

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศึกษากลุ่มของตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด ระดับการศึกษา การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน โดยใช้ตัวอย่างประชากรทั้งสิ้น 298 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มหรือลดตัวแปรเป็นขั้น ๆ (Stepwise Multiple regression Analysis)

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ลักษณะตัวอย่างประชากร

1.1 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่เป็นตัวอย่างประชากรมีอายุระหว่าง 26-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคืออายุระหว่าง 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.2 และน้อยที่สุดคืออายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.8

1.2 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่เป็นตัวอย่างประชากรมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาระหว่าง 6-10 ปี และ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.5 และ 12.4 ตามลำดับ น้อยที่สุดคือ 21 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 2.3

1.3 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.2 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 12.4 น้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรี มีเพียงร้อยละ .3

2. ระดับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในตัวอย่างประชากร

2.1 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นตัวอย่างประชากรอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.82$ )

2.2 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นการรวบรวมประเมินข้อมูล (Assesment) อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 3.05$ )

2.3 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นการวางแผนให้การพยาบาล (Planning) อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 4.02$ )

2.4 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นลงมือปฏิบัติ (Implementation) อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 4.23$ )

2.5 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.96$ )

3. การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด และสามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด จากตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 6 ตัว ได้ข้อค้นพบดังนี้

3.1 ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $r = .29$  .45 และ .43 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $R = .4822$ ) สามารถร่วมกันอธิบายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ร้อยละ 22.73 ( $R^2 = .2273$ )

สมการพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเขียนในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .2835ZB + .2449ZC$$

3.2 ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นของการรวบรวมประเมินข้อมูล (Assesment) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $r = .16$  .33 และ .28 ตามลำดับ)

ตัวพยากรณ์ที่สามารถทำนาย การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นของการรวบรวมประเมินข้อมูล (Assesment) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเพียงตัวแปรเดียวคือ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นการรวบรวมประเมินข้อมูลได้ร้อยละ 10.46 ( $R^2 = .1046$ )

สมการพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นการรวบรวมประเมินข้อมูล (Assesment) เมื่อเขียนในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_1 = .3280ZB$$

3.3 ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นของการวางแผนให้การพยาบาล (Planning) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $r = .28$  .42 และ .45 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันทำนายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในขั้นของการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด ( $R = .4777$ ) สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นการวางแผนให้การพยาบาลได้ร้อยละ 22.30 ( $R^2 = .2230$ )

สมการพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาล  
ห้องผ่าตัดในชั้นการวางแผนให้การพยาบาล เมื่ออยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\tilde{Z}_2 = .2962ZC + .2266ZB$$

3.4 ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทาง  
การพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการลงมือปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
คือ การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายใน  
ในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $r = .31, .39$  และ  $.42$  ตามลำดับ)

กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหา  
ทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการลงมือปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
มี 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมการปฏิบัติ  
งานในห้องผ่าตัด ( $R = .4507$ ) สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของการใช้กระบวนการแก้  
ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการลงมือปฏิบัติ ได้ร้อยละ 19.78 ( $R^2 =$   
.1978)

สมการพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาล  
ห้องผ่าตัดในชั้นการลงมือปฏิบัติ เมื่ออยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\tilde{Z}_3 = .3505ZC + .1793ZA$$

3.5 ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทาง  
การพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการประเมินผลการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.05 คือ การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสาร  
ภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $r = .19, .35$  และ  $.29$   
ตามลำดับ)

ตัวพยากรณ์ที่สามารถทำนายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล  
ของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการประเมินผลการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
มีเพียงตัวแปรเดียวคือ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถอธิบายความ  
ผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการประเมิน  
ผลการพยาบาล ได้ร้อยละ 11.92 ( $R^2 = .1192$ )

สมการพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาล  
ห้องผ่าตัดในชั้นการประเมินผลการพยาบาล เมื่ออยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_4 = .3496ZB$$

### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย จะนำเสนอเรียงตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดย  
จะแยกการอภิปรายออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาล  
ศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า ระดับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของ  
พยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ซึ่ง  
สอดคล้องกับคริสโค (Joan Driscoll 1976 : 208) ที่กล่าวว่า พยาบาลห้องผ่าตัดจะทำงาน  
เกี่ยวข้องอยู่กับกระบวนการแก้ปัญหาอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอน จะพบว่า  
ระดับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในชั้นของการรวบรวมประเมินข้อมูลและในชั้นของการประเมินผล  
การพยาบาล ( $\bar{X} = 3.05$  และ  $2.96$ ) อยู่ในระดับต่ำกว่าในชั้นของการวางแผนให้การพยาบาล  
และการลงมือปฏิบัติ ( $\bar{X} = 4.02$  และ  $4.23$ ) แสดงว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีกิจกรรมการทำงาน  
มุ่งเน้นในขั้นตอนของการปฏิบัติงานมากกว่าอย่างอื่น รองลงมาคือการวางแผนการพยาบาล ซึ่ง  
สอดคล้องกับแฮนสัน (Hanson:1985) ได้ทำการวิจัยเพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการทำงานของ  
พยาบาลห้องผ่าตัด ได้ผลสรุปจากการเฝ้าสังเกตการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด 2 โรงพยาบาล  
ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดใช้เวลาไปกับการปฏิบัติงานไปตามเทคนิคการผ่าตัด เช่น การดูแลเขต  
ปลอดเชื้อ (sterile field) การดูแลเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ  
ต่าง ๆ ตลอดจนการตรวจนับเครื่องมือและก๊อซ (Sponge and needle count) เป็นต้น  
ซึ่งกิจกรรมในชั้นนี้มีจำนวนร้อยละ 55.3 ส่วนการรวบรวมประเมินข้อมูลและการประเมินผล  
การพยาบาล ซึ่งได้แก่ การเย็บก่อนผ่าตัด การปรับปรุงบันทึกทางการพยาบาล การสอนผู้ช่วย  
การเย็บหลังผ่าตัด เป็นต้น กิจกรรมทั้งหมดรวมกันร้อยละ 14.3

เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายข้อของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด (ตารางที่ 5) พบว่า กิจกรรมที่ได้กระทำน้อยที่สุดคือ จะขึ้นไปเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้ก่อนวันผ่าตัด 2 วัน ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นของการรวบรวมประเมินข้อมูล (Assesment) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก

1.1 ในปัจจุบัน บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และติดตามประเมินผลหลังผ่าตัดนั้น ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย หลายคนยังมีความคิดเห็นว่าการขยายบทบาทดังกล่าวนั้นไม่จำเป็น เสียเวลา มีเวลาไม่เพียงพอ แต่ยังมีบางส่วนที่มีความคิดว่า การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและติดตามประเมินผลหลังผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ และช่วยให้สามารถปฏิบัติงานและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (อรอนงค์ พุมอาภรณ์ 2530 : 81 )

1.2 ปัญหาด้านหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ชอฟ (Shoup Anita Jo 1988 : 1236) กล่าวว่า นักการศึกษาของพยาบาลบางท่านเห็นว่าการพยาบาลในห้องผ่าตัดนั้น เป็นงานที่ใช้เทคนิคและทักษะเพียงอย่างเดียว ไม่ได้เป็นงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วย อีกทั้งหลักสูตรการพยาบาลห้องผ่าตัดออกจากหลักสูตรการเรียน การสอน (ในประมาณปี ค.ศ.1960) จนกระทั่งหลังจากนั้น (ค.ศ.1982) จึงยอมรับงานการพยาบาลห้องผ่าตัดว่ามีความสำคัญ และควรมีการสอนเทคนิคผ่าตัดแก่นักศึกษาพยาบาลด้วย

ส่วนหลักสูตรการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ยังมีนักการศึกษาทางการพยาบาลบางส่วนที่เห็นว่าการพยาบาลห้องผ่าตัดไม่มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ในหลักสูตร การฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลในห้องผ่าตัดจึงยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน จะปล่อยให้ เป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเรียนรู้โดยการสืบทอดจากบุคคลที่อยู่มาก่อน เมื่อนักศึกษาพยาบาลเหล่านี้จบการศึกษา เข้าทำงานเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงไม่รับทราบหน้าที่และความรับผิดชอบที่แท้จริงของพยาบาลห้องผ่าตัด การที่จะยอมรับแนวคิดต่าง ๆ ที่ยังไม่เคยเรียนรู้มาก่อนจึงเป็นสิ่งที่ยากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

1.3 ลักษณะของงานในห้องผ่าตัดนั้นแตกต่างไปจากงานบนหอผู้ป่วยต่าง ๆ มาก เป็นงานที่รีบด่วนและอาจเกิดปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งต้องการการแก้ปัญหาตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะ

มีการวางแผนการผ่าตัดไว้ล่วงหน้าแล้วก็ตาม นอกจากนั้นยังเป็นงานที่เสร็จสิ้นไปในแต่ละวัน ดังนั้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าจึงกระทำไปตามประสบการณ์ ความรู้ ไหวพริบของแต่ละบุคคล ซึ่งการแก้ปัญหาในขณะนั้นอาจไม่ใช่หนทางที่ดีที่สุด แต่เป็นการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ ดังนั้นจึงเกิดความเคยชินกับผู้ช่วยฉุกเฉิน ซึ่งไม่อาจจะรวบรวมประเมินข้อมูลไว้ล่วงหน้าได้ ส่วนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมการผ่าตัดนั้น แตกต่างไปจากผู้ช่วยฉุกเฉิน เพราะการผ่าตัดในบางอย่างจะนำมาซึ่งความสูญเสีย ความพิการ หรือความกีดกันจากการวิตกกังวลของผู้ป่วย พยายามห้องผ่าตัดที่ใช้บทบาทของคนอย่างเต็มที่ ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ตามปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้งานพยาบาลในห้องผ่าตัดได้รับการยอมรับจากสถานศึกษามากขึ้น และถ้าพยาบาลห้องผ่าตัดให้การต้อนรับผู้ป่วยอย่างอบอุ่น ปลอดภัยด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายซักถามความต้องการของผู้ป่วย การผ่าตัดก็จะเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยจนเกินไป ถึงแม้ว่างานในห้องผ่าตัดนั้นจะรีบด่วนเพียงใดก็ตาม การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทางด้านจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญ

การผ่าตัดบางอย่างผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัดเพื่อรับการรักษาแล้วก็กลับบ้าน การดูแลตลอดเวลาในโรงพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดยังมีหน้าที่ในการที่จะต้องรับผิดชอบดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มีมาก ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำงานแข่งกับเวลา ความจำกัดเรื่องของเวลาและลักษณะงาน ทำให้กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่เน้นหนักไปทางเทคนิคการ ทำงาน ส่วนการรวบรวมประเมินข้อมูลและติดตามประเมินผลทำได้น้อย

1.4 ปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทางทางด้านเทคโนโลยี และคำนิยมในปัจจุบันจะเน้นหนักทางด้านเทคโนโลยี ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดหันไปให้ความสำคัญต่อเครื่องมือและวิทยาการใหม่ ๆ พยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งทำงานในจุดซึ่งเป็นวิวัฒนาการใหม่ ๆ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ ได้รับการยกย่องว่าเป็นการทำงานที่อาศัยความสามารถสูง การพยาบาลในระดับพื้นฐานจึงถูกมองข้ามไป กลับไปสนใจในการใช้ ดูแล รักษาเครื่องมือทันสมัยเหล่านั้น ทำให้กระทำกับคนไข้มองดูวัตถุสัมพันธภาพต่าง ๆ ต่อคนไข้น้อยลงไป กิจกรรมการทำงานสิ้นสุดตรงการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นราย ๆ เมื่ออยู่ในระยะผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งเฟห์ลอ (Mary Terry Fehlau 1975 : 712) กล่าวว่า

ในอดีตนั้นถูกมองว่าประสิทธิภาพของการพยาบาลห้องผ่าตัด คือการมีคนไข้เป็นจำนวนมากในแต่ละวัน แต่สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งชาติอเมริกา (AORN) ได้ตั้งมาตรฐานของการพยาบาลห้องผ่าตัดไว้ว่า ต้องมีการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การประเมินปัญหาผู้ช่วยวางแผนแก้ไข จนถึงขั้นปฏิบัติ และมีการประเมินผลภายหลังการทำงานด้วย ถ้าพยาบาลห้องผ่าตัดให้ความสนใจกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ มากกว่าการดูแลต่อเนื่อง ทำให้การพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ต่างไปจากงานแม่บ้าน เท่าไรเลย

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์ที่ทันสมัยต่าง ๆ เป็นแรงดึงดูดให้ประชาชนผู้มาใช้บริการมีมากขึ้น จำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้นทำให้การทำงานเพิ่มมากขึ้น ปกติแล้วงานวิชาชีพพยาบาลก็ถือได้ว่าเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานหนัก การปฏิบัติงานต้องใช้ความอดทน เสียสละ อีกทั้งมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน และยังคงเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆ ให้ทันกับความเจริญทางเทคโนโลยี ทำให้เกิดการขัดแย้งในบทบาทได้ และจะไม่ยอมรับในสิ่งที่เป็นการเพิ่มงานให้กับตนเอง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลพึงตระหนักและหาทางปรับปรุงแก้ไข

## ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดกับการพยากรณ์

### 2.1 อายุ

จากผลการวิจัยพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า อายุจะเป็นตัวชี้ให้ทราบถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติที่สูงอายุ ด้านกำลังในการปฏิบัติงานจะลดลง (Clot and Corlay 1974 : 134-142) แต่อายุที่มากขึ้น ความคิดในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็จะเป็นไปด้วยความรอบคอบมากขึ้น (ทวีศรี กิริทอง 2530 : 32) และในแง่ของการใช้กระบวนการแก้ปัญหานั้น วีระพล สุวรรณพันธ์ (2524 : 27) กล่าวว่า บุคคลที่มีอายุทำงานมานาน จะสามารถหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้เร็ว แต่ งานวิจัยของ วรณวิไล จันทราภา และคณะ (2528 : 258) พบว่า อายุไม่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่าอายุจะมีความสัมพันธ์กับกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด



## 2.2 ประสบการณ์การทำงานในท้องผ่าตัด

เฟห์ลอ (Fahlau 1975 : 713) กล่าวว่า การใช้กระบวนการแก้ปัญหาในชั้นของการวางแผนและประเมินผลนั้น ต้องใช้ประสบการณ์การทำงานเป็นสำคัญ ส่วน วีระพล สุวรรณันต์ (2524 : 27, 96) กล่าวว่า ในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหาต้องค้นหาโดยใช้ประสบการณ์ ในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าพยาบาลท้องผ่าตัดได้ใช้ขั้นตอนของการประเมินปัญหาและประเมินผลการพยาบาลในระดับต่ำกว่าขั้นตอนอื่น (ตารางที่ 4) อีกทั้งในตัวอย่างประชากรมีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ย 5 ปี เป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งจะทำงานในคลินิกผู้ป่วยอื่นก่อน แล้วจึงย้ายไปปฏิบัติงานในท้องผ่าตัด จึงได้ค่าเฉลี่ยของประสบการณ์การทำงานในท้องผ่าตัดต่ำ และตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในท้องผ่าตัด 1-5 ปี สูงที่สุด ถึงร้อยละ 65.8 (ตารางที่ 3) ดังนั้นจึงไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะระบุได้ว่าประสบการณ์การทำงานในท้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลท้องผ่าตัด

## 2.3 ระดับการศึกษา

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในท้องผ่าตัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่า Shoup (Shoup 1988 : 1234) จะกล่าวว่าระดับการศึกษาของพยาบาลท้องผ่าตัดเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานผ่าตัด แต่การพัฒนาเหล่านั้นมุ่งเน้นทางเทคโนโลยีในระดับสูง ในการแก้ปัญหาการทำงานนั้น ไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะสำเร็จการศึกษาระดับใด ก็ต้องมีการปรับตัวแก้ปัญหการทำงานทั้งสิ้น สอดคล้องกับที่ ดริสโค (Joan Driscoll 1976 : 208) กล่าวว่า ลักษณะกิจกรรมทางการพยาบาลท้องผ่าตัดเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ตัดสินใจและแก้ปัญหาในการในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

## 2.4 การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานในท้องผ่าตัด

การสาสาเหตุแห่งปัญหานั้น วีระพล สุวรรณันต์ (2525 : 93) กล่าวว่า เป็นการพิจารณาว่ามีปัจจัยด้านบุคคล วิธีการ หรือสภาพแวดล้อมใดบ้าง ที่ทำให้เกิดปัญหานั้นขึ้น สำหรับในงานท้องผ่าตัดนั้น ก็ควรพิจารณาถึงบุคลากรคือพยาบาลท้องผ่าตัด และสภาพแวดล้อมในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยต้องอาศัยข้อมูลซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการทำงานและถ้าเป็นการผ่าตัด

ที่อันตรายและเสียงมาก เช่น การผ่าตัดเปิดหัวใจ จะต้องเตรียมบุคลากรที่มีความชำนาญและทักษะสูง ที่สำคัญคือ สภาพแวดล้อม ได้แก่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ แสง เสียง เป็นต้น ถ้ามีสิ่งใดขาดตกบกพร่อง ผู้ป่วยอาจมีอันตรายและเสียงสูงขึ้น และ วิญญู อังคนารักษ์ (2517 : 11) กล่าวว่า สถานที่ทำงานที่ดี เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในการที่จะทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 11) แม้เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ( $r = .29$ ) แต่สามารถพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นลงมือปฏิบัติได้ร้อยละ 22.30 (ตารางที่ 16) แสดงว่า ถ้าพยาบาลห้องผ่าตัดรู้ว่าสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดีขึ้น ก็มีแนวโน้มว่าการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดจะสูงมากขึ้นด้วย

## 2.5 การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 11) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = .45$ ) เนื่องจากในขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติ การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด อาศัยการทำงานเป็นทีม ต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่าย (อรอนงค์ พุมอาภรณ์ 2530 : 82) กระบวนการของการติดต่อสื่อสารเป็น เครื่องมือสำคัญในการประสานกิจกรรมของพนักงานในองค์การให้เป็นไปในทิศทางและเป้าหมายเดียวกันทั้งองค์การ (ภรณ์ มหานนท์ 2529 : 101-102) สเวน เวินทริบ (Joan M. Weintraub 1978 : 512) กล่าวว่า การได้ติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลวิชาชีพอื่น จะก่อให้เกิดความเข้าใจในการพยาบาลภายใต้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทุก ๆ ขั้นตอนของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาคือต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ข้อมูลที่ได้มาถ้ามีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง จะทำให้ในขั้นตอนต่าง ๆ ที่ตามมาผิดพลาดไปหมด การได้ข้อมูลที่ผิดพลาดทำให้การวางแผนให้การพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหาเมื่อลงมือปฏิบัติและประเมินผลก็ไม่สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ จอห์นสัน และคณะ (Johnson and other 1980 : 5) กล่าวว่า

ในขั้นของการรวบรวมประเมินข้อมูลนั้น พยายามต้องใช้ทักษะในการสังเกตและสื่อสาร จึงจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อลงมือปฏิบัติต้องใช้เทคนิค การติดต่อสื่อสารอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามแผนการพยาบาล ดังนั้นการติดต่อสื่อสารจึงมีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในเกือบทุกขั้นตอน (ตารางที่ 12-21) ยกเว้นในขั้นของการลงมือปฏิบัติ

## 2.6 การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน

บรรยากาศเพื่อนร่วมงาน เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำงานร่วมกันในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา การชี้แนะแนวทางแก่กันและกัน ทั้งในเรื่องส่วนตัวและในหน้าที่การงาน ถ้าบุคคลรู้ว่าเพื่อนร่วมงานมีมิตรภาพและพร้อมที่จะสนับสนุน เขาจะมองเห็นว่างานที่ทำอยู่นี้สำคัญ อุทัย บุญประเสริฐ (2529 : 40) กล่าวว่า วิธีการอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา เตรียมการป้องกันและหาทางปรับปรุงการทำงานให้เกิดผลดี คือ การพยายามในการสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันที่อบอุ่น การเพิ่มการร่วมแรงร่วมใจในหน่วยงาน ลักษณะของงานผ่าตัด ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทำงานเป็นทีม ถ้าเพื่อนร่วมงานเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลืองาน ชี้แนะแนวทางการทำงาน สนับสนุน ประคับประคองทางจิตใจ ในเรื่องปัญหาจากการทำงานและชีวิตส่วนตัว จะมีผลสะท้อนถึงผลการปฏิบัติด้วย

จากเหตุผลดังกล่าว ในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 11)

ตอนที่ 3 กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด

จากสมการพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาของทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วยตัวพยากรณ์คือ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ตามขั้นตอนของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล พบว่าสมการพยากรณ์จะเปลี่ยนไป ซึ่งจะอธิบายตามลำดับดังนี้

3.1 ในขั้นตอนของการรวบรวมประเมินข้อมูลเพื่อหาปัญหาของผู้ป่วย พบว่า ตัวแปรที่สามารถเข้าสมการพยากรณ์ได้มีเพียงตัวเดียว คือ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด (ตารางที่ 14) ในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขั้นตอนการรวบรวมประเมินข้อมูล (Assesment) นั้น ได้รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (pre operative visit) ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สภาพเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อจะได้ข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่แนวคิดนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับแพร่หลาย (อรอนงค์ พุ่มอารณ์ 2530 : 81) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะ พยาบาลห้องผ่าตัดยังไม่เข้าใจในบทบาทด้านนี้ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเพียงพอในการศึกษาทางการพยาบาล ไม่ได้เน้นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด อีกทั้งมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบถ้วน และเป็นการดูแลต่อเนื่องนั้น เพิ่งเริ่มมีเมื่อจัดตั้งสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งชาติอเมริกา (AORN) ขึ้น และมีมาตรฐานการพยาบาลขึ้นในปี ค.ศ. 1976 ถึงแม้จะมีการยอมรับมากขึ้นในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังต้องอาศัยระยะเวลาที่จะพัฒนางานบริการทางห้องผ่าตัด โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติ ดังจะเห็นได้ว่า กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เพิ่งจะเริ่มพัฒนางานทางด้านห้องผ่าตัด เมื่อปี พ.ศ. 2528 และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดได้ใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในขั้นตอนการรวบรวมประเมินข้อมูล ในระดับต่ำกว่าขั้นวางแผนให้การพยาบาลและลงมือปฏิบัติ (ตารางที่ 4) ดังนั้นปัจจัยที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในขั้นตอนการรวบรวมประเมินข้อมูลนั้น น่าจะเกี่ยวข้องกับองค์การมากกว่าที่จะเกี่ยวข้องกับตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพราะส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำเร็จการศึกษาจากสถานศึกษาในสังกัดเดียวกัน การรับรู้ต่อบทบาทและแนวคิดต่าง ๆ จะใกล้เคียงกัน แต่การติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดแต่ละแห่งจะต่างกัน ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถและงบประมาณในแต่ละโรงพยาบาล อีกทั้งตัวผู้บริหาร ถ้าพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลยังไม่เสริมสร้างบรรยากาศในการติดต่อสื่อสารในเรื่องการติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การพบปะพูดคุยนอกเวลาปฏิบัติงาน หรือมีกล่องรับความคิดเห็น พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดจะมีความขัดแย้งในการปฏิบัติตามแนวคิดใหม่ ๆ เพราะไม่ได้รับทราบแนวนโยบายที่ผู้บริหารต้องการถ่ายทอด ผู้บังคับบัญชาจะสร้างสัมพันธภาพและบำรุงขวัญผู้ปฏิบัติงานได้ ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชาสามารถระบายความคับข้องใจ มีการชี้แจงความเคลื่อนไหวในการทำงาน ทั้งที่เป็นการติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

พยายามหลีกเลี่ยงที่จะให้ผู้ได้บังคับบัญชารู้สึกว่าผู้บังคับบัญชาคนเดียวเท่านั้นที่จะรู้เรื่องราวต่าง ๆ ผู้ได้บังคับบัญชาไม่มีความสำคัญ

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R = .3280$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นของการรวบรวมประเมินข้อมูล ได้ร้อยละ 10.46 ( $R^2 = .1046$ ) และเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่ใช้พยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นนี้ได้ โดยเป็นความสัมพันธ์ในทางบวก ( $B = .3280$ ) แสดงว่าพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดในระดับที่ดีขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดในชั้นการรวบรวมประเมินข้อมูลมากขึ้น

3.2 ในขั้นตอนของการวางแผนการให้การพยาบาล พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นนี้ได้แก่ การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด โดยที่อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 22.30 (ตารางที่ 16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการวางแผนให้การพยาบาลได้เป็นอันดับแรก ซึ่งอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 19.68 ( $R^2 \text{ change} = .1968$ ) และมีความสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ( $B = .2962$ ) (ตารางที่ 17) แสดงว่าพยาบาลห้องผ่าตัดที่รับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานในระดับที่ดีขึ้น มีแนวโน้มจะใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นของการวางแผนให้การพยาบาลในระดับสูงขึ้นไป ได้ร้อยละ 19.68 เนื่องจากการทำงานของการพยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำงานร่วมกัน แม้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละคนก็ต้องร่วมกันวางแผน โดยพิจารณาความสามารถของแต่ละคนและอัตรากำลังที่มีอยู่ การปฏิสัมพันธ์กันความเป็นมิตรช่วยเหลือ เกื้อกูลทำให้สามารถวางแผนการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและในการปฏิสัมพันธ์กันต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารกันทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นในหน่วยงานหรือกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารจึงเป็นตัวพยากรณ์อันดับสำคัญต่อไปที่จะสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการวางแผนให้การพยาบาล ฉะนั้นเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดเข้าไป จึงสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความผันแปรของการใช้

กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้อีกร้อยละ 2.62 ( $R^2$  change = .0262) (ตารางที่ 16)

3.3 ในขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติ พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นลงมือปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยที่อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 19.78 (ตารางที่ 18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน สามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นลงมือปฏิบัติได้เป็นอันดับแรก ซึ่งอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 17.30 ( $R^2$  change = .1730.) มีความสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทาง ( $B = .3505$ ) (ตารางที่ 16) แสดงว่าพยาบาลห้องผ่าตัดที่รับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานในระดับดีขึ้น มีแนวโน้มจะใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นลงมือปฏิบัติในระดับที่สูงขึ้นได้ร้อยละ 17.30 ซึ่งเหตุผลเช่นเดียวกับที่กล่าวในข้อ 3.2 เมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการทำงานร่วมทีมกัน บรรยากาศเพื่อนร่วมงานจึงเป็นตัวสำคัญอันแรกที่มีผลต่อการลงมือปฏิบัติงาน แต่เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 2.4 ดังนั้นเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเข้าไป จึงสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นลงมือปฏิบัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้อีกร้อยละ 2.48. ( $R^2$  change = .0248) และทั้งสองตัวแปรพยากรณ์นี้สามารถร่วมกันทำนายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นลงมือปฏิบัติได้ร้อยละ 19.78 ( $R^2 = .1978$ ) (ตารางที่ 18)

3.4 ในขั้นตอนของการประเมินผลการพยาบาล พบว่า ตัวแปรที่สามารถเข้าสมการได้มีเพียงตัวเดียว คือ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด โดยที่อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 11.92 (ตารางที่ 20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากในชั้นของการประเมินผลการพยาบาลนั้น กิจกรรมส่วนใหญ่ต้องมีการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Post operative visit) กิจกรรมในชั้นนี้มีการปฏิบัติและการยอมรับยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เหตุผลเช่นเดียวกับ 3.1 ซึ่งในการเยี่ยมภายหลังการผ่าตัด ก็เพื่อประเมินผลการเยี่ยมผู้ป่วย

ก่อนผ่าตัด รวมทั้งประสิทธิภาพของการพยาบาลในห้องผ่าตัดด้วย ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาในชั้นการประเมินผล จึงเป็นตัวแปรเดียวกับที่สามารถพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาในชั้นการรวบรวมประเมินข้อมูล ซึ่งได้แก่ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด การวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์พหุคูณ ( $R = .3496$ ) (ตารางที่ 20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในชั้นของการประเมินผลการพยาบาลได้ร้อยละ 12.22 ( $R^2 = .1222$ ) และเป็นตัวแปรตัวเดียวที่ใช้พยากรณ์ได้ โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวก ( $B = .3496$ ) (ตารางที่ 21) แสดงว่าเมื่อการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดในระดับดีขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นการประเมินผลการพยาบาลมากขึ้น

3.5 แม้ว่า แต่ละขั้นตอนของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดจะประกอบด้วยตัวพยากรณ์ที่แตกต่างกันดังที่อธิบายข้างต้น แต่กิจกรรมส่วนใหญ่ของพยาบาลห้องผ่าตัด อยู่ในชั้นของการลงมือปฏิบัติ เมื่อนำมาวิเคราะห์หาสมการทำนายร่วมกัน กลุ่มตัวพยากรณ์เป็นตัวแปรกลุ่มเดียวกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นลงมือปฏิบัติ กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดและการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ( $R = .4822$ ) (ตารางที่ 12) โดยการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด สามารถอธิบายความผันแปรได้เป็นอันดับแรก อธิบายได้ร้อยละ 19.72 (ตารางที่ 12) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์  $B = .2835$  (ตารางที่ 13) แสดงว่าพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีการรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดในด้านบวก มีแนวโน้มที่จะอธิบายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ในระดับสูงขึ้น และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานเป็นตัวแปรร่วมที่สำคัญอันดับต่อไป เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์เข้าไป จึงสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความผันแปรของการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกร้อยละ 3.01 ( $R^2 \text{ change} = .0301$ ) (ตารางที่ 12)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด และการรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานสามารถร่วมพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 22.73 ( $R^2 = .2273$ ) ซึ่งเป็นค่าการพยากรณ์ที่อยู่ในระดับที่ไม่สูงเพียงพอที่จะพยากรณ์ได้ทั้งหมด น่าจะมีตัวพยากรณ์อื่น ๆ ที่จะมีผลต่อการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งได้แก่ ทักษะคิดวิเคราะห์ การรับรู้ต่อบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด นโยบายของโรงพยาบาลในการสนับสนุนงานผ่าตัด นโยบายในการคัดเลือกบุคลากรเข้าเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

สำหรับตัวพยากรณ์อื่น ๆ ที่นำมาศึกษา และไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่จะสามารถนำมาอธิบายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้นั้น มิได้หมายความว่า ตัวพยากรณ์นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด แต่เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหานั้น พยาบาลห้องผ่าตัดมีกิจกรรมการทำงานไม่ทับซ้อนกัน ดังที่อธิบายในตอนต้นที่ 1 ตัวแปรอิสระบางตัวที่นำมาศึกษา มีความผันแปรน้อยมาก ถ้านำแต่ละข้อของแต่ละขั้นตอนของการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ก็จะสามารถอธิบายความผันแปรได้บ้างในบางข้อ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยส่วนรวมแล้ว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะอธิบายการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในส่วนรวมได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะทั่วไป

##### 1. ด้านบริหารการพยาบาล

1.1 ผู้บริหารควรมีการปรับปรุงระบบการติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัด เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง เพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และในห้องผ่าตัด ให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้ทราบข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้า เช่น การกำหนดการอบรมทางวิชาการ การลาศึกษาต่อ ข่าวในการสอบเลื่อนชั้น การเปลี่ยนแปลงระบบงานต่าง ๆ ให้ได้รับทราบโดยทั่วถึง ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร



ภายในทุก ๆ จุดให้เพียงพอและสะดวกในการติดต่อกัน มีสถานที่สำหรับแจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นทางการ เช่น จัดบอร์ดไว้ม่าต่างหาก และแจ้งทุก ๆ จุดให้ทราบในกรณีที่เป็นข้อมูลที่เร่งด่วน

นอกจากนั้นการจัดบุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานงานในแต่ละจุด ควรเลือกผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี และมีความรู้ความสามารถในงานตรงจุดนั้น อีกทั้งสามารถเป็นผู้แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารที่ใช้นโยบายเปิดประตู ยอมให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าพบได้ตลอดเวลา หรือการพบปะระหว่างผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้การติดต่อสื่อสารรวดเร็วขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานมีอิทธิพลต่อการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้บริหารสามารถส่งเสริมบรรยากาศเพื่อนร่วมงานให้กับพยาบาลในห้องผ่าตัดได้ เช่น เปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อีกทั้งตัวผู้บริหารเป็นแบบอย่างในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ใต้บังคับบัญชา ในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางทั้งในเรื่องส่วนตัวและในหน้าที่การงานด้วยความจริงใจ ถ้าบุคคลรู้ว่าเพื่อนร่วมงานมีมิตรภาพและพร้อมที่จะสนับสนุนเขา เขาก็มองเห็นว่างานที่ทำอยู่นี้สำคัญ

1.3 ผู้บริหารควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เครื่องมือ เครื่องใช้ ห้องทำงาน สวัสดิการ และค่าตอบแทนที่เหมาะสม สวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่ ที่พัก ห้องทำงาน ควรปรับปรุงให้มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน อีกทั้งงานผ่าตัดเป็นงานที่เครียดและต้องยืนส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นระยะเวลายาว ควรต้องมีที่นั่งพักผ่อนที่เหมาะสม อีกทั้งเป็นการส่งเสริมบรรยากาศในการทำงานที่ดีขึ้นด้วย จากการวิจัยพบว่า สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีผลต่อการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในชั้นลงมือปฏิบัติ ถ้าอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ไม่เหมาะสมเพียงพอ การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดก็จะทำให้เกิดอุปสรรค เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

## 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 ในการจัดการเรียนการสอน ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรในการชี้ให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลห้องผ่าตัด ให้นักศึกษาพยาบาลได้รับรู้บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ถูกต้อง

2.2 การฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลในห้องผ่าตัด ควรให้แนวคิดที่ถูกต้องครบถ้วนตามกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของการเย็บผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด และเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

2. ควรมีการวิจัยในตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถพยากรณ์การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดได้มากยิ่งขึ้น เช่น ทักษะคิดวิเคราะห์ การรับรู้บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด

3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในสังกัดอื่น ๆ ด้วย