

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม



นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2450-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF COMPETENCY ASSESSMENT SCALE OF STAFF NURSES
IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL OPERATING ROOM



Miss Kanitta Sangtriratnukul

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2450-7

ขนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล : การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
 สูตินรีเวชกรรม (THE DEVELOPMENT OF COMPETENCY SCALE OF STAFF NURSES IN
 OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL OPERATING ROOM) อ.ที่ปรึกษา : รศ. ร.ต.อ.หญิง
 ดร. ยุพิน อังสุโรจน์, 186 หน้า. ISBN 974-14-2450-7

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม
 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
 สูตินรีเวชกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
 สูตินรีเวชกรรม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .98 นำข้อมูลที่ได้ไป
 วิเคราะห์ด้วยวิธีประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลักหมุนแกนแบบอโรทอนอล ด้วยวิธีแวนแมกซ์ นำผลที่ได้ไปสร้างเป็นแบบ
 ประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 3 ชุด แต่ละชุดต่างกันที่ผู้ประเมิน ได้แก่
 พยาบาลประจำการประเมินตนเอง หัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลผู้ร่วมงาน โดยใช้แนวคิดการประเมินผลการปฏิบัติงาน
 แบบ 360 องศา นำข้อมูลที่ได้มาหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาความสอดคล้องของแบบประเมินระหว่าง
 ผู้ประเมิน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ประกอบด้วย 8 ตัวประกอบ
 บรรยายด้วย 61 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 71.48 ได้แก่ 1) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและ
 นวัตกรรมทางการแพทย์ บรรยายด้วย 12 ตัวแปร 2) ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล บรรยาย
 ด้วย 14 ตัวแปร 3) ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม บรรยายด้วย 8 ตัวแปร 4) ด้านการบริหาร
 ความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม บรรยายด้วย 6 ตัวแปร 5) ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด บรรยาย
 ด้วย 4 ตัวแปร 6) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม บรรยายด้วย 4 ตัวแปร 7) ด้านการ
 ประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ บรรยายด้วย 4 ตัวแปร และ 8) ด้านการบริหารจัดการ บรรยายด้วย 9 ตัวแปร
 ทั้ง 8 ตัวประกอบ 61 ตัวแปรนี้ นำมาสร้างเป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

2. พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม มีสมรรถนะโดยรวมจากการประเมินตนเอง จากการประเมิน
 โดยหัวหน้าห้องผ่าตัด และจากการประเมินโดยผู้ร่วมงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03, 3.61,$ และ 4.05 ตามลำดับ)
 และระหว่างการประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .20$)
 ระหว่างการประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยพยาบาลผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) และระหว่างการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมกับการประเมิน
 โดยพยาบาลผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$)

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4677831636 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD : COMPETENCY OF STAFF NURSES / OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL OPERATING ROOM

KANITTA SANGTRIRATNUKUL : THE DEVELOPMENT OF COMPETENCY SCALE OF STAFF NURSES IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL OPERATING ROOM.
 THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. POL.CAPT. YUPIN AUNGSUROCH. Ph.D., 186 pp.
 ISBN 974-14-2450-7

The purpose of this research was to develop the competency scale of staff nurses, in obstetric and gynecological operating room. The sample was 282 of head nurses and staff nurses. The instrument was a 5-rating scale questionnaire about competency of staff nurses in obstetric and gynecological operating room. Content validity and reliability were conducted. Cronbach's alpha coefficient was .98. The data were analyzed using Principal Components Extraction and Orthogonal Rotation with Varimax Method. To develop the competency scale, 360 degree assessment was introduced, the researcher assessed Pearson's correlation coefficient and agreement among evaluators who were self, head nurse, and staff nurses in governmental hospitals, Bangkok Metropolis.

Research findings were as follows:

1. Eight significant factors of staff nurses competency in obstetric and gynecological operating room were identified. These factors were described by 61 items that accounted for 71.48% of the total variance. The eight factors were 1) Information Technology and Innovation, 2) Communication and Ethics, 3) Resuscitation skill, 4) Risk Management, 5) Patient Safety, 6) Health Promotion, 7) Coordination and Human Relationship, and 8) General Management. The competency scale of staff nurses in obstetric and gynecological operating room was developed from these 8 factors, 61 items.

2. The result of the assessment by self, head nurse, and colleagues was high. ($\bar{X} = 4.03, 3.61, \text{ and } 4.05$, respectively) The result between the assessment by self and head nurse was not related, the assessment by self and colleagues was positively related ($r = .30$), and the assessment by head nurse and colleagues was positively related ($r = .40$).

Field of study.....Nursing Administration..... Student's signature.....*Kanitta*.....

Academic year.....2005.....Advisor's signature.....*Yupin Aungsuroch*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการทำวิจัย ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ และให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเยี่ยมมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์และตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บังคับบัญชา พี่ๆ เพื่อน และน้องๆ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและความปรารถนาดี แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งเพื่อนร่วมชั้นเรียนหลักสูตรการบริหารการพยาบาล ภาคนอกเวลา ราชการ รุ่นที่ 5 ทุกคน และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดา ที่ได้ให้ชีวิต อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เป็นผู้ใฝ่ศึกษาหาความรู้ และเป็นพลังใจตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
การพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	10
ห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	11
พยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	13
สมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	20
ความหมาย แนวคิดสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	20
องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	31
การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	65
การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม.....	66
การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ.....	66
การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ.....	69
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72

บทที่	หน้า
3	79
3.1	80
3.1.1	80
3.1.2	80
3.1.3	95
3.1.4	97
3.2	101
3.2.1	101
3.2.2	101
3.2.3	106
4	108
5	135
5.1	136
5.2	137
5.3	155
5.4	156
5.5	165
5.5.1	166
5.5.2	171
5.5.3	176
5.6	186

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	รายการสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด และสรุปรายการ.....	82
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาดเตียง 400 เตียงขึ้นไป จำแนกตามโรงพยาบาล.....	96
3	จำนวนและร้อยละของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน.....	98
4	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม รายด้านและโดยรวม.....	100
5	จำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเตียง 400 เตียงขึ้นไป เขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามโรงพยาบาล.....	101
6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน.....	103
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสำคัญของตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ.....	110
8	ค่าไอเกน (Eigen Value) ร้อยละของความแปรปรวน (% of variance) และร้อยละสะสมของความแปรปรวนในแต่ละตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม.....	116
9	ตัวประกอบที่ 1 เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด.....	117
10	ตัวประกอบที่ 2 การสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล.....	119
11	ตัวประกอบที่ 3 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม.....	121
12	ตัวประกอบที่ 4 การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม.....	123
13	ตัวประกอบที่ 5 การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด.....	125
14	ตัวประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม.....	126
15	ตัวประกอบที่ 7 การประสานงานและมนุษยสัมพันธ์.....	127
16	ตัวประกอบที่ 8 การบริหารจัดการ.....	128

ตารางที่	หน้า
17	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้อง ผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่ได้จากการประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรมและพยาบาลประจำการผู้ร่วมงาน จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม..... 130
18	ค่าความเที่ยงของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม ทั้งรายด้านและโดยรวม แยกตามกลุ่มผู้ประเมิน..... 132
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสมรรถนะของพยาบาลประจำการ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ประเมินโดยตนเอง โดยหัวหน้า และโดยพยาบาล ผู้ร่วมงาน..... 133

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	78
---	---------------------------	----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งข้อมูลข่าวสาร ร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แข่งขัน และพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพในอนาคต (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2547: 17) ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป ผู้รับบริการเรียกร้องสิทธิในการที่จะรับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ การมีระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพ ก่อให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรที่เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพสามารถเลือกใช้บริการ ทำให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีการปรับตัว และพัฒนาภายในองค์กรทั้งด้านบริหารและด้านบริการให้มีคุณภาพ (กันยา ออประเสริฐ, 2543: 9) ซึ่งการจะให้ได้มาซึ่งคุณภาพบริการนั้น คุณภาพของบุคลากรผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะคนเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง ผู้บริหารทุกระดับในองค์กรจึงต้องตระหนักในเรื่องของการบริหารบุคลากรซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ม.ป.ป.: ๙)

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ (Health care reform) ซึ่งเป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Physical, mental, social, and spiritual well-being) เข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นธรรม (Equity) และมีคุณภาพได้มาตรฐาน (Quality) (วิพุธ พูลเจริญ, 2543 อ้างถึงใน กันยา ออประเสริฐ, 2545: 8) ตลอดจนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประชาชน ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของตนเองได้

ในส่วนของห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมแต่ละแห่ง มีผู้มารับการผ่าตัดรักษาโรคทางนรีเวชกรรม และการผ่าตัดคลอดทางสูติกรรมอันได้แก่มารดาและทารกจากภาวะขี้ที่ที่ไม่สามารถคลอดโดยวิธีธรรมชาติในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ปริมาณงานของพยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจึงมีมากขึ้นไปด้วยตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และเพื่อรองรับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมต้องขยายบทบาทในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

มารดาและทารกที่มารับการผ่าตัดให้ครอบคลุมการดูแล ตนเองและทารกในระยะหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางศัลยกรรมที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีวิธีการผ่าตัดใหม่ ๆ เกิดขึ้นเช่น การผ่าตัดด้วยกล้อง วิตทัศน์ส่องผ่านทางช่องท้อง (Laparoscope) และการผ่าตัดต่อหมันด้วยกล้องจุลศัลยกรรม (Microscope) ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแล รักษาเครื่องมือเครื่องใช้ที่พัฒนาออกมาในรูปแบบใหม่ ๆ นี้ให้มีอายุการใช้งานได้นาน ประหยัดค่าใช้จ่ายและงบประมาณ ยิ่งไปกว่านั้นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่ ข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทุก 5 ปี พยาบาลจะต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง (Continuing education : CE) เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี สังคม และการเมือง (กันยา ออประเสริฐ, 2545: 9)

จากปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมเผชิญอยู่นี้ พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ ความสามารถให้มีศักยภาพในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ให้ความรู้ และคำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนทำวิจัยและรู้จักใช้ผลการวิจัยมาปรับปรุงและพัฒนางานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมให้มีคุณภาพ (กันยา ออประเสริฐ, 2545: 8) นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองตลอดเวลา โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองพร้อมกับการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะให้ก้าวทันกับนวัตกรรมทางศัลยกรรมและการเปลี่ยนแปลงของนวัตกรรมทางการแพทย์ผ่าตัด และปัจจัยการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ดังกล่าว

สมรรถนะในการปฏิบัติงาน หรือความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน คือการปฏิบัติงานที่แสดงถึงการมีความรู้ เจตคติ ทักษะ พฤติกรรมและลักษณะพิเศษส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือเป็นการปฏิบัติงานที่เป็น อยู่จริงของพยาบาลในตำแหน่งเฉพาะ โดยที่บุคคลนั้นมีการบูรณาการความรู้ เจตคติ ทักษะและพฤติกรรมในการผลิตบริการพยาบาลให้เป็นไปตามแนวทางที่คาดหวัง (The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO, 1993 cited in Gruendemann and Fernsebner, 1995)

การประเมินสมรรถนะเป็นเครื่องมือหรือเทคนิคอย่างหนึ่ง ที่ช่วยในการพัฒนาและจํารักษาบุคลากร จุดมุ่งหมายของการประเมินสมรรถนะคือ การพัฒนาบุคลากรและเพื่อการตัดสินใจ

ทางการบริหาร (Administrative decision) เกี่ยวกับบุคลากร ในการพัฒนาบุคลากรการประเมิน จะช่วยแจ้งหรือสื่อสารกลับ (Feedback) ให้บุคลากรทราบถึงจุดเด่นจุดด้อยหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานของตนเอง ตลอดจนเป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาทักษะให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับงานอื่น ๆ ต่อไป ส่วนการประเมินเพื่อการตัดสินใจทางการบริหารนั้น จะช่วยให้มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการบริหารและจัดสรรทรัพยากรบุคคลในองค์กรได้อย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลโดยรวมต่อองค์กร รวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากร ได้แก่ การเลื่อนขั้น การเลื่อนตำแหน่ง การโยกย้าย การลดตำแหน่ง การเลิกจ้าง การขึ้นค่าจ้าง และการขึ้นเงินเดือนประจำปี (อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร, 2539: 156)

การประเมินสมรรถนะมีประโยชน์เมื่อดำเนินการอย่างมีระบบ มีกฎเกณฑ์ แต่ถ้าใช้ไม่เหมาะสมก็จะเกิดความเสียหายแก่องค์กรได้ (Fisher, et al., 1993: 12) ในกรณีที่ระบบการประเมินมีข้อบกพร่องส่งผลให้บุคลากรลาออกเพราะขวัญและกำลังใจลดต่ำลงได้ จากผลการวิจัยของ จุฑามาศ ยุทธิพิทักษ์ และวนิดา มงคลสินธ์ (2535: 26-28) วงเดือน ศิริลักษณ์ และคณะ (2536: 105-114) พบว่า สาเหตุหนึ่งของการลาออก โอนย้ายของพยาบาล คือการพิจารณาความดีความชอบที่ไม่ได้ขึ้นกับผลการปฏิบัติงานและไม่ยุติธรรม สอดคล้องกับจันจิรา ภาวิไล (2536: 64) ที่ศึกษาพบว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิริยา สุขน้อย (2538: 132-135) พบว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะมีเรื่องคุณลักษณะของพยาบาลประจำการมาเกี่ยวข้องด้วย แต่ขาดเกณฑ์ประเมินผลซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของแบบประเมิน พบว่า มีความเที่ยง ความตรงและการเป็นที่ยอมรับของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับน้อย ซึ่ง Tyson & York (1993), Werther (1993 อ้างถึงใน วิริยา สุขน้อย, 2538: 132-133) กล่าวว่าแบบประเมินควรสอดคล้องกับลักษณะงาน ซึ่งงานพยาบาลสามารถวัดผลการปฏิบัติงานได้ทั้งปริมาณงาน คุณภาพงาน พฤติกรรมการแสดงออกขณะปฏิบัติงาน และคุณลักษณะที่จำเป็นในวิชาชีพพยาบาล ในการกำหนดคุณลักษณะต่างๆ ลงในแบบประเมินควรเลือกคุณลักษณะที่เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงาน นำมาวัดและประเมินผลได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้และความคุ้นเคยในงานนั้น ๆ เป็นอย่างดี (จำเนียร จวงตระกูล, 2531: 371) หากองค์กรพยาบาลมีแบบประเมินผลที่ดี ก็จะช่วยทำให้พยาบาลเห็นว่าการประเมินมีหลักเกณฑ์และความเที่ยงธรรม

การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ ควรกำหนดตามวัตถุประสงค์และลักษณะงานให้เหมาะสมกับองค์กร มีความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่นและเป็นมาตรฐานในการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการ ซึ่งมีลักษณะงานที่แตกต่างกันในแต่ละงานการ

พยาบาล สำหรับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมมีลักษณะงานที่รีบด่วน ต้องการการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ แม้ว่าจะมีการวางแผนการผ่าตัดไว้ล่วงหน้าก็ตาม งานการพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่เสร็จสิ้นในแต่ละวัน พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิชาสูติแพทย์ วิชาสูติพยาบาล เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยต่าง ๆ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจึงต้องเป็นบุคคลที่แคล่วคล่องว่องไว มีอารมณ์ที่มั่นคง อดทน ซื่อสัตย์ มีความคิดริเริ่ม สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบสูงต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี และใช้เวลาให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ในขณะที่ต้องมีความรู้ วิชาเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัดที่กำหนดไว้ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและต่อตนเอง

จากการศึกษาของสุนันทา ตรีสายลักษณ์ (2542) เรื่องการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ได้สัมภาษณ์หัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าในการประเมินผลการปฏิบัติงานนั้นยังไม่มีรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน ไม่มีเกณฑ์การประเมิน ไม่เป็นมาตรฐานและแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการเป็นแบบเดียวกันทุกหอผู้ป่วยทำให้หัวข้อในการประเมินไม่ครอบคลุมตามลักษณะงานผลของการประเมินไม่ตรงกับความรู้ความสามารถที่แท้จริงของผู้รับการประเมิน และเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ประเมินกับผู้รับการประเมิน หัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรมีแบบประเมินเฉพาะของห้องผ่าตัดที่ตรงตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ทำให้ทราบถึงศักยภาพในตัวพยาบาลแต่ละคน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรและพัฒนางานการพยาบาลผ่าตัดต่อไป

จะเห็นได้ว่า แบบประเมินที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมลักษณะงานที่ปฏิบัติ สามารถสะท้อนให้เห็นศักยภาพของบุคลากรได้อย่างเที่ยงตรง แม่นยำ และนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ ยังไม่มีการกำหนดและประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมว่า โดยทั่วไปแล้วพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมมีสมรรถนะอยู่ในระดับใดและต้องพัฒนาในด้านใดบ้าง การประเมินสมรรถนะอาจทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การประเมินตนเอง การให้ผู้ใกล้ชิดเช่น

ผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือผู้ร่วมงานเป็นผู้ประเมิน เครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินสมรรถนะที่ดีจะต้องมีความเชื่อถือได้และนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะสามารถประเมินได้ว่า ผู้ถูกประเมินมีสมรรถนะหรือไม่อย่างไรและจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะในด้านใด ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีคุณภาพ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์ในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้าง
2. แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีคุณภาพเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ดังนี้

1. ศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม
2. ศึกษาคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์ในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปี จากโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเตียง 400 เตียงขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ดังนี้

2.1 ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ใช้เป็นแนวทางการศึกษา ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ของ เรณู อาจสาลี (2535), กันยา ออประเสริฐ (2542), Gruendemann and Fernsebner (1995), Fairchild (1996), Atkinson and Fortunato (1996), Rothrock (1996), Creasia & Parker (2001), AORN (2003), มุทิตา รัตนภาค

(2544), และวันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) บูรณาการกับผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดห้องผ่าตัดจำนวน 6 คน

2.2 การสร้างแบบประเมิน ใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อหาตัวประกอบและข้อกระทงของแบบประเมิน ทดลองใช้แบบประเมินโดยใช้แนวคิดการประเมินแบบ 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน โดยการประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้าตึก และผู้ร่วมงาน (ณรงควิทย์ แสนทอง, 2546: 271) เพื่อศึกษาคุณภาพของแบบประเมินในด้านความตรงความเที่ยง และความสอดคล้องของการประเมิน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการนำความรู้ทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และทักษะทางการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงานการพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ประเมินได้จากการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยบูรณาการแนวคิดของ เรณู อางสาลี (2535), กัญญา ออประเสริฐ (2542), Gruendemann and Fernsebner (1995), Fairchild (1996), Atkinson and Fortunato (1996), Rothrock (1996), Creasia & Parker (2001), และ AORN (2003) งานวิจัยของ มุทิตา รัตนภาค (2544) และวันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) กับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกายภาพบำบัดจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 10 องค์ประกอบ คือ

1. ทักษะทางมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

หมายถึง ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยนำพื้นฐานความรู้ทางด้านสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา และนำกระบวนการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

2. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสูตินรีเวชกรรม

หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการใช้ความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยมารดาและทารกภาวะวิกฤตทางสูตินรีเวชกรรม รวมไปถึงการใช้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และกฎหมาย

หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการและแนวทางการรักษา ได้รับ

บริการอย่างเป็นธรรม เสมอภาค เคารพในสิทธิส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ตามที่ประกาศไว้ในบทบัญญัติสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ

4. การประสานงาน สื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพทั้งในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน สร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ ประสานความร่วมมือระหว่างกันในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และสร้างบรรยากาศที่ดีในการประสานงาน รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

5. การสอน ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติ การถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการแนะนำและแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา

6. การจัดการความเสี่ยง หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงในห้องผ่าตัด โดยการประเมินความเสี่ยง การแก้ไขความเสี่ยง และการประเมินผลของการดำเนินการแก้ไขความเสี่ยง การเฝ้าระวังมิให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลและการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

7. การบริหารจัดการ หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการจัดสรรบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณในหน่วยงาน การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาต่อรองกับผู้ร่วมงาน อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

8. เทคโนโลยีและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการสืบค้นข้อมูลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม ใช้และระมัดระวังดูแลรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์พิเศษในการผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมให้มีอายุการใช้งานได้นาน

9. การวิจัย และนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วม

หรือดำเนินการวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงงาน การสร้างสรรค์นวัตกรรมที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในหน่วยงาน

10. อื่นๆ หมายถึง ความสามารถและทักษะของพยาบาลประจำการห้อง ผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผ่าตัด ทั้งด้าน การศึกษา ด้านการบริหารและด้านการบริการ จำนวน 6 ท่าน

แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

หมายถึง เอกสารที่ออกแบบขึ้น เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม โดยรวบรวมแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผ่าตัดเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม มากำหนดเป็น ตัวประกอบและข้อคำถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงผ่านกระบวนการทางสถิติในการวิเคราะห์ ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม แล้วจึงนำมาสร้าง แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีคุณภาพ ที่ใช้ประเมิน สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยใช้วิธีการประเมินแบบ 360 องศา

คุณภาพของแบบประเมิน หมายถึง คุณสมบัติในด้านความเที่ยง ด้านความตรงของ แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่สร้างขึ้น

1. ความเที่ยงของแบบประเมิน หมายถึง คุณสมบัติของแบบประเมินที่สามารถ ประเมิน สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมได้ไม่แตกต่างกัน มีความคงที่ ประเมินความคงที่ภายในด้วยวิธี Cronbach's Alpha coefficient

2. ความตรงของแบบประเมิน หมายถึง คุณสมบัติของแบบประเมินสมรรถนะของ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่นำมาประเมินได้ถูกต้องแม่นยำ ตรงตาม แนวคิดของสมรรถนะ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ตรวจสอบความตรงโดย วิธีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis) และความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล 2 ชุด ที่ ได้จากแบบวัดที่สร้างจากสภาพที่เป็นจริงของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมและ ความคิดเห็นของหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ประเมินความสัมพันธ์ด้วย Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษา พยาบาล ในระดับอนุปริญญา ประกาศนียบัตร ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี สูงกว่า ปริญญาตรี ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ปัจจุบันปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมระดับปฏิบัติการ มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับอนุปริญญา ประกาศนียบัตรปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และมีประสบการณ์ในตำแหน่งตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะ ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะ ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในด้านที่บกพร่องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
3. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการคัดเลือกบุคลากรให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ และนำผลการประเมินสมรรถนะมาประกอบการ พิจารณาเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูติรีเวชกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 6 ท่าน ซึ่งได้เสนอแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. การพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
 - 1.1 ห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
 - 1.2 พยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
2. สมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
 - 2.1 ความหมาย แนวคิดสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
 - 2.2 องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
 - 2.3 การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
3. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม
 - 3.1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ
 - 3.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม

การพยาบาลผ่าตัดสูติรีเวชกรรม มีลักษณะที่เป็นพลวัตและเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดศูนย์กลางคือผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รอบจุดศูนย์กลาง คือ การดูแลผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมในการผ่าตัด รวมถึงการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดการสิ่งแวดล้อม และการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติในการผ่าตัด (Grundemann and Fernsebner, 1995)

1.1 ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค โดยการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยทางสูตินรีเวชกรรมทุกประเภทที่จำเป็นต้องวินิจฉัยและรักษา มีวัตถุประสงค์ของงานบริการผ่าตัดในด้านการรักษาความสะอาดโดยยึดหลักการป้องกันมิให้แผลติดเชื้อจากห้องผ่าตัด ลดอัตราการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการให้การพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้อง เหมาะสม ทุกขั้นตอน ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษาป้องกันโรคแทรกซ้อน ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตภายหลังการรักษาที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และอยู่ในสังคมได้ต่อไป

จากวัตถุประสงค์ของงานบริการ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมสามารถกำหนดแนวทางการจัดระบบงานของห้องผ่าตัดได้ ดังนี้ (กาญจนา จันทน์ไทย, 2540)

1. การแบ่งกลุ่มห้องผ่าตัด จะเทียบจำนวนห้องผ่าตัดและสถิติการผ่าตัดของแพทย์ให้มีความสมดุลกัน โดยอาจแบ่งห้องผ่าตัดตามประเภทของแผลหรือประเภทของเครื่องมือที่มีลักษณะการใช้คล้ายคลึงกัน ในกรณีที่มีห้องผ่าตัด 6 ห้องขึ้นไป ควรจัดแบ่งตามประเภทของเครื่องมือ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพราะทีมงานมีความชำนาญเฉพาะทางมากขึ้น

2. การจัดรายการผ่าตัดประจำวัน จะมีการจัดรายการล่วงหน้านอกจากในรายฉุกเฉิน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมจากจำนวนห้องผ่าตัด จำนวนแพทย์ เจ้าหน้าที่อุปกรณ์ที่มีอยู่และลักษณะผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ

3. การรับ ส่งผู้ป่วย จะมีใบรับส่งจากห้องผ่าตัด ซึ่งเขียนโดยพยาบาลห้องผ่าตัดและต้องแจ้งล่วงหน้าให้ทางหอผู้ป่วยทราบก่อนที่จะไปรับ การส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จต้องมีแพทย์ วิชาญญพยาบาล หรือพยาบาลห้องผ่าตัดไปส่งเช่นเดียวกัน

4. การรับ-ส่งของผู้ป่วยผ่าตัด จะต้องมีการใบตรวจเช็ค ซึ่งอยู่ในใบเตรียมผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นคนตรวจสอบให้ครบถ้วน

5. ระบบพัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ มีการจัดเก็บ Stock และมีสถิติการใช้รายเดือน รายปี เพื่อการเบิกจ่ายของ มีพอใช้และสำรองไว้กรณีฉุกเฉิน ประมาณร้อยละ 15-20 ซึ่งขึ้นอยู่กับฝ่ายพัสดุของแต่ละโรงพยาบาล

6. การบริหารบุคคล มีการจัดระบบตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากร โดยมีการเกณฑ์ในการคัดเลือก เช่น เป็นคนที่มีความรับผิดชอบสูง สุขภาพดี มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน มีมนุษยสัมพันธ์ดี และยอมรับระบบเวรห้องผ่าตัด

7. การจัดบุคลากรมอบหมายงานพิเศษ จัดได้ตามความถนัดของแต่ละบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับ Supply ดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ

8. การส่งเสริมด้านคุณธรรม จริยธรรม ควรส่งเสริมทั้งด้านพัฒนาตนเอง และในด้านการอยู่ร่วมกัน เพื่อให้บรรยากาศในการปฏิบัติงานดีขึ้น

9. การพิจารณาความดีความชอบ พิจารณาผลงานโดยเน้นคุณภาพ และปริมาณงานโดยใช้หลักและวิธีปฏิบัติของกรรมการบริหารโรงพยาบาล

10. สวัสดิการเจ้าหน้าที่ ควรจัดอำนวยความสะดวกในเรื่องห้องนั่งพัก ห้องรับประทานอาหาร ห้องเวรนอกเวลาราชการแก่เจ้าหน้าที่

11. การประสานงาน จุดประสงค์ของการประสานงานเพื่อให้ทุกฝ่าย สามารถปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยได้คล่องตัว ทั้งกรณีผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน โดยมีการประสานงาน ภายในและประสานงานภายนอกกับศัลยแพทย์และหน่วยงานอื่น ๆ

ประเภทของการผ่าตัดทางสูติรีเวชกรรม มีการจัดแบ่งประเภทของการผ่าตัด เช่นเดียวกันกับห้องผ่าตัดเฉพาะทางด้านอื่น ๆ ตามที่อรอนงค์ พุมอาภรณ์ (2538) ได้แบ่งประเภท ของการผ่าตัดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แบ่งตามจุดมุ่งหมายของการทำผ่าตัด

1.1 การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnosis or exploratory) เป็นการผ่าตัดเพื่อให้ทราบจุดที่เกิดโรคหรืออาการนั้น ๆ เช่น การส่องกล้องเข้าไปตรวจดูอวัยวะภายใน เพื่อวินิจฉัยโรค พยาธิสภาพให้แน่นอน (Diagnostic laparoscopy) การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy)

1.2 การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative) เช่น การผ่าตัดมดลูก รังไข่

1.3 การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative) ไม่ใช่การรักษาแต่ จะช่วยลดหรือบรรเทาอาการของโรค เช่น การผ่าตัดเนื้องอกออกบางส่วน

1.4 การผ่าตัดเพื่อความสวยงาม (Cosmetic) เช่น การผ่าตัด ตกแต่งช่องคลอด

2. แบ่งตามความรุนแรง ความรีบด่วนที่มีผลต่อชีวิต หรือทำให้เกิด ความพิการ

2.1 Optional surgery การผ่าตัดที่ขึ้นอยู่กับความพอใจความ สะดวกของผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดเพื่อความสวยงาม

2.2 Elective surgery เป็นการผ่าตัดที่ไม่รีบด่วนถึงแม้จะได้ ผ่าตัดช้าก็ไม่ทำให้เกิดปัญหาหรืออันตรายกับผู้ป่วย มีการกำหนดวันเวลา วางแผนเตรียมการ ล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ป่วยและศัลยแพทย์

2.3 Urgent surgery เป็นการผ่าตัดที่ต้องทำโดยเร็วเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ ถ้าช้าจะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายกับผู้ป่วย

2.4 Emergency surgery เป็นการผ่าตัดที่รีบด่วนต้องทำในทันทีเพื่อรักษาหน้าที่ของอวัยวะหรือชีวิต

จะเห็นได้ว่างานห้องผ่าตัดเป็นงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ซึ่งปฏิบัติงานจะต้องเข้าใจระบบงานจึงจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

1.2 พยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม เป็นหน่วยงานสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดด้วยโรคทางสูตินรีเวชกรรม นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ การให้บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ถึงแม้จะเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่เป็นช่วงเวลาวิกฤตสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญสภาพแวดล้อม และบุคคลในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย มีความวิตกกังวลในเรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ของทารกและยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวดและความปลอดภัยต่อชีวิตตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จึงต้องมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยมารดาและทารกอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น (วาสนา ดาวมณี, 2543: 2) ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่แพทย์นัดผ่าตัดและผู้ป่วยตกลงใจที่จะรับการผ่าตัดจนกระทั่งเคลื่อนย้ายสู่เตียงผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996; AORN, 2003) ในระยะนี้พยาบาลผ่าตัดใช้กระบวนการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย (Assessment) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิต วิญญาณ หรือสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcome identification) และการวางแผนการพยาบาล (Planning) ตามลำดับความสำคัญของปัญหา (Atkinson and Fortunato, 1996; กันยา ออประเสริฐ, 2542: 62) ซึ่งวิธีการที่พยาบาลจะทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจากระเบียบประวัติผู้ป่วย บันทึกของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือแพทย์ซึ่งได้ประเมินไว้แล้วจากการพูดคุยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้ายังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงประเมินจากผู้ป่วยโดยตรงด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายเพิ่มเติม รวมทั้งประเมินความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องพบในวันผ่าตัด (กันยา ออ

ประเสริฐ, 2543: 2) ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติหรือศึกษาจากประวัติผู้ป่วย จะช่วยให้ได้ข้อมูลทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยให้สามารถเตรียมและดำเนินการผ่าตัดไปได้อย่างราบรื่น (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541: 206) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leiderman and Stetzer (1973 อ้างถึงในกันยา ออประเสริฐ, 2541: 15) ที่พบว่าผลของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงในระยะหลังผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดพยาบาลผ่าตัดจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกัน การที่พยาบาลให้ข้อมูลหรือคำอธิบายต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาล และเพื่อให้ความร่วมมือก็เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลอีกด้วย (ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536: 17; นฤมล ทองลิ้ม, 2540: 125) แต่จากการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรวดี และศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2541: 70-75) พบว่าในระยะก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและยาระงับความรู้สึกไม่เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เนื่องจากพยาบาลผ่าตัดบางคนอาจคิดว่า ผู้ป่วยไม่พร้อมหรืออาจขาดความสนใจที่จะรับฟังข้อมูลต่าง ๆ อีกทั้งผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำจากวิสัญญีแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมาแล้ว จึงไม่ได้ให้การพยาบาลในเรื่องเหล่านี้อีก ซึ่งผู้ป่วยอาจยังมีความต้องการข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและเกิดความอบอุ่นใจ นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดยังสามารถบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลโดยการสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผู้อยู่ใกล้ ๆ และพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ (Turton, 1984: 17 อ้างถึงในประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536: 35-38) สอดคล้องกับ ภัสพร ขำวิชา (2534) ที่ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสจะมีความวิตกกังวลขณะที่อยู่ในห้องรอผ่าตัด ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ซึ่งการให้กำลังใจเป็นการเพิ่มพูนศักยภาพในตัวบุคคลเป็นการสนับสนุนให้จิตใจเข้มแข็ง เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ต่อไป (กันยา ออประเสริฐ, ศิริลักษณ์ พุ่งเดช และนภาพร วาณิชกุล, 2539: 66) การจัดบรรยากาศในห้องรอผ่าตัดให้เงียบสงบก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ คลายความวิตกกังวล มีความเป็นส่วนตัว (ธนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล, 2540: 2)

2. การพยาบาลระยะผ่าตัด

ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด จนกระทั่งถูกย้ายมาถึงห้องพักฟื้น (Atkinson and Fortunato, 1996; AORN, 2003) ระยะนี้พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ (Implementation) อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2542: 62) โดยเป็นทั้งผู้ปฏิบัติและเป็นผู้ให้

คำแนะนำแก่บุคคลอื่นในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ทักษะที่มีเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีแก่ผู้ป่วย (Atkinson and Fortunato, 1996)

พยาบาลผ่าตัดได้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง ทั้งต่อผู้ป่วยและต่อญาติ ดังนี้ (สุภาพ อารีเชื้อ, 2541: 206-210)

ด้านการดูแลญาติ พยาบาลห้องรับส่งมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด รวมทั้งการติดตามการรักษา (กรณีผู้ป่วยนอก) ตามความเหมาะสมและจำเป็น จัดสถานที่พักรอให้กับญาติ รวมทั้งควรมีการจัดโปรแกรม ส่งเสริมความรู้ และสุขภาพทั่ว ๆ ไป ให้กับญาติและผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด

ด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกนำมาห้องผ่าตัดก่อนเวลาของการเริ่มผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดมีเวลาพอในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับข้อมูลที่ได้ในระหว่างการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยรายใดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยนอกเหนือจากการผ่าตัดที่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ในระหว่างรอผ่าตัด หรือผู้ป่วยรายใดต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการ จัดท่าต่าง ๆ ในการผ่าตัด หรือผู้ป่วยรายใดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องผ่าตัดควรแนะนำให้ผู้ป่วยได้เห็นบรรยากาศที่แท้จริงของห้องผ่าตัด ภายหลังจากได้แนะนำแล้วในระหว่างการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ตั้งแต่การเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดห้องผ่าตัด แนะนำให้รู้จักวิสัญญีแพทย์ พยาบาล ซึ่งจะทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเริ่มผ่าตัด เช่น การให้สารละลายทางหลอดเลือด การวางยาสลบในระหว่างผ่าตัด

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในห้องพักฟื้น จนกระทั่งส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย (Atkinson and Fortunato, 1996; AORN, 2003) การดูแลผู้ป่วย ในระยะนี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติ ดังนั้น ข้อมูลต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะเยี่ยมก่อนผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุด การผ่าตัด พยาบาลห้องพักรักษาจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลประจำห้องพักรักษาต้องมีความรู้ในศาสตร์อื่น ๆ ผสมผสานกับศาสตร์ทางการพยาบาลในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาที่ วินิจฉัยได้ ภายใต้อิทธิพลของระบบสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับคำสั่งแพทย์ ความซับซ้อนของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยระยะนี้จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม (Multidisciplinary team) ระหว่างศัลยแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ พยาบาล เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา และได้รับการดูแลอย่างมีระบบภายใต้เป้าหมายในการดูแล

เดียวกัน คือ ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด และการได้รับยาสลบอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และ
สุขสบาย

นอกเหนือจากการให้การพยาบาลแล้ว มีการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานของ
พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (วิไลพร บุญยฤทธิ์, 2540)

1. พยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด (Circulating nurse)

พยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด ทำหน้าที่ช่วยเหลือทุกคนในทีมผ่าตัด ให้การดูแล
ผู้ป่วยผ่าตัด และรับผิดชอบ รักษาความปลอดภัยภายในห้องผ่าตัดตลอดเวลาของการผ่าตัด
พยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัดต้องแต่งกายตามระเบียบของห้องผ่าตัด แต่ไม่ต้องสวมเสื้อและถุงมือ
ปลอดภัย หน้าทีพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีดังนี้

1.1 หน้าทีก่อนผ่าตัด จัดเตรียมห้องผ่าตัดตามรายการผ่าตัด เตรียม
เครื่องมือเครื่องใช้ที่ปลอดภัยตามชนิดของการผ่าตัด โดยมีหน้าที่เปิดห่อเครื่องมือ เครื่องใช้ เติมน้ำ
ยา หรือสารละลายปลอดภัยที่ต้องใช้ตลอดการผ่าตัด การเตรียมของปลอดภัยต้องระมัดระวัง
และปฏิบัติตามเทคนิคปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดต้อง
ตรวจสอบว่าเป็นผู้ป่วยที่ถูกต้องกับแผนประวัติและรายการผ่าตัด โดยถามชื่อ-สกุลให้ตรงกับตัว
ผู้ป่วยเช่นกัน ตรวจสอบรายละเอียดในแผนประวัติผู้ป่วยดังนี้ ใบนินยอมผ่าตัดเรียบร้อยหรือไม่
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับแผนการรักษาอย่างถูกต้องหรือไม่ เช่น
การงดอาหารและน้ำ การสวนอุจจาระก่อนผ่าตัด การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด การช่วยเหลือ
ผู้เข้าผ่าตัด เช่น ช่วยสวมเสื้อผ่าตัดแก้ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ และพยาบาลส่งเครื่องมือ

1.2 หน้าทีระหว่างผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัดต้องรู้ถึงความ
ต้องการความช่วยเหลือของผู้เข้าทีมผ่าตัดทุกคน และต้องอยู่ในห้องผ่าตัดตลอดเวลา ให้การ
ช่วยเหลือผู้เข้าทีมผ่าตัดดังต่อไปนี้ มีความรู้และให้การช่วยเหลือทีมผ่าตัดได้เมื่อมีการผ่าตัด
ฉุกเฉิน รู้จักวิธีใช้อุปกรณ์เครื่องมือใช้ทั้งหมด รักษาความสงบภายในห้องผ่าตัด ดูแลสิ่งแวดล้อม
ให้เหมาะสมและปลอดภัย ส่งสิ่งของเครื่องใช้เพิ่มเติมในขณะผ่าตัด เตรียมยาหรือสารละลาย
ตามทีศัลยแพทย์ต้องการ บันทึกรายการผ่าตัดประจำวัน ติดต่อกับพยาบาลประจำห้องผ่าตัด
เพื่อรับ-ส่งผู้ป่วยรายต่อไป นับจำนวนผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือให้ครบถ้วน ทั้งก่อน-
หลังใช้เครื่องมือและผ้าซับโลหิต

1.3 หน้าทีหลังผ่าตัด เมื่อเสร็จผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด ช่วย
เก็บเครื่องมือเครื่องใช้ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ต่อไป ช่วยถอดเสื้อผ่าตัดให้ทีมผ่าตัด
ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เปิดเผยร่างกาย ทำความสะอาดคราบเลือดและคราบน้ำยา ปิดพลาสติกไม่
ให้แผลผ่าตัดปนเปื้อน ใส่เสื้อผ้าให้แก่ผู้ป่วย และช่วยรักษาความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย โดยการ
ห่มผ้าและปิดแอร์ภายในห้องผ่าตัด นำรถนอนมารับผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น ดูแลความปลอดภัย

ในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น และเตรียมห้องผ่าตัดเพื่อรับผู้ป่วยรายต่อไป ในรายที่ผู้ป่วยต้องนอนพักฟื้นที่ห้องผ่าตัดแล้วกลับบ้านได้เลย ก็ต้องประสานงานกับพยาบาลที่ห้องผ่าตัดหรือห้องพักฟื้น ให้ติดต่อญาติเพื่อเตรียมอาหารเหลวไว้ให้ผู้ป่วยได้รับประทานเมื่อสามารถรับประทานได้ และประสานงานกับแพทย์ในการขอใบรับรองแพทย์หรือเอกสารที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนำไปใช้ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลแทนตัวผู้ป่วยเพราะหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจสลึมสลือหรือไม่อยู่ในสภาพที่จะพูดคุยกับศัลยแพทย์ได้สะดวก

2. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse)

พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เป็นบุคคลหนึ่งในทีมผู้เข้าผ่าตัดซึ่งต้องล้างมือตามหลักปลอดเชื้อ สวมเสื้อคลุมและถุงมือปลอดเชื้อ ก่อนล้างมือพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัดในการเตรียมห้องผ่าตัด เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด แต่ละรายที่อาจไม่เหมือนกัน ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการผ่าตัด และเครื่องมือเครื่องใช้พื้นฐาน และเครื่องมือพิเศษในการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย เมื่ออยู่ในชุดปลอดเชื้อแล้วต้องจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดบนโต๊ะวางเครื่องมือ ตรวจนับจำนวนผ้าซับโลหิต เครื่องมือเข็มเย็บแผล และเตรียมของใช้ทุกอย่างให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที และช่วยศัลยแพทย์ส่งเครื่องมือตลอดกระบวนการของการผ่าตัด คุณสมบัติของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องมีความรู้ ซื่อสัตย์ ช่างสังเกต รวดเร็ว สามารถตัดสินใจได้ดี เอาใจใส่ขั้นตอนต่างๆ ของการผ่าตัดตลอดเวลา ควรสามารถรู้ล่วงหน้าได้ว่าขั้นตอนต่อไปแพทย์ต้องการใช้เครื่องมือชนิดใด ขนาดใด นอกจากนั้นยังต้องมีไหวพริบ คอยสังเกตการผ่าตัดโดยตลอด ว่ามีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้น เพื่อจะได้เตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษให้พร้อมใช้ได้ทันที การช่วยผ่าตัดเป็นหน้าที่อีกอย่างของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เมื่อผู้ช่วยศัลยแพทย์ไม่มีหรือยังไม่มา ในบางครั้งพยาบาลก็ต้องช่วยศัลยแพทย์ทำหน้าที่ต่าง ๆ แทน เช่น การตัดไหม การช่วยดึงเครื่องมือต่างแผลซึ่งจะพบเสมอในการช่วยผ่าตัดพื้นฐานหรือผ่าตัดเล็ก เมื่อใกล้สิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลต้องนับผ้าซับโลหิต และเครื่องมือผ่าตัดให้ครบถ้วนร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด และเตรียมผ้าปิดแผลทำความสะอาดแผลผ่าตัด และปิดแผลผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุด

กัญญา ออประเสริฐ (2541) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในประเทศไทยปัจจุบันมีดังนี้คือ ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดเชื้อ บริหารจัดการการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างประหยัดและมีคุณภาพ ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยเหลือการผ่าตัดหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทพยาบาลผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี

ของนักศึกษาพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพ สนับสนุนการเข้าร่วมโครงการการประชุมวิชาการ หรือฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา และสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรวิชาชีพพยาบาล

McGarvey, et al. (2000) ได้กล่าวว่บทบาทของพยาบาลผ่าตัดเชิงรุกมีดังนี้ คือ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการและการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ บทบาทต่อหน่วยงานและสังคม และบทบาทต่อวิชาชีพและตนเองในการพัฒนาความรู้ การวิจัย ตลอดจนการพัฒนาให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) นอกจากนี้ พยาบาลผ่าตัดยังต้องขยายบทบาทด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล และการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ในระยะก่อนผ่าตัดอาจจะมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดและให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและความคับข้องใจของผู้ป่วย ซึ่งหน้าที่นี้จะไม่ซ้ำซ้อนกับการสอนผู้ป่วยของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และควรมีแบบแผนการให้คำแนะนำผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจนในการให้การพยาบาล ควรยึดหลักของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผ่าตัดจะต้องปรับปรุงตนเองในด้านบุคลิกภาพ เพราะเป็นสิ่งที่แรกที่จะเกิดความประทับใจในบุคลิกภาพที่ดี น่าเชื่อถือ มีความมั่นใจ สนใจรับฟังปัญหาผู้ป่วยอย่างเต็มใจและให้คำตอบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย (เรณู อาจสาละ, 2542)

Creasia and Parker (2001) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดไว้ดังนี้

1. บทบาทเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) คือการดูแล 3 ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นการช่วยเหลือทั้งหมด บางส่วน และการให้ความรู้
2. บทบาทการเป็นครู (Teacher) คือ เป็นการพยายามที่จะให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้เผชิญกับปัญหาได้ พยาบาลควรมีบทบาทการดูแลและการสอนเป็นสิ่งแรก โดยมีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการติดเชื้อ แยกแยะความต้องการการเรียนการสอนของผู้ป่วยและญาติ ประเมินการเข้าใจของผู้ป่วยและความพร้อมในการเรียน พัฒนาเป้าหมาย การศึกษาและวัตถุประสงค์ร่วมกันกับผู้ป่วย เตรียมข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการสร้างกลยุทธ์ในการสอนและประเมินผลสัมฤทธิ์ในการเรียนการสอน
3. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocate) เป็นหัวใจสำคัญของระบบค่านิยมในการพยาบาล เป็นการป้องกันอันตรายและให้ความสนใจขั้นสูงกับผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องให้ความมั่นใจในเอกสารที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและสิทธิต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ กระจายการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ชุมชน ครอบครัวและหน่วยงานอื่น ๆ

4. บทบาทเป็นผู้ประสานงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Coordinator) การประเมินคุณภาพเป็นเรื่องยาก เพราะคุณภาพการดูแลจะต้องประเมินจากแนวคิดหลายด้าน ทั้งค่านิยม พลวัต การเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการและเทคนิคที่มีความเจริญก้าวหน้าโดยดูจากการเงิน ความห่วงใยในความรับผิดชอบต่อที่มีผู้ใช้บริการ โดยจะต้องมีหน้าที่ออกแบบกระบวนการ มีการประสานงานในการปฏิบัติงาน สรุปผลการประเมินเพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแล

5. บทบาทผู้บริหาร (Manager) หน้าที่คือ ทำให้เกิดประสิทธิภาพขึ้นโดยการสร้างกลยุทธ์ วางแผนกลยุทธ์ ควบคุมการจัดตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ริเริ่มและเปลี่ยนแปลงการบริหาร ช่วยสนับสนุนการวางแผนและการตัดสินใจ พัฒนานโยบาย ข้อปฏิบัติ และมาตรฐานการดูแล ประเมินการปฏิบัติงาน การสอนและให้คำปรึกษา แก้ไขความสับสน ส่งเสริมการสร้างทีม ให้ความสะดวกในการสื่อสาร ควบคุมการติดต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างหน่วยงาน เป็นพี่เลี้ยงและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้บริหารในอนาคต ส่งเสริมคุณภาพตามนโยบายขององค์กรและควบคุมการดูแลผู้ป่วยตามความคาดหวัง

6. บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) การพัฒนาการปฏิบัติงานจะต้องเกิดจากการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญ เป็นสมรรถนะหนึ่งของวิชาชีพ มีการเพิ่มบทบาทนักวิจัยขึ้นในองค์กร โดยพยาบาลมีหน้าที่เตรียมความเข้าใจในกระบวนการวิจัยไว้ในโปรแกรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ตั้งสมมติฐาน ออกแบบงานวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบและเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ รายงานผลที่ค้นพบและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางาน

7. บทบาทพยาบาลสารสนเทศ (Information nurse) ได้รับการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์ทางคอมพิวเตอร์ในการสร้างข้อมูลทางการพยาบาล มีหน้าที่คือ ออกแบบหรือปฏิบัติการทางสารสนเทศ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์และประเมินผลความต้องการสารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนากลยุทธ์ นโยบายและข้อปฏิบัติในการทำงานและพัฒนาการสอนทฤษฎีและสารสนเทศทางการพยาบาล

จากแนวคิดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม สรุปได้ว่า พยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในทีมผ่าตัด มีหน้าที่รับผิดชอบต่อบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด อย่างครอบคลุมตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลจะต้องเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ขณะผ่าตัดพยาบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบต่อให้กระบวนการผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัยจาก

ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ และหลังผ่าตัดพยาบาลก็ดูแลให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการดมยาและการผ่าตัดในระยะแรก โดยปฏิบัติการอยู่ภายใต้หลักของจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขอบเขตการพยาบาลผ่าตัดทั้งหมดนี้ต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในทุกขั้นตอนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอยู่ในภาวะที่ความสามารถในการดูแลตนเองและการปกป้องร่างกายลดลงหรือบกพร่องจะต้องมีความรู้และประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติบนพื้นฐานของเกณฑ์ที่สนับสนุนมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะทางและเน้นที่การตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลที่มารับการผ่าตัด ตลอดจนบทบาทในการจัดเตรียมเครื่องมือและจัดเตรียมห้องผ่าตัด สิ่งแวดล้อมของห้องผ่าตัดให้อื้ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน รวมทั้งทำความสะอาด การดูแลรักษา การซ่อมบำรุงและการตรวจสอบการใช้งานของอุปกรณ์ต่าง ๆ บทบาทการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมต้องมีความแคล่วคล่องว่องไว และรอบรู้ในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งมีความสามารถในการสื่อความหมาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อให้การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน

2. สมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

สมรรถนะในการปฏิบัติงานหรืออีกนัยหนึ่งคือ ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน ซึ่งจะต้องมีความรู้ เจตคติ ทักษะ พฤติกรรมและลักษณะพิเศษส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง หรือเป็นการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่จริงของพยาบาลในตำแหน่งเฉพาะ โดยที่บุคคลนั้นมีการ บูรณาการความรู้ เจตคติ ทักษะและพฤติกรรมในการผลิตบริการพยาบาลให้เป็นไปตามแนวทางที่ได้รับการคาดหวัง มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงรายละเอียดสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดไว้ดังนี้

2.1 ความหมาย แนวคิดสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

สถานการณ์ของโลกในปัจจุบันเข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสาร ร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง การแข่งขันและพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีในการผ่าตัด มีการผ่าตัดด้วยเทคนิคที่ซับซ้อนและมีการพัฒนาการผ่าตัดขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดให้มีสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ตลอดจนมีการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ ความสามารถให้

มีศักยภาพในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด และสมรรถนะยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้บริหารในการกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรในองค์กร ในเรื่องของสมรรถนะ ได้มีผู้ให้ความหมายของสมรรถนะไว้ ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายของสมรรถนะว่า คือ ความสามารถ การมีคุณสมบัติเหมาะแก่การจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ โดยใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่บุคคลหนึ่งพึงมี และสามารถแสดงออกให้เห็นพฤติกรรมทางความรู้ เจตคติและการกระทำที่ดี

วิทย์ เทียงบุญธรรม (2541) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถ ความมีอำนาจ หรือความพอเพียงในการปฏิบัติกิจกรรมของตนด้วยความชำนาญตามประสบการณ์ที่ได้รับมา และมีคุณสมบัติที่เหมาะสมได้อย่างเพียงพอ

อัจฉรา สุทธิพรณิรัตน์ (2545: 14) ให้ความหมายของสมรรถนะ หมายถึง การผสมผสานความรู้ ความเข้าใจและทักษะของบุคคล ไปใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและบรรลุมาตรฐานการปฏิบัติงาน

ณรงควิทย์ แสนทอง (2546: 257) ให้ความหมายสมรรถนะหมายถึง ความรู้ ความสามารถ พฤติกรรม ทักษะ และแรงจูงใจ ที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของเป้าหมายของงานในตำแหน่งนั้น ๆ

Good (1973) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประยุกต์หลักการ เทคนิค และวิธีการในสาขาที่ปฏิบัติให้เข้ากับสภาพการณ์ที่ปฏิบัติ

Webster's (1978) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถ ความเหมาะสม

Short (1984 cited in McMullan, et al., 2003) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่อยู่ในระดับที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน

Grobe (1988) ให้ความหมายของ สมรรถนะไว้ว่า สมรรถนะหมายถึง การมีความรู้ที่กำหนด มีทักษะและสมรรถภาพ ที่จะทำหน้าที่ในบทบาทและงานที่มอบหมาย

Alspach (1991: 9-11) ได้กล่าวถึงสมรรถนะ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการสามารถผสมผสานความรู้ ทักษะ และลักษณะส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้การปฏิบัติงานได้มาตรฐานตามที่สร้างไว้

Simpson and Weiner (1992) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำหรือการปฏิบัติงาน

Kramer and Shmalenberg (1993) ให้ความหมายของสมรรถนะว่า เป็นความสามารถในการทำงานที่เป็นอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเองและมีพลังอำนาจ สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลคือต้องมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดี

Harris, et al. (1995 cited in Brunt, 2002) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะนำความรู้และทักษะที่ตนเองมีอยู่ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดผลงานใหม่

Parry (1996 cited in Parsons and Capka, 1997: 1065) ให้ความหมายสมรรถนะหมายถึง เป็นกลุ่มความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติ ที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน บทบาท หรือความรับผิดชอบของบุคคล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน สามารถวัดได้โดยมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และปรับปรุงได้โดยการฝึกอบรมและพัฒนา

Kelly-Thomas (1998) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ หมายถึงการที่บุคคล แสดงออกถึงความสามารถในการเลือกใช้ทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

Miller, Flynn, and Umadac (1998: 9) ให้ความหมายสมรรถนะ หมายถึง เป็นสิ่งที่อธิบายถึงความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่

Krozek and Scoggins (1999) ให้ความหมายของสมรรถนะคือ ประสิทธิภาพในการใช้องค์ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นปฏิริยาตอบโต้ของขบวนการทางจิต การคิดอย่างมีวิจารณญาณรวมถึงทักษะในการติดต่อประสานงานระหว่างบุคคลที่อยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติที่ตกลงร่วมกันอย่างมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป

McShane and Glinow (2004) กล่าวถึงคำว่า สมรรถนะ หมายถึง ทักษะ ความรู้ ความสามารถ และ คุณลักษณะอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2547: 18) กล่าวถึงสมรรถนะว่าเป็นความสามารถที่เป็น ปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือแสดงออกถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ โดยมีองค์ประกอบที่ทำให้เกิดสมรรถนะมี 5 อย่าง คือ

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นองค์ประกอบเฉพาะด้านของบุคคล เช่น ความรู้ภาษาอังกฤษ ความรู้ด้านการพยาบาล
2. ทักษะ (Skills) ความสามารถหรือสิ่งทีบุคคลกระทำได้ดี เช่น ทักษะในการทำงานเป็นทีม ทักษะในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ
3. ทัศนคติ ค่านิยมและความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน (Self concept) สิ่งทีบุคคลเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความเชื่อมั่นใจในตนเอง
4. บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Traits) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น การเป็นคนที่น่าเชื่อถือไว้วางใจได้

5. แรงขับภายใน (Motives) ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่สิ่งที่เป็นเป้าหมายของตน

จากความหมายดังกล่าว สรุปว่า สมรรถนะ หมายถึงการแสดงออกของบุคคลถึงความสามารถ ความรู้ ทักษะและเจตคติ ในการกระทำหรือการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความคาดหวังของบุคคลอื่น

ในวิชาชีพพยาบาล มีการให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ ไว้ดังนี้

American Nurse Association (1994 cited in Schroeder, 1997) ให้ความหมาย สมรรถนะ ว่า หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลที่บ่งถึง ความสามารถ ความรู้ ทักษะ และ เจตคติในการปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับการคาดหวัง

Kentucky Board of Nursing (1994 cited in McGuire, Standhope, and Weisenbeck, 1998) ให้ความหมายของ สมรรถนะ หมายถึงการประยุกต์ความรู้ ทักษะ เพื่อการดูแลร่วมกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การติดต่อสื่อสาร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ผาสุกและปลอดภัย

Smadu (1997 cited in Campbell and Mackay, 2001) ระบุว่า แนวคิดการกำหนดความหมายของสมรรถนะจะมี 3 แนวคิดคือ

1. สมรรถนะจะเกี่ยวเนื่องกับความสามารถของพยาบาล ในการปฏิบัติบทบาทเฉพาะของตนเอง

2. สมรรถนะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม

3. สมรรถนะเป็นการผสมผสานของความรู้ ทักษะ เจตคติ และความสามารถ ซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ สมรรถนะจะเกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบในแต่ละตำแหน่ง สมรรถนะ จะอธิบายถึงบทบาท หน้าที่ ภาระงานของบุคคล สมรรถนะที่ชัดเจนเป็นเครื่องช่วยในการปฏิบัติงาน

จากความหมายของสมรรถนะดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า สมรรถนะในวิชาชีพพยาบาลหมายถึง การแสดงออกของบุคลากรพยาบาล ถึงความรู้ ความสามารถ เจตคติและทักษะในการปฏิบัติงานพยาบาลตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นไปตามความคาดหวังของบุคคลในวิชาชีพ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2547: 18) ได้จำแนกประเภทของสมรรถนะไว้ 5 ประเภท ดังนี้

1. สมรรถนะเชิงความรู้ (Cognitive competencies) หมายถึงความรู้เฉพาะ ความเข้าใจและสิ่งที่ต้องตระหนักถึง

2. สมรรถนะเชิงเจตคติ (Affective competencies) หมายถึง ค่านิยมเจตคติ ความสนใจและสุนทรีย์ ที่บุคคลแสดงออกในการปฏิบัติของตน

3. สมรรถนะเชิงปฏิบัติ (Performance competencies) หมายถึง พฤติกรรมแสดงออก ที่เน้นทักษะปฏิบัติที่แสดงให้เห็นว่ามีการลงมือทำจริง

4. สมรรถนะเชิงผลผลิต (Product competencies) หมายถึงความสามารถของการกระทำ เพื่อเปลี่ยนอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทำให้เกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นมา หรือทำงานในอาชีพได้ประสบผลสำเร็จ

5. สมรรถนะเชิงแสดงออก (Expressive competencies) หมายถึง ความสามารถที่แสดงถึงการนำความรู้และประสบการณ์มาใช้เพื่อพัฒนาผลงาน

รูปแบบของสมรรถนะ (Competency model) ตามรูปแบบของ McClelland (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2547: 24-25) ประกอบด้วย

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะหลักขององค์กรที่ทุกหน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ได้แก่ ความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ (Achievement orientation) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) การให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer focus) ความซื่อสัตย์สุจริต (Integrity) การคิดอย่างเป็นระบบ (System thinking) และการทำงานเป็นทีม (Team work)

2. สมรรถนะวิชาชีพ (Professional competency) เป็นสมรรถนะของแต่ละวิชาชีพซึ่งจะกำหนดไว้ในแต่ละสาขาวิชาชีพว่าบุคคลในวิชาชีพนี้ควรมีสมรรถนะหรือคุณลักษณะอย่างไร ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์กร (Organization) การแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ (Creative problem solving) อดทนต่อความกดดัน (Tolerance for stress) และการควบคุมตนเอง (Self control)

3. สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานตามลักษณะเฉพาะแต่ละกิจกรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลต่าง ๆ ที่สำคัญ และจำเป็นในวิชาชีพ ได้แก่ ความคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) การใช้เทคโนโลยี (IT application) การใส่ใจในเรื่องคุณภาพ (Quality focus) และความชำนาญด้านเทคนิค (Technical expertise)

ณรงควิทย์ แสนทอง (2546: 259) แบ่งประเภทของสมรรถนะตามแหล่งที่มาของสมรรถนะ ออกได้ 3 ประเภท คือ

1. Personal competencies เป็นสมรรถนะที่เฉพาะตัวของบุคคล หรือกลุ่ม บุคคลเท่านั้น เช่น ความสามารถในการเขียนภาพของศิลปิน การแสดงของนักกายกรรม นักกีฬา คนบางคนที่สามารถดำรงชีพอยู่กับสรรพวิเศษได้ นักประดิษฐ์คิดค้นสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นความสามารถเฉพาะตัวที่ยากต่อการเรียนรู้หรือการเลียนแบบ ไม่สามารถถ่ายทอดให้กับผู้อื่นได้

2. Job competencies เป็นสมรรถนะที่เป็นความสามารถเฉพาะของบุคคลที่ตำแหน่งหรือบทบาทนั้นๆ ต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้งานบรรลุความสำเร็จตามที่ต้องการ

3. Organization competencies เป็นสมรรถนะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะขององค์กร ที่มีส่วนทำให้องค์การนั้นไปสู่ความสำเร็จได้ เช่น บริษัทโซนี่ เป็นองค์กรที่มีความสามารถในการผลิตสินค้าประเภทอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีขนาดเล็ก บริษัท 3M เป็นองค์กรที่มีความสามารถเฉพาะในด้านการผลิตสินค้าจำพวกเทป กระดาษกาว เช่น โฟสอิท

ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2546: 160-167) ได้กล่าวถึงสมรรถนะความสามารถประจำตำแหน่ง (Job competencies) ว่าจะต้องผ่านกระบวนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. การกำหนดความสามารถที่น่าจะมี (Competencies) ให้กำหนดความสามารถที่น่าจะมีผลสำหรับผลที่คาดหวังในแต่ละข้อด้วยคำถามที่ว่า ถ้าจะให้ได้ผลงานตามที่คาดหวังแล้ว ผู้ดำรงตำแหน่งงานนี้จะต้องมีความสามารถอะไรบ้าง

2. คัดเลือกความสามารถหลัก (Key competencies) เมื่อเราวิเคราะห์ได้แล้วว่าความคาดหวังแต่ละกลุ่มนั้นมีความสามารถอะไรบ้าง ให้หาตัวชี้วัดความสามารถหลักของตำแหน่งงาน โดยดูจากภาพรวมของความสามารถ ดังนี้

2.1 พิจารณาจากความสามารถที่ซ้ำกันมากที่สุด หมายถึงความสามารถที่เป็นความต้องการของกลุ่มผลความคาดหวัง

2.2 พิจารณาจากความท้าทายหรือความยากของงานที่ระบุไว้ในช่วงแรกเพื่อดูว่าความท้าทายทุกตัวมีความสามารถรองรับหรือยัง

นอกจากนี้ ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2546: 160-167) ยังได้จำแนกสมรรถนะในการปฏิบัติงานออกเป็น 45 สมรรถนะ ดังนี้ การปรับตัว (Adaptability) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) ความละเอียดรอบคอบ (Attention to detail) การสอนแนะ (Coaching) การให้ความร่วมมือ (Collaboration) การสื่อสาร (Communication) การคิดเชิงแนวคิด (Conceptual thinking) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) การประสานงาน (Coordination) จิตสำนึกด้านต้นทุน (Cost awareness) การบริการลูกค้า (Customer service) การให้คำปรึกษา (Counselling) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) การตัดสินใจ (Decision making) การมอบหมายงาน (Delegation) การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) การให้อำนาจ (Empowerment) ความอดทน (Endurable) ความกระตือรือร้น

(Energetic) ความยืดหยุ่น (Flexibility) การติดตามงาน (Follow up) มนุษยสัมพันธ์ (Human relation) การโน้มน้าว (Influence) การติดตามข้อมูลข่าวสาร (Information monitoring) การคิดริเริ่ม (Innitiative) การคิดสิ่งใหม่ (Innovative) ภาวะผู้นำ (Leadership) การรับฟัง (Listening) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) การสังเกต (Observation) การพัฒนาองค์การ (Organization development) การสื่อสารด้วยคำพูด (Oral communication) การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative analysis) จิตสำนึกด้านคุณภาพ (Quality awareness) การวางแผน (Planning) การนำเสนอ (Presentation) การแก้ปัญหา (Problem solving) ความน่าไว้วางใจ (Reliability) จิตสำนึกด้านความปลอดภัย (Safety awareness) ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic leadership) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic planning) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความรู้เฉพาะสาขาอาชีพ (Technical/Professional knowledge) และความมุ่งมั่น (Tenacity)

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม องค์การวิชาชีพพยาบาลผ่าตัดแห่งประเทศไทย (Association of Operating Room Nurse) หรือที่เรียกชื่อย่อว่า AORN ได้กำหนดสมรรถนะการพยาบาลผ่าตัด โดยอาศัยความรู้ และทักษะในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีคุณภาพ ได้ปรับปรุงวิธีการที่จะนำสมรรถนะพื้นฐานไปใช้ โดยนำกระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอนคือ 1) การประเมิน (Assessment) 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การกำหนดเป้าหมาย (Outcome identification) 4) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 5) การนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) และ 6) การประเมินผล (Evaluation) ซึ่งรวบรวมสมรรถนะทั้งหมดได้ 18 สมรรถนะ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากพยาบาลห้องผ่าตัด 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มนักวิชาการ และกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลและกำหนดสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดออกเป็นกลุ่มขั้นตอนได้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assessment)

1. สมรรถนะในการประเมินด้านร่างกายของผู้ป่วย / ครอบครัว โดยประเมินสภาพผิวหนัง การเคลื่อนไหว การวัดสัญญาณชีพ ความผิดปกติต่าง ๆ การได้รับบาดเจ็บ และการได้รับการผ่าตัดครั้งก่อน สภาวะของหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ การขยับถ่าย ภาวะโภชนาการ การแพ้ยา สารเคมีหรืออาหาร รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึก ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
2. สมรรถนะในการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยการประเมินการยอมรับ ความคาดหวัง การเผชิญปัญหา ความสามารถในการเข้าใจ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม รวมถึงการสื่อสาร/การบันทึกข้อมูลด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

3. สมรรถนะในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การแปลความหมายข้อมูล สามารถแยกแยะปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยอธิบายเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ได้ รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกข้อวินิจฉัยอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมาย (Outcome identification)

4. สมรรถนะในการตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย โดยมีพื้นฐานจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการพัฒนาผลลัพธ์ เป้าหมาย และเกณฑ์การวัดอย่างชัดเจน และมีความเป็นไปได้ ตลอดจนการเรียงลำดับความสำคัญของผลลัพธ์ตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร/บันทึก ผลลัพธ์กับบุคคลที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

5. สมรรถนะในการพัฒนาแผนการพยาบาลที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถแยกแยะกิจกรรมการพยาบาลอย่างชัดเจน และเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลได้ รวมทั้งการประสานงานกับทีมบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การควบคุมสิ่งแวดล้อม การมอบหมายงานและการเตรียมการสำหรับภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation)

6. สมรรถนะในการย้ายผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล โดยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสุขสบาย รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการเคลื่อนย้าย

7. สมรรถนะในการให้คำแนะนำผู้ป่วย / ครอบครัว โดยประเมิน ความต้องการ ความพร้อม การให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการประเมินผล รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการสอนผู้ป่วย/ครอบครัว

8. สมรรถนะในการคงไว้ซึ่งบริเวณปลอดภัย โดยการปฏิบัติด้วยหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด แก่ไขกรณีที่มีการปนเปื้อนอย่างเหมาะสม ตรวจสอบสิ่งของต่าง ๆ และรักษาความสะอาดปราศจากเชื้อในกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการรักษาบริเวณปราศจากเชื้อ

9. สมรรถนะในการใช้อุปกรณ์และของ Supplies ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยสามารถคาดการณ์ความต้องการในการใช้อุปกรณ์และของ Supplies ให้ถูกต้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการเลือกการดูแลให้พร้อมใช้ การใช้อย่างถูกต้องและคุ้มค่า รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการใช้อุปกรณ์และของ Supplies

10. สมรรถนะในการนับผ้าซับโลหิต ของมีคม และเครื่องมือผ่าตัด โดย การปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการนับอย่างเคร่งครัด ถ้าพบว่าไม่ครบต้องดำเนินการอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกผลตามนโยบาย

11. สมรรถนะในการบริหารยาและน้ำยาต่าง ๆ โดยทำตามนโยบาย ของโรงพยาบาล และขั้นตอนการให้ยาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึก การบริหารยา และน้ำยา

12. สมรรถนะในการเฝ้าระวังผู้ป่วยด้านร่างกายขณะผ่าตัด โดยการช่วย หรือเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงขณะผ่าตัด การประเมิน Intake และ Output โดยเฉพาะปริมาณเลือดที่ออก และให้การดูแลช่วยเหลือหรือรายงานแพทย์ตามความ เหมาะสม รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการตอบสนองด้านร่างกายของผู้ป่วย

13. สมรรถนะในการเฝ้าระวังและควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยการ ควบคุม อุณหภูมิ ความชื้นตามข้อบ่งชี้ ดูแลและปฏิบัติตามข้อปฏิบัติในเรื่องการใช้เครื่องไฟฟ้า การ ดูแลการสัญจร การควบคุมเสียงและกลิ่น ตลอดจนการทิ้งสิ่งปฏิกูล รวมทั้งการสื่อสาร/การ บันทึกการควบคุมสิ่งแวดล้อม

14. สมรรถนะในการยอมรับสิทธิผู้ป่วย โดยแสดงถึงความ ตระหนักในสิทธิผู้ป่วย ปกป้องในความเป็นส่วนตัวด้านร่างกาย สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย และ เคารพในความเชื่อของบุคคล รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกในเรื่องสิทธิผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (Evaluation)

15. สมรรถนะในการปฏิบัติกรพยาบาล ที่แสดงถึงความตระหนักใน ความรับผิดชอบ โดยการตัดสินใจที่ปลอดภัย แสดงถึงความยืดหยุ่นและการปรับเปลี่ยน ปฏิบัติกรพยาบาลตามสถานการณ์ ยอมรับการประเมินเพื่อการปรับปรุง แสดงถึงการเป็นผู้มี กาลเทศะ และเข้าใจเมื่อติดต่อกับผู้ป่วย ผู้ร่วมทีม และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการใฝ่เรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการปฏิบัติกรพยาบาล

16. สมรรถนะในการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย โดยการพัฒนาเกณฑ์ ผลลัพธ์ตามเป้าหมายและประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายนั้น รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึก ระดับของความสำเร็จในเป้าหมาย

17. สมรรถนะในการวัดประสิทธิผลของการพยาบาล โดยกำหนด เกณฑ์เพื่อวัดคุณภาพการพยาบาล ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเปรียบเทียบผลของการพยาบาล กับเป้าหมายของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกผลของการพยาบาล

18. สมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องบนฐานของข้อมูลใหม่ โดยการประเมินซ้ำในเรื่องภาวะสุขภาพ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยใหม่ แล้วนำมาวางแผนและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลจนถึงขั้นการประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งการสื่อสาร/การ บันทึกกระบวนการประเมินด้วย

ข้อสังเกต สมรรถนะทั้ง 18 ข้อของพยาบาลห้องผ่าตัดที่กำหนดโดย AORN ทุกข้อจะเน้นเรื่องการสื่อสาร และ/หรือการบันทึกไว้ด้วย โดยอาจจะสื่อสารเป็นวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษรก็ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในแต่ละเรื่อง

Atkinson (1996) กล่าวว่า เพื่อให้การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีการนำกระบวนการเรียนรู้มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพและทักษะของตน ดังต่อไปนี้

1. มีความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ การทำลายเชื้อในการเตรียมของใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อ
2. มีความรู้เป็นอย่างดีในด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ทั้งในสภาวะปกติ และในสภาวะที่เกิดพยาธิสภาพ เพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดอย่างถูกต้อง และมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
3. มีความเข้าใจในด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ในการผ่าตัด
4. เตรียมผู้ป่วยในฐานะบุคคลให้พร้อม สำหรับกระบวนการที่จำเป็นในการผ่าตัด
5. คาดการณ์ความต้องการของสมาชิกในทีมผ่าตัด และจัดระบบงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วย
6. การใช้อาสาสมัครน้ำที่เหมาะสม และการแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับสารน้ำ หรือยาต่าง ๆ
7. มีความเข้าใจเรื่องแผล และการหายของแผล รวมทั้งการป้องกันการเกิดอันตราย หรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระหว่างการผ่าตัด
8. ป้องกันสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย โดยมีความเข้าใจการทำงาน และดูแลรักษาเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้สามารถนำมาใช้งานได้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
9. การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการประสานกับสมาชิกในทีมสุขภาพ

10. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแสดงความเต็มใจที่จะประสานความร่วมมือกับสมาชิกในทีมผ่าตัดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

11. ปฏิบัติหน้าที่ในทีมโดยมีการแสดงความคิดเห็น และประสานงานกับบุคลากรอื่นในหน่วยงานของตน รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย

12. มีการพัฒนาตนเอง สามารถปรับตัว ในฐานะสมาชิกของทีม โดยปฏิบัติงานอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด และบุคลากรอื่นในทีมผ่าตัด

13. พัฒนาการควบคุมตนเอง และความสามารถในการจัดการความวิตกกังวล โดยการเรียนรู้เทคนิคพื้นฐานที่สามารถตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือสถานการณ์ตึงเครียดต่าง ๆ และสถานการณ์ปกติ

14. จำแนกแยกแยะปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ระหว่างสมาชิกในทีม เพื่อใช้ในการประเมินและปรับพฤติกรรมช่วยให้เพิ่มความมีส่วนร่วมของทีมและเป็นตัวแทนของผู้ป่วย

15. ปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องและตรงตามนโยบายของโรงพยาบาล และตระหนักถึงมาตรฐานของการปฏิบัติ และพัฒนาการปฏิบัติงานกับบุคลากรในวิชาชีพ และใช้คำ นิยมทางจริยธรรมและศีลธรรม

16. ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดี ถูกต้อง ปลอดภัย ในขณะที่มีการใช้อุปกรณ์อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

กัญญา ออประเสริฐ (2542) และ Fairchild (1996) ได้กล่าวถึงความสามารถและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้มารับบริการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด และนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ และกำหนดปัญหาของผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญ และให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะก่อนขณะ และหลังผ่าตัด โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนติดตามประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะมารับการผ่าตัด

2. ให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญ บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยและการพิจารณาอย่างรอบคอบ

3. ให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดภัย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และรักษาภาวะปลอดภัยในห้องผ่าตัดและบริเวณผ่าตัด ตลอดเวลาของการผ่าตัด
4. บริหารจัดการการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการผ่าตัดอย่างประหยัดและมีคุณภาพมากที่สุด
5. ปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลผู้ช่วยเหลือในการผ่าตัด หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญบนพื้นฐานความรู้ ความชำนาญ
6. ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
7. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
8. ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว พิจารณาสีติของผู้ป่วยที่พึงมี
9. มีส่วนร่วมในกิจกรรมและการวิจัยขององค์การวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะองค์การวิชาชีพของพยาบาลผ่าตัดและการวิจัยที่สนับสนุนและส่งเสริมการให้บริการพยาบาล เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ เพิ่มพูนความรู้ให้กับตนเอง และวิชาชีพ

จากแนวคิดสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสรุปได้ว่า สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมหมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ที่บ่งบอกถึงการนำความรู้และทักษะทางวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัดที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงานการพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะขั้นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วย และสมรรถนะด้านทักษะเฉพาะทางที่จำเป็นในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในสมรรถนะขั้นสูงต่อไป

2.2 องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

หัวใจของการพยาบาลผ่าตัดอยู่บนพื้นฐานปรัชญาของการพยาบาลผ่าตัด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด รวมทั้งเนื้อหาสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด (Grundemann and Fernsebner, 1995) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ มีความเข้าใจในทักษะและความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำหน้าที่ของตน

Del Bueno (1987 cited in Gruendemann and Fernsebner, 1995: 30) ได้จำแนกสมรรถนะออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะด้านเทคนิคการปฏิบัติงาน ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนี้

1. ด้านเทคนิคการปฏิบัติงาน วัดได้จากการปฏิบัติงานในภาวะที่มีความเสี่ยงและมีความถี่สูง การปฏิบัติงานทางคลินิกวัดโดยการใช้แบบฟอร์มการตรวจสอบรายชื่อ

2. ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณวัดจากการสร้างสถานการณ์สมมติ

3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประเมินจากการสังเกตโดยตรงจากการปฏิบัติงานทางคลินิก หรือจากสถานการณ์สมมติก็ได้

โดยการนำเอาทักษะด้านต่างๆ เหล่านี้มาใช้ในการประเมิน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

มูทิตา รัตนภาค (2544) ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ โดยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ ผลการศึกษาพบว่าตัวประกอบสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ มี 8 ตัวประกอบคือ

1. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด
2. การติดต่อสื่อสาร
3. เทคนิคการพยาบาลผ่าตัด
4. การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผ่าตัด
5. การบริหารจัดการทั่วไป
6. การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด
7. ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
8. การดูแลแผลผ่าตัด

วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) ได้ศึกษาบทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2553 โดยเทคนิคเดลฟาย ผลการศึกษาพบว่า บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2553 ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยบทบาทหลัก 14 ด้านคือ

1. การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด
2. การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ
3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและกฎหมาย
4. การวิจัย

5. การสอนและการให้คำปรึกษา
6. การพัฒนาวิชาชีพและตนเอง
7. การประสานงาน การสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์
8. ด้านนวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยี
9. การส่งเสริมสุขภาพ
10. การพยาบาลเชิงรุก
11. การดูแลสิ่งแวดล้อม
12. การเป็นผู้นำ
13. การใช้พยาบาลทางเลือก
14. การเป็นพยาบาลช่วยผ่าตัดคนที่หนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย นำมาบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลผ่าตัด ที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวคิดสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น (กันยา ออประเสริฐ, 2542; มุทิตา รัตนภาค, 2544; วันเพ็ญ เส้นศูนย์, 2544; Gruendemann and Fernsebner, 1995; Fairchild, 1996; Atkinson and Fortunato, 1996; McGarvey et al., 2000; Creasia & Parker, 2001 และ AORN, 2003) สรุปเป็นองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมในด้านต่าง ๆ 10 ด้าน คือ 1) ทักษะทางมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม 2) ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสูตินรีเวชกรรม 3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและกฎหมาย 4) การประสานงาน สื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ 5) การสอน ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว 6) การจัดการความเสี่ยง 7) การบริหารจัดการ 8) เทคโนโลยีและสารสนเทศ 9) การวิจัย และนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพ และ 10) อื่น ๆ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ทักษะทางมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

การให้บริการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมในปัจจุบัน พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมต้องมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นจากที่เคยปฏิบัติกันในเฉพาะห้องผ่าตัด และการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในห้องผ่าตัด มาเป็นการดูแลผู้ป่วย มารดาและทารกเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย/มารดาและทารกเป็นสำคัญ ให้บริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/มารดาและทารก ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2542: 20; เรณู อาจสาลี, 2535: 20; ศิริพร พุทธิรังษี, 2542: 41; Atkinson and Fortunato, 1996 และ McGarvey, et al., 2000) ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (Perioperative assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล มีความสำคัญยิ่งต่อการวางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (Preoperative visit) จะทำให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ป่วยโดยละเอียด และนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และกำหนดปัญหา หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

2. วางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด (Intraoperative planning) ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การแก้ปัญหาของผู้ป่วยหรือจุดมุ่งหมายของการให้การพยาบาล เป็นข้อความเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองภายหลังการได้รับการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมพยาบาลเพื่อใช้เป็นหลักหรือแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

3. นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ (Nursing activity) พยาบาลผ่าตัดจะต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎี ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละกิจกรรม ต้องตรงตามแผนที่กำหนดไว้ และจัดบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลได้กระทำต่อผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ

4. ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อนำไปปรับปรุงแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายได้ดีขึ้น

คณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดของอเมริกัน (American Operating Room Nurse: AORN's Special Committee on Ethics, 1993: 369-388) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อประกาศความรับผิดชอบต่อสาธารณะ ที่มสุขภาพและต่อวิชาชีพพยาบาล ในคำประกาศนี้จะอธิบายขอบข่ายงานที่พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อสู่มาตรฐานได้ ได้แก่

มาตรฐานที่ 1 พยาบาลผ่าตัดต้องให้การพยาบาลด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคล ให้ความเสมอภาค ไม่เลือกชาติชั้นวรรณะ หรือความแตกต่างในสถานะเศรษฐกิจหรือสังคม และความแตกต่างในภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 2 พยาบาลผ่าตัดต้องรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยในสิทธิความเป็นส่วนตัว (Privacy) และรักษาข้อมูลผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

มาตรฐานที่ 3 พยาบาลผ่าตัดต้องปกป้องผู้ป่วยจากการกระทำของผู้ขาดความชำนาญ ผู้ไร้จริยธรรม และผู้ทำผิดกฎหมาย

มาตรฐานที่ 4 พยาบาลผ่าตัดต้องมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

มาตรฐานที่ 5 พยาบาลผ่าตัดต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรม

พยาบาล

มาตรฐานที่ 6 พยาบาลผ่าตัดต้องประสานความร่วมมือกับบุคลากรอื่น ในการเป็นที่ปรึกษา และการมอบหมายงานอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 7 ร่วมในกิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพ โดยพยาบาลผ่าตัดมีส่วนร่วมในการวิจัย และปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ในการวิจัยหรือการทดลองในมนุษย์

มาตรฐานที่ 8 พยาบาลผ่าตัดต้องมีส่วนร่วมในการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด และนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติ

มาตรฐานที่ 9 พยาบาลผ่าตัดต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 10 พยาบาลผ่าตัดต้องแสดงความเป็นวิชาชีพเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม

มาตรฐานที่ 11 พยาบาลผ่าตัดต้องประสานความร่วมมือกับสมาชิกในทีมสุขภาพและประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดเชิงกระบวนการ ซึ่งเป็นข้อความที่กล่าวถึงแนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในทุกกระยะการผ่าตัด เป็นการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ตลอดจนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล (ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2544: 22-25) ประกอบด้วยมาตรฐานย่อย 3 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทุกกระยะการผ่าตัด

- 1.1 มีการประเมินสภาวะผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ
- 1.2 การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย
- 1.3 มีการกำหนดผลลัพธ์การปฏิบัติพยาบาลที่คาดหวังให้เกิดกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้
- 1.4 มีการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่คาดหวังให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่อง
- 1.5 มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้
- 1.6 มีการประเมินผลผู้ป่วยตามเกณฑ์ผลลัพธ์ของการปฏิบัติพยาบาลที่คาดหวังอย่างต่อเนื่อง
- 1.7 มีการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 2 การปฏิบัติพยาบาลเชิงวิชาชีพ

- 2.1 มีการประเมินคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- 2.2 มีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานองค์กร
- 2.3 มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 2.4 มีการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- 2.5 มีการร่วมมือและประสานงานกับผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.6 ส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาชีพให้กับผู้ร่วมงาน
- 2.7 มีการค้นคว้าวิจัยและนำผลมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2.8 มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

- 3.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
- 3.2 มีแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างชัดเจน
- 3.3 มีการกำหนดขอบเขตและประเภทของการใช้บริการของหน่วยงาน
- 3.4 มีการมอบหมายความรับผิดชอบในการตรวจติดตาม และประเมินผลกิจกรรม
- 3.5 มีการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์คุณภาพ
- 3.6 มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดแผนปฏิบัติ ดำเนินการ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ

Atkinson (1996) กล่าวว่า เพื่อให้สามารถร่วมทีมปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผ่าตัดควรมีการนำกระบวนการเรียนรู้มาใช้ในการพัฒนาทักษะของตนดังต่อไปนี้

1. มีความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ การทำลายเชื้อในการเตรียมของใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อ

2. มีความรู้เป็นอย่างดีในด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ทั้งในสภาวะปกติ และในสภาวะที่เกิดพยาธิสภาพ เพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดอย่างถูกต้อง และมีการจัดเตรียม อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
3. มีความเข้าใจ ในด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ในการผ่าตัด
4. เตรียมผู้ป่วยในฐานะบุคคลให้พร้อม สำหรับกระบวนการที่จำเป็นในการผ่าตัด
5. คาดการณ์ความต้องการของสมาชิกในทีมผ่าตัด และจัดระบบงาน อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วย
6. การใช้อาสาสมัครที่เหมาะสม และการแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับสารน้ำ หรือยาต่าง ๆ
7. มีความเข้าใจเรื่องแผล และการหายของแผล รวมทั้งการป้องกันการ เกิดอันตราย หรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระหว่างการผ่าตัด
8. ป้องกันสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย โดยมีความเข้าใจ การทำงานและดูแลรักษาเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้สามารถนำมาใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
9. การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการประสานกับสมาชิกในทีมสุขภาพ
10. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแสดงความเต็มใจที่จะประสานความร่วมมือกับสมาชิกในทีมผ่าตัดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย
11. ปฏิบัติหน้าที่ในทีมโดยมีการแสดงความคิดเห็น และประสานงาน กับบุคลากรอื่น ในหน่วยงานของตน รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการ ส่งต่อการดูแลผู้ป่วย
12. มีการพัฒนาตนเอง สามารถปรับตัวในฐานะสมาชิกของทีม โดย ปฏิบัติงานอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด และบุคลากรอื่นใน ทีมผ่าตัด
13. พัฒนาการควบคุมตนเอง และความสามารถในการจัดการความ วิตกกังวล โดยการเรียนรู้เทคนิคพื้นฐาน ที่สามารถตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือสถานการณ์ ตึงเครียดต่าง ๆ และสถานการณ์ปกติ

14. จำแนกแยกแยะปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ระหว่างสมาชิกในทีม เพื่อใช้ในการประเมินและปรับพฤติกรรม ช่วยให้ได้เพิ่มความร่วมมือของทีมนและเป็นตัวแทนของผู้ป่วย

15. ปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องและตรงตามนโยบายของโรงพยาบาล และตระหนักถึงมาตรฐานของการปฏิบัติ และพัฒนาการปฏิบัติงานกับบุคลากรในวิชาชีพ และใช้ค่านิยมทางจริยธรรมและศีลธรรม

16. ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดี ถูกต้อง ปลอดภัย ในขณะที่มีการใช้อุปกรณ์อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากแนวคิดข้างต้น สรุปได้ว่าสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมในด้านทักษะทางมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จะต้องเป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยให้การดูแลทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดโดยเน้นกระบวนการพยาบาลในทุกระยะของการผ่าตัด

2.2.2 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสูตินรีเวชกรรม

การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) เป็นวิธีการช่วยฟื้นฟูลูกชีพผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยช่วยให้หัวใจและปอดกลับทำหน้าที่ได้ใหม่ ภายหลังจากหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจไปแล้วจากสาเหตุใดก็ตาม เพื่อป้องกันภาวะสมองถูกทำลายโดยไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (รัชตะวรรณ โอฟาร์พิริยกุล, 2545: 328) ความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพนั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้ความชำนาญและความพร้อมของผู้ช่วยเหลือ, ความรวดเร็วของการปฏิบัติการ ตลอดจนการให้การวินิจฉัยสาเหตุหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ได้อย่างถูกต้อง (ศิริพร ปิติมานะอารี, 2536 อ้างถึงในสมเกียรติ ธาตรีธร และคณะ, 2539: 251)

การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสูตินรีเวชกรรมนั้น นอกจากจะเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมแล้ว ยังรวมถึงผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดและทารกแรกเกิดด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดจะต่างไปจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากลักษณะที่เฉพาะของทารกที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (Auvenshine and Enriquer, 1990 อ้างถึงในรัชตะวรรณ โอฟาร์พิริยกุล, 2545: 328) และบ่อยครั้งที่สามารถคาดการณ์และวางแผนการช่วยเหลือได้ก่อนล่วงหน้า ความรู้ความสามารถของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาของทารกตั้งแต่ระยะในครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม การเตรียมพร้อมและความชำนาญในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้องคล่องแคล่วและทันท่วงที จึงเป็นสิ่งจำเป็น จะช่วยให้ทารกมีโอกาสรอด

ชีวิตมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือเกิดความพิการตามมาจากภาวะสมองถูกทำลายน้อยลง

วิจิตรา กุสุมภ์ (2543: 12) แบ่งการช่วยฟื้นคืนชีพออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

1. ชั้นพื้นฐาน (Basic life support หรือ BLS) ประกอบด้วย A B C

A : Airway หมายถึง การเปิดทางเดินหายใจให้โล่งซึ่งเป็นการปฏิบัติการขั้นแรกที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว เพราะเนื่องจากโคนลิ้นและกล่องเสียงมีการตกลงไปอุดทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยที่หมดสติ ดังนั้นจึงต้องเปิดทางเดินหายใจโดยการดึงขากรรไกรขึ้นแล้วกดหน้าผากให้แบนหน้า เรียกว่า “Head tilt chin lift” ในกรณีที่มีกระดูกสันหลังส่วนคอหักหรือในรายที่สงสัย ควรใช้วิธี “Jaw thrust maneuver” โดยการดึงขากรรไกรทั้ง 2 ข้างไปข้างบน โดยผู้ช่วยเหลือยื่นเหนือศีรษะ ในขณะที่ให้ผู้ปวยนอนราบ

B : Breathing คือการช่วยในการหายใจ เนื่องจากการหายใจหยุด ร่างกายจะมีออกซิเจนคงอยู่ในปอดและกระแสเลือด แต่ไม่มีสำรองไว้ใช้ ดังนั้นเมื่อการหายใจหยุดและหัวใจหยุด จึงเกิดการตายอย่างกะทันหัน การเป่าปากผู้ป่วย (Mouth to mouth) เป็นวิธีที่จะช่วยให้ออกซิเจนที่เป่าออกไปนั้นมีประมาณร้อยละ 16-17 ซึ่งเพียงพอสำหรับใช้ในร่างกาย

C : Circulation หมายถึง การนวดหัวใจ โดยการกดหน้าอกให้มีการฉีดเลือดออกจากหัวใจเพื่อทดแทนการเต้นของหัวใจ ทั้งนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งการไหลเวียนเลือดไปสู่อวัยวะสำคัญ เช่น ปอด สมอง หลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ ไตและอวัยวะอื่น ๆ โดยการทำสลับกับการเป่าปาก

2. ชั้นก้าวหน้า (Advance cardiac life support หรือ ALS หรือ ACLS)

เป็นการช่วยชีวิตขั้นสูงหรือขั้นก้าวหน้าโดยอาศัยเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคนิค ยาและความชำนาญมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาระบบการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนเลือดให้คงที่ ซึ่งประกอบด้วย D E F

D : Drug and fluid คือ การให้ยาเพื่อช่วยระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ ตลอดจนการให้เลือดหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำในกรณีที่มีการเสียเลือดหรืออยู่ในภาวะช็อค

E : Electrocardiography และ evaluation คือ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG หรือ EKG) เพื่อดูว่าหัวใจหยุดเต้นหรือมีการเต้นที่ผิดปกติในลักษณะใด

F : Fibrillation treatment คือ การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าเพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นอย่างปกติ (defibrillation) โดยเฉพาะหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน

3. ขั้นตอนดูแลระดับประคองให้มีชีวิตยืนนานขึ้น (Post resuscitation life support หรือ PLS) ภายหลังจากการช่วยเหลือขั้นก้าวหน้าแล้ว จำเป็นต้องเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ป้องกันความพิการและฟื้นฟูการทำงานของระบบต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย G H I

G : Gauging คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยและการช่วยกู้ชีวิต

H : Human mentation คือ การป้องกันความพิการถาวรของสมองจากการขาดออกซิเจน

I : Intensive care คือ การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดต่อไป เพื่อฟื้นฟูการทำงานของระบบต่าง ๆ ที่ล้มเหลว โดยเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในหออภิบาล (ICU) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาระบบต่าง ๆ ที่เสียหายที่

ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด จะทำเมื่อทารกปรากฏอาการเขียว หายใจ (Apnea) ตัวอ่อนปวกเปียก (Flaccid) ขณะที่อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 40 ครั้ง/นาที ถือว่าเป็นการช่วยชีวิตทารกก่อนที่จะมีภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือเป็นการป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยการช่วยการหายใจและหัวใจ ซึ่งดังกล่าวจะต่างไปจากในผู้ใหญ่คือ จะทำช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้นแล้ว

การเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด การทำช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดจะได้ผลหรือไม่อย่างไรนั้น นอกจากจะขึ้นกับทารกเองหรือโรคที่เป็นแล้ว ยังขึ้นกับความรู้ความสามารถของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการพยาบาลรักษา ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่พร้อมและใช้การได้ดี ดังนั้นการทำช่วยฟื้นคืนชีพ จึงควรได้มีการเตรียมทั้งทางด้านบุคลากร และของเครื่องใช้

1. ด้านบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลทารกทั้งในหน่วยรอคลอด ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หรือหน่วยบริบาลทารก จะต้องมีความรู้ ได้รับการฝึกอบรมในการทำช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดมาเป็นอย่างดี และได้รับการพัฒนาฟื้นฟูความรู้ความชำนาญมาโดยตลอด สามารถใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ได้เป็นอย่างดีในภาวะฉุกเฉิน มีความชำนาญในการช่วยการหายใจโดยใช้ถุงช่วยหายใจ (Bag) และหน้ากาก (Mask) คู่กันเคยกับยาและเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด นอกจากนี้จำนวนบุคลากรที่เพียงพอ และการประสานกันในการช่วยทำฟื้นคืนชีพก็เป็นสิ่งจำเป็น

2. อุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น เครื่องให้ความร้อนชนิดแผ่รังสี (Radiant warmer) เครื่องส่องดูกล่องเสียง (Laryngoscope) กระจกช่วยหายใจ หน้ากากและอื่น ๆ ควรได้รับการตรวจเช็คและบันทึกไว้เป็นประจำทุกเวอร์ เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในสภาพดีพร้อมที่จะใช้ได้

ขั้นตอนในการทำช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด การทำช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ว่าจะทำในห้องคลอด ห้องผ่าตัดหรือในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด จะทำตามลำดับขั้นตอน โดยใช้หลักการเช่นเดียวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ใหญ่ และตลอดกระบวนการจะต้องติดตามประเมินผลเสมอ การที่อาการของทารกไม่ดีขึ้นอาจเนื่องมาจากการทำช่วยฟื้นคืนชีพไม่ได้ผลจากอุปกรณ์เครื่องมือที่บกพร่อง การใช้ไม่ถูกต้อง หรืออื่น ๆ ได้

จากหลักการและแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะวิกฤติทางสูตินรีเวชกรรมนั้น พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจะต้องมีทักษะ ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาทั้งของผู้ใหญ่และทารกเป็นอย่างดีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการช่วยฟื้นคืนชีพ มีความชำนาญในการใช้อุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องและหมั่นตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ

2.2.3 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและกฎหมาย

สิทธิผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติของมนุษย์ ได้แก่ สิทธิในการมีชีวิตอยู่ สิทธิที่จะได้รับการยอมรับและตระหนักในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีคุณค่าที่เสมอเท่าเทียมกัน มีสิทธิในการดำเนินชีวิต มีอิสระปกครองตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเอง สามารถพัฒนาชีวิตสู่จุดหมายได้ (เกษม วัฒนชัย, 2536-2537: 8) ดังนั้น ในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิโดยธรรมชาติที่จะมีอิสระในการตัดสินใจเลือกในขบวนการทางการแพทย์อย่างมีเกียรติมีศักดิ์ศรี และไม่ควรถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงเพราะการเป็นผู้ป่วย หลักการสำคัญของสิทธิผู้ป่วย คือ สิทธิของการตัดสินใจในกิจการต่าง ๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง (Self determination) ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระเสรีของมนุษย์ (Human autonomy) (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537: 19)

ในคำอธิบายประกาศสิทธิผู้ป่วย ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การวิชาชีพ ได้ให้ความหมาย สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ จะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงได้ของผู้ป่วยโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (กระทรวงสาธารณสุข และองค์การสุขภาพ, 2541 อ้างถึงในดาราวรรคจา, 2541: 28) ผู้ป่วยจะได้รับการรับรองสิทธิผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับรองสิทธิทางกฎหมาย มีอยู่หลายลักษณะ ได้แก่ กฎหมายรัฐธรรมนูญ และกฎหมายแพ่ง เป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางกฎหมายระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายมหาชนที่กำหนดไว้แจ้งชัด กฎหมายว่าด้วยบริการทางสุขภาพ (Legislation on health care) สัญญาระหว่างแพทย์กับโรงพยาบาล หรือระหว่างหน่วยงานประกันสังคม (Social security service) กับฝ่ายบริการทางการแพทย์ หรือสถานบริการทางการแพทย์ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2536: 187-188 อ้างถึงใน สมาน วรพันธ์, 2540: 12)

2. การรับรองสิทธิผู้ป่วยทางประกาศของโรงพยาบาล และองค์กรผู้ประกอบวิชาชีพ คำประกาศต่าง ๆ มิได้มีฐานะเป็นกฎหมาย แต่เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการให้บริการผู้ป่วย เป็นการควบคุมมาตรฐานการบริการ และไม่ล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ คำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น คำประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วย

ในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย (Advocacy) Oxford English Dictionary (1989) กล่าวถึงความหมาย Advocacy ว่าหมายถึง การวิงวอนเพื่อหรือการสนับสนุน (Pleading for or supporting) ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า "Ad" มีความหมายว่า "To" และ "Vocare" มีความหมายว่า "To call"

นักวิชาการทางการแพทย์ ได้รวมคำว่า การให้คำปรึกษา (Counselling) เป็นคำสำคัญอีกคำหนึ่งในรูปแบบของการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย (Curtin, 1979) การรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย จะไม่ใช่เป็นการเรียกร้องสิทธิโดยผู้ป่วย (Calling to) แต่เป็นการให้ความช่วยเหลือ (Giving to) ของผู้ประกอบวิชาชีพ (Mallik, 1997: 130)

Gadow (1980) ได้อธิบาย การรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ด้วยความเชื่อที่ว่าบุคคลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ทบทวนเมื่อต้องการการเปลี่ยนแปลงแก้ไข การสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยต่อแพทย์และต่อการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยในบทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator role) จะช่วยลดความกลัวและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วย (Gadow, 1980 cited in Evans, 1992: 382)

อีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย คือ เป็นเสมือนสื่อกลาง เป็นผู้ให้ความสะดวก เป็นการสื่อสารกับแพทย์และทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่มีความเห็นแตกต่างไปจากผู้ป่วย บนผลประโยชน์ของผู้ป่วย (Davis, 1988; Winslow, 1984; Annas & Healey, 1974; Christy, 1973 cited in Snowball, 1996: 68) นอกจากนี้ Davis (1988) ยังกล่าวถึงบทบาทพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยในลักษณะเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่ทำหน้าที่ทำความเข้าใจในการยินยอมเมื่อได้รับคำบอกกล่าว (Inform consent) เช่นเดียวกับ Aroskar (1982 cited

in Evan, 1992: 381) ที่กล่าวถึงบทบาทพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ตรวจดูเอกสารการยินยอมผ่าตัดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในทางกฎหมาย พยาบาลจะต้องเลือกกำหนดการผ่าตัดไปจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแพทย์เพียงพอ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะกลายเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้การรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยสามารถทำได้ในบทบาทของการทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือในผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดให้กับตัวเองได้

กฤษณา นาดี (2541) กล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (Patient advocacy) หมายถึง การกระทำเพื่อปกป้อง และดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และเลือกกระทำการต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมและปกป้องผลประโยชน์และความผาสุกของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อการตัดสินใจและเป็นการคืนอำนาจให้กับผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ในต่างประเทศ สิทธิผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย การรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยเป็นความจำเป็นในแง่กฎหมาย และกลายเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการให้บริการดูแลสุขภาพ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องรับผิดชอบในการรักษาสิทธิผู้ป่วยผ่าตัด การตัดสินใจและการกระทำในฐานะเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโดยมีพื้นฐานอยู่บนหลักการทางด้านศีลธรรม (Universal moral principles) ดังนั้น AORN (2003: 39) จึงระบุการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดไว้ ดังนี้

1. Autonomy : การสามารถปกครองตนเอง ดูแลตนเองได้
2. Beneficence : กระทำสิ่งที่ดี อันเป็นคุณประโยชน์
3. Nonmaleficence : หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตราย
4. Veracity : การพูดแต่ความจริง
5. Confidentiality : รักษาข้อมูลอันเป็นความลับ
6. Justice : ความยุติธรรม ความเท่าเทียม
7. Fidelity : ซื่อสัตย์และจริงใจ ต่อหน้าที่และคำสัญญา

พยาบาลผ่าตัดต้องมีความซื่อสัตย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคร่งครัดในการรักษาเทคนิคปลอดเชื้อ เนื่องจากการกระทำใดๆ ของพยาบาลผ่าตัด แม้ผู้อื่นจะมองไม่เห็นแต่ตัวเองจะรู้ว่า ผลลัพธ์คือการที่ผู้ป่วยต้องติดเชื้อ มีความพิการ หรือได้รับความปลอดภัย หายจากโรค (กาญจนา จันทร์ไทย, 2542: 7)

สำหรับประเทศไทย คำประกาศสิทธิผู้ป่วยได้เริ่มมีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้อง

ผ่าตัดยังไม่เป็นหน่วยงานใดกำหนดไว้ จากการศึกษาของภัทรภร สีตลวงค์ (2541) ได้ทำการศึกษาจากมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งจะครอบคลุมมาตรฐานการพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดโดยคณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดอเมริกัน (AORN's special committee on Ethics, 1993: 369-388) ประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และข้อบังคับสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย พ.ศ.2530 ได้สรุปรวมเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดตามประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ

1.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ มาตรฐานด้านความปลอดภัย จากอุบัติเหตุ การจัดทำผ่าตัด ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ปลอดภัยจากภาวะพร่องความรู้สึกตัว ปลอดภัยจากการแพ้ยา สารเคมีต่าง ๆ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากยาชาเฉพาะที่ ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ ปลอดภัยจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของผู้ที่ขาดความชำนาญ

1.2 ให้การต้อนรับผู้ป่วยด้วยอัธยาศัยและมารยาทอันดี เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ

2.1 ให้บริการผ่าตัดเรียงตามลำดับก่อนหลังตามคิว ยกเว้นกรณีเร่งด่วน ฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาชีวิตผู้ป่วยก่อน

2.2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ ลัทธิหรือศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ผู้จ่ายค่ารักษาและวิธีการชำระค่าบริการ ความเชื่อในทางจริยธรรม การเมือง สังคมและลักษณะของความเจ็บป่วย

2.3 ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และชัดเจนเพื่อการตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน

3.1 ให้คำแนะนำข้อมูลการผ่าตัดตามขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล เช่น การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารการยินยอมผ่าตัด โดยตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย ว่าถูกต้องตรงกันกับคำอธิบายที่ได้รับจากแพทย์ และช่วยประสานงานกับแพทย์ ถ้าความเข้าใจของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการรักษา

3.3 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์พิเศษเพิ่มเติม ที่จะใช้ในการผ่าตัด รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด

3.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการระงับความรู้สึก และให้ความมั่นใจในการเผชิญต่อสถานการณ์การผ่าตัด

3.5 ให้คำชี้แจงเกี่ยวกับการตัดสินใจเนื้อส่งตรวจ การเจาะเลือดหา HIV การเอกซเรย์ เพื่อการผ่าตัด กรณีผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเป็นผู้ป่วยนอก ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ขั้นตอนการมาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ และการพบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัด

3.6 บอกผู้ป่วยทุกครั้งก่อนที่จะกระทำต่อร่างกายผู้ป่วย เช่น การจัดทำผ่าตัด การเปิดเผยอวัยวะเพื่อการเตรียมผ่าตัด และการผูกมัดกับเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียง

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

4.1 เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ และขั้นตอนการช่วยเหลือชีวิตให้พร้อมปฏิบัติการได้เสมอ จัดให้มีการตรวจสอบ และผู้รับผิดชอบต่อเนื่องตลอดเวลา

4.2 มีการทบทวนและปรับปรุงวิธีการช่วยชีวิต เพื่อความพร้อม และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

5.1 สวมแบบฟอร์มที่ปักชื่อ สกุล และตำแหน่ง หรือติดป้ายชื่อตามที่หน่วยงานกำหนด

5.2 แนะนำตนเอง โดยบอกชื่อและตำแหน่ง ในการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในครั้งแรกที่พบ

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

6.1 ให้การยอมรับในสิทธิของผู้ป่วย ช่วยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและสถานบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมาย

7.1 ระมัดระวังไม่ติดประกาศที่มีชื่อนามสกุล และการผ่าตัดได้ โดยเปิดเผยแก่คนทั่วไป

7.2 การพูดคุยในการประชุมปรึกษา ระมัดระวังไม่ใช้ชื่อ นามสกุล จริงของผู้ป่วย ที่ใช้เป็นกรณีศึกษา

7.3 ช่วยปกปิดร่างกายขณะทำการผ่าตัดอย่างเหมาะสม ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม หลังผ่าตัดช่วยสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย

7.4 ปฏิบัติการพยาบาลโดยเก็บรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูล การเจ็บป่วยและสถานภาพส่วนตัว ทั้งที่เป็นข้อมูลลายลักษณ์อักษรและวาจา

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

8.1 ให้ข้อมูลต่าง ๆ ในกรณีที่มีการศึกษาวิจัยและผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองอย่างครบถ้วน และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการทดลอง

8.2 รับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลอง

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น โดยทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ คือ ค้นหาบุคคลที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมไว้ก่อน ในกรณีผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหมดความรู้สึก เพื่ออนุญาตยินยอมการผ่าตัด

ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโดยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้มีบทบัญญัติที่กำหนดให้ประชาชนมีโอกาสอย่างกว้างขวางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สภาวิชาชีพด้านสุขภาพได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย ประชาชนสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น นโยบายพัฒนาระบบสาธารณสุขเชิงรับ ซึ่งช่วยในการแก้ไขและรักษาสุขภาพที่มีปัญหาและบกพร่อง ให้บริการมีคุณภาพ และจากการที่ประชาชนให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดี สนใจต่อการปกป้องและรักษาสิทธิของตนเอง มีความคาดหวังที่สูงขึ้นในการที่จะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการ

ปฏิบัติการพยาบาลส่งมาให้สภาการพยาบาลดำเนินการมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ปัญหาร้องเรียนส่วนใหญ่ เป็นเรื่องของความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการ มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการบริการตามที่คาดหวัง ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เรื่องร้องเรียนจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับมรรยาท กิริยาวาจา ภาษาพูด การสื่อสาร การให้ข้อมูล ปัญหาเรื่องเทคนิคบริการ การดูแลผู้ป่วยหนัก การดูแลระหว่างคลอดและการดูแลเด็ก

ดังนั้นสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพ มีหน้าที่ในการที่จะต้องดำเนินการเพื่อหาแนวทางป้องกัน ลดอัตราการทำผิดจริยธรรมวิชาชีพและสังคมของสมาชิก โดยการหาแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ให้เป็นไปตามขอบเขตมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทุกคนนอกจากจะมีสิทธิตามกฎหมายให้มีบทบาทหน้าที่ตามขอบเขต ข้อจำกัดและเงื่อนไขที่กำหนดไว้แล้ว ยังจำเป็นต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพควบคู่กันไปด้วย โดยการยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นเกณฑ์ในการประพฤติและปฏิบัติตนทั้งด้านชีวิตส่วนตัวและในการประกอบวิชาชีพ ตามที่คณะกรรมการสภาการพยาบาลได้ออกข้อบังคับว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ของผู้ประกอบวิชาชีพ พ.ศ. 2530 ไว้ (สภาการพยาบาล, 2545: 57-61) ดังต่อไปนี้

1. หลักทั่วไป

1.1 ดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง

1.2 ประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคมหรือลัทธิการเมือง

1.3 ไม่ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

2. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

2.1 ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุด ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยไม่เรียกร้อยสินจ้างรางวัลพิเศษ นอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ

2.2 ต้องไม่จงใจหรือชักชวนผู้ใดให้มารับบริการการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ เพื่อผลประโยชน์ของตน

- 2.3 ต้องไม่ให้ผลประโยชน์หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทน เนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วย เพื่อรับบริการทางการแพทย์หรือการผดุงครรภ์
- 2.4 ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพ และปราศจากการบังคับขู่เข็ญ
- 2.5 ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน
- 2.6 ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- 2.7 ต้องไม่สั่งใช้หรือสนับสนุนการใช้ยาตำราลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ
- 2.8 ต้องไม่ออกใบรับรองแพทย์อันเป็นเท็จโดยเจตนา หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใด ๆ อันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน
- 2.9 ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เว้นแต่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการยินยอม หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่
- 2.10 ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้
- 2.11 ต้องไม่ประกอบกิจการในที่สาธารณะ เว้นแต่เหตุฉุกเฉินในการปฐมพยาบาล
- 2.12 ต้องไม่ใช้และไม่สนับสนุนให้ผู้อื่นประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย
- 2.13 สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะทำการผดุงครรภ์ได้เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก
- 2.14 ในการปฏิบัติทางการแพทย์ จะให้ยาผู้ป่วยได้เฉพาะผู้ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้สั่งไว้ หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล
3. การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ
- 3.1 พึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
- 3.2 ต้องไม่ทับถมให้ร้ายหรือกลั่นแกล้งกัน
- 3.3 ต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยหรือผู้รับบริการผู้อื่นมาเป็นของตน
4. การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน
- 4.1 พึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน
- 4.2 ต้องไม่ทับถมให้ร้าย หรือกลั่นแกล้งผู้ร่วมงาน

4.3 พึ่งส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงาน

5. การทดลองต่อมนุษย์

5.1 ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้น ๆ

5.2 ต้องปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

5.3 ต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลอง ที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง

6. การโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

6.1 ต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพของผู้อื่น

6.2 ต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพของผู้อื่น

6.3 การโฆษณาตามข้อ 1 และข้อ 2 อาจกระทำได้ในกรณีต่อไปนี้ 1) การแสดงผลงานในวารสารทางวิชาการหรือในการประชุมวิชาการ 2) การแสดงผลงานในหน้าที่หรือในการบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ 3) การแสดงผลงานหรือความก้าวหน้าทางวิชาการเพื่อการศึกษาของมวลชน และ 4) การประกาศเกียรติคุณเป็นทางการโดยสถาบันวิชาการ สมาคมหรือมูลนิธิ ทั้งนี้ ต้องละเว้นการแสวงหาประโยชน์ที่จะเกิดต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ส่วนบุคคล

จากแนวคิดและหลักการในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยผ่าตัดตลอดจนการประพฤติปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ สรุปได้ว่า พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถแสดงออกซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยผ่าตัดด้วยความนุ่มนวล ได้รับการเคารพในความเป็นบุคคล ได้รับทราบข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับรู้ เช่น ได้รับทราบบุคลากรผู้ให้บริการ แนวทางการรักษาที่จะได้รับ ตลอดจนที่สำคัญก็คือได้รับสิทธิของการตัดสินใจในกิจการต่าง ๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระเสรีของผู้ป่วย

2.2.4 การประสานงาน สื่อสารและมนุษยสัมพันธ์

การประสานงานที่ดีในห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งในการที่จะทำให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยจะแบ่งการประสานงานออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล, 2541)

1. การประสานงานภายในห้องผ่าตัด บุคลากรในห้องผ่าตัด ล้วนแต่มีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบในการที่จะช่วยให้การผ่าตัดราบรื่นและรวดเร็ว นับตั้งแต่ คนงานจะ ต้องรับผู้ป่วยมาให้พร้อมและทันเวลาที่จะเริ่มผ่าตัด พยาบาลช่วยทั่วไป จัดเตรียม เครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอกับความต้องการใช้ พยาบาลส่งผ่าตัด ส่งเครื่องมือได้อย่าง ถูกต้องและตรงกับความต้องการของศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย อย่างถูกวิธี และไม่เกิดอาการข้างเคียง พร้อมทั้งสามารถทำให้ผู้ป่วยตื่นได้อย่างรวดเร็วหลังเสร็จสิ้น การผ่าตัด เพื่อจะได้นำผู้ป่วยรายต่อไปเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่ต้องเสียเวลารอ

2. การประสานงานภายนอกห้องผ่าตัด ได้แก่ การทำงาน ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพสาขาต่าง ๆ นอกห้องผ่าตัด ได้แก่ หน่วยพยาบาลวิทย์ฯ ซึ่งจะต้องส่งขึ้น เนื้อเพื่อวินิจฉัยหาเซลล์มะเร็งก่อนที่จะเย็บปิดแผล คลังเลือด ในกรณีผู้ป่วยต้องให้เลือดในการ ทำผ่าตัด ห้องเครื่องมือแพทย์และห้องยา เพื่อขอเวชภัณฑ์ทางการแพทย์หรือยาที่จำเป็นต้องใช้ ขณะผ่าตัด

จะเห็นได้ว่าการประสานงานที่ดี จึงจะทำให้การผ่าตัดราบรื่น และบรรลุ วัตถุประสงค์ พยาบาลประจำห้องผ่าตัดเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการประสานงาน เพราะเป็นเจ้า บ้าน และเป็นคนกลางที่จะคอยอำนวยความสะดวกในทุก ๆ เรื่องให้กับทีมผ่าตัด ดังนั้นจึงควรเป็น บุคคลที่มีไหวพริบดี มีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว และที่สำคัญควรมี มนุษยสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นไปได้อย่างราบรื่น และ ประสบความสำเร็จ

ความสามารถทางมนุษยสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจคน รู้ว่าจะ ทำงานร่วมกับคนอื่นอย่างไร เข้าใจหลักหรือทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นอย่างดี (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536: 40)

มนุษยสัมพันธ์ เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่าง บุคคล เพื่อมุ่งให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ หรือหมายถึง ความสัมพันธ์ในทางสังคมของมนุษย์ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจดีต่อกัน ในการ ปฏิบัติการพยาบาล ประสิทธิภาพของงานอาจมีมากน้อยเพียงใดขึ้นกับสัมพันธภาพหรือมนุษย สัมพันธ์ ซึ่งพยาบาลมีการประสานงานกันระหว่างพยาบาล ผู้ร่วมงาน ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วย ความร่วมมือและการประสานงาน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การบริการพยาบาล บรรลุ เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวทางในการเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์นั้นต้อง เข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม แล้วจึงทำความเข้าใจบุคคลอื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 163)

พยาบาลห้องผ่าตัด จำเป็นต้องติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหลายกลุ่ม ทั้งผู้ร่วมงานในวิชาชีพพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ วิศวกร แพทย์และพยาบาล เภสัชกร และบุคคลในทีมสุขภาพอื่น ๆ ดังนั้น ควรจะมีการสร้างสัมพันธภาพต่อกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ไม่ว่าจะเป็นการประสานงาน หรือมีการติดต่อสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพก็ตาม ต้องอาศัยทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการดูแลที่ดี

การติดต่อสื่อสาร หมายถึง กระบวนการในการแลกเปลี่ยนความหมายระหว่างกันของบุคคล (Atkinson and Fortunato, 1996) โดยใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ ทั้งคำพูดและท่าทาง โดยผู้ส่งสารและผู้รับข่าวสารเข้าใจความหมายตรงกัน (Vestal, 1987) หรือหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยมีปฏิริยาตอบกลับ (Feedback) ด้วย (Sullivan and Decker, 1992)

ทักษะในการติดต่อสื่อสาร (Atkinson and Fortunato, 1996: 14-15) การติดต่อสื่อสารเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของบุคลากร ช่วยให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของบุคคล เป็นกระบวนการในการแลกเปลี่ยนความหมายของบุคคลโดยทั้งสองฝ่ายมีอิทธิพลต่อกัน โดยเป้าหมายของการติดต่อสื่อสารอยู่ที่ผู้ป่วยหรือมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสารจะเกิดขึ้นเมื่อทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีความจริงใจและความเห็นใจซึ่งกันและกัน

ช่องทางของการติดต่อสื่อสาร ได้แก่

1. วัจนภาษา โดยการพูดหรือการเขียน รวมทั้งการอ่าน เป็นการสื่อสารโดยตรงต่อผู้ป่วย ใช้ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การสอน และการเป็นตัวแทนผู้ป่วย

2. อวัจนภาษา คือการใช้ภาษาร่างกาย ได้แก่ สายตา สีหน้า น้ำเสียง กิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหว เพื่อแสดงความรู้สึกรวมทั้งการใช้ภาพ แผนภูมิ และสัญลักษณ์อื่น

การจัดการกับองค์ประกอบในกระบวนการติดต่อสื่อสาร จะแปรเปลี่ยนไปตามทิศทางของการสื่อสาร ในห้องผ่าตัดพยาบาลผ่าตัดอาจจะมีการสื่อสารแบบบนลงล่าง ล่างขึ้นบน หรือด้านข้าง (Sullivan and Decker, 1992) ปฏิสัมพันธ์แบบล่างขึ้นบน เช่น ผู้ปฏิบัติถึงหัวหน้า หัวหน้าถึงผู้บริหาร แบบบนลงล่าง เช่น หัวหน้าถึงผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารถึงหัวหน้า หรือด้านข้าง เช่น ผู้ปฏิบัติกับผู้ปฏิบัติ หัวหน้ากับหัวหน้า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคลากรอื่น อาจเป็นแนวราบ เช่น ผู้จัดการพยาบาลกับแพทย์ผู้บริหาร หรือแนวทะแยง เช่น พยาบาลกับแพทย์ และผู้จัดการพยาบาลกับผู้ชำนาญการพยาบาล

หลักในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิผล Sullivan and Decker (1992) กล่าวว่า มีหลักการ 7 ประการซึ่งพยาบาลผ่าตัดสามารถนำมาปรับใช้ในการสื่อสารที่มีประสิทธิผล ดังนี้

1. การส่งผ่านข้อมูลไม่ใช่การติดต่อสื่อสาร แต่ขาดการติดต่อสื่อสาร คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยมีปฏิริยาตอบกลับ (Feedback) ด้วย

2. ผู้ส่งสารจะต้องทำให้เกิดความชัดเจนของข้อมูลที่ส่งไปยังผู้รับสาร

3. ภาษาที่ใช้จะต้องเหมาะสมและเข้าใจง่าย

4. ควรจะมีปฏิริยาตอบกลับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการแปลความหมาย

อย่างถูกต้องชัดเจน

5. ผู้ส่งสารจะต้องแสดงให้เห็นว่า เป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ และมีความรับผิดชอบในข้อมูลข่าวสารที่ส่งมา

6. การติดต่อสื่อสารทางตรงจะช่วยลดการขาดหายของข้อมูล การบอกผ่านบุคคลหลายคนจะทำให้มีโอกาสที่จะสื่อสารผิดพลาดเพิ่มมากขึ้น

7. ความรู้ทั้งของผู้ส่งสารและผู้รับสาร มีความสำคัญที่จะส่งผลให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดการประสานงาน สื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ สรุปได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจะต้องมีสมรรถนะในด้านการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดีและใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.5 การสอน ให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

การพยาบาลผ่าตัดในทศวรรษใหม่นี้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องร่วมมือร่วมใจกันคิดและวางแผนการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลผ่าตัดมีเอกลักษณ์และเจริญก้าวหน้าเป็นวิชาชีพได้อย่างสมบูรณ์ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะเป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุกและมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง (กันยา ออประเสริฐ, 2543)

Barrett, et al. (1975: 3-11) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความต้องการ 4 ประการ คือ

1. ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความภาคภูมิใจและการควบคุมเกี่ยวกับหน้าที่ของร่างกาย การดำเนินธุรกิจส่วนตัวและความต้องการทางอารมณ์

2. ความต้องการ การบูรณภาพทางสังคม

3. ความต้องการทางด้านการรักษาพลังงาน ได้แก่ การพักผ่อนจิตใจ และการพักผ่อนทางร่างกาย

4. ความต้องการทางด้านการรักษาและการฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ ได้แก่ การไหลเวียนโลหิต การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การได้รับสารอาหารที่ดี การขับถ่าย การหายใจ และการทำงานของระบบผิวหนัง

นอกจากนี้ Shanks and Kennedy (1970: 146) ยังกล่าวถึงความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ว่า เมื่อบุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะคาดหวังในสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. ต้องการได้รับการพยาบาลที่ช่วยทำให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีที่สุด
2. เจ้าหน้าที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และบุคลิกลักษณะที่ดี

3. เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องเป็นบุคคลที่ช่างสังเกต ไวต่อความรู้สึก และการแสดงออกของผู้รับบริการและสามารถตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยได้

4. ผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการสอนและคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และครอบครัว สามารถเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้

5. เจ้าหน้าที่พยาบาลควรที่จะมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย และครอบครัวของเขา เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องและได้รับการบริการอื่น ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้บุคลากรและแหล่งชุมชนต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

6. เจ้าหน้าที่พยาบาลควรจะได้ช่วยเก็บรวบรวมแผนบันทึก รายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย

7. เจ้าหน้าที่พยาบาล ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมให้ดีและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคและช่วยให้สุขภาพอนามัยดีขึ้น

ดังนั้น เมื่อทราบความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และความคาดหวังของผู้ป่วยแล้ว จะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดีต่อไป

การสอนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด เพราะข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการพึ่งพาตนเองของผู้รับบริการเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน แต่จะต้องสอนเมื่อผู้รับบริการหรือครอบครัวมีความพร้อม และใช้วิธีการที่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539: 4) และให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการผ่าตัดและครอบครัว ให้คำแนะนำแก่ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้ (พรทิพย์ โกศลวัฒน์, 2541: 4) พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ในด้านการสอนและเสนอแนะให้กับสมาชิกทีม ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ญาติ/ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนในการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

Creasia and Parker (2001) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดว่า นอกจากจะเป็นผู้ให้การดูแลและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแล้ว ยังต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสอน โดยมีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยผ่าตัด แยกแยะความต้องการการเรียนรู้การสอนของผู้ป่วยและญาติ ประเมินการสนใจของผู้ป่วยและความพร้อมในการเรียน พยายามที่จะให้ผู้เจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปรับปรุงคุณภาพบริการผ่าตัดให้มีคุณภาพมาตรฐานดีขึ้น โดยการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องตระหนักถึงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการ มีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ให้กระบวนการผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ (Snape, 2000 อ้างถึงใน กันยา ออประเสริฐ, 2543) ได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ French's model มาอธิบายรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับงานห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. มิติการดูแลและรักษาโรค (Disease management) บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยจะต้องเป็นแบบองค์รวม เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทั้งการ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาอยู่ในโรงพยาบาลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ในระยะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จนกระทั่งย้ายกลับไปหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านในรายผู้ป่วยนอก รวมทั้งติดตามประเมินผลการพยาบาล โดยจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงหลังผ่าตัด 1 วัน และจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับบุคลากรอื่น ส่วนมิติในการรักษาโรคนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงขยายบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด จากการทำมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัดและมี

การอบรมพยาบาลห้องผ่าตัดให้ทำหน้าที่พยาบาลช่วยผ่าตัดคนทีหนึ่ง ซึ่งมีหน้าที่ในการประเมินปัญหาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อนำมาให้การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และช่วยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ตลอดจนติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. มิติการป้องกันโรค (Disease prevention) พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องเป็นผู้ควบคุมดูแลให้บุคลากรทุกคนในห้องผ่าตัดปฏิบัติตามหลักของเทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในห้องผ่าตัด และรักษาสภาวะปลอดเชื้อบริเวณผ่าตัด ตลอดเวลาการผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับผ่าตัด ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียเลือด การแพ้ยาและสารเคมี การใช้อุปกรณ์ เครื่องไฟฟ้าในการผ่าตัด และอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด โดยจะต้องจัดทำมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด และให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่างๆ จากการผ่าตัด

3. มิติการให้ข้อมูลทางสุขภาพ (Health education) การให้ข้อมูลทางสุขภาพในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และการเยี่ยมหลังผ่าตัด โดยเฉพาะขณะเยี่ยมจะต้องให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การให้ยา ระวังความรู้สึก สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด และสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระยะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัว

4. มิตินโยบายสำหรับสุขภาพ (Politic of health) การที่รัฐบาลมีนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลผ่าตัดได้แก่ นโยบายในการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ความต้องการและความคาดหวังทางด้านบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปหรือการใช้กลยุทธ์เสริมสร้างพลังอำนาจในงานส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่ดีที่สุด

สรุปได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการสร้างโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีการขยายบทบาทหน้าที่ออกไปจากบทบาทหน้าที่ในอดีต โดยเฉพาะแนวโน้มของการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญ มีการเตรียมผู้ป่วย ในอนาคตอันใกล้นี้พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีบทบาทรับผิดชอบในการจัดตั้งคลินิกก่อนผ่าตัดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนถึงติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับแผลผ่าตัด และการดำเนินชีวิตภายหลังผ่าตัด อันจะนำไปสู่การมีชีวิตที่ผาสุก ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ชุมชนและสังคม

2.2.6 การจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543)

ในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ที่บุคลากรในห้องผ่าตัดมีอัตราเสี่ยงจากการปนเปื้อนเชื้อโรคจากเลือดสูงมาก เนื่องจากในห้องผ่าตัดมีการใช้เครื่องมือที่แหลมคม และเป็นสถานที่ซึ่งผู้ปฏิบัติงานต้องสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่ง และเนื้อเยื่อจากกระบวนการผ่าตัด เป็นจำนวนมากซึ่งเชื้อโรคสามารถผ่านมาทางเลือดและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งเชื้อที่พบมากที่สุดคือ ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ไวรัสตับอักเสบซี (HCV) และ HIV การที่บุคลากรใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่นหมวก ผ้าปิดปาก เครื่องป้องกันบริเวณใบหน้าหรือแว่นตา และเสื้อกาวน์ อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงได้เช่นเดียวกัน เพราะจะทำให้การสื่อสารยุ่งยากขึ้น นอกจากนี้ความเครียดและความกดดันในห้องผ่าตัดซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการในการผ่าตัด เสี่ยงดัง หรือการขาดแคลนบุคลากร ยังอาจทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดพลาด การได้รับบาดเจ็บและการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด (Stringer, et al., 2001: 1135-1146) การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด มีอัตราเสี่ยงสูงเมื่อเทียบกับการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอื่นๆ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ความจำเป็นในการสัมผัสกับการผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน ความบ่อนการเข้ามีส่วนร่วมในการใช้วัสดุมีคม และการสัมผัสกับเลือดจำนวนมาก (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2544: 42)

Wilson (2000) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นสถานที่ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จัดเป็นการปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง จำเป็นต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันทั้งคนและสิ่งแวดล้อม โดยการประเมิน ค้นหา ควบคุม ลด และประเมินความเสี่ยงซึ่งการปฏิบัติการดูแลด้านความเสี่ยงต้องการบุคลากรที่มีทักษะระดับความสามารถที่เหมาะสม มีนโยบายการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน แนวทางในการดูแลและมีทีมงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่องโดยการดำเนินการด้านความเสี่ยงในห้องผ่าตัดด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด การยินยอมของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การจำแนกผู้ป่วยและกระบวนการตรวจสอบ การติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การศึกษาวิธีการใช้และการบำรุงรักษาเครื่องมือผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการผ่าตัด

นอกจากนี้ พยาบาลผ่าตัดควรตระหนักถึงความเสี่ยงโดยการจัดการกับความเปลี่ยนแปลง การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง การป้องกันไม่ให้เกิดสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้นและให้ความช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ตัวอย่างความเสี่ยง

ที่เกิดขึ้นในแผนกผ่าตัด ได้แก่ ผ่าตัดผู้ป่วยผิดคน การลืมนำเครื่องมือ เข็ม หรือผ้าซับโลหิตไว้ในร่างกายผู้ป่วย การนับเครื่องมือไม่ครบ เครื่องมือชำรุด ผ่าตัดผิดวิธี ผ่าตัดผิดตำแหน่ง การจัดทำผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ทำลายเส้นประสาทหลังผ่าตัด การตกจากเตียงผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้เซ็นใบยินยอมผ่าตัด การผ่าตัดนอกเหนือจากที่ได้วางแผนไว้ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องใช้ไฟฟ้า ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการใช้ Tourniquet การปนเปื้อนจากการไม่เคร่งครัดต่อเทคนิคปลอดเชื้อ การหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น ขณะทำการผ่าตัด ผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะและสมรรถนะในการปฏิบัติงาน การเตรียมตรวจสำหรับการผ่าตัดไม่ครบถ้วน รวมทั้งไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องการใช้สำหรับการผ่าตัด

กระบวนการจัดการความเสี่ยง คือกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียที่ผ่านมา อาจจะเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของบุคคลอื่น วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุด คือการเฝ้าระวัง และมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหา เพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม

2. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) อาจแบ่งได้เป็น ช่วงก่อนเกิดเหตุ คือการตอบคำถามว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้จะทำให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทুমเหตุความพยายามกับการป้องกัน ความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาล มากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อยขณะเกิดเหตุ คือ การบริหารการจ่ายเงินชดเชย (Claim management) ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษา ซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีความเสียหายเกิดขึ้น

สิ่งสำคัญที่เรามักจะมองข้ามไปก็คือ การประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในห้องผ่าตัดหรือหน่วยงานของตนเอง วัตถุประสงค์ในการประเมินภาวะเสี่ยงนี้ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของการผ่าตัด และมีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการในระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง ในการประเมินภาวะเสี่ยงที่ถูกต้องนั้น จำเป็นจะต้องมีการรวบรวมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ร่วมด้วย ตลอดจนชนิดของการผ่าตัด ว่าเป็นการเร่งด่วนหรือรุนแรงมากน้อยอย่างไร นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการ

ประเมินภาวะเสี่ยงก็คือ ความชำนาญของทีมเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ได้แก่ พยาบาล แพทย์ วิศวกร แพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่เทคนิคต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2544: 42-50)

ปัจจัยทำนายภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการผ่าตัด ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงในระลอกก่อนผ่าตัด เช่น สภาวะโรคที่เป็นอยู่หรือร่วมด้วย (Medical conditions) ปัจจัยเสี่ยงในระลอกผ่าตัด เช่น ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ตำแหน่งของการผ่าตัด สภาพฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ระยะเวลาของการผ่าตัด สภาวะสมดุลของเลือด ภาวะอุณหภูมิร่างกาย การเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด และปัจจัยเสี่ยงในระลอกหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวดในระลอกหลังผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะช็อค การเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด

โดยพยาบาลผ่าตัดอาจใช้ระบบการประเมินภาวะสุขภาพมาช่วยในการประเมิน หรืออาจจัดลำดับภาวะเสี่ยงในระลอกผ่าตัดจากความรุนแรงของการสูญเสียเลือด การเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในร่างกาย ตำแหน่งการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งควรมีการฝึกหัดการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจะได้หาวิธีในการป้องกัน หรือเตรียมพร้อมในการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในแต่ละระยะของการผ่าตัดต่อไป

3. การจัดการกับความเสี่ยง (Action to manage risk) การจัดการกับความเสี่ยงในระดับแผนก คือการควบคุมความสูญเสีย โดยกลยุทธ์ในการควบคุมความสูญเสีย ได้แก่

3.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เช่น การปิดห้องผ่าตัด เนื่องจากไม่มีวิศวกรแพทย์หรือพยาบาล

3.2 การผ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) เช่น การจ้างเหมาให้บริการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

3.3 การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) มีหลายรูปแบบ ได้แก่

3.3.1 การปกป้อง (Protection) เช่น เลื่อนตะกั่ว กล้องใส่ของมีคม การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับเหตุการณ์บางอย่าง

3.3.2 การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และมาตรฐาน เกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การจำกัดผู้ใช้เครื่องมือ การตรวจสอบ การทดสอบระบบสำรอง

3.3.3 การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด

3.3.4 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการ ป้องกันความเสี่ยง

3.4 การลดความสูญเสียหลังจากเหตุการณ์ (Loss reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่น สะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสาร และความเข้าใจที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้ แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่ดูเหมือนจะเล็กน้อย เช่น คำร้องเรียนของผู้ป่วย นั้นเป็นสัญญาณเตือนว่าจะต้องปรับปรุงการสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย

3.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation) ได้แก่ การแบ่ง แยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

การบันทึกอย่างชัดเจนและครบถ้วนในทุกกระบวนการ เป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด เมื่อมีสิ่งผิดพลาด การวางแผนการดูแลในระยะยาว หรือแนวทางการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ ก็นับว่าเป็นเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิผล (Wilson, 1992 cited in Wilson, 2000)

4. การประเมินผล (Evaluation) กิจกรรมในการประเมินได้แก่

4.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

4.2 การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกันมากกว่า ที่จะดูแลแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องถามคือ ก) อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว ข) อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดี่ยว (Isolated incident) หรือ เป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่

4.3 การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

เจนีวา รักมหาคุณ (2544) ศึกษาการนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด แบบรวบรวมความคิดเห็นต่อความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติจริง ผลการศึกษาได้มาตรการการควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัดซึ่งประกอบด้วย มาตรการควบคุมผ้าซับตักค้างในผู้ป่วย มาตรการควบคุมเข็มตักค้างในผู้ป่วย มาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ตักค้างในผู้ป่วย มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด

มาตรการควบคุมการผ่าตัดคนผิดตำแหน่ง มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องใช้ไฟฟ้า มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องใช้ไฟฟ้า มาตรการควบคุมบาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า มาตรการควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า มาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และ มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดท่า

สรุปได้ว่า การจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัด เป็นกระบวนการที่จะลด ป้องกัน ควบคุมความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้มารับบริการผ่าตัด บุคลากรในห้องผ่าตัดและหน่วยงานของห้องผ่าตัด พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดต้องรู้จักขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัด อันประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการติดตามประเมินผล

2.2.7 การบริหารจัดการ

พยาบาลผ่าตัดนอกจากต้องปฏิบัติหน้าที่หลักด้านการพยาบาลของตนเองแล้ว ยังต้องทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและดูแลความเรียบร้อย ความปลอดภัยในทรัพย์สินต่าง ๆ นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่ควบคุมการใช้จ่ายวัสดุ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับทีมผ่าตัดทั้งหมดให้มีเพียงพอแก่ความต้องการ รวมทั้งเป็นผู้คุมระเบียบของห้องผ่าตัด ต้องคอยสอดส่องผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (ปราณี บุรินทรโกษฐ์, 2539: 4) คอยควบคุมดูแลไม่ให้เกิดการปนเปื้อน (Contamination) ควบคุมอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม คาดการณ์และจัดหาสิ่งของอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้ล่วงหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมให้แพทย์ใช้ได้ทันที ประเมินภาวะเหตุการณ์ในห้องผ่าตัดว่าขณะนั้น บรรยากาศ สถานการณ์ ศัลยแพทย์ ผู้ร่วมทีมอื่น ๆ อยู่ในภาวะใด หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในภาวะอันตรายหรือไม่ โดยทราบได้จาก คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง การกระทำของ ศัลยแพทย์ (จุฑามาศ คำแพรดี, 2543: 54)

ห้องผ่าตัดเป็นแหล่งรวมของบุคลากรหลายระดับ จึงนับว่าเป็นองค์กรใหญ่ มีผู้ปฏิบัติงานซึ่งอยู่ในสายการบังคับบัญชาของพยาบาล และสายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งศัลยแพทย์ ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมการผ่าตัด แต่พยาบาลไม่มีอำนาจการบังคับบัญชา บางครั้งจึงมักเกิดปัญหาข้อขัดแย้งในระดับปฏิบัติการ (ปราณี บุรินทรโกษฐ์, 2539: 4) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีการสัมภาษณ์พยาบาลผ่าตัดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด พบว่าพยาบาลผ่าตัดกับศัลยแพทย์มักมีปัญหาความขัดแย้งและสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ มีความตึงเครียดสูง พยาบาลอาจได้รับผลกระทบจากการแสดงออกของแพทย์ทั้งจากการกระทำและคำพูดที่ไม่เหมาะสม สิ่ง

ต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้พยาบาลมีความรู้สึกขาดพลังอำนาจ และเบื่อหน่ายได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพยาบาลผ่าตัดได้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่ดี รวมทั้งลักษณะงานในห้องผ่าตัดเป็นงานที่ตื่นเต้นท้าทาย ก็สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข (Sigurosson, 2001: 214)

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในห้องผ่าตัด เช่น ความไม่พร้อมของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัด ความขัดแย้งเรื่องตารางการผ่าตัด การเตรียมห้องผ่าตัดไม่พร้อม ขาดอุปกรณ์หรือบุคลากร เป็นต้น ในสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้พยาบาลผ่าตัดต้องมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดี จากแนวคิดของชาวญี่ปุ่นที่เรียกว่า ไกเซน "Kaizen" ซึ่งเป็นแนวคิดที่น่าสนใจ นั่นคือ แนวความคิดที่ว่าถ้าไม่มีปัญหา ก็จะไม่มีความจำเป็นในการพัฒนา โดยปัญหาที่เกิดขึ้นรวมความถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความไม่สะดวกต่าง ๆ พยาบาลผ่าตัดอาจใช้กระบวนการบันทึกลงอย่างต่อเนื่องเป็นกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีปฏิกริยาย้อนกลับ และมีการประเมินโดยที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การแก้ไข และการประเมินผล จะช่วยให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น และประสบความสำเร็จ (Kontryn, 1999: 1035-1044)

นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบัน พยาบาลผ่าตัดยังต้องมีการบริหารจัดการเรื่องเวลาและการใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่ามากขึ้นด้วย (Shelver and Winston, 2001: 506)

สรุปได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมจะต้องเป็นผู้ที่มีใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า จัดสรรบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณในหน่วยงาน สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาต่อรองกับผู้ร่วมงาน เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและนำมาซึ่งประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2.2.8 เทคโนโลยีและสารสนเทศ

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการผ่าตัด มีการพัฒนามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ มีเครื่องมือที่ทันสมัยสามารถทำการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้สะดวกสบายมากขึ้น ผู้ป่วยมีขนาดแผลผ่าตัดที่เล็กลง ป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดแผลหลังผ่าตัดที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ต้องการความสวยงาม และลดระยะเวลาที่ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนาน พร้อมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้วย Mailhot (1996) กล่าวว่า การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นการลดต้นทุนและทำให้เกิดคุณภาพ กลุ่มผู้ป่วยมีความต้องการมากขึ้น มีการใช้ระบบ Telepresence เป็นการส่งเสริมให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ โดยผ่านการควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์และมองผ่านจอภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อเตรียมผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือในการผ่าตัด และมีความก้าวหน้าทางการผ่าตัดมากขึ้น เช่น การใช้เลเซอร์ การใช้กล้องในการ

ผ่าตัด Maryann (1997) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดว่าจะต้องมีการศึกษาที่ก้าวหน้าขึ้นตามความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีการผ่าตัด ต้องเรียนรู้เทคนิคใหม่ๆ ที่ถูกต้องและทันสมัย

Creasia and Parker (2001) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดว่าจะต้องมี บทบาทของพยาบาลสารสนเทศ (Information nurse) ได้รับการฝึกอบรมเชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์ทางคอมพิวเตอร์ในการสร้างข้อมูลทางการพยาบาล มีหน้าที่ออกแบบหรือปฏิบัติการทางสารสนเทศ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์และประเมินผลความต้องการสารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนากลยุทธ์นโยบายและข้อปฏิบัติในการทำงานและพัฒนาการสอนทฤษฎีและสารสนเทศทางการพยาบาล

กัญญา ออประเสริฐ (2541) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในประเทศไทยปัจจุบันว่า จะต้องมีการพัฒนาความรู้ของตนเองในด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อให้ก้าวทันสภาวการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ได้กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขามากขึ้น สำหรับพยาบาลผ่าตัดในปัจจุบันจะต้องมีความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้สำหรับผู้มีความรู้ความชำนาญ โดยเฉพาะในส่วนของงานจัดการเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล จะต้องรู้จักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ

วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) ทำการศึกษาบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553 พบว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในอนาคตอันใกล้นี้คือ การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การจัดลำดับการผ่าตัด การบันทึกเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาล พัฒนาตนเองในการใช้ระบบสารสนเทศร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นพยาบาลสารสนเทศที่เข้ารับการฝึกอบรมในการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์และประเมินความต้องการใช้คอมพิวเตอร์สำหรับงานการพยาบาล ออกแบบข้อมูลทางการพยาบาล ศึกษาการดูแลและการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีทักษะการดูแลเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย

สรุปได้ว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในเรื่องของเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีการพัฒนาตนเองในการใช้ระบบสารสนเทศร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่ครอบคลุมข้อมูลการผ่าตัดทุกขั้นตอน ให้การพยาบาลและเทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด การใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยตลอดจนการบำรุงรักษาให้มีอายุการใช้งานได้นานและคุ้มค่า

2.2.9 การวิจัย และนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ในปัจจุบันไม่มีองค์กรใดที่ไม่มีการพัฒนาคุณภาพ พยาบาลผ่าตัดจำเป็น ต้องมีการทบทวนระบบการให้บริการ (Marx and Haskin, 1991) และมีการตั้งคำถามที่นำมาสู่การสร้างวิสัยทัศน์ในห้องผ่าตัดเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

Creasia and Parker (2001) ได้กล่าวไว้ว่า บทบาทของพยาบาล ควรจะเพิ่มบทบาทในด้านการเป็นนักวิจัย เป็นการศึกษา สร้างงานเขียนและจัดโปรแกรม การศึกษาวิจัยถึงกระบวนการองค์ความรู้บนพื้นฐานของทฤษฎีสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล และช่วยในการศึกษาปัญหาที่สัมพันธ์กับโรงพยาบาลสุขภาพ

รัตนา ทองสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า การวิจัยทางการพยาบาลมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาศาสตร์ของการพยาบาล และมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการพัฒนาวิชาชีพ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ได้กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลผ่าตัดในด้านการวิจัยว่า ควรตระหนักถึงความจำเป็นในการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลผ่าตัดและติดตามงาน วิจัยในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ เผยแพร่ และประยุกต์ผลการวิจัยเพื่อใช้ปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล โดย

1. ติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
2. ประเมินงานวิจัยอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
3. ทำการวิจัย สนับสนุนหรือร่วมวิจัยทางการพยาบาล เพื่อควบคุมหรือพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล หรือร่วมวิจัยกับบุคลากรในศาสตร์สาขาอื่น
4. เผยแพร่งานวิจัย บทความทางวิชาการและกรณีศึกษาผู้ป่วย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) มีการกำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดไว้ดังนี้

1. มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยทำร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

1.1 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน อาทิ กิจกรรม 5ส โครงการบริการเชิงรุก เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (Pre-post operative visit) การให้บริการคำปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดและติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์ (Surgical hotline)

1.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ Clinical pathway/ Care map

2. มีการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับบริการ
 3. มีกฎระเบียบและนโยบายที่จำเป็นอย่างชัดเจน สำหรับการ
 จัดการบริการที่มีคุณภาพ

4. มีเอกสารพัฒนาคุณภาพ / คู่มือ / แนวทางการปฏิบัติงานที่
 จำเป็น ครอบคลุมการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูง คู่มือต้องมีเพียงพอสำหรับการ
 จัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ทั้งด้านการบริหารจัดการ
 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ ด้านจริยธรรม กฎหมายและสังคม ด้านการบันทึก
 เอกสาร ระบบสารสนเทศ ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านการพัฒนาทรัพยากร
 บุคคล และด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
 โรงพยาบาล, 2543) ซึ่งเอกสารพัฒนาคุณภาพ ได้แก่

4.1 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (Perioperative
 nursing standard) ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลจะทำมาตรฐานขึ้นมาใช้เอง แต่ครอบคลุมการ
 พยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

4.2 คู่มือคุณภาพ (Quality manual) เพื่อใช้เป็นแนว
 ทางการบริหารระบบคุณภาพทั้งหน่วยงานการพยาบาลผ่าตัด

4.3 ระเบียบปฏิบัติงาน (Procedure manual) เป็นแนวทาง
 ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร ซึ่งต้องระบุ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร

4.4 คู่มือการปฏิบัติงาน (Work instruction) เป็นแนวทาง
 การปฏิบัติงานแต่ละกิจกรรมที่ระบุว่าทำอย่างไร เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกัน

4.5 บันทึกทางการพยาบาล (Perioperative documentation)

4.6 แผนภูมิกระบวนการทำงาน (Flow chart)

4.7 แบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ (Incident report)

5. มีกระบวนการจัดทำเอกสารพัฒนาคุณภาพในข้อ 4 จัดทำโดย
 หน่วยงาน การกลุ่มระหว่างหน่วยงานและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด มีระบบ
 การรับรองที่เหมาะสม และมีการทบทวนคู่มือ / แนวทางปฏิบัติงาน อย่างน้อยทุก 3 ปี หรือเมื่อเห็น
 ว่าจำเป็น

6. บุคลากรทุกระดับรับทราบ เข้าใจและปฏิบัติตามคู่มือ / แนว
 ทางการ ปฏิบัติงาน มีวิธีตรวจสอบว่าบุคลากรได้ปฏิบัติตามคู่มือ / แนวทางปฏิบัติงานนั้นจริงหรือไม่
 อาจประเมิน จากการวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ สัมภาษณ์ สังเกต สัมภาษณ์จากผู้ป่วย

7. มีการประเมินคู่มือ / แนวทางการปฏิบัติงาน

2.3 การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

การได้มาซึ่งสมรรถนะ มีหลายวิธี ไม่มีการกำหนดเป็นที่แน่นอน ทั้งนี้ให้พิจารณาตามความจำเป็นของวิชาชีพนั้นๆ โดยการกำหนดสมรรถนะให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมที่กำลังมีความเปลี่ยนแปลงไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งส่งผลให้เกิดความแตกต่างต่อสมรรถนะในแต่ละวิชาชีพ หรือแม้แต่ในวิชาชีพเดียวกัน เมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ก็อาจพบว่ามีรายละเอียดปลีกย่อยที่แตกต่างกันได้ ดังเช่นการได้มาซึ่งสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่ต้องการนั้น อาจได้มาจากหลาย ๆ วิธี ซึ่งพบว่า มีองค์ประกอบที่จำเป็นและสำคัญอะไรบางอย่างนั้น ให้พิจารณาตามความเหมาะสม ในการศึกษาสมรรถนะมีหลายวิธี คือ (ทบทวมหาวิทยาลัย, 2529; กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

1. การใช้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นกลุ่มในการตัดสินใจแจกแจงพฤติกรรมของนักปฏิบัติการวิชาชีพว่า ผู้มีสมรรถนะในวิชาชีพนั้นต้องมีความรู้เรื่องอะไรบ้าง มีทักษะที่ต้องการและต้องมีทัศนคติอย่างไรบ้าง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาตัดสินว่าเป็นผู้มีสมรรถนะ ได้แก่

1) ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ
 2) เรียงลำดับความสำคัญมากน้อยของความรู้และทักษะเหล่านั้น เช่น ความจำเป็นที่ต้องการหรือไม่จำเป็น แต่ต้องการเพราะเป็นประโยชน์ หรือไม่ควรกำหนดให้มี แม้จะมีประโยชน์แต่ไม่สำคัญ

3) ระบุตัวประกอบเฉพาะเจาะจงภายใต้หัวข้อเหล่านี้
 4) ให้นิยามเชิงปฏิบัติการของตัวประกอบเหล่านี้และกำหนดระดับของสมรรถนะที่นักปฏิบัติการวิชาชีพควรได้แสดงออกในแต่ละเรื่อง

2. การกำหนดสมรรถนะโดยการประเมินความต้องการ โดยการศึกษาจากกลุ่มผู้ใช้ นักการศึกษาและนโยบายต่าง ๆ ถึงความต้องการที่จะให้มีการจัดเตรียมผู้สำเร็จการศึกษาให้สามารถทำงานอะไร ต้องมีความรู้ ทักษะ หรือทัศนคติอย่างไร ทางกรพยาบาลจะหมายถึงความรู้เกี่ยวกับงานที่พยาบาลต้องออกไปปฏิบัติในหน้าที่ของพยาบาล

3. การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์งาน โดยการจำแนกเนื้อหา และเป้าหมายของงานให้อยู่ในรูปของงานที่ต้องปฏิบัติหรือต้องเรียนรู้ แล้วแจกย่อยในแต่ละรายละเอียดของแต่ละงานให้เป็นระดับย่อยมากที่สุด การวิเคราะห์งานจะช่วยในการกำหนดงานที่ต้องการจะให้เกิดแก่ผู้ปฏิบัติได้ในรายละเอียด

4. การวิเคราะห์กิจกรรมของผู้ปฏิบัติวิชาชีพ โดยการเก็บข้อมูลจากกิจกรรมการปฏิบัติในงานประจำจากการสังเกต โดยใช้ผู้ร่วมงานหรือผู้อื่น

5. การกำหนดสมรรถนะโดยวิธีการวิเคราะห์หรืออย่างเป็นระบบ หมายถึง เทคนิคการกำหนดสมรรถนะหรือเป้าหมายที่พัฒนามาจากระบบการวิเคราะห์ตามปกติ ด้วยการจำแนกเนื้อหาของงานออกเป็นหน่วยย่อยที่เป็นรูปแบบชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการศึกษาศรรถนะ จากกลุ่มพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยวิธีการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในงานการพยาบาลผ่าตัด ทั้งด้านการศึกษา ด้านการบริหารและด้านการบริการ ซึ่งได้แก่อาจารย์พยาบาลด้านภาควิชาศัลยศาสตร์ ภาควิชาการบริหารการพยาบาล ผู้ตรวจการหรือหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 10 ปี และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 10 ปี

3. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

3.1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ

การวัดและการประเมินผลเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันอย่างมาก แต่มีข้อแตกต่างอยู่ ที่การวัดเริ่มจากการสังเกตและให้ค่าว่าเป็นเท่าไร ส่วนการประเมินคือการตัดสินว่าเป็นอย่างไร การวัดเป็นวิธีการให้ค่า ส่วนการประเมินเป็นการตีราคา คุณค่าของการวัดและประเมินอยู่ที่ ผู้ใช้ที่มีคุณธรรม ไม่มีอคติ เป้าหมายของวัดและการประเมินอยู่ที่คุณภาพของสิ่งที่จะวัดเป็นสิ่งสำคัญ (ไพฑูริย์ โปธิสาร, 2536) และคุณภาพของแบบประเมิน หมายถึง คุณภาพด้านความเที่ยง และด้านความตรงของแบบประเมิน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

DeVellis (2003) กล่าวถึงหลักการสร้างเครื่องมือที่อยู่บนพื้นฐานของ Classical Test Theory ซึ่งมีการสมมติว่าคะแนนที่ได้จากการวัดมีการแจกแจงแบบปกติ Burns and Grove (1997) แนะนำว่าควรมีการสร้างเครื่องมือโดยใช้ทฤษฎีนี้ ควรมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ให้นิยามความหมายของมโนคติที่สนใจจะศึกษาให้ชัดเจน (Define the concept) จะช่วยให้การเขียนข้อคำถามที่จะใช้วัดมโนคตินั้นง่ายขึ้น
2. ออกแบบลักษณะของแบบวัด ควรกำหนดว่าจะใช้แบบใด ลักษณะของแบบวัดจะบอกว่าตัวแปรนั้นถูกวัดอย่างไร แล้วจึงลงมือสร้างข้อคำถาม
3. เชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษา มาร่วมกันพิจารณาเนื้อหาของคำถามเพื่อสะท้อนกลับในเรื่องความถูกต้องเหมาะสมและตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

4. ทดลองใช้เครื่องมือเบื้องต้น โดยนำเครื่องมือฉบับร่าง ซึ่งปรับแก้จากข้อที่3 มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร

5. นำเครื่องมือที่ปรับแก้จากข้อ 4 มาทดสอบกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย

6. วิเคราะห์ข้อคำถาม โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากคำถาม หนึ่ง ๆ กับคะแนนรวมจากข้อคำถามทั้งหมดยกเว้นข้อนั้น เพื่อประเมินว่าคำถามข้อใดควรตัดทิ้งเพราะจะมีผลทำให้ความเที่ยงภายในลดต่ำลง

7. เลือกข้อคำถามที่คงที่ไว้ เกณฑ์การคัดเลือกขึ้นกับขนาดของความ สัมพันธ์และจำนวนข้อที่ต้องการ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือควรจะไม่ต่ำกว่า.70

8. ศึกษาความตรงของเครื่องมือวิจัย

9. ประเมินความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้ง

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของ DeVellis (2003) เกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น

ส่วนวิธีการประเมินนั้น ได้มีผู้วิจัยหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการประเมินไว้ดังนี้

สมพงษ์ เกษมสิน (2516: 221-224) กล่าวว่า เทคนิคการประเมินผลการปฏิบัติงานมีหลายวิธี แต่การประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง (Self appraisal) จะเป็นวิธีที่ประนีประนอมให้ผู้ปฏิบัติงานได้พิจารณาตนเอง และในอีกด้านหนึ่งก็ให้ผู้บังคับบัญชาประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยเพื่อช่วยให้เกิดความเป็นธรรมในการประเมินผลการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

วิเชียร ทวีลาภ (2522: 79) ได้กล่าวว่า การประเมินผลการพยาบาลและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นกิจกรรมที่ยากมาก เพราะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งยังไม่มีเครื่องมือชนิดใดวัดออกมาได้แน่นอนและยุติธรรมเพียงพอ ทั้งนี้เพราะ วิธีการสังเกตซึ่งกระทำโดยมนุษย์มักจะมีอคติลำเอียงบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตามยังมีวิธีที่จะช่วยให้การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมีความแน่นอนและยุติธรรมยิ่งขึ้นที่สำคัญคือ

1. วัตถุประสงค์และมาตรการของการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) จะต้องกำหนดให้แน่นอน และบ่งเฉพาะพฤติกรรมที่วัดได้

2. การประเมินผลที่อาจได้ผลแน่นอน ควรมีการพิจารณา ร่วมกันจากหลายๆ วิธีคือ ไปประเมินสร้างเป็นแบบอิงวัตถุประสงค์ (Objective) ประเมินผลงานของตนเอง ประเมินโดยการประชุมพิจารณาเป็นรายบุคคล (Individual evaluation) ประเมินผลโดยผู้ตรวจการ หัวหน้าทีมพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย

Gronlund (1990 อ้างถึงใน ขวัญเรือน วัฒนา, 2536: 25) ได้แนะนำเกี่ยวกับการประเมินโดยวิธีให้คะแนนว่า ควรใช้ผู้ประเมินหลาย ๆ ฝ่ายมาร่วมกัน เพื่อตัดความลำเอียงหรืออคติ นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้มีการประเมินทั้งโดยตนเองและกลุ่มเพื่อน ๆ ถ้าเป็นกรณีนักเรียนก็ใช้เพื่อนร่วมชั้นเรียน ในกรณีทำงานก็คือผู้ร่วมงาน

US Department Agriculture Graduate School (1993: 8) ได้นำ เครื่องมือที่เรียกว่า LEI (Leadership Effectiveness Inventory) ซึ่งพัฒนามาจากเทคนิคที่เรียกว่า MEI (Management Excellence Inventory) ของสำนักงาน ก.พ.ของสหรัฐอเมริกา (Office of Personal Management หรือ OPM) ซึ่งใช้ในการพัฒนาบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งบริหารในระดับต่าง ๆ ทั้งระดับต้น กลางและสูง มาประเมินผู้บริหารภาครัฐโดยเป็นการประเมินแบบ 360 องศา คือในการประเมินจะให้ผู้ร่วมประเมินซึ่งประกอบด้วยตนเอง หัวหน้า ลูกน้องและกลุ่มเพื่อน

พนิดา ดามาพงศ์ (2534: 158) ได้เสนอแนะไว้ว่า การประเมินแต่ละครั้งควรใช้ผู้ประเมินตั้งแต่ 2-3 คนขึ้นไป ยังมีผู้ประเมินจำนวนมากก็จะลดอคติได้มาก

ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2546: 271) ได้เสนอแนะวิธีการประเมิน 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน (Competencies-Based Performance) ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมินในกรณีที่บุคคลนั้น ๆ ไม่มีลูกน้อง โดยประเมินจากสี่ทิศทางคือ จากหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ที่เลือกมาทั้งสองด้าน และการประเมินตนเอง โดยมุ่งเน้นที่การประเมินพฤติกรรมหรือความสามารถที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินโดยใช้ผู้ประเมินต่างกัน ที่ผ่านมาพบว่าในเรื่องการประเมินความสามารถหรือผลการปฏิบัติงานนั้น จินดา ธีระพันธ์ (2525: 30-78) ศึกษาพบว่า ผดุงครรภอนามัยไทยพุทธและมุสลิมประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานสูงกว่าการประเมินของผู้บังคับบัญชา แต่พิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ (2524: 25, 64-65) ศึกษาพบว่าทัศนคติของผู้บังคับบัญชากับบัณฑิต (ผู้ใต้บังคับบัญชา) เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาลสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการวิจัยของสาคร ใจพยอม (2531: 92-97) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในทัศนะของตนเองและทัศนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภคินี ศรีสารคาม (2538: 42-75) พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลส่วนใหญ่ร้อยละ 77.1 ประเมินความสามารถในการบริหารจัดการของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผู้บังคับบัญชา ส่วนผู้ร่วมงานร้อยละ 78.6 ประเมินแตกต่างจากผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านกิจกรรมพิเศษพบว่าไม่ต่างกัน สุมาลี เสงสุวรรณ (2541: 83) ศึกษาความสามารถในการ

บริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถพื้นฐานในการบริหาร ความสามารถระดับต้นในการบริหารและการปฏิบัติงานนั้น กลุ่มหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้คะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่หัวหน้างานห้องคลอดให้ค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าประชากรทั้งสองกลุ่มอย่างเห็นได้ชัด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เพื่อป้องกันการประเมินเข้าข้างตนเองของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และเป็นการลดอคติ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการประเมินที่กล่าวมาทั้งหมด มาประยุกต์ใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ใช้วิธีการประเมิน 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน (ณรงควิทย์ แสนทอง, 2546: 271) โดยให้พยาบาลหัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 1 คนและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 1 ปีซึ่งเป็นผู้ร่วมงานจำนวน 2 คนเป็นผู้ประเมินพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 1 คน และขณะเดียวกันพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมประเมินตนเองด้วย

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ

ลักษณะของแบบประเมินที่ดีจะช่วยให้ผลการประเมินถูกต้องน่าเชื่อถือ ซึ่งมีนักวิชาการกล่าวว่า เครื่องมือที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2535: 17) กล่าวว่าแบบทดสอบที่ดีนั้นควรมีลักษณะที่ดีอย่างน้อย 7 ประการ คือ มีความตรง (Validity) มีความเที่ยง (Reliability) มีระดับความยากง่าย (Difficulty index) มีอำนาจจำแนก (Discrimination) ความเป็นปรนัย (Objective) มีความหมายในการทดสอบ (Meaningfulness) สามารถนำไปใช้ได้ (Usability) และพิมพ์พรรณศิลป์สุวรรณ์ และคณะ (2538: 130-132) ได้กล่าวไว้เช่นกันว่า คุณภาพของเครื่องมือที่ดีต้องมีความตรง และมีความเชื่อมั่น

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2536: 122-137) ได้กล่าวว่าเครื่องมือที่ดี คือมี ความตรง ความเชื่อมั่น ความเป็นปรนัย อำนาจจำแนก และมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความตรง (Validity) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัดได้ถูกต้องครบถ้วนเพียงใด ซึ่งคุณสมบัตินี้ต้องทำให้เกิดเป็นเบื้องต้นจึงจะตรวจสอบคุณภาพด้านอื่น ๆ ความเที่ยงตรงจำแนกได้ 3 อย่างตามเกณฑ์ที่ใช้เทียบ

1.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เป็นความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาสาระของเครื่องมือที่สร้างขึ้น กับเนื้อหาสาระของสิ่งที่ต้องการศึกษา ถ้าเครื่องมือใดสร้างได้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระของสิ่งที่ต้องการศึกษา ก็กล่าวได้ว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา

1.2 ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) เป็นความสอดคล้องระหว่างลักษณะพฤติกรรมของข้อคำถาม กับพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการจะวัด และพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของสิ่งที่ต้องการจะวัดนี้คือ พฤติกรรมที่เป็นโครงสร้างของเรื่องนั้น ๆ ตามที่กำหนดไว้ในทฤษฎีของเรื่องนั้น ๆ

1.3 ความตรงตามเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (Criterion validity) เป็นความเที่ยงตรงที่พิจารณาจากพฤติกรรมของบุคคลที่ถูกทดสอบเป็นหลัก โดยอาศัยสภาพเวลาเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งถึงความเที่ยงตรง แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

1.3.1 ความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เป็นความสอดคล้องของผลการวัดคุณลักษณะใดหรือพฤติกรรมใด ๆ จากเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับสภาพความเป็นจริงในขณะนั้น เครื่องมือใดที่มีผลการวัดสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในขณะนั้นมาก ก็มีความเที่ยงตรงตามสภาพสูง เช่น การสร้างแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของร่างกาย เมื่อนำไปวัดกับคนกลุ่มหนึ่ง ถ้าคนที่ได้คะแนนสูงและเป็นผู้ปฏิบัติตนในเรื่องการรักษาสุขภาพของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ที่ดีด้วย และคนที่ได้คะแนนต่ำก็เป็นผู้ปฏิบัติตนในเรื่องการรักษาสุขภาพร่างกายอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดีหรือไม่ถูกต้องด้วย อาจกล่าวได้ว่าแบบทดสอบที่สร้างขึ้นนั้นมีความเที่ยงตรงตามสภาพสูง

1.3.2 ความตรงตามการพยากรณ์ (Predictive validity) เป็นความสอดคล้องของผลการวัดจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับผลที่คาดคะเนที่จะเกิดในอนาคต ซึ่งอาจเป็นระยะยาวหรือระยะสั้นก็ได้ เช่น นักเรียนที่ผ่านการสอบคัดเลือกด้วยแบบทดสอบ วิชาต่าง ๆ เมื่อเข้ามาเรียนแล้วก็สามารถเรียนได้โดยมีผลการเรียนตลอดหลักสูตรอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ แสดงว่าแบบทดสอบวิชาต่าง ๆ ที่ใช้ในการสอบคัดเลือกนั้นมีความตรงในการพยากรณ์สูง

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความเที่ยง เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่แสดงให้เห็นทราบว่าเครื่องมือนั้น ๆ ให้ผลการวัดที่สม่ำเสมอ แน่นนอน คงที่คงวาไม่ว่านำไปวัดกี่ครั้งก็ตามก็ให้ผลคงที่ ซึ่งการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นมีหลายวิธีคือ

2.1 แบบสอบซ้ำ (Test-retest method) เป็นการนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปสอบวัดกับกลุ่มคนเดียวกัน 2 ครั้งในเวลาต่างกันแล้วนำคะแนนมาหาความสัมพันธ์กัน ถ้าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงแสดงว่าเครื่องมือนั้นมีความเชื่อมั่นสูง

2.2 แบบใช้เครื่องมือวัดที่มีลักษณะเท่าเทียมกัน หรือคู่ขนานกัน (Equivalent form or parallel form method) เป็นการหาความเชื่อมั่นโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับเครื่องมืออีกฉบับหนึ่งที่มีคุณภาพเหมือนกันทุกประการ ไปสอบวัดกับกลุ่มทดลอง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้เรียกว่า สัมประสิทธิ์ของความเท่าเทียมกัน

2.3 แบบแบ่งครึ่ง (Split half method) เป็นการนำเครื่องมือที่ต้องการหาความเชื่อมั่นไปสอบวัดกับกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียว แล้วนำเครื่องมือพร้อมคำตอบมาแบ่งครึ่งเป็น 2 ฉบับแล้วนำคะแนนที่ได้มาหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งเป็นการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือเพียงครึ่งฉบับ ซึ่งต้องปรับให้เป็นค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรของ Spearman Brown

2.4 แบบของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เป็นการหาความคงตัวภายในที่นิยมกันมากเพราะมีข้อดีตรงที่ว่าสอบครั้งเดียวกับกลุ่มเดียวแล้วหาค่าความเชื่อมั่นได้ โดยมีข้อตกลงว่าเครื่องมือชุดนั้นต้องวัดลักษณะเดียวกันและมีระบบการให้คะแนนที่เป็น Dichotomous คือตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.5 แบบของครอนบาค (Cronbach) ใช้ในกรณีที่เครื่องมือที่สร้างมีการให้คะแนนเป็นแบบจัดอันดับ หรือมาตราส่วนประมาณค่า เช่น ข้อสอบอัตนัย แบบสอบถาม มาตรวัด ทักษะคิดต่าง ๆ ครอนบาคเสนอแนะให้หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

2.6 แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance) ซึ่งเป็นวิธีที่ฮอยท์เป็นผู้คิดขึ้น เป็นวิธีที่ใช้กับเครื่องมือที่ระบุให้คะแนนไม่เป็น Dichotomous เช่นการสัมภาษณ์

2.7 การใช้วิธีอื่น ๆ ในกรณีที่เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสังเกต นิยมหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของ William A. Scott

3. ความเป็นปรนัย (Objective) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่แสดงลักษณะ 3 ประการ

3.1 คำถามมีความแจ่มแจ้งชัดเจนชี้เฉพาะ ทุกคนอ่านแล้วมีความเข้าใจตรงกัน

3.2 การตรวจให้คะแนนมีความแน่นอนตรงกัน ไม่ว่าจะให้ใครตรวจก็ตาม

3.3 มีความชัดเจนในการแปลความหมาย นั่นคือคะแนนที่ได้แปลความหมายได้ตรงกัน

4. อำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถจำแนกบุคคลออกเป็น 2 กลุ่มที่มีลักษณะต่างกันในเรื่องที่ศึกษา ถ้าเครื่องมือเป็นแบบทดสอบวิชาความรู้และปัญญาที่จำแนกเป็นกลุ่มเก่งและกลุ่มอ่อน ถ้าเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นหรือเป็นมาตรวัดทัศนคติที่จำแนกเป็นกลุ่มที่มีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติในทางบวกกับกลุ่มที่มีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติในทางลบ

5. ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่ลงทุนและใช้เวลาในการวัดน้อย สะดวกในการใช้ให้ผลในการวัดถูกต้องไม่ต่างจากเครื่องมือที่ลงทุนมาก (ภัทรา นิคมานนท์, 2537: 79)

จากแนวคิดคุณภาพของแบบประเมินดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะที่ดีควรประกอบด้วย ความตรง ความเที่ยง ความเป็นปรนัย อำนาจจำแนก และ ความมีประสิทธิภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพของแบบประเมินมาประยุกต์ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในด้านความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ด้านความตรงตามโครงสร้าง จากพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปี จากโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) และด้านความตรงตามสภาพ จากพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปี จากโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 82 คน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พินิจ ปรีชานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย (2540) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการของการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยกำหนดเกณฑ์คุณภาพจากการใช้มาตรฐานการพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ 92 คน ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผ่าตัด ได้แก่ ห้องผ่าตัดจักษุ-โสตฯ ศัลยศาสตร์ ออโธปิดิกส์ สูตินรีเวช และห้องฟักฟื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี เก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 216 กิจกรรมการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดีมาก 141 กิจกรรม การพยาบาลระดับดี 36 กิจกรรม และต้องปรับปรุง 39 กิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย เอกสาร และอุปกรณ์ ตลอดจนความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และ

เศรษฐกิจ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการนำมาตราฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดไปใช้ พบว่า บางกิจกรรมของพยาบาลซ้ำซ้อนกับกิจกรรมพยาบาลวิสัญญี พยาบาลมีเวลาจำกัด นอกนั้น พบว่ากิจกรรมการพยาบาลบางอย่างไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ทุกห้องผ่าตัด ผลการศึกษาที่ได้รับ จะเป็นประโยชน์อย่างมาก ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดให้มีความเที่ยงตรง ชัดเจน มีความเป็นไปได้ สามารถวัดประเมินผลได้ สำหรับเป็นแนวทางในการใช้และประเมินคุณภาพการพยาบาลต่อไป

จิตรา เกิดเพชร (2541) ศึกษาวิจัยถึงการประเมินคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดและการวิเคราะห์ปัญหาของการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 294 คน โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้เครื่องมือ 2 ชุด คือแบบประเมินคุณภาพการพยาบาล และแบบสัมภาษณ์กลุ่ม จำนวน 14 คน พบว่า คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คุณภาพการพยาบาลในระยะผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด 3 ด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดในด้านความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลและวิจารณ์ญาณของพยาบาล ปัญหาจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศงาน แบบบันทึกและอุปกรณ์ที่เอื้อ

ศรีสุรางค์ แสงแก้ว (2542) การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลและด้านพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจากห้องผ่าตัดอโรบิคิกส์ จำนวน 90 คน โรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลและแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือแบบสังเกตพฤติกรรมและแบบสอบถามพยาบาลตามการรายงานของตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงแล้ว ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ การบริการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญ และคุณภาพบริการพยาบาลพิเศษด้านพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านพิทักษ์สิทธิหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

คุณฎี ยศทอง (2542) ศึกษาวิจัยถึงผลการใช้โปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนการผ่าตัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 60 คน โรงพยาบาลศิริราช โดยการใช้โปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนผ่าตัดกับกลุ่มผู้ป่วย มีเนื้อหา 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การกำกับปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนการผ่าตัด 2) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแผนภูมิการไหลเวียนของการปฏิบัติงาน และ 3) การจัดบรรยากาศในห้องรอผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบบันทึกเวลารอก่อนผ่าตัด และแบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนผ่าตัด พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ เวลาที่ใช้ในการรอผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

สมพิศ เกิดศิริ (2542) ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ประชากรมี 2 กลุ่มคือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 210 คน และพยาบาลประจำการซึ่งเป็นผู้ใต้บังคับบัญชาจำนวน 2,160 คน สุ่มตัวอย่างกลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน สุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการแบบมีระบบจำนวน 970 คน เครื่องมือที่ใช้ปรับปรุงจากผลการวิจัยของวาสิณี วิเศษฤทธิ์ มีจำนวน 2 ชุด คือแบบสอบถามภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่พยาบาลประจำการคาดหวัง และแบบประเมินภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้ง 2 ชุดมีข้อความเหมือนกัน ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่าแล้วให้พยาบาลประจำการจำนวน 970 คน ตอบแบบสอบถามภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ตนคาดหวัง นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีตัวประกอบหลักหมุนแกนแบบอโรคอนอล ด้วยวิธีแวนิแมซ์ นำผลที่ได้ไปสร้างเป็นเครื่องมือประเมินภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย แล้วส่งไปให้พยาบาลประจำการตอบตามการรับรู้ของตน ผลการวิจัยแบบประเมินภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย มี 9 ตัวประกอบคือ 1) ตัวประกอบบารมี 2) ตัวประกอบการสร้างแรงบันดาลใจ 3) ตัวประกอบเสริมสร้างพลังอำนาจ 4) ตัวประกอบจัดการโดยมีข้อยกเว้น 5) ตัวประกอบกระตุ้นปัญญาและการปลูกฝังค่านิยม 6) ตัวประกอบทำให้รางวัล 7) ตัวประกอบกำกับการนำสู่การเปลี่ยนแปลง 8) ตัวประกอบสร้างและการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ และ 9) ตัวประกอบคำนึงถึงลูกน้องเป็นรายบุคคล ทั้ง 9 ตัวประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 61.53 ได้แบบประเมินภาวะผู้นำ จำนวน 91 ข้อ การทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าความเที่ยง .98 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการวัด .10 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินในแต่ละตัวประกอบมีพิสัยตั้งแต่ .80-.95 แบบประเมินทุกข้อ

มีค่าอำนาจจำแนกสูงอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานที่ปกติของแบบประเมิน ทั้งฉบับมีพิสัยตั้งแต่ 3.18-4.93 และ 21-78 ตามลำดับ

สุนันทา ตรีศายลักษณ์ (2543) สร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ประจำการห้องผ่าตัด และศึกษาความคิดเห็นในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานที่สร้างขึ้น แบบประเมินผลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามเทคนิคเดลฟาย โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 35 คน และตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือโดยการใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ประจำการห้องผ่าตัดที่ได้จากกระบวนการตามเทคนิคเดลฟาย ได้แบบประเมินเป็น 2 ส่วน คือ แบบประเมินผลการปฏิบัติงานทั่วไปของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด และแบบประเมินผลการ ปฏิบัติงานเฉพาะลักษณะงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ได้แก่ พยาบาลส่งเครื่องมือ ผ่าตัด พยาบาลช่วยทั่วไป พยาบาลประจำห้องรับส่งผู้ป่วย และพยาบาลประจำห้องพักฟื้น แต่ละ ส่วนมีรายการประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การศึกษาความคิดเห็นในการใช้ แบบประเมินจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประเมินได้แก่ หัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการ ห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานการพยาบาลผ่าตัดมากกว่า 5 ปี จำนวน 152 คน และ ผู้รับการประเมินได้แก่ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานการพยาบาล ผ่าตัดมากกว่า 1 ปี จำนวน 120 คนจากโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า แบบ ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่สร้างขึ้น คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.08 และค่าความเชื่อมั่นของผู้ประเมิน โดยใช้สูตรของ Ebel's formula เท่ากับ 0.77 และผู้ประเมินมีความคิดเห็นในการใช้แบบ ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่สร้างขึ้น ในระดับเห็นด้วยและเห็น ด้วยอย่างยิ่ง

จรรยา พิชญ์ชยะนนท์ (2543) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหัวหน้ากลุ่ม งานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบความเที่ยงความตรงและ สร้างเกณฑ์ปกติ ประชากรคือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศจำนวน 708 คน คัดเลือกเฉพาะผู้ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้กลุ่มตัวอย่าง 540 คนแล้วให้หัวหน้างานจำนวน 1,620 คน ซึ่งเป็น ผู้ได้บังคับบัญชาของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีเป็นผู้ประเมินสมรรถนะของ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตามการรับรู้ของตน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นมาตราประเมินค่าให้ คะแนนตามระดับสมรรถนะของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ศึกษาโดยการทดสอบเครื่องมือ

3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เพื่อหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคกลุ่มรู้งัด ครั้งที่ 2 เพื่อหาความสามารถในการจำแนกความแตกต่างของแบบประเมินและความเที่ยง และครั้งที่ 3 เพื่อหาความสามารถในการจำแนกความแตกต่างของแบบประเมินและความเที่ยง และสร้างเกณฑ์ปกติในรูปของคะแนนที่ปกติ ผลการวิจัยพบว่า การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีเทคนิคกลุ่มรู้งัด พบว่าแบบประเมินทุกตัวประกอบและรวมทั้งฉบับมีค่าความตรงเชิงโครงสร้างสูงอย่างมีนัยสำคัญ และแบบประเมินทุกข้อมีความสามารถในการจำแนกความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ การหาความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับและเป็นรายตัวประกอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.98 ส่วนค่าความเที่ยงเป็นรายตัวประกอบมีค่าระหว่าง 0.89-0.97 คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานที่ปกติของแบบประเมินทั้งฉบับมีพิสัยตั้งแต่ 1.00-4.79 และ 16-17 ตามลำดับ ส่วนคะแนนดิบและมาตรฐานที่ปกติของแบบประเมินในแต่ละตัวประกอบมีพิสัยตั้งแต่ 1.00-5.00 และ 17-80 ตามลำดับ

นันทมณฑล ศรีสารคาม (2545) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยอาศัยกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ในการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามกรอบแนวคิดของกองการพยาบาล ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม จำนวน 12 คน ด้วยการระดมสมองและร่วมกันจัดทำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ใช้รูปแบบการประเมินแบบ 360 องศา ซึ่งประเมินโดยตนเอง โดยผู้บังคับบัญชา และโดยเพื่อนร่วมงานใน 4 ด้านคือ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และด้านคุณลักษณะในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า 1) มีแบบประเมินผลและคู่มือการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และ 2) มีรูปแบบการประเมินที่เป็นรูปธรรมและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในระดับดี

Carrington (1991 cited in Mcgarvey, et al., 2000) ได้ศึกษาบทบาทโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัด คือ ความรู้ด้านทักษะและความเชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือ ทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การปกป้องอันตรายจากการผ่าตัด

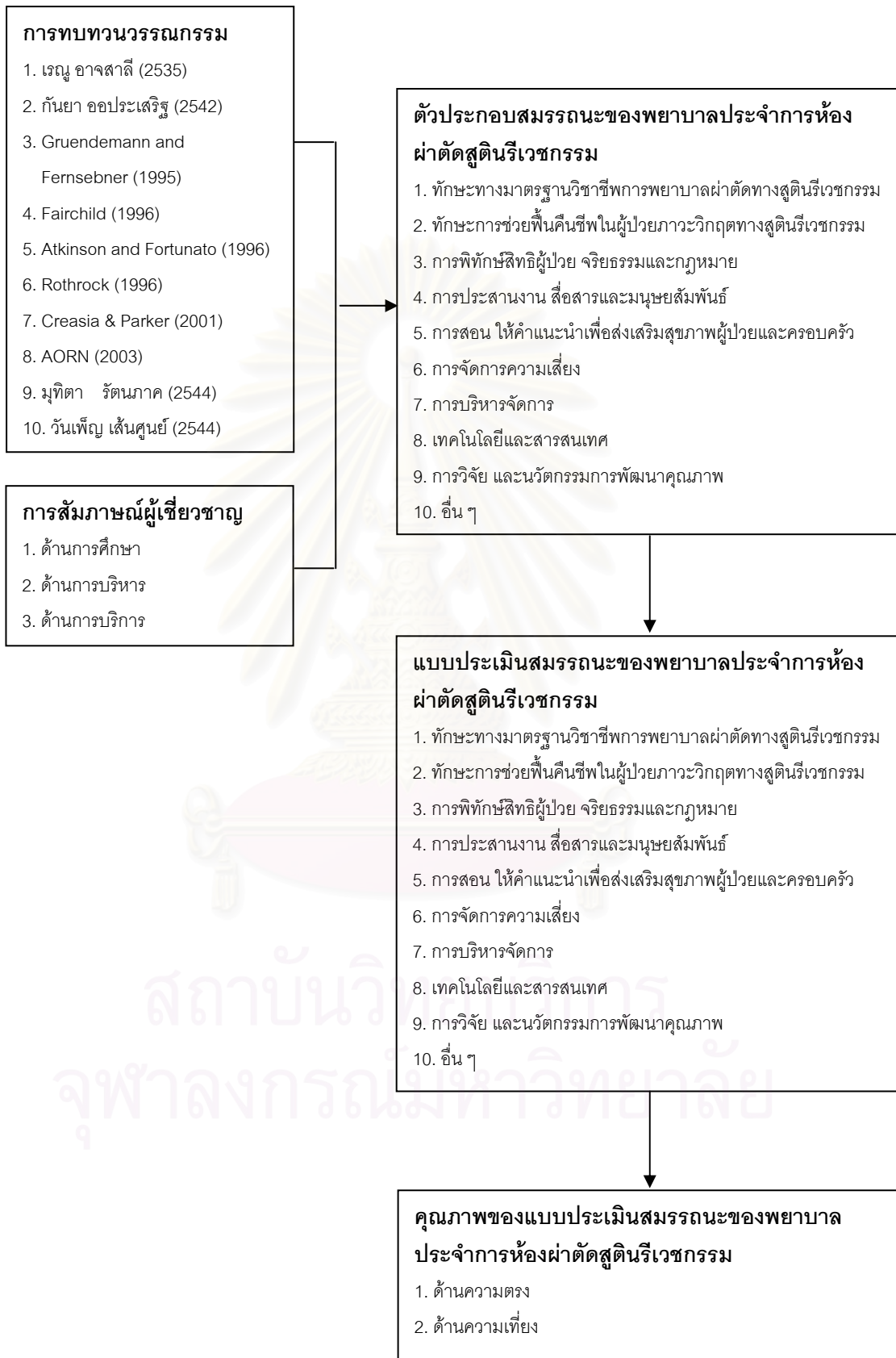
West (1992 cited in Mcgarvey, et al., 2000) ได้ทำการศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมี

ความสำคัญกับพยาบาลห้องผ่าตัด ไม่ใช่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลแต่เพียงกลุ่มเดียวแต่เป็นพฤติกรรมที่หน่วยงานอื่นต้องทำด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ทักษะในการทำงานก็มีความสำคัญมาก อีกอย่างหนึ่ง การทำงานพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสำคัญทั้งด้านอารมณ์และหน้าที่ มีความรู้ด้านเทคนิคมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ การใช้ยาในยุคปัจจุบัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้จากการศึกษาและการฝึกหัด เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดที่จะดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และในขณะเดียวกัน ก็ต้องดำรงเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งตนรวมทั้งวิชาชีพไว้

Kalideen (1994 cited in Mcgarvey, et al., 2000) ได้ศึกษาโดยการ สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ 15 คน พบว่า บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด มีดังนี้คือ การจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม บทบาทพยาบาลพยาบาลพี่เลี้ยง ดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้ได้มาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น

McGarvey (1998) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าจากการฝึกงาน 358 ชั่วโมง ของพยาบาลจำนวน 35 คน ในการวางแผนการพยาบาลที่รับการผ่าตัด เป็นการยากที่จะอธิบายบทบาทชัดเจนของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ จะเป็นลักษณะบทบาทที่ปฏิบัติงานประจำวันมากกว่าการใช้แนวคิดทางปรัชญาการดูแล ทำให้ไม่สามารถบอกบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้วิธีวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

- 1.1 การทบทวนวรรณกรรมบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด
- 1.2 การกำหนดประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูล
- 1.3 การวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis)

2. การศึกษาคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

- 2.1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน
- 2.2 การวิเคราะห์คุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

1.1 การทบทวนวรรณกรรมบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ (เรณู อาจสาลี, 2535; กัญญา ออประเสริฐ, 2542; มุกิตา รัตนภาค, 2544; วันเพ็ญ เส้นศูนย์, 2544; Gruendemann and Fernsebner, 1995; Fairchild, 1996; Atkinson and Fortunato, 1996; Rothrock, 1996; Creasia & Parker, 2001; AORN, 2003) ได้ข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมทั้งหมด 71 รายการ และศึกษาสมรรถนะเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 6 คน เกี่ยวกับตัวประกอบสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ตามความคิดเห็น ประสบการณ์และสภาพความเป็นจริง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสัมภาษณ์ มีแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบที่ไม่มีโครงสร้างทั้งหมด 2 ข้อ คือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

1. ท่านคิดว่า ตัวประกอบสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ควรประกอบด้วยด้านใดบ้าง
2. ท่านคิดว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายลักษณะของตัวประกอบสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

โดยมีรายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลห้องผ่าตัด 6 คน ที่ให้สัมภาษณ์ คือ

- 1.1 อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกหรือปริญญาโททางการพยาบาล มีประสบการณ์การสอนทางด้านพยาบาลห้องผ่าตัด ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และมีผลงานเผยแพร่ทางวิชาการทางการพยาบาลห้องผ่าตัด

- 1.2 ผู้ตรวจการพยาบาลประจำห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 1 คน ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโททางการพยาบาล เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 10 ปีขึ้นไป

1.3 พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 2 คน ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโททางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 10 ปีขึ้นไป

1.4 พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 1 คน ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโททางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 10 ปีขึ้นไป

2. การเตรียมสัมภาษณ์ คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนด ติดต่อขออนุญาตโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ แจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งนัดวัน เวลาและสถานที่ที่จะขอสัมภาษณ์ ทำหนังสือขออนุญาตอย่างเป็นทางการจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้บังคับบัญชาของผู้เชี่ยวชาญ และส่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์โดยสังเขป ให้ผู้เชี่ยวชาญล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ การเตรียมตัวของผู้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยได้ศึกษาขั้นตอน เทคนิค วิธีการสัมภาษณ์ จากเอกสารตำรา และมีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์จากการฝึกงานภาคสนาม (Field study)

3. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์อีกครั้ง ขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก จากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบคำถามอย่างอิสระตามความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้สัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 60-90 นาที

4. ผู้วิจัยได้ถอดเทป รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหา ได้ข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมมาทั้งหมด 87 รายการ

5. ผู้วิจัยประมวลสรุปพร้อมทั้งรายการสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และรายการสมรรถนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด เป็นสรุปรายการสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมเบื้องต้นทั้งหมด 78 รายการ ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 รายการสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด และสรุปรายการ

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
<p>1. ด้านทักษะทางมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม</p> <p>1. ประเมินสถานะผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ</p> <p>2. นำข้อมูลจากการประเมินมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ให้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ได้</p> <p>3. วางแผนการพยาบาลได้ตามลำดับความสำคัญของปัญหา</p> <p>4. ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด</p> <p>5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อ</p> <p>6. มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด</p> <p>7. สามารถประเมินความผิดปกติและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด</p> <p>8. สามารถเตรียมเครื่องมือ / อุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมได้ครบถ้วน</p>	<p>1. ประเมินสภาวะร่างกาย การได้รับบาดเจ็บหรือเคยรับการผ่าตัดมาก่อน ประวัติการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี</p> <p>2. สามารถประเมินสภาวะจิตใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด กลไกการแก้ปัญหา ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม โดยเฉพาะมารดาที่ผ่าตัดคลอด</p> <p>3. สามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินร่วมกับความรู้ทางการพยาบาล</p> <p>4. สามารถตั้งเป้าหมายในการดูแลจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล เน้นที่ผลลัพธ์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>5. สามารถวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตามความสำคัญของปัญหา</p> <p>6. สามารถให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด</p> <p>7. นำความรู้ในด้านกายวิภาค และสรีรวิทยามาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด</p>	<p>1. สามารถประเมินสภาวะผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ</p> <p>2. สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์</p> <p>3. สามารถวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตาม ลำดับความสำคัญของปัญหา</p> <p>4. สามารถให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>5. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด</p> <p>6. สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ</p> <p>7. สามารถปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกได้ถูกต้องตามเทคนิคและขั้นตอนในการผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมแต่ละชนิด</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
<p>9. มีความรู้ความเข้าใจในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ / อุปกรณ์ให้มีอายุการใช้งานได้นาน</p> <p>10. ปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกได้ถูกต้องตามเทคนิคและขั้นตอน</p> <p>11. เลือกเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อได้เหมาะสมกับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้</p> <p>12. มีความรู้ในเรื่องแผนและกลไกการหายของแผล</p> <p>13. มีความรู้เกี่ยวกับชนิดของน้ำยาต่าง ๆ ที่ใช้ในห้องผ่าตัด</p>	<p>8. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด</p> <p>9. มีความรู้และรักษาภาวะปลอดเชื้อในการผ่าตัด</p> <p>10. ให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้หลักการและเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>11. สามารถจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมในการผ่าตัด</p> <p>12. สามารถตรวจนับเครื่องมือ ผ้าซับโลหิตให้ครบถ้วนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>13. สามารถปฏิบัติหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือได้ถูกต้องในการผ่าตัดแต่ละชนิด</p> <p>14. สามารถปฏิบัติหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกได้ถูกต้องในการผ่าตัด</p> <p>15. สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสมกับการทำผ่าตัดแต่ละชนิด</p> <p>16. มีความรู้เรื่องการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ</p> <p>17. สามารถดูแลสถานะแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาด ปลอดภัย เหมาะสมกับการทำผ่าตัด</p> <p>18. สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาในการผ่าตัด</p>	<p>8. สามารถตรวจสอบสภาพเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมสำหรับการใช้งาน</p> <p>9. สามารถเลือกใช้เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อได้เหมาะสมกับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด</p> <p>10. สามารถรักษาพื้นที่บริเวณผ่าตัดของผู้ป่วยให้มีภาวะปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด</p> <p>11. สามารถติดตามและประเมินผลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
<p>2. ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสูตินรีเวชกรรม</p> <p>14. สามารถประเมินภาวะวิกฤติและเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์ได้</p> <p>15. จัดลำดับความสำคัญในการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยได้เหมาะสม</p> <p>16. สามารถประเมินสภาวะวิกฤติของทารกจากการผ่าตัดคลอดและเตรียมความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง</p> <p>17. สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้งที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด</p> <p>18. ใช้ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับทีมผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น</p> <p>19. นำความรู้ทางกายวิภาคสรีรวิทยา พยาธิสภาพมาประยุกต์ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยและทารกได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย</p>	<p>19. มีความรู้ในหลักการช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>20. สามารถประเมินสภาวะของผู้ป่วยสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>21. สามารถจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย</p> <p>22. สามารถประเมินสภาวะของทารกจากการผ่าตัดคลอดและจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสม</p> <p>23. มีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของผู้ป่วยและทารกเป็นอย่างดีเพื่อความปลอดภัยในการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงยาที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพ</p>	<p>12. สามารถประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและทารกจากการผ่าตัดคลอด เพื่อเตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสม</p> <p>13. สามารถจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยและทารกจากการผ่าตัดคลอด ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>14. สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว</p> <p>15. สามารถใช้อุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>16. สามารถตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี</p> <p>17. สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วยมารดาและทารกได้โดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>18. สามารถนำความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา(ชนิด ขนาด วิธีใช้ และผลข้างเคียงของยา) มาประยุกต์ใช้ได้อย่างปลอดภัย</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
		ต่อผู้ป่วยและทารกขณะทำการ ช่วยฟื้นคืนชีพ
<p>3. ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและกฎหมาย</p> <p>20. มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ</p> <p>21. ให้การปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีจริยธรรมและเสมอ ภาค ไม่เลือกปฏิบัติ</p> <p>22. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล การให้บริการผ่าตัดตาม สิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ</p> <p>23. สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิผู้ป่วยได้</p> <p>24. ให้ข้อมูล คำแนะนำที่ เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ให้ สามารถเลือกแผนการ รักษาได้ด้วยตนเอง</p> <p>25. ให้ความเคารพในความเป็น เอกบุคคลของผู้ป่วย</p> <p>26. แนะนำตัวและแจ้งให้ผู้ป่วย ทราบทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาลแก่ผู้ป่วย</p> <p>27. ไม่เปิดเผยความลับของ ผู้ป่วย</p> <p>28. ปฏิบัติตามจรรยาบรรณ วิชาชีพ</p>	<p>24. มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและสามารถ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้</p> <p>25. ให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความ เสมอภาค โดยไม่เลือกปฏิบัติ</p> <p>26. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตามสิทธิที่ ผู้ป่วยพึงได้รับ</p> <p>27. ให้ข้อมูล คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย เลือกแผนการรักษาได้ด้วยตนเอง</p> <p>28. ให้ความเคารพในเรื่องของความเชื่อ ส่วนบุคคลของผู้ป่วย</p> <p>29. แนะนำตัวและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุก ครั้งก่อนให้การพยาบาล</p> <p>30. ติดป้ายชื่อแสดงตัวให้ผู้ป่วยทราบ</p> <p>31. ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย</p> <p>32. ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ</p>	<p>19. สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>20. สามารถให้ข้อมูลการ ให้บริการและแนวทางการ รักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม</p> <p>21. ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือก ปฏิบัติ</p> <p>22. สามารถให้คำแนะนำเพื่อให้ ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษาได้ อย่างเหมาะสม</p> <p>23. ปฏิบัติการพยาบาลโดย คำนึงถึงความเป็นบุคคลของ ผู้ป่วย เช่น ไม่เปิดเผย ร่างกายผู้ป่วยเกินความ จำเป็น</p> <p>24. สามารถรักษาความลับของ ผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัด</p> <p>25. ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน</p> <p>26. ปฏิบัติการพยาบาลโดย คำนึงถึงความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
		27. ไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวในขณะปฏิบัติกรพยาบาล
<p>4. ด้านการประสานงานสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์</p> <p>29. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน</p> <p>30. สื่อสารกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>31. สามารถให้ข้อมูลการผ่าตัดและแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ</p> <p>32. ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>33. มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม</p> <p>34. สร้างเสริมบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน</p> <p>35. สามารถในการใช้เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี</p> <p>36. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เข้ากับคนได้ง่าย และช่วยลดความขัดแย้งในการทำงาน</p>	<p>33. สื่อสารข้อมูลกับผู้ร่วมทีมสุขภาพ ทั้งในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>34. มีการสื่อสารและประสานงานกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย</p> <p>35. สามารถให้ข้อมูลการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนและเหมาะสม</p> <p>36. ประสานงานระหว่างหน่วยงานในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p> <p>37. สร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและประสานความร่วมมือระหว่างกันในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>38. มีประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม</p> <p>39. สร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในหน่วยงาน</p> <p>40. สามารถในการใช้เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี</p> <p>41. มีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายและแสดงกิริยาเหมาะสม พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี</p> <p>42. สามารถทำงานได้อย่างเป็นระบบตามสายงานได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว</p>	<p>28. สามารถใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการได้เป็นอย่างดี</p> <p>29. สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี</p> <p>30. สามารถสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน แพทย์ วิชาชีพ ให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>31. สามารถประสานงานกับหน่วยงาน ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี</p> <p>32. สามารถประสานงานระหว่างทีมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี</p> <p>33. สามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี</p> <p>34. มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานได้เป็นอย่างดี</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
	43. มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ เต็มใจ ช่วยเหลือผู้อื่น	35. มีทักษะการสื่อสารที่ดี มี ความน่าเชื่อถือ ข้อมูล ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย 36. สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยและ ญาติเข้าใจในแผนการรักษา ได้เป็นอย่างดี
<p>5. ด้านการสอน ให้คำแนะนำ และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>37. สามารถให้คำปรึกษาผู้ร่วม ทีมทางการแพทย์ผ่าตัดได้</p> <p>38. มีความสามารถในการสอน และนิเทศงานแก่พยาบาล ที่มาปฏิบัติงานใหม่ ผู้มา ศึกษาดูงานและเจ้าหน้าที่ทุก ระดับได้</p> <p>39. กระตุ้น ส่งเสริมให้บุคคล และชุมชนมีส่วนร่วมในการ กำหนดปัญหา วิเคราะห์ สาเหตุ และดำเนินการ แก้ปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพ</p> <p>40. สามารถให้ข้อมูลทาง สุขภาพในการดูแลตนเอง การป้องกันโรค แก่ผู้ป่วยและ ชุมชน</p> <p>41. เสริมสร้างพลังอำนาจให้ ผู้ป่วยและครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญใน การดูแลสุขภาพตนเองได้</p> <p>42. สอนการดูแลตนเองที่ ถูกต้องให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับ</p>	<p>44. สามารถให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา แก่ผู้ร่วมทีมทางการแพทย์ ผ่าตัดได้</p> <p>45. สามารถสอนและนิเทศงานแก่ พยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่และ ผู้มาฝึกงานได้</p> <p>46. กระตุ้น ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผล ต่อสุขภาพ โดยเน้นการดูแลตนเอง ได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>47. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลรักษา การป้องกันโรค การให้ข้อมูลทาง สุขภาพและนโยบายทางสุขภาพแก่ ผู้ป่วยและชุมชน</p> <p>48. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เห็นถึงความสำคัญในการดูแล สุขภาพตนเองได้เมื่อกลับบ้าน</p> <p>49. สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่ ถูกต้องเมื่อจะต้องเข้ารับการผ่าตัด</p> <p>50. สามารถแนะนำการปฏิบัติตัวใน ระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด หรือ เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>37. สามารถให้คำปรึกษาแก้ไข ปัญหาการปฏิบัติงานแก่ ผู้ร่วมงาน</p> <p>38. สามารถสอนและนิเทศงาน พยาบาลใหม่ และผู้ศึกษา ดูงานได้</p> <p>39. มีทักษะพยาบาลที่เลี้ยงที่ดี</p> <p>40. มีทักษะในการให้คำปรึกษา แก่ผู้รับบริการผ่าตัดในการ ดูแลช่วยเหลือตนเอง</p> <p>41. สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวให้ความร่วมมือใน การสร้างเสริมสุขภาพของ ตนเองได้</p> <p>42. สามารถให้ข้อมูลการดูแล รักษาสุขภาพแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้</p> <p>43. สามารถสอน ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติในการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนื่อง ที่บ้านได้</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
<p>การผ่าตัด</p> <p>43. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>51. ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ</p> <p>52. ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด</p>	<p>44. สามารถสอนการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดได้</p> <p>45. สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้</p> <p>46. สามารถกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย</p>
<p>6. ด้านการจัดการความเสี่ยง</p> <p>44. สามารถค้นหาความเสี่ยง ประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>45. สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้ง</p> <p>46. มีความรู้ในเรื่องของการจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัด</p> <p>47. มีความรู้ในเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>48. มีความรู้ในเรื่องของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย</p> <p>49. สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียด ป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง</p>	<p>53. สามารถค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>54. สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้งที่ ตลอดระยะของการผ่าตัด</p> <p>55. มีความรู้ในเรื่องของการจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัด</p> <p>56. สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย</p> <p>57. สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียด ป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง</p> <p>58. สามารถป้องกันอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า และของมีคม</p> <p>59. สามารถติดตามประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้</p> <p>60. สามารถดูแลพื้นที่ภายในบริเวณห้องผ่าตัด ทางเดิน วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องใช้ไฟฟ้า ได้อย่างปลอดภัย</p>	<p>47. สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้</p> <p>48. สามารถจัดการแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดได้</p> <p>49. สามารถวางแผนควบคุมความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีกได้</p> <p>50. สามารถบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเสนอแนวทางแก้ไขเบื้องต้นได้</p> <p>51. สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อป้องกันการผิดพลาด (ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดตำแหน่ง) ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>52. สามารถจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดแต่ละชนิดได้</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
<p>50. มีความรู้ในเรื่องของการป้องกันอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด</p> <p>51. มีความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคม</p> <p>52. ประเมินผลและวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>53. ดูแลความปลอดภัยภายในพื้นที่ห้องผ่าตัด ทางเดิน วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องใช้ไฟฟ้า</p>	<p>61. สามารถจัดการกับความเสี่ยง นำผลการประเมินจากการจัดการความเสี่ยงมาวางแผนเพื่อควบคุมความเสี่ยงได้</p> <p>62. เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและวางแผนป้องกัน เช่น การติดเชื้ของแผลผ่าตัด บุคลากรถูกของมีคมที่มด้า ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้เครื่องมือ</p> <p>63. สามารถจัดระบบการดูแลความปลอดภัย ให้มีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง</p> <p>64. สามารถบันทึกและประเมินผลการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและชัดเจน</p>	<p>53. มีทักษะในการดูแลแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้</p> <p>54. สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้องปลอดภัย</p> <p>55. มีทักษะในการป้องกันอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และของมีคม</p> <p>56. สามารถประเมินความปลอดภัยภายในบริเวณพื้นที่ห้องผ่าตัด ทางเดิน ได้ครบถ้วน</p>
<p>7. ด้านการบริหารจัดการ</p> <p>54. สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานได้เหมาะสม</p> <p>55. สามารถวิเคราะห์ความต้องการการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม</p> <p>56. สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม</p> <p>57. สามารถตัดสินใจแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที</p> <p>58. คอยควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการผ่าตัด</p>	<p>65. มีทักษะในการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ไขปัญหาคือขัดแย้ง</p> <p>66. สามารถจัดสรรเรื่องเวลาและจัดระบบงานได้เหมาะสม</p> <p>67. สามารถใช้ทรัพยากรในหน่วยงานได้อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม</p> <p>68. สามารถวางแผนการผ่าตัดในแต่ละวันได้เหมาะสมกับปริมาณงานและจำนวนบุคลากร</p> <p>69. สามารถดูแลความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ให้มีเพียงพอกับปริมาณงานในแต่ละวัน</p>	<p>57. สามารถแก้ไขความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้</p> <p>58. สามารถวิเคราะห์ความต้องการในการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง</p> <p>59. สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานได้</p> <p>60. มีทักษะในการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ร่วมงานได้อย่างเหมาะสม</p> <p>61. สามารถบริหารจัดการเรื่องเวลาในการปฏิบัติงานได้</p> <p>62. สามารถจัดระบบงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
<p>59. เตรียมความพร้อมในการ จัดสิ่งของอุปกรณ์ที่ จำเป็นไว้ล่วงหน้า</p> <p>60. ประเมินภาวะเหตุการณ์และ บรรยากาศ เพื่อวางแผน แก้ไขสถานการณ์</p> <p>61. สามารถจัดสรรเวลา และการใช้วัสดุอุปกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ</p>		<p>63. สามารถใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณได้ อย่างเหมาะสม คุ่มค่า</p> <p>64. สามารถวางแผนการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ในตารางการผ่าตัดในแต่ละ วันได้</p> <p>65. สามารถตัดสินใจและแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นใน สถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่าง ถูกต้องรวดเร็ว</p>
<p>8. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>62. สามารถบันทึกและจัดเก็บ ข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย อย่างเป็นระบบใน คอมพิวเตอร์</p> <p>63. สามารถใช้เทคโนโลยี สารสนเทศและคอมพิวเตอร์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>64. สามารถใช้เทคโนโลยี สารสนเทศในการพัฒนา งานการพยาบาลผ่าตัดได้</p> <p>65. สามารถดูแลรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางเทคโนโลยี ให้มีอายุการใช้งานได้นาน</p> <p>66. สามารถใช้คอมพิวเตอร์เพื่อ ติดต่อสื่อสารได้</p>	<p>70. สามารถใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐานได้</p> <p>71. สามารถจัดเตรียมเครื่องมือและ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีการผ่าตัดได้ เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัดทาง สูตินรีเวชกรรม</p> <p>72. สามารถใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ พิเศษที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย</p> <p>73. สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใน การบันทึกข้อมูลงานการพยาบาล ผ่าตัดได้เป็นอย่างดี</p> <p>74. สามารถดูแลรักษาเครื่องมือและ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีให้มีอายุการ ใช้งานได้นาน</p> <p>75. สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการ ให้การพยาบาลในใบรายงานผ่าตัด ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน</p>	<p>66. สามารถใช้คอมพิวเตอร์ใน การสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยได้</p> <p>67. สามารถบันทึกและจัดเก็บ ข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วย อย่างเป็นระบบใน คอมพิวเตอร์ได้</p> <p>68. สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแล ผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพโดย ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ได้</p> <p>69. สามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้ จากการสืบค้นทาง คอมพิวเตอร์ มาปรับปรุง คุณภาพการพยาบาล</p> <p>70. สามารถจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ ทันสมัยสำหรับการผ่าตัดให้ พร้อมใช้ได้ครบถ้วนถูกต้อง</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
	76. สามารถใช้คอมพิวเตอร์เพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การจัดลำดับการผ่าตัด การบันทึกเวชระเบียน และการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	71. มีทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีผ่าตัดที่ทันสมัยแต่ละชนิดเป็นอย่างดี 72. สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการให้การพยาบาลในใบรายงานการผ่าตัด / เวชระเบียนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
9. ด้านการวิจัยและนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพ 67. สามารถดำเนินการวิจัย / ให้ความร่วมมือ/มีส่วนร่วมในการวิจัย 68. นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 69. วางแผนและพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกหน่วยงาน 70. สามารถประเมินผลสำเร็จของงานและนำผลมาปรับปรุงแก้ไข 71. ติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล	77. สามารถทำวิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัยได้ 78. มีความรู้เรื่องของระบบการพัฒนาคุณภาพ (QA, RM, CQI) เป็นอย่างดี 79. สามารถวางแผนและพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 80. สามารถนำผลของงานมาวางแผนจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น 81. มีความคิดสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลห้องผ่าตัด 82. ใช้ความรู้ความสามารถกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานคิดในการค้นหาปัญหาและเกิดความคิดสร้างสรรค์ 83. นำผลการวิจัยมาใช้แก้ปัญหาเพื่อพัฒนางานการพยาบาลห้องผ่าตัด	73. สามารถทำการวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานได้ 74. ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยได้อย่างเหมาะสม 75. สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเป็นรูปธรรม 76. มีทักษะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 77. สามารถเผยแพร่ผลงาน วิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จัดทำหรือประดิษฐ์ขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม	รายการที่ได้ จากการสัมภาษณ์	สรุปรายการ
		78. สามารถนำการประเมินผล สำเร็จของงานพัฒนาคุณภาพ มาปรับปรุงแก้ไขได้อย่าง ต่อเนื่อง
10. ด้านอื่น ๆ	<p>84. มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรมแต่ละราย และเทคนิคที่แตกต่างของแพทย์</p> <p>85. มีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับ กายวิภาคและสรีรวิทยาของการ ตั้งครรภ์ตลอดจนกลไกของการ คลอดและข้อบ่งชี้ของการคลอด</p> <p>86. ส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้อง เหมาะสมกับการผ่าตัดแต่ละชนิด</p> <p>87. มีความรู้เกี่ยวกับการทำความ สะอาดเครื่องมือและทำลายเชื้อได้ เหมาะสมกับชนิดของเครื่องมือและ อุปกรณ์</p>	

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือตามกรอบโครงสร้างสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ โดยการบูรณาการ หากเป็น
ข้อความที่ซ้ำกัน ผู้วิจัยคงข้อความนั้นไว้เป็นคำถาม หากมีความหมายแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้เพิ่มเติม
ข้อความนั้นในข้อคำถามให้ครอบคลุมข้อความที่ได้มาทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมและจาก
การสัมภาษณ์ ได้ทั้งหมด 78 ข้อความ

ลักษณะเครื่องมือและการสร้าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรรถนะระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษา ค้นคว้า ทบทวน แนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จากตำราวารสาร เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประมวลสรุปเป็นรายการสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 71 รายการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งมีลักษณะไม่มีโครงสร้าง โดยกำหนดกรอบในการเขียนคำสัมภาษณ์ ตามแนวคิดที่ได้จากการประมวลสรุปจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษา และปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด จำนวน 6 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลซึ่งสอนทางด้านพยาบาลผ่าตัด จำนวน 2 ท่าน ผู้ตรวจการพยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม จำนวน 1 ท่าน (ให้ท่านผู้เชี่ยวชาญตอบอย่างอิสระตามความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และการรับรู้ในเรื่องสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม)

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำมาจัดหมวดหมู่ได้รายการสมรรถนะ จำนวน 87 รายการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามปลายเปิดในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สร้างแบบสอบถามปลายปิด ผู้วิจัยนำเนื้อหาที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ มาบูรณาการปรับรายการสมรรถนะที่มีความซ้ำซ้อน สร้าง เป็นข้อคำถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ได้ข้อคำถามจำนวน 78 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและทดลองเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตาม เนื้อหาและความเที่ยง มีขั้นตอนดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจำนวน 78 ข้อ ให้อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของการใช้ภาษาและแก้ไข จากนั้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้ภาษาและให้ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุม โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ได้ข้อคำถามระดับความคิดเห็นสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 70 ข้อ

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้คือ

1. อาจารย์พยาบาล มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล มีประสบการณ์การสอนทางการบริหารการพยาบาลและการพยาบาลผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน
2. ผู้บริหารการพยาบาล มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลและเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานด้านห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน
3. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำคำตอบที่ได้มาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .98 จะเห็นว่าเครื่องมือที่มี

ค่าความเที่ยงเกิน .80 ขึ้นไปถือว่ามีความเป็นปรนัย แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ (Jacobson, 1988: 6; Burns and Grove, 1997: 327; DeVellis, 1999: 85) แสดงว่าเครื่องมือของผู้วิจัยมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปเก็บข้อมูลต่อไป หลังจากนั้นจึงนำมาหาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์เป็นรายข้อ (Corrected item total correlation) จากการหาค่าความสัมพันธ์รายข้อ (Item correlation analysis) ของแต่ละด้าน โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) ได้ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สันมากกว่า .3 ทุกข้อ ซึ่งถือว่าใช้ได้ตามเกณฑ์ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สันมากกว่า .3 (Jacobson, 1988) ดังนั้นแบบสอบถามสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมแต่ละด้าน มีข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ทุกข้อ

1.2 การกำหนดประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 200 คน จากโรงพยาบาลของรัฐ ขนาด 400 เตียงขึ้นไป และอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 แห่งที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก ได้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมจำนวน 2 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 แห่ง สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานครจำนวน 1 แห่ง สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจำนวน 2 แห่ง และสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติจำนวน 1 แห่ง และเนื่องจากจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษามีจำนวนจำกัด ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทุกคนเป็นตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือจำนวน 100-200 คน (Tabachnick & Fidell, 1983; Comrey, 1988) ในการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาดเตียง 400 เตียงขึ้นไป จำแนกตามโรงพยาบาล

สังกัด	โรงพยาบาล	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	
กระทรวงกลาโหม	1. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	20	20	
	2. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	10	10	
กระทรวงสาธารณสุข	3. โรงพยาบาลราชวิถี	50	50	
	4. โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี	25	25	
สำนักการแพทย์	5. โรงพยาบาลกลาง	20	20	
กรุงเทพมหานคร	ทบวงมหาวิทยาลัย	6. โรงพยาบาลศิริราช	40	40
		7. โรงพยาบาลรามาธิบดี	18	18
		8. โรงพยาบาลตำรวจ	17	17
รวม		200	200	

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อไปที่กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และติดต่อทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาล พร้อมแนบแบบฟอร์มแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูลและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้แก่ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปีเป็นผู้ตอบแบบสอบถามสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมเพื่อวิเคราะห์ตัวประกอบ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ติดต่อไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเองและนัดหมายเวลา

แบบสอบถามกลับคืน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2549 ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2549 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 200 ฉบับ ได้กลับคืนมาทั้งสิ้น 179 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 89.5 ของแบบสอบถามที่ส่งไป และมีความสมบูรณ์ครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้ง 179 ฉบับ

1.3 การวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis)

การวิเคราะห์ตัวประกอบ เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบตรวจคำตอบ (Check list) ผู้วิจัยนำมาแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละแล้วนำเสนอในตารางความเรียง พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมส่วนมาก มีอายุในช่วง 41-45 ปี เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.3 สถานภาพโสดมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.7 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 87.2 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน (N=179)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-25 ปี	22	12.3
26-30 ปี	33	18.4
31-35 ปี	29	16.2
36-40 ปี	17	9.5
41-45 ปี	35	19.6
46-50 ปี	27	15.1
มากกว่า 50 ปี	16	8.9
เพศ		
ชาย	3	1.7
หญิง	176	98.3
สถานภาพสมรส		
โสด	105	58.7
คู่	72	40.2
หม้าย/หย่า/แยก	2	1.1
การศึกษา		
อนุปริญญา	1	0.6
ปริญญาตรี	156	87.1
ปริญญาโท	22	12.3
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	50	27.9
6-10 ปี	41	22.9
11-15 ปี	30	16.8
16-20 ปี	19	10.6
21-25 ปี	16	8.9
มากกว่า 25 ปี	23	12.9

2. แบบสอบถามตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 คำนวณค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) แสดงออกในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ พร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของเมตริกสหสัมพันธ์

3.2 นำตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ไปสกัดตัวประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component factor analysis)

3.3 หมุนแกนตัวประกอบหลักแบบออร์โธกอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) ผู้วิจัยพิจารณาตัวประกอบตามเกณฑ์น้ำหนักที่ว่า ตัวประกอบสำคัญนั้นต้องมีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นๆ ตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป โดยในแต่ละตัวแปรต้องมีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .40 ขึ้นไป (Tabachnick and Fidell, 1983)

3.4 นำผลการวิเคราะห์ตัวประกอบไปแปลผล และกำหนดชื่อตัวชี้วัดใหม่ให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวแปรที่ได้มาจากการวิเคราะห์ตัวประกอบ

3.5 นำผลที่ได้มาเสนอในรูปแบบของตารางและความเรียง ได้สมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 8 ตัวประกอบ 61 ตัวแปร คือ 1) ตัวประกอบสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด จำนวน 12 ตัวแปร 2) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 14 ตัวแปร 3) ตัวประกอบสมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 8 ตัวแปร 4) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 6 ตัวแปร 5) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 4 ตัวแปร 6) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 4 ตัวแปร 7) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 4 ตัวแปร และ 8) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ จำนวน 9 ตัวแปร

3.6 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมทั้งรายด้านและโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรม รายด้านและโดยรวม

สมรรถนะของพยาบาลประจำการ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม	ค่าความเที่ยง (α) จากแบบสอบถามในการวิเคราะห์ตัวประกอบ (N=179)
1. เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด	.96
2. การสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล	.95
3. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม	.90
4. การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม	.90
5. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด	.90
6. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม	.88
7. การประสานงานและมนุษยสัมพันธ์	.90
8. การบริหารจัดการ	.92
โดยรวม	.98

2. การศึกษาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

2.1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน

นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวประกอบ มาจัดทำเป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66 คน จากโรงพยาบาลของรัฐ ขนาด 400 เตียงขึ้นไป และอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง ที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง กลาโหมจำนวน 1 แห่ง และสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง และเนื่องจากจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษามีจำนวนจำกัด ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทุกคนเป็นตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาด 400 เตียงขึ้นไป เขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามโรงพยาบาล

สังกัด	โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
กระทรวงกลาโหม	1. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	10	10
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร	2. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	17	17
	3. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	19	19
	4. โรงพยาบาลตากสิน	20	20
	รวม	66	66

นำตัวประกอบและรายการสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่ได้ไปสร้างเป็นแบบสอบถาม 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมด้วยตนเอง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยพยาบาลผู้ร่วมงาน

แบบสอบถามแต่ละชุด มี 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบตรวจคำตอบ (Check list) ผู้วิจัยนำมาแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละแล้วนำเสนอในตารางความเรียง พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการประเมินแบบประเมินสมรรถนะ ส่วนมากมีอายุในช่วงมากกว่า 50 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการประเมินแบบประเมินสมรรถนะ ส่วนมากมีอายุในช่วง 26-30 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด สถานภาพโสดมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 95.2 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 ดังแสดงในตารางที่ 6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
 สูตินรีเวชกรรม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การ
 ปฏิบัติงาน (N=66)

สถานภาพส่วนบุคคล	หัวหน้า (n ₁ =4)		พยาบาลประจำการ (n ₂ =62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
21-25 ปี	-	-	2	3.2
26-30 ปี	-	-	18	29.0
31-35 ปี	-	-	14	22.6
36-40 ปี	-	-	9	14.5
41-45 ปี	1	20.0	11	17.7
46-50 ปี	1	20.0	5	8.1
> 50 ปี	3	60.0	3	4.9
เพศ				
หญิง	5	100	62	100
สถานภาพสมรส				
โสด	1	20.0	31	50.0
คู่	3	60.0	30	48.4
หม้าย/หย่า/แยก	1	20.0	1	1.6
การศึกษา				
อนุปริญญา	-	-	2	3.2
ปริญญาตรี	5	100	59	95.2
ปริญญาโท	-	-	1	1.6
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน				
1-5 ปี	1	20.0	10	16.1
6-10 ปี	2	40.0	26	41.9
11-15 ปี	-	-	5	8.1
16-20 ปี	-	-	10	16.1
21-25 ปี	1	20.0	5	8.1
> 25 ปี	1	20.0	6	9.7

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการ
ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มีองค์ประกอบและข้อรายการที่เหมือนกัน
ต่างกันที่ผู้ประเมิน เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale)
5 ระดับ มีทั้งหมด 8 องค์ประกอบ 61 รายการ และมีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อรายการ
ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรมด้วยตนเอง

คะแนน 5 หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มากที่สุด
คะแนน 4 หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มาก
คะแนน 3 หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้ปานกลาง
คะแนน 2 หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อย
คะแนน 1 หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อยมาก

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรมโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด

คะแนน 5 หมายถึง	พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง พฤติกรรมนี้มากที่สุด
คะแนน 4 หมายถึง	พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง พฤติกรรมนี้มาก
คะแนน 3 หมายถึง	พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง พฤติกรรมนี้ปานกลาง
คะแนน 2 หมายถึง	พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง พฤติกรรมนี้น้อย
คะแนน 1 หมายถึง	พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง พฤติกรรมนี้น้อยมาก

แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรมโดยพยาบาลผู้ร่วมงาน

- คะแนน 5 หมายถึง พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง
พฤติกรรมนี้มากที่สุด
- คะแนน 4 หมายถึง พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการ
แสดงพฤติกรรมนี้มาก
- คะแนน 3 หมายถึง พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง
พฤติกรรมนี้ปานกลาง
- คะแนน 2 หมายถึง พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง
พฤติกรรมนี้น้อย
- คะแนน 1 หมายถึง พยาบาลประจำการผู้ถูกประเมินมีความสามารถในการแสดง
พฤติกรรมนี้น้อยมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง มี
ขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อไปที่กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อ
ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และติดต่อทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทำวิจัยจาก
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่างในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอความ
ร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาล พร้อมแนบแบบฟอร์มแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูลและคุณสมบัติ
ของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้แก่ พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมและพยาบาลประจำการ
ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปีเป็นผู้ตอบ
แบบสอบถาม หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ติดต่อไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเก็บข้อมูลด้วย
ตนเองและนัดหมายเวลารับแบบสอบถามกลับคืน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์
ตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2549 ถึงวันที่ 5 เมษายน 2549 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้ง 3 ชุด
จำนวน 248 ฉบับ ได้กลับคืนมาทั้งหมด 248 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่ส่งไป
และมีความสมบูรณ์ครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้ง 248 ฉบับ

2.2 การวิเคราะห์คุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

นำผลที่ได้จากการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยใช้แนวคิดการประเมิน 360 องศา แบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน (ณรงควิทย์ แสนทอง, 2546: 271) จากการประเมินตนเองโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมด้วยตนเอง การประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด และการประเมินโดยพยาบาลประจำการผู้ร่วมงาน โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยผู้ร่วมงาน ในอัตราส่วนพยาบาลประจำการ : หัวหน้าห้องผ่าตัด : ผู้ร่วมงาน = 1 : 1 : 2 มาหาค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการประเมินตนเอง จากการประเมินโดยหัวหน้า และจากการประเมินโดยผู้ร่วมงาน แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน (ประคอง กรรณสูต, 2542: 73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	หมายถึง พยาบาลประจำการมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุมากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง พยาบาลประจำการมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุมาก
2.50-3.49	หมายถึง พยาบาลประจำการมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง พยาบาลประจำการมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุน้อย
1.00-1.49	หมายถึง พยาบาลประจำการมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุน้อยที่สุด

วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินแต่ละชุดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลค่าแอลฟาที่ยอมรับได้ (DeVellis, 1999: 85) ดังนี้ คือ

- ค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง .65-.7 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับต่ำ
- ค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง .7-.8 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้
- ค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง .8-.9 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก
- ค่าแอลฟามากกว่า .9 ขึ้นไป ควรพิจารณาข้อคำถามใหม่ เนื่องจากอาจมีความซ้ำซ้อนของข้อคำถามได้

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคะแนนสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
 สูตินรีเวชกรรม ระหว่างกลุ่มผู้ประเมิน 3 กลุ่ม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
 (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้ความหมายของ
 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2545: 437) ดังนี้ คือ

1. ค่า r เป็นลบ แสดงว่าตัวแปร X และ Y มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรง
 ข้าม คือถ้า X เพิ่ม Y จะลด แต่ถ้า X ลด Y จะเพิ่ม
2. ค่า r เป็นบวก แสดงว่าตัวแปร X และ Y มีความสัมพันธ์ในทิศทาง
 เดียวกัน คือถ้า X เพิ่ม Y จะเพิ่มด้วย แต่ถ้า X ลด Y จะลดด้วย
3. ถ้า r มีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึงตัวแปร X และ Y สัมพันธ์ในทิศทาง
 เดียวกันและมีความสัมพันธ์กันมาก
4. ถ้า r มีค่าเข้าใกล้ -1 หมายถึงตัวแปร X และ Y สัมพันธ์ในทิศทาง
 ตรงกันข้ามและมีความสัมพันธ์กันมาก
5. ถ้า $r = 0$ แสดงว่าตัวแปร X และ Y ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย
6. ถ้า r เข้าใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปร X และ Y มีความสัมพันธ์กันน้อย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการ
ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- ตอนที่ 1 ผลการศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรม
- ตอนที่ 2 ผลการศึกษาคูณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการ
ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ประเมินโดยตนเอง โดยหัวหน้า และ
ผู้ร่วมงาน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม (ตารางที่ 7 ถึง 16)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 70 ข้อ ไปวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 70 ข้อ ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) ขนาด 70x70 เมื่อพิจารณาจากตาราง KMO and Bartlett's Test พบว่า ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin = .920 (ตารางที่ 18 ในภาคผนวก ง) มากกว่า .5 และเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวประกอบ (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2544: 270; ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ, 2543: 142) และจาก Bartlett's Test of Sphericity ซึ่งเป็นการทดสอบสมมติฐานว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ ได้ค่า Significance = .00 (ตารางที่ 18 ในภาคผนวก ง) ซึ่งน้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าตัวแปรต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2544: 270) นั่นคือ เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ได้ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ แสดงว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน จึงใช้ตัวแปรในการวิเคราะห์ตัวประกอบได้ทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์ตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component factor analysis) และหมุนแกนตัวประกอบแบบออร์ทอกอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) แล้ว ได้ตัวประกอบที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กัน และมีอิสระต่อกัน จำนวน 10 ตัวประกอบ และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าตัวประกอบสำคัญต้องมีค่าไอเกน (Eigen Values) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป ซึ่งตัวแปรแต่ละตัวจะต้องมีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .40 ขึ้นไป (Hair et al, 1995: 385)

ในการพิจารณาค่าน้ำหนักตัวประกอบนั้น ผู้วิจัยพิจารณาที่ละองค์โดยเลือกน้ำหนักตัวประกอบที่มีค่าตั้งแต่ .40 ไว้ หลังจากนั้นพิจารณาเป็นรายตัวแปร (ตารางที่ 19 ในภาคผนวก ง) ถ้าตัวแปรแต่ละตัวมีค่าน้ำหนักตัวประกอบ .40 ขึ้นไปอยู่บนตัวประกอบหลายตัว ใช้วิธีเลือกค่าน้ำหนักที่สูงสุดบนตัวประกอบนั้น และถ้ามีตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักสูงใกล้เคียงกันบนตัวประกอบมากกว่า 1 ตัวแปร ผู้วิจัยพิจารณาจากเนื้อหาในกลุ่มตัวแปรที่อยู่ในตัวประกอบนั้นเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเลือกตัวแปร และพบว่าตัวประกอบที่ 9 แม้จะมีค่าไอเกน 1.170 และตัวแปรมีค่าน้ำหนักตัวประกอบมากกว่า .40 แต่มีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นเพียง 2 ตัวแปรได้แก่ตัวแปรที่ 62 และ 63 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องมี 3 ตัวแปร จึงตัดตัวประกอบที่ 9 ออกไป ส่วนตัวประกอบที่ 10 ถึงแม้มีค่าไอเกน 1.059 แต่ไม่มีตัวแปรที่มีน้ำหนักตัวประกอบมากกว่า .40 จึงตัดตัวประกอบที่ 10 ออก เหลือตัวแปรจำนวน 61 ข้อ นำมาหมุนแกนตัวประกอบอีกครั้งหนึ่ง ได้ตัวประกอบที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กันและมีอิสระต่อกันจำนวน 8 ตัวประกอบ ที่มีน้ำหนัก

ตัวประกอบมากกว่า .40 และมีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 มีจำนวนตัวแปร 61 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 71.48 มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย ดังแสดงในตารางที่ 8 ถึง 17 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสำคัญของตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1	45	สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อป้องกันการผิดพลาดได้อย่างถูกต้อง เช่น การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง	4.77	.46	มากที่สุด
2	48	สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ของมีคมและของใช้ไฟฟ้าได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ	4.72	.48	มากที่สุด
3	47	สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย	4.68	.49	มากที่สุด
4	46	สามารถจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดแต่ละชนิดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย	4.68	.50	มากที่สุด
5	12	สามารถประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วย/มารดา และทารกจากการผ่าตัดคลอด เพื่อเตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสม	4.67	.52	มากที่สุด
6	10	สามารถรักษาพื้นที่บริเวณผ่าตัดของผู้ป่วยให้มีสภาวะปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด	4.66	.55	มากที่สุด
7	27	สามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.63	.50	มากที่สุด
8	16	สามารถตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติได้เป็นอย่างดี	4.63	.54	มากที่สุด
9	13	สามารถจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย/มารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอด ได้อย่างเหมาะสม	4.63	.58	มากที่สุด

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
10	23	สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัด	4.59	.55	มากที่สุด
11	24	ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน	4.58	.54	มากที่สุด
12	22	สามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็น บุคคลของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	4.58	.54	มากที่สุด
13	1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	4.58	.57	มากที่สุด
14	53	สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว	4.57	.56	มากที่สุด
15	26	ปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยทั้ง ขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว	4.55	.56	มากที่สุด
16	41	สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลัง ผ่าตัดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	4.54	.61	มากที่สุด
17	8	สามารถบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้ ตลอดเวลา	4.53	.55	มากที่สุด
18	43	สามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการป้องกันและ แก้ไขความเสี่ยงได้อย่างเคร่งครัด	4.53	.59	มากที่สุด
19	25	ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	4.53	.63	มากที่สุด
20	49	สามารถประเมินความปลอดภัยภายในบริเวณ พื้นที่ห้องผ่าตัด ทางเดิน ได้ครบถ้วนถูกต้อง	4.49	.63	มาก
21	14	สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้น คืนชีพ ไว้ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	4.48	.69	มาก
22	30	สามารถสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีมสุขภาพ ให้การ ผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น	4.46	.59	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
23	33	มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ร่วมงาน	4.46	.62	มาก
24	11	สามารถติดตามและประเมินผลผู้ป่วยในระยะ ผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมตาม มาตรฐานวิชาชีพ	4.45	.61	มาก
25	44	สามารถวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงและ เสนอแนะแนวทางแก้ไขเบื้องต้นได้ถูกต้องและชัดเจน	4.45	.62	มาก
26	15	สามารถใช้อุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	4.45	.73	มาก
27	64	สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการให้การ พยาบาลในใบรายงานการผ่าตัด/เวชระเบียน ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	4.44	.63	มาก
28	17	สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วย/มารดา และทารกโดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	4.44	.64	มาก
29	42	สามารถวางแผนควบคุมความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีก ได้อย่างเหมาะสม	4.44	.70	มาก
30	32	สามารถประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ช่องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดี	4.42	.62	มาก
31	28	สามารถใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการและ ไม่เป็นทางการได้เป็นอย่างดีเหมาะสม	4.39	.70	มาก
33	37	สามารถให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วย ผ่าตัดและญาติได้อย่างถูกต้อง	4.38	.61	มาก
32	34	มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีความชัดเจน	4.38	.67	มาก
35	55	สามารถจัดระบบการทำงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพเหมาะสมกับปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติ	4.37	.63	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
36	19	สามารถให้ข้อมูลสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับแก่ผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสมถูกต้อง	4.37	.65	มาก
34	54	สามารถใช้ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหา ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.37	.67	มาก
37	36	สามารถให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติ งานแก่ผู้ร่วมงานการพยาบาลผ่าตัดได้	4.36	.60	มาก
38	20	สามารถให้ข้อมูลการให้บริการและแนวทางการ รักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	4.35	.62	มาก
39	38	สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ครบถ้วน	4.35	.65	มาก
40	35	มีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็น ของผู้อื่น	4.35	.66	มาก
41	52	สามารถจัดการกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆที่ เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่าง	4.34	.61	มาก
42	31	สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจใน แผนการรักษาได้เป็นอย่างดี เหมาะสม	4.34	.64	มาก
43	51	สามารถแก้ไขความขัดแย้งต่างๆที่เกิดขึ้นใน หน่วยงานได้อย่างเหมาะสม	4.33	.58	มาก
44	21	สามารถให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษา ได้อย่างเหมาะสม	4.29	.76	มาก
45	57	สามารถใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือและ งบประมาณได้อย่างเหมาะสม คุ่มค่า	4.28	.71	มาก
46	56	สามารถรวมวิเคราะห์ความต้องการในการใช้ ทรัพยากรของหน่วยงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	4.25	.69	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
47	50	สามารถติดตามสอบถามแผนจัดการความเสี่ยง ในแต่ละเรื่องได้ถูกต้อง	4.25	.71	มาก
48	18	สามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัยต่อ ผู้ป่วยมารดาและทารกขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ	4.25	.96	มาก
49	70	สามารถนำผลการประเมินผลสำเร็จของงานมา ปรับปรุงแก้ไขเพื่อการพัฒนาคุณภาพได้อย่าง ต่อเนื่อง	4.24	.78	มาก
50	39	สามารถให้คำแนะนำและเป็นพี่ที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนื่อง ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม	4.18	.76	มาก
51	29	สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี	4.16	.77	มาก
52	59	สามารถบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดของ ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเป็นระบบในคอมพิวเตอร์	4.14	.79	มาก
53	67	สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุง คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่าง เป็นรูปธรรม	4.09	.81	มาก
54	66	สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อมี ผู้ทำการวิจัยได้อย่างเหมาะสม	4.07	.79	มาก
55	40	สามารถกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ เหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย แต่ละราย	4.06	.84	มาก
56	58	สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูลของ ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	4.04	.82	มาก
58	69	มีทักษะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ที่เป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	4.04	.86	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
57	61	สามารถประมวลความรู้ที่ได้จากการสืบค้นทาง คอมพิวเตอร์มาปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการ	4.04	.87	มาก
59	65	สามารถทำการวิจัยหรือร่วมทำวิจัยเพื่อการ พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดใน หน่วยงานได้	4.03	.79	มาก
60	60	สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงานและทีมสุขภาพโดยผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ได้	3.99	.86	มาก
61	68	สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้ จัดทำในวารสารหรือการประชุมวิชาการได้	3.93	.87	มาก

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรม ทั้ง 61 ตัว มีระดับความสำคัญอยู่ระหว่างมากที่สุดถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง
3.93 - 4.77 เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด 19 ตัวแปร และเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมาก
42 ตัวแปร ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ตัวแปรที่ 45 สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัด
เพื่อป้องกันการผิดพลาดได้อย่างถูกต้อง เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง ซึ่งมี
ค่าเฉลี่ย 4.77 รองลงมาคือ ตัวแปรที่ 48 สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ของมีคมและของใช้ไฟฟ้าได้
อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.72 และ ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ตัวแปร
ที่ 68 สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จัดทำในวารสารหรือการประชุมวิชาการได้ ซึ่ง
มีค่าเฉลี่ย 3.93

ตารางที่ 8 ค่าไอเกน (Eigen Value) ร้อยละของความแปรปรวน (% of variance) และร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative %) ในแต่ละตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม

ตัวประกอบที่	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1	9.824	16.10	16.10
2	7.788	12.76	28.87
3	5.543	9.08	37.96
4	4.509	7.39	45.35
5	4.273	7.00	52.35
6	4.193	6.87	59.22
7	4.159	6.81	66.04
8	3.315	5.43	71.48

จากตารางที่ 8 ค่าไอเกน ร้อยละและร้อยละสะสมของความแปรปรวนของตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม หลังการสกัดตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก หมุนแกนแบบอโรทอนอลด้วยวิธีแวกซ์ ได้ตัวประกอบ จำนวน 8 ตัวประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไปโดยแต่ละตัวแปรต้องมีน้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading) ตั้งแต่ .40 ขึ้นไป โดยเรียงลำดับตามค่าไอเกน และร้อยละของความแปรปรวนจากมากไปหาน้อย ซึ่งแต่ละตัวประกอบมีค่าไอเกน 3.315–9.824 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.43–16.10 และทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนได้รวมกันร้อยละ 71.48

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ตัวประกอบที่ 1 เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมทางการแพทย์ผ่าตัด

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	68	สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จัดทำในวารสาร หรือการประชุมวิชาการได้	.838
2	65	สามารถทำการวิจัยหรือร่วมทำวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานได้	.831
3	67	สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างเป็นรูปธรรม	.821
4	66	สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อมีผู้ทำการวิจัยได้ อย่างเหมาะสม	.789
5	61	สามารถประมวลความรู้ที่ได้จากการสืบค้นทางคอมพิวเตอร์มา ปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	.771
6	69	มีทักษะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	.747
7	58	สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	.739
8	60	สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานและทีมสุขภาพ โดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ได้	.725
9	59	สามารถบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้องเป็นระบบในคอมพิวเตอร์	.707
10	70	สามารถนำผลการประเมินผลสำเร็จของงานมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง	.641
11	64	สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการให้การพยาบาลในใบรายงาน การผ่าตัด /เวชระเบียนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	.487
12	50	สามารถติดตามสอบถามแผนจัดการความเสี่ยงในแต่ละเรื่องได้ ถูกต้อง	.456

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 9.82

จากตารางที่ 9 ตัวประกอบที่ 1 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 12 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .456 - .838 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 68 สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จัดทำในวารสารหรือการประชุมวิชาการได้ (.838) ตัวแปรที่ 65 สามารถทำการวิจัยหรือร่วมทำวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานได้ (.831) ตัวแปรที่ 67 สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างเป็นรูปธรรม (.821) ตัวแปรที่ 66 สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อมีผู้ทำการวิจัยได้อย่างเหมาะสม (.789) ตัวแปรที่ 61 สามารถประมวลความรู้ที่ได้จากการสืบค้นทางคอมพิวเตอร์มาปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (.771) ตัวแปรที่ 69 มีทักษะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด (.747) ตัวแปรที่ 58 สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (.739) ตัวแปรที่ 60 สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานและทีมสุขภาพโดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ได้ (.725) ตัวแปรที่ 59 สามารถบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเป็นระบบในคอมพิวเตอร์ (.707) ตัวแปรที่ 70 สามารถนำผลการประเมินผลสำเร็จของงานมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง (.641) ตัวแปรที่ 64 สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการให้พยาบาลในใบรายงานการผ่าตัด / เวชระเบียนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (.487) และตัวแปรที่ 50 สามารถติดตามสอบถามแผนจัดการความเสี่ยงในแต่ละเรื่องได้ถูกต้อง (.456)

ตัวประกอบที่ 1 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 9.82 คิดเป็นร้อยละ 16.10 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงเทคโนโลยีและการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ตัวประกอบที่ 2 การสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	24	ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน	.794
2	23	สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัด	.743
3	25	ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเชื่อ ศาสนา และ วัฒนธรรมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	.712
4	22	สามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมเช่น ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น	.701
5	26	ปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยทั้งขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว	.700
6	27	สามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพ	.649
7	30	สามารถสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีมสุขภาพ ให้การผ่าตัดดำเนินไป อย่างราบรื่น	.573
8	28	สามารถใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการได้อย่าง เหมาะสม	.548
9	19	สามารถให้ข้อมูลสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง	.539
10	20	สามารถให้ข้อมูลการให้บริการและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม	.533
11	31	สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในแผนการรักษาได้ เป็นอย่างดี	.523
12	21	สามารถให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษาได้อย่าง เหมาะสม	.498
13	29	สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี	.497
14	34	มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	.415

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 7.78

จากตารางที่ 10 ตัวประกอบที่ 2 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 14 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .415 - .794 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 24 ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน (.794) ตัวแปรที่ 23 สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัด (.743) ตัวแปรที่ 25 ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (.712) ตัวแปรที่ 22 สามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น(.701) ตัวแปรที่ 26 ปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยทั้งขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว(.700) ตัวแปรที่ 27 สามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (.649) ตัวแปรที่ 30 สามารถสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีมสุขภาพ ให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น (.573) ตัวแปรที่ 28 สามารถใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม (.548) ตัวแปรที่ 19 สามารถให้ข้อมูลสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง (.539) ตัวแปรที่ 20 สามารถให้ข้อมูลการให้บริการและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (.533) ตัวแปรที่ 31 สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี (.523) ตัวแปรที่ 21 สามารถให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (.498) ตัวแปรที่ 29 สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี (.497) และตัวแปรที่ 34 มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและมีความชัดเจน (.415)

ตัวประกอบที่ 2 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 7.78 คิดเป็นร้อยละ 12.76 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงการสื่อสารและการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านการสื่อสารและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

ตารางที่ 11 ตัวประกอบที่ 3 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	15	สามารถใช้อุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	.826
2	14	สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้า ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	.807
3	18	สามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัยต่อผู้ป่วยมารดา และทารกขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ	.768
4	13	สามารถจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย มารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอด	.754
5	17	สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วยมารดาและทารกโดย ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	.692
6	12	สามารถประเมินภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมารดาและทารกจากการ ผ่าตัดคลอดเพื่อเตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสม	.676
7	16	สามารถตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติได้ เป็นอย่างดี	.530
8	11	สามารถติดตามและประเมินผลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ	.422

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 5.54

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 11 ตัวประกอบที่ 3 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 8 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .422 - .826 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 15 สามารถใช้อุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (.826) ตัวแปรที่ 14 สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (.807) ตัวแปรที่ 18 สามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัยต่อผู้ป่วยมารดาและทารกขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (.768) ตัวแปรที่ 13 สามารถจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยมารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอด (.754) ตัวแปรที่ 17 สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วยมารดาและทารกโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (.692) ตัวแปรที่ 12 สามารถประเมินภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอดเพื่อเตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสม (.676) ตัวแปรที่ 16 สามารถตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติได้เป็นอย่างดี (.530) และตัวแปรที่ 11 สามารถติดตามและประเมินผลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ (.422)

ตัวประกอบที่ 3 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 5.54 คิดเป็นร้อยละ 9.08 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดในภาวะวิกฤติ จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูติเวชกรรม

ตารางที่ 12 ตัวประกอบที่ 4 การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	41	สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัด ในระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน	.690
2	1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และ จิตวิญญาณ	.627
3	43	สามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง ต่างๆ ได้อย่างเคร่งครัด	.615
4	42	สามารถวางแผนควบคุมความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีกได้อย่างเหมาะสม	.608
5	44	สามารถวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเสนอแนะแนวทาง แก้ไขเบื้องต้นได้ถูกต้องและชัดเจน	.547
6	45	สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อป้องกันการผิดพลาด ได้อย่างถูกต้อง เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง	.534
ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 4.50			

จากตารางที่ 12 ตัวประกอบที่ 4 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 6 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .534 - .690 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 41 สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (.690) ตัวแปรที่ 1 สามารถประเมินผู้ป่วย ได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (.627) ตัวแปรที่ 43 สามารถปฏิบัติตาม แผนการจัดการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างเคร่งครัด (.615) ตัวแปรที่ 42 สามารถวางแผนควบคุมความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีกได้อย่างเหมาะสม (.608) ตัวแปรที่ 44 สามารถวิเคราะห์ คุบติการณ์ความเสี่ยงและเสนอแนะแนวทางแก้ไขเบื้องต้นได้ถูกต้องและชัดเจน (.547) และ ตัวแปรที่ 45 สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อป้องกันการผิดพลาดได้อย่างถูกต้อง เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง (.534)

ตัวประกอบที่ 4 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 4.50 คิดเป็นร้อยละ 7.39 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงแนวทางและหลักการ ในการบริหารความเสี่ยง จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านการบริหารความเสี่ยงใน ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ตัวประกอบที่ 5 การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	48	สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคมและของใช้ไฟฟ้าได้อย่าง ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ	.792
2	47	สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย	.760
3	46	สามารถจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดแต่ละชนิดได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย	.718
4	49	สามารถประเมินความปลอดภัยภายในบริเวณพื้นที่ห้องผ่าตัด ทางเดินได้ครบถ้วนถูกต้อง	.704

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 4.27

จากตารางที่ 13 ตัวประกอบที่ 5 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 4 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .704 - .792 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 48 สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคมและของใช้ไฟฟ้าได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ (.792) ตัวแปรที่ 47 สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย (.760) ตัวแปรที่ 46 สามารถจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดแต่ละชนิดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย (.718) และตัวแปรที่ 49 สามารถประเมินความปลอดภัยภายในบริเวณพื้นที่ห้องผ่าตัด ทางเดินได้ครบถ้วนถูกต้อง (.704)

ตัวประกอบที่ 5 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 4.27 คิดเป็นร้อยละ 7.00 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงแนวทางในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด

ตารางที่ 14 ตัวประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	39	สามารถให้คำแนะนำและเป็นที่ยอมรับแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนืองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม	.775
2	40	สามารถกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคม และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย	.647
3	38	สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ครบถ้วน	.567
4	37	สามารถให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยผ่าตัดและญาติได้ อย่างถูกต้อง	.522

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 4.19

จากตารางที่ 14 ตัวประกอบที่ 6 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 4 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .522 - .775 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 39 สามารถให้คำแนะนำและเป็นที่ยอมรับแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนืองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (.775) ตัวแปรที่ 40 สามารถกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย (.647) ตัวแปรที่ 38 สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ครบถ้วน (.567) และตัวแปรที่ 37 สามารถให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยผ่าตัดและญาติได้อย่างถูกต้อง (.522)

ตัวประกอบที่ 6 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 4.19 คิดเป็นร้อยละ 6.87 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงการให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

ตารางที่ 15 ตัวประกอบที่ 7 การประสานงานและมนุษยสัมพันธ์

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	33	มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน	.659
2	32	สามารถประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดี	.618
3	35	มีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น	.601
4	36	สามารถให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงาน การพยาบาลผ่าตัดได้	.595

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 4.15

จากตารางที่ 15 ตัวประกอบที่ 7 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 4 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .595 - .659 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 33 มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน (.659) ตัวแปรที่ 32 สามารถประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดี (.618) ตัวแปรที่ 35 มีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น (.601) และตัวแปรที่ 36 สามารถให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงานการพยาบาลผ่าตัดได้ (.595)

ตัวประกอบที่ 7 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 4.15 คิดเป็นร้อยละ 6.81 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงความสามารถในการประสานงานระหว่างผู้ร่วมงานเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์

ตารางที่ 16 ตัวประกอบที่ 8 การบริหารจัดการ

ลำดับ ที่	ตัวแปร ที่	รายการตัวแปรย่อย	น้ำหนัก ตัวประกอบ
1	55	สามารถจัดระบบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม กับปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติ	.581
2	10	สามารถรักษาพื้นที่บริเวณผ่าตัดของผู้ป่วยให้มีสภาวะปลอดภัย ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด	.536
3	52	สามารถจัดการกับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในขณะที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม	.513
4	51	สามารถแก้ไขความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้ อย่างเหมาะสม	.505
5	54	สามารถใช้ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	.487
6	8	สามารถบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา	.471
7	56	สามารถร่วมวิเคราะห์ความต้องการในการใช้ทรัพยากรของ หน่วยงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	.459
8	53	สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว	.446
9	57	สามารถใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณได้อย่าง เหมาะสม คุ่มค่า	.409

ค่าความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ = 3.31

จากตารางที่ 16 ตัวประกอบที่ 8 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 9 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวประกอบ ตั้งแต่ .409 - .581 ประกอบด้วยตัวแปรที่เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบที่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คือตัวแปรที่ 55 สามารถจัดระบบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติ (.581) ตัวแปรที่ 10 สามารถรักษาพื้นที่บริเวณผ่าตัดของผู้ป่วยให้มีสภาวะปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด (.536) ตัวแปรที่ 52 สามารถจัดการกับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม (.513) ตัวแปรที่ 51 สามารถแก้ไขความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม (.505) ตัวแปรที่ 54 สามารถใช้ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (.487) ตัวแปรที่ 8 สามารถบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา (.471) ตัวแปรที่ 56 สามารถร่วมวิเคราะห์ความต้องการในการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (.459) ตัวแปรที่ 53 สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว (.446) และตัวแปรที่ 57 สามารถใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณได้อย่างเหมาะสม คุ่มค่า (.409)

ตัวประกอบที่ 8 เป็นแหล่งของความแปรปรวนรวมของตัวประกอบ 3.31 คิดเป็นร้อยละ 5.43 ของความแปรปรวนทั้งหมด จะเห็นว่ากลุ่มตัวแปรส่วนใหญ่อธิบายถึงความสามารถในการจัดสรรทรัพยากร และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงาน จึงตั้งชื่อให้เหมาะสมว่า ตัวประกอบด้านการบริหารจัดการ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรม ที่ประเมินโดยตนเอง โดยหัวหน้าและผู้ร่วมงาน (ตารางที่ 17 ถึง 19)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้อง
ผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ได้จากการประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม
และ ประเมินโดยพยาบาลประจำการผู้ร่วมงาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

สมรรถนะของพยาบาล ประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม	ประเมินโดยตนเอง (N=62)			ประเมินโดยหัวหน้า (N=62)			ประเมินโดย ผู้ร่วมงาน (N=62)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การดูแลความปลอดภัย ของผู้ป่วยผ่าตัด	4.49	.53	มาก	4.22	.61	มาก	4.36	.44	มาก
2. การสื่อสารและจริยธรรม วิชาชีพการพยาบาล	4.25	.41	มาก	3.95	.34	มาก	4.21	.39	มาก
3. การประสานงานและ มนุษยสัมพันธ์	4.09	.49	มาก	3.75	.51	มาก	4.15	.43	มาก
4. การส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยผ่าตัดทาง สูตินรีเวชกรรม	4.06	.53	มาก	3.75	.76	มาก	4.15	.43	มาก
5. การบริหารความเสี่ยงใน ห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม	4.02	.53	มาก	3.69	.42	มาก	4.09	.45	มาก
6. การบริหารจัดการ	3.96	.50	มาก	3.39	.57	ปาน กลาง	3.97	.51	มาก
7. เทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรมการ พยาบาลผ่าตัด	3.71	.53	มาก	2.82	.80	ปาน กลาง	3.82	.44	มาก
8. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยผ่าตัดทาง สูตินรีเวชกรรม	3.70	.67	มาก	3.26	.75	ปาน กลาง	3.78	.50	มาก
โดยรวม	4.03	.42	มาก	3.61	.42	มาก	4.05	.40	มาก

จากตารางที่ 17 จากการประเมินตนเองของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.70-4.49 แสดงว่าผู้ตอบแบบสำรวจมีความเห็นว่า ตนเองมีสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยเฉลี่ยในระดับมาก

จากการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.82-4.22 แสดงว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมมีความเห็นว่าพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชาสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยเฉลี่ยตั้งแต่ปานกลางถึงมาก

และจากการประเมินโดยพยาบาลประจำการผู้ร่วมงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.78-4.36 แสดงว่าพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมมีความเห็นว่าพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ร่วมงานมีสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยเฉลี่ยในระดับมาก

แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จากการประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และประเมินโดยพยาบาลประจำการผู้ร่วมงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.61-4.05)

ตารางที่ 18 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
สูตินรีเวชกรรม ทั้งรายด้านและโดยรวม แยกตามกลุ่มผู้ประเมิน

สมรรถนะของพยาบาลประจำการ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม	ค่าความเที่ยง (α) จากแบบประเมินสมรรถนะ		
	หัวหน้า	ตนเอง	ผู้ร่วมงาน
1. เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม การพยาบาลผ่าตัด	.93	.88	.92
2. การสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล	.86	.91	.94
3. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทาง สูตินรีเวชกรรม	.94	.94	.93
4. การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม	.76	.90	.89
5. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด	.84	.92	.87
6. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทาง สูตินรีเวชกรรม	.95	.89	.87
7. การประสานงานและมนุษยสัมพันธ์	.78	.84	.85
8. การบริหารจัดการ	.87	.92	.94
โดยรวม	.95	.97	.98

จากตารางที่ 18 ค่าความเที่ยงของแบบการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการ
ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ทั้งรายด้านและโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง .8-.9 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก
(DeVellis, 1999: 85) แสดงว่า แบบประเมินสมรรถนะเหมาะที่จะนำมาใช้ในการประเมิน
สมรรถนะ ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ที่ประเมินโดยตนเอง โดยหัวหน้า และโดยพยาบาลผู้ร่วมงาน (N=62)

สมรรถนะของพยาบาลประจำการ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างแบบการประเมิน		
	ตนเอง	ตนเอง	หัวหน้า
	กับหัวหน้า	กับผู้ร่วมงาน	กับผู้ร่วมงาน
1. การดูแลความปลอดภัยของ ผู้ป่วยผ่าตัด	.138	.207	.232
2. การสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพ การพยาบาล	.142	.028	.345*
3. การประสานงานและมนุษยสัมพันธ์	.132	.242	.375*
4. การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม	.160	.313*	.284*
5. การบริหารความเสี่ยงในห้อง ผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม	.068	.178	.363*
6. การบริหารจัดการ	.114	.354*	.414*
7. เทคโนโลยีสารสนเทศและ นวัตกรรมพยาบาลผ่าตัด	.124	.319*	.210
8. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม	.292*	.320*	.310*
โดยรวม	.204	.300*	.402*

* p .05 (2-tailed)

จากตารางที่ 19 พบว่า ความสัมพันธ์ของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล
 ประจําการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยรวมระหว่างการประเมินด้วยตนเองกับการประเมิน
 โดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .20$) ระหว่างการประเมิน
 ด้วยตนเองกับการประเมินโดยพยาบาลประจําการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมผู้ร่วมงาน มี
 ความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสําคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) และ
 ระหว่างการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมกับการประเมินโดยพยาบาลประจําการ
 ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสําคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$) แสดงว่า แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจําการ
 ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่สร้างขึ้นไม่มีความสอดคล้องกันระหว่างการประเมินตนเองกับการ
 ประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ เพื่อศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และเพื่อศึกษาคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่พยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน เพื่อศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม กลุ่มที่ 2 ได้แก่พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 66 คน เพื่อศึกษาคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 70 ข้อ ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดจากโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .98 นำแบบสอบถามสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 70 ข้อ ไปวิเคราะห์ตัวประกอบ ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW ได้ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin = .920 ซึ่งมากกว่า .5 และเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวประกอบ (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2544: 270; ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ, 2543: 142) และได้ค่า Significance = .00 ซึ่งน้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐาน (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2544: 270; ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ, 2543: 142) แสดงว่าตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน จึงใช้ตัวแปรในการวิเคราะห์ตัวประกอบได้ทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์ตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component factor analysis) และหมุนแกนตัวประกอบแบบออร์ทोगอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าตัวประกอบสำคัญต้องมีค่าไอเกน (Eigen Values)

มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป และตัวแปรแต่ละตัวจะต้องมีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .40 ขึ้นไป (Hair, et al., 1995: 385) ได้ตัวประกอบที่ไม่มีความสัมพันธ์กันและมีอิสระต่อกันจำนวน 8 ตัวประกอบ ที่มีน้ำหนักตัวประกอบมากกว่า .40 และมีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 มีจำนวนตัวแปร 61 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 71.48

เมื่อได้ตัวประกอบและตัวแปรสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ทั้งหมด 8 ตัวประกอบ จำนวน 61 ตัวแปร นำมาคำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม .98 จึงนำมาสร้างเป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยสร้างแบบประเมินเป็น 3 ชุด มีเนื้อหาเหมือนกันแต่ใช้ผู้ประเมินเป็นกลุ่มตัวอย่างต่างกันคือ พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมประเมินตนเอง และประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม และประเมินโดยพยาบาลประจำการผู้ร่วมงาน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้า และประเมินโดยผู้ร่วมงานเท่ากับ .97, .95, และ .98 ตามลำดับ เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการประเมินระหว่างผู้ประเมิน 3 กลุ่ม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าการประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .20$) การประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) และการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมกับการประเมินโดยพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (.40)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ผลจากการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม หลังจากการสกัดตัวประกอบและหมุนแกนตัวประกอบแล้ว ได้ตัวประกอบสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ทั้งหมด 8 ตัวประกอบ จำนวน 61 ตัวแปร และตั้งชื่อตามกลุ่มตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบ ดังนี้ คือ

- 1) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 12 ตัวแปร
- 2) ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 14 ตัวแปร
- 3) ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 8 ตัวแปร
- 4) ด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 6 ตัวแปร
- 5) ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 4 ตัวแปร
- 6) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 4 ตัวแปร
- 7) ด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 4 ตัวแปร
- 8) ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 9 ตัวแปร

โดยเรียงลำดับจากค่าผลรวมความแปรปรวนของตัวประกอบจากมากไปหาน้อย ซึ่งตัวประกอบทั้ง 8 ตัว มีค่าความแปรปรวนรวมกัน 71.48

2. ผลการศึกษาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ผลการศึกษาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้า และประเมินโดยผู้ร่วมงานเท่ากับ .97, .95, และ .98 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวมจากการประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้า และประเมินโดยผู้ร่วมงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03, 3.61,$ และ 4.05 ตามลำดับ) และพบว่าความสัมพันธ์ของการประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .20$) การประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยพยาบาลผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) และการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมกับการประเมินโดยพยาบาลผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

จากผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่สำคัญ ประกอบด้วยตัวประกอบสมรรถนะ 8 ด้านคือ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม ด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด

สตินรีเวชกรรม ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัด ทางสตินรีเวชกรรม ด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ และด้านการบริหารจัดการ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบรวมกัน เท่ากับ 43.60 คิดเป็นร้อยละ 71.48 ซึ่งตัวประกอบสมรรถนะทั้ง 8 ด้านนี้ มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดสตินรีเวชกรรมอย่างมาก เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและวิชาชีพโดยเฉพาะการพยาบาลผ่าตัด ที่มีปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบการพยาบาลผ่าตัด ได้แก่ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางศัลยกรรม ทำให้การผ่าตัดบางอย่างใช้เวลาสั้นลง โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ใช้กล้อง (Endoscopic surgery) ซึ่งนับวันจะมีปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งแนวโน้มของการทำผ่าตัดในผู้ป่วยนอกมีสูงขึ้น ทำให้พยาบาลผ่าตัดต้องมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และความต้องการบริการผ่าตัดที่มีคุณภาพสูง ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการให้มีการใช้ทรัพยากรคุ้มค่าและเหมาะสมโดยที่ผู้รับบริการจ่ายเงินอย่างเหมาะสม (กันยา ออประเสริฐ, 2543: 9) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดของ AORN (2003) ที่กล่าวถึงสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดในด้านการประสานงาน การบริหารจัดการ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด

2. ตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบสำคัญ

2.1 ตัวประกอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด

สมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด หมายถึงความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสตินรีเวชกรรมในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูล ทำการวิจัยและนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานบริการผ่าตัดแก่สาธารณชนได้ เป็นตัวประกอบที่มีความสำคัญกับสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดสตินรีเวชกรรมมากเป็นอันดับ 1 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบสูงที่สุดคือ 9.82 คิดเป็นร้อยละ 16.10 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร อธิบายถึงความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ คอมพิวเตอร์ ผลิตภัณฑ์วิจัยหรือนวัตกรรมต่าง ๆ อันจะนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผ่าตัด สามารถบรรยายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ .456-.838 เรียงตามลำดับน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จัดทำในวารสารหรือการประชุมวิชาการได้ สามารถทำการวิจัยหรือร่วมทำวิจัยเพื่อ

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานได้ สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อมีผู้ทำการวิจัยได้อย่างเหมาะสมสามารถประมวลความรู้ที่ได้จากการสืบค้นทางคอมพิวเตอร์มาปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานและทีมสุขภาพโดยผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ได้ สามารถบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเป็นระบบในคอมพิวเตอร์ สามารถนำผลการประเมินผลสำเร็จของงานมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการให้การพยาบาลในใบรายงานการผ่าตัด / เวชระเบียนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และสามารถติดตามสอบถามแผนจัดการความเสี่ยงในแต่ละเรื่องได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ อันจะนำมาซึ่งนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด

และเป็นไปตามที่ Creasia and Parker (2001) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในบทบาทพยาบาลสารสนเทศ (Information nurse) ด้รับการฝึกอบรมเชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์ทางคอมพิวเตอร์ในการสร้างข้อมูลทางการพยาบาล มีหน้าที่คือ ออกแบบหรือปฏิบัติการทางสารสนเทศ สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์และประเมินผลความต้องการสารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนากลยุทธ์นโยบายและข้อปฏิบัติในการทำงานและพัฒนาการสอนทฤษฎีและสารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553 ของวันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) ที่พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดในอนาคตอันใกล้นี้คือ การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การจัดลำดับการผ่าตัด การบันทึกเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาล พัฒนาตนเองในการใช้ระบบสารสนเทศร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้ารับการฝึกอบรมในการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์และประเมินความต้องการใช้คอมพิวเตอร์สำหรับงานการพยาบาล ออกแบบข้อมูลทางการพยาบาล ศึกษาการดูแลและการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีทักษะการดูแลเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันซึ่งมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก

Creasia and Parker (2001) ยังกล่าวถึงการพัฒนาการปฏิบัติงานว่าจะต้องเกิดจากการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของวิชาชีพ โดยมีการเพิ่มบทบาทนักวิจัยขึ้นในองค์กร และพยาบาลมีหน้าที่เตรียมความเข้าใจในกระบวนการวิจัยไว้ในโปรแกรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ตั้งสมมติฐาน

ออกแบบงานวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบและเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ รายงานผลที่ค้นพบและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางาน และกันยา ออประเสริฐ (2542: 63) กล่าวว่าพยาบาลผ่าตัดต้องนำผลลัพธ์ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดได้ เพื่อเป็นการนำองค์ความรู้มาเป็นพื้นฐาน หรือชี้แนะทิศทางในการให้บริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ แต่ในปัจจุบันพบว่ายังมีข้อจำกัดอยู่มาก ดังการศึกษาของศิริอร สีนุ และเรณู พุกบุญมี (2544: 71-84) ในเรื่องการรับรู้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลพบว่าปัญหา ที่พบมากที่สุด คือ อุปสรรคด้านการเผยแพร่และการเข้าถึงงานวิจัย การสนับสนุนจากองค์กรพยาบาลผู้ใช้ผลงานวิจัย และความเหมาะสมของงานวิจัยที่จะนำไปใช้ จึงควรเป็นข้อพิจารณาให้มีการพัฒนาสมรรถนะในด้านนี้ด้วย เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้สู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดต่อไป

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการผ่าตัดมีการพัฒนา มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ Mailhot (1996) กล่าวว่า การใช้เทคโนโลยี ที่ทันสมัยเป็นการลดต้นทุนและทำให้เกิดคุณภาพ กลุ่มผู้ป่วยมีความต้องการมากขึ้น มีการใช้ ระบบ Telepresence เป็นการส่งเสริมให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ โดยผ่านการควบคุมด้วย ระบบคอมพิวเตอร์และมองผ่านจอภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อ เตรียมผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือในการผ่าตัด และมีความก้าวหน้าทางการผ่าตัดมากขึ้น เช่น การใช้เลเซอร์ การใช้กล้องในการผ่าตัด Maryann (1997) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ว่าจะต้องมีการศึกษาที่ก้าวหน้าขึ้นตามความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีการผ่าตัด ต้องเรียนรู้ เทคนิคใหม่ๆ ที่ถูกต้องและทันสมัย จินตนา ฐนิพันธ์ (2542) ได้กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพของ พยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขามากขึ้น สำหรับพยาบาลผ่าตัดในปัจจุบัน จะต้องมีความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้สำหรับผู้มีความรู้ ความชำนาญ โดยเฉพาะในส่วนของจัดการเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล จะต้องรู้จักใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ด้าน เทคโนโลยีแล้ว พยาบาลผ่าตัดยังต้องพัฒนางานบริการผ่าตัดให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อ รองรับนโยบายพัฒนาคุณภาพขององค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ดังนั้น พยาบาล ผ่าตัดจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ดังที่ เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2544: 28-36) กล่าวถึง การพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานห้องผ่าตัดตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) กำหนดหรือใช้คำว่ามาตรฐานทั่วไป (GEN) 9 ข้อ และแนวทางการประเมินและการพัฒนา บริการพยาบาลของ JCAHO ซึ่งประกอบด้วย 10 ขั้นตอน (กันยา ออประเสริฐ, 2543: 9-17) โดย

การเพิ่มพูนให้มีความสามารถดังนี้ (87) นำแผนงานพัฒนาคุณภาพไปใช้ในการปฏิบัติงาน (86) ปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (89) มีความสามารถในการพัฒนาคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด และ (88) ปฏิบัติตามคู่มือ / แนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดตามที่ระบุในคู่มือคุณภาพ

2.2 ตัวประกอบด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล

สมรรถนะด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ มีการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม มุ่งให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับทราบข้อมูลในสิทธิที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ เป็นตัวประกอบที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 2 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ 7.788 คิดเป็นร้อยละ 12.767 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถบรรยายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ .415 - .794 จำนวน 14 ตัวแปร ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ ทักษะในการสื่อสารและให้ข้อมูล มีทั้งหมด 14 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรและกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่ม คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ และทักษะในการสื่อสารและการให้ข้อมูล ดังนี้

2.2.1 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพมีทั้งหมด 6 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัด ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเช่น ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น ปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยทั้งขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว และสามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ในปัจจุบันสิทธิผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย การรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยเป็นความจำเป็นในแง่กฎหมาย และกลายเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการให้บริการดูแลสุขภาพ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องรับผิดชอบในการรักษาสิทธิผู้ป่วยผ่าตัด การตัดสินใจและการกระทำในฐานะเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโดยมีพื้นฐานอยู่บนหลักการทางด้านศีลธรรมและจริยธรรม (Universal moral principles) ดังที่ AORN (2003: 39) โดยระบุความรับผิดชอบไว้ คือความสามารถปกครองตนเอง ดูแลตนเองได้ (Autonomy) การกระทำสิ่งที่ดีอันเป็นคุณประโยชน์ (Beneficence) การหลีกเลี่ยง สิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Nonmaleficence) การพูดแต่ความจริง (Veracity) การรักษา

ข้อมูลอันเป็นความลับ (Confidentiality) ความยุติธรรม ความเท่าเทียม (Justice) และความซื่อสัตย์และจริงใจต่อหน้าที่และคำสัญญา (Fidelity) และเป็นไปตามที่สภาการพยาบาล (2545) ได้กำหนดข้อบังคับว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของผู้ประกอบวิชาชีพ พ.ศ. 2530 ไว้ว่า ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพในระดับดีที่สุดในระดับที่ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพโดยไม่เรียกร้อยสิ่งจ้างรางวัล ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

การค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรภร สีตลวงค์ (2541) ได้ทำการศึกษาจากมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งจะครอบคลุมมาตรฐานการพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดโดยคณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดอเมริกัน (AORN's special committee on Ethics, 1993: 369-388) ประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 และข้อบังคับสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย พ.ศ.2530 ซึ่งได้สรุปรวมเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดตามประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 ไว้คือ 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ 2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ 3) ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และชัดเจนเพื่อการตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน 6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ 7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมาย 8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น โดยทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล และ 10) บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ คือ

ค้นหาบุคคลที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมไว้ก่อน ในกรณีผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหมดความรู้สึก เพื่ออนุญาตยินยอมการผ่าตัด

นอกจากบทบาทพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย แล้วยังมีบทบาทในการเป็นเสมือนสื่อกลาง เป็นผู้ให้ความสะดวก ที่ต้องมีความสามารถในการสื่อสารกับแพทย์และทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่มีความเห็นแตกต่างกันบนผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Davis, 1988; Winslow, 1984; Annas & Healey, 1974; Christy, 1973 cited in Snowball, 1996: 68) ดังที่ กฤษณา นาดี (2541) กล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (Patient advocacy) หมายถึง การกระทำเพื่อปกป้องและดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และเลือกกระทำกรต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมและปกป้องผลประโยชน์และความผาสุกของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อการตัดสินใจและเป็นการคืนอำนาจให้กับผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

2.2.2 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึง ทักษะในการสื่อสารและการให้ข้อมูล ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 8 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีมสุขภาพให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น สามารถใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี สามารถใช้ เครื่องมือสื่อสารได้เป็นอย่างดี มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถให้ข้อมูลสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง สามารถให้ข้อมูลการให้บริการและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในปัจจุบันจำเป็นต้องติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหลายกลุ่ม ทั้งผู้ร่วมงานในวิชาชีพพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ วิศวกร แพทย์และพยาบาล เภสัชกร และบุคคลในทีมสุขภาพอื่นๆ ดังนั้น ควรจะมีการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ว่าจะเป็นภาระประสานงาน หรือมีการติดต่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพก็ตาม ต้องอาศัยทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการดูแลที่ดี ดังที่ Atkinson and Fortunato (1996: 14-15) กล่าวถึง การติดต่อสื่อสารว่าเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของบุคลากร ช่วยให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของบุคคล เป็นกระบวนการในการแลกเปลี่ยนความหมายของบุคคลโดยทั้งสองฝ่ายมีอิทธิพลต่อกัน โดยเป้าหมายของการติดต่อสื่อสารอยู่ที่ผู้ป่วยหรือมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ประสิทธิผลของการติดต่อสื่อสารจะเกิดขึ้นเมื่อทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีความจริงใจและความเห็นใจซึ่งกันและกัน Sullivan and Decker (1992) กล่าวถึงหลักในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิผลซึ่งพยาบาลผ่าตัดสามารถนำมาปรับใช้ในการ

สื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ผู้ส่งสารจะต้องทำให้เกิดความชัดเจนของข้อมูลที่ส่งไปยังผู้รับสาร ภาษาที่ใช้จะต้องเหมาะสมและเข้าใจง่าย และควรมีปฏิกริยาตอบกลับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการแปลความหมายอย่างถูกต้องชัดเจน ดังนั้นการให้ข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังที่ Leske (1995) กล่าวว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าจะต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ถ่ายทอดสัญญาติทำให้ญาติมีความวิตกกังวลสูงด้วย สอดคล้องกับ Carmody, et al. (1991: 561-567) สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544: 42-51) ที่พบว่าความต้องการที่ญาติต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการข้อมูล และก้นยา ออประเสริฐ (2541: 3) กล่าวว่าพยาบาลผ่าตัดมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยการศึกษาของเสงี่ยม ช่วยนุ้ย และชนวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543: 103-109) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง และพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ

และรองลงมาคือ ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล รวมไปถึงสมรรถนะในการติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลและการดูแลรักษาพยาบาลในสิ่งที่ผู้ป่วยพึงได้รับตามบทบัญญัติสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ดังที่ก้นยา ออประเสริฐ (2541) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดในประเทศไทยปัจจุบันว่า ควรมีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทพยาบาลผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ

2.3 ตัวประกอบด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

สมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม หมายถึงความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยมารดาและทารกในภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด เป็นตัวประกอบที่มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ 5.543 คิดเป็นร้อยละ 9.088 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถบรรยายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ .422 - .826 จำนวน 8 ตัวแปร ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าว อธิบายถึง การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติและทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ มีทั้งหมด 8 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรและกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่มคือ ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤติทางสูตินรีเวชกรรม และการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติทางสูตินรีเวชกรรม ดังนี้

2.3.1 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤติทางสูตินรีเวชกรรม ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 5 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อยคือ สามารถใช้อุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สามารถจัด เตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้องครบถ้วน สามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัยต่อผู้ป่วยมารดาและทารกขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถจัดลำดับความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยมารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอด และสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วยมารดาและทารกโดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับรัชตะวรรณ โอฟาร์พิริยกุล (2545: 328) ที่กล่าวว่า การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดจะได้ผลหรือไม่อย่างไรนั้น นอกจากจะขึ้นกับทารกเองหรือโรคที่เป็นแล้ว ยังขึ้นกับความรู้ความสามารถของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการพยาบาลรักษา มีการเตรียมพร้อมและความชำนาญในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง คล่องแคล่วและทันท่วงที ตลอดจนมีการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็น จะช่วยให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือเกิดอาการพิการตามมาจากภาวะสมองถูกทำลายน้อยลง

2.3.2 กลุ่มตัวแปรที่อธิบายถึงการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติทางสูตินรีเวชกรรม ตัวแปรที่อธิบายมีทั้งหมด 3 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถประเมินภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอด เพื่อเตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติได้เป็นอย่างดี และสามารถติดตามและประเมินผลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดที่กำหนดโดย AORN (2003) ที่กล่าวถึงสมรรถนะในการพัฒนาแผนการพยาบาลที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถแยกแยะกิจกรรมการพยาบาลอย่างชัดเจน และเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลได้ รวมทั้งการประสานงานกับทีมบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การควบคุมสิ่งแวดล้อม การมอบหมายงานและการเตรียมการ สำหรับภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และจากมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดที่กำหนดโดยชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2544) ในเรื่องของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทุกระยะการผ่าตัด โดยมีการประเมินสภาวะผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ มีการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย มีการกำหนดผลลัพธ์การปฏิบัติพยาบาลที่คาดหวังให้เกิดกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ มีการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่คาดหวังให้ครอบคลุมปัญหาและมีความต่อเนื่อง มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ และรวมถึงการประเมินผลผู้ป่วยตามเกณฑ์ผลลัพธ์ของการปฏิบัติพยาบาลที่คาดหวังอย่างต่อเนื่อง และดังที่ Auvenshine and Enriquer (1990) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผ่าตัดที่จะต้องคาดการณ์และวางแผนการช่วยเหลือไว้ล่วงหน้า มี

ความรู้ความสามารถในการประเมินปัญหาของมารดาและทารกตั้งแต่ในครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด พร้อมทั้งวิจิตรา กุสุมภ์ (2543) ได้มีการกล่าวถึงขั้นตอนในการช่วยฟื้นคืนชีพที่ประกอบด้วย G: Gauging คือการประเมินสภาพผู้ป่วยและการช่วยกู้ชีวิต H: Human mentation คือการป้องกันความพิการถาวรของสมองจากการขาดออกซิเจน และ I: Intensive care คือการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดต่อไป เพื่อฟื้นฟูการทำงานของระบบต่าง ๆ ที่ล้มเหลว

2.4 ตัวประกอบด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

ตัวประกอบด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม หมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวัง หลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.509 คิดเป็นร้อยละ 7.391 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าว อธิบายถึง ขั้นตอนและหลักการในการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด มีทั้งหมด 6 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างเคร่งครัด สามารถวางแผนควบคุมความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีกได้อย่างเหมาะสม สามารถวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเสนอแนะแนวทางแก้ไขเบื้องต้นได้ถูกต้องและชัดเจน และสามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อป้องกันการผิดพลาดได้อย่างถูกต้อง เช่น การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง ทั้งนี้เป็นไปตามที่อุซาวดี อัสดริวิเศษ (2544: 42-50) และ Stringer, et al. (2001: 1133-1146) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดต้องพบกับ ความเสี่ยงสูง จึงต้องมีการบริหารจัดการความเสี่ยง และเน้นทิวา อำนวยผล (2544: 37-41) ได้แสดงให้เห็นถึงตัวอย่างการบันทึกข้อมูลที่น่าสนใจในการค้นหาความเสี่ยง ตัวอย่างการประเมิน ความรุนแรงของความเสี่ยงในห้องผ่าตัดและการป้องกันความเสี่ยงในห้องผ่าตัด โดยที่อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยงว่าประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการกับความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล พยาบาลผ่าตัดจึงต้องมีความสามารถในการบอกถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงานได้ ใช้ข้อมูล ประสพการณ์ในการประเมินความเสี่ยงว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเท่าใด บ่อยเพียงใดจะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด มีการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ทบทวนและประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อหากกลยุทธ์ใหม่ ๆ ในการป้องกัน ตลอดจนค้นหา

แนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การป้องกันผ้าซับโลหิต เครื่องมือตกค้างในแผลผ่าตัด การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างและผิดตำแหน่ง

2.5 ตัวประกอบด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด

ตัวประกอบด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการเฝ้าระวังและดูแลสภาพแวดล้อมในพื้นที่ห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการผ่าตัด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.273 คิดเป็นร้อยละ 7.004 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้พบว่า ตัวแปรดังกล่าว อธิบายถึง ความสามารถในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด มีทั้งหมด 4 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ของมีคมและของใช้ไฟฟ้าได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยสามารถจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดแต่ละชนิดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย และสามารถประเมินความปลอดภัยภายในบริเวณพื้นที่ห้องผ่าตัด ทางเดินได้ครบถ้วนถูกต้อง สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดที่ถูกกำหนดโดย AORN (2003) ในเรื่องของการเฝ้าระวังและควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยการควบคุมอุณหภูมิ ความชื้นตามข้อบ่งชี้ดูแลและปฏิบัติตามข้อปฏิบัติในเรื่องการใช้เครื่องไฟฟ้า การดูแลการสัญจร การควบคุมเสียงและกลิ่น ตลอดจนการทิ้งสิ่งปฏิกูล รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกการควบคุมสิ่งแวดล้อม และดังที่ Wilson (1998 cited in Hind and Wecker, 2000) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จัดเป็นการปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง จำเป็นต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม มีการจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยทั้งคนและสิ่งแวดล้อม มีการจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในห้องผ่าตัดอย่างถูกวิธี มีการศึกษาวิธีการใช้ และการบำรุงรักษาเครื่องมือผ่าตัด ซึ่งเจนิวา รักมหาคุณ (2544) ได้ศึกษาการนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติเหตุการ ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาได้มาตรการการควบคุม ความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความปลอดภัยทางการพยาบาลผ่าตัดซึ่งประกอบด้วย 11 มาตรการ คือ มาตรการควบคุมผ้าซับตกค้างในผู้ป่วย การควบคุมเข็มตกค้างในผู้ป่วย การควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในผู้ป่วย การควบคุมเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด การควบคุมการผ่าตัด ผิดคนผิดตำแหน่ง การควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องใช้ไฟฟ้า การควบคุมเจ้าหน้าที่ ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องใช้ไฟฟ้า การควบคุมบาดเจ็บไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจากการใช้เครื่องกระตุก หัวใจด้วยไฟฟ้า การควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า การควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และการควบคุมผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ

2.6 ตัวประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม

ตัวประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม หมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการประเมินความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัวตามปัญหาและความต้องการอย่างเหมาะสม รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.193 คิดเป็นร้อยละ 6.873 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงแนวทางการให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย มีทั้งหมด 4 ตัวแปรเรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนืองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคม และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ครบถ้วน และสามารถให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยผ่าตัดและญาติได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับที่ สมจิต หนูเจริญกุล (2539: 4) ได้กล่าวว่าการสอนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด เพราะข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการพึ่งพาตนเองของผู้รับบริการเมื่อกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน แต่จะต้องสอนเมื่อผู้รับบริการหรือครอบครัวมีความพร้อม และใช้วิธีการที่เหมาะสม และดังที่ พรทิพย์ โกศลวัฒน์ (2541: 4) กล่าวว่า พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ในด้านการสอนและเสนอแนะให้กับสมาชิกทีม ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ญาติ/ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนในการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้ง Creasia and Parker (2001) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดว่า ต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสอน โดยมีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยผ่าตัด แยกแยะความต้องการการเรียนรู้การสอนของผู้ป่วยและญาติ ประเมินการสนใจของผู้ป่วยและความพร้อมในการเรียน พยายามที่จะให้ผู้ที่เจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

ซึ่งสอดคล้องกับ Barrett, et al. (1975: 3-11) และ Shanks and Kennedy (1970: 146) ที่กล่าวถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลว่า นอกจากจะมีความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์แล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องการจะได้รับการสอนและคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และครอบครัว สามารถเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ยิ่งไปกว่านั้นยังคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่พยาบาล ควรที่จะมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวของเขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่ต่อเนื่องและได้รับการบริการอื่น ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยโดย

ใช้บุคลากรและแหล่งชุมชนต่าง ๆ อย่างเหมาะสม มีการจัดสภาพแวดล้อมให้ดีและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคและช่วยให้สุขภาพอนามัยดีขึ้น ซึ่งเมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดทราบความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยแล้ว จะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถวางแผนการพยาบาลและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดี

2.7 ตัวประกอบด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์

ตัวประกอบด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการสร้างสัมพันธภาพและประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด สร้างบรรยากาศที่ดีในการประสานงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.159 คิดเป็นร้อยละ 6.818 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าว อธิบายถึงการสร้างสัมพันธภาพในการประสานงานเพื่อให้เกิดความราบรื่นในการทำงาน มีทั้งหมด 4 ตัวแปรเรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน สามารถประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เป็นอย่างดี มีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และสามารถให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงานการพยาบาลผ่าตัดได้ ดังที่ สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539: 163) ได้กล่าวถึงมนุษยสัมพันธ์ว่าเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล เพื่อมุ่งให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ หรือหมายถึงความสัมพันธ์ในทางสังคมของมนุษย์ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจดีต่อกันในการปฏิบัติกรพยาบาล ประสิทธิภาพของงานอาจมีมากน้อยเพียงใดขึ้นกับสัมพันธภาพหรือมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งพยาบาลมีการประสานงานกันระหว่างพยาบาล ผู้ร่วมงาน ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ความร่วมมือและการประสานงาน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การบริการพยาบาล บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์นั้นต้องเข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม แล้วจึงทำความเข้าใจบุคคลอื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแสดงความเต็มใจที่จะประสานความร่วมมือกับสมาชิกในทีมผ่าตัดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับ Atkinson (1996) ที่กล่าวว่า เพื่อให้สามารถร่วมทีมปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผ่าตัดควรมีการนำกระบวนการเรียนรู้มาใช้ในการพัฒนาทักษะของตน ปฏิบัติหน้าที่ในทีมโดยมีการแสดงความคิดเห็นและประสานงานกับบุคลากรอื่น ในหน่วยงานของตน รวมทั้งกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับมาตรฐานที่ 2 ของมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดที่กำหนดโดยชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2544: 22-25) ในเรื่องของการปฏิบัติพยาบาลเชิงวิชาชีพว่าจะต้องมีการร่วมมือ ประสานงานกับ

ผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามการวิจัยของ Schwirian (1978: 347-351) ที่พบว่าพยาบาลจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีสมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารและภาวะผู้นำ

2.8 ตัวประกอบด้านการบริหารจัดการ

ตัวประกอบด้านการบริหารจัดการ หมายถึง ความสามารถของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในการจัดสรรบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณในหน่วยงาน การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาต่อรองกับผู้ร่วมงาน อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.315 คิดเป็นร้อยละ 5.435 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบด้านนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการจัดการทรัพยากรตลอดจนระบบการทำงานในหน่วยงานให้มีความคล่องตัวตลอดจนการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในหน่วยงาน มีตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร เรียงลำดับตามน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ สามารถจัดระบบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติ สามารถรักษาพื้นที่บริเวณผ่าตัดของผู้ป่วยให้มีสภาวะปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด สามารถจัดการกับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม สามารถแก้ไขความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา สามารถร่วมวิเคราะห์ความต้องการในการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือและงบประมาณได้อย่างเหมาะสม คัมค่า ดังที่ จุฑามาศ คำแพรวดี (2543: 54) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการประเมินภาวะเหตุการณ์ในห้องผ่าตัดว่า ขณะนั้น บรรยากาศ สถานการณ์ ศัลยแพทย์ ผู้ร่วมทีมอื่นๆ อยู่ในภาวะใด หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในภาวะอันตรายหรือไม่ โดยทราบได้จากคำพูด ท่าทาง น้ำเสียง การกระทำของศัลยแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sigurosson (2001: 214) ซึ่งมีการสัมภาษณ์พยาบาลผ่าตัดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด พบว่าพยาบาลผ่าตัดกับศัลยแพทย์มักมีปัญหาความขัดแย้งและสัมพันธ์ภาพระหว่างกันเนื่องจากสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ มีความตึงเครียดสูง พยาบาลอาจได้รับผลกระทบจากการแสดงออกของแพทย์ทั้งจากการกระทำและคำพูดที่ไม่เหมาะสม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้พยาบาลมีความรู้สึกขาดพลังอำนาจ และเบื่อหน่ายได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพยาบาลผ่าตัดได้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่ดี รวมทั้งลักษณะงานในห้อง

ผ่าตัดเป็นงานที่ตื่นเต้นท้าทาย ก็สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดต้องเป็นผู้ที่สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาต่อรองกับผู้ร่วมงาน เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและนำมาซึ่งประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

นอกจากนี้การจัดการทรัพยากรทั้งในด้านทรัพยากรบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้การทำงานมีระบบระเบียบที่ดี เกิดความคล่องตัวในการทำงาน ก็เป็นความสามารถอย่างหนึ่งของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังที่ ปราณี บุรินทร์โกษฐ์ (2539: 4) ได้กล่าวว่า พยาบาลผ่าตัดนอกจากต้องปฏิบัติหน้าที่หลักด้านการพยาบาลของตนเองแล้ว ยังต้องทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและดูแลความเรียบร้อย ความปลอดภัยในทรัพย์สินต่าง ๆ แล้วยังต้องทำหน้าที่ควบคุมการใช้จ่ายพัสดุ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับทีมผ่าตัดทั้งหมดให้มีเพียงพอแก่ความต้องการ รวมทั้งเป็นผู้คุมระเบียบของห้องผ่าตัด ต้องคอยสอดส่องผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ คอยควบคุมดูแลไม่ให้เกิดการปนเปื้อน (Contamination) ควบคุมอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม คาดการณ์และจัดหาสิ่งของอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้ล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมให้แพทย์ใช้ได้ทันที และดังที่ กัญญา ออประเสริฐ (2541) ได้มีการกล่าวถึงความสามารถของพยาบาลผ่าตัดในการใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดเชื้อ บริหารจัดการการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ อย่างประหยัดและมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด (AORN, 2003) ที่กล่าวถึง สมรรถนะในการใช้อุปกรณ์และของ Supplies ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยสามารถคาดการณ์ความต้องการในการใช้อุปกรณ์และของ Supplies ให้ถูกต้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการเลือกการดูแลให้พร้อมใช้ การใช้อย่างถูกต้องและคุ้มค่า เป็นไปตามที่มูทิตา รัตนภาค (2544) ทำการศึกษาการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐในด้านการบริหารจัดการทั่วไปที่บรรยายด้วยตัวแปร 10 ตัวแปร ได้แก่ บริหารจัดการเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี การแก้ไขความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน การวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง การเจรจาต่อรองกับผู้ร่วมงานได้อย่างเหมาะสม การบริหารจัดการเรื่องเวลาได้อย่างเหมาะสม การจัดระบบงานอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลสำเร็จของงานและนำผลมาปรับปรุงแก้ไข การใช้ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณได้อย่างเหมาะสม ประหยัดและมีคุณภาพมากที่สุด การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีในตารางการผ่าตัดในแต่ละวันได้เป็นอย่างดี และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

3. การศึกษาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพของแบบประเมินมาประยุกต์ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ในด้านความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในงานการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 5 ท่าน ด้านความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลเลิศสิน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .98 นำไปตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินในด้านความตรงตามโครงสร้าง จากพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 200 คน จากโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 แห่ง โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component factor analysis) และหมุนแกนตัวประกอบแบบออร์ทोगอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) ได้ตัวประกอบที่ไม่มีความสัมพันธ์กันและมีอิสระต่อกันจำนวน 8 ตัวประกอบ ที่มีน้ำหนักตัวประกอบมากกว่า .40 และมีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 มีจำนวนตัวแปรตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบ 61 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 71.48 แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงโดยรวม .98 จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างจากตัวประกอบและตัวแปรที่ค้นพบ ไปประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม แล้วตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินในด้านความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) จากพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 66 คน จากโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการประเมิน 360 องศา แบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน (ถณรงค์วิทย์ แสนทอง, 2546: 271) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยให้พยาบาลหัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 1 คน และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่มีประสบการณ์งานห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 1 ปีซึ่งเป็นผู้ร่วมงานจำนวน 2 คนเป็นผู้ประเมินพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 1 คน และขณะเดียวกันพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมประเมินตนเองด้วย ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยรวม .98

ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านจากการประเมินตนเองมีค่าอยู่ระหว่าง 3.70-4.49 จากการประเมินโดยหัวหน้ามีค่าอยู่ระหว่าง 2.82-4.22 และจากการประเมินโดยผู้ร่วมงานมีค่าอยู่ระหว่าง 3.78-4.36 และเมื่อ

พิจารณาจากลำดับความสำคัญของสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จากผู้ประเมินทั้ง 3 แหล่งต่างให้ความสำคัญในสมรรถนะแต่ละด้านใกล้เคียงกัน โดยให้ความสำคัญกับสมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดมาเป็นอันดับหนึ่ง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.49, 4.22, และ 4.36 ตามลำดับ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมจากการประเมินตนเองของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จากการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด และจากพยาบาลผู้ร่วมงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 4.03, 3.61, และ 4.05 ตามลำดับ ซึ่งถ้ามองในภาพรวมจะเห็นว่าอยู่ในระดับมาก แสดงว่าคุณภาพของแบบประเมินมีความคงที่ วัดผลได้เหมือนกันทั้งโดยรวมและรายด้าน

จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการประเมินระหว่างการประเมินตนเองกับการประเมินโดยหัวหน้าพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .20$) การประเมินด้วยตนเองกับการประเมินโดยพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) และระหว่างการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม กับการประเมินโดยพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$) อาจเป็นเพราะมุมมองของหัวหน้าแตกต่างไปจากผู้ปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และสารสนเทศ ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพหรือด้านการบริหารจัดการ อีกทั้งผู้เป็นหัวหน้าไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับพยาบาลประจำการตลอดการทำงานเหมือนผู้ร่วมงาน อาจจะทำให้ไม่สามารถมองเห็นพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลประจำการได้ดีเท่ากับผู้ร่วมงาน สอดคล้องกับผลการวิจัยของสาคร ใจพยอม (2531: 92-97) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในทัศนคติของตนเอง และทัศนคติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จินดา ธีระพันธ์ (2525: 30-78) ศึกษาพบว่า ผดุงครรภ์อนามัยไทยพุทธและมุสลิมประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเองสูงกว่าการประเมินของผู้บังคับบัญชา

แต่จากงานวิจัยของพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ (2524: 25, 64-65) ศึกษาพบว่าทัศนคติของผู้บังคับบัญชากับบัณฑิต (ผู้ใต้บังคับบัญชา) เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาลสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน สุมาลี เสงสุวรรณ (2541: 83) ศึกษาความสามารถในการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถพื้นฐานในการบริหาร ความสามารถระดับต้นในการบริหารและการปฏิบัติงานนั้น กลุ่มหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้คะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน และผลการวิจัยของ เยาวดี วิบูลย์ศรี (2536) ปิยรัตน์ ประมวลทรัพย์ (2546) และอนงค์พร พะวรรัมย์ (2546) พบว่าการประเมินความสามารถของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับประเมินโดยผู้อื่นแล้วไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งใน

กรณีนี้อาจมีความเป็นไปได้ว่าผู้ร่วมงานมีความสนิทสนมและเกิดความเกรงใจในการให้คะแนนประเมิน โดยจะเห็นจากผลการวิจัยในครั้งนี้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ร่วมงานที่ประเมินพยาบาลประจำการสูงกว่าพยาบาลประจำการประเมินตนเอง

แสดงว่า แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่สร้างขึ้นไม่มีความสอดคล้องกันระหว่างการประเมินตนเองกับการประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด แต่มีความสอดคล้องกันระหว่างการประเมินตนเองและพยาบาลผู้ร่วมงาน ระหว่างผู้ร่วมงานและหัวหน้าห้องผ่าตัด สรุปได้ว่าแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมที่สร้างขึ้นนี้ ไม่เหมาะสำหรับการประเมินโดยใช้แนวคิด 360 องศา เหมาะสำหรับการประเมินพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมโดยพยาบาลผู้ร่วมงานเพียงกลุ่มเดียว

จะเห็นได้ว่าการประเมินเป็นการตีค่าและตัดสินคุณค่าของสิ่งที่เราวัดได้โดยมีเกณฑ์ หรือวัตถุประสงค์ หรือมาตรฐานเป็นตัวเปรียบเทียบ สมหวัง พิริยานุวัฒน์ (2544) ได้กล่าวถึงในเรื่องนี้ว่า โดยทั่วไปผู้ที่ทำหน้าที่มักจะเป็นผู้ประเมินจากภายนอกเพื่อป้องกันอคติ ประเด็นที่น่าสนใจคือใครควรเป็นผู้ประเมิน หรือมีอำนาจในการตัดสินคุณค่า ถ้าคำนึงถึงปรัชญาของการประเมินที่มุ่งพัฒนางาน พัฒนาคณะและพัฒนาสังคม ผู้ที่ทำหน้าที่เพื่อการพัฒนาควรเป็นผู้รับผิดชอบในภาระหน้าที่การงานนั้น ๆ ถ้าเราประสงค์จะพัฒนาตนเอง เราก็ควรจะพิจารณาประเมินตนเอง เพื่อให้ทราบถึงจุดที่ต้องการปรับปรุงพัฒนาและสามารถนำผลการประเมินไปปรับปรุงตนเองและพัฒนางานของตนเองได้ทันทั่วทั้ง ดังที่ จรัส สุวรรณเวลา (2538) ได้กล่าวว่าหัวใจของการประเมินคือการประเมินตนเอง ไม่ควรให้บุคคลอื่นมาประเมินว่าเราไม่ดี เราต้องสร้างวัฒนธรรมขึ้นคือวัฒนธรรมการประเมิน เป็นวัฒนธรรมที่แต่ละคนประเมินตนเอง แต่ละสถาบันประเมินตนเอง ซึ่งเราต้องสร้างวัฒนธรรมการประเมินให้เกิดขึ้น การประเมินตนเองอาจมีอคติ ซึ่งอาจพิจารณาข้อมูลเพิ่มจากผู้ร่วมงาน และจากผู้บังคับบัญชาด้วย ประกอบกันเป็นองค์ประกอบของผู้ประเมิน ในระยะหลังมีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าการประเมินตนเองหรือการประเมินจากบุคคลอื่นมีผลการประเมินที่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าแบบประเมินที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้นยังไม่สามารถบอกถึงความตรงของแบบประเมินได้อย่างชัดเจนนัก แต่ก็สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ว่าโดยภาพรวมแล้วพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม มีสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในระดับใด และควรจะพัฒนาตนเองในด้านใดเพิ่มเติมจากเดิมบ้าง เพื่อที่จะทำให้งานการพยาบาลผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมทั้งด้านการบริหารและการบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม สามารถนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม เพื่อศึกษาว่าพยาบาลประจำการมีสมรรถนะในด้านใดบ้าง และมากน้อยเพียงใด สมควรพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในด้านนั้น ๆ อย่างไร แต่ทั้งนี้ ควรพิจารณาความเหมาะสมของผู้ที่จะประเมินด้วย
2. ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับหัวหน้าห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม ในการนำข้อมูลจากการประเมินของพยาบาลประจำการผู้ร่วมงานในหน่วยงาน มาวางแผนจัดอัตรากำลังในหน่วยงานและมอบหมายหน้าที่ให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ
3. ผู้บริหารสามารถนำผลที่ได้จากการประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม ไปใช้ในการจัดอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลประจำการในด้านที่ควรจะพัฒนาต่อไป
4. ผู้บริหารน่าจะพิจารณากำหนดนโยบายให้นำแบบประเมินฉบับนี้ เป็นเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม ในการพิจารณาเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง แทนแบบประเมินที่ใช้รูปแบบเดียวกันหมดทุกหอผู้ป่วย เพื่อให้การประเมินมีความเหมาะสมกับลักษณะงานของห้องผ่าตัดสูติรีเวชกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด
2. พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะโดยเพิ่มเติมรูปแบบของการสังเกตและแบบวัดทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลผ่าตัด ตลอดจนความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษณา นาดี. 2541. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสูงอายุ: บทบาทของพยาบาลผู้ชำนาญการ. **วารสารกองการพยาบาล**. 25(2): 65-71.
- กัญญา ออประเสริฐ. 2542. มโนทัศน์การพยาบาลผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 4(1): 20-24.
- กัญญา ออประเสริฐ. 2543. พยาบาลห้องผ่าตัดกับการปฏิรูประบบสุขภาพ: ตอนที่1-บทบาทการส่งเสริมสุขภาพ. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 5(2): 57-60.
- กัญญา ออประเสริฐ. 2545. การศึกษาต่อเนื่องสู่การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 7(1): 7-13.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2544. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2532. การพัฒนารูปแบบการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล เน้นชุมชนสำหรับนักศึกษาพยาบาล: วิธีการเชิงสมรรถนะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุษาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา จันทร์ไทย. 2540. การเรียนการสอนทางการพยาบาลห้องผ่าตัด. **เอกสารประกอบการเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ฯ** สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ. กรุงเทพฯ (อัดสำเนา)
- เกษม วัฒนชัย. 2536-2537. **สิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์**. งานวิจัยวิชาสังคมจิตวิทยา วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่น 36.
- จรัส สุวรรณเวลา. 2538. การเพิ่มศักยภาพและการประเมินคุณภาพบุคลากรของมหาวิทยาลัยในรายงานการสัมมนาเรื่อง **การเพิ่มศักยภาพและการประเมินคุณภาพบุคลากรของมหาวิทยาลัย**. สภาคณาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตรา เกิดเพชร. 2541. **การประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดและการวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดเชิงรุก. **เอกสารการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี** ศอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.

- จุฑามาศ ยุทธิพิทักษ์ และวนิดา มงคลสินธุ์. 2535. สาเหตุการลาออก โอนย้ายของพยาบาล
โรงพยาบาลตากสิน. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 2(1): 18-21.
- จุฑามาศ คำแพร่ดี. 2543. ถาม-ตอบ. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 5(1):
54-56.
- จันจิรา ภาวิไล. 2536. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาล
วิชาชีพของโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจนีวา รักมหาคุณ. 2544. **การนำเสนอมาตรการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการ
พยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2544. **มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด. เอกสารการ
ประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6 ณ อาคารเฉลิม
พระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ไพบูลย์การพิมพ์.**
- ดารารพร คงจา. 2541. **กฎหมายการประกอบวิชาชีพพยาบาล**. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ทัศนาศ บุณยทอง. 2543. **ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการ
สุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเฉลิมพระ
เกียรติในโอกาสครบรอบ 100 ปี วันคล้ายวันพระราชสมภพสมเด็จพระศรีนครินทราบรม
ราชชนนี เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: ทิศทางและบทบาทพยาบาล วันที่ 18-19
ธันวาคม 2543.
- ธนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล. 2540. **วิวัฒนาการบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา.
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
ครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุมโรงแรมตะวันนา รามาดา กรุงเทพมหานคร: 1-3.**
- ณรงค์วิทย์ แสนทอง. 2546. **การบริหารงานทรัพยากรมนุษย์สมัยใหม่ภาคปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่
3. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- นฤมล ทองลิ้ม. 2540. **การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก**. **รามาทิบัติพยาบาลสาร** 3(1):
125.
- นันทิภา อำนวยผล. 2544. **การปฏิบัติพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงในห้องผ่าตัด. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6
ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ไพบูลย์
การพิมพ์.**

- บุญใจ ศรีสถิตยัณนากร. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ. 2544. การบริหารคุณภาพในห้องผ่าตัด. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.**
- ปราณี บุรินทร์โกษทัต และคณะ. 2539. การบริหารพยาบาลผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 1(1): 4-7.**
- ปิยะรัตน์ ประมวลทรัพย์. 2546. **การพัฒนาแบบสอบถามดัชนีประยุกต์วัดสมรรถนะทางวิชาชีพทางการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยวัดและประเมินผลการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาศรี จีระยิ่งมงคล. 2536. **ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา ดามาพงศ์. 2534. **การพัฒนาแบบประเมินภาวะผู้นำสุขภาพดีถ้วนหน้าของสาธารณสุขอำเภอ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คูโรปกรณ์พงศ์. 2536. **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: อัสลาบายด์เพรส.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2547. **Quality in Nursing and Learning Organization**. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ไพฑูรย์ โพิธสาร. 2536. แนวคิดเกี่ยวกับการวัดและประเมินผลการศึกษา. **วารสารการศึกษาพยาบาล 4: 16-24.**
- ภัทรภร สีสถาวรจรงค์. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และค่านิยมวิชาชีพกับการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสพร ขำวิชา. 2534. **ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูทิตา รัตนภาค. 2544. **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เยาวดี วิบูลย์ศรี. 2536. **การติดตามคุณภาพและประสิทธิภาพของแบบประเมินตนเอง สำหรับครูมัธยมศึกษา**. โครงการวิจัยคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชตะวรรณ โอฬารพิริยกุล. 2545. **การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- เรณู อากาสาลี. 2535. **การพยาบาลห้องผ่าตัด**. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการพัฒนาตำราสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงเดือน ศิริลักษณ์ และคณะ. 2536. **การศึกษาความพึงพอใจในงาน: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี**. วารสารโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 4(2): 20-24.
- วิจิตรา กุสุมภ์. 2543. **การกู้ชีวิต CPR2000**. กรุงเทพฯ: บพิศการพิมพ์.
- วิชุดา หรรษาจารย์พันธ์. 2540. **การศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่4 สถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2537. **สิทธิผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2543. **ทิศทางปฏิรูประบบสุขภาพ ปัจจุบันและอนาคต**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติในโอกาสครบรอบ 100 ปี วันคล้ายวันพระราชสมภพ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: ทิศทางและบทบาทพยาบาล, วันที่ 18-19 ธันวาคม 2543. อ้างถึงในกัญญา ออประเสริฐ. 2545. การศึกษาต่อเนื่องสู่การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 7(1): 7-13.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. 2544. **แนวคิดในการสร้างเครื่องมือวิจัย**. **วารสารพยาบาลศาสตร์รามธิบดี** 5(3): 294-300.
- วันเพ็ญ เส้นศูนย์. 2544. **บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในปี พ.ศ.2553**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. 2543. **การเลือกโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS สำหรับงานวิจัย: การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร พุทธิรังษี. 2542. **บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด**. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: ไพบูลศิลป์การพิมพ์.

- สภาการพยาบาล. 2545. **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ**. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สมเกียรติ ธาตรีธร และคณะ (บรรณาธิการ). 2539. **ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ**. กรุงเทพฯ: สหมิตรเมดิเพรส.
- สมพิศ เกิดศิริ. 2542. **การพัฒนาแบบประเมินภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ. 2544. ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 6(1): 42-51.
- สมหวัง พิริยานุวัฒน์. 2544. **วิธีวิทยาการประเมินศาสตร์แห่งคุณค่า**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิต ไทระกิตย์, ประพุทธ ศิริปุณย์, และอนันต์ เตชะเวช (บรรณาธิการ). 2533. **ปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด: การดูแลรักษา**. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์.
- สุนันทา ตรีศายลักษณ์. 2543. **การสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ อารีเอื้อ. 2541. การพยาบาลในห้องผ่าตัด : จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม. **วารสารพยาบาลรามธิบดี**. 4(2): 204-211.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: จีระวิชาการพิมพ์.
- เสงี่ยม ช้วยนุ้ย และชวณพิศ มีสวัสดิ์. 2543. ความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลพัทลุง. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 5(1): 103-109.
- อนงค์พร พะวรรัมย์. 2546. **การเปรียบเทียบผลการประเมินการปฏิบัติงานการสอนของครูระหว่างการประเมินตนเองกับการประเมินแบบ 360 องศา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาวิจัยการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. 2543. **การบริหารความเสี่ยง**. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- อรอนงค์ พุมอาภรณ์. 2538. การตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด. **เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ** สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ (อัดสำเนา).

อัจฉรา สุทธิพรณีนรัตน์. 2545. **สมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 10.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุษาวดี อัครวิเศษ. 2544. การปฏิบัติพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงในห้องผ่าตัด : การวิจัย. **เอกสารการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6** ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

Alspach, G. 1991. Concern and confusion over competence. **Critical Care Nurse** 12(4): 9-11.

American Operating Room Nurse. 2003. **Standard, recommended practices & guidelines.** Denver: Association of Operating Room Nurses.

AORN's Special Committee on Ethics. 1993. ANA code for Nurses with Interpretive statements Explication for Perioperative Nursing. **Journal of American Operating Room Nurse** 58(2): 369-388.

Atkinson, L.J., and Fortunato, N.H. 1996. **Berry & Kohn's operating room technique.** 8th ed. St.Louis: Mosby.

Barrett Jean, et al. 1975. **The Head Nurse.** New York: Appleton Century Crofts.

Burns, N., and Grove, S.K. 1997. **The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization.** 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Carmody, S., Hickey, P., and Bockbinber, M. 1991. Perioperative needs of families. **Journal of American Operating Room Nurse** 54(4): 561-567.

Comrey, A.L. 1988. **First course in factor analysis.** New York: Academic Press.

Couper, M.R. 1984. The Delphi technique: Characteristics and sequence model. **Advanced in Nursing Science** 7(1): 72-77.

Creasia, J.L., and Parker, B. 2001. **Conceptual foundation: the bridge to professional nursing practice.** St. Louis: Mosby.

Curtin, L.L. 1979. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. **Advanced in Nursing Science** 1(3): 1-10.

DeVellis, R.F. 2003. **Scale development.** 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publication.

- Evans, M. 1992. Advocacy: A role for nurse. In G. Gray, R. Pratt, (ed.), **Issue in Australian Nursing** 3. pp.373-395. Singapore: Longman Singapore Publishers.
- Fairchild, S.S. 1996. **Perioperative nursing principles and practice**. Boston: Little, Brown.
- Gadow, S. 1989. Clinical subjective-advocacy for silent patients. **Nursing Clinics of North America** 24(2): 535-541.
- Grobe, S.J. 1988. Introduction. In Peterson, H.E., and Gerdin, J.U. (eds). **Preparing nursing for using information systems:recommended infromatics competency**. New York: National League for Nursing.
- Gruendemann, B.J., and Fernsebner, B. 1995. **Comprehensive perioperative nursing**. Vol.1. Boston: Jones and Bartlett.
- Gruendemann, B.J., and Fernsebner, B. 1995. **Comprehensive perioperative nursing**. Vol.2. Boston: Jones and Bartlett.
- Hair, J.F., et al. 1995. **Multivariate data analysis with readings**. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Hind, M., and Wicker, P. 2000. **Principles of perioperative practice**. Edinburgh: Harcourt.
- Kelly-Thomas, K.J. 1998. **Clinical and nursing staff development current competence, future focus**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Kramer, M., and Schmalenberg, C. 1993. Learning from Success: Autonomy and empowerment. **Nursing Management**. 24(3):17.
- Krozek, C., and Scoogins, A.1999. **Organization-wide competency assessment policy amended to comply with 1999 JCAHO [CD-ROM]**. Abstract from CINAHL Information Systems (Glendale,CA).
- Leske, J.S. 1995. Effects of intraoperative progress reports on anxiety levels of surgical Patients, family members. **Applies Nursing Research Journal** 8(1): 169-173.
- Mailhot, C.B. 1996. The operating room of the future. **Journal of American Operating Room Nurse** 27(12): 28E-28H.
- Malik, M. 1997. Advocacy in nursing-a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing** 25(3): 130-136.
- Maryann, W. 1997. The future perioperative role. **Nursing Management** 28(2): 32E.
- McGarvey, H. E., Chambers, M. G. A., and Boore, J. R. P. 2000. Development and definition of the role operating department nurse: a review. **Journal of Advanced**

- Nursing** 32(5): 1092-1100.
- McShane, S.L., and Glinow, M.A.V. 2004. **Organizational Behavior**. 3rd ed. Boston: McGraw-Hill Irwin.
- Miller, E., Flynn, J.M., and Umadac, J. 1998. Assessing, developing and maintaining staff's competency in times of restructuring. **Journal of Nursing Care Quality** 12(6): 9-17.
- Parson, E.C., and Capka, M.B. 1997. Building a successful risk-based competency assessment model. **Journal of American Operating Room Nurse** 66(6): 1065-1071.
- Phippen, M.L., and Wells, M.P. 2000. Patient care during operative and invasive procedure. **Performance improvement in the operative and invasive procedure suite**. New York: W.B.Saunders.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. **Nursing research: Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Rothrock, J.C. 1996. **Perioperative nursing care planning**. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Schroeder, K. 1997. Perioperative nurse's involvement on nursing ethics committees. **Journal of American Operating Room Nurse** 64(4): 579-595.
- Shanks, M.D., and Kennedy, D.A. 1970. **Administration in Nursing**. New York: McGraw-Hill.
- Sigurosson, H.O. 2001. The meaning of being a perioperative nurse. **Journal of American Operating Room Nurse** 74(2): 202-217.
- Snowball, J. 1996. Asking nurses about advocating for patients: Reactive and proactive accounts. **Journal of Advances Nursing** 24(2): 67-75.
- Stringer, B., Infante-Rivard, C., and Hanly, J. 2001. Quantifying and reducing the risk of bloodborne pathogen exposure. **Journal of American Operating Room Nurse** 73(6): 1133-1146.
- Sullivan, J., and Decker, P.J. 1992. **Effective management in nursing**. 3rd ed. Menlo park: Addison-Wesley.
- Swansburg, R. C., and Swansburg, L. C. 1995. **Nursing staff development: A component of human resource development**. Boston: Jones and Bartlett.

Tabachnick, B.G., and Fidell, L.S. 1983. **Using multivariate statistics**. New York: Harper & Row.

Younger, J.B. 1999. **Instrument development**. Handout for a class of instrument development. Unpublished paper.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญให้สัมภาษณ์

1. รองศาสตราจารย์ กัญญา ออประเสริฐ

ตำแหน่ง : หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน :

- พยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช
- สอนวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์และการพยาบาลผ่าตัด
- กรรมการวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
- คณะทำงานร่างมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2542)
- กรรมการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2543)
- กรรมการจัดทำ Clinical nursing practice guideline ของสภาการพยาบาล
- กรรมการเฉพาะกิจจัดทำ Guideline สำหรับห้องผ่าตัดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลงานทางวิชาการ:

- เขียนบทความด้านการพยาบาลผ่าตัด และหนังสือการพยาบาลทางห้องผ่าตัด
- บรรณาธิการวารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธิรังษี

ตำแหน่ง : หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน :

- สอนวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์และการพยาบาลผ่าตัด
- กรรมการและเลขานุการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
- กรรมการเฉพาะกิจจัดทำ Guideline สำหรับห้องผ่าตัดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- คณะทำงานในการร่างมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2542)

ผลงานทางวิชาการ :

- เขียนบทความและเป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

3. นางเพลินพิศ ปานสว่าง

ตำแหน่ง : ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลฝ่ายพัฒนาศึกษา และผู้ตรวจการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน :

- พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2514-2519
- ผู้ช่วยหัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2520-2535
- หัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2542
- กรรมการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
- กรรมการเฉพาะกิจจัดทำ Guideline สำหรับห้องผ่าตัดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลงานวิชาการ :

- เขียนบทความเรื่องมาตรฐานโครงสร้างของห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ในเอกสารการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 เรื่องความก้าวหน้าของการพยาบาลในห้องผ่าตัด

4. นางสาวภิญญา ศิริกุลเสถียร

ตำแหน่ง :

- หัวหน้าหน่วยผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
- หัวหน้ากลุ่มวิชาการและการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลราชวิถี
- งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี
- กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน กองโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน :

- พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ICN) ห้องผ่าตัด และโรงพยาบาลราชวิถี
- กรรมการควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยสูตินรีเวชวิทยา
- กรรมการหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

- กรรมการของชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
- กรรมการเฉพาะกิจจัดทำ Guideline สำหรับห้องผ่าตัดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลงานวิชาการ :

- งานวิจัย เรื่อง การฟอกมือก่อนผ่าตัดโดยใช้สบู่ยาฆ่าเชื้ออย่างเดียวก่อนการใส่แปรงฟอกมือ
- งานวิจัย เรื่อง การศึกษาอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยใช้วิธีของ NNIS
- เป็นวิทยากรทั้งภาครัฐและเอกชน บรรยายเรื่อง การทำให้ปราศจากเชื้อ และการทำลายเชื้อ การตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilizer) และการตรวจสอบประสิทธิภาพของน้ำยาฆ่าเชื้อ (Disinfectant)
- การประดิษฐ์ถุงรองรับเลือดและสารคัดหลั่ง (UNDERBUTTOCK BAG) ได้รับรางวัลที่ 2 (รางวัลที่ 1 ไม่มี) จากการนำเสนอผลงานวิชาการทางโปสเตอร์ ในการประชุมวิชาการของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2547

5. นางเจอดใจ บั้วหมื่นไวย

ตำแหน่ง : หัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลรามาริบดี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน :

- พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลรามาริบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2513-2532
- พยาบาลหัวหน้าตึกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลรามาริบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 – ปัจจุบัน
- สมาชิกชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

6. นางนพรัตน์ กิ่งแก้ว

ตำแหน่ง : หัวหน้าห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน :

- พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดทั่วไป ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2519-2520
- พยาบาลประจำการห้องคลอด ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2521-2525
- พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2547
- พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ กัญญา ออประเสริฐ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. นางสาวภิญญา ศิริกุลเสถียร หัวหน้าห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี
5. พ.ต.ท.หญิง มุทิตา รัตนภาค พยาบาล สบ.2 ห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลตำรวจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/1887

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 ตุลาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ กัญญา ออประเสริฐ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวที่แนบ เพื่อนำข้อมูลมาสร้างเป็นเครื่องมือในการวิจัย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ กัญญา ออประเสริฐ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ชื่อนิสิต

นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล โทร. 0-1821-2634

ที่ ศธ 0512.11/1887

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 ตุลาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เนื่องด้วย นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเพลินพิศ ปานสว่าง ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านพัฒนาบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวที่แนบ เพื่อนำข้อมูลมาสร้างเป็นเครื่องมือในการวิจัย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางเพลินพิศ ปานสว่าง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ชื่อนิสิต

นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล โทร. 0-1821-2634

ที่ ศธ 0512.11/2280

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1 ธันวาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย

เนื่องด้วย นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ชื่อนิสิต

นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล โทร. 0-1821-2634

ที่ ศธ 0512.11/2449

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

22 ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องด้วย นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801ชื่อนิสิต นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล โทร. 0-1821-2634



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำแนะนำ : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบัน
หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างต่อไปนี้

1. ปัจจุบันท่านอายุ

- 21-25 ปี 26-30 ปี
 31-35 ปี 36-40 ปี
 41-45 ปี 46-50 ปี มากกว่า 50 ปี

2. เพศ

- ชาย หญิง

3. สถานภาพสมรส

- โสด คู่
 หม้าย/หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

- อนุปริญญา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 ปริญญาโท อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม

- 1-5 ปี 6-10 ปี
 11-15 ปี 16-20 ปี
 21-25 ปี มากกว่า 25 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรมว่าผู้ที่สามารถปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายในการพยาบาลผ่าตัดทางสูติ-นรีเวชกรรม จะต้องมีความรู้และแต่ละสมรรถนะมีระดับความสำคัญมากน้อยเพียงใดสำหรับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรมที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางสูติ-นรีเวชกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

คะแนน 5 = สำคัญมากที่สุด	หมายถึง	สมรรถนะดังกล่าวมีความสำคัญต่อพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม มากที่สุด
คะแนน 4 = สำคัญมาก	หมายถึง	สมรรถนะดังกล่าวมีความสำคัญต่อพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม มาก
คะแนน 3 = สำคัญปานกลาง	หมายถึง	สมรรถนะดังกล่าวมีความสำคัญต่อพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม ปานกลาง
คะแนน 2 = สำคัญน้อย	หมายถึง	สมรรถนะดังกล่าวมีความสำคัญต่อพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม น้อย
คะแนน 1 = สำคัญน้อยที่สุด	หมายถึง	สมรรถนะดังกล่าวมีความสำคัญต่อพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม น้อยที่สุด

ตัวอย่าง

	รายการสมรรถนะ	สำคัญมากที่สุด 5	สำคัญมาก 4	สำคัญปานกลาง 3	สำคัญน้อย 2	สำคัญน้อยที่สุด 1
1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ	√				

จากตัวอย่างแสดงว่าตามความคิดเห็นของท่าน ความสามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชกรรม **มากที่สุด**

	รายการสมรรถนะ	สำคัญ มาก ที่สุด 5	สำคัญ มาก 4	สำคัญ ปาน กลาง 3	สำคัญ น้อย 2	สำคัญ น้อย ที่สุด 1
1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ					
2	สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์					
3	สามารถวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตามลำดับความสำคัญของปัญหา					
4	สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด					
5	สามารถให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้ตามหลักการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					
6	สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องตามเทคนิคปลอดภัย					
7	สามารถบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา					
8	.....				
9	.....				

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง สำหรับความร่วมมือของท่าน

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมด้วยตนเอง
คำชี้แจง

แบบสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมด้วยตนเอง มีทั้งหมด 61 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน คือ

1. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ
2. ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ
3. ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 8 ข้อ
4. ด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 6 ข้อ
5. ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ
6. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 4 ข้อ
7. ด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 4 ข้อ
8. ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 9 ข้อ

ให้ท่านพิจารณาว่าท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมลักษณะนี้มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ในช่องคะแนนที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุด ดังนี้

คะแนน 5	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มากที่สุด
คะแนน 4	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มาก
คะแนน 3	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้ปานกลาง
คะแนน 2	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อย
คะแนน 1	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อยที่สุด

ตัวอย่าง

	รายการสมรรถนะ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	\checkmark				

จากตัวอย่างแสดงว่าตามความคิดเห็นของท่าน ท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มากที่สุด

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม (หัวหน้าตึกประเมินพยาบาลประจำการ)

คำชี้แจง

แบบสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชา มีทั้งหมด 61 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน คือ

1. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ
2. ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ
3. ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 8 ข้อ
4. ด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 6 ข้อ
5. ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ
6. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 4 ข้อ
7. ด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 4 ข้อ
8. ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 9 ข้อ

ให้ท่านพิจารณาว่าพยาบาลประจำการซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชามีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมลักษณะนี้มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ในช่องคะแนนที่ตรงกับความสามารถมากที่สุด ดังนี้

- คะแนน 5** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มากที่สุด
- คะแนน 4** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มาก
- คะแนน 3** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้ปานกลาง
- คะแนน 2** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อย
- คะแนน 1** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อยที่สุด

	รายการสมรรถนะ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	\checkmark				

จากตัวอย่างแสดงว่าตามความคิดเห็นของท่าน พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ มากที่สุด

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม (พยาบาลประจำการผู้ร่วมงานประเมินพยาบาลประจำการ)

คำชี้แจง

แบบสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ร่วมงานของท่าน มีทั้งหมด 61 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน คือ

1. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ
2. ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ
3. ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 8 ข้อ
4. ด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม จำนวน 6 ข้อ
5. ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ
6. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม จำนวน 4 ข้อ
7. ด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 4 ข้อ
8. ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 9 ข้อ

ให้ท่านพิจารณาว่าพยาบาลประจำการซึ่งเป็นผู้ร่วมงานของท่านมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมลักษณะนี้มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ในช่องคะแนนที่ตรงกับความสามารถมากที่สุด ดังนี้

- คะแนน 5** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มากที่สุด
- คะแนน 4** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้มาก
- คะแนน 3** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้ปานกลาง
- คะแนน 2** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อย
- คะแนน 1** หมายถึง พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนี้น้อยที่สุด

ตัวอย่าง

	รายการสมรรถนะ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
1	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	\checkmark				

จากตัวอย่างแสดงว่าตามความคิดเห็นของท่าน พยาบาลประจำการมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมในการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มากที่สุด

	รายการสมรรถนะ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
	ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาล					
1	ผ่าตัด สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จัดทำในวารสารหรือการประชุมวิชาการได้					
2	สามารถทำการวิจัยหรือร่วมทำวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานได้					
3	.....				
4	.....				
	ด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล					
5	ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน					
6	สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัด					
7	.....				
8	.....				
	ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม					
9	สามารถใช้อุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ					
10	สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้องครบถ้วน					
11	.....				
12	.....				
	ด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม					
13	สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน					
14	สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ					
15	.....				

	รายการสมรรถนะ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
	ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด					
16	สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคมและของใช้ไฟฟ้าได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ					
17	สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย					
18	.....				
	ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม					
19	สามารถให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อเนืองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม					
20	สามารถกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย					
21	.....				
	ด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์					
22	มีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น					
23	สามารถให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงานการพยาบาลผ่าตัดได้					
24	.....				
	ด้านการบริหารจัดการ					
25	สามารถจัดระบบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับปริมาณงานที่ต้องปฏิบัติ					
26	สามารถจัดการกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม					
27	.....				

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง สำหรับความร่วมมือของท่าน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล เกิดเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2501 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและนวดกรรมวิจจากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปี พ.ศ. 2523 สำเร็จปริญญาการศึกษาบัณฑิตวิชาเอกสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตพลศึกษา เมื่อปี พ.ศ. 2528 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อปี พ.ศ. 2532 เข้ารับการศึกษา ระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด สูตินรีเวชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย