ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่า ของวิชาชีพการพยาบาล

นางสาวจริดาภรณ์ ธนบัตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2542

ISBN 974-334-671-6

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

= 9 ต.ค. 2545

i 19232500

EFFECTS OF USING PERIOPERATIVE NURSING DOCUMENTATION BY USING NURSING PROCESS ON NURSING DOCUMENTATION EFFICIENCY AND PERCEIVED VALUE OF NURSING PROFESSION

Miss Charidaporn Tanabat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration
Program of Nursing Administration
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 1999

ISBN 974-334-671-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล
โดย	นางสาวจริดาภรณ์ ธนบัตร
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา

(อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

จริดาภรณ์ ธนบัตร: ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ต่อประสิทธิภาพการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล (EFFECTS OF USING PERIOPERATIVE NURSING DOCUMENTATION BY USING NURSING PROCESS ON NURSING DOCUMENTATION EFFICIENCY AND PERCEIVED VALUE OF NURSING PROFESSION) อ. ที่ปรึกษา: อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์, 124 หน้า.
ISBN 974-334-671-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคทุกคน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด โรงพยาบาลระนองจำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 คือ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลจากผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และสูติ-นรีเวช จำนวน 30 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้แบบบันทึก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย แบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวในการบันทึก และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ คือ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดีมาก และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับมาก

2. การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ภาควิชา คณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
ปีการศึกษา 2542

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4177554336: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: PERIOPERATIVE NURSING DOCUMENTATION / VALUE OF NURSING PROFESSION / NURSING DOCUMENTATION EFFICIENCY

CHARIDAPORN TANABAT: EFFECTS OF USING PERIOPERATIVE NURSING DOCUMENTATION BY USING NURSING PROCESS ON NURSING DOCUMENTATION EFFICIENCY AND PERCEIVED VALUE OF NURSING PROFESSION. THESIS ADVISOR: Pol. Capt. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D. 124 pp. ISBN 974-334-671-6

The purposes of this research were to study the perioperative nursing documentation efficiency using the perioperative nursing documentation by using nursing process and compare perceived value of nursing profession before and after using of the perioperative nursing documentation by using nursing process. Research subject consisted of 10 professional and 5 technical nurses working in Ranong Hospital selected by purposive technique and the 30 perioperative nursing documentations which recorded from patients who had operation in General Surgery, Orthopaedic and Gynaegological Surgery. The experimental tools were the perioperative nursing documentation that focused on nursing process and its instruction. The data collecting tools were the efficiency checklist in the aspect record comprehensive, risk management and legal accuracy of nursing record, and questionnaires in record convenience and perceived value of nursing profession. All tools were tested for content validity and reliability. Statistic technique used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon Signed-Ranks Test.

Major results of the study were as follows:

1. The efficiency of perioperative nursing documentation by using nursing process in the aspect of comprehensive record was at median level, risk management was at good level and legal accuracy was at very good level, and the record convenience was at high level.

2. There were no difference of perceived value of nursing profession between the mean of pre-implementation and post-implementation of the perioperative nursing documentation by using nursing process.

ภาควิชา คณะพยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

ปีการศึกษา 2542 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น เวลาอันมีค่าและกำลังใจในการวิจัยด้วยดีตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยมีพลังใจทุกครั้งที่ได้พบท่าน และขอขอบพระคุณ ร.ศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผ.ศ. ดร. สุนันท์ ศลโกศสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่อง ปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เนื้อหาสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณ ร.ศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังใจที่ท่านให้ในเทอมแรกของการเรียน นิสิตนำมาใช้ตลอดระยะเวลาในการศึกษา และขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคุณอารี ชีวเกษมสุข คุณปรารถนา มั่งมูล และคุณดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณคำแนะนำอันมีค่ายิ่งของคณะผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 13 ท่าน ในการให้สัมภาษณ์เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือ การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และแนะนำประสบการณ์ในการวิจัยทำให้กระบวนการวิจัยเป็นไปได้สะดวกยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยมา ณ ที่นี้ สำหรับทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วน ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในความร่วมมือด้วยดีในช่วงการทดลองใช้เครื่องมือ ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลระนอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกผ่าตัดที่ให้โอกาสผู้วิจัยลาศึกษาต่อ และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทุกท่านที่ปฏิบัติภาระกิจแทนในช่วงเวลา 2 ปี นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ความร่วมมือเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณกำลังใจจากเพื่อนร่วมรุ่น 9 และคุณณัชนันท์ บุญด่านกลาง ขอขอบพระคุณอาจารย์ประดับ แก้วแดงในการปรึกษาทางสถิติ ขอขอบพระคุณคุณจันทร์พร กวินการ และคุณอนงค์ คุ้มเพชร ผู้ช่วยในการวิจัย ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ ทุกคน ที่ไม่อาจเอ่ยนามหมดในที่นี้

ขอขอบพระคุณคุณแม่นิภา ธนบัตร เป็นอย่างสูงที่สนับสนุนในด้านการเงิน ให้กำลังใจที่ไม่มีวันหมด ดูแลให้ผู้วิจัยอดทน สนใจ และมีความเพียรพยายามในเรื่องการศึกษาเสมอมา

จริดาภรณ์ ธนบัตร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 5

ขอบเขตของการวิจัย..... 5

สมมุติฐานการวิจัย..... 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 7

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 9

การพยาบาลผ่าตัด..... 10

การบันทึกทางการพยาบาล..... 17

ประสิทธิภาพการบันทึก..... 25

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล..... 30

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 41

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย..... 42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 43
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 56
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 58
บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 60
บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย..... 82
อภิปรายผล..... 82
ข้อเสนอแนะทั่วไป..... 87
รายการอ้างอิง..... 88
ภาคผนวก
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 96
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 100
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการทำวิจัย..... 121
ประวัติผู้วิจัย..... 124

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แนวทางการบันทึกเพื่อให้มีผลทางกฎหมาย.....	27
2	ประเด็นสำคัญและเนื้อหาของการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลจากการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด.....	54
3	จำนวนและร้อยละของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
4	จำนวน และร้อยละของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่วิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกการพยาบาล จำแนกตามแผนกการพยาบาล.....	62
5	คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านบริหาร ความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย.....	63
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับของประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน	64
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับของประสิทธิภาพการบันทึกด้านการบริหารความเสี่ยงของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน.....	67
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับของประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน.....	69
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความความคล่องตัวในการบันทึก โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน.....	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนน และระดับการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามผู้บันทึก 15 คน ก่อนและหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล.....	73
11	เปรียบเทียบความต่างของคู่ลำดับการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกโดยกระบวนการพยาบาล.....	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประสบกับวิกฤตทางเศรษฐกิจในประเทศไทยเมื่อปลายปี พ.ศ. 2540 เกิดภาวะถดถอย ทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รัฐบาลประกาศค่าเงินบาทลอยตัว เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 มีผลให้รัฐบาลต้องกู้เงินจากองค์การการเงินระหว่างประเทศหลายแหล่ง (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2542) แนวโน้มในอนาคตนักวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจ ให้ความเห็นว่าการแข่งขันของสินค้าในระดับโลก จะต้องเน้นคุณภาพสินค้ามากขึ้น อัมภา ศรารัชต์ (2543) ได้กล่าวว่าวิกฤตทางเศรษฐกิจทำให้เกิดกระแสการปฏิรูปการดำเนินการในทุกระดับ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขด้วย เช่น การปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากผลการปฏิบัติงาน (Performance base budgeting system) กำหนดควบคุมกำกับในหมวดเงินเดือน/ค่าตอบแทน หมวดค่าลงทุน และหมวดดำเนินการ ซึ่งมีแผนจะดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศในปี 2543 และจะดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ในปี 2544

แรงผลักดันจากภาวะวิกฤตส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สิ่งสำคัญต่อการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติงานสิ่งหนึ่ง คือ แรงผลักดันภายใน ได้แก่ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ ที่จะต้องหากลไกในการควบคุมการทำงานให้มีคุณภาพ ทั้งยังต้องพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประกันได้ว่าตนเองมีการพัฒนาต่อเนื่อง ต้องเป็นข้อมูลที่ชัดเจนพอที่จะพิจารณาผลตอบแทน ซึ่งอาจเป็นค่าตอบแทนสำหรับพยาบาลผู้บริหารและพยาบาลปฏิบัติการ ทำให้ต้องมีการเตรียมพร้อมที่มีระเบียบแบบแผนเดียวกัน ได้แก่ การทบทวนบทบาทหน้าที่ได้รับมอบหมาย เป้าหมายทางวิชาชีพ การกำหนดระบบการนิเทศ การมอบหมายงาน และที่สำคัญคือการวางแผนพัฒนาระบบบันทึกให้มีคุณภาพที่ดีเพียงพอ โดยต้องสื่อได้ว่าพยาบาลทำงานอะไร คิดและให้เหตุผลอย่างไร และบอกผลการปฏิบัติงานตามแนวคิดทางการพยาบาลได้ การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือกระบวนการพยาบาลสามารถสะท้อนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ (อัมภา ศรารัชต์, 2543)

การเตรียมพร้อมที่จะมีระเบียบแบบแผนเดียวกันของพยาบาลผู้บริหารและพยาบาลปฏิบัติการ คือ การวางแผนพัฒนาระบบบันทึกให้มีคุณภาพที่ดีเพียงพอ การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ เป็นวิธีหนึ่งที่จะสามารถกำกับให้พยาบาลปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลที่ กำหนดเป็นแนวทางไว้ และจัดได้ว่าเป็นมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการรวบรวม และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ เพื่อให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (King, 1989 อ้างถึงในพินิจ ปรีชานนท์และคณะ, 2538: 277-283) แบบบันทึกมีจุดมุ่งหมาย 2 ด้านคือ จุดมุ่งหมายด้านคลินิก เนื่องจากการบันทึกใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวคิดจึงสะท้อนคุณภาพการดูแล และแสดงให้เห็นถึงงานที่มีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ และจุดมุ่งหมายด้านการบริหารการพยาบาลเพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล การบริหารความเสี่ยง เป็นหลักฐานทางกฎหมายในการชดเชยเงินของผู้ป่วย เป็นหลักฐานป้องกันตัวพยาบาลเอง สามารถบอกสังคมได้ว่าพยาบาลทำอะไรบ้าง และเป็นข้อมูลในการศึกษาหรือวิจัยในอนาคต (Wilkinson, 1996) ในงานวิจัยของเอมิโน (Aimino, 1987: 73) ที่โรงพยาบาลกรีเลย์ รัฐโคโรลาโดทางเหนือ พบว่าการพยาบาลในห้องผ่าตัดถูกจำกัดด้วยเวลา แม้กระนั้นการบันทึกในห้องผ่าตัดก็ยังมีอย่างสม่ำเสมอ ได้มีการพัฒนาแบบบันทึกเป็นแบบบันทึกภายใต้การควบคุมของมาตรฐานวิชาชีพ ข้อบังคับการปฏิบัติ และหน่วยงานประกันคุณภาพ (Accrediting agencies) และเอมิโนได้กล่าวว่าการประเมินผู้ป่วยทำให้การพยาบาลเป็นงานอิสระ และทำให้การทำงานของพยาบาลมีคุณค่าขึ้น การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดให้ครอบคลุมทุกระยะอย่างละเอียดชัดเจน ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็น

แม้คุณภาพงานในห้องผ่าตัดจะมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่จากการสอบถามจากผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาค (ข้อมูลเดือนเมษายน 2542) พบว่าแบบบันทึกของพยาบาลผ่าตัดที่สมบูรณ์ครบถ้วนทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและห้องเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยนั้นมีใช้น้อยมาก ส่วนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มพัฒนาแบบบันทึก หรือทดลองใช้ และยังพบปัญหาเรื่องการบันทึกที่ยังต้องการปรับปรุงอีก เช่น ดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ (2541: 53-60) ทำการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด" โดยสร้างแบบบันทึก

สำหรับแผนกศัลยกรรม ใช้ที่โรงพยาบาลศิริราช มีการเก็บข้อมูลหลังการใช้แบบบันทึก 2 ระยะ ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ 1 เดือนและตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล ปัญหาการใช้ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุง ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ 1 เดือน และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อแบบบันทึก ผลจากระยะที่ 1 พบว่ามีปัญหาการใช้ข้อความที่สื่อความหมายยากเพราะเป็นภาษาอังกฤษและไม่เคยใช้แบบบันทึกนี้มาก่อน ต่อมาผู้วิจัยได้จัดทำคู่มืออธิบายศัพท์ในแบบบันทึก และปรับปรุงแบบบันทึกให้สื่อความหมายได้ง่ายขึ้น ผลจากระยะที่ 2 พบว่า แบบบันทึกมีประโยชน์สูงสุด 2 ด้าน คือ ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ สามารถช่วยติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างดี และประโยชน์ที่ช่วยกระตุ้นให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดได้ครบถ้วน

แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นแล้ว ล้วนเป็นบันทึกที่มีคุณค่า นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้จริง แต่ก็มีความจำกัดที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากความเฉพาะเจาะจงของกลุ่มการพยาบาลที่จะนำไปใช้ หรือวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแบบบันทึกนั้น เช่น การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพ และการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พัฒนาแบบบันทึกใช้เฉพาะหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม (สายสมร พลซื่อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และวนิดา หาญคุนากุล, 2542) แบบบันทึกที่พัฒนาในโรงพยาบาลรามาธิบดี (พินิจ ปรีชานันท์ และนวลลออ ศรีโพธิ์ทอง, 2537) ใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกในการผ่าตัดหู คอ จมูก ที่ไม่ได้รับยาระงับความรู้สึกขณะทำผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถรับทราบการปฏิบัติการพยาบาลในขณะทำการผ่าตัดได้ ส่วนโรงพยาบาลศิริราช พัฒนาแบบบันทึกทดลองใช้ครั้งแรกเฉพาะห้องผ่าตัดศัลยกรรม พบว่ามีปัญหาการใช้ข้อความที่สื่อความหมายยากเพราะเป็นภาษาอังกฤษ และเจ้าหน้าที่ไม่เคยใช้แบบบันทึกแบบนี้มาก่อน (ดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ, 2541) ผู้วิจัยจึงต้องการสร้างแบบบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานที่บอกถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ในทุกระยะตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดที่ต้องประเมินผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย ระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น และระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวขณะทำผ่าตัดสามารถรับทราบการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ จากการเยี่ยมของพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการดูแลขณะผ่าตัดอย่างไรบ้าง แบบบันทึกนี้หวังผลให้ใช้ได้ในห้องผ่าตัดได้หลายประเภทในโรงพยาบาลทั่วไป ใช้รูปแบบ

Check list พร้อมช่องเปิดให้บรรยายหากมีปัญหาเพิ่มเติม ส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทยเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถลงบันทึกได้ง่ายขึ้น และมีภาษาอังกฤษในบางระยะหากเป็นคำที่ใช้เฉพาะ

โรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลในระดับทั่วไป มีห้องผ่าตัดใหญ่ 3 ห้อง และห้องผ่าตัดเล็ก 1 ห้องต่อพยาบาลห้องผ่าตัดรวม 15 คน มีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่เดือนละประมาณ 120 ราย มีทั้งผู้ป่วย ไทยและพม่าเนื่องจากระนองเป็นจังหวัดชายแดนติดกับประเทศพม่า ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระนองได้ใช้มาตรฐานวิเคราะห์งานของกองการพยาบาลโดยให้พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 มีผลการประเมินอยู่ในระดับดี แต่จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนองจำนวน 5 คน (เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2542) เกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติงาน พบว่าแบบบันทึกที่ใช้อยู่มีเพียง 2 ระยะเท่านั้น คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดซึ่งเป็นการบันทึกอาการที่พบในผู้ป่วยสั้นๆ ลงในสมุดเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัด ขาดการบันทึกในช่วงระยะผ่าตัด ทำให้การบันทึกการพยาบาลผ่าตัดขาดความต่อเนื่องทั้ง 3 ระยะ การบันทึกที่ใช้ในปัจจุบันนี้ไม่มีหลักฐาน ใดๆที่บอกให้ทราบว่า ในระยะผ่าตัดขณะผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งมีอยู่ในบันทึกของวิสัญญีพยาบาลนั้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างไร ทำให้การปฏิบัติงานในปัจจุบันยังขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด เพราะยังขาดการบันทึกที่ต่อเนื่องเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ขาดการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม ขาดบันทึกแสดงถึงเวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงอาจมีปัญหาขาดหลักฐาน ถ้ามีการฟ้องร้องหรือตรวจสอบขึ้น หากหลักฐานที่มีอยู่ไม่มีความสมบูรณ์ทางกฎหมาย แม้เหตุการณ์ นี้ยังไม่เกิดขึ้นจริง แต่ควรมีการป้องกัน เพราะหากเกิดการฟ้องร้องจะเกิดความเสียหาย ส่งผลถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลได้

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งการพัฒนาคุณภาพ หลายโรงพยาบาลเร่งพัฒนาคุณภาพบริการอย่างขะมักเขม้น มีการตรวจสอบคุณภาพจากบุคคลภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีกลวิธีการตรวจสอบคุณภาพอย่างโปร่งใส และมีความเชื่อถือได้มากการที่จะบอกสังคมให้ทราบถึงภาระงานที่ซับซ้อน ของพยาบาลว่าพยาบาลทำอะไรให้ผู้ป่วยบ้าง จำเป็นต้องใช้เอกสารในการบันทึกเป็นสื่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลระนอง เข้าร่วมระบบการตรวจสอบคุณภาพ ISO 9002 ในปี พ.ศ. 2543 ในระบบ ISO 9002 นี้นับได้ว่าเป็นกระบวนการเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้ ดังนั้นการเริ่มพัฒนางานด้านคุณภาพโดยมี

พยสมุทกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การลงบันทึกอย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นสิ่งที่สำคัญ การเตรียมเอกสารที่มีคุณภาพ สามารถติดต่อสื่อสารและตรวจสอบได้ในหน่วยงานห้องผ่าตัดจึงเป็นการพัฒนางานบริการในห้องผ่าตัด ให้มีคุณภาพและสามารถตรวจสอบได้

การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลมีทั้งทางตรงและทางอ้อม คุณภาพทางตรงตรวจสอบได้จากการสังเกต ส่วนคุณภาพทางอ้อมตรวจสอบได้จากการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับฟานอฟ (Phaneuf อ้างในพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538: 7) ที่กล่าวว่าวิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยการวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลสะท้อนได้จากการบันทึก แต่การตรวจสอบมิได้มุ่งปรับปรุงเฉพาะแบบบันทึกรายงานผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สิ่งสำคัญคือต้องการให้พยาบาลเห็นความสำคัญของรายงาน โดยมุ่งความสนใจที่กระบวนการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538) กลวิธีหนึ่งที่ทำให้มีการประกันคุณภาพปฏิบัติการพยาบาล คือ การมีและใช้แบบบันทึก ความสำคัญของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดมีหลายประการ ได้แก่ เป็นหลักฐานแสดงถึงพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในระยะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพจริง และสร้างคุณค่าในงานการพยาบาลห้องผ่าตัดให้เพิ่มขึ้น ทำให้มีความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก มีประสิทธิภาพการพยาบาลที่ต่อเนื่องใช้ในการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด สะท้อนคุณภาพการพยาบาลขององค์กรนั้นๆ และยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ซึ่งทางห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระนองยังไม่มีแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ต่อเนื่องตลอด 3 ระยะ และไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานที่แสดงถึงการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลนี้แต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อนำมาทดลองใช้และตรวจสอบประสิทธิผลของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และความคล่องตัวในการบันทึก
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลของโรงพยาบาลระนอง ระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ –21 มีนาคม 2543 และพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ที่ใช้แบบบันทึกนั้น

2. การบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เป็นการบันทึกเฉพาะของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของสมาคมผ่าตัด (AORN ปี ค.ศ.1999) บันทึกการพยาบาลผ่าตัดตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ที่ลงหลักฐานการปฏิบัติงานทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ไม่รวมถึงการบันทึกของพยาบาลที่หอผู้ป่วย

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

3.1 ประสิทธิภาพของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

3.2 การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล หมายถึง เอกสารที่จัดทำขึ้นใช้ในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ร่วมกับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของ AORN (1999) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายต่างๆจากสภาพแวดล้อมในการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการผ่าตัดของตนเองและการปฏิบัติตัว ในระยะการทดลอง แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาลนี้มิได้รวมอยู่ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ความรู้ในเรื่องการผ่าตัดของตนเองและการปฏิบัติตัว ในระยะการทดลอง แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาลนี้มิได้รวมอยู่ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

พยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลระนอง ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดและสามารถปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด

ประสิทธิภาพของการบันทึก หมายถึง ความสมบูรณ์เป็นระบบและถูกต้องของแบบบันทึกตามแนวคิดของพอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry, 1995) และฟิชบาค (Fischbach, 1991) ในด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความคล่องตัวในการบันทึก

ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนและสอดคล้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัดโดยครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล สามารถวัดได้โดยแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกที่ปรับปรุงจากอารี ชีวเกษมสุข (2534)

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การบันทึกในเรื่องที่แสดงว่าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด การแยกแยะปัจจัยเสี่ยง การป้องกันปัจจัยเสี่ยง และการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในทุกระยะของการผ่าตัด เช่น การใช้เครื่องมือที่ไม่มีประสิทธิภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ สามารถวัดได้โดย แบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงจากแนวคิดของฟิชบาค (Fischbach, 1995) และมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ของ AORN (1999)

ความถูกต้องตามกฎหมาย หมายถึง การปฏิบัติการบันทึกตามมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนในการสื่อความหมายถึงกิจกรรมพยาบาลต่อผู้ป่วยผ่าตัด มีการปฏิบัติการบันทึกและใช้เป็นหลักฐานทางเอกสารที่ถาวร สามารถวัดได้โดยแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายที่ปรับปรุงจากปรารถนา มั่งมูล (2539)

ความคล่องตัวในการบันทึก หมายถึง ความสะดวก รวดเร็ว และเข้าใจง่ายในการบันทึกข้อมูลต่างๆลงในแบบบันทึก ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามความคล่องตัวด้านการบันทึกที่ปรับปรุงจากปรารถนา มั่งมูล (2539) และดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ (2541)

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล หมายถึง การตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพจากคุณภาพการดูแล ที่สะท้อนมาจากแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ใช้กระบวนการพยาบาล ว่าเป็นบทบาทสำคัญทางวิชาชีพ พยาบาลควรปฏิบัติและแสดงออก วัดได้โดยแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของฮอฟฟาท และวู้ด (Hoffart and Woods, 1996) และเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ใช้กระบวนการพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักวิชาชีพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งนับว่าเป็นการประกันคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด
2. เพื่อเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นการพยาบาลผ่าตัดที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง
3. ผู้บริหารสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบ คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด
4. สามารถนำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ไปพิจารณาใช้ในโรงพยาบาลระดับภูมิภาคอื่นๆ และศึกษาวิจัยผลกระทบอื่นๆ ต่อไปได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการผ่าตัดต่อประสิทธิภาพการบันทึก และการรับรู้ค่าของวิชาชีพการพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. การพยาบาลผ่าตัด
    - 1.1 ระยะก่อนผ่าตัด
    - 1.2 ระยะผ่าตัด
    - 1.3 ระยะหลังผ่าตัด
2. แบบบันทึกทางการพยาบาล
    - 2.1 ชนิดของแบบบันทึก
    - 2.2 แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล
    - 2.3 การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด
3. ประสิทธิภาพการบันทึก
    - 3.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก
    - 3.2 การบริหารความเสี่ยง
    - 3.3 ความถูกต้องตามกฎหมาย
    - 3.4 ความคล่องตัวในการบันทึก
4. การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล
    - 3.1 ที่มาของการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล
    - 3.2 แนวคิดการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล
    - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล
    - 3.4 การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

1. การพยาบาลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในทุกสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเฉพาะบุคคล มีการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยฟื้นหายจากความเจ็บป่วยได้ในเวลารวดเร็ว อาจมีข้อปฏิบัติแตกต่างกันบ้างตามหน่วยงาน กันยา ออประเสริฐ (2540: 2) ได้กล่าวถึงการพยาบาลในห้องผ่าตัดว่า ในห้องผ่าตัดต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ กำหนดปัญหาผู้ป่วยตามลำดับ และให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนติดตามประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด และบริหารจัดการการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการผ่าตัดอย่างประหยัดและมีคุณภาพมากที่สุด (กันยา ออประเสริฐ, 2540: 2) สอดคล้องกับสุภาพ อารีเอื้อ (2541: 208) ที่กล่าวเพิ่มเติมว่าในด้านปฏิบัติการในฐานะพยาบาลส่งเครื่องมือพยาบาลผู้ช่วยเหลือในการผ่าตัดบนพื้นฐานความรู้ความชำนาญ ควรพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะให้การผ่าตัดราบรื่น ลดเวลาในการผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายและเวลาของการได้รับยาสลบ ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง บทบาททั้งหมดที่กล่าวมาพยาบาลต้องปฏิบัติพยาบาลโดยให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่พึงมีตามประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 (สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2541) การพยาบาลในห้องผ่าตัด แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1.1 ระยะก่อนผ่าตัด เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด

1.2 ระยะผ่าตัด เช่น การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะผ่าตัด การเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

1.3 ระยะหลังผ่าตัด เช่น การเยี่ยมหลังผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน การสอนการปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเอง

1.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเริ่มที่หอผู้ป่วย แรกรับขณะมาถึงห้องผ่าตัด และระหว่างรอการผ่าตัด มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีจุดมุ่งหมาย 2 ประการ คือเพื่อประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเห็นผลได้ดีจากการศึกษาของนวลจันทร์ พูนสมบัติและคณะ (2537: 30) ที่พบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนเข้าห้องผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และลดความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับผลวิจัยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของลินดีแมนและสเตทเซอร์ (Lindeman and Stetzer, 1973 อ้างในกันยา ออประเสริฐ, 2541: 15) ว่าผลของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงในระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายต่างๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาล และเพื่อให้ความร่วมมือ ก็เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลอีกด้วย (ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536: 17; นฤมล ทองลิ่ม, 2540) เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่รักษาสิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วยตามสิทธิที่พึงจะได้รับตามแนวทางประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยเป็นแหล่งข้อมูลให้กับผู้ป่วย (ภัทรภร สีตลวรางค์, 2541)

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของทุกคนซึ่งมีระดับความมากน้อยต่างกัน ไม่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ เกิดจากการคุกคามที่มีผลต่อการรักษาสมดุลของร่างกาย เช่นการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และคุกคามต่อความเป็นตนเอง เช่น แนวคิด ค่านิยม (ปาหนัน บุญ-หลง, 2528: 114, 116) อาการแสดงเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลพบได้หลายอาการ เช่น ก้มหน้า ไม่สบตาขณะพูด พูดน้อย พูดเสียง ดังหรือเบากว่าปกติ ผู้ป่วยกำมือ หรือบิดมือตลอดเวลา เหงื่อออกมาก ปากและคอ แห้ง กัดเล็บ หน้าซีดหรือแดง บ่นรู้สึกกลัว มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น พูดเร็ว มือสั่น อุนเฉียวง่าย (Graham and Conley, 1971 อ้างในนวลจันทร์ พูนสมบัติและคณะ, 2539: 12; เจริญ สมวงษ์ศิริ, 2523: 11 อ้างในลดาวัลย์ จารุวนาวัฒน์, 2528: 18; สมศร เชื้อหิรัญ, 2532: 143; ถนอมศรี อินทนนท์, 2536: 117)

กิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีหลายวิธีดังนี้ ประเมินและบันทึกอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงหนักแน่น ใช้ประโยคสั้นๆ ที่สื่อความรู้สึกมั่นคง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ดูแลความสะอาดของร่างกายให้มีความสุขสบาย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย (เบญจมาศ ปรีชาคุณและคณะ, 2541) การสัมผัส

ด้วยความนุ่มนวล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า มีผู้ให้สัมผัสอยู่ใกล้ๆ และพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ (Turton,1984: 17 อ้างในประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2537: 35-38) สอดคล้องกับการศึกษาของภัสพร ขำวิชา (2534) ว่าการใช้เวลาในการสัมผัสผู้ป่วย 10 นาที ช่วยลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดได้จริง ส่วนตำแหน่งที่เหมาะกับการสัมผัส ควรเป็นบริเวณที่ไวต่อการรับความรู้สึก มีใยประสาทนำเข้ามาก เช่น หลังมือ หน้าผาก บุญวดี เพชรรัตน์ (2539: 50) นอกจากนี้การแนะนำวิธีผ่อนคลาย เช่น การมีจินตนาการในเชิงบวก การควบคุมการหายใจเป็นสม่ำเสมอ แนะนำสถานที่สิ่งแวดล้อม รอบตัวที่จำเป็นทำให้รู้สึกสบายขึ้นและลดความวิตกกังวลลงได้ (Gulanick, et al., 1994: 5)

การให้ความรู้หรือข้อมูลต่างๆ ก่อนผ่าตัด นอกจากพยาบาลห้องผ่าตัดทำในขณะเยี่ยมที่หอผู้ป่วยแล้ว การให้ข้อมูลยังทำได้หลายรูปแบบ ที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึกแคนตั้กกี้ บาเรตและดีแฮน (Barrett and Deehan, 1989) เห็นความสำคัญของการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีเวลาจำกัด จึงได้ผลิตวิดีทัศน์เวลา 30 นาที เสนอใน 2 ส่วน คือ การเตรียมตัวทั่วไป เช่น การงดน้ำและอาหาร ไม่สวมใส่ของมีค่า และเหตุการณ์ที่ห้องผ่าตัดตามลำดับทั้ง 4 ระยะ คือ ในห้องผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ที่พักรอของญาติ และที่หอผู้ป่วยเมื่อพยาบาลตามเยี่ยมหลังผ่าตัดปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคนิคมีมาก อาจมีทางเลือกในการให้ความรู้มากขึ้น เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) แต่ขณะนี้ยังไม่มีการใช้ในประเทศไทย

1.1.2 การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาลในขณะที่รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด เน้นที่วิธีดำเนินการและความ ปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเดินทางมาที่ห้องผ่าตัด ได้แก่ เขียนใบรับผู้ป่วย ประสานกับเวรเปลเพื่อให้รับผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตรวจดูสิ่งของที่ต้องนำมาจากหอผู้ป่วย ขณะเคลื่อนย้าย ระวังอุบัติเหตุจากเปลนอนและเปลนั่ง ระวังสายระบายต่างๆ ไม่ให้เลื่อนหลุด และระวังอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

1.1.3 การพยาบาลแรกรับในห้องเตรียมผ่าตัด

เรณู อาจสาลี (2540: 19-22) กล่าวว่าเมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตใจเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของกันยา ออประเสริฐและคณะ (2540) พบว่าผู้ป่วยในระยะนี้มีความวิตกกังวลสูง ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด ควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องเตรียมผ่าตัด โดยการต้อนรับและทักทายแสดงความเป็นกันเองแก่

ผู้ป่วย สอดคล้องกับกาญจนา จันทร์ไทย (2532) ว่าการเรียกชื่ออย่างสุภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ควรยิ้มให้อย่างเป็นมิตร ถ้ามีผ้าปิดปาก-จมูก (Mask) ก็อาจแสดงความเป็นมิตรต่อผู้ป่วยด้วยสายตาและสัมผัส เพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง และปฏิบัติตามการผ่าตัด โดยตรวจดูชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องตามการผ่าตัด ความสมบูรณ์ของเอกสารจากแฟ้มผู้ป่วยและวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด และความพร้อมที่จะผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนัง

1.1.4 การพยาบาลขณะรอผ่าตัด

เรณู อาจสาลี (2540: 20) กล่าวถึงการพยาบาลขณะรอผ่าตัดจะเน้นที่การพยาบาลด้านจิตใจ และป้องกันอุบัติเหตุ ดังนี้ จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ไม่มีเสียงรบกวนจากเจ้าหน้าที่ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมความวิตกที่ผู้ป่วยแสดงมา รวมทั้งเอกสารที่จำเป็นต่างๆ ให้ครบถ้วน สร้างสัมพันธภาพที่ดีแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความเห็นใจ เต็มใจในการตอบคำถามที่ผู้ป่วยคับข้องใจ ด้วยคำพูดที่อ่อนโยน ระวังอุบัติเหตุจากผู้ป่วยตกเตียง การนำผู้ป่วยเข้าผิดห้อง และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย

1.2 การพยาบาลระยะผ่าตัด

ส่วนสำคัญของระยะผ่าตัด คือ การจัดท่าผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด และการพยาบาลขณะผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 การจัดท่าผู้ป่วย

พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องความปลอดภัยในการจัดท่าผู้ป่วยในขณะผู้ป่วยหมดความรู้สึก เพราะมีอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มาก กันยา ออประเสริฐ (2541) กล่าวถึงการจัดท่าผู้ป่วยต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมอาจก่ออันตรายต่ออวัยวะบางส่วน ดังนี้ ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ยาเหล่านี้จะกดปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บ มีผลให้ปฏิกิริยาป้องกันตัวเองเสียไป ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลัง และการกดทับแขนขาเป็นเวลานาน หลังผ่าตัดจะมีอาการปวดร้าวลึกในกล้ามเนื้อ ผลต่อระบบประสาท เช่น กลุ่มประสาทแขน จากการกางแขนออกมากเกินไป หรือด้านในของแขนด้านบนกดกับขอบเตียงนานๆ จะทำให้อาการข้อมือตก มีรายงานพบผู้ป่วย 21 รายที่ตัดมดลูกในท่าขึ้นขาหยั่งมีอัมพาตของเส้นประสาท Femeral ซึ่งเกิดจากการจัดขางอและกางมากเกินไป (Roger, G. and Schneider, H. P., 1993 อ้างในเปรมจิต เริงโกสุม, 2541) การ

นอนคว่ำนานๆ อาจมีผลต่อเส้นประสาทตาถูกกดทับ ทำให้ตาพร่ามัวจนถึงบอดได้ ควรแก้ไขโดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้า (กรกมล วีระวงษ์, 2541) และผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ยาทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบหลังผ่าตัด (Gruendeman, 1987: 16 อ้างถึงในกันยา ออประเสริฐ, 2541) การนอนเป็นเวลานานๆ จะเพิ่มแรงกดต่อปุ่มกระดูกต่างๆ ผิวหนังเกิดรอยแดงซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของแผลกดทับ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

การป้องกันผิวหนังไม่ให้ถูกทำลายตลอดระยะการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นมาก เนื่องจากเป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อหนึ่งของ AORN ปี ค.ศ. 1983 และจากการมีประสบการณ์ดูงานการพยาบาลผ่าตัดของผู้วิจัยที่ The International Medical Center of Japan ปี พ.ศ. 2538 พบว่าหลังผ่าตัดหากผิวหนังผู้ป่วยมีรอยแดงที่เกิดจากการกดทับในท่าที่ทำผ่าตัดนาน หัวหน้าตึกผ่าตัดต้องรายงานอุบัติการณ์นั้นโดยตรงต่อรองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายบริการ และหัวหน้าตึกที่ผู้ป่วยพักอยู่ เพื่อดูแลสังเกตอาการต่อเนื่อง การจัดท่าเพื่อการผ่าตัดที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ในการเตรียมก่อนการจัดท่าผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อที่จะทราบประวัติความเจ็บป่วยและสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการจัดท่าสำหรับการทำผ่าตัด สิ่งที่ต้องประเมิน คือ อายุ ขนาดรูปร่างของผู้ป่วย สภาพผิวหนัง ประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สภาวะทุพโภชนาการ การเคลื่อนไหวของแขนขาและข้อต่างๆ การใช้อวัยวะเทียมในร่างกาย ความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึก ประวัติการผ่ากระดูกสันหลัง ข้อเทียม เหล็กดามกระดูก และภาวะติดเชื้อของร่างกาย (กันยา ออประเสริฐ, 2540: 32)

1.2.2 การพยาบาลขณะกระทำการผ่าตัด

การพยาบาลขณะผ่าตัดเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการติดเชื้อ และได้รับการพยาบาลด้านจิตใจ มีดังนี้ ควบคุมและรักษาสภาวะปลอดเชื้อของห้องผ่าตัด และควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาดตลอดเวลา ปฏิบัติตามกฎของห้องผ่าตัดและเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ทำความสะอาดเฉพาะบริเวณที่จะทำผ่าตัดและคลุมผ้าปลอดเชื้อ ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อไปสู่แผลผ่าตัด ระมัดระวังการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง หลีกเลี่ยงสารเคมีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ให้การพยาบาลด้านจิตใจ กรณีผู้ป่วยได้รับยาชาเฉพาะที่ขณะผ่าตัด ควรป้อง

กันอุบัติเหตุ จากการตกเตียง การป้องกันอุบัติเหตุจากอุปกรณ์จี้ไฟฟ้า เช่น ห้ามติดแผ่นนำไฟฟ้ากลับบริเวณที่เป็นกระดูก เช่น ซี่โครง หน้าแข้ง เนื่องจากไม่มีเส้นเลือดผ่านเพียงพอที่จะนำความร้อนออกไป หลีกเลี่ยงติดแผ่นนำไฟฟ้ากลับบริเวณที่มีเลือดออกมาก เพราะอาจทำให้ไฟฟ้าลัดวงจรได้ (เพียงใจ วิชัยดิษฐ์, 2541; Fairchild, 1993) ป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด และสิ่งตกค้างในแผล บันทึกการเสียโลหิตอย่างถูกต้อง และรายงานแพทย์ ป้องกันการลดต่ำของอุณหภูมิร่างกาย

1.3 การพยาบาลหลังผ่าตัด

1.3.1 การพยาบาลในห้องพักฟื้น

การพยาบาลในห้องพักฟื้นเป็นระยะวิกฤตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ปฏิกิริยาป้องกันตนเองตามธรรมชาติให้พ้นจากอันตราย ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ (กันยา ออประเสริฐ, 2540) สอดคล้องกับรูทและคณะ (Ruth et al., อ้างในรุ้งจิต เติมศิริกุลชัย, 2541: 297) เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นจากยาสลบ และพบบ่อยที่สุดที่หอผู้ป่วย ประมาณ 6 ชั่งโมงหลังผ่าตัด (เจียมจิต ภู่ประเสริฐ, 2537) มีรายงานว่าประมาณครึ่งหนึ่งของอัตราการตายของผู้ป่วยเกิดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกของหลังผ่าตัด สามารถที่จะป้องกันได้โดยการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลในห้องพักฟื้นที่มีความรู้และประสบการณ์ ดังนั้นพยาบาลประจำห้องพักฟื้นต้องมีความสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถูกต้อง เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทันท่วงทีก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นมี ดังนี้ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และประเมินอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เช่น ระดับความรู้สึกตัว ภาวะการหายใจ ภาวะความสมดุลของน้ำและอิเลกโตรไลท์ ความปวด ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดท่านอนที่เหมาะสม ให้ยาแก้ปวดตามการรักษา กรณีผู้ป่วยได้รับยาชาทางไขสันหลัง ระวังหากจำเป็นต้องใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือกระเป๋าน้ำแข็ง ควรระวังเนื่องจากอวัยวะส่วนล่างยังตอบสนองความรู้สึกไม่ดี (Elizabeth, 1990 อ้างในรุ้งจิต เติมศิริกุลชัย, 2541: 299)

1.2.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย เพื่อให้การเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ แจ้งให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เพื่อให้เตรียมเครื่องใช้ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย ระวังอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายขณะเคลื่อนย้าย ระวังการเลื่อนหลุดของสายระบายต่างๆ ห่มผ้าให้ความอบอุ่น ป้องกันอุบัติเหตุขณะเดินทาง เจ้าหน้าที่ควรเดินไปพร้อมกับรถนอน เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

1.3.3 การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

หลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง พยาบาลเยี่ยมหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลการปฏิบัติพยาบาลผ่าตัดที่ผ่านมา โดยการตรวจสอบการทำลายของผิวหนัง เช่น รอยแดงจากการกดทับเป็นเวลานาน ผู้ป่วยปวดแผลมาจากการใช้เครื่องดึงรั้งหรือไม่ มีการทำลายของเส้นประสาทหรือไม่ มีแนวโน้มการเกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัดหรือไม่ สอบถามความปวดจากการผ่าตัด อาจแนะนำวิธีลดปวดโดยการฝึกสมาธิ จากการศึกษาพบว่าการฝึกสมาธิของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีความแตกต่างของสัญญาณชีพ เมื่อวัดหลังผ่าตัดที่ 4, 12, 24 และ 36 ชั่วโมง ช่วยลดความเจ็บปวดได้มากกว่ากลุ่มไม่ฝึก (ประพิศ เอี่ยมนิ่ม, 2540) การลงบันทึกเพื่อประเมินการพยาบาลในห้องผ่าตัด ทั้งข้อดีและข้อควรปรับปรุง และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพิ่มเติมหากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง

บทบาทเชิงรุกเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีศัลยกรรม มีแนวโน้มให้ผู้รับบริการไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่าย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมพร้อมผู้ป่วยให้มีความรู้ในด้านการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพให้เร็วที่สุด อาจมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยทางโทรศัพท์ แต่ในทางปฏิบัติของประเทศเราอาจมีปัญหา เนื่องจากความรู้และทักษะในการดูแลตนเองส่วนใหญ่ยังไม่ดีเท่ากับต่างประเทศ (กันยา ออประเสริฐ, 2541)

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN อ้างในเรณู อาจสาลี, 2540) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้กำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของการพยาบาล ผู้ป่วยทางห้องผ่าตัด ในปี ค.ศ. 1983 ไว้ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจะต้องมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดของตนเอง และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องขณะที่ได้รับการรักษาทางด้านศัลยกรรม ผู้ป่วยจะต้องปลอดภัยจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยต้องมีผิวหนังที่อยู่ในสภาพปกติเหมือนเดิมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยต้องปลอดภัยจากอันตราย ที่เกิดจากการจัดท่าสำหรับการผ่าตัด และปลอดภัยจากการใช้สารเคมียาที่ใช้ในการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องมีความสมดุลน้ำและอิเลคโตรไลท์ และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือขณะพักฟื้นเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว

และในปี พ.ศ.2538 กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยครอบคลุมงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด แนวคิดมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ได้ปรับปรุงใหม่ปี พ.ศ. 2542 เป็น 3 ระยะ รวม 6 มาตรฐานการปฏิบัติงาน ดังนี้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ความพร้อมของพยาบาลและเครื่องมือเมื่อเข้าทีมผ่าตัด กระบวนการผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยปลอดภัยและสุขสบาย ประเมินปัญหา ช่วยฟื้นฟูสภาพ และเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของ AORN ปี ค.ศ. 1983 และมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของกองการพยาบาลมีความเหมือนกันที่ให้น้ำหนักความสำคัญมากที่สุดที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัด และคิดถึงศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ ต่อมามาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของ AORN ปี ค.ศ. 1999 ได้เพิ่มการดูแลถึงสิทธิความเป็นส่วนตัว เคารพแบบแผนชีวิตและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

2. แบบบันทึกทางการพยาบาล

ฟิชบาค (Fischbach, 1991: 6) ได้ให้ความหมายแบบบันทึกไว้ดังนี้

1. เป็นการเตรียม การอ้างอิง ข้อกำหนดของแบบบันทึก รายการอ้างอิง และหรือการบันทึก

2. การรวบรวม เก็บสะสม และหรือการกระจายข้อมูลของการบันทึก ในระบบบูรณาการ สำหรับการใช้ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

3. การเตรียมพร้อมและการสื่อสารโดยการเขียนเหตุการณ์ที่สนับสนุน หรือพิสูจน์ ข้อมูล หรือเหตุการณ์นั้น

แบบบันทึกได้เริ่มมีในสมัยผู้บุกเบิกการพยาบาลแนวใหม่ ฟอร์เรนซ์ ไนติงเกล ท่านได้กล่าวว่าการรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาบูรณาการในแบบบันทึกได้ดีเพียงใด พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นอย่างดีด้วย (Forence Nightingale, 1820-1910 อ้างใน Fischbach, 19991) และได้อธิบายลักษณะของพยาบาลผู้บันทึกที่ดีในหนังสือ Note on Nursing (1859) ไว้ว่าผู้ที่สังเกตอาการอย่างละเอียดในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกได้อย่างชัดเจน ในช่วงปี 1930 เวอจิเนีย เฮนเดอร์สัน ได้สนับสนุนให้การบันทึกเป็นที่รู้จักมากขึ้น เมื่อองค์กรตรวจสอบการประกันคุณภาพ (JCAHO) เกิดขึ้นปี 1951 จึงมีแนวโน้มการใช้มาตรฐานการพยาบาล โดยมีบันทึกเป็นส่วนหนึ่ง ในปี 1970 การบันทึกเริ่มมีสำคัญมากขึ้น เพราะการบันทึกสะท้อนการพยาบาลและการปฏิบัติตามกฎหมาย เมื่อมีระบบชดเชยเงินโดย Drug Related Group จึงจำเป็นต้องใช้บันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งควบคุม (Iyer & Camp, 1994)

2.1 ชนิดของแบบบันทึก

โดยรวมการบันทึกมีหลักการมาจากการใช้กระบวนการพยาบาล ไอเยอร์ (Iyer, 1995) ได้แบ่งแบบบันทึกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

2.2.1 บันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)

2.2.2 บันทึกแบบมุ่งปัญหา (Problem-Oriented Charting) เริ่มรู้จักในปี ค.ศ. 1960-1970 โดยวี้ด (Weed, 1965) ที่จะพัฒนาแบบบันทึกสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นแบบบันทึกทั้งหมดที่เน้นปัญหาของผู้ป่วย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า SOAP ดังนี้ S: ข้อมูลอัตนัย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกพยาบาล O: ข้อมูลปรนัย เป็นสิ่งพยาบาลสังเกตเห็นและตรวจผู้ป่วยอย่างละเอียด A: เป็นสิ่งที่พยาบาลคิดต่อเนื่องจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย และ P: การวางแผน สิ่งที่พยาบาลวางแผนจะทำ

ถึงแม้ว่าระยะแรกระบบแบบบันทึกนี้จะมาจากแบบบันทึกของแพทย์ พยาบาลได้ตระหนักว่าแบบบันทึกสะท้อนมาจากกระบวนการพยาบาล ยกเว้นว่าไม่มีการประเมินผล ต่อมาจึงมีการพัฒนามาเป็นแบบ SOAPIE โดยเพิ่ม I: การปฏิบัติการพยาบาล และ E: การประเมินผลสิ่งที่ผู้ป่วยสนองตอบต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดีของ SOAPIE

มีโครงสร้างแน่นอน สามารถบรรจุข้อมูลที่กำหนดไว้ล่วงหน้าได้ และสะท้อนกระบวน การพยาบาล

ข้อเสียของ SOAPIE

การเปลี่ยนมาเป็น SOAPIE เป็นการเปลี่ยนความคิด พยาบาลต้องตัดสินใจว่าจะใส่ข้อมูลใดลงในช่องของ SOAPIE และประสบการณ์ที่ต่างกันของพยาบาลทำให้เกิดความยุ่งยากในการตัดสินใจจะบันทึก แม้จะให้การปฏิบัติพยาบาลแล้ว

2.2.3. บันทึกแบบ PIE (PIE Charting) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1984 ในนิวเบิน รัฐโคโรไลน่า ตอนเหนือ บันทึกแบบ PIE คล้ายกับ SOAP ในส่วนที่เน้นปัญหาผู้ป่วยที่มาจากรูปแบบการแพทย์ แต่ PIE สร้างจากกระบวนการพยาบาล มาเป็น 3 ส่วน คือ ปัญหา การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้เป็นกระบวนการบันทึกที่ง่าย รัดกุมรวมแผนการพยาบาลกับแบบบันทึกความก้าวหน้าเป็นหน่วยเดียวกัน

ข้อดีของ PIE

บันทึกได้ง่าย โดยใช้ Flow sheet ต่อการประเมินข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยประจำวัน แทนการบรรยาย ลดการบันทึกที่มากเกินไป

ข้อเสียของ PIE

ไม่มีขั้นตอนของการวางแผนของการปฏิบัติการพยาบาล ที่จะบอกได้ถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล ไม่มีการบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง

2.2.4. บันทึกแบบ Focus พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1981 โดยคณะกรรมการโรงพยาบาล เอทเทล ในมินนีอาโพลิส เริ่มจากสรุปว่าข้อมูลที่สำคัญรวมอยู่ในแบบบันทึกความก้าวหน้าในแบบบันทึกควรมี การประเมิน แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อดีของ Focus

โครงสร้างสำหรับ แบบบันทึกความก้าวหน้า รวบรวมเนื้อหาในรูป ข้อมูล การกระทำ และการตอบสนอง และสามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ในเวลาที่จำกัด สามารถรวมการตอบสนองของผู้ป่วยอยู่ในแบบบันทึกความก้าวหน้า

ข้อเสียของ Focus

หากการเฝ้าระวังไม่เป็นไปตามปกติ แบบ Focus สามารถเปลี่ยนเป็นแบบบรรยายได้ โดยไม่ต้องมีการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ชนิดของบันทึกที่กล่าวมาข้างต้นส่วนมากเป็นรูปแบบที่พัฒนาใช้ในหอผู้ป่วยใน โดยเพิ่มให้มีขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมากขึ้น ให้สามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ง่ายในเวลาที่จำกัด ทำให้พยาบาลได้ตระหนักว่าแบบบันทึกสะท้อนมาจากกระบวนการพยาบาล

2.2 แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการ ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบโดยใช้เทคนิคแก้ปัญหา ตัดสินใจในการพยาบาลอย่างมีขั้นตอน เกิดประสบการณ์ จนกลายเป็นนิสัยนำมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตลอดเวลา และกระบวนการพยาบาลมีคุณลักษณะที่เหมาะสมกับลักษณะงานทางการพยาบาล 6 ประการ คือ มีเป้าหมายเป็นระบบ มีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ มีการปฏิสัมพันธ์ในระบบ มีความยืดหยุ่น และเป็นแนวคิดเชิงทฤษฎี กระบวนการพยาบาลเป็นการจัดระบบให้การช่วยเหลือเน้นการตอบสนองของบุคคลให้ได้รับการพยาบาลดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้พยาบาลมีการวางแผนที่ดีประหยัดเวลา เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และทำให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างสมาชิกพยาบาลต่อวิชาชีพ ที่ต้องปฏิบัติการพยาบาล (Alfaro, 1986 อ้างในภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 3539: 3; Groah, 1990: 83; Iyer, 1991; Kozier and Erb, 1983: 116 อ้างในสมพิศ สมจิต, 2535: 79; Wilkinson, 1996: 12-14; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522; สุปาณี เสนาดิสัย, 2540: 71; สุภาพ สุวรรณเวโช, 2542)

กระบวนการพยาบาลในระยะ มี 3 ขั้นตอน คือ การประเมิน การปฏิบัติการช่วยเหลือ และการประเมินผลการช่วยเหลือ (จอห์นสัน, 1959 ออแลนโด, 1961 และไวเดนบาค, 1963 อ้างในภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 3539: 2) ต่อมายูราและวอล์ช (1967) พัฒนาขั้นตอนกระบวนการพยาบาลให้มี 4 ขั้นตอน คือ การประเมิน การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ระยะต่อมาวิชาชีพการพยาบาลมีความก้าวหน้า จึงมีการเพิ่มการวินิจฉัยการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติและในการบันทึกการพยาบาล ด้วยขั้นตอน 5 ขั้นดังนี้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 3539: 2)

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมิน

ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีผลต่อความถูกต้องต่อขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล และต้องประเมินผู้รับบริการต่อเนื่องไปจนจบกระบวนการพยาบาล สมาคมพยาบาลอเมริกันเสนอว่าการประเมินให้ครอบคลุมนั้น ต้องประเมินประวัติส่วนบุคคล ประวัติสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว ที่ส่งผลถึงภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เช่น การตรวจร่างกาย และการจัดข้อมูลลงในแบบบันทึก

ขั้นที่ 2 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นปัญหาที่พยาบาลสามารถวินิจฉัย ให้การช่วยเหลือโดยอิสระมีกฎหมายรองรับ และเป็นปัญหาร่วมที่พยาบาลต้องดำเนินการร่วมกับบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ (Carpenito,1985) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีหลายวิธี เช่น กอร์ดอน (Gordon,1982) ได้เสนอแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลในรูปแบบ "PES" ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดปัญหา (P) ข้อความจริงบ่งชี้สาเหตุปัญหา (E) ใช้การเชื่อม(P) และ (E) ด้วยคำว่าเกี่ยวเนื่องจาก และต่อด้วยอาการและอาการแสดง หรือลักษณะบ่งชี้ปัญหา (S)

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

อันดับแรกเป็นการเรียงลำดับความสำคัญที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนและคุกคามชีวิต การกำหนด เป้าหมายเพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยทราบว่าสิ่งที่ต้องทำให้สำเร็จคืออะไร การกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาล ในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการบันทึกแผนการพยาบาล จุดมุ่งหมายเพื่อสื่อสารระหว่างบุคคลในทีม ป้องกันการถามซ้ำๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการเบื่อหน่าย การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับกระบวนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย พยาบาลไม่ควรละเลยความสำคัญของการบันทึกแผนการพยาบาล เนื่องจากเป็นขั้นตอนสำคัญของการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การบันทึกการพยาบาลที่ชัดเจนเข้าใจง่าย เป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้การพยาบาลมีมาตรฐาน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

อัลฟาโร (Alfaro, 1989 อ้างในภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) ให้แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลว่าอย่าลงมือทำจนกว่าจะเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ก่อนลงมือทำควร

ประเมินผู้ป่วยซ้ำ เพื่อให้แน่ใจว่าปัญหาไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการประเมินต่อเนื่อง อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงเหตุผลในการปฏิบัติ

เมื่อการปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว การบันทึกเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่พยาบาลต้องปฏิบัติ จึงควรเรียนรู้การบันทึกที่ถูกต้อง การบันทึกการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน ไม่เป็นระเบียบและไม่ถูกต้องจะเป็นอุปสรรคในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผล

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล

เพื่อตรวจสอบว่ากิจกรรมการพยาบาลประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด และอาจดำเนินไปถึงผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้เองโดยไม่ต้องอาศัยการบริการทางสุขภาพ การประเมินผลการพยาบาลประกอบด้วย การตั้งเกณฑ์ประเมินผล การประเมินตัวแปรที่มีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมนำข้อดีมาใช้ต่อไป และการยุติให้การพยาบาล อาจให้คำแนะนำในเรื่องอื่นๆ แทน เช่น การมาตรวจตามนัด

แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใช้แนวคิดเช่นเดียวกับแบบบันทึกการพยาบาลทั่วไป หากแต่รูปแบบต้องปรับให้เหมาะกับลักษณะงานในเวลาที่จำกัด ไม่มีรูปแบบใดเฉพาะที่เหมาะสมกับห้องผ่าตัดทุกสถานที่ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องทดลองใช้และพัฒนา เพื่อหารูปแบบที่เหมาะกับภาระงานของตนเอง

2.3 การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด

การพยาบาลในห้องผ่าตัดพัฒนาเป็นขั้นตอนมาเป็นระยะ ระยะแรกส่วนมากจะให้ความสำคัญที่เครื่องมือมากกว่าผู้ป่วย ต่อมาให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากขึ้น แต่ความจำเป็นและความ สำคัญในการบันทึกในห้องผ่าตัดในประเทศไทย ยังมีคนตระหนักถึงน้อยมาก เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2539) กล่าวว่าเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด จะเน้นเป็นเพียงผู้ปฏิบัติเท่านั้นไม่มีการจดบันทึกเพื่อเป็นข้อมูล มีผลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยบางอย่างไม่สมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างต่อเนื่องครบถ้วน ควรมีการบันทึกสภาวะผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาล ควรพัฒนาแบบบันทึกให้ครอบคลุมทุกระยะอย่างละเอียดชัดเจน ปรับปรุงระบบการพยาบาลในห้องผ่าตัด ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สโลนและคณะ (Slone et al., 1989) ว่าแบบบันทึกของพยาบาลในห้องผ่าตัดมีเนื้อที่น้อยสำหรับการเขียนประเมินปัญหาและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จึงต้องการแบบบันทึกใหม่ที่จะช่วยให้การบันทึกของพยาบาลเป็นที่เข้าใจยิ่งขึ้น เนื่องจากลักษณะงานในห้องผ่าตัด

แบบบันทึกในห้องผ่าตัดจึงไม่นิยมเป็นแบบบรรยาย หรือแบบใดๆที่กล่าวมาในหัวข้อข้างต้น ส่วนมากนิยมใช้แบบ Check list แต่การเลือกใช้บันทึกแบบใดอยู่ที่ความคล่องตัวในการบันทึกของสถาบันนั้นๆมากกว่า ในต่างประเทศมีการพัฒนาแบบบันทึก ดังนี้

เอมิโน (Aimino, 1987: 73) จากโรงพยาบาลกรีเลย์ รัฐโคโรลาโดทางเหนือ กล่าวว่าการพยาบาลในห้องผ่าตัดถูกจำกัดด้วยเวลา แม้กระนั้นการบันทึกในห้องผ่าตัดก็ยังมีอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมโดยมาตรฐานวิชาชีพ ข้อบังคับการปฏิบัติ และหน่วยงานประกันคุณภาพ เอมิโนได้พัฒนาแบบบันทึกระยะแรกมีหนึ่งหน้าปรับเป็นสองหน้า หน้าแรกเป็นการประเมินผู้ป่วย หน้าที่สองใช้ในผู้ป่วยศัลยกรรม ส่วนใหญ่เป็นการเติมคำและบรรยาย มี Check list เล็กน้อย มีการเก็บบันทึกในคอมพิวเตอร์เพื่อข้อมูลทางสถิติ

สแตนฟิลด์ (Stanfield, 1987: 699, 704) จากโรงพยาบาล Community Memorial กล่าวว่าแบบบันทึกในการผ่าตัดที่ใช้อยู่ไม่ทันสมัย การบันทึกต้องครอบคลุม ใช้เวลาเขียนน้อย แต่สมบูรณ์ในด้านข้อบังคับตามกฎหมาย กระบวนการพยาบาล และการวินิจฉัยการพยาบาล หลังจากระดมสมองเจ้าหน้าที่ จึงได้แบบบันทึกแบบ Check list และเมื่อพยาบาลเซ็นชื่อกำกับ เธอสามารถตรวจสอบคุณภาพการดูแลได้ หากผลลัพธ์การพยาบาลยังไม่เป็นที่พอใจ พยาบาลสามารถปรับปรุงบันทึกในอนาคตได้

โอลสัน (Olson, 1994) และพยาบาลจากตึกอุบัติเหตุและห้องผ่าตัดจำนวน 4 คน ได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการบันทึกทางการพยาบาลโดยการใช้เสียง เพื่อเพิ่มผลผลิตและลดความผิดพลาดจากการบันทึก ผลจากโปรแกรมนี้ ในระยะเวลา 2 ปี งานเอกสารลดลงร้อยละ 66 และไม่มีข้อผิดพลาดเลย พยาบาลสามารถบันทึกรายงายให้สมบูรณ์ภายใน 5 นาที ในอนาคตจะมีการพัฒนาให้ใช้ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

โบกี้และคณะ (Bokie, et al., 1995) ได้พัฒนางานเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาทำผ่าตัดเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 40 การมีเอกสารวิชาการผ่าตัดและการดูแลจำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ และการจัดทำเอกสารทางกฎหมายเพื่อประเมินคุณภาพบริการประจำวัน เพื่อลดปริมาณบันทึกลงและป้องกันการทำซ้ำ ใช้วิธีปรับปรุงให้คล่องตัวโดยการใช้การวินิจฉัยการพยาบาลในบันทึกใช้ Flowsheet และ Check list

การพยาบาลผ่าตัดในประเทศไทย มีการพัฒนาแบบบันทึกอย่างจริงจัง มีกรอบแนวคิดเป็นหลักการ และการบันทึกต่อเนื่องทั้ง 3 ระยะ มาได้ไม่นาน พินิจ ปรีชานนท์, นวลลออ ศรีโพธิ์ทอง และอรอนงค์ พุมอาภรณ์ (2536: 57-63) ได้ศึกษาเรื่อง "โครงการนำร่องและพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด" เนื่องจากแบบบันทึกที่มีอยู่เดิมกระจัดกระจายมิได้รวมอยู่ในฉบับเดียวกัน จึงได้สร้างแบบบันทึกโดยใช้แนวคิดของ Mackie, Peddie & Pendleton (1984) และ Stanfield (1987) ทดลองให้พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดหู คอ จมูก โรงพยาบาลรามาธิบดีใช้ ผลการทดลองระยะที่ 1 พบว่าแบบบันทึกไม่สมบูรณ์ทุกรายรวม 36 ฉบับ ผลการทดลองระยะที่ 2 พบว่า แบบบันทึกสมบูรณ์ 9 ฉบับ แบบบันทึกไม่สมบูรณ์ 203 ฉบับ ผลการทดลองระยะที่ 3 พบว่าแบบบันทึกสมบูรณ์ 13 ฉบับ แบบบันทึกไม่สมบูรณ์ 114 ฉบับ ทั้งสามระยะบันทึกไม่สมบูรณ์ส่วนของข้อมูลที่ไม่ได้ลงบันทึก ได้แก่ ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ วินิจฉัยทางการพยาบาล และความปลอดภัยในระยะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ (2541: 53-60) ทำการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด" โดยสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด ใช้ที่โรงพยาบาลศิริราช มีการเก็บข้อมูลหลังการใช้แบบบันทึก 2 ระยะ ผลจากระยะที่ 1 พบว่ามีปัญหาการใช้ข้อความที่สื่อความหมายยากเพราะเป็นภาษาอังกฤษ และไม่เคยใช้แบบบันทึกนี้มาก่อน ต่อมาผู้วิจัยได้จัดทำคู่มืออธิบายศัพท์ในแบบบันทึก และปรับปรุงแบบบันทึกให้สื่อความหมายได้ง่ายขึ้น

แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลระนอง เป็นการบันทึกลงในสมุดปกแข็ง การบันทึกไม่ครอบคลุมการบันทึกทั้ง 3 ระยะ เพราะไม่มีการบันทึกการพยาบาลในระยะผ่าตัด ส่วนระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ดูแลและบันทึก พยาบาลห้องผ่าตัดมีการบันทึกในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เมื่อพยาบาลบันทึกเสร็จแล้วเก็บสมุดบันทึกปกแข็งนั้นไว้ที่ห้องผ่าตัด เนื่องจากรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นมาตั้งแต่เดิม และ/หรือข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ทำให้ในผู้ป่วยบางรายมีการบันทึกเฉพาะระยะก่อนผ่าตัด หรือระยะหลังผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลระนองมี ดังนี้

<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u>

1 มิย. 42 น.ส. ขุนทอง (นามสมมุติ) *19 ปี ต.ญ.* (ตึกศัลยกรรมหญิง) การวินิจฉัย : *Fracture Rt. Femur* ทำผ่าตัด : *ORIF with Broad DCP*

ปัญหาและการพยาบาล : *แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่*

-งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน

-เตรียมความสะอาดของร่างกาย

-Psycho support

-แนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

<u>ระยะหลังผ่าตัด</u>

ปัญหาและการพยาบาล : *หลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดพอทน แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึม ต่อ radivac drain มี content ประมาณ 50 cc.*

-แนะนำการรักษาความสะอาดบริเวณแผล

-แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จากเนื้อสัตว์ เพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น

-แนะนำการยกเท้าสูง เพื่อป้องกันอาการปวดบวมของบาดแผลบริเวณขาด้านที่ผ่าตัด

นงราม

การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดในประเทศไทยมีมาเป็นลำดับ เพื่อที่จะที่จะให้แบบบันทึกบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ ใช้ได้ในทุกแผนกการพยาบาลผ่าตัด ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแต่ละแผนกและแผนการดูแลรักษาและง่ายต่อการใช้ในเวลาอันจำกัด เน้นรูปแบบของการบันทึกแบบ Check list รวมกับการบรรยายเพิ่มเติมในประเด็นปัญหาและการพยาบาลที่ต้องการ

3. ประสิทธิภาพการบันทึก

ประสิทธิภาพ หมายถึง การมีความพยายามที่ทำให้เกิดผล ขอบเขตของผล ผลการทำงานที่คล่องตัว สิ่งที่เป็นอยู่จริงไม่ใช่เป็นเพียงทฤษฎี และการมีอุปกรณ์พร้อมจะปฏิบัติงาน (Webster, 1988)

ภรณี มหานนท์ (2527) กล่าวถึง ประสิทธิภาพว่าเป็นอัตราส่วนของผลผลิตต่อตัวป้อน (input) ที่ทำได้มากกว่าเป้าหมาย ส่วน Katz & Kahn (อ้างในภรณี มหานนท์, 2527) เชื่อว่าประสิทธิภาพเป็นส่วนประกอบสำคัญของประสิทธิผล

วิลคินสัน (Wilkinson, 1996) กล่าวว่าจุดมุ่งหมายของการบันทึกมี 2 ด้าน คือ จุดมุ่งหมายด้านคลินิก สะท้อนการดูแลเนื่องจากแบบบันทึกใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวคิด และจุดมุ่งหมายด้านบริหารคือเพื่อตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการพยาบาล

ประสิทธิภาพการบันทึก หมายถึง ความพยายามที่จะเพิ่มผลผลิต และการทำงานคล่องตัวโดยการเพิ่มผลผลิตในด้านการตรวจสอบและสะท้อนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมีความสมบูรณ์เป็นระบบและถูกต้องของแบบบันทึก ตามแนวคิดของพอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry, 1995) และฟิชบาค (Fischbach, 1991) ประสิทธิภาพการบันทึก หมายถึงความสมบูรณ์และเป็นระบบในด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความคล่องตัวในการบันทึก

เอกสารทางการพยาบาลสามารถใช้ในการสื่อสารที่มีความสำคัญมากที่สุดระหว่างพยาบาลในทีมการพยาบาล หรือสำหรับพยาบาลกับเจ้าหน้าอื่นๆ ในทีมสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากพยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การใช้การบันทึกของพยาบาลเป็นหลักฐานเป็นสิ่งสำคัญ การบันทึกจึงต้องมีประสิทธิภาพทั้งยังเป็นการกระดับความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการพยาบาลประจำวัน (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2542; Potter and Perry, 1995; และ Fischbach, 1991)

ประสิทธิภาพของการบันทึกพยาบาล ประกอบด้วยประสิทธิภาพด้านความครบคลุมตามกระบวนการบันทึก การบริหารความเสี่ยง ความถูกต้องตามกฎหมาย และความคล่องตัวในการใช้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก

ประสิทธิภาพด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกเป็นความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึก คือ การบันทึกที่ครบถ้วนสอดคล้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการบันทึก เช่น ข้อมูลจากการประเมินสภาพ เมื่อต้องการบันทึกอาการของผู้ป่วย ก็ต้องบอกถึงลักษณะอาการเวลาที่เริ่มเป็น ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาที่มีอาการ ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือลดลง และอาการร่วมอื่นๆ ใช้ข้อมูลที่เป็นปรนัย (Objective data) ที่เป็นความจริง ถ้าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) จะต้องอ้างที่มาของข้อมูลนั้นด้วย และหากจำเป็นต้องระบุใส่ความคิดเห็นของผู้บันทึกข้อมูล ให้ระบุข้อมูลจริงที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วยลงไปด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือได้จากกับการวัดต่างๆ จะต้องระบุจำนวนและเวลาที่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน สมพิศ สมจิตต์ (2535) กล่าวสอดคล้องในเรื่องข้อมูลที่บันทึกจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันทันต่อเหตุการณ์ว่าข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ จะต้องลงบันทึกทันที ระบุถึงเวลาที่ทำกิจกรรม การพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้น อุปกรณ์ที่ใช้ ปฏิกิริยาของผู้ป่วยการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด และสิ่งที่พยาบาลสังเกตพบตลอดเวลาในการพยาบาลผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ และรวมถึงบันทึกข้อมูลจากการประเมินผลการพยาบาล

3.2 ความถูกต้องตามกฎหมาย

คาร์เพนนิโต (Carpenito, 1995: 11) กล่าวถึงความจำเป็นของประเด็นทางกฎหมาย ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมของการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพที่จะพัฒนาระบบของเอกสารให้มีประสิทธิภาพ และเอกสารการพยาบาลต้องมีมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลแต่ละสถาบันจะต้องปฏิบัติ และเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่มีอยู่ได้ พยาบาลต้องคำนึงถึงความถูกต้องตามกฎหมายว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้สิ่งที่บันทึกลงไปนั้นเป็นเอกสารถาวร แก้ไขไม่ได้และตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้บันทึก การบันทึกสามารถสื่อถึงกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย ดังนั้นการบันทึกจึงต้องมีแนวปฏิบัติดังนี้ คือเขียนให้ชัดเจนด้วยปากกา หากมีข้อผิดพลาดให้ขีดคร่อมและลงชื่อกำกับ ระบุชื่อ นามสกุลและตำแหน่งของผู้บันทึก หลังจากบันทึกเสร็จแล้วทุกครั้ง กรณีมีที่ว่างเหลืออยู่ให้ขีดคร่อมไว้ เพื่อไม่ให้มีการเติมข้อความใดๆ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2541; สมพิศ สมจิตต์, 2535)

พอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry, 1995) ได้เสนอแนวทางการบันทึกเพื่อให้มีผลทางกฎหมายเพิ่มเติมดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางการบันทึกเพื่อให้มีผลทางกฎหมาย

หลักการ	เหตุผล	การกระทำที่ถูกต้อง
บันทึกเฉพาะความจริง	การบันทึกต้องมีความถูกต้องและความเที่ยง	ต้องมั่นใจในสิ่งที่เขียน ไม่ควรคาดการณ์หรือเดา
บันทึกให้อ่านง่ายโดยน้ำหมึกดำหรือน้ำเงิน	บันทึกที่อ่านยากอาจทำให้ตีความหมายผิด เป็นสาเหตุแห่งความผิดพลาด	ไม่ลบ หรือแก้ไขด้วยวัตถุใดๆ ไม่ใช้ดินสอ
แก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดทันที	ความผิดพลาดในแบบบันทึกอาจนำไปสู่การรักษาที่ผิดพลาด	หลีกเลี่ยงการบันทึกอย่างรวดเร็ว แต่มั่นใจว่าบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง

นอกจากนี้เทเลอร์และลีโมน (Taylor & LeMone, 1989) กล่าวสอดคล้องกับพอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry, 1996) ว่าควร เขียนสะกดคำให้ถูกต้อง ต้องใช้สัญญลักษณ์ที่เป็นสากลและคำย่อ เป็นที่ยอมรับของสถาบันนั้นๆ

3.3 การบริหารความเสี่ยง

แนวคิดของฟิชบาค (Fischbach, 1991) ได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงของการบันทึกว่าอำนาจของเอกสารการพยาบาลสามารถทำให้การบันทึกด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานสุขภาพเริ่มเมื่อ ค.ศ. 1975 เมื่อมีการฟ้องร้องในหน่วยงานสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เหตุการณ์ที่เพิ่มให้มีอุบัติเหตุและฟ้องร้องผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาผิดพลาด รักษาช้า หรือ ผิดพลาด และการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง มีรายงานในปี 1994-1996 พยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 45 คนถูกเรียกร้องจ่ายเงินทดแทน จากมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในช่องท้อง (Murphy, 1997) การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการประกันคุณภาพที่หน่วยงานสุขภาพควบคุมมิให้เกิดหรือเกิดน้อยที่สุด วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง คือ การลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาก่อนที่จะมีการบาดเจ็บ ความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยงอยู่ที่เจ้าหน้าที่มีปฏิกิริยาโต้ตอบ ป้องกัน และลงบันทึกเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมและการสังเกตที่ได้ทำมา สอดคล้องกับฟาริดา อิบราฮิม (2537) ที่กล่าวว่าพยาบาลมีหน้าที่ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงโดยตรง ต้องจัดการกับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย และระวังมิให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทของวิชาชีพจากข้อร้องเรียนทั้งหลาย และเมอร์ฟี่ (Murphy, 1997) ที่กล่าวว่าการดูแลที่ดีเป็นสิ่งที่ป้องกันตัวที่ดีที่สุดสำหรับภาระทางกฎหมาย พยาบาลต้องกระทำการด้วยความรอบคอบในเรื่องการสื่อสารทั้งในการเขียนและด้วยวาจา เช่น ระบบบันทึกและการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลและแพทย์

3.4 ความคล่องตัวในการบันทึก

ความคล่องตัวในการบันทึก รวมถึงการบันทึกอย่างกะทัดรัด ชัดเจน (Conciseness) มีผลให้ประหยัดเวลาทั้งผู้เขียนและผู้อ่านบันทึก ควรเขียน ให้กระทัดรัด ชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้คำและรายละเอียดที่ไม่จำเป็น การจัดระบบหมวดหมู่ข้อมูลประเภทเดียวกันไว้ด้วยกัน โดยใช้ระบบของกระบวนการพยาบาลช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจง่าย หากแบบบันทึกมีคุณสมบัติอื่นๆ ครบถ้วน แต่มีการใช้ที่ไม่สะดวกคล่องตัว อาจเพิ่มภาระให้แก่พยาบาลประจำวันและทำให้ประสิทธิภาพการบันทึกลดลงได้

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้แนวคิดและการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลอีกหลายท่าน ดังนี้

สมพิศ สมจิตต์ (2535: 100-101) ได้กล่าวเพิ่มเติมถึงการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ ว่ามีลักษณะเฉพาะของกิจกรรมพยาบาลทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพให้ปรากฏแก่ชุมชน มีความ

เป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้น จะต้องบันทึกถึงบทบาทอิสระของพยาบาล และต้องอยู่ในรายงานผู้รับบริการอย่างถาวร

อารี ชีวเกษมสุข (2534) ศึกษาเรื่อง "การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา" ประสิทธิผลที่ศึกษา คือประสิทธิผลในด้านความครอบคลุมของข้อมูล ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ และความคล่องตัวในการบันทึก โดยใช้แนวคิดของบุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัฒน์กุล (2531) ผลการศึกษาพบว่าบันทึกการพยาบาลทั้งสองรูปแบบมีความครอบคลุมอยู่ในระดับต่ำเท่ากัน รูปแบบบูรณาการกระบวนการพยาบาลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่ารูปแบบที่มุ่งปัญหา แต่บันทึกการพยาบาลรูปแบบที่มุ่งปัญหาใช้งานได้คล่องตัวมากกว่ารูปแบบที่มุ่งปัญหา

ปรารถนา มั่งมูล (2539) ศึกษาเรื่อง "การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา" ประสิทธิผลที่ศึกษา คือความครอบคลุมของข้อมูล ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ความถูกต้องตามกฎหมาย ความคล่องตัวในการบันทึก โดยใช้แนวคิดของไอเคนและคาทาเลนโด (Aiken & Catalendo, 1994) ผลการศึกษาพบว่า ทั้งรูปแบบที่มุ่งปัญหาและรูปแบบมุ่งความต้องการมีประสิทธิภาพเท่ากัน คือ แบบบันทึกทั้งสองรูปแบบมีเท่ากันอยู่ในระดับดี ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ระดับความถูกต้องตามกฎหมายเท่ากันอยู่ในระดับต่ำ และระดับความคล่องตัวในการบันทึกทั้งสองรูปแบบเท่ากันอยู่ในระดับดี ระดับต่ำ และระดับดีตามลำดับ ส่วนความครอบคลุมของข้อมูลรูปแบบที่มุ่งปัญหามีมากกว่าการบันทึกที่มุ่งความต้องการ

ประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลมีหลายด้าน หากใช้งานได้อย่างดี ทำให้สามารถควบคุมความถูกต้องตามหลักวิชาชีพ และสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน รวมถึงผู้รับบริการมีโอกาสได้รับความรู้ด้านสุขภาพ การประกาศสิทธิผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2541 ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลมากขึ้น ระบบตรวจสอบคุณภาพ ISO 9002 ซึ่งเป็นกระบวนการเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และทำให้การใช้เวลาการปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลต้องมีประสิทธิภาพ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีต้องมีบันทึกการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในรายด้าน 4 ด้าน คือความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ความถูกต้องตามกฎหมาย การบริหารความเสี่ยง และความคล่องตัวในการบันทึก ตามแนวคิดของ Potter & Perry,1995; & Fischbach, 1991 และผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบตรวจสอบ

ความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกของอารี ชีวเกษมสุข (2534) ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์และความรู้ 20 ท่าน มีค่าความเที่ยง =.89 และเลือกใช้แบบตรวจความถูกต้องตามกฎหมาย และความคล่องตัวของปรารถนา มั่งมูล (2539) ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ และมีค่าความเที่ยง =.84 และ .74 ตามลำดับ และเลือกใช้แบบตรวจความคล่องตัวของดารณีและคณะ (2541) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 11 ท่าน มีค่าความเที่ยง =.70 แบบตรวจสอบที่นำมาใช้ทั้งหมดนี้ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัยยิ่งขึ้น

4. การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

วิชาชีพ หมายถึง อาชีพประเภทใดประเภทหนึ่งที่มีอำนาจและสถานภาพทางสังคม เป็นที่ยอมรับว่ามีความสำคัญในสังคม จะต้องมีทักษะทางเทคนิคสูงและได้รับการศึกษาหรืออบรมจนเป็นที่รับรองอย่างเป็นทางการ มีหลักฐานแสดงวุฒิ (ราชบัณฑิตยสถาน.2524: 283 อ้างในนันทนา น้ำฝน: 11)

วิชาชีพการพยาบาล เป็นอาชีพที่มีคุณลักษณะของความเป็นวิชาชีพตามเกณฑ์คุณลักษณะ ของวิชาชีพ คือ เป็นวิชาชีพที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนในสังคม บนพื้นฐานของหลักวิชาการที่เป็นองค์ความรู้ในสาขาการพยาบาล ผู้ประกอบการพยาบาล ต้องผ่านกระบวนการศึกษาเพื่อการถ่ายทอดความรู้และทักษะที่สำคัญ ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลได้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง เพื่อประกอบอาชีพการพยาบาลตามมาตรฐานการศึกษาที่กำหนดไว้ที่ได้รับการรับรองแล้วโดยกฎหมาย (Leddy & Pepper, 1998; พวงรัตน์ บุญยานุรักษ์, 2538; นันทนา น้ำฝน, 2538)

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลที่มีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถแสดงพฤติกรรมเฉพาะตามแบบบรรทัดฐานของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลได้ และเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้มีความรู้ความสามารถตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ บุคคลนั้นจะประจักษ์ในคุณค่าของการเป็นพยาบาลวิชาชีพของตน (นันทนา น้ำฝน, 2538: 95-97) และคุณค่าจะเป็นเหมือนเข็มทิศนำทางไปสู่วิสัยทัศน์ของตนเองและองค์กร (Peter, 1995)

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพจากคุณภาพการดูแลที่สะท้อนมาจากแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนให้การพยาบาลว่าเป็นบทบาทสำคัญทางวิชาชีพ พยาบาลควรปฏิบัติและแสดงออก

4.1 ที่มาของการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล มาจากหลายด้าน เช่น

4.1.1 เกณฑ์คุณลักษณะของความเป็นวิชาชีพ สิ่งเหล่านี้เป็นเกณฑ์ในการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ดังเช่น การมีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะสาขาอย่างชัดเจนเกี่ยวข้องกับค่านิยมพื้นฐานของสังคม มีการศึกษาและฝึกงานตามมาตรฐาน มีการปฏิบัติหรือแสดงออกในแนวทางเดียวกัน ยอมรับบรรทัดฐานและมาตรฐานของวิชาชีพ ทำงานอย่างมีสำนึกในความรับผิดชอบ มีเอกสิทธิ์ในการทำงาน มีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ มีจรรยาบรรณ สมาชิกเชื่อมโยงกันด้วยความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Goode, 1957: 194-200; Moore, 1970: 3-4; Pavalko, 1981: 2-10 อ้างในนันทนา น้ำฝน: 14-16) นอกจากนี้กัญญา โตท่าโรง (2540) ได้แปลวงล้อความเป็นวิชาชีพของมิลเลอร์ (1984) เกี่ยวกับคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องการเผยแพร่ผลงานและการสื่อสาร การให้บริการแก่ชุมชน การศึกษาต่อเนื่องและการพัฒนาสมรรถนะตัวเองและการวิจัย

4.1.2 การรับรู้ในบทบาท

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง ได้แบ่งขอบเขตของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ เป็น 8 ด้าน ดังนี้ การพยาบาล การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริหาร การศึกษา การสนับสนุนงานด้านอื่นๆ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล. 2526: 2-4) อ้างในนันทนา น้ำฝน, 2538: 60-61) แต่ยูนิซ (Eunice, 1979) ให้ความเห็นว่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพไว้ว่า ควรจะใช้เวลามากที่สุดที่การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ มีทั้งบทบาทอิสระ และบทบาทที่ไม่อิสระต้องพึ่งพากันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ การปฏิบัติงานการพยาบาลในบทบาทอิสระที่แสดงถึงเอกสิทธิ์ทางการพยาบาล อันเป็นคุณลักษณะเฉพาะอย่างที่เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลก็คือ การปฏิบัติงานการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ (นันทนา น้ำฝน, 2538: 95-97)

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

นิภา คิดประเสริฐ (2527) ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบค่านิยมทางวิชาชีพ (Professional Value) ทางบริการและทางราชการของนักศึกษาพยาบาล ที่มีระยะเวลาของประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกต่างกัน ค่านิยมทางวิชาชีพที่ศึกษานี้มี 5 ด้าน คือ การยึดมั่นในจริยธรรมของวิชาชีพ ยอมรับในอิสระของวิชาชีพ ประกอบวิชาชีพโดยใช้ความรู้ของวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ

สร้างความรู้อันเป็นแก่นของวิชาชีพ และยอมรับว่าการเข้าสู่วิชาชีพควรเป็นการศึกษาวิทยาการเฉพาะด้าน

ศรีประภา ปิยะศิริศิลป์ (2539) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิชาชีพ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กับความสามารถในการตัดสินปัญหาความขัดแย้งเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าค่านิยมวิชาชีพ ประกอบด้วย ความตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต การศรัทธาต่อการดำรงอยู่ของชีวิต การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการมีสุนทรียภาพ ต่อมาของพัชรี ประเสริฐกิจ (2541) ก็ได้นำแนวคิดและเครื่องมือแบบวัดค่านิยมวิชาชีพในการศึกษาต่อไป

กนกพร แจ่มสมบูรณ์ (2539) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ค่าของงาน (Job's meaningfulness) ต่อรูปแบบการบริหาร กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ค่าของงาน ของคาร์สัน (1989) มี 8 ด้าน ดังนี้ การรู้จักตนเอง การรักษาสมดุลในชีวิต รู้จักเลือก ความศรัทธาในงานที่ทำ เห็นประโยชน์ส่วนรวม มีความตั้งใจ มีเป้าหมายชัดเจน และมีความหวัง

วิสและแชงค์ (Weis and Schank, 1997) ศึกษาคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนพยาบาลอังกฤษและอเมริกัน จำนวน 130 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามวัดคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล (Professional Value Scale) ที่สร้างจากมาตรฐานของสมาคมพยาบาลอเมริกัน (ANA) ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณค่าของวิชาชีพระหว่างนักเรียนสองกลุ่ม แต่มีความแตกต่างเล็กน้อยในบางข้อที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมในการศึกษาและการปฏิบัติ

การศึกษาส่วนมากเน้นคุณค่าของงานในเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งก็มีความสำคัญมาก หากแต่ภายในระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้รับผลกระทบหลายอย่าง เช่น ทางด้านเศรษฐกิจที่ถดถอย และภาวะการเงินของประเทศที่ถูกควบคุมด้วยกองทุนการเงินระหว่างประเทศ การลดขนาดโครงสร้างองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การมีนโยบาย การประกันคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้มาตรฐานการพยาบาลและไม่ขัดต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ปัจจัยหลายอย่างดังกล่าว ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลแตกต่าง

โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงหลายแห่งในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดคุณค่าวิชาชีพไว้หลายด้าน เช่น โรงพยาบาลจอห์นฮอพกิ้นก์กำหนดคุณค่าวิชาชีพที่ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบผู้ป่วย การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการพัฒนาวิชาชีพทั้งในด้านส่วนตัวและกลุ่มวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาล เบทอิสราเอลและ Iowa Vetarans Home เห็นพ้องกันว่ากำหนดคุณค่าวิชาชีพอยู่ที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน และสามารถตรวจสอบได้ (Hoffart and Woods, 1996) และจากการศึกษาของวูฟและคณะ (Wolf et al, 1992) ในโรงพยาบาลชาดิไซด์ คุณค่าวิชาชีพประกอบด้วย 11 ด้าน คือ ประหยัดทรัพยากร คุณภาพการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะบุคคล เน้นที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วย ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน การตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติได้ อำนาจในงานของพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความคิดสร้างสรรค์ การดูแลด้านวัฒนธรรม ความกระตือรือร้น และการพัฒนาวิชาชีพ

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่หลากหลาย ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดที่เหมาะสมกับการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาล คือแนวคิดของฮอฟฟาท และวู้ด (Hoffart and Woods, 1996) ซึ่งการจัดอันดับของการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลจากหลาย ได้ว่ามี 4 องค์ประกอบ คือ ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน สามารถตรวจสอบได้ และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการพัฒนาวิชาชีพ

4.2 แนวคิดการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

4.2.1 ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน หรือเอกสิทธิ์ของการพยาบาล หมายถึง สิทธิ์อันเฉพาะของพยาบาล ที่จะกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในอันที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ เป็นผลประโยชน์ต่อผู้ป่วย เมื่อพยาบาลมีการตัดสินใจอย่างสุขุมรอบคอบ ปฏิบัติวิชาชีพบนพื้นฐานความรู้ของคนนั้น อาจตีความได้ว่าสิทธิอันชอบธรรมในการสั่งการพยาบาลในรูปคำสั่งการพยาบาลคำสั่งต่อบุคคลอื่น เช่น มีการตัดสินใจ การมอบหมายงาน เป็นอิสระจากการควบคุมของวิชาชีพสาขาอื่น และตระหนักว่าผู้อื่นก็มีสิทธิ์เหมือนกัน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522; Ellis, & Hartley, 1998; Leddy & Peper, 1998; Wade, 1999) ดังนี้

ก. ขอบเขตของความมีอิสระในการปฏิบัติงาน แสดงได้จากการปฏิบัติการ พยาบาล มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ระบบการปฏิบัติการพยาบาล คุณสมบัติของบุคลากรในวิชาชีพ และการเผยแพร่แสวงหาความรู้

ข. กิจกรรมสำคัญที่จะนำไปสู่ความเป็นอิสระทางการพยาบาล แสดงได้จากการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและการสอน ให้คำปรึกษา การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล และการบันทึกและรายงานทางการพยาบาล

4.2.2 ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน (Accountability) คือ การปฏิบัติภาระงานที่รับผิดชอบทางกฎหมาย ความรับผิดชอบและอำนาจในการรายงาน ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมีระบบตามสายงานบังคับบัญชา ต้องเกิดควบคู่กันไปกับความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลต้องบอกได้ถึงมาตรฐานของการปฏิบัติพยาบาล การใช้ความรู้ทางการพยาบาลที่ปรากฏชัดเจน และบอกคุณภาพการพยาบาลได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) เมื่อมอบหมายงานให้ผู้ใต้การนิเทศปฏิบัติการ ต้องรับผิดชอบในสิ่งนั้น เป็นการฝึกฝนการตัดสินใจในการประยุกต์ความรู้ที่จะแก้ปัญหา และยอมรับผิดชอบในผลลัพธ์นั้น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522; Mc. Glothlin อ้างใน Leddy & Peper, 1998)

ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน JAHCO ได้สนับสนุนให้มีการประกันคุณภาพ เรียกร้องให้มีการรับรอง เร่งให้องค์กรมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมากขึ้น คล้ายกับการประกันคุณภาพของแผนกการพยาบาล โดยมีจริยธรรมการพยาบาลควบคู่กันไป เพื่อไปให้ถึงมาตรฐาน จริยธรรมการพยาบาลไม่ได้มีผลกับความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานโดยตรง แต่เป็นการสนับสนุนให้มีสมรรถนะของพยาบาล มีการตัดสินใจ (Leddy & Peper, 1998)

เลดดี้และเปบเปอร์ (1998) กล่าวถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของวิชาชีพไว้ 4 ด้าน คือ

ก. ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและสาธารณะ งานวิชาชีพดำรงอยู่เพื่อสร้างบริการให้สังคม ผู้บริโภคมีสิทธิ์ที่จะได้รับคุณภาพที่ดีที่มีพื้นฐานบนความรู้ พยาบาลต้องตระหนักในเรื่องผู้รับบริการที่มีความรู้ซับซ้อนมากขึ้น และพยาบาลต้องเตรียมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นให้มีคุณภาพ

ข. ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานต่อวิชาชีพ วิชาชีพพยาบาลปฏิบัติอย่างมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน เพื่อจะพัฒนานโยบายและควบคุมกิจกรรมเหล่านั้นให้เป็นมาตรฐานของใบประกอบวิชาชีพ

ค. ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานต่อตนเอง ได้แก่ ต้องรับผิดชอบสุขภาพ ของตนเอง รวมถึงปฏิเสธงานที่พิจารณาเห็นว่าไม่ปลอดภัย ยอมรับความจำกัดของพยาบาล รู้ว่าต้องศึกษามากขึ้นในอนาคต

ง. ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน พยาบาลต้องรับผิดชอบ ตนเองให้ดีที่สุด โดยมีรัฐบาลช่วยสนับสนุนอยู่ด้านหลังในด้านกฎหมายและการศึกษา

4.2.3 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การประชุมสภาคองเกรสของสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1988 คุณภาพการพยาบาลหมายถึงการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการดูแลทำให้เพิ่มผลลัพธ์ที่คาดหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยลดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ ให้ความรู้ในส่วนที่มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย (Holzemer, 1994) ส่วนลอร์และยอร์ดดี้ (Lohr & Yordy, 1988 อ้างใน Holzemer, 1994)) กล่าวถึงคุณภาพการพยาบาล ในแง่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้จ่าย

การพัฒนาของการพยาบาลผ่าตัดมีต่อเนื่องมาเรื่อยๆเป็นลำดับ เช่น มีมาตรฐานการพยาบาลที่สามารถควบคุมคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ในปี ค.ศ.1978 การปฏิบัติการพยาบาลเน้นที่กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลและเพิ่มจริยธรรมเพื่อให้มั่นใจได้ว่าปฏิบัติการของพยาบาลมีคุณภาพ ขณะที่ใช้การรักษาแบบคุ้มทุน ส่วน AORN ได้มีการปรับปรุงมาตรฐานเชิงผลลัพธ์การพยาบาลผ่าตัดตลอดมา เพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาลในปัจจุบัน และปัจจุบันมีมาตรฐาน เชิงผลลัพธ์ในปี ค.ศ 1999 ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ (Groah, 1990)

4.2.4 การพัฒนาวิชาชีพ (Professional development)

การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในอเมริกามีมานานกว่า 125 ปี โดยองค์กรพยาบาลหลายแห่ง เช่น สันนิบาตพยาบาลแห่งอเมริกา National League for Nursing (NLN) สร้างพันธกิจเมื่อปี ค.ศ. 1995-1997 เพื่อพัฒนาการศึกษาและผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเชื่อมโยงการสื่อสาร และข้อมูลข่าวสาร การบรรลุพันธกิจดังกล่าวเกิดจากการร่วมมือกัน การติดต่อ การสร้างสรรค์ การบริการ และการเรียนรู้ และ American Nurse Association (ANA) เป็นองค์กรวิชาชีพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อทำงานที่พัฒนามาตรฐานสุขภาพและเข้าถึงบริการสำหรับทุกคน ทำให้พยาบาลมีมาตรฐานสูง ส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพสำหรับพยาบาล รวมไปถึงเศรษฐกิจและสวัสดิการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ANA ดำเนินการเกี่ยวกับโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่อง เตรียมข้อมูลเพื่อการวิจัย และเตรียมอาสาสมัครเพื่อการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (Leddy & Peper, 1998)

I 19232500

แนวโน้มของการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในอเมริกา เป็นไปตามผลกระทบทางเทคโนโลยี และคุณภาพการพยาบาล ทำให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มภาพลักษณ์ให้วิชาชีพ (Leddy & Peper, 1998) ไม่แตกต่างกับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย นอกจากผลกระทบทางเทคโนโลยีแล้ว ไทยยังเกิดจากกระแสสังคมอันเนื่องจากเศรษฐกิจถดถอย พยาบาลต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก พัฒนาตนเองให้พ้นจากสภาวะกดดันทางเศรษฐกิจและองค์กรวิชาชีพที่คุกคามคุณภาพของวิชาชีพ พยาบาลต้องพัฒนาตนเองด้านการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติพยาบาล การเลือกใช้เทคโนโลยี และความสามารถเชิงธุรกิจ (สุภาวดี ด่านธำรงกูล, 2541) สอดคล้องกับกุลยา ตันติผลาชีวะ (2539) ที่กล่าวว่าประชาชนจะมีการศึกษามากและใช้ความรู้ในหลายๆด้าน ความต้องการการพยาบาลในด้านการให้คำแนะนำจะมีมากขึ้นพยาบาลต้องขยายฐานของการพยาบาลออกให้มีลักษณะของวิชาชีพที่จำเป็นมากขึ้น ให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป เช่น การปรับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลผู้ชำนาญการ และพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทาง

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล

เรณู อาจสาลี (2540: 21) กล่าวว่า พยาบาลในห้องผ่าตัดต้องมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีทักษะด้านการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ต้องศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ก้าวทันความก้าวหน้าเทคโนโลยีของการผ่าตัดในปัจจุบัน ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนทั้งร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลมีความสุขใจที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

โลแกน (Logan, 1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติพยาบาลว่าความสำคัญของการวิจัยจากการดูแลผู้ป่วยต่อพยาบาลและพัฒนาวิจัยจากการพยาบาลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้ดูแลด้านคลินิก (Clinical nurse) ความเชื่อถือและมั่นใจในชื่อเสียงของวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

บลังฟิล์ด (Blanchfield, 1992) ได้ศึกษาถึงพลังอำนาจและความเป็นอิสระในวิชาชีพ วัดโดยเครื่องมือ The Nursing Authority and Autonomy Scale (NAAS) พบว่า มีความแตกต่างระหว่างความเป็นอิสระในวิชาชีพของพยาบาลปฏิบัติการและพยาบาลหัวหน้าทีมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ความสำคัญของพลังอำนาจระหว่างของพยาบาลปฏิบัติการและพยาบาลหัวหน้าทีมก็มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานและการมีส่วนร่วมในงาน

แลช (Lach, 1992) ศึกษาพยาบาลจาก 239 โรงพยาบาล 115 สถานดูแลที่ที่บ้าน โดยใช้แบบสอบถาม ได้ผลว่าความเป็นอิสระของตนเอง ความเป็นอิสระในงาน และสิ่งแวดล้อม ของที่ทำงาน สามารถทำนายความเป็นอิสระทางวิชาชีพได้การขยายความเป็นอิสระในงาน ทำได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล เช่น ในโรงพยาบาลทั่วไปหัวหน้าหอผู้ป่วยในปัจจุบันถูกท้าทายด้วยการเรียกร้องความเป็นอิสระในงาน และความต้องการเพิ่มผลผลิตการพยาบาล จึงมีการผลิตผู้ช่วยพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพงาน เพื่อให้เวลาในการพยาบาลของพยาบาลลดลง และเพื่อเพิ่มความเป็นอิสระในงานของ พยาบาลวิชาชีพ การเพิ่มความเป็นอิสระในงานเกิดขึ้นจากยอมรับความต้องการของผู้ป่วยมุ่งเน้นที่การประเมิน เอกสาร การสอน การวางแผน และดูแลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ส่วนการเพิ่มความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติงานและในการตรวจสอบ ได้จาก ดูแลผู้ป่วย 2-3 คนภายในเวร 5-8 ชม. และคาดว่าพยาบาลวิชาชีพจะเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ การเพิ่มทั้งสองส่วนจะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับการสนับสนุนของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Hylka & Shugue, 1991: 54-55) ส่วนในโรงพยาบาลเล็กๆ ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การขยายความเป็นอิสระในงานได้โดยใช้รูปแบบการขยายบทบาททางคลินิกและปรับให้พยาบาลมีส่วนร่วมมากขึ้น (Wiens , 1991: 11-22)

ผลดีของการขยายบทบาทของพยาบาลทำให้เพิ่มความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและในการตรวจแล้ว ยังก่อให้เกิดความสับสนในความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและสับสนในการตรวจสอบอีกด้วย ทิงเกิล (Tingle, 1997: 1011-13) กล่าวว่าเนื่องจากพยาบาลได้รับงานบางอย่างของแพทย์มาปฏิบัติ ทำให้แยกขอบเขตของงานได้ยาก สิ่งสำคัญที่ควรพิจารณาคือ ประเด็นทางกฎหมายที่จะพิจารณาโดยศาลยังไม่ชัดเจน ในกรณีมีผู้ป่วยที่เกิดจากการพยาบาลที่ผิดพลาดกฎหมายจะคุ้มครองถึงการปฏิบัติงานที่มาจากบทบาทที่ขยายมากขึ้นหรือไม่

สิ่งสำคัญในการเพิ่มการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล คือ การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในสาขาการพยาบาลที่ลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ขยายบทบาทของพยาบาล เพิ่มความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน เพิ่มความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และการตรวจสอบจากบุคคลภายนอกโรงพยาบาล ฝ่ายนโยบายจึงต้องส่งเสริมให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างคล่องตัว แยกลักษณะงานและความรับผิดชอบให้เห็นชัดเจน เมื่อเกิดการพยาบาลที่ผิดพลาดขึ้น สิ่งสำคัญที่ควรพิจารณาคือ ความคุ้มครองทางกฎหมายมีความชัดเจนหรือไม่

4.4 การพัฒนาวิชาชีพโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

พอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry, 1995) ได้กล่าวว่าแบบบันทึกเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน จุดมุ่งหมายของแบบบันทึกมี 2 ด้าน คือ ด้านคลินิคสามารถกำกับให้พยาบาลปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกที่ดีจึงสะท้อนคุณภาพการดูแลและแสดงถึงเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพ ส่วนจุดมุ่งหมายด้านการบริหารเป็นเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลโดยรวมของผู้บริหาร ที่สำคัญการบันทึกรายงานทางการพยาบาลเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ (กองการพยาบาล, 2539)

การพัฒนาวิชาชีพโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด มิใช่ผลลัพธ์โดยตรงหากแต่เป็นผลที่สะท้อนมาจากการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ไอเยอร์ (Iyer,1995) ได้กล่าวว่าเอกสารเป็นตัวเชื่อมระหว่างข้อกำหนดในกฎหมายและการประเมินการดูแล จากการศึกษาและงานวิจัยจากหลายโรงพยาบาลในต่างประเทศที่เห็นความสำคัญและพยายามพัฒนาแบบบันทึก เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้

ฟิชบาค (Fischbach, 1991) ได้กล่าวถึงเอกสารการพยาบาลที่ครอบคลุมสามารถวัดคุณภาพว่าตัวชี้วัดจากเอกสารบางตัวตรวจวัดโครงสร้าง (Structure) เช่น จำนวนผู้ป่วยต่อคุณภาพการดูแล กระบวนการ (Process) เช่น วัดได้จากพยาบาลประจำการให้การดูแลคุณภาพอย่างไร ผลลัพธ์ (Outcome) เช่น วัดจากปฏิกริยาที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ที่สามารถรับทราบเหตุผลการให้การพยาบาล

บอร์ชเชอร์ (Borcher, 1999) ได้ศึกษาโครงการปรับปรุงเอกสารในหน่วยงานดูแลสุขภาพของเอกชนแห่งหนึ่งเพื่อประกันความถูกต้องและตรวจสอบได้ โดยแก้ไขระบบเอกสารและให้ความรู้กับพยาบาล ใช้เครื่องมือตรวจสอบพฤติกรรมของพยาบาล และพยาบาลต้องคอยติดตามเมื่อเอกสารไม่สมบูรณ์ ทำให้เอกสารการพยาบาลนั้นแสดงความรับผิดชอบที่ชัดเจน และเสริมความสามารถในการให้เหตุผลหนักแน่นขึ้น

อิเดล และคณะ (Edel et al., 1989: 596) แห่งโรงพยาบาลครอฟอร์ดลอง, แอตแลนตา พัฒนาแบบบันทึกระยะระหว่างผ่าตัด ความยาวลองหน้าเพื่อให้เร็วและง่ายต่อการทำให้สมบูรณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ส่วนใหญ่เป็นการเติมคำและบรรยาย มี Check list เล็กน้อย แบบบันทึกใช้เป็นเครื่องมือประกันคุณภาพอย่างง่ายๆ เนื่องจากการลงแบบบันทึกเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลนั่นเอง

เมสเมอร์ (Mesmer, 1997) ได้กล่าวถึงการพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยพัฒนาแบบบันทึกที่ใช้กับผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ให้ใช้ได้คล่องตัว โดยทำให้การบันทึกในระยะก่อนผ่าตัด และระยะผ่าตัดเชื่อมกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัตินี้สนับสนุนโดยนโยบายของโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำสั่งการรักษาของแพทย์และสหสาขาวิชาในโรงพยาบาลรวมใช้ด้วยกัน

แวนและคณะ (Van, et al, 1995) ได้ปรับปรุงคุณภาพบริการของแผนกสังเกตอาการผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ให้คล่องตัวขึ้นด้วยหลายวิธีดังนี้ การใช้ Flow chart การประชุมกลุ่มเล็ก การสื่อสารระบบ On-line และปรับปรุงแบบฟอร์มของเอกสาร เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

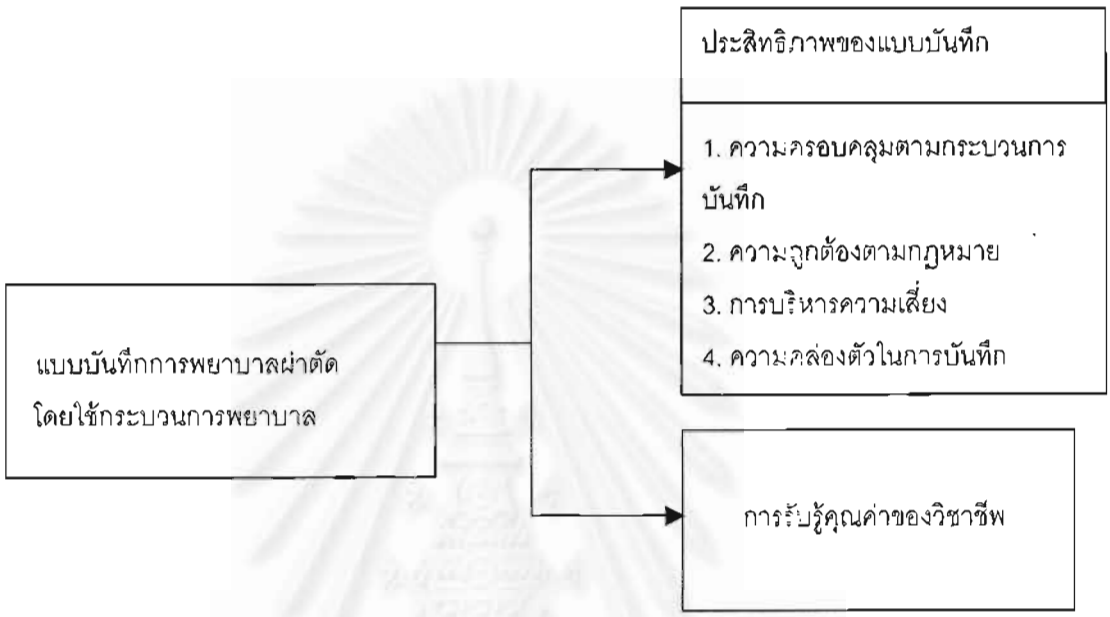
ขณะที่การพัฒนาบันทึกในประเทศไทยนั้นก็มีผู้ที่เห็นความสำคัญ เช่น อุบล เกาสายพันธ์ (2524) ศึกษาเรื่อง "ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการบันทึกที่มีคุณภาพ" โดยบุคลากรพยาบาล เช่น อาจารย์พยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลประจำการ และผู้ช่วยพยาบาล มีความคิดเห็นระดับมากตรงกันในเรื่องพัฒนาเช่น บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงความก้าวหน้าของการพยาบาลและการรักษา ให้ข้อมูลแก่บุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพได้ตามต้องการ บุคลากรมั่นใจสามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องและต่อเนื่องมากขึ้น และใช้เป็นเครื่องประเมิน ประสิทธิภาพของการพยาบาลได้ ซึ่งทั้งหมดทำให้เพิ่มการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลทั้งสิ้น สอดคล้องกับจิตรศิริ ขันเงิน (2542) ที่ศึกษา "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" ผลพบว่าทัศนคติ การประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเขียน โดยเห็นว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์ มีคุณค่า และเห็นด้วยที่จะต้องมีการบันทึก และการศึกษาความสามารถในการบันทึกของจิรา เติมจิตรอารีย์ (2530) เรื่อง "การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป" พบว่าพยาบาลมีความรู้ ให้คุณค่าต่อการบันทึกการพยาบาลร้อยละ 66 และมีความสามารถในการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง

แต่ยังพบปัญหาในการบันทึกอยู่บ้าง เช่น ลัดดา เชี่ยงเห็น (2529) ศึกษาเรื่อง "การวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล" พบว่าพยาบาลที่วุฒิทางการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและปริญญาตรี มีความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลได้ไม่ต่างกัน และเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่สมบูรณ์ และผลการศึกษาของจิตรศิริ ขันเงิน (2542) พบว่าปัจจัยที่ขัดขวางการเขียนบันทึก ได้แก่ ภาระงาน ความเร่งด่วนของงาน การมีภาระกิจ

อื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมากเกินไป ส่วนการสนับสนุนให้มีการเขียนบันทึก ได้แก่ การตรวจสอบและนิเทศเป็นระยะ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และบรรยากาศในที่ทำงาน

การประเมินผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลผ่าตัด โดยการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้บริหารและพยาบาลระดับปฏิบัติการ ทำได้คนละวิธีแต่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน วิธีหนึ่งทำได้โดยการวิเคราะห์แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ในการตรวจสอบแบบบันทึกของพยาบาลระดับผู้บริหารสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลขององค์กรนั้นๆ ส่วนพยาบาลระดับปฏิบัติการการบันทึกสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึกต่อตนเองและผู้ป่วย เพราะประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมายนั้น สามารถใช้เป็นหลักฐานแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ต่อเนื่องและมีคุณภาพ นอกจากการพัฒนาให้แบบบันทึกการพยาบาลมีข้อมูลที่สมบูรณ์แล้ว การบันทึกได้อย่างคล่องตัว ยังทำให้พยาบาลใช้เวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึกและสร้างคุณค่าในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด ดังเสนอไว้ในกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด และแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลที่มีการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน และพยาบาลเทคนิคจำนวน 5 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง และแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลจำนวน 30 ฉบับ ซึ่งบันทึกการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และสูติ-นรีเวช และได้รับยาระงับความรู้สึกหมดสติขณะผ่าตัด การบันทึกการพยาบาลผ่าตัดรวมทั้งหมด 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และเป็นแบบบันทึกที่พยาบาลวิชาชีพทั้ง 10 คน และพยาบาลเทคนิคทั้ง 5 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบันทึกระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ –21 มีนาคม 2543 เหตุผลในการเลือกใช้แบบบันทึกจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหมดสติขณะผ่าตัด จะไม่ได้รับทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลในระยะผ่าตัด ในแบบบันทึกจะมีกิจกรรมการประเมินผลความปลอดภัยในระยะผ่าตัด และการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดบางอย่างแก่ผู้ป่วยว่าได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างไรบ้าง เมื่อพยาบาลเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย กิจกรรมในระยะการทดลองทั้งหมด เช่น การคัดเลือกผู้ป่วย การเยี่ยมก่อนและหลังการผ่าตัด และการผ่าตัดจะปฏิบัติในเวลา 8.30 น.-16.30 น. เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ชุดที่ 2 คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบประสิทธิภาพด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก

ชุดที่ 2 แบบตรวจสอบประสิทธิภาพด้านการบริหารความเสี่ยง

ชุดที่ 3 แบบตรวจสอบประสิทธิภาพด้านความถูกต้องตามกฎหมาย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นใช้ในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดให้มีความต่อเนื่อง เพื่อเป็นเครื่องมือการประกันคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดให้ตรงตามหลักวิชาชีพจึงใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ทั้งยังสามารถเป็นเครื่องมือให้พยาบาลระดับบริหารตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลขึ้นจากศึกษาแนวคิดกระบวนการพยาบาล มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN) ปี ค.ศ. 1999 ในด้านความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ของผู้ป่วยจากสภาพแวดล้อมในการผ่าตัด และด้านผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการผ่าตัดของตนเองและการปฏิบัติตัว และแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดทั้งในประเทศและต่างประเทศ แล้วนำมาสร้างแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ละระยะประกอบด้วยการประเมินสภาวะผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ทั้งหมดใช้วิธีเลือกตอบเน้นวิธี Check list มีการบรรยายเสริมบ้างเล็กน้อย ส่วนประกอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลนี้ประกอบด้วยรายละเอียด มีดังนี้

หน้าที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ตอน คือ การพยาบาลที่หอผู้ป่วยและการพยาบาลที่ห้องเตรียมผ่าตัด ด้านหลังหน้าที่ 1 เป็นช่องว่างเปิดไว้ให้บรรยาย เพื่อเพิ่มการประเมิน

สภาวะผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาเพิ่มภายหลัง หรือต้องการบันทึกสิ่งที่นอกเหนือจากที่มีอยู่ในแบบบันทึก

หน้าที่ 2-3 การพยาบาลระยะผ่าตัด ประกอบด้วยการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการปฏิบัติพยาบาล โดยเลือกคัดเลือกข้อวินิจฉัยการพยาบาลในข้อที่เป็นปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัดบ่อยที่สุด เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการจัดท่าและอุปกรณ์ไฟฟ้า ในการปฏิบัติพยาบาลบางข้อมีรายละเอียดให้เพิ่มเติม เนื่องจากในการปฏิบัติพยาบาลในห้องผ่าตัดมีจำนวนมากไม่สามารถพิมพ์ในแบบบันทึกได้หมด ด้านหลังหน้าที่ 3 เป็นช่องว่างเปิดไว้ให้บรรยาย เพื่อเพิ่มวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการปฏิบัติพยาบาล เมื่อพบปัญหาเพิ่มภายหลัง หรือต้องการบันทึกสิ่งที่นอกเหนือจากที่มีอยู่ในแบบบันทึก

หน้าที่ 4 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ตอน คือ การพยาบาลที่ห้องพักฟื้นและการพยาบาลที่หอผู้ป่วย ด้านหลังหน้าที่ 4 เป็นช่องว่างเปิดไว้ให้บรรยายเพื่อลงบันทึกเพิ่มเมื่อพบปัญหาอื่น หรือต้องการบันทึกสิ่งที่นอกเหนือจากที่มีอยู่ในแบบบันทึก

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นนักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผ่าตัด 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจากห้องผ่าตัด ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด 2 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้

แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่สร้างมีการปรับความชัดเจนของข้อความ เพิ่มการประเมินสภาพผู้ป่วย เพิ่มกิจกรรมการพยาบาลแต่ละระยะ ปรับหัวข้อของกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นหมวดหมู่ชัดเจนขึ้น ตัดรูปภาพสำหรับลงบันทึกตำแหน่งผ่าตัดและการติดแผ่นอิเลคโทรดของเครื่องจี้ไฟฟ้าเป็นข้อความให้ Check list แทน เพิ่มช่องว่างสำหรับบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผลทุกระยะของการผ่าตัด ใช้เขียนเพิ่มเติม เมื่อพยาบาลประเมินพบปัญหาใหม่นอกเหนือจากแบบบันทึก หรือต้องการบันทึกเพิ่มเติม เมื่อเสร็จสิ้นการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดให้เก็บแบบบันทึกไว้ที่ห้องผ่าตัด

2. นำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

3. นำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจำนวน 14 คน ทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัด 10 รายที่มีลักษณะเหมือนตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 4-11 กุมภาพันธ์ 2543

4. นำมาปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาให้สื่อความหมายได้ชัดเจนขึ้น และปรับรูปสี่เหลี่ยมหน้าการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ให้เขียนเครื่องหมายระบุการปฏิบัติการพยาบาล หรือไม่จำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมมากขึ้น ก่อนนำไปใช้ในการทดลองที่โรงพยาบาลระนอง

ชุดที่ 2 คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล สร้างขึ้นเพื่ออธิบายความหมายของศัพท์ สัญลักษณ์ และวิธีการบันทึกที่ใช้ในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และเพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยสร้างคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ตามการใช้จริงในแบบบันทึก มีคำอธิบายซึ่งมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วยการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและที่ห้องเตรียมผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและที่หอผู้ป่วย เช่น อธิบายหลักการบันทึกว่าในการใช้แบบบันทึกพร้อมกับมีกิจกรรมการพยาบาล หรือ กระทำกิจกรรม การพยาบาลเสร็จก่อนแล้วจึงมีการบันทึกก็ได้ ให้ใช้ปากกาหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำเท่านั้น

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล เมื่อนำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ จะให้ผู้ทรงคุณวุฒินั้นตรวจสอบคู่มือแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ถึงความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน โดยมีผลการตรวจสอบ ดังนี้

คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ปรับความชัดเจนของข้อความ ตัดข้อความอธิบายช่วงก่อนรับยาระงับความ รู้สึก เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะงานที่เป็นจริง และปรับข้อความตามแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่เปลี่ยนไป เดิมแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดจะรวมคู่มือการใช้อยู่ด้านหลังในชุดเดียวกัน ให้ปรับเป็นทำคู่มือการใช้เป็นเล่มแยกออกจากแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

2. นำคู่มือแบบบันทึกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

3. นำแบบบันทึกที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจำนวน 14 คน ทดลองใช้ร่วมกับแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่บันทึกผู้ป่วยผ่าตัด 10 รายลักษณะเหมือนตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 4-11 กุมภาพันธ์ 2543

4. ปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาให้สื่อความหมายให้ชัดเจนมากขึ้น ก่อนนำไปใช้ในการทดลองที่โรงพยาบาลระนอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1. แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก

แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ใช้วัดความครบถ้วนและสอดคล้องของข้อมูลในทุกขั้นตอนของกระบวนการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัดโดยครอบคลุมกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยศึกษาและใช้แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกของอารี ชีวเกษมสุข (2534) ซึ่งใช้กับพยาบาลในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูตินรีเวชกรรม ในรายข้อการตรวจสอบใช้ของเดิม แต่ปรับเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ในห้องผ่าตัด และตัดรายข้อสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกคงเดิม พร้อมสร้างคู่มือซึ่งอธิบายรายละเอียดในการใช้แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก

<u>การตรวจสอบคุณภาพ</u>

1. นำแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกพร้อมคู่มือการใช้แบบตรวจสอบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิชุดที่ตรวจสอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด 5 ท่าน รวมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่เป็นนักวิชาการที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผ่าตัด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการพยาบาลผ่าตัด 2 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน ผลการตรวจสอบมีดังนี้ ปรับความชัดเจนของข้อความ 6 ข้อ รวมข้อคำถาม 2 ข้อเข้าด้วยกันเป็น 1 ข้อ ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ

2. นำแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ที่ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกจำนวน 26 ข้อ

3. นำใช้แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกตรวจสอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ไปทดลองใช้ที่ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่ใช้และเก็บบันทึกการพยาบาลที่เสร็จสิ้นแล้ว 10 ชุด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจสอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดร่วมกันหาสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการตรวจสอบแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้วิธีการสุ่มด้วยการจับฉลากตรวจแบบบันทึกชุดที่ทดลองใช้ 5 ชุด จาก 10 ชุด ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบผ่านเกณฑ์ที่ 0.7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบตรวจสอบตรวจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ คนที่ 2 เท่ากับ .92 และ .95 ตามลำดับ

<u>การนำไปใช้และเกณฑ์ให้คะแนน</u>

1. นำแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ไปใช้ในโรงพยาบาลตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจสอบ

2. เกณฑ์ให้คะแนนการตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก มีดังนี้

ถ้ามีการบันทึกได้คะแนนเป็น 1 ไม่มีการบันทึกได้คะแนนเป็น 0

การคิดคะแนนโดยรวมเฉลี่ยของแบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก คิดจากคะแนนรวมของ 26 ข้อ 26 คะแนน มาแปลงเป็นค่าร้อยละ (ค่าเฉลี่ย 26.0 = 100%) และแปลงคะแนนเฉลี่ยรายข้อเป็นค่าร้อยละ (ค่าเฉลี่ย 1.0 = 100%) แล้วจึงนำมาเทียบกับเกณฑ์เพื่อประเมินระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2535)

87.50-100.00	ระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกดีมาก
75.00-87.49	ระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกดี
62.50-74.99	ระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกปานกลาง
50.00-62.49	ระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกต่ำ
0.00-49.99	ระดับความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกต่ำมาก

ชุดที่ 2 แบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง

แบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง ใช้วัดการปฏิบัติพยาบาลผ่าตัดในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และการลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในทุกระยะของการผ่าตัด เช่น การตรวจสอบความถูกต้องในการผ่าตัด

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ของสมาคมพยาบาล (AORN, 1999) และแนวคิดของฟิชบาค (Fischbach, 1991) โดยเลือกปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยได้บ่อย เน้นการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พร้อมสร้างคู่มือแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตรงกัน

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

1. นำแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง พร้อมคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิชุดที่ตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้ ปรับความชัดเจนของข้อความ 5 ข้อ รวมข้อคำถาม 2 ข้อเป็น 1 ข้อ ตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ

2. นำแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง ที่ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงจำนวน 13 ข้อ

3. นำใช้แบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงไปทดลองใช้ที่ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ใช้และเก็บบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เสร็จสิ้นไว้แล้ว 10 ชุด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจสอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกันหาสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการตรวจสอบแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้วิธีการสุ่มด้วยการจับฉลากตรวจแบบบันทึกชุดที่ทดลองใช้ 5 ชุด จาก 10 ชุด ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบผ่านเกณฑ์ที่ 0.7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบตรวจสอบตรวจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัย กับผู้ช่วยวิจัยคนที่ คนที่ 2 เท่ากับ .90 และ .91 ตามลำดับ

<u>การนำไปใช้และเกณฑ์ให้คะแนน</u>

1. นำแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ในโรงพยาบาลตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจสอบ

2. เกณฑ์ให้คะแนนการตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง มีดังนี้

ถ้ามีการบันทึกได้คะแนนเป็น 1 ไม่มีการบันทึกได้คะแนนเป็น 0

การคิดคะแนนโดยรวมเฉลี่ยของแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง คิดจากคะแนนรวมของ 13 ข้อ 13 คะแนน มาแปลงเป็นค่าร้อยละ (ค่าเฉลี่ย 13.0 = 100%) และแปลงคะแนนเฉลี่ยรายข้อเป็นค่าร้อยละ (ค่าเฉลี่ย 1.0 = 100%) แล้วจึงนำมาเทียบกับเกณฑ์เพื่อประเมินระดับการบริหารความเสี่ยง กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับ ดังนี้

87.50-100.00 ระดับการบริหารความเสี่ยงดีมาก

75.00-87.49 ระดับการบริหารความเสี่ยงดี

62.50-74.99 ระดับการบริหารความเสี่ยงปานกลาง

50.00-62.49 ระดับการบริหารความเสี่ยงต่ำ

0.00-49.99 ระดับการบริหารความเสี่ยงต่ำมาก

ชุดที่ 3 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย

แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย ใช้วัดการปฏิบัติการบันทึกตามมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนในการสื่อความ หมายถึงกิจกรรมพยาบาลต่อผู้ป่วยผ่าตัด มีการบันทึกและใช้เป็นหลักฐานทางเอกสารที่ถาวร

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยศึกษาและใช้แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายของปรารถนา มั่งมูล (2539) ซึ่งใช้กับหอผู้ป่วยจิตเวช ในรายการข้อตรวจสอบใช้ของเดิมเป็นหลัก มาปรับปรุงใช้ สร้างเป็นแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายของการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล พร้อมสร้างคู่มือแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตรงกัน

<u>การตรวจสอบคุณภาพ</u>

1. นำแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย พร้อมคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิชุดที่ตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกและการบริหารความเสี่ยง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้ ปรับความชัดเจนของข้อความ 3 ข้อ รวมข้อคำถาม 4 ข้อ เป็น2 ข้อ ตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ

2. นำแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย ที่ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย จำนวน 17 ข้อ

3. นำแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย ไปทดลองใช้ที่ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ใช้และเก็บบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เสร็จสิ้นไว้แล้ว 10 ชุด โดยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจสอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายของการตรวจสอบแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันหาสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการตรวจสอบแบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง โดยใช้วิธีการสุ่มด้วยการจับฉลากตรวจแบบบันทึกชุดที่ทดลองใช้ 5 ชุด จาก 10 ชุด ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบผ่านเกณฑ์ที่ 0.7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบตรวจสอบตรวจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัย กับผู้ช่วยวิจัยคนที่ คนที่ 2 เท่ากับ .92 และ .96 ตามลำดับ

<u>การนำไปใช้และเกณฑ์ให้คะแนน</u>

1. นำแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายไปใช้ในโรงพยาบาลตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจสอบ

2. เกณฑ์ให้คะแนนการตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย มีดังนี้

ถ้ามีการบันทึกได้คะแนนเป็น 1 ไม่มีการบันทึกได้คะแนนเป็น 0

การคิดคะแนนโดยรวมเฉลี่ยของแบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย คิดจากคะแนนรวมของ 17 ข้อ 17 คะแนน มาแปลงเป็นค่าร้อยละ (ค่าเฉลี่ย 17.0 = 100%) และแปลงคะแนนเฉลี่ยรายข้อเป็นค่าร้อยละ (ค่าเฉลี่ย 1.0 = 100%) แล้วจึงนำมาเทียบกับเกณฑ์เพื่อประเมินระดับความถูกต้องตามกฎหมาย กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับ ดังนี้

87.50-100.00 ระดับความถูกต้องตามกฎหมายดีมาก

75.00-87.49 ระดับความถูกต้องตามกฎหมายดี

62.50-74.99 ระดับความถูกต้องตามกฎหมายปานกลาง

50.00-62.49 ระดับความถูกต้องตามกฎหมายต่ำ

0.00-49.99 ระดับความถูกต้องตามกฎหมายต่ำมาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก

แบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก ใช้วัดความสะดวก รวดเร็ว และเข้าใจง่ายในการบันทึกข้อมูลต่างๆลงในแบบบันทึก ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยรวม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยศึกษาและใช้แบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึกของดารณี พิพัฒนกุลชัย และคณะ (2540) ซึ่งมี 15 ข้อ ร่วมกับปรารถนา มั่งมูล (2539) ซึ่งมี 15 ข้อ เป็นแนวทางในการสร้างโดยผู้วิจัยปรับให้ครอบคลุมเหมาะสมกับการใช้บันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

1. นำแบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิชุดที่ตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้ ปรับความชัดเจนของข้อความ 8 ข้อ รวมข้อคำถาม 2 ข้อเป็น 1 ข้อ ตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ

2. นำแบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก ที่ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก จำนวน 16 ข้อ

3. นำแบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึกที่ปรุงแก้ไขเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทั้งหมด 14 คน หลังจากมีการทดลองใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล แล้วนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความคล่องตัวในการบันทึก มีค่า = .82 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ 0.7

<u>การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน</u>

1. นำไปใช้จริงในโรงพยาบาลตัวอย่าง โดยพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะของแบบสอบถามความคล่องตัวเป็น Rating scale

การเลือกตอบในข้อคำถามทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

การเลือกตอบในข้อคำถามทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

<u>เกณฑ์การแปลผล</u> นำคะแนนรวมของความคล่องตัวในการบันทึกโดยรวมมาแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2535: 77)

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความคล่องตัวในการบันทึกน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความคล่องตัวในการบันทึกน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความคล่องตัวในการบันทึกปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความคล่องตัวในการบันทึกมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความคล่องตัวในการบันทึกมากที่สุด

ชุดที่ 5 แบบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

แบบแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ใช้วัดการตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพจากคุณภาพการดูแล ที่สะท้อนมาจากแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการวัดโดยรวม ว่าเป็นบทบาทสำคัญทางวิชาชีพ พยาบาลควรปฏิบัติและแสดงออก

<u>การสร้างเครื่องมือ</u>

1. ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษา ค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสาร บทความตามแนวคิดของฮอฟฟาท และวู้ด (Hoffart and Woods, 1996) เป็นการจัดอันดับจากมากไปน้อยในการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับความเป็นอิสระในการพยาบาล ได้แก่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการพัฒนาวิชาชีพ ส่วนการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประเทศไทย การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพเหล่านี้อาจ

จะไม่เหมือนกัน วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการศึกษานี้ จึงใช้วิธีสัมภาษณ์แนวลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติม

2. สร้างแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างปลายเปิด ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแนวคิดของฮอฟฟาทและวู้ด (Hoffart and Woods, 1996) เป็นการตั้งแนวคำถาม ให้ตอบโดยอิสระเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลตามประสบการณ์ในการทำงาน เช่น คำถาม การรับรู้ว่าอาชีพนี้มีคุณค่ามาจากปัจจัยใดบ้าง งานส่วนใดของพยาบาลที่แสดงถึงความเป็นอิสระในการพยาบาล นำแบบสอบถามปลายเปิดที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษา และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสัมภาษณ์

3. สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย พยาบาลห้องผ่าตัดระดับหัวหน้าตึกจำนวน 4 คน พยาบาลห้องผ่าตัดระดับรองหัวหน้าตึกจำนวน 1 คน รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 คน ในจำนวนทั้งหมดผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี และผ่านการศึกษา และ/หรือการอบรมดูงานในต่างประเทศ

4. การเตรียมการสัมภาษณ์ โดยการติดต่อทางโทรศัพท์ล่วงหน้าก่อนการสัมภาษณ์ 2 อาทิตย์ เมื่อกำหนดวันเวลาในการสัมภาษณ์ และโทรศัพท์เตือนวันเวลาที่แน่นอนอีกครั้งก่อนการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิส่วนมากจะอยู่ในระดับบริหารอาจมีภาระกิจมาก พร้อมนัดหมายสถานที่ที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านที่ทำงานอยู่ เพื่อความสะดวกของท่าน

5. ขั้นตอนในการ ผู้สัมภาษณ์ซึ่งคือผู้วิจัย แนะนำตัวเองต่อผู้ให้สัมภาษณ์ ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อสร้างบรรยากาศ บอกวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่จะให้ข้อมูลต่างๆ ขณะให้สัมภาษณ์ในการบันทึกเทปและจดบันทึก พร้อมทั้งกล่าวทบทวนข้อมูลที่สำคัญ เพื่อตรวจสอบดูว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจตรงกับผู้ทรงคุณวุฒิ

6. ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิครั้งละครึ่งชั่วโมง รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน คือ 4 วัน ตั้งแต่วันที่ 5-7 และ 11 มกราคม 2543

7. ถอดเทปการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างคำถามปลายเปิด และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจดูความถูกต้องของการจับประเด็นจากบทสัมภาษณ์

8. ได้ประเด็นสำคัญและเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นสำคัญและเนื้อหาของการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลจากการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

	การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล
อิสระในการปฏิบัติงาน	-งานเกือบทั้งหมดในห้องผ่าตัด เราสามารถทำได้โดยอิสระ -การแนะนำ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด -การใช้มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด เน้นความปลอดภัยและลดการติดเชื้อ
ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน สามารถตรวจสอบได้	-การ Assign งานแก่สมาชิกในทีม เช่น การนับเครื่องมือผ่าตัด หากไม่ครบถ้วนหัวหน้าทีมต้องยอมรับผลการปฏิบัตินั้น -แบบบันทึกการทำงานของพยาบาล เช่น การเลื่อนไหลประจำปี และแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดช่วยตรวจสอบการทำงาน
การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	-มีความรู้ในการปฏิบัติงาน มีเหตุผลในการทำ ทำอย่างใช้ความคิด ป้องกันการฟ้องร้องในอนาคต -มีทักษะปฏิบัติได้ดี ระวังการเกิด Malpractice -ช่วยเหลือคนให้หายจากความเจ็บป่วย -ทำงานด้วยใจรัก ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ มีจริยธรรม ไม่ใช่ทำงานไปแค่วันหนึ่งๆ -ดูแลความปลอดภัย พิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วย -เน้นดูแลให้เหมาะสมกับบุคคล
การพัฒนาวิชาชีพ	-จากการพัฒนาโรงพยาบาลหลายด้านในปัจจุบัน เช่น ISO การพัฒนาบริการด่านหน้าทำให้เราต้องหาความรู้เพิ่มเติม -เรียนรู้ต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการพยาบาล

10. ผู้วิจัยใช้ประเด็นและเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผสมผสานกับแนวคิดของฮอฟฟาทและวู้ด (Hoffart and Woods, 1996) นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามเป็น Rating scale และใช้เกณฑ์การประเมินระดับของประคอง กรรณสูต (2535)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล พร้อมคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิชุดที่ตรวจสอบแบบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ถือว่าผ่านเกณฑ์การยอมรับ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้ ปรับความชัดเจนของข้อความ 10 ข้อ รวมข้อคำถาม 2 ข้อเป็น 1 ข้อ ตัดข้อคำถามออก 7 ข้อ

2. นำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ที่ผ่านตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา และปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ

3. นำแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลที่ปรุงแก้ไขเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รวมทั้งหมด 14 คน โดยให้พยาบาลตอบแบบสอบถาม ภายหลังการทดลองใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลแล้ว 10 ชุด แล้วนำคะแนน มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล มีค่า = .83 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ 0.7

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน

1. นำไปใช้จริงในโรงพยาบาลตัวอย่าง โดยพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล เป็น Rating scale

การเลือกตอบในข้อคำถามทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

การเลือกตอบในข้อคำถามทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

<u>เกณฑ์การแปลผล</u> นำคะแนนการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลแปลผลโดยรวมเฉลี่ยมาแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2535: 77)

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้น ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระนอง เพื่อขอทำการทดลองใช้แบบบันทึก โดยเสนอรายงาน แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการทดลองให้ทราบ

1.2 ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ขอความร่วมมือกับหัวหน้าตึกที่เกี่ยวข้อง เช่น ตึกผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคจากห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพจากตึกอุบัติเหตุและตึกผู้ป่วยนอก ที่มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและและผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจและตกลงร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึก หาสัมประสิทธิ์ ความเที่ยงในการใช้แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูลจริง

2. การดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง ชี้แจงปัญหาการวิจัย และขั้นตอนของการทำวิจัย แล้วให้พยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อน

การใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาล ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2543 เวลา 15.30น.-16.15 น. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและเก็บคืนในวันนั้น

2.2 ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด พร้อมแจกเอกสารแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลและคู่มือการใช้ เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ซักถามหากไม่เข้าใจ และตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกันก่อนมีการใช้จริง โดยยกตัวอย่างผู้ป่วย 1 ราย ให้เจ้าหน้าที่ทดลองบันทึกในขณะนั้น การชี้แจงใช้สถานที่ในห้องผ่าตัดในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2543 เนื่องจากมีการผ่าตัดต่อเนื่องพยาบาลห้องผ่าตัดไม่สามารถเข้าฟังคำชี้แจงได้พร้อมกันทั้งหมด เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนได้ฟังคำชี้แจงใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล จึงแบ่งเจ้าหน้าที่ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกจำนวน 8 คน กลุ่มที่สองจำนวน 7 คน ใช้เวลาในการชี้แจงกลุ่มละ 1 ชั่วโมง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 4 อาทิตย์ คือ ระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2543 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2543 มีขั้นตอนดังนี้

3.1 พยาบาลที่มีหน้าที่พิเศษเยี่ยมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระนองอย่างน้อย 1 วัน ก่อนการผ่าตัด ทุกวันยกเว้นวันศุกร์-อาทิตย์ แล้วลงบันทึกการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลก่อนการผ่าตัด และเก็บแบบบันทึกไว้ที่ห้องผ่าตัด

3.2 ในเช้าวันที่ผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอกในห้องผ่าตัดบันทึกการพยาบาลในแบบบันทึกระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยอยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อพร้อมตอบข้อสงสัยในการบันทึก บันทึกที่เสร็จแล้วเก็บไว้ที่ห้องผ่าตัด

3.3 พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีหน้าที่พิเศษเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย ลงบันทึกการพยาบาลในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล แล้วเก็บแบบบันทึกไว้ที่ห้องผ่าตัด

3.4 เมื่อใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลครบ 30 ชุด จึงให้พยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มเดิมจำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถามความคล่องตัวของการบันทึกและแบบสอบถามการรับรู้ค่าของวิชาชีพการพยาบาลอีกครั้งในวันที่ 21 มีนาคม 2543 เก็บคืนในวันนั้น

3.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมายของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลจำนวน 30 ชุด

3.6 ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวของการบันทึกแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ตอบ รวมจำนวน 30 ชุด

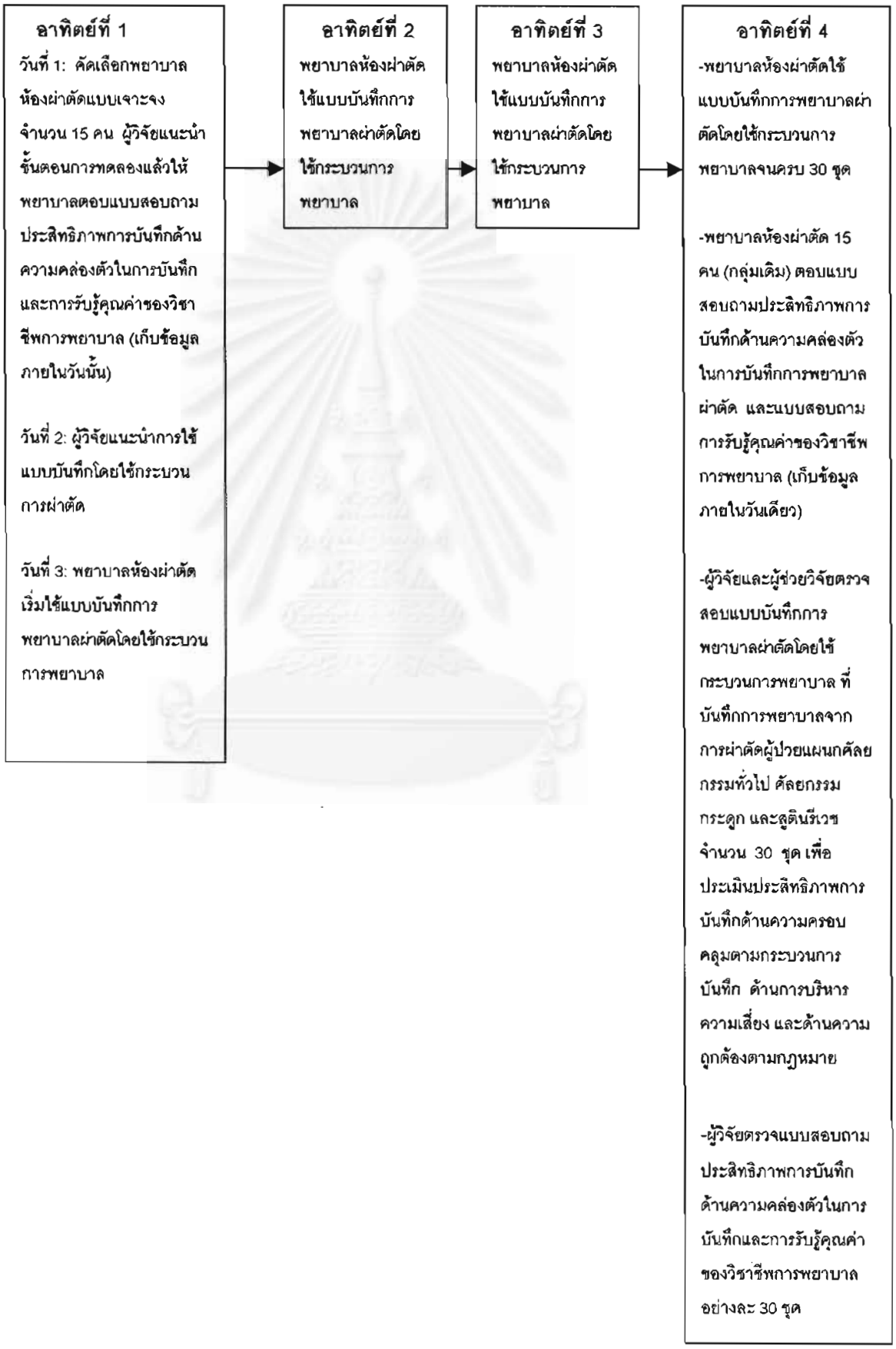
3.7 ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกการรับรู้ค่าของวิชาชีพการพยาบาล ที่สะท้อนมาจากแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ตอบ รวมจำนวน 30 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ได้จากแบบบันทึกนั้นถือว่าเป็นผลจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยทุกครั้ง แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกทุกราย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC

1. คำนวณหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และความคล่องตัวในการบันทึก จากการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนแต่ละด้าน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ต่อประสิทธิภาพการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบันทึก ในด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึกของแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3-4)

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของการใช้บันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมในการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึก (ตารางที่ 5-9)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล (ตารางที่ 10-11)

ในตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

D_i แทน ค่าความแตกต่างของคู่ลำดับก่อนทดลองและหลังทดลอง

T แทน ค่าทดสอบความแตกต่างของคู่ลำดับของคะแนน 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) N=15	ร้อยละ
อายุ		
20-30 ปี	10	67
31-40 ปี	4	26
40 ปี ขึ้นไป	1	7
วุฒิการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาล		
ต่ำกว่าปริญญาตรี (พยาบาลเทคนิค)	5	33
ปริญญาตรี (พยาบาลวิชาชีพ)	10	67
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล		
น้อยกว่า 5 ปี	8	53
5-10 ปี	4	27
11-15 ปี	3	20
ประสบการณ์ในการฝึกอบรมการพยาบาลผ่าตัดจากสถาบันอื่นๆ		
ไม่เคยรับการอบรม	3	20
เคยรับการอบรม	12	80

จากตารางที่ 3 พยาบาลผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาปริญญาตรี (พยาบาลวิชาชีพ) ร้อยละ 67 และต่ำกว่าปริญญาตรี (พยาบาลเทคนิค) ร้อยละ 33 พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 67 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 53 ของพยาบาลผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ส่วนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานช่วง 5-10 ปี และช่วง 11-15 ปี จำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 27 และ 20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมการพยาบาลผ่าตัดจากสถาบันอื่นๆ

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่ใช้วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการบันทึกการพยาบาล จำแนกตามแผนกการพยาบาล

	แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาล	
แผนกการพยาบาล	จำนวน (ชุด)	ร้อยละ
ศัลยกรรมทั่วไป	3	10
ศัลยกรรมกระดูก	6	20
สูติ-นรีเวช	21	70
รวม	30	100

จากตารางที่ 4 แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นการบันทึกจากผู้ป่วยผ่าตัดแผนกสูติ-นรีเวช ร้อยละ 20 ได้มาจากผู้ป่วยผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูก และ น้อยที่สุดร้อยละ 10 ได้มาจากผู้ป่วยผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของการบันทึก ด้านความครอบคลุมในการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึก

ตารางที่ 5 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านบริหาร ความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย

	คะแนนตรวจสอบแบบบันทึกการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด (N = 30)			
ประสิทธิภาพการบันทึก	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก	26	19.17	3.98	ปานกลาง
ด้านการบริหารความเสี่ยง	13	10.56	1.78	ดี
ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย	17	15.87	1.89	ดีมาก
รวม	56	45.60	7.65	ดี

ตารางที่ 5 พบว่าประสิทธิภาพของการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดีมาก และโดยรวมจะอยู่ในระดับดี

เพื่อให้เห็นรายละเอียดของประสิทธิภาพของการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านต่างๆ ได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 6-8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน

ความครอบคลุมตามการบันทึก กระบวนการการบันทึก	การบันทึก (N = 30)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การประเมินภาวะสุขภาพก่อน-หลังผ่าตัด			
1.1 ข้อมูลทั่วไป	.87	.35	ดี
1.2 สภาพบุคคลด้านร่างกาย	1.0	.00	ดีมาก
1.3 สภาพบุคคลด้านจิตใจ	1.0	.00	ดีมาก
1.4 ความรู้-ความเข้าใจในการผ่าตัด	.73	.45	ปานกลาง
1.5 ภาพลักษณ์	.20	.41	ต่ำมาก
1.6 การสื่อสาร	1.0	.00	ดีมาก
1.7 ประวัติการเจ็บป่วย	1.0	.00	ดีมาก
1.8 การใช้สารเสพติด	.97	.18	ดีมาก
1.9 สภาพทั่วไปหลังผ่าตัด	.97	.18	ดีมาก
1.10 ความรู้-ความเข้าใจหลังการผ่าตัด	.93	.38	ดี
2. การวินิจฉัยการพยาบาล			
บันทึกความต้องการ การพยาบาลในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะ			
2.1 ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	.87	.35	ดี
2.2 ระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด	.73	.45	ปานกลาง
2.3 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
2.4 ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น	.37	.50	ต่ำมาก
2.5 ระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	.27	.45	ต่ำมาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความครอบคลุมตามการบันทึก กระบวนการการบันทึก	การบันทึก (N = 30) $\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3. แผนและการปฏิบัติพยาบาล มีบันทึกที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ในระยะ			
3.1 ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	.87	.35	ดี
3.2 ระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด	.87	.35	ดี
3.3 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
3.4 ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น	.37	.50	ต่ำมาก
3.5 ระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	.27	.45	ต่ำมาก
3.6 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล โดยระบุวัน/เวลา ปฏิบัติจริง	.83	.38	ดี
4. การประเมินผลการพยาบาล มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลการพยาบาล ในระยะ			
4.1 ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	.83	.38	ดี
4.2 ระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด	.73	.45	ปานกลาง
4.3 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
4.4 ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น	.37	.50	ต่ำมาก
4.5 ระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	.27	.45	ต่ำมาก
รวมทั้งหมด	19.17	3.98	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่าด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลโดยส่วนรวมทั้งด้านการประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัด การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จากคะแนนรวมทั้งหมด 26 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 19.17 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้อยู่ในระดับปานกลาง แต่ถ้าพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า ในด้านการประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัด ระดับของประสิทธิภาพในระดับดีมาก ได้แก่ *การประเมินสภาพบุคคลด้านร่างกาย-จิตใจ การสื่อสาร และประวัติการเจ็บป่วย* ($\bar{X}$=1.0) ระดับของประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ *ความรู้-ความเข้าใจในการผ่าตัด* ($\bar{X}$=.73)

ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ระดับของประสิทธิภาพในระดับดีมาก ได้แก่ *การบันทึกความต้อง การพยาบาลในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะผ่าตัด*($\bar{X}$=1.0) ระดับของประสิทธิภาพในระดับดี ได้แก่ *การบันทึกความต้องการพยาบาลในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย* ($\bar{X}$=.87)

ด้านการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ระดับของประสิทธิภาพในระดับดีมาก ได้แก่ *การวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแผนที่วางไว้ในระยะผ่าตัด* ($\bar{X}$=1.0) ระดับของประสิทธิภาพในระดับดี ได้แก่ *การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแผนที่วางไว้ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและห้องเตรียมผ่าตัด* ($\bar{X}$=.87)

ด้านการประเมินผล ระดับของประสิทธิภาพในระดับดีมาก ได้แก่ *การประเมินผลการพยาบาลได้ครอบคลุมในระยะผ่าตัด* ($\bar{X}$=1.0) ระดับของประสิทธิภาพในระดับดี ได้แก่ *การประเมินผลการพยาบาลได้ครอบคลุมในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย* ($\bar{X}$=.83)

ในขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทั้ง 4 ด้าน มี *การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยระบุวัน/เวลา ที่ปฏิบัติจริง* ระดับของประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=.83)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของประสิทธิภาพการบันทึกด้านการบริหารความเสี่ยงของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน

การบริหารความเสี่ยง	การบันทึก (N = 30)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.มีการบันทึกข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อใช้เปรียบเทียบกับระยะหลังผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
2. มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด	.97	.18	ดีมาก
3. มีการบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยในการเตรียมผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
4. มีการบันทึกวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนในระยะ			
4.1 ระยะก่อนผ่าตัด	.90	.31	ดีมาก
4.2 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
4.3 ระยะหลังผ่าตัด	.30	.47	ต่ำมาก
5. มีการบันทึกเมื่อปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เพื่อลดอาการแทรกซ้อนในระยะ			
5.1 ระยะก่อนผ่าตัด	.93	.25	ดีมาก
5.2 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
5.3 ระยะหลังผ่าตัด	.30	.47	ต่ำมาก
6. มีการบันทึกประเมินผลการพยาบาลในระยะ			
6.1 ระยะก่อนผ่าตัด	.90	.31	ดีมาก
6.2 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
6.3 ระยะหลังผ่าตัด	.30	.47	ต่ำมาก
7. มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะหลังผ่าตัด	.83	.38	ดี
รวม	10.57	1.78	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่าด้านการบริหารความเสี่ยงของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยส่วนรวมจากคะแนนรวมทั้งหมด 13 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 10.56 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้อยู่ในระดับดี แต่ถ้าพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่า ในข้อ ระดับของประสิทธิภาพในระดับดีมาก ได้แก่ *บันทึกข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อใช้เปรียบเทียบกับระยะหลังผ่าตัด การตรวจสอบความปลอดภัยในการเตรียมผ่าตัด* และ *บันทึกการบริหารความเสี่ยงเมื่อใช้กระบวนการพยาบาลในระยะผ่าตัด* ($\bar{X}$=1.0) ระดับของประสิทธิภาพในระดับดี ได้แก่ *มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะหลังผ่าตัด* ($\bar{X}$=.83) ระดับของประสิทธิภาพในระดับต่ำมาก ได้แก่ *การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลในระยะหลังผ่าตัด* ($\bar{X}$=.30)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน

ความถูกต้องตามกฎหมาย	การบันทึก (N = 30)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย			
1.1 ก่อนให้การพยาบาลผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
1.2 หลังให้การพยาบาลผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
2. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินได้			
2.1 ระยะก่อนผ่าตัด	.97	.18	ดีมาก
2.2 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
2.3 ระยะหลังผ่าตัด	.30	.47	ต่ำมาก
3.บันทึกการวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล			
3.1 ระยะก่อนผ่าตัด	.93	.25	ดีมาก
3.2 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
3.3 ระยะหลังผ่าตัด	.30	.47	ต่ำมาก
4. บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม	.17	.38	ต่ำมาก
5. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย	1.0	.00	ดีมาก
6. บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติพยาบาลกับผู้ป่วย			
6.1 ระยะก่อนผ่าตัด	.90	.31	ดีมาก
6.2 ระยะผ่าตัด	1.0	.00	ดีมาก
6.3 ระยะหลังผ่าตัด	.30	.47	ต่ำมาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความถูกต้องตามกฎหมาย	การบันทึก (N = 30)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7. บันทึกแสดงถึงเวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง	.80	.41	ดี
8. บันทึกสามารถอ่านได้โดยง่าย สะอาด เรียบร้อย	.97	.19	ดีมาก
9.ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล	1.0	.00	ดีมาก
10. ลงชื่อ-สกุล ตำแหน่งของผู้บันทึก	.90	.31	ดีมาก
11. ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ หอผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกใบ	.87	.35	ดี
12.บันทึกด้วยหมึกปากกาสีน้ำเงิน / สีดำ	1.0	.00	ดีมาก
13. ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับเมื่อเขียนผิด	.47	.57	ต่ำมาก
รวม	15.87	1.89	ดีมาก

จากตารางที่ 8 พบว่าด้านความถูกต้องตามกฎหมายของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยส่วนรวมจากคะแนนรวมทั้งหมด 17 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 15.87 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่า ในข้อระดับของประสิทธิภาพในระดับดีมาก ได้แก่ *บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ทำให้กับผู้ป่วย พยาบาลใช้คำย่อ-สัญลักษณ์ที่เป็นสากล บันทึกด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน/สีดำ* และ *บันทึกการใช้กระบวนการพยาบาลในระยะผ่าตัด* ($\bar{X}$=1.0) ระดับของประสิทธิภาพในระดับดี ได้แก่ *ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ หอผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกใบ* และ *บันทึกแสดงถึงเวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง* ($\bar{X}$=.87 และ .80 ตามลำดับ) ระดับของประสิทธิภาพในระดับต่ำมาก ได้แก่ *บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม* เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงนอกเหนือจากที่ระบุไว้ ($\bar{X}$=.17)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความความคล่องตัวในการบันทึก โดยแต่ละรายการมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ความคล่องตัวในการบันทึก (N= 15)	ประสิทธิภาพของการบันทึก		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. บันทึกแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่อง	4.13	.52	มาก
2. ใช้เวลาในการบันทึกไม่มาก	4.13	.64	มาก
3. การจัดลำดับเนื้อหาเหมาะสม	4.07	.59	มาก
4. แบบบันทึกนี้จำเป็นในการปฏิบัติงานของท่าน	4.07	.46	มาก
5. บันทึกได้ครบถ้วนในแต่ละระยะ	4.00	.53	มาก
6. ทำให้การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีความต่อเนื่อง	4.00	.65	มาก
7. แบบบันทึกอำนวยความสะดวกในการบันทึก	4.00	.65	มาก
8. ข้อความสื่อสารได้เข้าใจ	3.87	.52	มาก
9. สามารถตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้สะดวก	3.87	.52	มาก
10. บันทึกข้อมูลได้สะดวก	3.80	.56	มาก
11. เขียนแผนการพยาบาลสะดวก	3.80	.41	มาก
12. สามารถจัดข้อมูลได้เป็นหมวดหมู่	3.73	.59	มาก
13. ขนาดตัวอักษรเหมาะสม ชัดเจน	3.67	.49	มาก
14. สามารถเพิ่มเติมแผนการพยาบาลได้สะดวก	3.67	.49	มาก
15. สามารถเพิ่มข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้	3.60	.51	มาก
16. สามารถเขียนกระบวนการพยาบาลได้สะดวก	3.53	.52	มาก
รวม	3.88	.34	มาก

จากตารางที่ 9 แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยส่วนรวมมีความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88) และพบว่าทุกรายข้อมีระดับความคล่องตัวในการบันทึกมาก (ตามเกณฑ์ $\bar{X}$ = 3.5-4.49) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ *บันทึกแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่อง* และ*ใช้เวลาในการบันทึกไม่มาก* ($\bar{X}$ = 4.13) อันดับรองลงมา คือ *แบบบันทึกนี้จำเป็นในการปฏิบัติงาน* และ *การจัดเนื้อหาได้เหมาะสม* ($\bar{X}$ = 4.07) และอันดับที่น้อยที่สุดคือ *สามารถเขียนกระบวนการพยาบาล ได้สะดวก* ($\bar{X}$ = 3.53)

ด้านที่ 3. การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามผู้บันทึก 15 คน ก่อนและหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล	การบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล					
	ก่อนใช้			หลังใช้		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การตัดสินใจ โดยใช้ความรู้ทางการพยาบาล จะทำให้งานมีประสิทธิภาพ	4.47	.52	มาก	4.27	.46	มาก
2.การปฏิบัติการพยาบาลกระทำด้วยความเสมอภาค	4.40	.63	มาก	4.47	.52	มาก
3. อบรมวิชาการ เพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติประจำวัน	4.40	1.12	มาก	4.33	1.23	มาก
4. การแนะนำผู้ป่วย เรื่องการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเหมาะสม	4.20	.56	มาก	4.27	.46	มาก
5. การสร้างบรรยากาศของการทำงานที่ดีทำให้พัฒนางานการพยาบาล	4.13	.64	มาก	4.07	.59	มาก
6. การมีเอกสารทางการพยาบาล จะช่วยให้การตรวจสอบชัดเจนมากขึ้น	4.13	.64	มาก	4.27	.46	มาก
7. การใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้มีเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล	4.13	.52	มาก	4.13	.64	มาก
8. การประกันคุณภาพโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญของระบบเอกสารมากขึ้น	4.13	.52	มาก	4.0	.38	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล	การบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล					
	ก่อนใช้			หลังใช้		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9.การดูแลรักษาพยาบาลเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย	4.13	.35	มาก	4.20	.41	มาก
10.การตัดสินใจและสั่งการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตใจ ไม่ต้องอาศัยคำสั่งจากแพทย์	4.07	.96	มาก	3.67	1.34	มาก
11. การปฏิบัติการพยาบาลใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก	4.07	.59	มาก	4.07	.59	มาก
12. การใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้การประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม	4.00	.65	มาก	4.0	.76	มาก
13. การปฏิบัติการพยาบาลจากการบันทึกบอกถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล	3.93	.59	มาก	4.0	.53	มาก
14. การปฏิบัติพยาบาลที่ได้รับมอบหมายทำได้อย่างอิสระ	3.80	.56	มาก	4.0	.65	มาก
รวม	4.16	.36	มาก	4.12	.29	มาก

จากตารางที่ 10 พบว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.16) และหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.12) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกรายการของการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลทั้งก่อนและหลังการใช้อยู่ในระดับมาก เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลทั้งก่อนและหลังการใช้ ตามสมมุติฐานที่ว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลหลังการใช้ใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลก่อนการใช้ใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผลการทดสอบนัยสำคัญ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความต่างของคู่ลำดับการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9	คนที่ 10	คนที่ 11	คนที่ 12	คนที่ 13	คนที่ 14	คนที่ 15	T
1.การปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตใจ ไม่ต้องอาศัยคำสั่งจากแพทย์	Post-test	2	3	3	2	5	3	5	5	2	5	2	5	5	5	5	-.1.276
	Pre-test	3	3	3	4	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	4	
	D_i	+1	0	0	+2	-2	0	0	0	+1	0	+3	0	0	0	-1	
2. การปฏิบัติพยาบาลใช้แนวคิดกระบวนการเป็นหลัก	Post-test	4	4	4	4	4	4	3	4	5	5	4	3	4	5	4	.000
	Pre-test	3	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	4	4	
	D_i	-1	+1	0	0	0	+1	+1	0	-1	-1	+1	0	0	-1	0	
3. การปฏิบัติพยาบาลที่ได้รับมอบหมายทำได้อย่างอิสระ	Post-test	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	4	3	5	4	-1.342*
	Pre-test	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	4	
	D_i	-1	0	-1	-1	0	0	0	0	-1	0	0	0	+1	0	0	
4. การใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้การประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม	Post-test	4	5	4	5	4	4	3	3	3	5	3	3	4	5	4	.000
	Pre-test	3	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	3	5	5	4	
	D_i	-1	-1	0	-1	0	+1	+1	+1	0	-1	+1	0	+1	0	0	
7. การใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้มีเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล	Post-test	4	5	4	5	4	4	3	4	5	4	3	4	4	5	4	.000
	Pre-test	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	
	D_i	-1	-1	0	-1	0	+1	+1	0	-1	0	+1	0	+1	0	0	

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9	คนที่ 10	คนที่ 11	คนที่ 12	คนที่ 13	คนที่ 14	คนที่ 15	T
6. ท่านแนะนำผู้ป่วย เรื่องการฟื้นฟูสภาพ	Post-test	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	-.333
หลังผ่าตัด ได้เหมาะสม	Pre-test	3	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	
	D_i	-1	+1	0	-1	0	+1	+1	+1	-1	0	0	-1	0	-1	0	
7. การประกันคุณภาพโรงพยาบาล ต้องให้	Post-test	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	-1.000
ความสำคัญของระบบเอกสารมากขึ้น	Pre-test	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	
	D_i	-1	0	0	0	+1	0	0	+1	0	0	+1	0	0	0	0	
8. การมีเอกสารทางการพยาบาล จะช่วยให้การ	Post-test	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	-.707
ตรวจสอบชัดเจนมากขึ้น	Pre-test	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	3	5	5	5	4	
	D_i	0	-1	0	0	-1	0	0	+1	-1	-1	-1	+1	+1	0	0	
9. การปฏิบัติการพยาบาลจากบันทึก	Post-test	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	5	3	-.378
บอกถึงความเป็นวิชาชีพได้	Pre-test	4	3	3	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	5	4	
	D_i	0	-1	-1	0	0	0	+1	+1	-1	-1	0	0	0	0	+1	
10.การปฏิบัติการพยาบาลกระทำโดยเสมอภาค	Post-test	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	-.447
	Pre-test	4	4	4	5	4	4	5	5	3	5	4	5	4	5	5	
	D_i	0	-1	0	0	-1	0	0	+1	-1	0	0	0	0	0	+1	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	คนที่ 9	คนที่ 10	คนที่ 11	คนที่ 12	คนที่ 13	คนที่ 14	คนที่ 15	T
11. การตัดสินใจ โดยใช้ความรู้ทางการ	Post-test	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	-1.134
พยาบาล ทำให้งานมีประสิทธิภาพ	Pre-test	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	
	D_i	0	0	0	0	-1	+1	+1	+1	0	-1	0	+1	+1	0	0	
12. การแนะนำผู้ป่วย เรื่องการฟื้นฟูสภาพหลัง	Post-test	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	-.577
ผ่าตัดพยาบาลเหมาะสม	Pre-test	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	
	D_i	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	-1	0	0	0	-1	0	
13.ท่านจำเป็นที่ต้องเข้าอบรมวิชาการใหม่ๆ	Post-test	5	4	5	2	2	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	-.136
เพราะทักษะการปฏิบัติงานประจำวันไม่เพียงพอ	Pre-test	5	5	3	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	
	D_i	0	+1	-2	0	+2	0	0	0	+3	0	0	0	0	0	-3	
14. ท่านมีส่วนสร้างบรรยากาศของการทำงานที่ดี	Post-test	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	3	-.378
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางานการพยาบาล	Pre-test	4	5	3	4	4	4	5	5	4	5	3	4	4	4	4	
	D_i	-1	0	-1	0	0	0	+1	+1	0	0	-1	0	+1	0	+1	
รวม	Post-test	56	62	56	57	57	56	55	57	57	64	52	58	57	68	54	-.348
	Pre-test	52	60	51	55	55	61	62	66	52	59	57	59	64	66	54	
	D_i	-4	-2	-5	-2	-2	+5	+7	+9	-5	-5	+5	+1	+7	-2	0	

จากตารางที่ 11 การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาล ไม่แตกต่างกับก่อนใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลผ่าตัดหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนการใช้การพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาล เมื่อพิจารณารายข้อจำนวน 13 ข้อ การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลน้อยกว่าหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีเพียงข้อเดียวที่การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลมากกว่าหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และแตกต่างที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 คือข้อ *ท่านสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระ ในงานที่ได้รับมอบหมาย*

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึก และเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล หลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล สูงกว่าการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงเฉพาะที่โรงพยาบาลระนอง รวมตัวอย่าง จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 2 คือ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่บันทึกการพยาบาล ที่ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และสูติ-นรีเวช โดยพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้บันทึกจำนวน 30 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล
2. คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล
3. แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก
4. แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านการบริหารความเสี่ยง
5. แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมาย

6. แบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวในการบันทึก

7. แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

การสร้างเครื่องมือ

1. แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้แบบบันทึก ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ผ่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5

2. แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านเกณฑ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ค่าความเที่ยงในการใช้แบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 = .917 .90 และ .92 ตามลำดับ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 = .95 .91 และ .96 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวในการบันทึก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ผ่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาฟาครอนบาค = .82 และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง เพื่อขอทำการทดลองใช้แบบบันทึก การพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และขอความร่วมมือกับหัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและและผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และแบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านความถูกต้องตามกฎหมาย และด้านความคล่องตัวในการบันทึก ร่วมกันก่อนการเก็บข้อมูลจริง

2. การดำเนินการทดลอง

ในวันแรกผู้วิจัยชี้แจงปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการทำวิจัยแก่พยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 15 คน แล้วให้พยาบาลห้องผ่าตัด ตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัว และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลจากการบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลและเก็บคืนในวันนั้น วันต่อมาผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกจำนวน 8 คน กลุ่มที่สองจำนวน 7 คน ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนมีความเข้าใจตรงกันก่อนการนำบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลไปใช้จริง

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

พยาบาลห้องผ่าตัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำผ่าตัดในเวลา 8.30-16.30 น. ในช่วงบ่ายก่อนวันผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย และบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยนั้น ในเช้าวันที่ผ่าตัดพยาบาลช่วยรอบนอกในห้องผ่าตัดบันทึกการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมหลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย และบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดอาทิตย์ที่ 1-2 ผู้วิจัยอยู่ที่ห้องผ่าตัดและติดตามพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้บันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวน การพยาบาลเพื่อตอบข้อสงสัยในการบันทึก เมื่อใช้แบบบันทึกครบ 30 ชุดแล้ว จึงให้พยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มเดิมทั้งหมดจำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวของการบันทึก และแบบสอบถามการรับรู้ค่าของวิชาชีพการพยาบาล เก็บคืนในวันนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมายของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยกระบวนการพยาบาลหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ส่วนประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวในการบันทึก และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพ การพยาบาล หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาประเมินระดับจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ทดสอบสมมุติฐานการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบ คือ Wilcoxon signed rank test

สรุปผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินด้านความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดี และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับมาก

2. การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล อยู่ในระดับมากและไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านความครอบคลุมกระบวนการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า

การทดลองใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นบันทึกแบบใหม่เป็นการบันทึกแบบ Check list และเขียนข้อความเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาใหม่ การบันทึกส่วนใหญ่เน้นภาษาไทย พัฒนามาจากกระบวนการพยาบาล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลอาจไม่คุ้นเคยกับการใช้เครื่องหมาย และการบันทึกที่ตำแหน่งต่างๆ เพราะมีคะแนนประสิทธิภาพด้านความครอบคลุมบางฉบับน้อย ประการแรกอาจเนื่องมาจากการเข้าใจความหมายไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการวิจัยของดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ (2541: 53-60) เรื่อง "การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด" โดยสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด ใช้ที่โรงพยาบาลศิริราช มีการเก็บข้อมูลหลังการใช้แบบบันทึก 2 ระยะ ผลจากระยะที่ 1 พบว่ามีปัญหาการใช้ข้อความที่สื่อความหมายยากเพราะเป็นภาษาอังกฤษ และไม่เคยใช้แบบบันทึกนี้มาก่อน และการใช้เครื่องหมายถูกและผิด ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เข้าใจในความหมายนี้ ต่อมาผู้วิจัยได้จัดทำคู่มืออธิบายศัพท์ในแบบบันทึก และปรับปรุงแบบบันทึกจนสื่อความหมายได้ง่ายขึ้น

ประการที่สองจำนวนพยาบาลอาจมีจำนวนไม่พอเพียงกับภาระงาน หรือลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัดไม่ชัดเจน ทำให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ระยะหลังผ่าตัดทำได้ไม่ครอบคลุม จากผลคะแนนเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและที่หอผู้ป่วย สอดคล้องกับศึกษาของพินิจ ปรีชานนท์, นวลลออ ศรีโพธิ์ทอง และอรอนงค์ พุมอาภรณ์ (2536: 57-63) เรื่อง "โครงการนำร่องและพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด" สร้างแบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด และให้พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดหู คอ จมูก โรงพยาบาลรามาธิบดีทดลองใช้แบบบันทึก 3 ระยะ รวมเวลา 1 ปี ผลการทดลองพบว่ามีแบบบันทึกไม่สมบูรณ์ทุกรายการรวม 36 203 และ 114 ฉบับตามลำดับ ข้อมูลที่ไม่ได้ลงบันทึกได้แก่ ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การวินิจฉัยทางการพยาบาล และความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด แต่พยาบาลห้องผ่าตัดบางคนอาจเข้าใจการใช้แบบบันทึก ทำให้การบันทึกบางฉบับมีคะแนนความครอบคลุมสูง จากการสร้างการประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบ Check list ทำให้บันทึกการพยาบาลผ่าตัดได้ต่อเนื่อง ซึ่งวิลคินสัน (Wilkinson,1996: 12-14) ได้กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ทำให้มีการดูแลเฉพาะบุคคลที่ต่อเนื่อง และทำให้พยาบาลมีการวางแผนที่ดี ประหยัดเวลา เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง ทำให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติต่อวิชาชีพให้เกิดความร่วมมือระหว่างสมาชิกพยาบาลในทีม มีการพัฒนาด้านการสื่อสาร และช่วยป้องกันการปฏิบัติการที่ผิดพลาด ซึ่งแสดงให้ให้เห็นได้จากประสิทธิภาพของการใช้ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นตัวอย่างทั้งหมด 30 ฉบับ มีคะแนนความครอบคลุมกระจายอยู่ทั้ง 5 ระดับ คือระดับต่ำมากถึงดีมาก เมื่อหาคะแนนความครอบคลุมโดยรวมแล้ว จึงทำพบว่าทำให้ประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความครอบคลุมในการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง

2. ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้านการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า

โดยทั่วไปการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วย เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลประเมินพบปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วหรือเป็นปัญหาต่อเนื่อง แต่การใช้กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัด เป็นไปในลักษณะตรงกันข้ามกัน คือ พยาบาลจะประเมินปัญหาที่อาจมีโอกาสจะเกิดขึ้น เช่น เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด ดังนั้นถือได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด มีการบริหารความเสี่ยงเป็นประจำ ในการวิเคราะห์แยกแยะปัจจัยเสี่ยง ป้องกันปัจจัยเสี่ยง และลด

การเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นผลการทดลองจึงพบว่าระดับประสิทธิภาพการบันทึกด้านการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับดี และคะแนนการบริหารความเสี่ยงใน *"การบันทึกข้อมูลระยะก่อนผ่าตัดเพื่อใช้เปรียบเทียบกับระยะหลังผ่าตัด"* และ *"การใช้กระบวนการพยาบาลในระยะผ่าตัด"* อยู่ในระดับดีมาก และการพัฒนาให้ประสิทธิภาพการบันทึกการพยาบาลด้านการบริหารความเสี่ยงมีมากที่สุดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งฟิชบาค (Fischbach, 1991) ได้กล่าวว่า อำนาจของเอกสารการพยาบาลสามารถทำให้การบันทึกด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ของการบันทึก คือเพื่อแก้ปัญหาและลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาก่อนที่จะมีการบาดเจ็บ ความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยงจึงอยู่ที่พยาบาลที่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความเสี่ยงและลงบันทึกเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมและการสังเกตที่ได้ทำ สอดคล้องกับฟาริดา อิบราฮิม (2537) ที่กล่าวว่าพยาบาลมีหน้าที่โดยตรงในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ต้องจัดการกับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย และระวังมิให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทของวิชาชีพจากข้อร้องเรียนทั้งหลาย พร้อมทั้งพยาบาลต้องกระทำการด้วยความรอบคอบในเรื่องการสื่อสารทั้งด้วยวาจา และการเขียน และการสื่อสารด้วยการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลและแพทย์ ก็คือการใช้ระบบบันทึก

3. ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความถูกต้องตามกฎหมายอยู่ในระดับดี จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า

แม้ประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาความถูกต้องตามกฎหมายรายข้อแล้วพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำ จากการทดลองใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดอาจไม่คุ้นเคย เนื่องจากระยะก่อนการทดลองใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นบันทึกข้อความการพยาบาลโดยย่อๆ ไว้เพื่อเตือนความจำหรือเพื่อการส่งต่อเท่านั้น อาจไม่สมบูรณ์เมื่อต้องใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย พยาบาลอาจขาดทักษะในการบันทึกการพยาบาล เช่น *ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับ* และ *บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม* จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาประสิทธิภาพการบันทึกด้านความถูกต้องตามกฎหมายนี้ต่อไปอีก คาร์เพนนิโต (Carpenito, 1995: 11) กล่าวถึงความจำเป็นของประเด็นทางกฎหมายไว้ว่าเป็นเสมือนสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน และเป็นความจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องพัฒนาระบบของเอกสารให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น มาตรฐาน เอกสารการพยาบาลของ JCAHO ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการพยาบาล และอาจเพิ่มการบันทึกในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล และความสามารถในการดูแล

อย่างต่อเนื่อง แต่ละโรงพยาบาลมีสิทธิ์ในการสร้างเอกสารการพยาบาลได้ แต่ต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและการประกันตามกฎหมาย

แม้ว่าประสิทธิภาพการบันทึกทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความครอบคลุมกระบวนการบันทึก ด้านการบริหารความเสี่ยง และด้านความถูกต้องตามกฎหมาย ที่กล่าวมาจะมีปัญหาในการบันทึกบ้าง แต่โดยส่วนรวมก็ถือว่ามีระดับคะแนนเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง

4. ประสิทธิภาพการบันทึกของแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลด้านความคล่องตัวในการบันทึก จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า

คะแนนเฉลี่ยด้านความคล่องตัวในการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าทุกรายข้อมีความคล่องตัวในการบันทึกมาก โดยอันดับสูงสุด ได้แก่ *"บันทึกแต่ละขั้นได้ต่อเนื่อง"* และ*"ใช้เวลาในการบันทึกไม่มาก"* อันดับรองลงมา คือ *แบบบันทึกนี้จำเป็นในการปฏิบัติงาน* และ*การจัดเนื้อหาได้เหมาะสม* และอันดับที่น้อยที่สุดคือ *"สามารถเขียนกระบวนการพยาบาลได้สะดวก"* แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นการบันทึกแบบ Check list โดยใช้กระบวนการพยาบาลหรือตามมาตรฐานการพยาบาล จึงน่าจะเป็นแบบที่คล่องตัวเหมาะสมกับห้องผ่าตัดมากที่สุด ซึ่งสแตนฟิลด์ (Stanfield, 1987: 699, 704) จากโรงพยาบาล Community Memorial กล่าวว่าแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดที่ใช้อยู่ไม่ทันสมัย จึงพัฒนาการบันทึกให้ครอบคลุม ใช้เวลาเขียนน้อย แต่สมบูรณ์ในด้านข้อบังคับตามกฎหมาย กระบวนการพยาบาล และการวินิจฉัยการพยาบาล หลังจากระดมสมองเจ้าหน้าที่ จึงได้แบบบันทึกแบบ Check list ไว้ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับ สโลนและคณะ (Slone et al.,1989) ที่กล่าวว่าโดยลักษณะงานในห้องผ่าตัด ทำให้แบบบันทึกในห้องผ่าตัดแบบบรรยายไม่เป็นที่นิยมใช้ ส่วนมากนิยมใช้แบบ Check list

5. การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า

ประการแรกแม้ว่าจะมีการบันทึกก่อนมีการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยอาจเป็นไปได้ไม่มากนัก หรือไม่ครบถ้วนตามกระบวนการปฏิบัติพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย หรืออาจบันทึกได้ไม่ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล แต่เมื่อพยาบาลปฏิบัติงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบทั้งหมดแล้ว งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นอาจทำให้พยาบาลรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสายสมร

พลชื่อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธ์ และวนิดา หาญคุณานุกูล (2542) ว่าการรับรู้คุณค่าในการบันทึกการพยาบาลตามรูปแบบเดิมที่มีใช้อยู่ และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อาจเป็นเพราะก่อนการพัฒนาการบันทึก มีการรับรู้คุณค่าในการบันทึกอยู่ในระดับดี แม้พยาบาลจะไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกรูปแบบใหม่ แต่ระดับการรับรู้ซึ่งอยู่ในระดับดีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถเพิ่มขึ้นมากนัก หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่าการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล มิได้เกิดจากการบันทึกการพยาบาลเพียงอย่างเดียว แม้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลรายข้อในระยะหลังใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีทั้งมากกว่า และน้อยกว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยบางรายข้อของการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนและหลัง การใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลก็มีค่าเท่ากัน ได้แก่ *"กระบวนการพยาบาลทำให้ท่านมีเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล"* *"การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้ประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม"* และ *"ท่านใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการปฏิบัติงาน"* ซึ่งอาจมีผลให้การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ประการที่สอง การพยาบาลห้องผ่าตัดในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับทักษะการใช้เทคโนโลยีทันสมัย การให้การศึกษาเตรียมพร้อมเพื่อการปฏิบัติ (Markovic, 1997) และจากการศึกษาวัฒนธรรมองค์การห้องผ่าตัดของวิลาวรรณ สิทธิประสาท (2542) ในภาพรวมเน้นให้พยาบาลต้องรู้เทคนิคทันสมัย เพราะคนที่รู้เทคนิคน้อยจะไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม และต้องทำงานที่แข่งกับเวลา เพราะแต่ละนาทีมีค่าต่อผู้รับบริการ (กาญจนา จันทร์ไทย, 2540) และจากแนวคิดการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลของฮอฟฟาทและวู้ด (Hoffart & Woods, 1996) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความอิสระในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ประกอบกับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลทั้ง 5 ท่าน ต่างให้น้ำหนักของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมากที่สุด และในปัจจุบันที่มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย การเรียนรู้อุปกรณ์ให้เท่าทันกับวิชาชีพทางสุขภาพอื่นจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยทางตรงนั่นเอง การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยทางอ้อม เช่น คุณภาพการพยาบาลที่สะท้อนมาจากการบันทึกนั้น อาจทำให้พยาบาล

มองเห็นคุณค่าของวิชาชีพได้ไม่ชัดเจน เพราะไม่ทำให้เห็นคุณภาพงานได้ในเวลาอันสั้น จึงทำให้การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลไม่เพิ่มขึ้นในระยะการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารในองค์กรการพยาบาลควรมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างจริงจัง โดยการจัดอบรม หรืออบรมเชิงปฏิบัติการ หรือมีการพัฒนาบุคลากรห้องผ่าตัด ชี้แจงให้เห็นคุณประโยชน์ของการพัฒนาแบบบันทึก ที่มีผลต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล และสามารถใช้เป็นแนวทางได้อย่างต่อเนื่อง

2. การจัดทำคู่มือการใช้ที่แยกออกมาจากแบบบันทึก อาจช่วยให้สะดวกกว่าพิมพ์ไว้ด้านหลังแบบบันทึกในชุดนั้นๆ โดยเฉพาะกรณีเมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่ที่ต้องการทำความเข้าใจ สามารถอ่านเฉพาะในคู่มือการใช้แบบบันทึกได้

3. ศึกษาโดยเพิ่มระยะเวลาในการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการทดลองใช้ที่แท้จริงในด้านประสิทธิภาพของการบันทึก และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ

4. คะแนนประสิทธิภาพการบันทึกข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย เช่น การประเมินภาวะสุขภาพด้านภาพลักษณ์ และการประเมินปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลการดูแลในระยะหลังผ่าตัดทั้งที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย ควรได้รับการพัฒนา เพื่อให้การบันทึกการพยาบาลผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. ในการศึกษาวิจัยต่อไป ควรให้พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนมีโอกาสบันทึกการพยาบาลได้เท่าๆ กัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกพร แจ่มสมบูรณ์. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ค่าของงาน การรับรู้ต่อรูปแบบการบริหารกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

กรกมล วีรวงษ์. การจัดท่านอนคว่ำ. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2541): 9-13.

กองการพยาบาล. **การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล.** กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2534.

กัญญา โตท่าโรง. **พฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

กันยา ออประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. ในเรณู อาจสาลี (บรรณาธิการ) **พยาบาลทางห้องผ่าตัด.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2540.

กันยา ออประเสริฐ. ทิศทางของบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะเปลี่ยนศตวรรษ. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2541): 1-4.

กัลยา วานิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

กาญจนา จันทร์ไทย. **ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

กานดา พูนลาภทวี. **สถิติเพื่อการวิจัย.** กรุงเทพ: โรงพิมพ์ฟิสิกส์เซ็นเตอร์, 2539.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางคลินิก. **วารสารสารสภาการพยาบาล** 13 (2541): 47-52.

งามจิต จันทรสาธิต. เส้นทางสู่คุณภาพ. **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข** 4 ฉบับที่ 3 (2539): 146.

จิรา เติมจิตรอารี. **การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

จิตรศิริ ขันเงิน. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

เจียมจิต ภู่ประเสริฐ. อาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยหลังได้รับยาสลบที่ผ่าตัด. **รามาธิบดีสาร** 17 (กรกฎาคม-กันยายน 2537): 258.

ดารณี พิพัฒนกุลชัย, วิจิวัณย์ ทิพยโส และเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล. การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2540): 53-60.

ถนอมศรี อินทนนท์. **แผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช**. นครศรีธรรมราช: พี.เจ เพลท โปรเซสเซอร์, 2536.

นฤมล ทองลิ่ม. การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 3 มกราคม-เมษายน 2540): 125.

นวลจันทร์ พูนสมบัติและคณะ. **ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์**. โครงการวิจัย. ม.ป.ท.: ม.ป.พ. ,ม.ป.ป.

นันทนา น้ำฝน. **เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ**. สงขลา: เทมการพิมพ์, 2538.

นิภา คิดประเสริฐ. **การเปรียบเทียบค่านิยมวิชาชีพทางบริการและทางราชการของนักศึกษาพยาบาลที่มีระยะเวลาของประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกแตกต่างกัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

บุญชม ศรีสะอาด. **วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สุวีริยาสาส์น, 2538.

บุญวดี เพชรรัตน์. การสัมผัสกับการพยาบาล. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 16 (กรกฎาคม-กันยายน 2539): 50.

เบญจมาศ ปรีชาคุณ,ปัญจมา วุฒฑวิภาต, วิยะดา ทวีลาภ, วราภรณ์ วงศ์สุวัฒน์ และเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล. ศึกษาผลกระทบการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล ณ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2541): 61-68.

เบญจมาศ ปรีชาคุณ. มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช: แนวทางการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค. **ในรายงานการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1: ความก้าวหน้าของการพยาบาลห้องผ่าตัด**, 29 มิถุนายน 2539 ณ ห้องศรีสุริยวงศ์ บอลรูม โรงแรมตวันนา รามาดา.

เบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล. พยาบาลห้องผ่าตัด กับ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 3 (มกราคม-มิถุนายน 2541): 9-13.

ประคอง กรรณสูต. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ประพิศ เอี่ยมนิ่ม. การลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยวิธีฝึกสมาธิ. **พุทธชินราชเวชสาร** 14 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2540): 94-95.

ประภาศรี จีระยิ่งมงคล. **ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.

ปรารถนา มั่งมูล. **การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มุ่งความต้องการกับรูปแบบที่มุ่งปัญหาในโรงพยาบาลจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ปาหนัน บุญ-หลง. **การพยาบาลจิตเวชเล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: เชียงใหม่สหนวกิจ, 2528.

เปรมจิตต์ เริงโกสุม. การจัดท่าขึ้นขาหยั่งในการผ่าตัด: อันตรายและข้อควรปฏิบัติ. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2541): 14 -18.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. วิกฤตเศรษฐกิจผลกระทบต่อการเงินการคลังด้านยา. **วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข**. 2 (มกราคม-มีนาคม 2542): 1-4.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. **การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพ: ไทยเขษม, 2522.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. **การประกันคุณภาพการพยาบาล**. กรุงเทพ: วังใหม่บลูพริ้นต์, 2538: 7.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. **50 ปีชีวิตและงาน: อาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์**. ม.ป.ท: ม.ป.ท.,ม.ป.ป.

พินิจ ปรีชานนท์ และนวลลออ ศรีโพธิ์ทอง. ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย. **รามาธิบดีสาร** 17 (กรกฎาคม-กันยายน 2537): 277-283.

พินิจ ปรีชานนท์. โครงการนำร่องสร้างและพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด. **รามาธิบดีสาร** 16 (มกราคม-มีนาคม 2536): 57-63.

เพียงใจ วิชัยดิษฐ์. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด: การใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการผ่าตัดอย่างปลอดภัย. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2541): 19-23.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขัมภลิขิต และทัศนีย์ นะแส. **วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพ: เทมการพิมพ์, 2539.

ฟาริดา อิบราฮิม. **สาระการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพ: สามเจริญพาณิชย์, 2537.

ภรณี มหานนท์. **การประเมินประสิทธิผลองค์การ**. กรุงเทพ: โอเดียนสโตร์, 2529.

ภัทรภร สีตลวรางค์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และค่านิยมวิชาชีพ กับการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลของรัฐบาลกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. **ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช**. กรุงเทพ: ธรรมสาร, 2539: 1-20.

ภัสพร ขำวิชา. **ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

รุ้งจิต เติมศิริกุลชัย. ความสำคัญและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 4 (กันยายน-ธันวาคม 2541): 297.

เรณู อาจสาลี. พยาบาลห้องผ่าตัด : บทบาทและหน้าที่. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 2 (มกราคม-มิถุนายน 2540): 19-22.

เรณู อาจสาลี. หน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด. ในเรณู อาจสาลี (บรรณาธิการ). **การพยาบาลทางห้องผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2540.

ลดาวัลย์ จารุวนาวัฒน์. **ผลของการใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

ลัดดา เชี่ยงเห็น. **การวิเคราะห์ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการวินิจฉัยการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. พยาบาลกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล. ในรายงานการประชุมการพัฒนาแบบบันทึก, 20-23 กรกฎาคม 2542 ณ โรงแรมกานต์มณี.

วิเชียร เกตุสิงห์. **หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพ: ไทยวัฒนาพานิช, 2530.

ศรีประภา ปิยะศิริศิลป์. **ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิชาชีพ ผลสัมทธิ์ทางการเรียนกับความสามารถในการตัดสินปัญหาความขัดแย้งเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2539.

สมศร เชื้อหิรัญ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล.ในสมศร เชื้อหิรัญ(บรรณาธิการ), **คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช 1.** กรุงเทพ: อักษรไทย, 2532.

สภาการพยาบาล. **มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง: ในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และสถานประกอบการ.** กรุงเทพ: เจ.เอส.การพิมพ์, 2539.

สายสมร พลซื่อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และวนิดา หาญคุณากุล. ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ. **วารสารสภาการพยาบาล** 14 (มกราคม-มีนาคม 2542): 46-59.

สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ฝ่ายจริยธรรม. **คำประกาศสิทธิผู้ป่วย.** นนทบุรี: (อัดสำเนา), 2541.

สมคิด โพธิ์ชนะ. กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัด. **วารสารพยาบาล** 33 (มกราคม-มีนาคม 2527): 38-43.

สมคิด รักษาสัตย์. **การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว.** กรุงเทพ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

สมพิศ สมจิตต์. กระบวนการพยาบาล. **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเล่ม** 1. กรุงเทพ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535: 79.

สุปาณี เสนาดิสัย. **การพยาบาลพื้นฐาน.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพ: จุดทอง, 2540.

สุภาพ สุวรรณเวโช. วิวัฒนาการของกระบวนการพยาบาล. ในสุภาพ สุวรรณเวโช และมณฑา ลิ้มทองกุล (บรรณาธิการ), **กระบวนการพยาบาล: Nursing Process.** กรุงเทพ: หน่วยบริการการศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2542.

สุภาพ อารีเอื้อ. การพยาบาลในห้องผ่าตัด: จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** (เมษายน-มิถุนายน 2541): 204-212.

อัมภา ศรารัช. การประเมินผลการปฏิบัติงานต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. ในรายงานการประชุมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเฉพาะทาง, วันที่ 1-3 มีนาคม 2543 ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.

อารี ชีวเกษมสุข. **การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ภาษาอังกฤษ

Aimino, P. A. Perioperative Nursing Documentation: Developing The Record And Using Care Plan. **AORN Journal** 46 (July 1987): 73-86.

AORN. Patient Outcomes: Standard of Perioperative Care. **AORN Standard Recommended Practices & Guideline**. Denver: Association of Operating Room Nurses, 1999.

Barrett, J. , and Deehan, R. Preoperative Patient Teaching. **AORN Journal** (September 1989): 602-608.

Blanchfield, K. C. , and Biordi, D. L. Power in practice: a study of nursing authority and autonomy. **Nursing Administration Quarterly** 20 (Spring 1992): 42-9. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Bokie, L. , Canala, L. , Kozminski, K., and Wynd, C.A. Development of an patient perioperative care record. **Journal of Anesthesia Nursing** 10 (January 1995): 140-150. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Borchers, E. L. Improving nursing documentation for private - duty home health care. **Journal of Nursing Care Quality** 13 (June 1999): 24 - 43.

Carpenito, L. J. **Nursing Care Plan and Documentation: Nursing Diagnosis and Collaboration Problem**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott , 1995.

Fairchild, S. S. Perioperative Nursing: Principle and Practice. 2nd ed. Boston: Little, Brown, 1996.

Fischbach, F. T. Documenting Care: Communication – the nursing process and documentation standard. Philadelphia: F.A. Davis, 1991.

Glulanick, M., Galanas, S., Gradishar, D., and Puzas, M.K. Nursing Care Plan; Nursing Diagnosis and Intervention. 3 rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

Groah, L. K. Operating Room Nursing: Perioperative Practice. 2nd ed. East Norwalk, Conn: Appleton and Lange,1990.

Gruendemann, B.J., and Fernsebner, B. Comprehensive Perioperative Nursing Volume 1: Principle. Boston: Jones and Bartlett, 1996.

Hoffart N., and Wood C.Q. Elements of Nursing Professional Practice Model. Journal of Professional Nursing 12 (November-December 1996): 354-364.

Holzemer WL. Quality and Cost of Nursing Care: Is Anybody Out There Listening ? In Harrington C., and Estes CL. (eds.), Health Policy and Nursing: Crisis and reform in the U.S. Health Care Delivery System. Boston: Jones and Bartlett, 1994.

Iyer, P.W., and Camp,N.H. Nursing Documention: A Nursing Process Approach. 2 nd ed. St. Louis: Mosby. 1994.

Kemp, N., and Richardson, E. Quality assurance in nursing practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1995.

Lach, R.M. Professional nurse autonomy: instrument development and identification of related variable. UNIVERSITY OF ILLINOIS, 1992. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Leddy, S., and Pepper J.M. Conceptual Base of Professional Nursing. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott, 1998.

Logan, J. Nursing research and clinical practice. CONA Journal Aciio 14 (Winter 1992): 12-5. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Mesmer, R. J. Patient-focused perioperative documentation: an outcome management approch. Seminars in Perioperative Nursing 6 (October 1997): 223-232. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Murphy, E. K. Type of legal claims brought against operative nurses. AORN Journal 65 (May 1997): 972-973.

Olson, L. L. Commentary on Voice-activated nursing documentation: on the cutting edge. Aone's Leadership Perspective 2 (January-February, 1994): 14. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Palmerini, J. Developing a comprehensive perioperative nursing documentation form. AORN Journal 63 (January 1996): 239-247.

Peter, D. A. Outcomes: The mainstay of a framework for quality care. Journal Nursing Care Quality 10 (October 1995): 61-65.

Potter, P.A., and Perry, A.G. Fundamental of nursing: Concept process and practice. St. Louis: Mosby, 1985.

Rothrock, J. C. Perioperative Nursing Care Planning. 2 nd ed. St. Louis: Mosby, 1996.

Slone, L. A., Burkholder, A., and Campian, N. Nursing Care Documentation. AORN Journal 49 (March 1989): 808-813.

Stanfield, V. Perioperative Documentation. AORN Journal 46 (April 1987): 699-704.

Taylor, C., Lillis, C., and LeMone, P. Fundamentals of nursing the art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott, 1989.

Tingle, J. Evidence-based nursing and law. Expand role of the nurse: accountability confusion. British Journal of nursing 6 (September 1997): 1011-1013. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Van Beek Carlson, E., Shashinpour, N., and Zonsius, M. K. Improving quality of patient care service for out patient [CD-ROM]. Nursing Clinic of North America 30 (March 1995): 23-30. Abstract from: CINAHL [R] Database 1982-6/99

Wade, G.H. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing. Journal of Advanced Nursing 30 (August 1999): 310-318.

Weis, D., and Schank, M. J. Toward building an international consensus in professional value. Nurse Education Today 17 (October 1997): 366-9.

Wiens, A.G. Expanded Nurses Autonomy Model for Small Rural Hospitals. JONA 20 (December 1990): 15-22.

Wilkinson, J. M. Nursing Process A Critical Thinking Approach. 2 nd ed. Menlo Park: Addison-Wesley Nursing, 1996.

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. นางสาวภรณี ประกอบกุล ผู้ตรวจการห้องผ่าตัด ศิริราชพยาบาล

3. พ.ต.ท. หญิง ศิริพร เสาวรส (สบ 2) งานพยาบาล

4. พ.ท. หญิง กิติมา ตาบโกสัย หัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. นางทัศนีย์ พันธ์พิเชฐ หัวหน้าห้องผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และคู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

1. รองศาสตราจารย์พินิจ ปรีชานนท์ รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรอนงค์ พุมอาภรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. รองศาสตราจารย์กันยา ออประเสริฐ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

4. นางดารณี พิพัฒนกุลชัย พยาบาลวิชาชีพ ศิริราชพยาบาล

5. พ.ต.ท. หญิง กรรณิกา ทิพย์คง (สบ2) งานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบตรวจสอบประสิทธิภาพการบันทึก และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

1. รองศาสตราจารย์พินิจ ปรีชานนท์ รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรอนงค์ พุมอาภรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. รองศาสตราจารย์กันยา ออประเสริฐ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

4. นางดารณี พิพัฒนกุลชัย พยาบาลวิชาชีพ ศิริราชพยาบาล

5. พ.ต.ท. หญิง กรรณิกา ทิพย์คง (สบ2) งานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ

6. นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

7. ดร. กาญจนา จันทร์ไทย อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ

8. นางสาวภัทรภร สีตลวรางค์ พยาบาลวิชาชีพ วชิรพยาบาล

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ชื่อ .....นามสกุล..... อายุ ..... ปี HN. .....หอผู้ป่วย.....

หอผู้ป่วย วันที่ .....เวลา.....น. ผู้ป่วยทำผ่าตัดครั้งที่.....

ประวัติการเจ็บป่วย ☐ ความดันโลหิตสูง .....mmHg. ☐ อื่นๆ (ระบุ) ..... ☐ สุขภาพแข็งแรง

ประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด ☐ สูบบุหรี่ ..... ☐ ไม่สูบ

☐ อื่นๆ (ระบุ) ..... ☐ N/A

ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ รู้สึกตัว เมื่อเรียกชื่อ ☐ ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง

สภาพความพร่อง ☐ การมองเห็น..... ☐ อื่นๆ (ระบุ) ..... ☐ ปกติ

ปัญหาผลทางห้องปฏิบัติการ ..... ☐ ปกติ

ข้อมูลจากการสังเกตผู้ป่วย ☐ สนใจพูดคุยซักถามดี ☐ ระบายความรู้สึก ☐ หน้านิ่วคิ้วขมวด

☐ ก้มหน้า ไม่สบตาขณะพูด ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลจากผู้ป่วยบอก ☐ บ่นรู้สึกกลัว..... .. ☐ N/A ☐ ปัญหาค่าใช้จ่าย / ☐ N/A

☐ กังวลภาพลักษณ์หลังผ่าตัด/ ☐ N/A ☐ อื่นๆ (ระบุ) ..... . ☐ N/A

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อ 1. ☐ ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจาก ..... ☐ N/A

☐ ไม่ทราบเรื่องการเตรียมตัวผ่าตัด ☐ ภาพลักษณ์ของตัวเองหลังผ่าตัด ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

การพยาบาล ลดความวิตกกังวลโดยผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่อง ☐ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดจากสมุดภาพ

☐ ขั้นตอนในห้องผ่าตัดคร่าวๆ ☐ ประสานกับหอผู้ป่วยเรื่องสังคมสงเคราะห์

☐ สภาพหลังการผ่าตัด ☐ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ประเมินผล ☐ คลายความวิตกกังวลลง จากสีหน้าผ่อนคลายลง ท่าทาง..... คำพูด .....

ปัญหาอื่นๆ ..... ☐ N/A

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อ 2. .....

การพยาบาล .....

ประเมินผล .....

ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ห้องเตรียมผ่าตัด วันที่.....เวลา.....น.

การเตรียมเพื่อผ่าตัด ☐ พนักงานเปลรับผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์ม ☐ ผู้ป่วยบอกชื่อได้ด้วยตัวเอง ☐ ตอบถามชื่อจากญาติ

☐ ผู้ป่วยเข้าใจชนิดของการผ่าตัด ☐ การเตรียมร่างกายผู้ป่วยครบถ้วน

สภาพผู้ป่วยทั่วไป ☐ สดชื่นแจ่มใส ☐ สีหน้ากังวล ☐ อ่อนเพลีย ☐ อื่นๆ.....

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อ 1. ☐ ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ..... ☐ N/A

การพยาบาล ☐ ให้กำลังใจผู้ป่วยว่า ห้องผ่าตัดมีพยาบาลให้การดูแลใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

☐ ดูแลความสุขสบายทั่วไปขณะรอผ่าตัด ☐ อื่นๆ .....

ประเมินผล ☐ คลายความวิตกกังวลลง จากสีหน้าผ่อนคลายลง ท่าทาง..... คำพูด.....

ปัญหาอื่นๆ-วินิจฉัยการพยาบาล- การพยาบาล- ประเมินผล..... ☐ N/A

แบบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัด

ชื่อ .....นามสกุล..... อายุ ..... ปี HN. .....หอผู้ป่วย.....

การวินิจฉัยโรคก่อน-หลังการผ่าตัด..... การผ่าตัด.....

เวลาลง Incision .....น. เวลาสิ้นสุดการผ่าตัด .....น. ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด ..... AN.....

ระดับของแผล ☐ ระดับ 1 Clean ☐ ระดับ 2 Clean-contaminated ☐ ระดับ 3 Contaminated ☐ ระดับ 4 Dirty

ข้อที่	วินิจฉัยการพยาบาล : ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	N/A	แผน และปฏิบัติการพยาบาล
1.	☐ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการจัดท่าผ่าตัด : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการจัดท่าผ่าตัด	☐	<u>การจัดท่า</u> SUPINE ☐ ขาไม่ไขว้กัน ☐ รองผ้าที่ท้ายทอย ☐ กางแขนน้อยกว่า 90 องศา ☐ อื่นๆ..... LITHOTOMY ☐ ยกขาทั้งสองขึ้นพร้อมกัน ☐ ใช้ผ้าผูกรัดต้นขากับขาหยั่งแน่นพอควร ☐ ส่วนลำตัวผู้ป่วยไม่ยื่นออกมานอกขอบเตียง ☐ เมื่อเสร็จยกขาลงพร้อมกันช้าๆ LATERAL☐ ใช้หมอนทรายหนุนบริเวณผ่าตัดให้สูงขึ้น ☐ เข่าสะโพกด้านล่างงอพอควร ☐ แขนวางบนที่พัก ☐ รองหมอนระหว่างขาทั้งสอง ท่าอื่นๆ .....
2.	☐ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงถึงการติดเชื้อในการผ่าตัด	☐ ☐ ☐ ☐	<u>ห้องผ่าตัด</u> ☐ ทำความสะอาดพื้น ผนังและสิ่งแวดล้อมในห้อง ☐ ผู้ป่วยรายที่แล้วมีการติดเชื้อ..... ☐ หลังผ่าตัดรายติดเชื้อ พนักงานทำความสะอาดพื้นด้วยน้ำยา..... ☐ ผู้ป่วยรายติดเชื้อ ทำผ่าตัดเป็นรายสุดท้ายของห้อง <u>อุปกรณ์</u> ☐ มีแถบวัดและวันที่ที่แสดงถึงการปลอดเชื้อ <u>ผิวหนัง</u> ☐ บริเวณที่เตรียมผิวหนังมีแผลมีดบาด ☐ ฟอกบริเวณผ่าตัดด้วยสบู่ยา ☐ ทาผิวหนังด้วยยาฆ่าเชื้อ ☐ ดูแลเปลี่ยนผ้าใกล้บริเวณผ่าตัดให้แห้งเสมอ..... <u>อุบัติการณ์</u>☐ ถุงมือรั่ว..... ☐ เปลี่ยนถุงมือ..... ☐ ในการผ่าตัดปนเปื้อนอุจจาระ

หมายเหตุ: บันทึกหน้าที่ 1 เป็นระยะก่อนผ่าตัด หน้าที่ 2-3 เป็นระยะผ่าตัด มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลรวม 6 ข้อ หน้าที่ 4 เป็นระยะหลังผ่าตัด และเฉพาะด้านหลังหน้าที่ 1,3 และ 4 มีช่องว่างให้บันทึกเมื่อวินิจฉัยพบปัญหาเพิ่ม

แบบบันทึกการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ชื่อ .....นามสกุล..... อายุ ..... ปี HN. .....หอผู้ป่วย.....

ห้องพักฟื้น วันที่.....เวลา.....น.

สภาพผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น

☐ ผู้ป่วยเรียกรู้สึกตัว - ลืมตา ☐ ทำตามคำสั่งได้

☐ อื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกาย ☐ ปกติ ☐ หนาวสั่น

การพยาบาล ☐ ห่มผ้า ☐ กระเป๋าน้ำร้อน ☐ N/A

การแพ้ยา ☐ ไม่มี ☐ ผื่นบริเวณ..... ☐ อื่นๆ.....

แผลผ่าตัด ☐ แห้งสะอาด ☐ มีโลหิตซึมเล็กน้อย ☐ โลหิตซึมมากและเปลี่ยนผ้าปิดแผลใหม่

ท่อระบาย ☐ Vacuum ☐ Penrose ☐ Chest ☐ Gauze

☐ ทำงานดี ☐ ไม่ดี-แก้ไขแล้ว ☐ ไม่ได้ใช้

ปัญหาอื่นๆ..... ☐ N /A

วินิจฉัยการพยาบาลข้อ 1 .....

การพยาบาล .....

ประเมินผล .....

☐ ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย ย้ายจากห้องผ่าตัดเวลา.....น.

ลงชื่อ .....ตำแหน่ง.....

หอผู้ป่วย วันที่..... เวลา.....น.

สภาพผู้ป่วยทั่วไป ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้ ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ☐ อ่อนเพลีย ☐ มีผู้ช่วยเหลือ

☐ อื่นๆ.....

สภาพจิตใจ ☐ ระบายความรู้สึก ☐ กังวล ☐ อื่นๆ.....

การประเมินการพยาบาลผ่าตัดในระยะผ่าตัด

หลังการจัดท่า ☐ ไม่มีอาการชา ☐ มี บริเวณ .....

☐ ไม่มีอาการปวด ☐ มี บริเวณ .....

แผลผ่าตัด ☐ ยังไม่เปิดแผล ☐ สังเกตแผลจากภายนอก ไม่มีเลือดซึม ☐ แผลมีเลือดซึม / สารคัดหลั่ง ซึมเปื้อน

☐ เปิดล้างแผลแล้ว ☐ สังเกตแผลไม่มีเลือดซึม ☐ แผลมีเลือดซึม / สารคัดหลั่ง ซึมเปื้อน

ผิวหนังและปุ่มกระดูก ☐ ปกติ ☐ มีรอยแดง ที่..... ☐ ถลอก ที่..... ☐ รอยไหม้ ที่ .....

ผู้ป่วยทราบผลผ่าตัด ☐ Implant ที่ใส่ในร่างกาย ..... ☐ N /A

☐ การผ่าตัด (ระบุอวัยวะ)..... ☐ N/A

ปัญหาอื่นๆ- การวินิจฉัยข้อ 1 - การพยาบาล - ประเมินผล ..... ☐ N /A

คู่มือการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด
โดยใช้กระบวนการพยาบาล

คำอธิบายแบบบันทึกหน้าที่ 1 : ทั่วไป

1. ลักษณะการบันทึก

แบบบันทึกนี้ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เย็บรวมกัน 4 แผ่น โดยให้

1.1 แผ่นที่ 1 (สีชมพู) บันทึกในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 1 แผ่น ที่หอผู้ป่วยบันทึกโดยพยาบาลผู้เยี่ยมผู้ป่วย บันทึกเสร็จแล้วเก็บลงแฟ้มในห้องผ่าตัด และบันทึกในระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด บันทึกโดยพยาบาลช่วยรอบนอก หรือพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยจริงในช่วงนี้

1.2 แผ่นที่ 2 (สีเขียว) บันทึกในระยะผ่าตัด จำนวน 2 แผ่น แผ่นที่ 2-3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย บันทึกโดยพยาบาลช่วยรอบนอก บันทึกเสร็จแล้วเก็บลงแฟ้มในห้องผ่าตัด

1.3 แผ่นที่ 4 (สีม่วงอ่อน) บันทึกในระยะหลังผ่าตัด จำนวน 1 แผ่น บันทึกโดยพยาบาลผู้เยี่ยมผู้ป่วย บันทึกเสร็จแล้วเก็บลงแฟ้มในห้องผ่าตัด

2. รูปแบบการบันทึก

บันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด ใช้รูปแบบการบันทึก ดังนี้

2.1 เครื่องหมาย .....เป็นช่องว่างให้เขียนข้อความเพิ่มเติม

2.2 เครื่องหมาย ☐ ต่อด้วยข้อความ ผู้บันทึกเลือกข้อความที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยรายนั้นๆ แล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

2.3 ✓ ใน ☐ N/A (non applicable) หน้ากิจกรรมการพยาบาลใดๆ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวไม่จำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยรายนั้น

2.4 ✓ ใน ☐ N/A (non applicable) หน้าปัญหา/เหตุการณ์ใดๆ หมายถึง ปัญหา/เหตุการณ์ดังกล่าว ไม่เกิดขึ้น

3. หลักการลงบันทึก

3.1 จะใช้แบบบันทึกพร้อมกับมีกิจกรรมการพยาบาล หรือ กระทำกิจกรรมการพยาบาลเสร็จก่อนแล้วจึงมีการบันทึกก็ได้

3.2 ใช้ปากกาหมึกสีน้ำเงิน / ดำ เท่านั้น

3.3 เมื่อเขียนผิด ขีดเส้นทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับ

3.4 เมื่อบันทึกเสร็จในระยะใด ลงชื่อ-สกุล ผู้ลงบันทึกตามระยะที่ลงบันทึก

3.5 ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ HN. หอผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกแผ่น

คำอธิบายแบบบันทึกหน้าที่ 1: การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ก. ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

1. ประวัติการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วย ✓หน้าช่อง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ โรคต่อมไร้ท่อ

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....= เป็นโรคอื่นนอกจากนี้

☐ สุขภาพแข็งแรง = ผู้ป่วยไม่เป็นโรคใดๆ

2. สภาพความพร่อง

☐ การมองเห็น เช่น ต้อกระจก ต้อหิน / ☐ การได้ยิน เช่น หูตึงในวัยสูงอายุ

☐ การเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยกระดูกหัก ต้องใช้ไม้เท้าในการเดิน

☐ อื่นๆ = การพูด พูดไม่ชัดจาก CVA เขียนรายละเอียดเพิ่มใน ... / หรือมีอวัยวะเทียม เช่น ข้อตะโพก ควรระวังขณะเคลื่อนย้าย หรือจัดท่า / การใส่คอนแทคเลนส์

☐ ปกติ = เมื่อไม่มีสภาวะพร่องใดๆ ที่กล่าวมา

3. วินิจฉัยการพยาบาล ข้อ 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากเรื่องใด ✓ หน้า ☐ เรื่องนั้น

☐ อื่นๆ = นอกเหนือจากที่แบบบันทึกมีให้

4. การพยาบาล เลือกการพยาบาลที่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัย เช่น

☐ ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ของตนเอง เลือก ✓ ☐ การพยาบาลแนะนำสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

☐ ผู้ป่วยมีความพร่องเรื่องความรู้ เลือก ✓ ☐ การพยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

☐ อื่นๆ = นอกเหนือจากที่แบบบันทึกมีให้

5. ประเมินผล = ระบุให้เห็นว่า ☐ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง จาก สีหน้า/ ท่าทาง/ คำพูด อย่างไร

6. ลงชื่อ-ตำแหน่ง เมื่อท่านเยี่ยมเสร็จ

7. หากมีปัญหาเพิ่มเติมบันทึกข้อวินิจฉัย 3-4 เพิ่มที่ หลังแบบบันทึกหน้า 1ในช่องหอผู้ป่วย

แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก

ขั้นตอนของกระบวนการบันทึก	รายการ	บันทึก (1)	ไม่บันทึก (0)
1.การประเมินภาวะสุขภาพ 1.1 การรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมก่อนผ่าตัด	-มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย จากการสังเกต / การสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือ ญาติ / การตรวจร่างกาย และสภาพจิตใจในเรื่องต่อไปนี้ 1.1.1 ข้อมูลทั่วไป		
	1.1.2 สภาพบุคคล ก. สภาพความพร่องของผู้ป่วย		
	ข. สภาพจิตใจ		
	1.1.3 กระบวนการความคิด และการรับรู้ ก. ความรู้-ความเข้าใจ		
	ข. ภาพลักษณ์		
	ค. การสื่อสาร		
	1.1.4 แบบแผนการดำรงชีวิตในอดีต ก. ประวัติการเจ็บป่วย		
	ข. การใช้สารเสพติด		
1.2 การรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมหลังผ่าตัด	1.2.1 สภาพทั่วไป		
	1.2.2 ความรู้ความเข้าใจ		
2. การวินิจฉัยการพยาบาล 2.1 กำหนดความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย	2.1.1 มีการบันทึกความต้องการการพยาบาลและปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
	ระยะก่อนผ่าตัด ก. ที่หอผู้ป่วย		
	ข. ที่ห้องผ่าตัด		
	ระยะผ่าตัด		
	ระยะหลังผ่าตัด ก. ที่ห้องพักฟื้น		
	ข. ที่หอผู้ป่วย		

ขั้นตอนของกระบวนการบันทึก	รายการ	บันทึก (1)	ไม่บันทึก (0)
3. แผนและการปฏิบัติการพยาบาล 3.1 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดได้	3.1.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ระยะก่อนผ่าตัด ก. ที่หอผู้ป่วย		
	ข. ที่ห้องผ่าตัด		
	ระยะผ่าตัด		
	ระยะหลังผ่าตัด ก. ที่ห้องพักฟื้น		
	ข. ที่หอผู้ป่วย		
3.2 เขียนบันทึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งที่ได้กระทำให้ผู้ป่วย	3.2.2 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยระบุวัน / เวลา ปฏิบัติจริง		
4. การประเมินผลการพยาบาล	4.1.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ก. ที่หอผู้ป่วย		
	ข. ที่ห้องผ่าตัด		
	ระยะผ่าตัด		
	ระยะหลังผ่าตัด ก. ที่ห้องพักฟื้น		
	ข. ที่หอผู้ป่วย		

คะแนน
26

.....ผู้ตรวจ

สถาบันวิทยบริการ

คู่มือการตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการบันทึก

ข้อตกลงเบื้องต้น กระบวนการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และถือว่ามี "การบันทึก" จะต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. มีการเขียนเครื่องหมาย ✓ ซึ่งมีลักษณะการใช้ดังนี้

ก. ✓ หน้า ☐ กิจกรรมการพยาบาลใดๆ หมายถึง พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆให้ผู้ป่วย

ข. ✓หน้า ☐ N/A (non applicable)กิจกรรมการพยาบาลใดๆ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวไม่จำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยรายนั้น

ค. ✓ หน้า ☐ N/A (non applicable)หน้าปัญหา/เหตุการณ์ใดๆ หมายถึง ไม่มีปัญหา/เหตุการณ์นั้นๆ ขึ้น

2. มีการเขียนข้อความเพิ่มเติมในเครื่องหมาย .....ที่เป็นช่องว่าง

3. การบันทึกโดยวิธีทั้งสองข้อที่กล่าวมา ต้องครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ รวม 10 คะแนน

1.1 การรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมก่อนผ่าตัด

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้เพื่อการรักษาโดยการผ่าตัด ในหน้าที่ 1-4

ให้คะแนน: ข้อละ 0.5 คะแนน ในแต่ละข้อหากบันทึกไม่สมบูรณ์ ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ขาด HN. หรือหอผู้ป่วย ให้ 0 คะแนน

1.1.2 สภาพบุคคล หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

ก. บันทึกสภาพความพร่องของผู้ป่วย อย่างน้อย 1 จุด และ/หรือ บันทึกปัญหาทางห้องปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือปกติ ให้ 1 คะแนน

ข. 1 บันทึกสภาพจิตใจ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลจากที่พยาบาลสังเกตผู้ป่วย (1.9)ในเรื่องความเครียด บันทึกอย่างน้อย 1 จุด หรืออื่นๆ ให้ 1 คะแนน

1.1.3 กระบวนการความคิด และการรับรู้ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูล ดังนี้

ก. ด้านความรู้-ความเข้าใจ เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยบอก 1 จุด ให้ 1 คะแนน

ข. ภาพลักษณ์ หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความคิดของผู้ป่วยต่อตนเอง ความรู้สึกความพอใจต่อการผ่าตัดครั้งนี้ หรือ N/A ให้ 1 คะแนน

1.1.4 แบบแผนการดำรงชีวิตในอดีต หมายถึง มีการบันทึกข้อมูล ดังนี้

ก. ประวัติการเจ็บป่วย หมายถึง มีการบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ ด้วยโรคทางกายบันทึกอย่างน้อย 1 จุด หรือสุขภาพแข็งแรง ให้ 1 คะแนน

1.2 การรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมหลังผ่าตัด หมายถึง มีการบันทึกข้อมูล ดังนี้

1.2.1 สภาพทั่วไป หมายถึง มีการบันทึกสภาพผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองหลังผ่าตัดว่าอยู่ในระดับใด สามารถเปรียบเทียบความให้เห็นความเปลี่ยนแปลงกับก่อนผ่าตัดได้บันทึกอย่างน้อย 1 จุด ให้ 1 คะแนน

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล รวม 5 คะแนน

2.1 กำหนดความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเลือก ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่ต้องการ หรือ N/A หรือ เลือกเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเติมใน..... หากมีการลงบันทึกเลือก ✓ หน้าข้อวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและที่ห้องเตรียมผ่าตัด/ ระยะผ่าตัด/ ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย ให้ 1 คะแนน

หมายเหตุ : หากเลือก ✓ N/A หน้าปัญหาข้อใด หมายถึงไม่มีปัญหาให้เขียนข้อวินิจฉัย แต่จะให้คะแนนในข้อวินิจฉัยนั้น เพราะถือว่าพยาบาลได้ประเมินแล้วว่าไม่มีปัญหา

3. การปฏิบัติการพยาบาล รวม 6 คะแนน

3.1 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล หมายถึง

3.1.1 มีการบันทึกที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้หรือบันทึกเพิ่มเติมในช่องว่าง.....โดยเลือก ✓ หน้าข้อการปฏิบัติการพยาบาล หรือ N/A หรือ เลือกเขียนการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมใน..... ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและที่ห้องเตรียมผ่าตัด/ ระยะผ่าตัด/ ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด และระยะก่อนผ่าตัด บันทึกอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ 1 คะแนน รวม 4 คะแนน

ระยะผ่าตัด บันทึกการพยาบาลสมบูรณ์อย่างน้อยใน 1 ข้อวินิจฉัย และ/หรือบันทึกสมบูรณ์ 1-6 ข้อวินิจฉัย ให้ 1 คะแนน เช่น

ก. แผนและการปฏิบัติพยาบาลที่ 1 บันทึกท่าละอย่างน้อย 2 ช่อง ให้ 1 คะแนน

ข. แผนและการปฏิบัติพยาบาลที่ 2 บันทึกอย่างน้อย 3 ช่อง จาก การทำความสะอาดพื้นห้อง หรือเครื่องมือมีแถบวัด-วันที่ หรือฟอกสบู่ยา หรือทายาที่ผิวหนัง หรือดูแลเปลี่ยนผ้าใกล้บริเวณผ่าตัดให้แห้งเสมอ หรือบุคคลเข้าออก หรือ N/A เมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อ ให้ 1 คะแนน

หมายเหตุ : หากเลือก ✓ N/A หน้าข้อวินิจฉัยใด หมายถึงไม่มีข้อวินิจฉัยให้เขียนการพยาบาล แต่จะให้คะแนนในการพยาบาลข้อนั้น เพราะถือว่าพยาบาลได้ประเมินแล้วว่าไม่มีข้อวินิจฉัย

3.1.2 มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยระบุ วันเวลา ปฏิบัติจริง หมายถึง เมื่อบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเสร็จแล้ว ระบุชื่อ-สกุลผู้บันทึก และวันเวลาด้วยทุกครั้ง บันทึกครบ 4 จุด ให้ 1 คะแนน

4. การประเมินผลการพยาบาล รวม 5 คะแนน

4.1 บันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในระยะผ่าตัด ที่แสดงผลของการให้การพยาบาลผ่าตัด เช่น บันทึกจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกาย แผลผ่าตัดหรือท่อระบายหรือปกติ หรือ N/A ให้จุดละ 1 คะแนน รวม = 4 คะแนน

4.2 บันทึกที่แสดงว่าพยาบาลได้ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยทราบผลการผ่าตัดหรือ N/A และ/หรือ บันทึก Implant ที่ใส่ในร่างกายหรือ N/A 1 จุด ให้ 1 คะแนน

แบบตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง

ระยะ	รายการ	บันทึก (1)	ไม่บันทึก (0)
ก่อนผ่าตัด	1. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับระยะหลังผ่าตัด ในเรื่อง(สภาพร่างกาย, สภาพจิตใจ, การแพ้ยา/สารอื่นๆ)		
	2. มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดอาการแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เรื่อง (ขั้นตอนการผ่าตัดคร่าวๆ, การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด)		
	3. มีบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยการผ่าตัด ในเรื่อง (ผู้ป่วยรับการผ่าตัดถูกต้อง / ถูกคน / ถูกการผ่าตัด / ผู้ป่วยรับทราบถึงการผ่าตัดของตนเอง)		
	4. มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้น 4.1 ระยะก่อนผ่าตัด		
	4.2 ระยะผ่าตัด		
	4.3 ระยะหลังผ่าตัด		
ระยะผ่าตัด	5. มีการบันทึกเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดอาการแทรกซ้อน 5.1 ระยะก่อนผ่าตัด		
	5.2 ระยะผ่าตัด		
	5.3 ระยะหลังผ่าตัด		
ระยะหลังผ่าตัด	6. มีการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลในระยะผ่าตัด ใน 6.1 ระยะก่อนผ่าตัด		
	6.2 ระยะผ่าตัด		
	6.3 ระยะหลังผ่าตัด		
	7. มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย		

คะแนน=
13

.....ผู้ตรวจ

คู่มือการตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง

ระยะก่อนผ่าตัด

1. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับระยะหลังผ่าตัด

หมายถึง มีการบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างได้ เช่น สภาพความเครียดขณะก่อนผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดที่พยาบาลสังเกตได้และเมื่อผู้ป่วยระบายความรู้สึกโดยผู้ป่วยบอกกล่าวในสิ่งที่เกี่ยวกับการผ่าตัด การช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย สภาพผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองหลังผ่าตัด ว่าอยู่ในระดับใด และประวัติการแพ้ยา หรือสารอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารการใช้ยาได้ถูกต้อง แต่ละข้อย่อยที่กล่าวมาบันทึกอย่างน้อย 1 จุดให้ 1 คะแนน

2. มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดอาการแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

หมายถึง มีการบันทึกเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด แต่ละข้อย่อยที่กล่าวมาบันทึกอย่างน้อย 1 จุดให้ 1 คะแนน

3. มีบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยการผ่าตัด

หมายถึง มีการบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยและถูกต้อง ในเรื่องผู้ป่วยรับการผ่าตัด ถูกต้อง /ถูกคน/ถูกการผ่าตัด พนักงานเปลรับผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์ม ผู้ป่วยบอกชื่อได้ด้วยตัวเองหรือสอบถามชื่อจากญาติ การเตรียมร่างกายผู้ป่วยครบถ้วน ใบยินยอมผ่าตัดสมบูรณ์ครบถ้วน ผู้ป่วยเข้าใจชนิดของการผ่าตัด บันทึกครบ 3 จุดให้ 1 คะแนน

4. มีการบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หมายถึง มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล ถึงภาวะเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เมื่อทราบข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป โดยเลือก ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่ต้องการ หรือ N/A หรือ เลือกเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเติมใน..... หากมีการลงบันทึกเลือก ✓ หน้าข้อวินิจฉัยอย่างน้อย 1 จุด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ให้ระยะละ 1 คะแนน

ระยะผ่าตัด

5. มีการบันทึกเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดอาการแทรกซ้อน

หมายถึง มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ ลงบันทึกในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและหรือที่ห้องเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหรือหอผู้ป่วย เพื่อลดอาการแทรกซ้อนตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด บันทึกอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ระยะละ 1 คะแนน

ระยะผ่าตัด บันทึกการพยาบาลสมบูรณ์อย่างน้อยใน 1 ข้อวินิจฉัย และ/หรือบันทึกสมบูรณ์ 1-6 ข้อวินิจฉัย ให้ 1 คะแนน เช่น แผนและการปฏิบัติพยาบาลที่ 1 บันทึกการพยาบาลจัดท่าท่าละอย่างน้อย 2 จุด ให้ 1 คะแนน

ระยะหลังผ่าตัด

6. มีการบันทึกการประเมินผลการพยาบาลในระยะผ่าตัด

หมายถึง มีการบันทึกการประเมินผลการพยาบาล ลงบันทึกในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและหรือที่ห้องเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหรือหอผู้ป่วย บันทึกการประเมินผลอย่างน้อย 1 จุด ให้ระยะละ 1 คะแนน

7. มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในระยะหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย

หมายถึง มีการบันทึกเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลว่าขณะผ่าตัด มีการผ่าตัดอวัยวะส่วนใดออก อุปกรณ์ผ่าตัดชนิดใดที่ใส่ในร่างกาย บันทึกอย่างน้อย 1 จุด ให้ 1 คะแนน

แบบตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย

รายการ	บันทึก (1)	ไม่บันทึก (0)
1. บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วย 1.1 ก่อนให้การพยาบาลผ่าตัด		
1.2 หลังให้การพยาบาลผ่าตัด.		
2. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด 2.1 ระยะก่อนผ่าตัด		
2.2 ระยะผ่าตัด		
2.3 ระยะผ่าตัด		
3. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ 3.1 ระยะก่อนผ่าตัด		
3.2 ระยะผ่าตัด		
3.3 ระยะผ่าตัด		
4. บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม		
5. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วย		
6. บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย 6.1 ระยะก่อนผ่าตัด		
6.2 ระยะหลังผ่าตัด.		
6.3 ระยะหลังผ่าตัด.		
7. บันทึกแสดงถึงเวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง		
8. บันทึกสามารถอ่านได้โดยง่าย สะอาด เรียบร้อย		
9.ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล		
10. ลงชื่อ-สกุล ตำแหน่งของผู้บันทึก ทุกครั้ง		
11. บันทึกชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ หอผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกใบ		
12.บันทึกด้วยหมึกปากกาสีน้ำเงิน / สีดำ		
13. ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับ เมื่อเขียนผิด		

คะแนน=
17

คู่มือการตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย

1. บันทึกเห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังให้การพยาบาลผ่าตัด

หมายถึง บันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลผ่าตัด คือ สภาพความเครียดขณะก่อนผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดที่พยาบาลสังเกตได้ การช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย และหลังให้การพยาบาลผ่าตัด เช่น สภาพผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองหลังผ่าตัด ว่าอยู่ในระดับใด สามารถเปรียบเทียบความให้เห็นความเปลี่ยนแปลงกับก่อนผ่าตัดได้ บันทึกอย่างน้อย 1 ช่อง ให้ระยะละ 1 คะแนน

2. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

หมายถึง มีการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่มีอยู่ ตามความรู้การพยาบาลผ่าตัด โดยเลือก ✓ หน้าข้อวินิจฉัยที่ต้องการ หรือ N/A หรือ เลือกเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเติมใน..... หากมีการลงบันทึกเลือก ✓ หน้าข้อวินิจฉัยอย่างน้อย 1 จุด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ให้ระยะละ 1 คะแนน

3. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

หมายถึง มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่มีอยู่ ตามการผ่าตัดนั้นๆ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด บันทึกอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ระยะละ 1 คะแนน ระยะผ่าตัด บันทึกการพยาบาลสมบูรณ์อย่างน้อยใน 1 ข้อวินิจฉัย และ/หรือบันทึกสมบูรณ์ 1-6 ข้อวินิจฉัย ให้ 1 คะแนน เช่น แผนและการปฏิบัติพยาบาลที่ 1 บันทึกการพยาบาลจัดท่าท่าละอย่างน้อย 2 จุด ให้ 1 คะแนน

4. บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อความเหมาะสม

หมายถึง มีการบันทึกเมื่อผู้บันทึกประเมินผู้ป่วย พบปัญหาใหม่นอกเหนือจากที่มีในแบบบันทึกนี้ในส่วนที่มีเครื่องหมาย.....บันทึกแผนการพยาบาล อย่างน้อย 1 ระยะหรือ N/A ให้ 1 คะแนน

5. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

หมายถึง เป็นส่วนต่อเนื่องจากข้อ 3 เมื่อมีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในแบบบันทึกแล้ว ถือว่ามีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง ให้คะแนนครึ่งหนึ่งของข้อ 3

6. บันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย

หมายถึง มีการบันทึกที่แสดงถึงผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บันทึกการประเมินอย่างน้อย 1 จุดหรือ N/A ให้คะแนนระยะละ 1 คะแนน

7. บันทึกแสดงถึงเวลาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

หมายถึง มีการบันทึกระบุวันที่ เวลา เมื่อมีการเยี่ยมและบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดเสร็จสิ้น บันทึกครบ 4 จุดให้ 1 คะแนน

8. บันทึกสามารถอ่านได้โดยง่าย สะอาด เรียบร้อย

หมายถึง มีการบันทึกที่ผู้อ่าน สามารถอ่านได้รู้เรื่องโดยสะดวก บันทึกมีลักษณะที่น่าอ่านเป็นระเบียบเรียบร้อย ข้อความเขียนอ่านยาก พิจารณาโดยผู้ตรวจ 2 คน แล้วอ่านไม่ออกว่าให้ 0 คะแนน

9.ใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล

หมายถึง มีการบันทึกโดยใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ศัพท์เทคนิคที่นิยมใช้ในทีมสุขภาพ หรือใช้คำย่อ สัญลักษณ์ที่เป็นสากล หรือใช้คำเต็มทั้งหมด ให้ 1 คะแนน

10. ลงชื่อ-สกุล ตำแหน่งของผู้บันทึก ทุกครั้ง

หมายถึง มีการบันทึกชื่อ-สกุลของผู้บันทึก เมื่อมีการเยี่ยมและบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดเสร็จสิ้น จำนวน 4 ตอน บันทึกครบ 4 จุดให้ 1 คะแนน

11. บันทึกชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ หอผู้ป่วย ในแบบบันทึกทุกใบ

บันทึกครบ 4 จุด ให้ 1 คะแนน หากบันทึกไม่สมบูรณ์ให้ 0 คะแนน

12. บันทึกด้วยหมึกปากกาสีน้ำเงิน หรือ สีดำ

หมายถึง มีการบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยใช้ปากกาหมึกสีน้ำเงิน หรือสีดำเท่านั้น

13. ขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับ เมื่อเขียนผิด

หมายถึง มีการแก้ไขข้อความที่เขียนผิด โดยขีดเส้นตรงทับที่เขียนผิด แล้วลงชื่อผู้บันทึกกำกับขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด แล้วลงชื่อกำกับ เมื่อเขียนผิดทุกตำแหน่ง หรือไม่มีขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิด ให้ 1 คะแนน

แบบสอบถามความคล่องตัวในการบันทึก

ตอนที่ 1

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อรายการที่สอบถามความรู้สึกของท่าน เกี่ยวกับความคล่องตัวในการบันทึกแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องขวามือท้ายรายการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว ตามความรู้สึกของท่าน

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง น้อยที่สุด หรือ ไม่เกิดขึ้นเลย
หมายเลข 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง น้อย (ประมาณ 25 %)
หมายเลข 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง ปานกลาง (ประมาณ 50 %)
หมายเลข 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง มาก (ประมาณ 75 %)
หมายเลข 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง มากที่สุด (ประมาณ 100 %)

รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1. ข้อความที่ใช้สามารถสื่อสารได้เข้าใจ					
2.การบันทึกแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่อง					
3.ขนาดตัวอักษรเหมาะสม ชัดเจน					
4. การจัดลำดับเนื้อหาเหมาะสม					
5. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างสะดวก					
6. ท่านสามารถจัดข้อมูลที่รวบรวมที่ได้เป็นหมวดหมู่					
7. ท่านสามารถเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลสนับสนุน ได้โดยสะดวก					
8. ท่านสามารถเพิ่มเติม / เปลี่ยนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้โดยสะดวก					

รายการ	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
9. ท่านสามารถเขียนแผนการพยาบาลได้โดยสะดวก					
10. ท่านสามารถเพิ่มเติม / เปลี่ยนแผนการพยาบาลได้โดยสะดวก					
11. แบบบันทึกทำให้ช่วยให้ท่านสามารถ ตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น					
12. ท่านคิดว่าแบบบันทึกนี้ใช้เวลาไม่มาก					
13. ท่านสามารถบันทึกได้ครบถ้วนในแต่ละระยะ					
14. แบบบันทึกนี้ช่วยให้การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีความต่อเนื่อง					
15.โดยสรุปท่านคิดว่าการใช้แบบบันทึกนี้ ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ท่านในการบันทึก					
16. ท่านคิดว่าแบบบันทึกนี้มีความจำเป็นในการปฏิบัติงานของท่าน					

แบบสอบถามการรับรู้ค่าของวิชาชีพการพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง : โปรดตอบข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โดยการเขียนเครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ ตามความเป็นจริง

1. วุฒิการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาล

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ ปริญญาตรี

2. อายุ ..... ปี

3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ..... ปี

4. ขณะท่านปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด ท่านได้รับการอบรมการพยาบาลผ่าตัดเพิ่มเติม จากสถาบันต่างๆ รวมระยะเวลา .....ปี.....เดือน.....วัน

ตอนที่ 2

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อรายการที่สอบถามความรู้สึกของท่าน เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล เนื่องมาจากปฏิบัติการพยาบาลที่มีแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือท้ายรายการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว ตามความรู้สึกของท่าน

หมายเลข 1 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพน้อยมาก คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง น้อยที่สุด หรือ ไม่เกิดขึ้นเลย

หมายเลข 2 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพน้อย คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง น้อย (ประมาณ 25 %)

หมายเลข 3 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพปานกลาง คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง ปานกลาง (ประมาณ 50 %)

หมายเลข 4 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพมาก คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง มาก (ประมาณ 75 %)

หมายเลข 5 หมายถึง การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นเกิดขึ้นจริง มากที่สุด (ประมาณ 100 %)

รายการ	การรับรู้คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล				
	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
1. การตัดสินใจและสั่งการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จำเป็นต้องอาศัยคำสั่งจากแพทย์ ⊕					
2. ท่านใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการปฏิบัติพยาบาล ⊕					
3. ท่านสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างอิสระ ในงานที่ได้รับมอบหมาย ⊕ ✸					
4. ท่านสามารถแนะนำผู้ป่วย ในเรื่องการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้เหมาะสม ⊕					
5. ความสำคัญของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย และการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล มีผลให้ท่านต้องให้ความสำคัญของระบบเอกสารมากขึ้น ✸					
6. การมีเอกสารทางการพยาบาล จะช่วยให้การตรวจสอบทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาลชัดเจนมากขึ้น ⊕					
7. การปฏิบัติการพยาบาลที่ท่านบันทึก สามารถบอกถึงความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาลได้ ✸					
8. ท่านปฏิบัติการพยาบาลโดยเสมอภาค ไม่คิดถึงความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจ และความรู้ ⊕					
9. ท่านไม่จำเป็นที่ต้องเข้าอบรมวิชาการเพิ่มเติม ทั้งที่จัดขึ้นในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน เพราะมีทักษะในการปฏิบัติงานประจำวัน เพียงพอแล้ว ⊕					
10. ท่านมีส่วนสร้างบรรยากาศของการทำงานที่ดี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางานการพยาบาล ✸					

หมายเหตุ : ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์แทนที่มาของการสร้างข้อคำถามดังนี้

⊕ จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

✸ จากแนวคิดการรับรู้คุณค่าของฮอฟฟาทและวู้ด (1996)

ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามประสิทธิภาพการบันทึกด้านความคล่องตัวในการบันทึก และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล เป็นเครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่า ใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟา (α - Coefficient)

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left\{1-\frac{\sum s_i^2}{S_t^2}\right\}$$

α แทน ค่าความเชื่อมั่น

k แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

2. ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบแบบตรวจสอบประสิทธิภาพของการบันทึกทั้ง 3 ด้าน ใช้วิธีของ William A. Scott (Ober, Bentlely และ Miller, 1971)

$$\pi = \frac{Po-Pe}{1-Pe}$$

เมื่อ π = ความเที่ยงของการสังเกต

Po = อัตราส่วนของความน่าจะเป็นของการตรวจสอบประสิทธิภาพแบบบันทึกทั้ง 3 ด้าน ของผู้ตรวจสอบ 2 คน ได้ตรงกัน

Pe = อัตราส่วนของความน่าจะเป็นของการประสิทธิภาพแบบบันทึกทั้ง 3 ด้าน ของผู้ตรวจสอบ 2 คน ตรงกัน ได้จากสัดส่วนคะแนนการตรวจสอบประสิทธิภาพแบบบันทึกที่มีจำนวนสูงสุดและรองลงมา

3. ค่าประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุม ด้านการบริหารความเสี่ยงและด้านความถูกต้องตามกฎหมายรายข้อ ใช้หาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.1 $$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^{n} X_1}{n}$$

เมื่อ $\bar{x}$ = ค่าเฉลี่ย

$\sum_{i=1}^{n}$ = รวมตั้งแต่ค่าที่ 1, 2, ..., ถึง n

X_i = ค่าสังเกตแต่ละค่า

n = จำนวนค่าสังเกตทั้งหมด

3.2 S.D. = $\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})^2}{n}}$

เมื่อ $\sum (x_i - \bar{x})^2$ = ผลรวมของค่าเบี่ยงเบนของค่าสังเกตแต่ละค่าจากค่าเฉลี่ยยกกำลังสอง

n = จำนวนค่าสังเกต

4. การเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล ทดสอบสมมุติฐานโดยการใช้สถิติแบบ Wilcoxon Signed Ranks Test

$d_i = X_i - Y_i$

เมื่อ i = 1, 2, 3 ....., n

ประวัติผู้เขียน

นางสาวจริดาภรณ์ ธนบัตร เกิดวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2509 ที่อำเภอเมือง จังหวัดระนอง สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ เมื่อ พ.ศ. 2531 สำเร็จปริญญาตรีสาขาบริหารสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อ พ.ศ. 2535 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2541 ปัจจุบันรับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง