมปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งหอผู้ป่วยต้องมีการจัดรูปแบบที่เหมาะสม ไม่เป็นการเพิ่มความเครียดหรือเพิ่มภาระให้พยาบาลเจ้าของไข้แต่เป็นการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการพัฒนาตนเองซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพจากการที่พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงานและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง (Dobson & Tranter, 2008) โดยให้แต่ละคนค้นหาปัญหาและความต้องการของตนเองและพัฒนาไปพร้อมๆกับการทำงาน รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้และความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับการบริการพยาบาล



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved