

การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล
ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี



นางสาวรัตนา เพิ่มเพชร

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

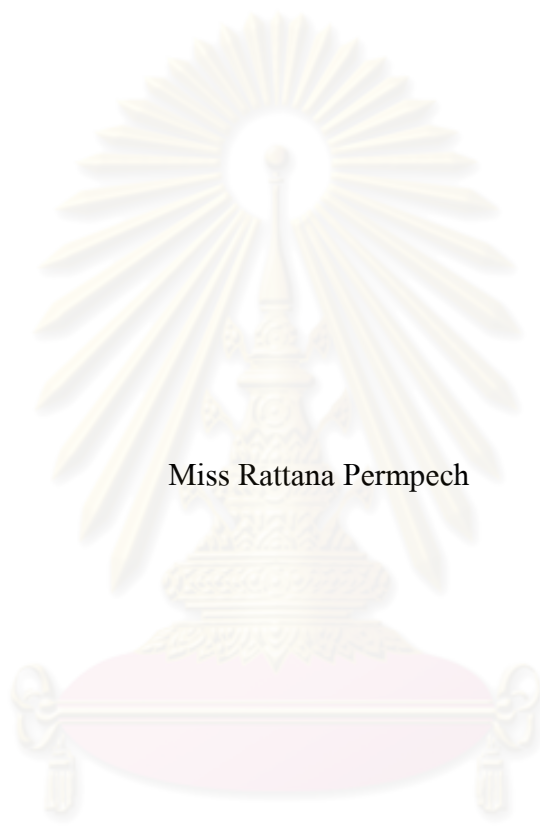
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AN ANALYSIS OF NURSING ACTIVITIES AND PERIOPERATIVE
NURSE STAFFING IN THE OBSTETRIC-GYNECOLOGY
OPERATING ROOM AT RAMATHIBODI HOSPITAL



Miss Rattana Permpech

ศูนย์วิทยทรัพยากร
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 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลัง
บุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช
โรงพยาบาลรามธิบดี

โดย

นางสาวรัตนา เพิ่มเพ็ชร

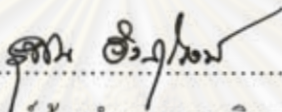
สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

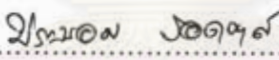
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุธิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

รัตนา เพิ่มเพ็ชร : การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี (AN ANALYSIS OF NURSING ACTIVITIES AND PERIOPERATIVE NURSE STAFFING IN THE OBSTETRIC-GYNECOLOGY OPERATING ROOM AT RAMATHIBODI HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศศ.คร. สุชาดา รัชชกุล, 150 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ศึกษาจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และเพื่อศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี และมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 29 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 11 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และส่วนที่ 2 คือ แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และคู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และหาค่าความเที่ยงจากการสังเกตโดยเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลให้ผู้ป่วย 1 ราย ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี มีกิจกรรมหลัก ระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมโดยตรง 4 กิจกรรม และกิจกรรมโดยอ้อม 3 กิจกรรม ระยะผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมโดยตรง 3 กิจกรรม และกิจกรรมโดยอ้อม 2 กิจกรรม และระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมโดยตรง 3 กิจกรรม และกิจกรรมโดยอ้อม 3 กิจกรรม
2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วย 1 ราย ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี ใช้เวลาเฉลี่ยรวม 6 ชั่วโมง 37.8 นาที ซึ่งใช้เวลาในระยะก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมง 7 นาที ระยะผ่าตัด 3 ชั่วโมง 51.6 นาที และระยะหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง 39.1 นาที
3. อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดีที่ควรจะมีบุคลากรทางการพยาบาลรวมทั้งสิ้น 36 คน โดยแบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 27 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 9 คน

สาขาวิชา..การบริหารการพยาบาล.. ลายมือชื่อนิติศ.....รัตนา เพิ่มเพ็ชร.....

ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....ศศ.คร. สุชาดา รัชชกุล.....

5177837236: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: NURSE STAFFING, PERRIOPERATIVE NURSE ACTIVITIES

RATTANA PERMPECH: AN ANALYSIS OF NURSING ACTIVITIES AND PERIOPERATIVE NURSE STAFFING IN THE OBSTETRIC-GYNECOLOGY OPERATING ROOM AT RAMATHIBODI HOSPITAL. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SUCHADA RATCHUKUL, Ed.D., 150 pp.

The purposes of this descriptive research were to determine nursing activities according to nursing needs of perioperative patients and time average practicing in nursing activities within 3 phase of perioperative field of operation were preoperative phase intraoperative phase and postoperative phase and to determine the appropriate staffing in the obstetric-gynecology operating room at Ramathibodi hospital. Study subjects consisted of 29 nursing staff who were 18 registered nursing and 11 practical nurse who had more than 1 year working experience in the obstetric-gynecology operating room at Ramathibodi hospital, selected by purposive study technique. Research instruments were categories 1 classified into 2 parts were perioperative patient demographic data record form, and perioperative nursing activity record form. Categories 2 were perioperative nursing activity dictionary of the obstetric-gynecology operating room at Ramathibodi hospital. All instrument were tested for content validity. The content validity index (CVI) were 0.94 and the reliability of observation were 0.91 respectively. Statistical method used were frequency, percentage, mean, and standard deviation

The major findings were as follow:

1. The nursing activities according to nursing needs of perioperative patient in the obstetric-gynecology operating room at Ramathibodi hospital were main practical nursing activities in preoperative phase: 4 direct nursing activities and 3 indirect nursing activities, intraoperative phase: 3 direct nursing activities and 2 indirect nursing activities, and postoperative phase: 3 direct nursing activities and 3 indirect nursing activities.

2. The average of nursing care time according to nursing needs of perioperative patient in the obstetric-gynecology operating room at Ramathibodi hospital were 6 hours 37.8 min. Nursing time used in preoperative phase, intraoperative phase and postoperative phase 1 hours 7 min. 3 hours 51.6 min. and 1 hours 39.1 min. respectively.

3. The member of nursing personal needed in the obstetric-gynecology operating room at Ramathibodi hospital total 36 nursing staffs required, with composed of 27 registered nurses and 9 practical nurses.

Field of Study:Nursing Administration.....

Academic Year:.....2010.....

Student's Signature *Rattana Permpech*

Advisor's Signature *Suchada Ratchukul*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่อง ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และเสียสละทุ่มเทเวลาให้กับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความซาบซึ้งมา ณ โอกาสนี้ และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ประสบการณ์ทางการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้ความปรารถนาดีและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบคุณบุคลากรทางการพยาบาลห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัย และขอขอบคุณ คุณ นงนาจ แก้วใจ ที่ช่วยให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบคุณด้วยความซาบซึ้งอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ คุณ ชุติพร วชิรชนากร หัวหน้าห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช และหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่สร้างพื้นฐานทางการศึกษาและให้สิ่งที่ดีงามแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คุณ ไพบุลย์ โคมลอย ที่สร้างแรงบันดาลใจในการใฝ่ศึกษา คอยเป็นกำลังใจทุกเรื่อง และคอยช่วยเหลือจนกระทั่งบรรลุผลของการศึกษา ขอขอบใจน้องหมูหยองที่คอยให้กำลังใจและอยู่เป็นเพื่อนในช่วงกลางคืนจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมรุ่นทุกท่าน และคุณค่าของงานวิจัยทั้งหมดนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครูอาจารย์และผู้ที่มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรงพยาบาลรามาริบัติ.....	11
การพยาบาลผ่าตัด.....	16
การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล.....	29
ขั้นตอนการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
ผลการวิจัย.....	92
อภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	103
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	112
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	114
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและ หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการวิจัยในคน.....	119
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ฉ การคำนวณอัตราค่าสิ่งบุคลากรพยาบาลผ่าตัด.....	138
ภาคผนวก ช ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) และเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet).....	147
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	150

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม.....	46
2 แสดงช่วงเวลา ค่าเฉลี่ยเวลาในการผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่สามารถทำได้ใน 1 วัน (8 ชั่วโมง) จำนวนอัตรากำลัง และค่าเฉลี่ยเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงในระยะผ่าตัดแต่ละประเภท.....	54
3 ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลจากการทดลองใช้ (Try out) โดยวิธีสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและปริมาณเวลาการพยาบาลผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด.....	67
4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	73
5 ค่าเฉลี่ยเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยรวม และจำแนกตามระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะ หลังผ่าตัด (n = 30).....	74
6 ค่าเฉลี่ยเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยรวม และจำแนกตามชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	75
7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะก่อน ผ่าตัดในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	76
8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะก่อน ผ่าตัดในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	78
9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะผ่าตัด ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	81
10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะผ่าตัด ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	84
11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะหลัง ผ่าตัดในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	87
12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะหลัง ผ่าตัดในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30).....	89

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13 การเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลที่มีในปัจจุบัน กับที่คำนวณได้ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด.....	91



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	สายการบังคับบัญชางานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์.....	15
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	61



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในโลกปัจจุบันท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง และเทคโนโลยี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ หรือแม้แต่ภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ทุกองค์การจะต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อความอยู่รอด หรือเพื่อการแข่งขัน รวมทั้งเพื่อให้สามารถรองรับ และใช้ประโยชน์จากผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวให้ได้มากที่สุด สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นสังคมส่วนหนึ่งของประชาคมโลก ได้มีการเปลี่ยนแปลงและปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health care reform) ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ในปี พ.ศ. 2545 โดยกำหนดให้มีแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี หรือธรรมาภิบาล (Good governance) และการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New public management) เข้ามาประยุกต์ใช้ในระบอบราชการของไทย เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดภารกิจ และยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ในเชิงภารกิจแห่งรัฐ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2552; 16) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิรูปในระบอบบริการสุขภาพภาครัฐทุกแห่ง และมีผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณโดยรวมขององค์การให้มีความประหยัดและคุ้มค่าที่สุด

ขณะเดียวกันความต้องการบริการสุขภาพภายในประเทศที่สูงขึ้น แต่ขนาดขององค์กรและกำลังคนที่ลดลง การบริหารทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นปัจจัยสำคัญ ของการบริหารจัดการอย่างคุ้มค่า และเหมาะสม เพื่อช่วยปรับลดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายโดยรวมของสถานบริการสุขภาพในภาครัฐ พบว่าประมาณร้อยละ 45-50 ของค่าใช้จ่ายนั้นถูกจ่ายเป็นค่าจ้างแรงงาน และในจำนวนนี้เป็นการจ่ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในสัดส่วนที่มากที่สุด (สำนักการพยาบาล, 2545) ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงมีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารจัดการอัตรากำลัง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดปริมาณอัตรากำลังให้มีบุคลากรทางการแพทย์ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและให้การดูแลผู้ป่วย หรือบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับภาระงานอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และคุ้มค่ามากที่สุด

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่จัดให้บริการขนาด

970 เตียง ปัจจุบันมีพยาบาลประจำการ 1,343 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 958 คน (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2552) ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (Tertiary hospital) และระดับความเป็นเลิศ (Excellence center) แบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) ควบคู่กับการป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคชุกชากซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤต และมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาแพงในการรักษาผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ให้การดูแลผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ยังต้องรับย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary hospital) และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary hospital) เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อ ทำให้โรงพยาบาลรามาริบัติมีผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวันจำนวนมาก ซึ่งจำแนกเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 5,561 คนต่อวัน ผู้ป่วยในทั่วไปจำนวน 848 คนต่อวัน และผู้ป่วยหนักจำนวน 84 คนต่อวัน (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2552) อีกทั้งให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Ambulatory care) แบบองค์รวม (Holistic care) และให้บริการรองรับอุบัติเหตุหมู่ (Mass casualty) โดยมีศักยภาพในการให้บริการทางสุขภาพ ควบคู่ไปกับการเรียนการสอน การฝึกอบรบ และงานวิจัย รวมทั้งยังต้องมีการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยเข้าร่วมในโครงการการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง และมีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดคุณภาพที่เชื่อถือได้ อีกทั้งจากความต้องการมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยและญาติ จึงส่งผลให้ภาระงานในการให้บริการแก่ผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงานเพิ่มสูงขึ้น

งานการพยาบาลผ่าตัดห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช เป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลรามาริบัติ ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทางสูติกรรมและนรีเวชกรรม ทั้งในรายที่สามารถได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้า (Elective surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ไม่รีบด่วน มีการกำหนดวันเวลา และเตรียมการล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ป่วยและแพทย์ และการผ่าตัดที่รีบด่วนหรือฉุกเฉิน (Emergency surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่รีบด่วนต้องกระทำในทันทีเพื่อรักษาอวัยวะหรือชีวิตของผู้ป่วย (อรอนงค์ พุมอาภรณ์, 2550) รวมทั้งกรณีมีข้อบ่งชี้ที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถคลอดได้เอง เพราะอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตของมารดาหรือทารกในครรภ์ได้ (วิณา บัลลังก์โพธิ์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2540) ซึ่งงานบริการผ่าตัดของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช มีห้องผ่าตัดย่อยทั้งหมด 5 ห้อง และห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด 1 ห้อง มีจำนวนผู้ป่วยที่มาผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ในปี 2549 มีจำนวน 3,602 คน เพิ่มมากเป็น 4,076 คน ในปี 2550 ซึ่งการบริการผ่าตัดที่พบมากที่สุด คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section) การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Total abdominal hysterectomy) และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopy) (งานเวชสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2552) ปัจจุบันมีบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาล

วิชาชีพจำนวน 21 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 12 คน ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาล สำหรับผู้เข้ารับการผ่าตัดครอบคลุมแบบองค์รวม (Holistic care) ในทุกระยะของการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ โดยมีพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nurse) เป็นสมาชิกสำคัญในทีมผ่าตัด เพราะจะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่น รวมทั้งทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะการผ่าตัด กล่าวคือ ระยะก่อนผ่าตัดทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนกระทั่งรับผู้ป่วยมาที่ห้องรอการผ่าตัด ส่วนระยะผ่าตัดเริ่มตั้งแต่นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จสมบูรณ์ และระยะหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดจนกระทั่งส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วยและดำเนินการเยี่ยมหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถตลอดจนทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษที่พัฒนาออกมาในรูปแบบใหม่ๆ ที่ใช้สำหรับการผ่าตัดส่องกล้องที่มีความทันสมัยสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการจัดเตรียม การใช้เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ชนิดต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างถูกต้อง และให้การดูแลรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ชนิดต่างๆให้มีอายุการใช้งานได้นานขึ้น แล้วยังต้องมีความรู้ในเรื่องการทำลายเชื้อ (Disinfection) การทำให้ปลอดเชื้อ (Sterilization) และเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ซึ่งบริบทของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐและให้บริการในระดับตติยภูมิ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ยุ่ยยาก ซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด จากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ที่พัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้มีวิธีการผ่าตัดใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความทันสมัยที่ช่วยลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและขนาดของแผลให้เล็กลง รวมทั้งช่วยลดจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดและลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี และลักษณะงานที่เปลี่ยนไปทำให้บุคลากรทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ มีกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวทางที่จะช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ทราบถึงลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างชัดเจน คือ การวิเคราะห์งานการพยาบาล หรือการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล

การวิเคราะห์งานการพยาบาลหรือการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษากิจกรรมพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งประโยชน์ของการวิเคราะห์งานการพยาบาลนอกจากจะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพแล้ว ยังทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในงานสูง มีการขาดงานน้อยลง มีอัตราการเข้า-ออกจากงานลดลง ช่วยให้องค์การมีการลงทุนและได้รับผลประโยชน์เป็นที่พอใจ รวมทั้งมีผลผลิตสูงทั้งปริมาณและคุณภาพ (สำนักการพยาบาล, 2545) สำหรับการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัด แบ่งการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ

คือ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ระยะเวลาผ่าตัด (Intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) (Phillips, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ ที่มีขอบเขตความรับผิดชอบทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดสูติกรรม และผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ซึ่งการวิเคราะห์งานการพยาบาลเป็นการค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล ตามระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ทั้งนี้ความต้องการการพยาบาลขึ้นอยู่กับประเภทผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย และลักษณะของผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2545) ดังนั้นการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช จะทำให้สามารถทราบถึงขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มีความจำเป็นและมีความสัมพันธ์กับระยะเวลา หรือชั่วโมงการพยาบาล ที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ไป เพื่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยของการบริการด้วย ซึ่งพบว่าชั่วโมงการทำงานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวนของบุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์ในแต่ละหน่วยงานถ้ามีน้อยจะส่งผลให้อัตราการติดเชื้อและความผิดพลาดในการให้บริการเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวทางการป้องกันปัญหาดังกล่าวที่ดีที่สุด คือ การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้สอดคล้องกับชั่วโมงการพยาบาลที่ปฏิบัติจริง และยังถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ทำให้เกิดคุณภาพการให้บริการและความปลอดภัย (Hall, et al., 2004; Aiken, et al., 2007) ซึ่งการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลสำหรับให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดอัตรากำลังทางการพยาบาลที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่น (สำนักการพยาบาล, 2545)

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นปัจจัยนำเข้าไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ซึ่งการจัดอัตรากำลังตามภาระงานที่ผันแปรตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง (มาริษา สมบัติบุญ, 2546) หากบุคลากรทางการพยาบาลมีปัญหาระงานมาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ ปฏิบัติงานเกินเวลา และได้รับค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงาน นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการโดยผู้ป่วยขาดการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมแล้ว ยังทำให้พยาบาลขาดแรงจูงใจในการทำงาน ความจงรักภักดีต่อองค์กรลดลง และมีการโยกย้ายหรือลาออกง่ายขึ้น (สุมนา หวังนิพนานโต และภัทรปภา สุทธิจันทร์เดช, 2552) ทั้งนี้หากพยาบาลมีการลาออกจากงานสูงย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยตามมา นอกจากนั้นแล้วหากอัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่มีความเหมาะสม จะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลให้พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เกิดความเครียด และไม่พึงพอใจในงาน (Zeytinoglu et al., 2007 และ Sellgren et al., 2007) ดังนั้นการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลให้เพียงพอย่อมแก้ปัญหการลาออกและลาป่วยบุคลากรทางการพยาบาลลงได้ (ฟาริดา อิบบราฮิม, 2542) แต่หากมีการใช้จ่ายด้านค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรมากเกินไป อาจทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนเงินที่จะนำไปลงทุนสร้างงานที่จะเพิ่ม

รายได้ให้แก่องค์กร และอาจทำให้องค์กรล้มละลายได้ (รัชนี ศุภจินทรรัตน์, 2546) สำหรับปัญหา อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ในปี 2552 มีการโอนย้ายหน่วยงาน และเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดรวม 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของบุคลากรทั้งหมด (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2552) ทำให้บุคลากรที่เหลือต้องแบกรับภาระงานหนักขึ้น นอกจากนี้ปัญหาการหยุดงานที่มีผลกระทบต่ออัตรากำลังทางการพยาบาล ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลแก้ไขปัญหามาโดยการขออัตราจ้างพิเศษ ซึ่งเป็นวิธีแก้ไขปัญหาระยะสั้นจำเป็นต้องมีแนวทางแก้ไขปัญหามาระยะยาว ซึ่งวิธีการหนึ่งคือการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การคิดอัตรากำลังบุคลากรตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่แท้จริง ซึ่งหากบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดไม่เพียงพอต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจะทำให้ขาดคุณภาพการพยาบาล เนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลมุ่งเน้นให้ภาระงานเสร็จทันตามเวลาทำให้ใช้เวลาในการพยาบาลลดลง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดไม่พึงพอใจหรืออาจก่อให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานของพยาบาลผ่าตัด นำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องตามมา ในทางตรงกันข้ามหากบุคลากรทางการพยาบาลมีมากเกินไปก็จะไม่เกิดความคุ้มค่าในค่าใช้จ่ายทางด้านค่าตอบแทนของบุคลากร โดยเฉพาะในจำนวนนี้เป็นการจ่ายสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลมากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการบริหารอัตราจ้างซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า เพื่อผลิตผลงานที่ให้คุณค่าและลดความสิ้นเปลืองสูญเปล่า ภายใต้ต้นทุนด้านอัตราจ้างที่เหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและจำนวนชั่วโมงการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด เพื่อนำไปพิจารณาจัดจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปริมาณงานที่แท้จริงในแต่ละห้องผ่าตัด

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากิจกรรมการพยาบาล และอัตราจ้างพยาบาลที่เหมาะสมในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการจัดอัตราจ้างพยาบาลห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช เพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด และเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

2. เพื่อศึกษาจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

3. เพื่อศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ในห้องผ่าตัดสูติ - นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง

2. พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเฉลี่ยกี่ชั่วโมงต่อราย

3. อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องการตามปริมาณกิจกรรมการพยาบาลของงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติควรเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้กิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเป็นพื้นฐานในการหาเวลาเฉลี่ย ในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทางหน้าท้องที่พบมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section) การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Total abdominal hysterectomy) และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopy) ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2553 จำนวนรวม 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive study) โดยแต่ละกลุ่มใช้วิธีการนับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจำแนกตามระยะการผ่าตัดตามแนวคิดของ Phillips (2007) ประกอบด้วย การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด แล้วนำมาคำนวณหาอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด หมายถึง การระบุ การแสดงลักษณะเฉพาะงานที่ปฏิบัติ หรือการกระทำตามหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งแบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 2 ประเภท ตามแนวคิดของ ประพิน วัฒนกิจ (2541) ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบครัวโดยตรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม คือ กิจกรรมที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อ

ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบคร้ว แต่เป็นการบริหารงานบุคคล ทรัพยากร การติดต่อประสานงาน การเตรียม เพื่อให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์ขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์ และความชำนาญทางเทคนิคเฉพาะทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ทั้งนี้กิจกรรมการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามแนวคิดการพยาบาลผ่าตัดของ Phillips (2007) คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตและบันทึกเวลาลงในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ทั้งกิจกรรมโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ดังนี้

1.1 กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่บุคลากรทางการพยาบาลให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เริ่มตั้งแต่การกำหนดตารางการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยจนกระทั่งย้ายผู้ป่วยมายังเตียงผ่าตัด ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด 3) การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับส่ง (Stretcher room) 4) การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด (Holding area) 5) การติดต่อประสานงาน การเตรียมเอกสาร และการตรวจสอบในระยะเวลาก่อนผ่าตัด 6) การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลในระยะเวลาก่อนผ่าตัดทั้งหมด และ 7) การจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัด อุปกรณ์ และเครื่องมือในการผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1.1.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในระยะเวลาก่อนผ่าตัด หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะเวลาก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบคร้ว ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งจะดำเนินการโดยพยาบาลผ่าตัดในช่วงเย็นก่อนวันผ่าตัดที่หอผู้ป่วยหรือช่วงเช้าในห้องผ่าตัด 2) การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด 3) การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง (Stretcher room) และ 4) การพยาบาลในห้องรอผ่าตัด (Holding area) เพื่อประเมินผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การตอบข้อสงสัย และการซักถามจากผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบคร้ว โดยนำข้อมูลที่ได้มาใช้วางแผนการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลตามความเหมาะสม

1.1.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะเวลาก่อนผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลกระทำเพื่อให้การพยาบาลโดยตรงในระยะเวลาก่อนผ่าตัดมีความสมบูรณ์ขึ้น ประกอบด้วย 5) การติดต่อประสานงาน การเตรียมเอกสาร และการตรวจสอบในระยะเวลาก่อนผ่าตัด 6) การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลในระยะเวลาก่อนผ่าตัดทั้งหมด และ 7) การจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด การจัดเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่าตัด

1.2 กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่บุคลากรทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในระยะผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งการผ่าตัดสิ้นสุด ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) 2) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) 3) การปฏิบัติบทบาทร่วมกันในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nurse) 4) การเตรียมความพร้อมและการทำตามหน้าที่ของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) และ 5) การลงบันทึกเอกสารทางการพยาบาลระยะผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1.2.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในระยะผ่าตัด หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) 2) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) และ 3) การปฏิบัติบทบาทร่วมกันในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nurse) โดยให้การพยาบาลด้วยความเห็นใจ ให้เกียรติ และการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือในขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึก และให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดได้รับความปลอดภัยและความสุขสบายในระยะผ่าตัด

1.2.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลกระทำเพื่อให้การพยาบาลโดยตรงในระยะผ่าตัดมีความสมบูรณ์ขึ้น ประกอบด้วย 4) การเตรียมความพร้อมและการทำตามหน้าที่ของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) ซึ่งเป็นการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทั้งหมดให้แก่พยาบาลส่งผ่าตัดก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด รวมทั้งเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในระยะผ่าตัด และ 5) การลงบันทึกเอกสารทางการพยาบาลระยะผ่าตัด

1.3 กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่บุคลากรทางการพยาบาลให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดเข้าห้องพักฟื้น หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต จนกระทั่งย้ายกลับหอผู้ป่วย และดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การพยาบาลในห้องพักฟื้น 2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย 3) การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 4) การลงบันทึกเอกสาร 5) การติดต่อประสานงาน และ 6) การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1.3.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในระยะหลังผ่าตัด หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจใน

ระยะหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบครัว ประกอบด้วย 1) การพยาบาลในห้องพักฟื้น 2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย และ 3) การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

1.3.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะหลังผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการพยาบาลกระทำเพื่อให้การพยาบาลโดยตรงในระยะหลังผ่าตัดมีความสมบูรณ์ขึ้น ประกอบด้วย 4) การลงบันทึกเอกสาร 5) การติดต่อประสานงานในการส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย และ 6) การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

2. อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง จำนวนและประเภทของบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีสัดส่วนของบุคลากรที่เหมาะสมกับปริมาณกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีชีวิตรอดปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณอัตรากำลังทางการพยาบาลผ่าตัดของ Ide et al. (Ide et al., 1992 อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล, 2545)

3. บุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมพยาบาลโดยอ้อม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล

3.1 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล และปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

3.2 ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลในหลักสูตรที่มีระยะเวลาการศึกษา 1 ปี ทำหน้าที่ช่วยงานการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและได้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ให้มีความเหมาะสมกับปริมาณงานที่รับผิดชอบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่ดีมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
3. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดมีความพึงพอใจในงาน และจงรักภักดีต่อหน่วยงานและองค์กร

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การศึกษาอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอแนวคิดตามลำดับ ดังนี้

1. โรงพยาบาลรามาริบดี

1.1 ลักษณะทั่วไปของ โรงพยาบาลรามาริบดี

1.2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมของ โรงพยาบาลรามาริบดี

1.3 ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี

1.4 ลักษณะงานบริการผ่าตัด โรงพยาบาลรามาริบดี

1.5 บริบทและขอบเขตการบริการของงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาล

รามาริบดี

2. การพยาบาลผ่าตัด

2.1 ความหมายของการพยาบาลผ่าตัด

2.2 วิวัฒนาการพยาบาลผ่าตัด

2.3 การจำแนกระยะการพยาบาลผ่าตัด

2.4 บทบาทของพยาบาลผ่าตัด

2.4.1 ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase)

2.4.2 ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase)

2.4.3 ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase)

3. การจัดอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการแพทย์

3.1 ความหมายของการจัดอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการแพทย์

3.2 ความสำคัญของการจัดอัตราค่าตั้งทางการแพทย์

3.3 วัตถุประสงค์ของการจัดอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการแพทย์

3.4 กระบวนการจัดอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการแพทย์

4. ขั้นตอนการจัดอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการแพทย์

4.1 การจำแนกประเภทผู้ป่วย

4.2 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

4.3 การศึกษาปริมาณภาระงาน

4.4 การคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

4.5 การกระจายอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. โรงพยาบาลรามธิบดี

1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลรามธิบดี

โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นคณะแพทยศาสตร์ คณะหนึ่งของมหาวิทยาลัยมหิดล ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2508 โดยได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกา ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้น ซึ่งนับได้ว่าเป็นคณะแพทยศาสตร์ในลำดับที่สี่ของประเทศไทย ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามว่า "คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี" และเปิดดำเนินการ เมื่อปี 2512 ซึ่งคณะผู้บริหารสมัยนั้น กำหนดจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างรากฐานความรู้ทางการแพทย์และการพยาบาล (Knowledge-based medicine and care) เพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการและการวิจัย และเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัยอย่างครบวงจร ลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (University hospital) อยู่ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกระดับ มีจำนวนเตียงตามที่ขออนุญาต 970 เตียง แต่พบว่าจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริงมีเพียง 810 เตียง (พ.ศ. 2551) ประกอบด้วยผู้ป่วยทั่วไป 681 เตียง ผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยบริการพิเศษ 129 เตียง หน่วยบริการ Short Stay Service 18 เตียง (โรงพยาบาลรามธิบดี, 2552) ขอบเขตของการให้บริการเป็นการให้บริการผู้ป่วยระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และมุ่งเน้นการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence center) ควบคู่กับการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพในทุกสาขาที่จำเป็น ได้แก่ เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สูติ-นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู จักษุวิทยา โสต ศอ นาสิกวิทยา จิตเวชศาสตร์ ทันตกรรม รังสีวิทยา วิสัญญีวิทยา พยาธิวิทยา นอกจากนี้ยังมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่างๆ เช่น ศูนย์หัวใจหลอดเลือดและเมตาบอริก ศูนย์โรคเลือดฮีโมฟีเลีย ศูนย์เปลี่ยนอวัยวะ ศูนย์เด็กหลอดแก้ว เป็นต้น (โรงพยาบาลรามธิบดี, 2552)

1.2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมของโรงพยาบาลรามาริบัติ

1.2.1 วิสัยทัศน์โรงพยาบาลรามาริบัติ

เป็นคณะแพทยศาสตร์ชั้นนำในภูมิภาคเอเชีย และเป็นประทีปส่องทางด้านสุขภาพของประเทศ

1.2.2 พันธกิจโรงพยาบาลรามาริบัติ

เป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่ให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัย ซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2548) ดังนี้

พันธกิจที่ 1 ด้านการบริหารและพัฒนาองค์กร

วัตถุประสงค์

- 1) เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นการใช้ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน
- 2) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในทุกภารกิจ
- 3) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการคุณภาพในระดับสากล
- 4) เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งมีความต่อเนื่องของวงจรแห่งการเรียนรู้
- 5) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในระดับสากล
- 6) เป็นองค์กรที่มีการจัดการบริหารเงินที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพระดับสากล
- 7) เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการระบบโซ่อุปทาน (Supply chain) ที่มีประสิทธิภาพและต่อเชื่อมในทุกภารกิจ
- 8) เป็นองค์กรธรรมาภิบาล (Good governance) ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม
- 9) เป็นองค์กรที่มีระบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ
- 10) เป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการทุกระดับ

พันธกิจที่ 2 ด้านการศึกษา

ผลิตบัณฑิตทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองสู่ความเป็นผู้นำด้านสุขภาพ

พันธกิจที่ 3 ด้านการวิจัย

พัฒนาศูนย์วิจัยให้ได้มาตรฐานสากล และดำเนินการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ สร้างองค์ความรู้ใหม่ตลอดจนประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

พันธกิจที่ 4 ด้านการบริการ

ด้านบริการวิชาการ เป็นศูนย์การศึกษาต่อเนื่องที่ทันสมัยที่สุดในเอเชีย เป็นที่รู้จักและยอมรับในระดับภูมิภาคเอเชียและนานาชาติ

ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่เป็นเลิศ และบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ รวมทั้งบริการที่สร้างรายได้ให้คณะฯ เพื่อสนับสนุนพันธกิจด้านต่างๆ

พันธกิจที่ 5 ทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

เป็นคณะแพทยศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพที่มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยอย่างครบถ้วน

1.2.3 ค่านิยมโรงพยาบาลรามธิบดี

มุ่งเรียนรู้ บุคคลเรียนรู้ องค์กรเรียนรู้ สร้างนวัตกรรม
คุณธรรม โปร่งใส มีความรับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรม
นำสู่คุณภาพ ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ยึดผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง

1.3 ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี (โรงพยาบาลรามธิบดี, 2548) มีดังนี้

1.3.1 สร้างความเป็นเลิศในการวิจัย (Research excellence) โดยมุ่งเป็นผู้นำด้านวิจัยสุขภาพของประเทศและภูมิภาคเอเชีย

1.3.2 สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ และความเป็นเลิศทางวิชาการ โดยมุ่งเป็นสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพชั้นนำของประเทศ

1.3.3 สร้างความเป็นเลิศในการบริการสุขภาพและบริการวิชาการ

1.3.3.1 มุ่งเป็นผู้นำของประเทศด้านบริการรักษาพยาบาลที่มีผลการดำเนินการเป็นเลิศ

1.3.3.2 มุ่งให้การศึกษาต่อเนื่องแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานและให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ

1.3.3.3 มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

1.3.3.4 สร้างความเป็นสากล และมุ่งเป็นองค์กรที่มีความเข้มแข็งด้านการเงิน สามารถพึ่งตนเองได้

1.4 ลักษณะงานบริการผ่าตัดโรงพยาบาลรามธิบดี

งานบริการผ่าตัดของโรงพยาบาลรามธิบดี มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบห้องผ่าตัดเฉพาะทาง หรือจัดสรรห้องผ่าตัดตามสัลยแพทย์ และจำแนกตามสาขาการผ่าตัด มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็น ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ ห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ห้องผ่าตัดออโรปติกส์ ห้องผ่าตัดจักษุ โสต ศอ นาสิก และห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โดยหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละห้องผ่าตัดมีดังนี้

1.4.1 ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ มีห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 12 ห้อง และห้องพักฟื้น 1 ห้อง รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดระบบศัลยกรรมทั้งหมด ได้แก่ ระบบศัลยกรรมประสาทและสมอง

ระบบศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ระบบศัลยกรรมทั่วไป ระบบศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ระบบศัลยกรรมตกแต่ง และระบบศัลยกรรมเด็ก

1.4.2 ห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ มีห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 7 ห้อง และห้องพักฟื้น 1 ห้อง รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดทางศัลยศาสตร์ ได้แก่ ระบบศัลยกรรมประสาท และสมอง ระบบศัลยกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบศัลยกรรมทั่วไป ระบบศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

1.4.3 ห้องผ่าตัดคอ ไชยศิริ มีห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 5 ห้อง และห้องพักฟื้น 1 ห้อง รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกและข้อทั้งหมด

1.4.4 ห้องผ่าตัดจักษุ โสภ สอนาสิก มีห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 8 ห้อง และห้องพักฟื้น 1 ห้อง รับผิดชอบการผ่าตัดเกี่ยวกับตา หู คอและจมูก

1.4.5 ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช มีห้องผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 5 ห้อง และห้องพักฟื้น 1 ห้อง รับผิดชอบเกี่ยวกับการผ่าตัดทางสูติกรรมและนรีเวชกรรม

1.5 บริบทและขอบเขตการบริการของงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นหน่วยงานที่มีความพร้อมในการให้บริการผ่าตัดทางด้านสูติกรรมและนรีเวชกรรมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.5.1 ขอบเขตการบริการ

ขอบเขตการบริการ ของงานการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ให้บริการผ่าตัดเพื่อวินิจฉัยโรค การผ่าตัดเพื่อการรักษา และการผ่าตัดด้วยเครื่องมือที่พิเศษที่มีความทันสมัย แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดที่จำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึก โดยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มาผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยให้บริการผ่าตัดฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

1.5.2 ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งเป็น 2 ผลัดเวร ดังนี้

1) เวนปฏิบัติงานในเวลาราชการ คือ การปฏิบัติงานในวันและเวลาราชการ ระหว่างเวลา 08.00-16.00 น. การจัดสรรและกระจายอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลประจำห้องผ่าตัดปฏิบัติงานในเวรเช้าแต่ละห้องผ่าตัดประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลในอัตราส่วน 3:1 หรือมีบุคลากรทางการพยาบาลอย่างน้อย 3 คน โดยมีการหมุนเวียนปฏิบัติงานในแต่ละห้อง

2) เวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ คือ การปฏิบัติงานระหว่างเวลา 16.00-08.00 น. โดยจะเปิดให้บริการกรณีมีการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งสามารถให้บริการผ่าตัดได้ 2 ห้อง โดยมีการผสมผสานบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลระหว่างพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ปฏิบัติงานพยาบาลสัดส่วน 3: 2

1.5.3 สายการบังคับบัญชา งานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

งานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นห้องผ่าตัดเฉพาะทาง อยู่ในงานงานบริการผ่าตัดของโรงพยาบาลรามาริบัติ ขึ้นตรงกับภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ปัจจุบันมีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 33 คน ประกอบด้วย หัวหน้าห้องผ่าตัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 21 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 12 คน



แผนภาพที่ 1 แสดงสายการบังคับบัญชางานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่าโรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ในระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ยุ่ยาก ซับซ้อน และมุ่งเน้นสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence center) ควบคู่กับการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีลักษณะการ

ให้บริการผ่าตัดทางด้านสูติกรรมและนรีเวชกรรม ทั้งในรายที่เตรียมตัวมาล่วงหน้าและการผ่าตัดที่รีบด่วนหรือฉุกเฉิน

2. การพยาบาลผ่าตัด

2.1 ความหมายของการพยาบาลผ่าตัด

พินิจ ปรีชานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย (2540) ให้ความหมายการพยาบาลผ่าตัดว่าเป็น การปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพในสถานที่ที่มีการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด ซึ่งคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดจะต้องครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด หรือตั้งแต่ผู้ป่วยรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ ปลอดภัย และส่งกลับหอผู้ป่วยได้

เรณู อาจสาตี (2540) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ตั้งแต่รับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ (2550) ให้ความหมายของการพยาบาลผ่าตัดว่าเป็น การกระทำต่อมนุษย์โดยการดูแล ช่วยเหลือ บุคคลที่มาใช้บริการการผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลผ่าตัดต้องมีการตัดสินใจและทักษะในการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ในการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล

Rothrock (1996) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการพยาบาล โดยการใช้ทักษะ ความรู้ และเทคนิคเฉพาะทาง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย

Spry (2005) กล่าวว่า การพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nursing) เป็นหน้าที่ในการบริหารจัดการ การปฏิบัติการทางคลินิก การให้ความรู้และเป็นผู้วิจั ซึ่งครอบคลุม 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

AORN (2009) ให้ความหมายการพยาบาลผ่าตัดว่าเริ่มขึ้นตั้งแต่ ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด และสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปได้ว่า การพยาบาลผ่าตัดเป็นการกระทำต่อมนุษย์โดยการดูแล ช่วยเหลือบุคคลที่มาใช้บริการผ่าตัดด้วยความรู้เฉพาะทาง ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องและถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทุกระยะการผ่าตัดและได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้ความรู้ การทำวิจั และการบริหารจัดการ ด้วยกระบวนการพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

2.2 วิวัฒนาการการพยาบาลผ่าตัด

ในยุคแรกพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัดมาประมาณเกือบ 200 ปีมาแล้ว จนกระทั่งปี ค.ศ.1889 โรงพยาบาลจอห์นฮอปกินส์ (John hopkins) ได้มีการเปิดอบรมเจ้าหน้าที่เฉพาะทางห้องผ่าตัดให้กับพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก โดยสอนทักษะทางด้าน การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ การใช้ยาฆ่าเชื้อในห้องผ่าตัด การช่วยเหลือศัลยแพทย์ในห้องผ่าตัด และการส่งเครื่องมือในห้องผ่าตัด ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่เน้นการส่งเครื่องมือผ่าตัดมากกว่า การเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยใช้ชื่อพยาบาลห้องผ่าตัดว่า “Operating room nurses” และการพยาบาลห้องผ่าตัดว่า “Operating room nursing” ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด เน้นการนำเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ในเรื่องของการทำความสะอาดห้องผ่าตัด และ ทักษะการส่งเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำผ่าตัด แต่ขาดบทบาทสำคัญของพยาบาล คือ การพยาบาล ผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัด ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ดังนั้นในปี ค.ศ.1978 สมาคม พยาบาลห้องผ่าตัด (Association of Operative Room Nurse: AORN) ได้เปลี่ยนมาใช้คำว่า Perioperative nursing แทนคำว่า “Operating room nursing” เพื่อขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัด เป็นการขยายบทบาทพยาบาลผ่าตัดให้ทำหน้าที่พยาบาลวิชาชีพอย่างสมบูรณ์ (เรณู อจสาลี, 2550)

2.3 การจำแนกระยะการพยาบาลผ่าตัด

การจำแนกระยะการพยาบาลผ่าตัด คือ การแบ่งระยะการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งมี นักวิชาการได้แบ่งระยะการพยาบาลผ่าตัด ดังนี้

Groah (1990: 95) ได้แบ่งการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ ผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ขณะรอผ่าตัดที่ห้อง รอการผ่าตัด จนกระทั่งย้ายผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนบน เตียงผ่าตัด ได้รับยานาสลบจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย และระยะหลังผ่าตัด ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ ผู้ป่วยฟื้นจากการให้ยาสลบและย้ายจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้น

Shumaker (1997: 449-450) ได้แบ่งการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับทราบและยินยอมรับ การผ่าตัดจนกระทั่งถูกย้ายมาถึงห้องรับส่งของห้องผ่าตัด ระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับย้ายจาก ห้องเตรียมผู้ป่วยภายในห้องผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วย ถูกย้ายมาถึงห้องพักฟื้น / กลับหอผู้ป่วย หรือกลับบ้าน

Phillips (2007: 28) แบ่งการพยาบาลในระยะผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ผ่าตัด (Preoperative phase) ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่ง

ผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) เป็นขั้นตอนที่ 2 ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงผ่าตัด จนกระทั่งเสร็จการผ่าตัดเรียบร้อยสมบูรณ์ และระยะหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องพักฟื้น (Post anesthetic care unit: PACU) หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit: ICU) หรือจนกระทั่งสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายกลับบ้านได้

สรุปได้ว่า การพยาบาลผ่าตัดสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร

2.4 บทบาทของพยาบาลผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลผ่าตัด คือให้การดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัด โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มีความครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ โดยมีการวางแผนการพยาบาล และนำแผนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด หลังจากนั้นมีการประเมินผลทางการพยาบาลเพื่อหาข้อบกพร่องที่จะนำมาปรับปรุง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพื่อการพัฒนาคุณภาพพยาบาลผ่าตัด โดยนำแผนปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (Health care reform) ในปี พ.ศ. 2543 มาใช้ โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพ และให้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective) เป็นธรรม (Equity) และคุณภาพที่ได้มาตรฐาน (Quality) การพยาบาลผ่าตัดมีการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ครอบคลุมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้บทบาทพยาบาลผ่าตัดในอนาคตต้องมีการพัฒนาให้ทันกับเทคโนโลยีทางด้านศัลยกรรมที่มีการนำอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัยโรคและทำผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีทางด้านศัลยกรรมมีการปรับเปลี่ยนเป็นการทำผ่าตัดที่จำเป็น แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง โดยทำผ่าตัดผ่านกล้อง (Endoscopic surgery) มากขึ้น เครื่องมือในการผ่าตัดขนาดเล็กลง มีประสิทธิภาพในการใช้งานมากขึ้น ราคาแพง มีความซับซ้อนในการใช้งานและการบำรุงรักษามากขึ้น การผ่าตัดใช้เวลาสั้นลง ผู้ป่วยที่มารักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรมมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ป่วยนอกมากขึ้น เป็นผลดีในการประหยัดค่าใช้จ่าย หลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง เพราะการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อชอกช้ำน้อย ฟื้นฟุได้รวดเร็วและมีอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยลง ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง (เรณู อาจสาตี, 2550) และเป้าหมายของการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ ความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้สร้างความมั่นใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความวิตก

กังวล ความหวาดกลัว และความไม่เข้าใจ (สุชา ปาน้อยนนท์, 2549) ซึ่งบทบาทพยาบาลผ่าตัดที่ควรปฏิบัติกับผู้ป่วยผ่าตัดในแต่ละระยะการผ่าตัด มีดังนี้ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541: 207-208)

1) ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) พยาบาลผ่าตัดเป็นบุคลากรที่มีความรู้และความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดรักษา การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative visit) เป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดและญาติ หรือศึกษาประวัติจากเวชระเบียนและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลและทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งบทบาทอิสระของพยาบาลผ่าตัดที่มีต่อผู้ป่วยที่มาผ่าตัด เช่น การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจ และการส่งต่อข้อมูลสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคแทรกซ้อนหลายระบบ หรือปัจจัยและเทคนิคในการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตหรืออวัยวะ ดังนั้นข้อมูลและปัญหาที่ได้จากการเยี่ยมก่อนผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดควรวางแผนร่วมกับบุคลากรในห้องผ่าตัด หรือปรึกษานักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2) ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) กิจกรรมพยาบาลผ่าตัดปฏิบัติ มีดังนี้

2.1) ด้านการดูแลญาติ พยาบาลห้องรับส่งผู้ป่วยที่มาผ่าตัด จะมีการสร้างสัมพันธภาพกับญาติของผู้ป่วย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด รวมทั้งการติดตามการรักษา (กรณีผู้ป่วยนอก) ตามความเหมาะสมและจำเป็น ตลอดจนจัดสถานที่พักรอให้กับญาติ รวมทั้งส่งเสริมความรู้และสุขภาพต่างๆ ไปให้กับญาติและผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัด

2.2) ด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาถึงห้องผ่าตัดก่อนเวลาของการเริ่มผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจึงมีเวลาในการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลควรแนะนำเกี่ยวกับบรรยากาศของห้องผ่าตัดอีกครั้ง และบุคลากรทางการพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยร่วมกับข้อมูลที่ได้ในระหว่างการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยนอกจากการผ่าตัด ที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในขณะรอผ่าตัด หรือต้องให้ความระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในระหว่างการจัดทำต่างๆ ในการผ่าตัด มีการให้ข้อมูลการเปลี่ยนชุดของผู้ป่วยเป็นชุดห้องผ่าตัด แนะนำให้รู้จักวิสัญญีแพทย์ พยาบาลซึ่งจะทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเริ่มผ่าตัด เช่น การให้สารละลายทางหลอดเลือด การวางยาสลบในระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้การพูดคุยกับผู้ป่วยในระหว่างการจัดทำขณะผ่าตัด หรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสนทนากันระหว่างรอผ่าตัด ซึ่งเป็นแนวทางช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

3) ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในห้องพักฟื้น จนกระทั่งส่งผู้ป่วยกลับสู่หอผู้ป่วย การดูแลในระยะนี้เป็นระยะวิกฤต (Immediate care) พยาบาลห้องพักฟื้นต้องมีความรู้ในศาสตร์อื่นๆ และต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการประเมินปัญหาและให้

การดูแลอย่างมีระบบ และมีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผ่าตัด เพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรค เพื่อวางแผนทางปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ซึ่งบทบาทพยาบาลผ่าตัด งานการพยาบาลผ่าตัดห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ จะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบครัว โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทุกระยะการผ่าตัด ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วย คำนึงถึงความปลอดภัย โดยนำความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดภัยเข้ามาใช้ มีการบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ อย่างมีคุณภาพและประหยัด นอกจากนี้ยังมีบทบาทอิสระในการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและครอบครัว อีกทั้งบทบาทที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม โดยการประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้ยังต้องเข้าร่วมการอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีทางการผ่าตัดที่มีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดมีคุณภาพภายใต้มาตรฐานและให้บริการพึงพอใจ (อรอนงค์ พุมอาภรณ์, 2550) ซึ่ง Phillips (2007) ได้แบ่งการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) ดังนี้

2.4.1 ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase)

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด (Phillips, 2007) กิจกรรมพยาบาลในระยะนี้จะเริ่มโดยการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำโดยบุคลากรทางการพยาบาลตั้งแต่ที่หอผู้ป่วย หรือที่ห้องผ่าตัด แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ออกมาวางแผนการพยาบาล ในระยะนี้พยาบาลผ่าตัดจะต้องสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการแสดงออกด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ให้ความเคารพในสิทธิผู้ป่วย รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจและเป็นกันเอง ซึ่งการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1.1 การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นการพัฒนาคุณภาพในเชิงรุกที่หอผู้ป่วย เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัด (เรณู อาจสาถิ, 2550) รวมทั้งเพื่อประเมินสภาพร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะก่อนผ่าตัด และเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีหลักปฏิบัติ ดังนี้ (Phillips, 2007)

1) ศึกษาและทบทวนประวัติการผ่าตัดของผู้ป่วย จากเวชระเบียนและบันทึกต่างๆ โดยเน้นเรื่องการรักษา การวินิจฉัยทางการพยาบาล และเหตุการณ์ในการปฏิบัติการผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยประเมินครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อบ่งชี้ทางด้านกายภาพ การรักษาพิเศษ และสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

2) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของสถานที่ และช่วงเวลาโดยปราศจากการรบกวน ช่วงเวลาในการเยี่ยมที่เหมาะสมควรเป็นเวลาตั้งแต่ช่วงบ่ายจนถึงหลังรับประทานอาหารเย็น และควรใช้เวลาในการเยี่ยมประมาณ 10-20 นาที นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีปัญหาซับซ้อน หรือมีความต้องการเป็นพิเศษ และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจควรให้การสนับสนุนและมีการประเมินเยี่ยมซ้ำ

3) พยาบาลผู้เยี่ยมควรแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเข้าใจหรือรับทราบทุกครั้ง

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัด

5) แนะนำสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยจะพบในห้องผ่าตัด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด รวมทั้งตารางผ่าตัด เวลาโดยประมาณที่จะเข้าห้องผ่าตัดและการฟักฟื้นหลังผ่าตัด รวมทั้งช่องทางการติดต่อของญาติเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านอารมณ์และจะช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดลงได้

6) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวิธีให้ยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับในการผ่าตัด และแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด โดยทีมวิสัญญีอีกครั้ง

7) ตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัย และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญโดยการลงบันทึกให้ทีมสุขภาพทราบ

8) ให้กำลังใจ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล

9) ค้นหาความต้องการพิเศษของผู้ป่วย และวางแผนให้การดูแลในระยะผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเป็นการประเมินปัญหาทางการพยาบาล

10) สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการเผชิญกับการผ่าตัด โดยยึดหลักของความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

11) ใช้สื่อต่างๆ ประกอบคำอธิบายหรือชี้แจง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดสามารถเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เช่น วิดีโอเทป ดีวีดี สไลด์ รูปภาพ เป็นต้น

2.4.1.2 การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด

การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด เป็นหน้าที่รับผิดชอบของของพยาบาลผ่าตัดที่ต้องรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ก่อนเวลาเริ่มการผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2540) การรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมาที่ห้องผ่าตัดนั้นควรรับให้ถึงห้องผ่าตัดก่อนเวลาผ่าตัดประมาณ 30 – 45 นาที กิจกรรมการ

พยาบาลในขณะที่รับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด จะเน้นความสะดวกสบาย และความปลอดภัยขณะเดินทาง มาเป็นสำคัญ (Phillips, 2007) ซึ่งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มาผ่าตัดจะถูกนำมาด้วยรถนอนอย่าง นุ่มนวลช้าๆ และช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับยากล่อม ประสาทไม่มีอาการคลื่นไส้มีนงง (เรณู อาจสาลี, 2550) และมีความจำเป็นที่ต้องมีพยาบาลไปรับ ผู้ป่วยเนื่องจาก (กันยา ออประเสริฐ, 2540)

1) เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยว่าพร้อมที่จะผ่าตัดหรือไม่ ตลอดจนสิ่ง ต่างๆ ที่ต้องนำมาพร้อมผู้ป่วย เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ ใบอนุญาต ผ่าตัด และอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ จากหอผู้ป่วย เป็นต้น

2) ขณะที่ผู้ป่วยเดินทางมาห้องผ่าตัด อาจมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อาจเกิดอุบัติเหตุพลัดตกจากเปลนอนหรือรถนั่ง จำเป็นต้องมีพยาบาล คอยดูแลสังเกตอาการผิดปกติ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขณะผู้ป่วยเดินทางมาห้องผ่าตัด

2.4.1.3 การพยาบาลแรกรับในห้องเตรียมผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตใจ เป็นอย่างมาก เพราะความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเนื่องมาจากการผ่าตัด และการได้รับยา ระวังความรู้สึกในระยะก่อนผ่าตัดนั้น จะมีผลต่อเนื่องมาถึงในระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เช่น การต้องการยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้นในขณะผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดต้องการยาแก้ปวดมากกว่า ปกติ และอาจทำให้รู้สึกตัวหลังผ่าตัดได้ช้ากว่าปกติ (อรอนงค์ พุมอาภรณ์, 2550) เมื่อผู้ป่วยเข้ามา ในห้องรับส่ง ซึ่งเป็นห้องสำหรับรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมารับการผ่าตัด ตามรายการผ่าตัดในแต่ละ วันตามเวลาที่แพทย์กำหนดไว้ สำหรับรายแรก และรายต่อไป (เรณู อาจสาลี, 2540) ซึ่งพยาบาล ผ่าตัดจะให้การพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงห้องเตรียมผ่าตัด โดยต้องมีการประเมินความพร้อมทั้ง ทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งการตรวจสอบความพร้อมมีดังต่อไปนี้ (Phillips, 2007)

1) ผู้ป่วยต้องอยู่ในชุดแต่งกายของห้องผ่าตัดซึ่งเป็นชุดที่สะอาดที่ จัดเตรียมไว้ให้ เพื่อความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ห้องผ่าตัด

2) นำข้อมือค่าและเครื่องประดับออกจากตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสูญ หาย และอันตรายจากเครื่องใช้ไฟฟ้าระหว่างการผ่าตัด และหากเครื่องประดับถอดไม่ได้ให้บันทึก ลงในเอกสารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

3) นำฟีนปปลอมออกจากผู้ป่วย เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ ระหว่างผ่าตัด

4) นำอุปกรณ์เทียมต่างๆ ที่สามารถถอดได้ออกจากตัวผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยฟัง เลนส์สัมผัส แว่นตา เพื่อป้องกันอันตรายและการสูญหายระหว่างการผ่าตัด

5) ใส่หมวกและดูแลเก็บผมของผู้ป่วยให้เรียบร้อย

6) ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัดว่าพร้อมตามที่แพทย์สั่งให้นำมาที่ห้องผ่าตัดหรือไม่ เช่น ยาแก้แสบ อุปกรณ์การแพทย์

7) ตรวจสอบการให้ยาชนิดต่างๆก่อนผ่าตัดว่าผู้ป่วยได้รับยามาหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับประทานยาก่อนผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยในระหว่างผ่าตัด

8) ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยโดยถามชื่อ-นามสกุล ป้ายชื่อมือ และแฟ้มของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดให้ถูกต้อง ตลอดจนใบเซ็นยินยอมต่างๆ ให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผ่าตัด

9) ควรมีการเตรียมความพร้อมของสภาพจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการประเมินความวิตกกังวล จากการสังเกตคำพูดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มาผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิตก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าห้องผ่าตัด

2.4.1.4 การพยาบาลในห้องรอผ่าตัด

ปัจจุบันเมื่อรับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมาถึงห้องผ่าตัด จะนำมาที่ห้องรอก่อนการผ่าตัด ที่เรียกว่า Holding area โดยจะนำผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมาพักในห้องนี้และผู้ป่วยจะรออยู่ในห้องนี้จนกว่าการผ่าตัดจะเริ่มขึ้น ซึ่งภายในห้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยได้อย่างสะดวก และการพยาบาลในห้องรอผ่าตัดเป็นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์และความวิตกกังวล ซึ่งจะเน้นที่การดูแลด้านจิตใจ โดยวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงความเห็นใจ เต็มใจให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ รวมทั้งเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีการป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง รวมทั้งตรวจสอบเอกสารและอุปกรณ์จำเป็นต่างๆที่มากับผู้ป่วยให้ครบถ้วน ซึ่ง Phillips (2007) ได้กำหนดการพยาบาลในห้องรอผ่าตัดควรปฏิบัติดังนี้

1) ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้ป่วยที่มาผ่าตัด และรักษาอุณหภูมิให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน

2) ตรวจสอบการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ และบริเวณที่ทำผ่าตัด รวมทั้งข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์

3) ทบทวน และตรวจสอบแฟ้มผู้ป่วยให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย ประวัติการรักษา ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใบยินยอมของผู้ป่วยได้แก่ ใบยินยอมเข้ารับการผ่าตัด ใบยินยอมเข้ารับการรักษา

4) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาจากการรักษาในอดีต

5) ตรวจสอบสภาพผิวหนัง

6) ตรวจสอบข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

7) ตรวจสอบสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

8) นำผู้ป่วยที่มาผ่าตัดส่งต่อไปยังห้องผ่าตัดเมื่อถึงเวลาผ่าตัด

สรุปการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด โดยกิจกรรมพยาบาลในระยะนี้จะมีการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดและครอบครัว ซึ่งพยาบาลผ่าตัดจะต้อง สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งมาถึงห้องผ่าตัด โดยการนำ ข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด การพยาบาลแรกรับในห้องเตรียมผ่าตัด และการพยาบาลในห้องรอผ่าตัด

2.4.2 ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase)

การพยาบาลระยะผ่าตัดระยะนี้เป็นขั้นตอนที่ 2 ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัด การพยาบาลระยะนี้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จการผ่าตัดเรียบร้อย สมบูรณ์ (Phillips, 2007) ซึ่งเป็นระยะของการผ่าตัดนานที่สุดในช่วง 3 ระยะ พยาบาลผ่าตัดซึ่ง ประกอบด้วย พยาบาลที่หน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัด เรียกว่า พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) ส่วน พยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยอยู่ในห้องผ่าตัด เรียกว่า พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) ซึ่งบทบาท ของพยาบาลห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารชิบดี มีดังนี้ คือ

1) บทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) รับผิดชอบในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ปลอดเชื้อให้พร้อม และมีหน้าที่ดูแลพื้นที่ปลอดเชื้อ (Sterile field) ทั้งหมด (ชนิดา ฤกษ์จิรัฐ ดิกาล, 2540) รวมทั้งส่งเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องใช้ขณะผ่าตัดให้ถึงมือศัลยแพทย์ ทำความสะอาดเครื่องมือขณะผ่าตัด และต้องนับจำนวนผ้าซับโลหิต ไบมัด เครื่องมือ บนพื้นที่ปลอดเชื้อ ร่วมกับพยาบาลช่วยทั่วไปทั้งก่อนและหลังผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน (เรณู อาจสาลี, 2550) และต้อง เป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ และเชี่ยวชาญในขั้นตอนการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน การผ่าตัด มีไหวพริบในการประยุกต์เครื่องมือให้เหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัดนั้นๆ เมื่อเกิด อุปสรรคในระหว่างการผ่าตัด มีการพัฒนาเทคโนโลยีโดยนำเครื่องมือใหม่ๆ มาช่วยในการผ่าตัด ดังเกิดความผิดปกติขณะผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด เช่น ลักษณะเลือดที่ออก การทำงานของอวัยวะต่างๆ ดังนั้นพยาบาลส่งผ่าตัดจะต้องพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะซึ่งจะช่วยให้การผ่าตัดดำเนินอย่างราบรื่น ลดเวลาในการผ่าตัดให้น้อยที่สุด จะช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาของการได้รับยาสลบ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541) ซึ่งบทบาทพยาบาลส่งผ่าตัด มีดังนี้ (Phillips, 2007)

1.1) ดูแลสิ่งแวดล้อมในการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด และดูแลความสว่างจากโคมไฟที่ใช้ในการผ่าตัด

1.2) ปฏิบัติงานด้วยความคล่องแคล่วว่องไว และมีความระมัดระวังในขณะที่ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ศัลยแพทย์ และตนเอง

1.3) มีการประสานการทำงานของมือและสายตาที่ดี โดยการส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความปลอดภัยในขณะผ่าตัด

1.4) มีความยืดหยุ่นในการพัก เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา เนื่องจากการผ่าตัดอาจมีระยะเวลาที่ยาวนาน

1.5) มีความอดทนโดยสามารถยืนส่งเครื่องมือผ่าตัดได้เป็นเวลายาวนาน

1.6) มีความสามารถในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเครื่องมือที่มีขนาดใหญ่ได้อย่างเหมาะสม

1.7) มีทักษะการฟังที่ดีและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

1.8) มีความสามารถในการสังเกต การคาดเดาเหตุการณ์ และความต้องการของศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติการผ่าตัด รวมทั้งสามารถเลือกใช้เครื่องมือทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

1.9) มีความสามารถในการสื่อสาร การรายงานด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานความปลอดภัย

1.10) ปฏิบัติงานด้วยความสุขุม รวดเร็ว โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและความถูกต้องแม่นยำในภาวะฉุกเฉินจากการผ่าตัด รวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยความสุขุมรอบคอบ

2) บทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) จะต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงในด้านของการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยให้การพยาบาล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ความปลอดภัย และความมั่นคง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถ บอกถึงความต้องการได้ (ธนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล, 2540) ซึ่งพยาบาลช่วยทั่วไปจะต้องเป็นผู้มีความรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องทำหน้าที่ในการจัดเตรียมท่า (Position) ในการผ่าตัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นพี่เลี้ยงในการแก้ไขปัญหาให้กับพยาบาลส่งผ่าตัด ดูแลและประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น แผลหลังผ่าตัด การเสียน้ำ จัดทำนอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย หลังผ่าตัดแต่ละราย ดูแลความสะอาดของร่างกาย และการทำงานของท่อระบายต่างๆจากผู้ป่วย และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น รวมถึงการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยให้กับพยาบาลประจำห้องพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนี้พยาบาลช่วยทั่วไปจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการบริหารจัดการเครื่องมือและสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541) และยังต้องตรวจสอบในเรื่องการเซ็นยินยอมผ่าตัดอย่างถี่ถ้วน เป็นผู้ควบคุมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมทั้งการเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ (เรณู อาจสาลี, 2550) ซึ่งบทบาทพยาบาลช่วยทั่วไป มีดังนี้ (Phillips, 2007)

2.1) ดูแลสิ่งแวดล้อมในการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด หรือให้การดูแลเมื่อมีความเสี่ยงจากการกระเด็นของสารคัดหลั่ง ตลอดจนให้การดูแลความสว่างจากโคมไฟที่ใช้ในการผ่าตัด

2.2) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความคล่องแคล่วว่องไวจากภาวะฉุกเฉินในขณะที่ผ่าตัดตลอดจนมีทักษะในการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการผ่าตัดให้สะอาดปลอดภัย หรือให้การดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงในการผ่าตัดให้กับผู้ป่วย

2.3) มีประสาทสัมผัสของมือและสายตาที่ดี เพื่อปกป้องและรักษาสิ่งแวดล้อมในการผ่าตัดให้สะอาดปลอดภัย

2.4) มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา โดยสามารถปฏิบัติงานได้หลายอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น การติดต่อประสานงาน การดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด การลงบันทึกรายงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และการคิดอย่างมีเหตุผล

2.5) มีความสามารถในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเครื่องมือที่มีขนาดใหญ่ได้อย่างเหมาะสม

2.6) มีทักษะการฟังที่ดีและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

2.7) มีความสามารถในการสังเกต การคาดเดาเหตุการณ์ และความต้องการของทีมสุขภาพที่ปฏิบัติการผ่าตัดได้

2.8) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี และสามารถลงบันทึก รายงานเอกสารที่มีการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพื่อการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม

2.9) ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด เกี่ยวกับบุคลากรที่ให้ดูแลขณะผ่าตัด ช่องทางการติดต่อของญาติ และการดูแลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก

2.10) ปฏิบัติงานด้วยความสุขุม รวดเร็ว โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และความถูกต้องแม่นยำในภาวะฉุกเฉินจากการผ่าตัด รวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยความสุขุมรอบคอบ

สรุปได้ว่า ระยะเวลาผ่าตัดเป็นระยะที่ 2 ที่ใช้เวลานานที่สุด โดยผู้ให้การพยาบาลในระบายนี้อ คือ พยาบาลส่งผ่าตัดและพยาบาลช่วยทั่วไป ซึ่งจะต้องเป็นผู้มีความรู้และความเข้าใจในการบริหารจัดการเครื่องมือและสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย มีความสามารถ และไหวพริบในการประยุกต์เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ให้เหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัด และยังคงพัฒนาตนเอง เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีเครื่องมือผ่าตัดชนิดใหม่ๆ และควบคุมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมทั้งการเก็บเงินเนื้อส่งตรวจ ซึ่งในระบายนี้นี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดได้รับความปลอดภัย

2.4.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด (Postoperative phase)

ระยะเวลาหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องพักฟื้น (Post anesthetic care unit: PACU) หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit: ICU) หรือจนกระทั่งสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายกลับบ้านได้ (Phillips, 2007) การดูแลผู้ป่วยในระบายนี้อเป็นการเฝ้าดูผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดชั่วระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าผู้ป่วยจะช่วยเหลือ

ตนเองได้และปลอดภัย จากผลการระงับความรู้สึกก่อนจะส่งกลับสู่หอผู้ป่วย (กิริติกานต์ ป้ายงเหลื่อม, 2550) ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้เป็นภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการเฝ้าระวังการทำงานของสัญญาณชีพจนกว่าจะหมดฤทธิ์ยาสลบ (เรณู อาสาดี, 2550) การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่าง ศัลยแพทย์ พยาบาลผ่าตัด และวิสัญญี เพราะผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และความละเอียดรอบคอบในการประเมินการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอาการต่างๆ จากการส่งต่อข้อมูลสำคัญ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ได้เป็นอย่างดี การพยาบาลในระยะเวลาหลังผ่าตัดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.4.3.1 การพยาบาลในห้องพักฟื้น

การบันทึกเอกสารในระยะผ่าตัดประกอบด้วย บันทึกทางการแพทย์ของวิสัญญี และบันทึกการพยาบาลในขณะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเป็นอย่างมาก นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดจะต้องแสดงสมรรถนะที่ควรมีในการพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกาย เช่น เสียงปอดและหัวใจ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงถึงอาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ เช่น การอุดตันของทางเดินหายใจ (Airway obstruction) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (Hypothermia) ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือการสูดลำบาก เป็นต้น โดยการบริหารจัดการและให้การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดได้ และการแปรผลค่าต่างๆ จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดได้อย่างทันท่วงที และการพยาบาลในห้องพักฟื้นควรปฏิบัติดังนี้ (Phillips, 2007)

- 1) ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้ของผู้ป่วย หรือการไม่รู้สึกร่างกาย เป็นต้น
- 2) การช่วยเหลือตามความต้องการในด้านร่างกาย เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรือการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นต้น
- 3) ตรวจสอบความซับซ้อนของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับที่ส่งผลถึงอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น
- 4) ตรวจสอบชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการเพื่อป้องกันและรักษาอาการข้างเคียงที่เป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก
- 5) ดูแลจัดการความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การบริหารยาระงับปวด หรือการให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลังอย่างต่อเนื่อง
- 6) ให้การพยาบาลและการลงบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล เช่น การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ

2.4.3.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลผ่าตัดห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งหลักในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมีอาการคงที่ และคะแนนทั้งหมดในการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Total score for discharge) มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน จึงจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นได้ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย และผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดควรปฏิบัติ ดังนี้ (กิริติกันต์ ป้ายงเหลือม, 2550)

- 1) มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไปส่งที่หอผู้ป่วย
- 2) พิจารณาความจำเป็นของการใช้ออกซิเจนในขณะที่ย้ายผู้ป่วย
- 3) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
- 4) การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ต่อเนื่องเพื่อการรักษา และยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในห้องพักฟื้นให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ
- 5) การเคลื่อนย้ายต้องให้ความระวังอันตรายต่ออวัยวะต่างๆของร่างกาย ระวังการเลื่อนหลุดของสายระบายต่างๆ การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย
- 6) กรณีที่ผู้ป่วยต้องย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตให้ติดต่อเรื่องอุปกรณ์พิเศษที่จะใช้ขณะย้ายผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ช่วยการหายใจ เครื่องวัดสัญญาณชีพต่างๆ พร้อมกับวิสัญญีแพทย์
- 7) ขณะส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยควรสังเกตอาการผิดปกติตลอดจนให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น และส่งต่อข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะเดินทางให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.4.3.3 การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดกลับหอผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว พยาบาลผ่าตัดจะเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลในระยะหลังผ่าตัดจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดควรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง (Phillips, 2007) ซึ่งพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ มีวัตถุประสงค์การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด เช่น อาการปวดแผล ตรวจสอบการถูกทำลายของผิวหนัง การถูกทำลายของเส้นประสาทจากการใช้อุปกรณ์ดึงรั้ง

แนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อจากการผ่าตัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

สรุปได้ว่าการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดต้องทำหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ตั้งแต่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องพักฟื้น การพยาบาลในห้องพักฟื้นจะเกิดขึ้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ตลอดจนให้การพยาบาลจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วยได้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลผ่าตัดจะต้องส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้การพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และปลอดภัย ซึ่งพยาบาลผ่าตัดจะดำเนินการเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า การพยาบาลผ่าตัดมีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงมาเป็นลำดับ ซึ่งทำให้บทบาทของพยาบาลผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการพยาบาลผ่าตัดของ Phillips (2007) มาใช้ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์

3. การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ บนพื้นฐานของการมีข้อมูลปัจจัยนำเข้าอย่างครบถ้วน เพียงพอ เชื่อถือได้ รวมทั้งมีระบบการสะท้อนผลของการจัดอัตรากำลังเพื่อนำมาสู่การวางแผนใหม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความรับผิดชอบและหน้าที่ของผู้บริหารการพยาบาลที่จะต้องดำเนินการจัดหาและจัดสรรให้มีบุคลากรการพยาบาลอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ที่จะให้การบริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพสามารถตอบสนองเป้าหมายหรือพันธกิจขององค์กรได้ตลอดเวลา (สำนักการพยาบาล, 2545: 8) ซึ่งการจัดบุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในจำนวนและความสามารถที่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (มาริษา สมบัติบุรณ์, 2546: 4) และมีเป้าหมายมุ่งให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการดำเนินงาน และการปฏิบัติที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ ซึ่งผู้บริหารต้องสามารถอธิบายถึงหลักการและเหตุผลของการจัดอัตรากำลังให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (พัชรี เนียมศรี และคณะ, 2548)

3.1 ความหมายของการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545: 187) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลเป็นกระบวนการปฏิบัติตามระบบในการจัดอัตรากำลังคนอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านปริมาณ

และคุณภาพ ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และการดำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพในหน่วยงาน

มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 4) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลว่าเป็นกระบวนการในการจัดบุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในจำนวนและความสามารถที่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กฤษฎา แสงวงดี (2552) ให้ความหมาย การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลว่าเป็นการจัดพยาบาลระดับต่างๆ เข้ามาปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบ และปริมาณงาน เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพสูง และเป็นผลดีต่อการพยาบาลมากที่สุด

Sullivan and Decker (2004: 231) ให้ความหมายว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นกระบวนการจัดหาบุคลากรที่ทำให้เกิดความสมดุลของปริมาณบุคลากรทางการพยาบาลกับปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

Cherry and Jacob (2008: 425) ให้ความหมายว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อหาความเหมาะสมของจำนวน และสัดส่วนของบุคลากรทางการพยาบาลระดับต่างๆ ให้เพียงพอ และสมดุลกับความต้องการของผู้ป่วย ความปลอดภัย และคุณภาพการพยาบาล

สรุปได้ว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล เป็นกระบวนการการกำหนดจำนวนบุคลากรทางการพยาบาล และประเภทของบุคลากรทางการพยาบาลระดับต่างๆ ให้เพียงพอและเหมาะสมกับหน้าที่ของปริมาณงานของหน่วยงานที่ความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และความปลอดภัย

3.2 ความสำคัญของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล เป็นภารกิจที่สำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ต้องมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีการเน้นนโยบายด้านการเงินการคลัง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณโดยรวมขององค์กรที่ต้องมีความพยายามในการควบคุมงานบริการให้เกิดคุณภาพสูงสุดในขณะเดียวกัน ก็ต้องพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีความประหยัดและคุ้มค่าที่สุดด้วย (พัชรีเนียมศรี และคณะ, 2548) ซึ่งการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและใช้ประโยชน์จากบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพนั้น เป็นงานที่สำคัญและต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ ทั้งนี้เพราะเป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงต้องรับผิดชอบต่อชีวิต และต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้การพยาบาล จึงต้องมีการวางแผนให้มีบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนเพียงพอ (สำนักการพยาบาล 2545: 2) เพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ที่ตอบสนองต่อพันธกิจของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากรพยาบาล ทักษะ ความรู้ และความชำนาญที่เหมาะสม

เพียงพอที่จะทำให้แน่ใจว่าสามารถให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายแรก คือ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผลผลิตสูงขึ้น บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีการพัฒนาตนเอง และมีความก้าวหน้าในสายงาน มีความพึงพอใจในการทำงาน และสามารถธำรงรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ได้ ซึ่งผลของการจัดอัตรากำลังทางการแพทย์พยาบาลที่ดีจะไม่ทำให้เกิดการใช้งานบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลน้อยหรือมากเกินไป ไม่ใช่ผิดวัตถุประสงค์ ผิดคน ผิดประเภท หรือบุคลากรที่ขาดคุณภาพ จึงจะช่วยลดอัตราการลาออกและสูญเสียบุคลากร (Shortage) ของหน่วยงานลงได้ (มาริษา สมบัติบุรณ์, 2546: 3) ดังนั้น การจัดอัตรากำลังทางการแพทย์พยาบาล ต้องคำนึงถึงความเพียงพอเหมาะสมทั้งปริมาณ และคุณภาพของการปฏิบัติงานบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล อันจะนำไปสู่คุณภาพการพยาบาลที่แสดงออกถึงคุณค่างานบริการพยาบาลต่อสังคม (พัชรี เนียมศรี และคณะ, 2548)

3.3 วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

3.3.1 วัตถุประสงค์การจัดอัตรากำลังทางการแพทย์พยาบาล (สำนักการพยาบาล 2545: 10) มีดังนี้

1) เพื่อกำหนดปริมาณอัตรากำลังให้มีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และหรือให้บริการทางด้านสุขภาพ/บริการพยาบาลอย่างเพียงพอ เหมาะสม สมดุลกับปริมาณภาระงานในแต่ละช่วงเวลา ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพการพยาบาลที่หน่วยงานมุ่งหวังและกำหนดไว้ในปรัชญาขององค์กร

2) เพื่อสรรหามูลค่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสามารถใช้ประโยชน์จากความรู้ ความสามารถ และความชำนาญของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแต่ละประเภทได้อย่างเต็มที่ โดยจัดให้มีสัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแต่ละระดับ/ประเภท (Staff mixed or skill mixed team) อย่างเหมาะสมในการให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายด้านอัตรากำลังเหมาะสม

3) เพื่อออกแบบการจัดตารางเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานและให้เหมาะสมกับความต้องการกำลังคนในแต่ละวันหรือแต่ละสัปดาห์

3.3.2 วัตถุประสงค์การจัดอัตรากำลังทางการแพทย์พยาบาล (มาริษา สมบัติบุรณ์, 2546: 4) มีดังนี้

1) เพื่อกำหนดอัตรากำลังทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องการ ให้สอดคล้องกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ในแต่ละช่วงเวลาให้เพียงพอและมีคุณภาพ สามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดและตอบสนองพันธกิจหลักของหน่วยงาน

2) เพื่อสรรหาและจัดสรรบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติในระดับต่างๆ กัน และผสมผสานนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อให้บริการมีคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

3) เพื่อจัดเวรให้สอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานในแต่ละช่วงเวลา

3.4 กระบวนการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล (Staffing process)

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีระเบียบและมีกฎเกณฑ์ที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นเหตุเป็นผลในการกำหนดจำนวน และประเภทบุคลากรที่คาดว่าจะทำได้ มาตรฐานการดูแลที่มีความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มบริการ การจัดอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพจะต้องมีข้อมูลที่เป็นปัจจัยนำเข้าครบถ้วนเพียงพอ และเชื่อถือได้ ทั้งมีระบบการประเมินที่สะท้อนผล (Feedback loop) เพื่อปรับเปลี่ยนและวางแผนการจัดอัตรากำลังรอบใหม่อย่างต่อเนื่อง การจัดอัตรากำลังตามภาระงานที่ผันแปรตามความต้องการของผู้ป่วยจะเป็นกระบวนการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง (Dynamics) ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลมี ดังนี้ (มาริษา สมบัติบุญ, 2546: 7)

3.4.1 การวางแผนอัตรากำลัง (Staffing planning) คือขั้นตอนของกระบวนการบริหารงานบุคคลที่สำคัญมุ่งจะพยายามให้มีกำลังคนที่เพียงพอ เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจขององค์กรให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ในอนาคต (ชงชัย สันติวงษ์, 2546) และเป็นวิธีที่จัดทำขึ้นเพื่อพยายามวิเคราะห์ให้สามารถทราบถึงความต้องการด้านกำลังบุคคลที่จะมีขึ้นในอนาคต ซึ่งผู้บริหารหน่วยบริการพยาบาลจะต้องใช้ประโยชน์จากข้อมูลและค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ชั่วโมงการพยาบาล หรือดัชนีปริมาณเวลาของผู้ป่วยแต่ละประเภทในกลุ่มบริการต่างๆ นำมาคำนวณเพื่อคาดประมาณจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ต้องการ โดยคำนึงถึงตัวแปรต่างๆ เช่น การผันแปรตามช่วงเวลาทำงานตามฤดูกาล ประเภทผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษาพยาบาล รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานบุคลากรที่นำมาใช้วางแผนอัตรากำลัง ซึ่งมักเป็นการวางแผนระยะยาวเป็นรายไตรมาส หรือจัดทำแผนงบประมาณประจำปี และใช้ในการจัดเวรซึ่งเป็นการวางแผนกำลังคนในแต่ละวัน องค์ประกอบที่สำคัญในการวางแผนอัตรากำลังที่หน่วยงานต้องจัดให้มีการดำเนินการประกอบด้วยหลักดังต่อไปนี้ (Langford อ้างใน สำนักการพยาบาล 2545: 6)

- 1) การกำหนดเป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของกลุ่มบริการพยาบาล
- 2) การกำหนดเป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลัง
- 3) การกำหนดข้อบ่งชี้ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคลากร
- 4) การเลือกใช้วิธีการจัดอัตรากำลังและเหตุผลที่เลือก
- 5) การกำหนดนโยบายบุคลากร และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดตารางการ

ปฏิบัติงาน

6) การกำหนดให้มีรูปแบบการจัดอัตราค่าจ้างของแต่ละกลุ่มงานบริการให้เป็นรูปแบบเดียวกัน

7) การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ

8) วางแผนจัดบุคลากรทดแทนกรณีฉุกเฉิน เช่น ลาป่วย

9) การประกันคุณภาพในหน่วยงาน

10) มีการวางแผนประเมินโครงสร้างการจัดอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

การวางแผนอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละประเภทในหน่วยบริการพยาบาล ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานของบุคลากร เพื่อวางแผนอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล ซึ่งสามารถจำแนกออกได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (สำนักการพยาบาล 2545: 11)

3.4.1.1 การวางแผนระยะยาว (Long range plan)

การวางแผนระยะยาว เป็นการคาดการณ์บุคลากรทางการพยาบาลโดยกำหนดประเภท และคุณภาพหรือคุณสมบัติของบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องการ เพื่อตอบสนองเป้าหมายขององค์กรในระยะยาว เช่น คาดการณ์กำลังคนในระยะ 3 ปี 5 ปี หรือ 10 ปี เป็นต้น การวางแผนระยะยาวอาจทำได้ใน 2 ระดับ คือ

1) ระดับมหภาค (Macro level) เป็นการคาดการณ์ด้านกำลังคนในภาพรวมของประเทศ ระดับเขต หรือระดับจังหวัด เป็นต้น ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ทำหน้าที่วางแผน

2) ระดับจุลภาค (Micro level) เป็นการคาดการณ์ด้านกำลังคนในระดับหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล หรือระดับหน่วยบริการ เป็นต้น

3.4.1.2 การวางแผนระยะสั้น (Short range plan)

การวางแผนระยะสั้น เป็นการวางแผนกำหนดอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลให้เพียงพอในการให้บริการแต่ละวัน ตลอดทั้งปี เช่น กลุ่มการพยาบาลควรมีอัตราค่าจ้างเท่าใดจึงจะเพียงพอต่อการให้บริการการพยาบาลตามพันธกิจ และขอบเขตความรับผิดชอบ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และการปฏิบัติงานทดแทนกรณีที่บุคลากรทางการพยาบาล หายุด หรือลางาน รวมทั้งกำหนดแนวทางการปรับลด หรือเพิ่มอัตราค่าจ้าง กรณีภาระงานลดลงหรือเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน แต่ละสัปดาห์ แต่ละเดือน หรือแต่ละฤดูกาล

3.4.2 การจัดตารางการปฏิบัติงาน (Scheduling)

การจัดตารางการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการมอบหมายงาน เพื่อให้มีอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลที่เหมาะสมเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาล ตลอดช่วงเวลาของการบริการ รวมทั้งเป็นการกำหนดวัน เวลาปฏิบัติงานและวันหยุดของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละคน

(สำนักการพยาบาล 2545: 12) โดยจัดแบ่งเวลาในการปฏิบัติงานในรอบ 24 ชั่วโมง ออกเป็นช่วงๆ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลหมุนเวียนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การจัดแบ่งเวลาอาจเป็นแบบ 8 ชั่วโมง หรือ 10 ชั่วโมงต่อแเวร หรือ 12 ชั่วโมงต่อแเวร ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยนิยมจัดแเวรแบบ 3 รอบใน 24 ชั่วโมง โดยผู้ปฏิบัติงานจะมีเวลาการปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมง ในแต่ละสัปดาห์ตามสัญญาจ้างงานบุคลากรเต็มเวลา (มาริษา สมบัติบุรณ์, 2546: 11)

3.4.2.1 รูปแบบการจัดตารางแเวร

การจัดตารางการปฏิบัติงานโดยทั่วไปมีการจัด 3 ลักษณะ ดังนี้ (สำนักการพยาบาล 2545: 12)

1) การจัดตารางปฏิบัติงานแบบแเวรหมุนเวียน (Rotating shift schedule) เป็นการจัดให้บุคลากรทางการพยาบาลหมุนเวียนเข้าปฏิบัติงานในแต่ละแเวรเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม โดยทุกช่วงเวลาการปฏิบัติงานทุกแเวรของทุกวันจะต้องมีบุคลากรทางการพยาบาลครบตามจำนวนที่ต้องการ ตามความจำเป็นของหอผู้ป่วย โดยแบ่งช่วงเวลาการปฏิบัติงานออกเป็น 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง แล้วแต่วิธีการจัดเวลาการปฏิบัติงานที่เลือกใช้

2) การจัดตารางปฏิบัติงานแบบรอบ (Cyclical schedule) เป็นการจัดตารางการปฏิบัติงานให้บุคลากรทางการพยาบาลรับผิดชอบการปฏิบัติงานในแต่ละแเวร แต่ละวันในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น 4-10 สัปดาห์ โดยจัดให้มีวันหยุดคงที่ในแต่ละสัปดาห์ และให้มีการหมุนเวียนต่อเนื่องกันในตารางการทำงานของแต่ละคน

3) การจัดตารางปฏิบัติงานแบบคงที่ (Fixed shift schedule) เป็นการจัดตารางการปฏิบัติงานโดยไม่มีการหมุนเวียนช่วงเวลาการทำงาน บุคลากรจะปฏิบัติงานเฉพาะแเวรใดแเวรหนึ่งไปในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งอาจกำหนดระยะเวลาไว้ 2-4 เดือน

3.4.3 การจัดสรรอัตรากำลัง (Staff Allocation)

การจัดสรรอัตรากำลัง มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อให้มีการกระจายกำลังทางการพยาบาลที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งการจัดสัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังทางการพยาบาล (Staff mix) แต่ละประเภทให้มีความเหมาะสมเพียงพอต่อการตอบสนองต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล 2545: 14) ซึ่งมาจากการศึกษาการกระจายของปริมาณงานให้แต่ละช่วงเวลา (Distribution of workload) เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และกำหนดสัดส่วนการกระจายของปริมาณงานได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการกระจายของปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา จะผันแปรตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งได้คาดประมาณจากข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วยเมื่อใกล้สิ้นสุดแต่ละแเวร หรืออาจใช้ข้อมูลย้อนหลังเป็นสัปดาห์ เดือน ไตรมาส หรือข้อมูลย้อนหลังในระยะ 2-3 ปี ทำให้ทราบความผันแปรตามช่วงเวลาตามฤดูกาล เพื่อเป็นข้อมูลปัจจุบันที่จะใช้ในการจัดอัตรากำลัง โดยมีข้อมูลในอดีตเป็นแนวทางเบื้องต้น และนำข้อมูลในปัจจุบันมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจ จัดสรรและจัดหาบุคลากร

ให้ได้สัดส่วนทั้งประเภทความชำนาญ จำนวน และการกระจายอัตรากำลังที่ใกล้เคียงกับความต้องการของผู้ป่วยและอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ (พัชรี เนียมศรี และคณะ, 2548) ซึ่งจะนำไปตามนโยบายการจ้างงานของแต่ละองค์การรูปแบบการจัดเวรและการจัดสรรอัตรากำลัง เพื่อการกระจายอย่างเหมาะสม อาจได้รับการออกแบบตามการสร้างสรรค์ของหน่วยงาน เพื่อให้มีการใช้ศักยภาพของบุคลากรได้สูงสุด มีการกระจายวันหยุดอย่างเสมอภาคและคำนึงถึงผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของบุคลากร โดยยังคงชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการไว้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานจากการที่บุคลากรมีความพึงพอใจ และมีความสุขในการทำงาน ที่สำคัญคือการใช้ข้อมูลปริมาณงาน เพื่อให้การใช้อัตรากำลังมีประสิทธิภาพสูงสุด จะช่วยลดการสูญเสียเวลา และรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลงได้ในส่วนค่าจ้างแรงงาน (มาริษา สมบัติบุญ, 2546: 7)

สรุปได้ว่า การจัดอัตรากำลังที่มีความเหมาะสม คือ จุดมุ่งหมายของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการวางแผนอัตรากำลัง การจัดตารางการปฏิบัติงาน และการจัดสรรอัตรากำลัง จะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเต็มศักยภาพมากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ และจะเพิ่มประสิทธิผลของหน่วยงาน และตอบสนองต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีมาตรฐาน และผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาอัตรากำลังทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อเป็นการวางแผนอัตรากำลังในระยะสั้นระดับหน่วยงานให้มีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีสัดส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เพียงพอตลอดทั้งปี

4. ขั้นตอนการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาล ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม การดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูล นับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญ เพื่อการคาดประมาณความต้องการกำลังคนอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอขั้นตอนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล ดังนี้

1) ขั้นตอนการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545: 190)

1.1) คาดคะเนความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละวัน โดยต้องครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งการช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม การสอน และการแนะนำ ตามแนวคิดของ Warsler (1974)

1.2) กำหนดเวลาที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งแต่ละหน่วยงานควรพิจารณาตามความเหมาะสม ซึ่งเวลาปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง ใน 1 วัน ควรแบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1.2.1) งานประจำ (Regular work) ไม่ควรเกิน 2 ใน 3 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ซึ่งได้ประมาณ 6 ชั่วโมง

1.2.2) งานพิเศษ (Special work) และงานสร้างสรรค์อื่นๆ (Creative work) ไม่ควรเกิน 1 ใน 3 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ซึ่งจะได้ประมาณ 2 ชั่วโมง

1.3) คิดคำนวณเวลาที่ต้องการการพยาบาลในแต่ละเวรตาม Alexander (1972)

1.4) คิดคำนวณจำนวนพยาบาลระดับต่างๆ ที่ต้องการแต่ละเวร ซึ่งจะต้องเพิ่มจำนวนพยาบาลขึ้นชดเชยในวันหยุดประจำสัปดาห์ และประจำปีด้วย โดยกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง เป็นหลัก

2) ขั้นตอนการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล (มาริษา สมบัติบุรินทร์, 2546: 15)

2.1) ศึกษาปริมาณงานการพยาบาล หรือชั่วโมงการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภท และปริมาณงานที่บุคลากรแต่ละประเภทปฏิบัติหน้าที่

2.2) กำหนดใช้และพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย และทำความเข้าใจบุคลากรพยาบาลระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกผู้ป่วย

2.3) กำหนดการใช้รูปแบบและวิธีการคำนวณเพื่อคาดประมาณอัตรากำลังทางการพยาบาล

2.4) จัดระบบการรายงานข้อมูล จัดทำฐานข้อมูล และสารสนเทศเพื่อใช้จัดอัตรากำลังทางการพยาบาล รวมทั้งฐานข้อมูลบุคลากร

2.5) กำหนดแนวทางปฏิบัติในแผนการจัดบุคลากร (Personal Policy, WP : Work Procedure, WI : Work Instruction) และการจ้างงานในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การจัดบุคลากรปฏิบัติงานประจำ (Full time staff) บุคลากรทำงานบางเวลา (Part time staff) หรือบุคลากรเสริมทำงานนอกเวลา (Overtime) แผนการจัดกำลังคนสำรองฉุกเฉินการเพิ่มหรือลดกำลังคนในกรณีต่าง ๆ แผนการจัดบุคลากรรวมศูนย์ (Staff pool) ในกลุ่มบริการที่มีลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน รวมทั้งคุณลักษณะและสมรรถนะของบุคลากรและงบประมาณการจัดจ้าง

2.6) การติดตามประเมินผลการจัดอัตรากำลังซึ่งอาจจะเป็นการประเมินกระบวนการปฏิบัติ โดยประเมินความเชื่อถือได้ของพยาบาลในการจำแนกประเภทผู้ป่วยในระบบรายงานข้อมูล (Interrater reliability) หรือประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ของการดูแลโดยรวมของหน่วยงานนั้น ๆ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลผลิต (Productivity) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการและบุคลากรพยาบาลหรือระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น

2.7) การทบทวนประสิทธิผลของหน่วยงานโดยใช้ผลการประเมินเป็นแนวทางออกแบบบริการใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มคุณค่าผลผลิต

4.1 การจำแนกประเภทผู้ป่วย

4.1.1 การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวคิดของ Warstler

ซึ่งการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความต้องการการพยาบาล เป็น 5 ประเภท (Warstler, 1972: 8-17) ดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเอง (Self care) มีความต้องการพยาบาลโดยเฉลี่ย 1.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับต่ำ (Minimal care) มีความต้องการพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care) มีความต้องการพยาบาลโดยเฉลี่ย 5.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับต่ำกว่าระยะวิกฤต (Modified intensive care) มีความต้องการพยาบาลโดยเฉลี่ย 7.5 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะวิกฤต (Intensive care) มีความต้องการพยาบาลโดยเฉลี่ย 12 ชั่วโมง ต่อ 24 ชั่วโมง

4.1.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดตามแนวคิดของ Patton

ซึ่งจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มาผ่าตัด ตามลักษณะการผ่าตัด สามารถจำแนกได้ (Patton, 2002) ดังนี้

4.1.2.1 จำแนกตามความรุนแรง ความรีบด่วนที่มีผลต่อชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการ ซึ่งจำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) Optional surgery คือ การผ่าตัดที่ขึ้นอยู่กับความพอใจและความสะดวกของผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดดึงหน้า การผ่าตัดตกแต่งเปลือกตาสองชั้น เพื่อความสวยงาม เป็นต้น

2) Elective surgery คือ เป็นการผ่าตัดที่ไม่รีบด่วน ถึงแม้จะได้ผ่าตัดช้าก็ไม่ทำให้เกิดปัญหาหรืออันตรายกับผู้ป่วย มีการกำหนดวันเวลา วางแผนเตรียมการล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ป่วยและศัลยแพทย์

3) Urgent surgery คือ การผ่าตัดที่ต้องทำโดยเร็วเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ ภายใน 24-48 ชั่วโมง ถ้าช้าจะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายกับผู้ป่วย

4) Emergency surgery คือ การผ่าตัดที่รีบด่วนต้องทำในทันที เพื่อรักษาหน้าที่ของอวัยวะหรือชีวิต

4.1.2.2 จำแนกตามระดับความเสี่ยงของการผ่าตัด

1) Minor คือการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัดน้อย ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) เช่น Incision and drainage, Muscle biopsy

2) Major คือการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดมาก เนื่องจากการผ่าตัดชนิดนี้ต้องใช้ระยะเวลานาน เช่น Mitral replacement, Pancreases transplant, Lymph node dissection

4.1.2.3 จำแนกตามความกว้างของการผ่าตัด (Extent of procedure)

1) Simple เป็นการผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยากผลมีความกว้างปกติ เช่น Simple หรือ Partial mastectomy

2) Radical เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากมีขนาดของแผลกว้าง เนื่องจากมีการทำผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย เช่น Radical prostatectomy, Radical hysterectomy

4.1.3 จำแนกตามจุดมุ่งหมายในการผ่าตัด (Reason for the surgery)

การจำแนกตามจุดมุ่งหมายการผ่าตัด แบ่งได้ 5 ประเภท (อรอนงค์ พุมอาภรณ์, 2550) ดังนี้

1) การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnosis or exploratory) เป็นการผ่าตัดเพื่อให้ทราบจุดที่เกิดโรคหรืออาการนั้นๆ เช่น การส่องกล้องเข้าไปตรวจดูอวัยวะภายในร่างกาย เพื่อวินิจฉัยโรคหรือพยาธิสภาพของโรคให้ชัดเจน (Diagnostic laparoscopy) การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy)

2) การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative) เพื่อแก้ไขปัญหาของสุขภาพด้วยการซ่อมแซมหรือขจัดสาเหตุ เช่น Appendectomy Cholecystectomy, Mastectomy, Hysterectomy

3) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความพิการหรือทำให้อวัยวะนั้นคงที่ (Restorative) เช่น การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยใช้อุปกรณ์ยึดตรึงตามไว้ การแก้ไขไส้เลื่อน การผ่าตัดลิ้นหัวใจ

4) การผ่าตัดเพื่อการประคับประคอง (Palliative) ไม่ใช่การผ่าตัดเพื่อการรักษา แต่จะช่วยลด หรือบรรเทาอาการของโรค เช่น การผ่าตัดเนื้องอกออกจากอวัยวะบางส่วนในกรณีที่ไม่สามารถตัดออกได้ทั้งหมด

5) การผ่าตัดเพื่อการเสริมสวย (Cosmetic) เช่น การผ่าตัดแก้ไขรอยแผลเป็น

4.1.4 การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดตามระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด โดยนำระยะเวลาการผ่าตัดส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นมาแบ่งเป็น 5 ช่วง และสามารถจัดเป็นประเภทของการผ่าตัดได้ 5 ประเภท (เบญจมาศ ปรีชาคุณ, 2547) ดังนี้

ประเภทที่ 1	หมายถึง	การผ่าตัดที่ใช้เวลาน้อยกว่า 1:30 ชั่วโมง
ประเภทที่ 2	หมายถึง	การผ่าตัดที่ใช้เวลา 1:31-2:30 ชั่วโมง
ประเภทที่ 3	หมายถึง	การผ่าตัดที่ใช้เวลา 2:31-3:30 ชั่วโมง
ประเภทที่ 4	หมายถึง	การผ่าตัดที่ใช้เวลา 3:31-4:30 ชั่วโมง
ประเภทที่ 5	หมายถึง	การผ่าตัดที่ใช้เวลามากกว่า 4:30 ชั่วโมง

4.1.5 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ตามกลุ่มและการจัดหมวด

เป็นการจัดหมวดหมู่ยึดตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด (Anatomical site) เป็นหลัก โดยมีการแบ่งได้ ทั้งหมด 16 กลุ่ม จัดเรียงไปในลักษณะหัวจรดเท้า (Head to toe approach) (ICD, 2007)

สรุปได้ว่าระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มาผ่าตัดสามารถจำแนกได้หลายรูปแบบ ตามลักษณะการผ่าตัด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มาผ่าตัดตามระดับความเสี่ยงของการผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้ป่วยผ่าตัด Major ที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดมาก ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน และเป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษา ซึ่งจากสถิติการบริการผ่าตัดพบว่าการผ่าตัดที่พบจำนวนมาก ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดส่องกล้อง ซึ่งการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่กล่าวมามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะการให้บริการกับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ มากที่สุด

4.2 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

4.2.1 ความหมายของกิจกรรมการพยาบาล

วีณา จิระแพทย์ (2544: 124) ให้ความหมายกิจกรรมการพยาบาลว่า เป็นการกระทำที่ตอบสนอง ต่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ

Shortridge and Lee (1980) ให้ความหมายกิจกรรมการพยาบาลว่า เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการใช้กระบวนการในการให้การดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนและการตั้งเป้าหมายการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนและการประเมิน

Cherry and Jacob (2008: 76) ให้ความหมายกิจกรรมการพยาบาลว่า เป็นระยะที่มีการกระทำกิจกรรมการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างมืออาชีพ

สรุปได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลหมายถึง การกระทำของพยาบาลวิชาชีพโดยวิธีรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ

4.2.2 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาปริมาณงานพยาบาล เป็นการวัดปริมาณงานในรูปแบบของเวลาที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยบริการ ซึ่งเป็นการหาปริมาณความต้องการของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการจัดประเภทกิจกรรมพยาบาล และสามารถจำแนกตามแนวคิด ดังนี้

4.2.2.1 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ Urden and Roode (1997: 36) แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1) กิจกรรมการพยาบาล โดยตรง (Direct care) หมายถึง กิจกรรม การพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว

2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect care) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ได้กระทำโดยตรงกับผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว แต่มีผลให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์หรือมีผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (Unit related) หมายถึง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการโดยทั่วไปของหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมที่จะให้บริการได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา กิจกรรมเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้อง ไม่มีผลกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

4) กิจกรรมส่วนบุคคล (Personal activities) หมายถึง กิจกรรมหรือธุระส่วนตัวของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละคน ซึ่งไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรืองานของหน่วยงาน

5) กิจกรรมการบันทึกรายงานเอกสาร (Documentation) หมายถึง ทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก การทบทวนเอกสารรายงาน รวมทั้งการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดูแลและการลงมือบันทึกข้อมูลหรือเขียนรายงานต่างๆ

4.2.2.2 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ ประทีป วัฒนกิจ (2541: 7) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct nursing care) เป็นการให้การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง (Bed side nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อรักษาโรค เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายและภาวะแทรกซ้อน เพื่อความสบาย และบำรุงขวัญให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในขณะที่เจ็บป่วย รวมทั้งการให้ความรู้ สอน แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เช่น การดูแลทำความสะอาดปากและฟัน การอาบน้ำผู้ป่วยที่เตียง การให้ยา การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น

2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing care) เป็นการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาลที่สนับสนุน เอื้ออำนวย หรือส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยทางตรง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องบริหารการดูแลให้การพยาบาล และเรื่องวิชาการพยาบาลที่มีผลต่อการให้การพยาบาลทางตรงแก่ผู้ป่วย การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้เพื่อการพยาบาลทางตรง การเตรียมยา การบันทึกแผนการพยาบาล และการบันทึกผลการพยาบาล เป็นต้น

4.2.2.3 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ วัลลา ตันตโยทัย และ สมจิต หนูเจริญกุล (2541: 185) แบ่งเป็น 8 ประเภท คือ

1) ชนิดของกิจกรรม (Action type) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ตัวอย่างเช่น การสอน การสอดใส่ การเฝาระวัง

2) เป้าหมาย (Target) เป็นสิ่งที่ถูกกระทำโดยพยาบาล หรือให้สาระของการกระทำทางการพยาบาล เช่น ความปวด เด็กเล็ก การให้บริการที่บ้าน

3) เครื่องมือ (Means) เป็นสิ่งของเครื่องใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม
วิธีการปฏิบัติการพยาบาล ตัวอย่างเช่น เทคนิคการฝึกกระเพาะปัสสาวะ เทคนิคการจำหน่ายผู้ป่วย

4) เวลา (Time) เป็นเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล อาจเป็น ระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง และช่วงใดช่วงหนึ่ง เช่น ระหว่างผ่าตัด ก่อนคลอด

5) บริเวณ (Location) หมายถึงบริเวณทางกายภาพที่ถูกระทำการ
ทางการพยาบาล หรือสถานที่ที่กระทำทางการพยาบาล เช่น ศิริษะ แขน บ้าน สถานที่ที่ทำงาน

6) อาณาบริเวณ (Topology) หมายถึง ตำแหน่งทางด้านกายภาพ โดย
ใช้กึ่งกลางของร่างกายเป็นจุดแบ่ง หรือขนาดของบริเวณที่มีการกระทำทางการพยาบาล
ตัวอย่างเช่น ด้านซ้าย ทั้งหมด

7) วิถีทาง (Route) หมายถึง วิถีทางที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เช่น
ทางปาก ทางใต้ผิวหนัง

8) ผู้ได้รับประโยชน์ (Beneficiary) หมายถึง ผู้ที่ได้รับประโยชน์จาก
การกระทำทางการพยาบาล เช่น บุคคล กลุ่มบุคคล

4.2.2.4 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2547: 123-129) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Productive nursing)

1.1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct nursing) หมายถึง
กิจกรรมที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ทำให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น การรับส่งผู้ป่วย การประเมินและ
การสอนผู้ป่วยนอก การทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกในการ
ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด เป็นต้น

1.2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing) หมายถึง
กิจกรรมที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ทำให้แก่ผู้ป่วยโดยอ้อม เช่น การทำความสะอาดห้องผ่าตัด
การตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัด การตรวจเช็คเครื่องมือในห้องผ่าตัด การรวบรวมของส่ง
เพื่อนำไปทำให้ปลอดเชื้อ การดูแลห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือปลอดเชื้อ (Sterile store) การ
ส่งสิ่งตรวจ การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ การล้างและการจัดเก็บเครื่องมือผ่าตัด เป็นต้น โดยแบ่ง
ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมชนิดคงที่ (Fix time)
หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้แก่ผู้ป่วยโดยอ้อม ซึ่งปริมาณเวลาในการทำกิจกรรมจะไม่ผันแปรไปตาม
จำนวนและความหนักเบาหรือประเภทผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดห้องผ่าตัด หรือการตรวจสอบ
ความพร้อมของห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำทุกวัน ไม่ว่าวันนั้นจะมีผู้ป่วยมากหรือ
น้อย

1.2.2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมชนิดผันแปร (Variable time) หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้แก่ผู้ป่วยโดยอ้อม โดยที่ปริมาณเวลาในการทำกิจกรรมมากหรือน้อยจะผันแปรตามจำนวนและความหนักเบาหรือประเภทของผู้ป่วย คือ ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนมาก ชั่วโมงของกิจกรรมนี้ย่อมมากขึ้นด้วย หรือถ้าผู้ป่วยมีจำนวนลดลง ชั่วโมงของกิจกรรมนี้ก็ย่อมลดลงด้วย เช่น การส่งสิ่งตรวจ การล้างและการจัดเก็บเครื่องมือผ่าตัด เป็นต้น

2) กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Nonproductive nursing) หมายถึง กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เช่น การประชุม การสัมมนา เป็นต้น

สรุปได้ว่า การจำแนกประเภทกิจกรรมพยาบาลมีวิธีการจำแนกมีความแตกต่างกันแบ่งตามลักษณะการพยาบาล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ ประพิน วัฒนกิจ (2541: 7) ซึ่งใช้เกณฑ์ในการจำแนกประเภทของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งจะประกอบ ด้วยกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยหรือครอบครัวโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ได้กระทำโดยตรงกับผู้ป่วยหรือครอบครัว แต่มีผลให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์หรือมีผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรวมถึงการบันทึกรายงานเอกสาร ในการส่งต่อข้อมูล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด

4.3 การศึกษาปริมาณกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาปริมาณกิจกรรมการพยาบาลหรือภาระงานของพยาบาลสามารถทำได้หลายวิธี ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดปริมาณงานของพยาบาลประการหนึ่ง คือ ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในแต่ละระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่คุกคามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวัน หรือระดับความรุนแรงของโรคที่คุกคามชีวิต และการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาการ ดังนั้น ปริมาณงานส่วนที่สำคัญส่วนหนึ่ง ได้มาจากการนับจำนวนกิจกรรมการพยาบาล (Nursing activities) ที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นจำนวนที่นับได้ คือ จำนวนครั้ง หรือจำนวนหน่วยของเวลา เพื่อศึกษาการใช้เวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท (Direct care time) และเวลาในการปฏิบัติงานอื่นๆ เพื่อผลสำเร็จของงานตามภาระหน้าที่ หรือเวลาการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect care time) ในช่วงเวลาหนึ่งว่ามีปริมาณเท่าใดในแต่ละวัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ (มาริษา สมบัติบุรณ์, 2546: 18-19) ดังนี้

1) เพื่อทราบปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลแต่ละประเภทใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามภาระหน้าที่

2) เพื่อหาปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท

- 3) เพื่อทราบสัดส่วนปริมาณเวลาที่บุคลากรในแต่ละประเภทใช้ไปกับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาของ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก
- 4) เพื่อทราบความแตกต่างของปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม และการกระจายของปริมาณเวลาที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มบริการต่างๆ

4.3.1 วิธีการศึกษาปริมาณกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมีหลายวิธี ซึ่งวิธีที่นิยมมากที่สุด 4 วิธี ได้แก่ (สำนักการพยาบาล, 2545: 60-62; มาริษา สมบัติบุญ, 2546: 19-20)

4.3.1.1 การศึกษาการใช้เวลาแบบการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Direct continuous observation) มีลักษณะสำคัญ คือ เป็นวิธีการสังเกตพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรการพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่ง ตามวิธีการเคลื่อนที่ (Motion and time study) โดยบันทึกเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของกิจกรรมแต่ละอย่างทีบุคลากรแต่ละคนปฏิบัติ โดยสังเกตการณ์ทำงานของผู้ถูกสังเกตทีละคนแบบหนึ่งต่อหนึ่งไปที่ละกิจกรรม โดยหาค่าเฉลี่ยผลรวมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม วิธีนี้ทำให้ทราบรายละเอียดการเคลื่อนไหว และเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการการทำงานแต่ละชิ้นงาน เพื่อนำไปปรับปรุงประสิทธิภาพงานนั้นๆ แต่อาจมีข้อจำกัด คือ เสียค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากต้องมีจำนวนผู้สังเกตในลักษณะ 1:1 และต้องใช้เวลาในการสังเกตให้ครอบคลุมทุกช่วงเวลา และผู้ถูกสังเกตมีโอกาสเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้เกิดความลำเอียงในผลการศึกษา ซึ่งวันชัย ริจิรวนิช (2545) ได้อธิบายรายละเอียดวิธีการศึกษาการทำงาน (Work study) ซึ่งเป็นวิชาการที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากการศึกษาเคลื่อนที่และการศึกษาเวลา (Motion and time study) ซึ่งมีวิธีการสังเกตพฤติกรรมการทำงาน และศึกษาเวลาที่เป็นมาตรฐานในการทำงาน ดังนี้

1) การศึกษาการทำงาน (Work study) คือ การศึกษากระบวนการทำงานและองค์ประกอบต่างๆ เพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น และใช้ประโยชน์ด้านการพัฒนามาตรฐานของการทำงานและเวลาการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย

1.1) การศึกษาวิธี (Method study) มีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาวิธีการทำงานซึ่งขั้นตอนของการศึกษาการทำงานเป็นสิ่งที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน ดำเนินการเป็นขั้นตอนชัดเจน ซึ่งขั้นตอนการศึกษาวิธีการทำงานมีดังนี้

1.1.1) การเลือกงาน ขั้นตอนการเลือกงานที่จะศึกษาเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ ซึ่งการเลือกงานผิชอบเป็นการเสียโอกาส การเลือกงานที่จะทำการศึกษาคควรพิจารณาความสำคัญของงานตามเงื่อนไขต่าง ๆ

1.1.2) การเก็บข้อมูลวิธีการทำงาน เพื่อจะสามารถวิเคราะห์และปรับปรุงวิธีการทำงาน จึงจำเป็นต้องทำการเก็บข้อมูลวิธีการทำงานที่เลือกจะทำการศึกษาวิธีการทำงาน การบันทึกข้อมูลวิธีการทำงานให้ถูกต้องแม่นยำครบถ้วนตามความเป็นจริง จึงจะเกิด

ประโยชน์ในการวิเคราะห์และพัฒนาวิธีการทำงานที่ดีขึ้นได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกวิธีการทำงาน มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้อย่างต่อเนื่อง ในยุคแรกของการศึกษาการเคลื่อนที่ มีการใช้กล้องถ่ายรูปและเทคนิคการถ่ายภาพ เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลการเคลื่อนไหว ต่อมามีการใช้กล้องถ่ายภาพยนตร์ และกล้องถ่ายวีดิทัศน์ นอกจากนี้จะเป็นเครื่องมือด้านเทคโนโลยีแล้วเครื่องมือที่ใช้ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน คือ กระดาษและเครื่องเขียน ซึ่งมีการพัฒนาวิธีการบันทึกมาเป็นแบบฟอร์มมาตรฐาน ในรูปของแผนภูมิ และไดอะแกรมต่าง ๆ โดยมีการกำหนดสัญลักษณ์ในการบันทึก

1.1.3) การวิเคราะห์วิธีการทำงาน เป็นการพิจารณาตรวจวิธีการทำงานที่บันทึกมาเพื่อทำการวิเคราะห์วิธีการทำงาน โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขระบบงาน และช่วยให้กำหนดทางเลือกใหม่ เทคนิคการแบ่งแยกความสำคัญของปัญหา ทำให้สามารถตัดสินใจจัดงานที่ไม่จำเป็นออกไปได้ และสามารถตรวจสอบความเหมาะสมของคนทำงาน สถานที่ทำงาน ลำดับขั้นตอนการทำงาน ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดแนวทางการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างได้ผล

1.1.4) การปรับปรุงวิธีการทำงาน เป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความเรียบง่ายขึ้น โดยการปรับวิธีการทำงานใหม่ให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากน้อยลง โดยพยายามตัดงานประเภทเวลาไร้ประสิทธิภาพหรือเวลาส่วนเกินออก จะช่วยทำให้ขั้นตอนการทำงานที่มีความยุ่งยากให้มีขั้นตอนที่ง่าย มีประสิทธิภาพดีขึ้น และมีผลผลิตสูงขึ้น

1.1.5) การเปรียบเทียบการวัดผลการทำงาน เป็นการเปรียบเทียบเวลาการทำงานก่อนและหลังการปรับปรุงวิธีการทำงาน ทำได้โดยการรวบรวมเวลาแต่ละกิจกรรมของงาน โดยการเปรียบเทียบปริมาณทรัพยากรที่ใช้ หรือการใช้ผลผลิตรวมต่อวัน ต่อสัปดาห์ หรือต่อเดือน

1.1.6) การพัฒนามาตรฐานวิธีการทำงาน เป็นการพัฒนาวิธีการทำงานเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานตามวิธีการทำงานที่ปรับปรุงแล้ว ซึ่งจะใช้เป็นเอกสารอ้างอิง และเมื่อมีการบันทึกในรูปแบบวีดิทัศน์ก็จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการอบรม ศึกษานูคลาการในด้านมาตรฐานวิธีการทำงาน

1.1.7) การส่งเสริมการใช้วิธีการทำงานที่ปรับปรุงแล้ว เพื่อเป็นขั้นตอนที่จะต้องมีการส่งเสริมผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานตามมาตรฐาน โดยการทำความเข้าใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับทั้งในส่วนบุคคลและองค์การจากการใช้วิธีการทำงานใหม่ที่ปรับปรุงแล้ว

1.1.8) การติดตามการใช้วิธีการทำงานที่ปรับปรุงแล้ว เป็นการพยายามรักษาวิธีการทำงานที่ปรับปรุงแล้วให้ใช้งานอย่างต่อเนื่องและคงอยู่นกว่าจะมีการพัฒนาวิธีการทำงานที่ดียิ่งขึ้น

1.2) การวัดผลงาน (Work measurement) เป็นการกำหนดเวลาทำงานที่เป็นมาตรฐานในการทำงานของคนงานที่มีระดับการทำงานที่เหมาะสม ด้วยเงื่อนไขสภาพการทำงานที่เหมาะสมให้ได้ผลงานหนึ่งหน่วยงาน ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้ผลที่สุดในการเพิ่มผลผลิตทางอุตสาหกรรม เป้าหมายของการวัดผลงานจึงเป็นการกำหนดเวลามาตรฐานในการทำงาน เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านการบริหารการผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการพัฒนาบุคลากรและใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มผลผลิตในอุตสาหกรรม ซึ่งขั้นตอนในการวัดผลงานมี ดังนี้

1.2.1) เลือกรงานที่ต้องการทำการศึกษ งานที่เลือกมักเป็นงานที่ถูกกำหนดโดยความต้องการของหน่วยงาน

1.2.2) การแบ่งแยกย่อยกิจกรรมของงาน เป็นการอธิบายกิจกรรมของงานซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามปกติจะถูกแสดงเป็นรายการกิจกรรม

1.2.3) การบันทึกเวลาการทำงาน เป็นการบันทึกเวลาการทำงานของแต่ละกิจกรรมย่อย องค์ประกอบของกิจกรรมรวมทั้งข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับงานที่กำลังศึกษาเพื่อวิเคราะห์

1.2.4) การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลเวลา เป็นขั้นตอนที่ใช้ในการสร้างความมั่นใจของข้อมูลเวลาซึ่งได้โดยวิธีการของการวัดผลงานใดๆ และจะช่วยให้เกิดแนวทางในการยืนยันความถูกต้องของขั้นตอนการทำงาน

1.2.5) การปรับเวลาประเมินและการปรับเวลาเพื่อ ในการศึกษาเวลา เป็นการบันทึกการทำงานของงานย่อยแต่ละงาน โดยมีการบันทึกการทำงานหลายๆ รอบ จนมั่นใจว่าข้อมูลเวลาที่ใช้เป็นตัวแทนเวลาการทำงานได้ จากนั้นปรับเวลาประเมินอัตราการทำงานและกำหนดเวลาเพื่อ จะกำหนดเวลามาตรฐานของงานได้

1.2.6) การกำหนดเวลามาตรฐาน เป็นการใช้อัตรามาตรฐานเวลาประมาณการเวลาการผลิต เพื่อให้ได้ผลผลิตต่อหนึ่งหน่วยเวลามาตรฐาน

2) การศึกษาเวลา (Time study) เป็นเทคนิคการวัดผลงานซึ่งมีกระบวนการเพื่อกำหนดหาเวลาในการทำงาน ซึ่งทำงานในอัตราที่ปกติ ภายใต้เงื่อนไขในการวัดผลงาน โดยมีผลลัพธ์ของการวัดผลงานเรียกว่า เวลามาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเวลามี แผ่นกระดาษรองกระดาษ แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล และนาฬิกาจับเวลา ขั้นตอนการศึกษาเวลามีได้หลายแบบขึ้นอยู่กับชนิดของผลงานที่นำไปใช้งานแบ่งได้ 3 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

2.1) การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาเวลาต้องมีการบันทึกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มการศึกษาเวลาให้ครบถูกต้องก่อนจับเวลา โดยบันทึกสถานที่ทำงาน วิธีการทำงานในสถานการณ์จริง ตลอดจนวันที่ศึกษา ระยะเวลาที่ศึกษา เพื่อนำมาอ้างอิงภายหลังการศึกษา

2.2) การแบ่งงานออกเป็นงานย่อย เป็นขั้นตอนสำคัญของการศึกษาเวลา เพราะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการอธิบายกิจกรรมของงาน ซึ่งทำให้สามารถอธิบายกิจกรรมที่เกิดขึ้นและกำหนดจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม ซึ่งจะทำได้ข้อมูลเวลามาตรฐานและสามารถกำหนดเวลามาตรฐานของแต่ละงานย่อยได้ และจะช่วยแยกงานที่ไร้ประสิทธิภาพได้

2.3) การจับเวลาและการบันทึกข้อมูลเวลา เมื่อมีการแยกย่อยงานที่ชัดเจนแล้ว จะทำให้ทราบจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของแต่ละงานย่อย ซึ่งวิธีที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ

2.3.1) การจับเวลาแบบต่อเนื่องหรือแบบสะสมเวลา โดยอ่านเวลาจากนาฬิกาจะเดินไปข้างหน้าตลอดเวลา เมื่อเริ่มต้นจับเวลา เวลาของนาฬิกา เริ่มต้นที่ 0 เมื่อสิ้นสุดงานย่อยที่หนึ่งให้อ่านเวลาจากนาฬิกาแล้วบันทึกลงในแบบฟอร์ม โดยไม่ต้องหยุดเวลาเอาไว้ เมื่อสิ้นสุดงานย่อยถัดไปก็อ่านเวลาจากนาฬิกาอีก เวลาที่ได้จะต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งสิ้นสุดการจับเวลา เวลาที่ใช้ในการทำงานแต่ละงานย่อยต้องมาคำนวณภายหลัง

2.3.2) การจับเวลาโดยตรง ซึ่งเป็นแบบวัดจับเวลาโดยตรงแต่ละงานย่อย เริ่มต้นเวลาแต่ละงานย่อยที่ 0 เมื่อสิ้นสุดงานย่อย แล้วบันทึกลงในแบบฟอร์ม ตั้งเวลาไว้ที่ 0 เมื่อเริ่มงานถัดไป การจับเวลาโดยวิธีนี้จะได้เวลาทำงานของแต่ละงานย่อย แต่เวลาที่จับได้อาจมีผิดพลาดไปบ้าง เนื่องจากต้องมาตั้งเวลาให้เป็น 0 และจะเป็นการสูญเสียความแม่นยำในการวัด และจะมีนัยสำคัญกับงานย่อยซึ่งเป็นงานที่ใช้ระยะเวลาสั้น

ซึ่งวันชัย ริจิรวนิช (2550) ได้เสนอการคำนวณจำนวนรอบที่ต้องจับเวลา เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยการใส่ตารางสำเร็จรูป ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม (วันชัย ริจิรวนิช, 2550)

เวลา/วัฏจักร (นาที)	จำนวนตัวอย่าง
ไม่เกิน 0.1	200
0.10-0.25	100
0.25-0.50	60
0.50-0.75	40
0.75-1.00	30
1.00-2.00	25
2.00-5.00	15
5.00-10.00	10
10.00-20.00	8
20.00-40.00	5
เกินกว่า 40.00	3

4.3.1.2 การศึกษาแบบรายงานตนเอง (Self reporting to determine the time associated) มีลักษณะสำคัญ คือ วิธีนี้จะให้ผู้ปฏิบัติจดบันทึกรายงานด้วยตนเอง ว่าในแต่ละช่วงเวลาได้ทำกิจกรรมอะไรบ้าง เป็นจำนวนเท่าใด โดยบันทึกเวลาเริ่มต้นและเวลาสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาหนึ่ง ทำให้ทราบปริมาณงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุม มีค่าใช้จ่ายต่ำ ดำเนินการง่าย แต่เกิดความลำเอียงได้ง่ายจากการรายงานที่ไม่ตรงความเป็นจริง และอาจรบกวนการทำงานของบุคลากรที่ต้องกังวลกับการจับเวลา

4.3.1.3 การใช้เวลาแบบผสมระหว่างการสังเกตโดยตรงและการรายงานตนเอง วิธีนี้นิยมใช้การสังเกตอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่บุคลากรปฏิบัติให้กับผู้ป่วย และใช้การรายงานตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยอ้อม คือ การปฏิบัติงานอื่นๆ ตามภาระหน้าที่และพันธกิจของหน่วยงาน การออกแบบงานวิจัยมักใช้การสังเกตโดยตรงแบบมีส่วนร่วมและแบบแผนของการสังเกต จากการศึกษางานในแต่ละกิจกรรม โดยใช้วิธีศึกษางาน (Time study) ซึ่งต้องเลือกงานที่จะศึกษา บันทึกข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับงานชิ้นนั้น ตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ให้มั่นใจว่าได้วิธีที่ให้ผลดีที่สุด และสามารถแยกงานที่ไร้ประสิทธิภาพออกจากงานที่มีประสิทธิภาพได้ เพื่อให้ได้เวลามาตรฐานการทำงาน (Standard required time) ของงานนั้นๆ นำมาเป็นโครงสร้างในการสังเกต ผู้สังเกตจะหาเวลาการทำงานของผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ ความชำนาญเหมาะสมในการทำงานนั้นๆ ให้เสร็จสิ้นตามปริมาณและคุณภาพที่กำหนดไว้ หรืออาจใช้วิธีการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างงานร่วมกับวิธีการศึกษางานก็ได้

4.3.1.4 การสุ่มตัวอย่างงาน (Work sampling) เป็นวิธีการศึกษาการใช้เวลาของบุคลากรทางการพยาบาล ในการทำงานโดยการสุ่มเวลาเพื่อสังเกตว่า ในแต่ละช่วงเวลาที่สุ่มนั้นมีกิจกรรมอะไร ผู้สังเกตจะจดบันทึกประเภทของกิจกรรมและจำนวนครั้งและผู้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลาที่สังเกต แล้วคำนวณเป็นสัดส่วนปริมาณงานแต่ละประเภทที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นๆ โดยมีลักษณะสำคัญ คือ เป็นการสังเกตพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรเป็นครั้งคราว ตามเวลาที่สุ่มได้ เช่น สังเกตการณ์ทำงานเป็นระยะเวลา 12 นาทีต่อครั้ง 6,700 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ช่วงเวลาที่สังเกตจากการสุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่ม การสุ่มตัวอย่างงานเป็นเทคนิคโดยใช้แนวคิดทฤษฎีความน่าจะเป็น โดยไม่ต้องใช้การสังเกตอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องมีจำนวนครั้งของการสังเกตที่มากเพียงพอที่จะเชื่อถือได้ว่าเป็นตัวแทนของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน และช่วงเวลากการสังเกตแต่ละครั้งต้องสั้นแต่เพียงพอสำหรับการสังเกตแต่ละครั้ง ซึ่งการสังเกตโดยวิธีนี้จะสังเกตมากเป็นพันครั้ง จากการสุ่มเป็นครั้งคราวจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล และสามารถช่วยลดความลำเอียงลง แต่ข้อจำกัดของการสุ่มงาน คือ ไม่สามารถทราบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ละประเภทใช้เวลาอย่างน้อยเพียงใด

สรุปได้ว่า วิธีการศึกษาการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่นิยมมี 4 วิธี คือ การศึกษาการใช้เวลาแบบการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง การศึกษาแบบรายงานตนเอง การใช้เวลาแบบผสมระหว่างการสังเกตโดยตรงและการรายงานตนเอง และการสุ่มตัวอย่างงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ต้องการศึกษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาการใช้เวลาแบบการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่องในการสังเกตพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดมีความต่อเนื่องต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัดโดยการจับเวลาไม่ต้องกลับไปเริ่มต้นจับเวลาของงานย่อยทุกครั้ง ซึ่งเวลาที่ได้จากการสังเกตจะครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งหมดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ และลดความผิดพลาดจากการจับเวลาแบบเริ่มต้นใหม่ทุกครั้ง ทำให้ได้ปริมาณเวลาในการปฏิบัติงานที่แท้จริง แต่สำหรับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากตารางได้ เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาการใช้เวลาเบื้องต้น/วิจัยกรในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

4.4 การคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

ในการคำนวณอัตรากำลังทางการพยาบาลจำเป็นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวิธีคำนวณอัตรากำลังทางการพยาบาลตามแนวคิด ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดในการคำนวณไว้ ดังนี้

4.4.1) วิธีการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Alexander

Alexander (1972) ได้เสนอ การคิดคำนวณเวลาการพยาบาลในแต่ละเวรไว้ดังนี้
 เวนเช้า ต้องการการพยาบาล 63% เวนบ่าย ต้องการการพยาบาล 24% และเวรดึก ต้องการการพยาบาล 12% ซึ่งสูตรการคำนวณจำนวนบุคลากรทางการพยาบาล มีดังนี้

$$\text{สูตรการคำนวณจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องการ} \\ = \frac{\text{ผลรวมของความ ต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละเวร}}{\text{เวลาปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล}}$$

ซึ่งการคำนวณจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลระดับต่างๆ ที่ต้องการในแต่ละวันจะต้องเพิ่มจำนวนวันเพื่อชดเชยการหยุดประจำสัปดาห์ การหยุดประจำปี การลาและการขาดงาน โดยกำหนดเวลาการปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ แต่ละหน่วยงานคิดคำนวณบุคลากรชดเชยคือ 25 % สำหรับการบริการผู้ป่วยใน และ 10 % สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก (กฤษฎา แสงวงศ์, 2552)

4.4.2) วิธีการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

การจัดอัตรากำลังตามเกณฑ์ของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ซึ่งการจัดอัตรากำลังของก.พ. ใช้เกณฑ์ผลการวิจัยของกองการพยาบาลเป็นหลักโดยกำหนดไว้ มีสูตรในการคำนวณจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องการในแต่ละวัน (กฤษฎา แสงวดี, 2552) ดังนี้

สูตรการคำนวณจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องการในแต่ละวัน

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วย} \times \text{ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย}}{\text{เวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล}}$$

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความเข้าใจในการแทนค่า จึงมีการอธิบายเกี่ยวกับค่าตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) กำหนดความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยในต้องการการพยาบาล 3 ชั่วโมง/คน/วัน และผู้ป่วยนอกต้องการการพยาบาล 31 นาที/คน/วัน

2) เวลาปฏิบัติงานของบุคลากรการพยาบาล 7 ชั่วโมง/คน/เวร

3) เพิ่มจำนวนบุคลากรอีก 25% ของจำนวนบุคลากรที่ต้องการ สำหรับผู้ป่วยใน และ 10% ของจำนวนบุคลากรที่ต้องการสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อชดเชยการหยุดป่วย ลา ดังนี้

งานผู้ป่วยใน: จำนวนอัตราที่ต้องการ = $(\text{จำนวนผู้ป่วยใน} \times 3) / 7 + 25\%$ และ
งานผู้ป่วยนอก: จำนวนอัตราที่ต้องการ = $(\text{จำนวนผู้ป่วยนอก} \times 31) / (7 \times 60) + 10\%$

4) หน่วยงานเฉพาะ ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤต กำหนดสัดส่วน พยาบาลวิชาชีพ: ผู้ช่วยพยาบาล: พนักงานพยาบาล เท่ากับ 2:1:1

งานห้องผ่าตัดและห้องคลอด: กำหนดวิธีการคำนวณอัตราเป็นทีม โดยกรณีมีไม่ถึง 3 ห้อง/เตียง จำนวนทีมที่ต้องการ = จำนวนเตียง+1 ทีม กรณีมีมากกว่า 3 ห้อง/เตียง จำนวนทีมที่ต้องการ = จำนวนเตียง+2 ทีม

ห้องฉุกเฉิน: จำนวนอัตราที่ต้องการ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินต่อวัน}}{4}$

4

หอผู้ป่วยหนัก: จำนวนอัตราที่ต้องการ = จำนวนเตียง x 4

4.4.3) การคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด

4.4.3.1) การคำนวณการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดตามแนวคิดของ Ide et al. (1992) อ้างในสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2545) ซึ่งมีสูตร ดังนี้

สูตรการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผ่าตัด

$$= (\text{อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง} + \text{อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม}) \\ \times \text{อัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}$$

สูตรการคำนวณอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct FTE)

$$= \frac{\text{จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี} \times \text{FTE ที่จำเป็น}}{\text{Productivity} \times 2080}$$

จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี

$$= \text{จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใน 1 ปี} \times \text{เวลาการผ่าตัดเฉลี่ยต่อราย}$$

$$\text{เวลาการผ่าตัดเฉลี่ย/ราย} = \frac{\text{ผลรวมของชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี}}{\text{จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใน 1 ปี}}$$

สูตรการคำนวณอัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน

$$= \frac{\text{ชั่วโมงที่ต้องจ้างงานทั้งหมดเพื่อทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}}{\text{ชั่วโมงที่ต้องจ้างงานใน 1 ปี}}$$

หรือ

$$\frac{2080 + \text{จำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}}{2080}$$

การอธิบายตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

จากสูตรเพื่อให้มีความเข้าใจในการแทนค่า สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้มีการอธิบายเกี่ยวกับค่าตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) กำหนดหา FTE ที่จำเป็นโดยอัตรากำลังที่จำเป็นต่อผู้ป่วย 1 ราย ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หากกำหนดให้ต้องมีอัตรากำลังที่ถือเป็น Fixed staff 2 คน/ผู้ป่วย 1 ราย คือทำหน้าที่ Scrub Nurse 1 คน และ Circulating Nurse 1 คน = 2 FTE ในการทำงาน 8 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่แต่ละคนจะมีชั่วโมงพักประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนั้นสัดส่วนเวลาที่ไม่ได้งานแต่ละวันเท่ากับ 1/8 หรือเท่ากับ 0.125 FTE กรณี Fixed staff เท่ากับ 2 FTE สัดส่วนเวลาที่ไม่ได้งานต่อวันจึงเท่ากับ 0.125 X 2 เท่ากับ 0.25 FTE ดังนั้น FTE ที่จำเป็นจึงมีค่าเท่ากับ 2 + 0.25 = 2.25 FTE คือต้องมีอัตรากำลัง 2.25 คน ต่อผู้ป่วยผ่าตัด 1 รายเป็นอย่างน้อย

2) การเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full time equivalent: FTE) หมายถึง เป็นหน่วยนับที่ใช้แทนจำนวนชั่วโมงการทำงานหรือเวลา โดยทั่วไปส่วนใหญ่ทั้งองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน มักกำหนดให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประจำทำงาน 8 ชั่วโมง/วัน หรือสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ หรือ 2,080 ชั่วโมง/ปี (ซึ่งการคิดดังกล่าวรวมวันลาตามสิทธิของข้าราชการและลูกจ้างประจำด้วย) ดังนั้น 2080 จึงเป็นชั่วโมงการทำงานเจ้าหน้าที่ประจำ 1 คน ใน 1 ปี (1 FTE)

3) FTE ที่จำเป็น (FTE required) หมายถึง การพยาบาลต่อผู้ป่วยผ่าตัดกำหนดให้ต้องมีอัตรากำลังที่ถือเป็น Fixed staff 2 คน/ผู้ป่วย 1 ราย เช่น การทำหน้าที่ Scrub nurse 1 คน และ Circulating nurse 1 คน ในการดูแลผู้ป่วย 1 ราย เท่ากับ 2 FTE และในการปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่จะมีเวลาพักประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนั้นสัดส่วนที่ไม่ได้งานในแต่ละวัน คือ $1/8 = 0.125$ FTE ในกรณี Fixed staff 2 FTE สัดส่วนที่ไม่ได้งานต่อวันจึงเท่ากับ $0.125 \times 2 = 0.25$ FTE ดังนั้น FTE ที่จำเป็นจึงมีค่าเท่ากับ $2 \text{ FTE} + 0.25 \text{ FTE} = 2.25 \text{ FTE}$ คือต้องมีอัตรากำลังจำนวนนี้เป็นอย่างน้อยต่อผู้ป่วยผ่าตัด 1 ราย

4) Productivity หมายถึง จิตความสามารถของหน่วยงานที่จะสร้างผลผลิต เช่น สามารถเปิดห้องผ่าตัดห้องหนึ่งๆ ให้บริการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีช่วงหยุดพักหรือหยุดรอเตรียมห้อง การเตรียมอุปกรณ์หรือการเตรียมบุคลากร สามารถทำงานได้ตลอดโดยไม่ต้องหยุดพัก (นอกเหนือจาก Break Time) ถ้าเป็นเช่นนี้ ถือว่า Productivity = 100% แต่โดยทั่วไปการใช้ห้องผ่าตัดจะมีเวลาที่เรียกว่า Turn over time คือ ช่วงการเตรียมห้องเมื่อเปลี่ยน Case หรือการผ่าตัดที่ใช้เวลานานจะต้องเปลี่ยน Scrub nurse หรือ Circulating nurse เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสหยุดพัก ดังนั้น Productivity จึงไม่เท่ากับ 100% ในทางสากลได้กำหนด Target productivity ของห้องผ่าตัดไว้ที่ประมาณ 80-85% เพราะเป็นจุดที่ให้ประโยชน์สูงสุด

5) อัตราค่าจ้างทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน หมายถึง อัตราค่าจ้างที่ต้องมีเพื่อทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่ และประจำชั่วโมงที่ไม่ได้งาน (Non productive hour) หมายถึง ผลรวมของเวลาที่ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่ประจำแต่ได้รับค่าตอบแทนเต็มจำนวน ชั่วโมงที่ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่ประจำได้แก่ วันลาพักร้อน วันลาป่วย/ลากิจ วันเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมซึ่งคำนวณได้จากผลรวมของเวลาที่ไม่ได้งานแต่ได้รับค่าตอบแทนเต็มจำนวน ซึ่งโดยทั่วไปค่าเฉลี่ยของชั่วโมงที่ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่ประจำได้แก่ วันลาพักร้อน 8 วัน/คน/ปี ลาป่วย 7 วัน/คน/ปี วันหยุดนักขัตฤกษ์ 15 วัน/คน/ปี วัน และวันเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม 3 วัน/คน/ปี รวม 33 วัน/คน/ปี หรือเท่ากับ 33 วัน/คน/ปี x 8 ชั่วโมง/วัน = 264 ชั่วโมง/ปี

6) อัตราค่าจ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม (Indirect FTE) อัตราค่าจ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม เป็นอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการพยาบาลที่ใช้เพื่อการบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และการดำเนินการด้านธุรการ ในทางสากลกำหนดให้มีจำนวนทีมเพื่อทำงานสนับสนุนในลักษณะการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อมนี้ เท่ากับ จำนวนห้องผ่าตัด โดยกำหนดให้การ

นับห้องผ่าตัด นับจากจำนวนห้องผ่าตัดที่มีการเปิดให้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย 2 รายต่อวัน นอกจากนี้ยังกำหนดให้ 1 ทีมใช้เวลาปฏิบัติงานการบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และการดำเนินการด้านธุรการนี้ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ดังนั้น แต่ละทีมจึงมีเวลาทำงานเท่ากับ $4/40 = 0.1$ FTE และหากมีห้องผ่าตัดที่มีผู้ป่วยเฉลี่ย 2 รายต่อวัน จึงจะมีทีมสนับสนุน 1 ทีม หากมี 8 ทีม อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อมจึงเท่ากับ $8 \times 0.1 = 0.8$ FTE เป็นต้น

4.4.3.2) การคำนวณการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในห้องผ่าตัด ตามแนวคิดของ เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2547) ซึ่งการหาค่าอัตรากำลังมีขั้นตอนในการคำนวณ ดังนี้

- 1) คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทใน 1 วัน
- 2) คำนวณชั่วโมงการพยาบาล ซึ่งสามารถคำนวณจากสูตร ดังนี้

สูตรการคำนวณจำนวนชั่วโมงการพยาบาล

= ดัชนีปริมาณเวลา X จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ยใน 1 วัน

- 3) คำนวณจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องการ ซึ่งสามารถคำนวณจาก

สูตร ดังนี้

สูตรการคำนวณจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ต้องการ

= จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของหน่วยผ่าตัดในหนึ่งวัน X จำนวน
วันทำการต่อไป (260 วัน)

จำนวนวันทำการต่อปี/คน X จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน/คน

หรือ

= จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของหน่วยผ่าตัดในหนึ่งวัน X จำนวน
วันทำการต่อไป (260 วัน)

1659

การอธิบายตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

จากสูตรเพื่อให้มีความเข้าใจในการแทนค่า สามารถคำนวณได้จากข้อมูล

ดังต่อไปนี้

1) อัตรากำลังเทียบเท่าพนักงานประจำ หมายถึง พนักงานประจำ 1 คน ทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ 52 สัปดาห์ต่อปี รวม 260 วัน หักพักร้อน 10 วัน หยุดนักชัตตฤกษ์ 13 วัน เหลือวันทำงานจริง 237 วัน หรือ 1,659 ชั่วโมง/ปี หรือ 138 ชั่วโมง/เดือน

2) ภาระงานของหน่วยผ่าตัดทั้งปี คำนวณได้จาก

2.1) จำนวนการผ่าตัดแต่ละประเภทในปีนั้น

2.2) นำดัชนีภาระงานของการผ่าตัดแต่ละประเภท คูณ จำนวนการผ่าตัดแต่ละประเภท จะได้ภาระงานของการผ่าตัดแต่ละประเภท โดยมีการจำแนกประเภทของการผ่าตัดออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

2.2.1) ประเภทที่ 1 หมายถึง การผ่าตัดที่ใช้เวลาน้อยกว่า 1: 30 ชั่วโมง เมื่อนำระยะเวลาที่ได้มาเฉลี่ยจะมีค่าเท่ากับ 60 นาที ซึ่งส่วนใหญ่จะการผ่าตัดเล็ก หรือเป็นการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่ค่อยยุ่งยาก

2.2.2) ประเภทที่ 2 หมายถึง การผ่าตัดที่ใช้เวลา 1.31- 2.30 ชั่วโมง

2.2.3) ประเภทที่ 3 หมายถึง การผ่าตัดที่ใช้เวลา 2.31- 3.30 ชั่วโมง

2.2.4) ประเภทที่ 4 หมายถึง การผ่าตัดที่ใช้เวลา 3.31- 4.30 ชั่วโมง

2.2.5) ประเภทที่ 5 หมายถึง การผ่าตัดที่ใช้เวลามากกว่า 4.30 ชั่วโมง

2.3) นำค่าภาระงานของการผ่าตัดทั้ง 5 ประเภท มารวมกัน จะได้เป็นชั่วโมงภาระงานของหน่วยผ่าตัดในปีนั้น

3) คำนวณหาอัตรากำลังของหน่วยงานในแต่ละปี สามารถคำนวณได้จาก การคำนวณชั่วโมงภาระงานของบุคลากรหน่วยผ่าตัดใน 1 ปี เป็นตัวตั้งหารด้วยอัตรากำลังเทียบเท่าพนักงานประจำ

สรุปได้ว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลผ่าตัดมีความเฉพาะเจาะจง และมีปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดอัตรากำลัง ซึ่งมีพื้นฐานสำคัญมาจากรูปแบบการจำแนกการผ่าตัด เทคโนโลยีการผ่าตัด และประสิทธิภาพของการใช้เวลาของห้องผ่าตัด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้สูตรการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด ตามแนวคิดของ Ide et al. (1992) อ้างใน สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2545)

4.5 การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด

การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์ให้มีการกระจายอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีสัดส่วนบุคลากรทางการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ซึ่งการผสมผสานบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด มีดังนี้

สำนักการพยาบาล (2545: 50) ได้กำหนดสัดส่วนการผสมผสานระหว่าง พยาบาลวิชาชีพ (RN): พยาบาลเทคนิค (TN) หรือเจ้าหน้าที่ระดับอื่นในงานบริการผ่าตัด เท่ากับ 3:1

สภาการพยาบาล (2548) กำหนดเกณฑ์อัตรากำลังระดับพยาบาลชั้นต่ำในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ งานห้องผ่าตัดได้กำหนดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ป่วยผ่าตัดเท่ากับ 2:1

โรงพยาบาลศิริราช (พัชรี เนียมศรี และคณะ, 2548) กำหนดเกณฑ์อัตรากำลังผสมผสานของงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด ได้กำหนดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ (RN): เจ้าหน้าที่ระดับอื่นๆ (Non-RN) เท่ากับ 60: 40

นอกจากนี้การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลผ่าตัด จากการจำแนกการผ่าตัดแต่ละประเภทจากการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงช่วงเวลา ค่าเฉลี่ยเวลาในการผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่สามารถทำได้ใน 1 วัน (8 ชั่วโมง) จำนวนอัตรากำลัง และค่าเฉลี่ยเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในระยะผ่าตัดแต่ละประเภท (เบญจมาศ ปรีชาคุณ, 2547)

การผ่าตัดประเภทที่	ช่วงเวลาการผ่าตัด (ชม./ราย)	ค่าเฉลี่ยเวลาในการผ่าตัด (นาที/ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถทำได้ใน 1 วัน	จำนวนอัตรากำลัง (คน/ห้อง)	ค่าเฉลี่ยเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (นาที/ราย)
1	น้อยกว่า 1:30	60	7	2.5	150
2	1.31- 2.30	120	4	3	360
3	2.31- 3.30	180	3	3	540
4	3.31- 4.30	240	2	3	720
5	มากกว่า 4:30	300	1	3	900

สรุปได้ว่า การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดจะแปรไปตามรูปแบบการให้บริการ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาอัตรากำลังทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช เพื่อหาสัดส่วนการผสมผสานบุคลากรทางการพยาบาลงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โดยผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณอัตรากำลังทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดของ Ide et al. (Ide et al., 1992 อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล, 2545: 50) ซึ่งมีสูตรดังนี้

สูตรการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด

= (อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง+อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม) X อัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Needleman et al. (2002) ศึกษาเรื่องการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลกับคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณงานการพยาบาลของพยาบาลกับผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลจากการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล และผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม จำนวน 5,075,969 คน และแผนกศัลยกรรมจำนวน 1,104,659 คน จาก 799 โรงพยาบาล 11 รัฐ ผลการวิจัยพบว่า ชั่วโมงการพยาบาลในหนึ่งวันใช้เวลา 11.4 ชั่วโมง สัดส่วนจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 7.8 ชั่วโมง พยาบาลเทคนิคเท่ากับ 1.2 ชั่วโมง และพนักงานผู้ช่วยพยาบาลเท่ากับ 2.4 ชั่วโมง สัดส่วนจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันของพยาบาลวิชาชีพและจำนวนเวลาที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยต่อวันของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วย และช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะปอดอักเสบ ภาวะช็อค และภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนช่วยลดอัตราความล้มเหลวในการช่วยฟื้นคืนชีพลงได้

Balton et al. (2003) ศึกษาการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลและการรับรู้ด้านการพยาบาลของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล (ตัวแปรทางด้านโครงสร้าง) และการรับรู้ด้านการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล (ตัวแปรทางด้านผลลัพธ์) ซึ่งเป็นการศึกษาไปข้างหน้าโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม และแผนกอายุรกรรม จำนวน 40 โรงพยาบาล ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับชั่วโมงการพยาบาล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล และการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจด้านการพยาบาล

Hall et al. (2004) ศึกษารูปแบบการจัดอัตรากำลัง ชั่วโมงการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการจัดอัตรากำลังพยาบาลรูปแบบต่างๆ ต่อต้นทุน และผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้ป่วยในเรื่อง การตกเตียง ความผิดพลาดในการให้ยา การติดเชื้อของบาดแผล และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบสหสัมพันธ์โดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย หอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม และแผนกสูติกรรม ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนใน 19 แห่ง จำนวน 77 หอผู้ป่วย ในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่า ยังมีสัดส่วนของพยาบาลที่มีประสบการณ์ต่ำในแต่ละหน่วยงานจะส่งผลให้เกิด ความผิดพลาดในการให้ยา และการติดเชื้อของบาดแผลสูงขึ้น และพบว่ารูปแบบการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล หากใช้สัดส่วนของจำนวนพยาบาลวิชาชีพน้อยลงจะส่งผลทำให้ใช้เวลาในการพยาบาลมากขึ้น

Rafferty et al. (2007) ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากความผันแปรอัตราค่าจ้างพยาบาลในโรงพยาบาลประเทศอังกฤษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของโรงพยาบาลจากการจัดระดับอัตราค่าจ้างทางการพยาบาล (จำนวนผู้ป่วย: พยาบาล) ในเรื่องอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ความล้มเหลวในการช่วยชีวิต เช่น ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล และความไม่พึงพอใจในงาน ความเบื่อหน่ายของพยาบาล และคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นการศึกษาภาคตัดขวางในการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ โดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3,984 คน และผู้ป่วยแผนกทั่วไป ผู้ป่วยแผนกกระดูก และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือด จำนวน 118,752 คน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษจำนวน 30 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีการจัดอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมากเพียงพอ ส่งผลลัพธ์ที่คืออย่างต่อเนื่อง มากกว่าโรงพยาบาลที่ขาดแคลนอัตราค่าจ้าง ซึ่งโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจะมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 26 ส่วนโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานในการดูแลค่าอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 29 ซึ่งจากการสำรวจความคิดเห็นพบว่าพยาบาลมีภาระงานหนักคิดเป็นร้อยละ 71 และร้อยละ 92 ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบในการปฏิบัติงาน เช่น ความเบื่อหน่าย และความไม่พึงพอใจในงาน ทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง และคุณภาพของโรงพยาบาลลดลงด้วย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งอัตราค่าจ้างของพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ปลอดภัย ลดอัตราการตายได้ และพบว่าอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอมีผลต่อความพึงพอใจของพยาบาล การลาออกน้อยลง คุณภาพทางการพยาบาลดีขึ้น และสามารถช่วยทำให้พยาบาลคงอยู่ในงานนานขึ้น

Kandari และ Thomas (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานทางการพยาบาล อัตราค่าจ้าง และตารางการปฏิบัติงานกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลในเขต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาจัดอัตราค่าจ้าง และจัดตารางเวร ซึ่งเป็นการศึกษาภาคตัดขวางเกี่ยวกับการกำหนดปริมาณภาระงานพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 784 คนในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาล 5 แห่ง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งพบว่ากิจกรรมการพยาบาลและภาระงานที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล การจัดอัตราค่าจ้างมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตารางการปฏิบัติงานไม่ได้เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พินิจ ปรีชานนท์ และคณะ (2540) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการของการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยกำหนดเกณฑ์คุณภาพจากการใช้มาตรฐานการพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 92 คน ซึ่งปฏิบัติงานในการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลรามารบดิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลจำนวน 216 กิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดี มาก 141 กิจกรรม ระดับดี 36 กิจกรรม และต้องปรับปรุง 39 กิจกรรม และพบว่ากิจกรรมของพยาบาลซ้ำซ้อนกับกิจกรรมพยาบาลวิสัญญี และพยาบาลผ่าตัดมีเวลาจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด

จิตรา เกิดเพชร (2541) ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดและการวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด และปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 294 คน ซึ่งปฏิบัติกรพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดจำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสังเกตกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตามแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พบว่าคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกรพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วย 1) ปัญหาจากผู้ปฏิบัติกรพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้ เจตคติการปฏิบัติและวิจรณ์ญาณของพยาบาล 2) ปัญหาจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศแบบบันทึก อุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติ 3) ปัญหาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาวะของผู้ป่วย และความต้องการของแพทย์ผู้ร่วมงาน

จันทิมา ไตรทาน (2545) ศึกษาการพัฒนาการจัดอัตรากำลังกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณงานของหอผู้ป่วยในจากปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินความต้องการบุคลากรทางการพยาบาลในการพัฒนาจัดสรรอัตรากำลังของ หน่วยงานในความรับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หอผู้ป่วยใน 12 หอ ประกอบด้วย อายุรกรรม 2 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 5 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยนรีเวชและหลังคลอด ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2545 ถึง 26 มีนาคม 2545 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยและแบบบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงจำแนกตามแต่ละหอผู้ป่วยมีดังนี้ พยาบาลวิชาชีพในหอ

ผู้ป่วยอายุรกรรมชายใช้เวลามากที่สุด รองลงมา คือ กุมารเวชกรรมชั้น 3 และอายุรกรรมหญิง มีค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาเท่ากับ 3.22, 1.05 และ 1.04 ชั่วโมง/วัน ตามลำดับ และปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมจำแนกในแต่ละหอผู้ป่วย พบว่า หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 ใช้เวลามากที่สุด รองลงมาคือ นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ชั้น 5 และอายุรกรรมชาย มีค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาเท่ากับ 2.06, 1.56, 1.50 และ 1.47 ชั่วโมง/วัน ตามลำดับ เมื่อรวมปริมาณเวลาทั้งหมด พบว่า พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายใช้ปริมาณเวลามากที่สุด รองลงมาได้แก่ กุมารเวชกรรมชั้น 4 และอายุรกรรมหญิง มีค่าเฉลี่ยปริมาณเท่ากับ 4.75, 2.57 และ 2.21 ชั่วโมง/วัน ตามลำดับ การประเมินความต้องการบุคลากรทางการพยาบาลตามปริมาณงานทั้งหมดของแต่ละหอผู้ป่วย พบว่า จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะมีเท่ากับ 211 คน แต่จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่มีอยู่จริงเท่ากับ 190 คน คิดเป็นร้อยละ 90.05

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 40 คน ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 40 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 10 คน คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงการการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว แผนการสอนเรื่อง การจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว คู่มือการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว วิดีทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป คู่มือผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด และแบบประเมินผลการจัดรูปแบบบริการพยาบาล ผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ แบบประเมินผลความวิตกกังวลของผู้ป่วย แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ 2) ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้ ซึ่งการนำรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมาใช้ในการให้บริการจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ (2546) ศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องคลอดตามปริมาณภาระงาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลต่อวันของผู้รับบริการห้องคลอด จำแนกตามประเภทผู้รับบริการ และศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามปริมาณภาระงานในห้องคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างการสังเกตเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 22 คน และผู้ช่วยพยาบาล 23 คน ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมที่นอกเหนือกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบจำแนกประเภทผู้รับบริการ แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมที่นอกเหนือกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 30 วัน ผลการวิจัยพบว่า 1) จำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลต่อวันของผู้รับบริการห้องคลอด ประเภทที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 เท่ากับ 6.24, 7.16, 7.75, 9.92 และ 10.90 ชั่วโมง ตามลำดับ และจำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลต่อวันของทารกแรกเกิดเท่ากับ 1.61 ชั่วโมง 2) จำนวนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติตามปริมาณภาระงาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 26 คน ผู้ช่วยพยาบาล 20 คน 3) อัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ช่วยพยาบาล ในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เท่ากับ 7:6, 6:4 และ 4:4 ตามลำดับ

วัชรินทร์ ชัยมานะการ (2549) ศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนชั่วโมงภาระงานของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามระยะการผ่าตัด และสาขาการผ่าตัด และศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 46 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 18 คน พยาบาลเทคนิค 6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 17 คน และผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจำนวน 174 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) เวลาที่พยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 1 ราย รวม 3 ชั่วโมง 33.08 นาที โดยแบ่งเป็นการใช้เวลา ในระยะก่อนผ่าตัด เท่ากับ 13.03 นาที ระยะผ่าตัด 3 ชั่วโมง 15 นาที และระยะหลังผ่าตัด 5.05 นาที 2) เวลาที่พยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมสูติ-นรีเวช 1 ราย เท่ากับ 4 ชั่วโมง 6 นาที 3) อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะเป็นของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรีตามการจัดอัตรากำลังแบบที่ 1 เป็นการ จัดอัตรากำลังที่มีการจัดให้บุคลากรทางการพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานในเวร เช้า บ่าย และดึก เต็มจำนวน รวมทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 53 คน พยาบาลเทคนิคหรือเจ้าหน้าที่ระดับอื่น 17 คน และการจัดอัตรากำลังแบบที่ 2 ซึ่งเป็นการกระจายอัตรากำลังแต่ละช่วงเวลาที่ผันแปรตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดรวมทั้งสิ้น 57 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 43 คน พยาบาลเทคนิคหรือเจ้าหน้าที่ระดับอื่น 14 คน

สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2549) ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งมีเพศ อายุ ระดับการศึกษา

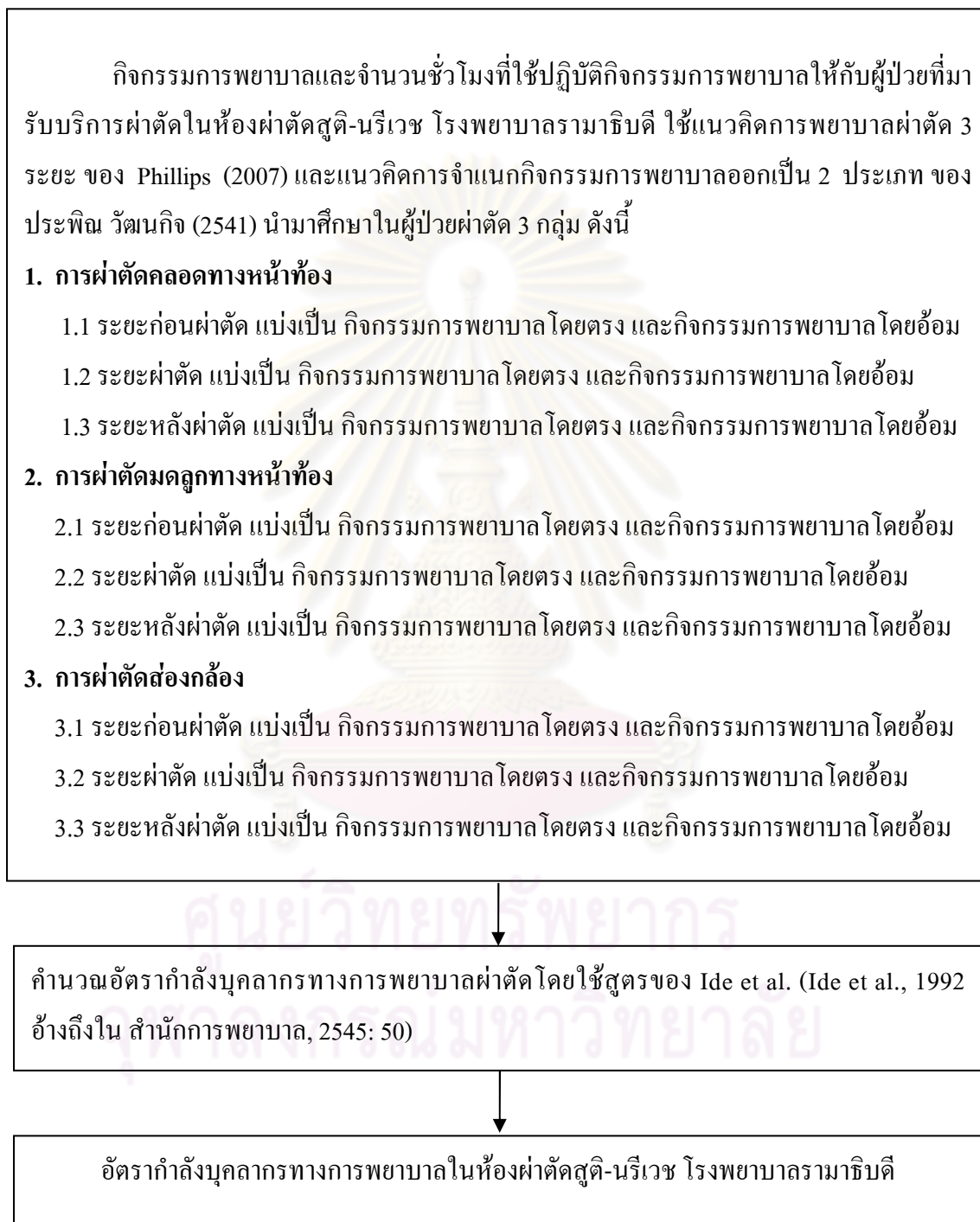
สถานภาพสมรสและรายได้แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 150 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากที่สุด สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด คือ กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัดตรงลงมาคือกลัวไม่หายจากสภาพความเจ็บป่วย และไม่ทราบสภาพของตนเองหลังผ่าตัด



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมการพยาบาลผ่าตัดการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด 1 ราย ครอบคลุมทั้ง ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีวิธีการดำเนินการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1.1) ผู้ป่วยผ่าตัด คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.2) บุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 21 คน และ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 12 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

2.1) ผู้ป่วยผ่าตัด คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive study) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้องที่พบบ่อยที่สุด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง กลุ่มละ 10 คน รวมเป็น 30 คน ทั้งนี้ เพราะข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือทางสถิติ ควรมีขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 หน่วยตัวอย่าง (Polit and Hungler, 1995)

2.2) บุคลากรทางการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 29 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี ดังนี้

1. แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบโดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ให้ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เลขประจำตัวผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษา และชนิดการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล เป็นแบบบันทึกที่มีข้อรายการระบุกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม โดยกำหนดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลทุกระยะการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด มีลักษณะเป็นแบบเติมข้อความหรือคำในช่องว่าง และเลือกตอบ โดยกำหนดให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ มีจำนวน 36 ข้อ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมแนวคิดการพยาบาลผ่าตัดและการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล เพื่อใช้สำหรับเป็นแนวคิดในการสร้างแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมแนวคิดของ

1.1) การพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดของ Phillips (2007) ซึ่งแบ่งระยะการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

1.2) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ ประพิณ วัฒนกิจ (2541) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

2) สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลในสถานการณ์จริง โดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัด 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง กลุ่มละ 3 คน จำนวน 9 คน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

3) นำเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลที่ได้จากการสังเกต และจำแนกเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ครอบคลุมกิจกรรมหลักและกิจกรรมรองทุกระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด มาสร้างเป็นแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

2. คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด เป็นเอกสารคำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลซึ่งมีวัตถุประสงค์ และเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย ส่งผลให้การสังเกตเพื่อใช้จับเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับผู้วิจัย และเพื่ออธิบายกระบวนการงานหลักของห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช

โรงพยาบาลรามาริบัติ มีลักษณะเป็นหนังสือหรือเอกสารขนาด A 4 เนื้อหาเป็นการอธิบาย กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาล โดยอ้อมทั้ง 3 ระยะการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมหลักและกิจกรรมรอง มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) นำแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ มาสร้างเป็นคู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด

2) นำเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสังเกตมาบูรณาการ เพื่ออธิบายคำจำกัดความของกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็น กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ทั้งกิจกรรมหลักและกิจกรรมรอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนสำนวนภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาลห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผ่าตัด 2 คน และผู้ชำนาญการพยาบาลระดับ 8 ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ 2 คน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข นำผลการพิจารณาาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ตามสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยกำหนดการแสดงความเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 4	หมายถึง	มีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย
ระดับ 3	หมายถึง	จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย
ระดับ 2	หมายถึง	จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้องกับค่านิยมศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยเลย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1995: 419) ซึ่งพบว่ามีความ CVI = 0.94 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สรุปผลการปรับปรุงแก้ไขได้ดังนี้

1.1) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ไม่มีการปรับแก้ไข

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ปรับปรุงสำนวนภาษาเล็กน้อย

เพื่อความชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสม และให้ปรับย้ายกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) ให้เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง จำนวน 2 ข้อ

1.2) คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด

พบว่าความตรงตามเนื้อหาและระดับความเหมาะสมของคู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดคำนวณได้ค่า CVI = 0.94 โดยมีการปรับเนื้อหาของคู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้มีความสอดคล้องชัดเจนและเหมาะสม จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) ให้เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง นอกจากนี้มีการปรับปรุงภาษาเล็กน้อย

2. การตรวจหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาความเที่ยงของแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้วิธีสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและจดบันทึกปริมาณเวลาการพยาบาล ของบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทั้งกิจกรรมโดยตรงและโดยอ้อม โดยกำหนดให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต่างสังเกตและบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด โดยใช้นาฬิกาจับเวลาแบบดิจิตอลที่มีการตรวจสอบและตั้งเวลาที่ตรงกัน กระทำไปพร้อมกันและเป็นอิสระต่อกัน เพื่อนำมาหาค่าความสอดคล้องของการสังเกต (Interrater reliability) เพื่อวัดค่าความเที่ยงของผู้วัดสองคนขึ้นไป เพราะหากผู้สังเกตคนเดียวมักมีปัญหาเรื่องอคติ (เรณา พงษ์เรืองพันธ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์, 2549: 125) และเพื่อให้ค่าความเที่ยงของการสังเกตและมีความน่าเชื่อถือกลุ่มตัวอย่างในการสังเกตควรมีไม่น้อยกว่า 10 ราย (Washington and Moss, 1988) ซึ่งในการทดลองใช้เครื่องมือนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 24 คน แบ่งเป็น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดส่องกล้องทาง

หน้าห้อง กลุ่มละ 8 คน และนำมาคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกตจากสูตรของ Polit และ Hungler (1995: 352) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนครั้งของการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนครั้งของการสังเกตที่แตกต่างกัน}}$$

ความเที่ยงการสังเกตการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	=	$\frac{132}{132+12}$
	=	0.91
ความเที่ยงการสังเกต การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	=	$\frac{132}{132+12}$
	=	0.91
ความเที่ยงการสังเกต การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	=	$\frac{130}{130+14}$
	=	0.90
ค่าเฉลี่ยความเที่ยงการสังเกตรวม	=	$\frac{132+132+130}{144 \times 3}$
	=	0.91

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ หากมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูง แต่หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ยังพัฒนาขึ้นควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป ซึ่งค่าดัชนีสอดคล้องของการสังเกต (Interrater reliability) ที่อยู่ในระดับที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2005: 374-375) ซึ่งพบว่าผลการคำนวณค่าความเที่ยงของการบันทึกเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดให้กับผู้ป่วย มีค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) รวมเท่ากับ .90 (ตารางที่ 3) แสดงว่าการบันทึกเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดให้กับผู้ป่วย มีความเที่ยงเหมาะสมหรือมีความน่าเชื่อถือได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลจากการทดลองใช้ (Try out) โดยวิธีสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและปริมาณเวลาการพยาบาลผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

การผ่าตัด	ค่าดัชนีสอดคล้องของการสังเกต (Interrater reliability)
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	0.91
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	0.91
การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	0.90
ค่าเฉลี่ยรวม	0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแนบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และคู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองและอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 2553/293 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแจ้งในที่ประชุมหน่วยงานให้บุคลากรทางการพยาบาล

3. ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และทราบสิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ ข้อมูลต่างๆ นำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดีทั้งหมดยินดีให้ความร่วมมือ และลงรายชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้วิธีการระบุตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น และไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของผู้ปฏิบัติงานแต่อย่างใด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม และการรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวกลุ่มตัวอย่างบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งเป็นขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแนบแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่งไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อประกอบการพิจารณา

2. เมื่อได้รับหนังสือรับรองและอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด และหัวหน้าห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด และนาฬิกาจับเวลาแบบตัวเลข (Digital) ที่มีการตรวจสอบและตั้งเวลาที่ตรงกัน จำนวน 2 เรือน เพื่อทำการบันทึกปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมโดยอ้อม

4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานในงานห้องผ่าตัดห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ไม่ต่ำกว่า 5 ปี โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดและการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนวิธีการสังเกต และการลงบันทึกเวลาที่ใช้ในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับในที่ประชุมของหน่วยงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย และขอความร่วมมือให้ทุกคนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานที่เคยปฏิบัติอย่างเป็นปกติ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่พบมากที่สุด 3 กลุ่ม คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง กลุ่มละ 10 ราย รวมทั้งสิ้น 30 ราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดของการผ่าตัดแต่ละกลุ่มในเวลาราชการ ตั้งแต่ 08.00-16.00 น. หากผ่าตัดเกินเวลาให้ยึดถือเวลาเริ่มผ่าตัดเป็นหลัก

2. ผู้วิจัยทำการจดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างลงในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยก่อนดำเนินการจับเวลา

3. การสังเกตและการบันทึกเวลาลงในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและบันทึกเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดตั้งแต่การปฏิบัติกิจกรรมในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตหลักแต่หากมีกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันจึงให้ผู้ร่วมวิจัยแยกกันสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัด และเพื่อให้การบันทึกเวลาในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดมีความใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จึงใช้วิธีการสังเกตและจดบันทึกเวลาโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Direct continuous observation) โดยใช้นาฬิกาจับเวลาแบบตัวเลข (Digital) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในวันที่ 1 กรกฎาคม 2553 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2553

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจำแนกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้ง 3 กลุ่ม ที่เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกเวลาโดยตรงอย่างต่อเนื่องในการทำกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลในวันและเวลาเดียวกัน ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่บันทึกพร้อมกันโดยการสรุปข้อมูลทุกวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดการผ่าตัด โดยสถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดจำแนกตามระยะการผ่าตัด ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาค่าอัตราค่าตั้งบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดที่ต้องการ มีวิธีการคำนวณจากสูตร ดังนี้

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผ่าตัด

= (อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง+อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม) X
อัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน

2.1 คำนวณหาอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct FTE)

= จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี X FTE ที่จำเป็น

Productivity x 2080

2.1.1) คำนวณหาจำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี โดยคำนวณจากผลรวมของจำนวน
ชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี ของแต่ละการผ่าตัด มีดังนี้

จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปีของแต่ละการผ่าตัด

= จำนวนผู้ป่วยแต่ละการผ่าตัดใน 1 ปี (ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ถึง เดือน
กรกฎาคม 2553) X เวลาการผ่าตัดเฉลี่ยของแต่ละการผ่าตัดต่อผู้ป่วย 1 คน

2.1.2) คำนวณหา FTE ที่จำเป็นโดยอัตรากำลังที่จำเป็นต่อผู้ป่วย 1 ราย ในการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัด กำหนดให้ต้องมีอัตรากำลังที่ถือเป็น Fixed staff 2 คน/ผู้ป่วย 1 รายคือทำหน้าที่
Scrub Nurse 1 คน และ Circulating Nurse 1 คน = 2 FTE ในการทำงาน 8 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่แต่ละ
คนจะมีชั่วโมงพักประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนั้นสัดส่วนเวลาที่ไม่ได้งานแต่ละวันเท่ากับ 1/8 หรือเท่ากับ
0.125 FTE กรณี Fixed staff เท่ากับ 2 FTE สัดส่วนเวลาที่ไม่ได้งานต่อวันจึงเท่ากับ 0.125 x 2
เท่ากับ 0.25 FTE ดังนั้น FTE ที่จำเป็นจึงมีค่าเท่ากับ 2 + 0.25 เท่ากับ 2.25 FTE คือต้องมีอัตรากำลัง
2.25 คน ต่อผู้ป่วยผ่าตัด 1 รายเป็นอย่างน้อย

2.1.3) Productivity หมายถึง ชีตความสามารถของหน่วยงานที่จะสร้างผลผลิต หอ
ผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งกำหนด Productivity เท่ากับ 80 %

2.1.4) 2080 หมายถึงชั่วโมงการทำงานเจ้าหน้าที่ประจำ 1 คนใน 1 ปี

2.2 คำนวณหาอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม (Indirect FTE)

อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม คือ อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อ
การบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และการดำเนินการด้านธุรการ ในทางสากล
กำหนดให้มีจำนวนทีมเพื่อทำงานสนับสนุนในลักษณะการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อมนี้ เท่ากับ จำนวน
หอผ่าตัด โดยกำหนดให้การนับหอผ่าตัด นับจากจำนวนหอผ่าตัดที่มีการเปิดให้บริการผู้ป่วย
อย่างน้อย 2 รายต่อวัน และกำหนดให้ 1 ทีมใช้เวลาปฏิบัติงานการบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
กับหน่วยงาน และการดำเนินการด้านธุรการนี้ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สำนักการพยาบาล, 2545)

2.3 คำนวณหาอัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน (Non productive hour)

อัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน เป็นอัตรากำลังที่ต้องมีเพื่อทดแทนชั่วโมงที่
ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่ประจำ ชั่วโมงที่ไม่ได้งาน ได้แก่ผลรวมของเวลาที่ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่

ประจำแต่ได้รับคำตอบแทนเต็มจำนวน ชั่วโมงที่ไม่ได้งานของเจ้าหน้าที่ประจำได้แก่ วันลาพัก
ร้อน วันลาป่วย/ลากิจ วันเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณการกระจายอัตรากำลังตามประเภทของบุคลากร กองการพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข (2545: 50) ได้กำหนดสัดส่วนการผสมผสานระหว่าง RN: TN หรือเจ้าหน้าที่
ระดับอื่น โดยทั่วไปในงานบริการผ่าตัดกำหนดให้สัดส่วนของ RN: TN หรือเจ้าหน้าที่ระดับอื่น
เท่ากับ 3:1



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ ดำเนินการวิจัยโดยการสังเกตและจดบันทึกเวลาโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Direct continuous observation) ของบุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมโดยอ้อม ตามระยะการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase)

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 29 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 11 คน ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งโดยตรงและกิจกรรมโดยอ้อม ในทุกระยะของการพยาบาลผ่าตัดให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง จำนวนกลุ่มละ 10 คน จำนวนรวม 30 คน ซึ่งผลการศึกษาผู้วิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 2 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด (ตารางที่ 5-12)

ส่วนที่ 3 อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ (ตารางที่ 13)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในตาราง มีดังนี้

\bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลา

SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปริมาณเวลา

RN หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ

PN หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาล รามาธิบดี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และชนิดการผ่าตัด (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
20-29 ปี	3	10.00
30-39 ปี	14	46.67
40-49 ปี	11	36.67
50 ปีขึ้นไป	2	6.66
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	16.67
มัธยมศึกษา	4	13.33
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	40.00
ปริญญาโท	8	26.67
ปริญญาเอก	1	3.33
ชนิดการผ่าตัด		
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	10	33.34
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	10	33.33
การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	10	33.33

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวนทั้งหมด 30 คน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2553 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.67) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุด (ร้อยละ 40) เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และ การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง เท่าๆ กัน รวม 30 คน

ส่วนที่ 2 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดแก่

ผู้ป่วยโดยรวม และจำแนกตามระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (n = 30)

ชนิดการผ่าตัด	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (นาที/คน)					
		ระยะก่อนผ่าตัด		ระยะผ่าตัด		ระยะหลังผ่าตัด	
		RN	PN	RN	PN	RN	PN
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	โดยตรง	8.6	7.7	107.6	28.6	13	6
	โดยอ้อม	25.2	13.5	17.2	6.6	22.8	20.1
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	โดยตรง	9.6	7.1	160.3	32.8	13.5	5.8
	โดยอ้อม	32	14.1	19.3	8.7	33.9	30.4
การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	โดยตรง	10.2	7.3	232.5	38	14.5	6
	โดยอ้อม	44.8	20.8	32.3	11.1	81.2	50.1
ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาการทำงาน	โดยตรง	9.5	7.4	166.8	33.1	13.7	5.9
	โดยอ้อม	34	16.1	22.9	8.8	46	33.5
รวมค่าเฉลี่ย (โดยตรง+โดยอ้อม)		43.5	23.5	189.7	41.9	59.6	39.5
รวมค่าเฉลี่ยทั้งหมด (นาที)		67		231.6		99.1	
รวมค่าเฉลี่ยทั้งหมด (ชั่วโมง)		1.12		3.86		1.65	
รวมค่าเฉลี่ยเวลา (ชั่วโมง)				6.63			

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดทุกระดับใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เท่ากับ 6.63 ชั่วโมง/คน โดยพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด และเมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดมากที่สุด รองลงมา คือ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณเวลา เท่ากับ 3.86 ชั่วโมง/คน 1.65 ชั่วโมง/คน และ 1.12 ชั่วโมง/คน ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดแก้
ผู้ป่วยโดยรวม และจำแนกตามชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรม การพยาบาล ผ่าตัด	ประเภท บุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล (นาที/คน)					
		การผ่าตัด		การผ่าตัด		การผ่าตัดส่อง	
		คลอดทางหน้าท้อง		มดลูกทางหน้าท้อง		กล้องทางหน้าท้อง	
		โดยตรง	โดยอ้อม	โดยตรง	โดยอ้อม	โดยตรง	โดยอ้อม
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
ระยะก่อนผ่าตัด	RN	8.6	25.2	9.6	32	10.2	44.8
	PN	7.7	13.5	7.1	14.1	7.3	20.8
ระยะผ่าตัด	RN	107.6	17.2	160.3	19.3	232.5	32.3
	PN	28.6	6.6	32.8	8.7	38	11.1
ระยะหลังผ่าตัด	RN	13	22.8	13.5	33.9	14.5	81.2
	PN	6	20.1	5.8	30.4	6	50.1
ปริมาณเวลา	RN	129.2	65.2	183.4	85.2	257.2	158.3
การทำงาน	PN	42.3	40.2	45.7	53.2	51.3	82
รวม (RN+PN)		171.5	105.4	229.1	138.4	308.5	240.3
รวมเวลา (นาที)		276.9		367.5		548.8	
รวมเวลา (ชั่วโมง)		4.62		6.13		9.15	
ค่าเฉลี่ยเวลา (ชั่วโมง)		6.63					

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ผ่าตัดทุกระดับใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เท่ากับ 6.63 ชั่วโมง/คน โดยพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด และเมื่อจำแนกตามชนิดการผ่าตัด พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การผ่าตัดส่องกล้อง มากที่สุด รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาเท่ากับ 9.15 ชั่วโมง/คน 6.13 ชั่วโมง/คน และ 4.62 ชั่วโมง/คน ตามลำดับ

2.1 กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (ตารางที่ 7-8)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาล โดยตรงระยะก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	ประเภทบุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง		การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง		รวม
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	RN	4.8	0.4	5.6	0.8	5.8	0.6	5.4
2. การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด	PN	5.3	0.5	4.6	0.5	4.7	0.7	4.9
3. การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง	RN	2.6	0.5	2.7	0.5	2.9	0.3	2.7
	PN	2.4	0.5	2.5	0.5	2.6	0.5	2.5
4. การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด	RN	1.2	0.4	1.3	0.5	1.5	1	1.3
ปริมาณเวลาการทำงาน	RN	8.6	0.8	9.6	1.2	10.2	0.8	9.5
	PN	7.7	0.7	7.1	0.7	7.3	0.7	7.3
รวมเวลาทั้งหมด (นาที)		16.3		16.7		17.5		16.8

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงใน
ระยะก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 16.8 นาที/คน โดยพยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการ
ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ 9.5 นาที/คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) ใช้เวลา
เฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 7.3 นาที/คน ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้องใช้
เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด เท่ากับ 17.5 นาที/คน รองลงมา คือ การผ่าตัด
มดลูกทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 16.7 นาที/คน และการ
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยที่สุด เท่ากับ 16.3
นาที/คน

ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะก่อน
ผ่าตัด มากที่สุด คือ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 5.4 นาที/คน ส่วนเวลาเฉลี่ยที่
พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะก่อนผ่าตัด น้อยที่สุด คือ การ
พยาบาลในห้องรอการผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.3 นาที/คน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย
ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในระยะก่อนผ่าตัดมากที่สุด คือ การรับผู้ป่วยมาที่ห้อง
ผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.9 นาที/คน ส่วนเวลาที่ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะก่อนผ่าตัด น้อยที่สุด คือ การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัด
ในห้องรับ-ส่ง ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 นาที/คน

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะก่อนผ่าตัด
ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	ประเภทบุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง		การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง		รวม
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
1. การติดต่อประสานงาน การเตรียมเอกสาร และการตรวจสอบในระยะก่อนผ่าตัด								
1.1) การรวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมเอกสารในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	RN	1.2	0.4	1.6	0.5	1.9	0.3	1.6
1.2) การติดต่อประสานงานเพื่อขอรับส่วนประกอบของโลหิต และผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด								
	RN	3.2	0.4	3.8	0.4	3.9	0.3	3.6
1.3) การตรวจสอบอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง เพื่อเตรียมผ่าตัด								
	PN	0.2	0.4	0.3	0.5	0.4	0.7	0.3
2. การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดทั้งหมด								
2.1) การลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด								
	RN	1	0	1	0	1	0	1

ตารางที่ 8 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	ประเภท บุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัด คลอด ทางหน้า ท้อง		การผ่าตัด มดลูก ทางหน้า ท้อง		การผ่าตัด ส่องกล้อง ทางหน้า ท้อง		รวม
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
2.2) การลงบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยขณะรับมาที่ห้องผ่าตัด	PN	1	0	1	0	1	0	1
2.3) การลงบันทึกข้อมูล การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียม ผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง	RN	1	0	1	0	1	0	1
3. การจัดเตรียมความพร้อม ด้านบุคลากรทางการพยาบาล ผ่าตัด ห้องผ่าตัด อุปกรณ์ และ เครื่องมือในการผ่าตัด								
3.1) การมอบหมายงาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	RN	5	0.7	5.1	0.6	5.4	0.5	5.2
	RN	9.5	5.1	14.9	8	18.5	8.4	14.3
3.2) การจัดเตรียมห้องผ่าตัด	PN	6.5	1.1	7.2	7.6	13.6	9.4	9.1
3.3) การเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ใน การผ่าตัด	RN	3.3	0.5	3.5	0.7	11.8	0.9	6.2
	PN	5.8	4.2	5.6	1.2	5.8	0.4	5.7
ปริมาณเวลาการทำงาน	RN	25.2	5.6	32	7.5	44.8	8.7	34
	PN	13.5	4.8	14.1	7.8	20.8	9.4	16.1
รวมเวลาทั้งหมด (นาที)		38.7		46.1		65.6		50.1

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในระยะก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 50.1 นาที/คน โดยพยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ 34 นาที/คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 16.1 นาที/คน ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด เท่ากับ 65.6 นาที/คน รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 46.1 นาที/คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยที่สุด เท่ากับ 38.7 นาที/คน

ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะก่อนผ่าตัด มากที่สุด คือ การจัดเตรียมห้องผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 14.3 นาที/คน ส่วนเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะก่อนผ่าตัด น้อยที่สุด มี 2 กิจกรรม คือ การลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการลงบันทึกข้อมูลการพยาบาลแรก รับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยกิจกรรมละ 1 นาที/คน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะก่อนผ่าตัดมากที่สุด คือ การจัดเตรียมห้องผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 9.1 นาที/คน ส่วนเวลาที่ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะก่อนผ่าตัดน้อยที่สุด คือ การลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะรับมาที่ห้องผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1 นาที/คน

2.2 กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด (ตารางที่ 9-10)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะผ่าตัด ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	ประเภทบุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง		การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง		รวม
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
1. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป								
1.1) การตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย								
	RN	2.3	0.5	2.2	0.4	2.2	0.4	2.2
1.2) การช่วยเหลือทั่วไป								
	RN	37.5	4.9	49.4	3.5	89	3.6	58.6
	PN	28.6	3.6	32.8	4.1	38	1.2	33.1
1.3) การดูแลทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด								
	RN	13.1	2.1	0	0	0	0	4.4
2. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด								
2.1) การเตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งผ่าตัด								
	RN	4.1	0.3	4.2	0.4	4.5	0.5	4.3
2.2) การจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเครื่องมือปลอดเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด								
	RN	7.5	0.8	13.4	0.8	22.3	1.7	14.4
2.3) การส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด								
	RN	37.7	2.5	85.4	19.9	108.7	14.4	77.3

ตารางที่ 9 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	ประเภท บุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล (นาที/คน)							
		การผ่าตัด		การผ่าตัด		การผ่าตัด		รวม	
		คลอด	มดลูก	ส่องกล้อง	รวม				
		ทางหน้าท้อง	ทางหน้าท้อง	ทางหน้าท้อง					
\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}			
3. การปฏิบัติบทบาทร่วมกัน									
ในระยะผ่าตัดของพยาบาล									
ผ่าตัด									
3.1) การดูแลทำความสะอาด									
ร่างกาย และให้ความอบอุ่น									
แก่ผู้ป่วย	RN	3.5	0.5	3.6	0.7	3.7	0.5	3.6	
3.2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย									
จากเตียงผ่าตัด ไปยังห้องพักฟื้น	RN	1.9	0.6	2.1	0.6	2.1	0.3	2	
ปริมาณเวลาการทำงาน	RN	107.6	4.9	160.3	22.2	232.5	14.7	166.8	
	PN	28.6	3.6	32.8	4.1	38	1.2	33.1	
รวมเวลาทั้งหมด (นาที)		136.2		193.1		270.5		199.9	

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงใน ระยะผ่าตัดให้ผู้ป่วย 1 คน บุคลากรทางการพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 199.9 นาที/คน โดย พยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ 166.8 นาที/ คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 33.1 นาที/คน ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด เท่ากับ 270.5 นาที/คน รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 193.1 นาที/คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยที่สุด เท่ากับ 136.2 นาที/คน

ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะผ่าตัด มากที่สุด คือ การส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 77.3 นาที/คน ส่วน เวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะผ่าตัดน้อยที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 2 นาที/คน ซึ่งผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงทั้งหมด ในระยะผ่าตัด คือ การ ช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 33.1 นาที/คน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะผ่าตัด ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	ประเภทบุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง		การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง		รวม
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
1. การเตรียมความพร้อมและการทำตามหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป								
1.1) การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ	RN	1.4	0.7	1.5	0.5	1.7	0.8	1.5
	PN	0.6	0.5	0.8	0.4	0.5	0.7	0.6
1.2) การจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือปลอดเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด								
	RN	3.1	0.3	3.7	0.5	7.2	0.8	4.7
	PN	2.3	2.1	3.2	1.2	4.6	0.7	3.4
1.3) การเก็บรวบรวมเครื่องมือสำหรับใช้ในการผ่าตัดออกจากห้องผ่าตัด								
	RN	2.1	1.4	2.6	1.4	8.8	0.8	4.5
	PN	2.9	1.4	3.8	1.2	4.9	0.7	3.9
1.4) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับดูแลทำความสะอาดผิวหนัง อุปกรณ์ที่ใช้ในการปิดแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังห้องพักรักษา								
	RN	1.1	0.7	1.2	0.9	1.3	1.2	1.2
	PN	0.8	0.9	0.9	0.9	1.1	1.3	0.9

ตารางที่ 10 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	ประเภท บุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัด คลอด		การผ่าตัด มดลูก		การผ่าตัด ส่องกล้อง		รวม
		ทางหน้า ท้อง		ทางหน้า ท้อง		ทางหน้า ท้อง		
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
2. การลงบันทึกเอกสาร								
ทางการพยาบาลระยะผ่าตัด								
2.1) การลงบันทึกทางการ								
พยาบาลระยะผ่าตัดในแบบบันทึก								
ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด	RN	4.7	0.5	5	0.8	7.6	0.8	5.8
2.2) การลงบันทึกข้อมูลของ								
ผู้ป่วยระยะผ่าตัด การตรวจสอบ								
และการบันทึกข้อมูลเอกสารด้าน								
การเงินลงในหน่วยความจำของ								
ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล	RN	4.8	0.6	5.3	0.7	5.7	1.2	5.3
ปริมาณเวลาการทำงาน								
	RN	17.2	2.1	19.3	1.5	32.3	3.2	22.9
	PN	6.6	3.2	8.7	1.8	11.1	2.2	8.8
รวมเวลาทั้งหมด (นาที)		23.8		28		43.4		31.7

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในระยะผ่าตัดให้ผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 31.7 นาที/คน โดยพยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ 22.9 นาที/คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 8.8 นาที/คน ซึ่งการผ่าตัดส่งกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด เท่ากับ 43.4 นาที/คน รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 28 นาที/คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยที่สุด เท่ากับ 23.8 นาที/คน

ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะผ่าตัดมากที่สุด คือ การลงบันทึกทางการพยาบาลระยะผ่าตัดในแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 5.8 นาที/คน ส่วนเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะผ่าตัด น้อยที่สุด คือ การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับดูแลทำความสะอาดผิวหนัง อุปกรณ์ที่ใช้ในการปิดแผลผ่าตัด และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.2 นาที/คน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะผ่าตัดมากที่สุด คือ การเก็บรวบรวมเครื่องมือสำหรับใช้ในการผ่าตัดออกจากห้องผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 นาที/คน ส่วนเวลาที่ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะผ่าตัดน้อยที่สุด คือ การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 0.6 นาที/คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ตารางที่ 11-12)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาล โดยตรงระยะหลังผ่าตัด ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	ประเภทบุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (นาที/คน)						รวม	
		การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง		การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง			
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.		
1. การพยาบาลในห้องพักรักษาตัว									
1.1) การประเมินสภาพร่างกายและการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย หลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว		RN	7.5	0.5	7.7	0.8	8.3	0.5	7.8
1.2) ประเมินความพร้อมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องพักรักษาตัว		RN	1.4	0.5	1.5	0.5	1.6	0.5	1.5
		PN	1.4	0.5	1.5	0.5	1.6	0.5	1.5
2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย		PN	4.6	0.5	4.3	0.5	4.4	0.5	4.4
3. การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย		RN	4.1	0.3	4.3	0.5	4.6	1	4.3
ปริมาณเวลาการทำงาน		RN	13	0.5	13.5	1.4	14.5	1.3	13.7
		PN	6	0.9	5.8	0.6	6	0.8	5.9
รวมเวลาทั้งหมด (นาที)			19		19.3		20.5		19.6

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในระยะผ่าตัดให้ผู้ป่วย 1 คน บุคลากรทางการพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 19.6 นาที/คน โดยพยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ 13.7 นาที/คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 5.9 นาที/คน ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด เท่ากับ 20.5 นาที/คน รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 19.3 นาที/คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลน้อยที่สุด เท่ากับ 19 นาที/คน

ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงระยะหลังผ่าตัด มากที่สุด คือ การประเมินสภาพด้านร่างกาย และการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 7.8 นาที/คน ส่วนเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะหลังผ่าตัด น้อยที่สุด คือ ประเมินความพร้อมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องพักฟื้น ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 นาที/คน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 นาที/คน ส่วนเวลาเฉลี่ยที่ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะหลังผ่าตัด น้อยที่สุด คือ ประเมินความพร้อมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องพักฟื้น ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 นาที/คน

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเวลา กิจกรรมการพยาบาล โดยอ้อมระยะหลังผ่าตัด
ในผู้ป่วย 1 คน จำแนกตามประเภทบุคลากรและชนิดการผ่าตัด (n = 30)

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	ประเภท บุคลากร	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล (นาที/คน)						
		การผ่าตัด คลอด ทางหน้า ท้อง		การผ่าตัด มดลูก ทางหน้า ท้อง		การผ่าตัด ส่องกล้อง ทางหน้า ท้อง		รวม
		\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
1. การลงบันทึกเอกสาร								
1.1) การลงบันทึกการให้การ พยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	RN	3.2	0.4	3.3	0.5	3.7	0.7	3.4
1.2) การลงบันทึกสถิติข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มารับ บริการผ่าตัด	RN	2.5	0.5	3.2	0.4	3.5	0.5	3.1
1.3) การลงบันทึกข้อมูลการส่ง ตรวจชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจวินิจฉัย	RN	0	0	1.4	1.8	2.7	1.5	1.4
	PN	0	0	2	1.8	0.6	1.3	0.9
2. การติดต่อประสานงานในการ ส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย	RN	1.3	0.9	1.4	0.8	1.6	1.4	1.4
	PN	0.4	0.7	0.7	0.8	0.9	1.2	0.7
3. การดูแลทำความสะอาดเครื่อง มือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์	RN	15.8	15.2	24.6	30.5	69.7	5.4	36.7
	PN	19.7	14.5	27.7	21.3	48.6	3.2	32
ปริมาณเวลาการทำงาน	RN	22.8	15.2	33.9	31.4	81.2	6.4	46
	PN	20.1	14.8	30.4	21.6	50.1	3.7	33.5
รวมเวลาทั้งหมด (นาที)		42.9		64.3		131.3		79.5

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในระยะผ่าตัดให้ผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 79.5 นาที/คน โดยพยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ 46 นาที/คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 33.5 นาที/คน ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด เท่ากับ 131.3 นาที/คน รองลงมา คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 64.3 นาที/คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล น้อยที่สุด เท่ากับ 42.9 นาที/คน

ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด คือ การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 นาที/คน ส่วนเวลาเฉลี่ยที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะหลังผ่าตัด น้อยที่สุด คือ การติดต่อประสานงานในการส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.4 นาที/คน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในระยะหลังผ่าตัดมากที่สุด คือ การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 32 นาที/คน ส่วนเวลาที่ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะหลังผ่าตัดน้อยที่สุด คือ การติดต่อประสานงานในการส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 0.7 นาที/คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์
 ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลที่มี
 ในปัจจุบัน กับที่คำนวณได้ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการ
 ผ่าตัด

จำนวนบุคลากรทางการพยาบาล (คน)				
ประเภทบุคลากร	สัดส่วนผสมผสาน	ปัจจุบัน	จากการคำนวณ	ควรเพิ่ม
พยาบาลวิชาชีพ (RN)	3	21	27	+6
ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN)	1	12	9	-3
รวม	4	33	36	3

จากตารางที่ 13 พบว่าจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่คำนวณได้ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ จำนวนรวม 36 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 27 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และ 9 คน (ภาคผนวก จ.) ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 33 คน โดยพยาบาลวิชาชีพ 21 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 12 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีน้อยกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น 6 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลมีมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น 3 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล และจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัด ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive study) ในผู้ป่วยผ่าตัดทางหน้าท้อง พบป่วยที่สุด 3 กลุ่ม คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง จำนวนกลุ่มละ 10 คน จำนวนรวม 30 คน และบุคลากรทางการพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป รวม 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล และคู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และนำผลการพิจารณาคำแนะนำค่าความตรงตามเนื้อหา (CVD) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสังเกตแล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1-31 กรกฎาคม 2553 รวมระยะเวลา 30 วัน วิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด พบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45.4) การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง มีจำนวนรองลงมา (ร้อยละ 14.1) และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 7) ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) และระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 40)
2. กิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม ดังนี้

2.1 กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมโดยตรง 4 กิจกรรม และกิจกรรมโดยอ้อม 3 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมโดยตรง มี 4 กิจกรรม ดังนี้

- 1.1) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 1.2) การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด
- 1.3) การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง
- 1.4) การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด

2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มี 3 กิจกรรม ดังนี้

2.1) การติดต่อประสานงาน การเตรียมเอกสาร และการตรวจสอบในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

- 2.1.1) การรวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมเอกสารในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 2.1.2) การติดต่อประสานงานเพื่อขอรับส่วนประกอบของโลหิตและผู้ป่วย

มายังห้องผ่าตัด

2.1.3) การตรวจสอบอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง เพื่อเตรียมผ่าตัด

2.2) การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดทั้งหมด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

- 2.2.1) การลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 2.2.2) การลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะรับมาที่ห้องผ่าตัด
- 2.2.3) การลงบันทึกข้อมูลการพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง

2.3) การจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัด อุปกรณ์ และเครื่องมือในการผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

- 2.3.1) การมอบหมายงานอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร
- 2.3.2) การจัดเตรียมห้องผ่าตัด
- 2.3.3) การเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด

2.2 กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมโดยตรง 3 กิจกรรม และกิจกรรมโดยอ้อม 2 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง มี 3 กิจกรรม ดังนี้

1.1) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

- 1.1.1) การตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย

1.1.2 การช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก

1.1.3 การดูแลทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด

1.2) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

1.2.1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งผ่าตัด

1.2.2 การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเครื่องมือปลอดเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด

1.2.3 การส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

1.3) การปฏิบัติบทบาทร่วมกันในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

1.3.1 การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย

1.3.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น

2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มี 2 กิจกรรม ดังนี้

2.1) การเตรียมความพร้อมและการทำตามหน้าที่ของพยาบาลช่วยทั่วไป ประกอบด้วย กิจกรรมย่อย จำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1.1 การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ

2.1.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือปลอดเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด

2.1.3 การเก็บรวบรวมเครื่องมือสำหรับใช้ในการผ่าตัดออกจากห้องผ่าตัด

2.1.4 การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับดูแลทำความสะอาดผิวหนัง อุปกรณ์ที่ใช้ในการปิดแผลผ่าตัด และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น

2.2) การลงบันทึกเอกสารทางการแพทย์พยาบาลระยะผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมย่อย จำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

2.2.1 การลงบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะผ่าตัด ในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด

2.2.2 การลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยระยะผ่าตัดการตรวจสอบ และการบันทึกข้อมูลเอกสารด้านการเงินลงในหน่วยความจำของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

2.3 กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมโดยตรง 3 กิจกรรม และกิจกรรมโดยอ้อม 3 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะหลังผ่าตัด มี 3 กิจกรรม ดังนี้

1.1) การพยาบาลในห้องฟักฟืน ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

1.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย และการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องฟักฟืน

1.1.2 ประเมินความพร้อมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องฟักฟืน

1.2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

1.3) การเย็บหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม มี 3 กิจกรรม ดังนี้

2.1) การลงบันทึกเอกสาร ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย จำนวน 3 ข้อ ดังนี้

2.1.1 การลงบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องฟักฟืน

2.1.2 การลงบันทึกสถิติข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มารับบริการ

ผ่าตัด

2.1.3 การลงบันทึกข้อมูลการส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจวินิจฉัย

2.2) การติดต่อประสานงานในการส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย

2.3) การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

3. ชั่วโมงการพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเฉลี่ย 6.63 ชั่วโมงต่อคน ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.12 ชั่วโมงต่อคน 3.86 ชั่วโมงต่อคน และ 1.65 ชั่วโมงต่อคน ตามลำดับ

4. อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องการตามปริมาณกิจกรรมการพยาบาลของงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ควรมีทั้งหมด 36 คน โดยเป็นพยาบาล 27 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 9 คน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยสามารถอภิปราย ดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ สามารถอภิปรายตามระยะการพยาบาล ดังนี้

1.1 กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1.1.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะก่อนผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมากที่สุด เท่ากับ 5.4 นาที/คน (ตารางที่ 7) ทั้งนี้ เพราะกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นกิจกรรมสำคัญของพยาบาล เพราะต้องมีการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย และครอบครัวก่อนผ่าตัด และเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลผ่าตัดกับผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัวที่มาใช้บริการที่ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี นอกจากนี้ยังเป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัด การรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อนำไปใช้สำหรับวางแผนการพยาบาลผ่าตัดอย่างเหมาะสม และส่งต่อปัญหาให้ทีมสุขภาพได้รับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดได้ ถึงแม้ว่าจะใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นการใช้เวลาในการพยาบาลที่คุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผลการศึกษาจึงพบว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในระยะก่อนผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative visit) จึงเป็นกิจกรรมสำคัญ ต้องมีการประเมินความพร้อมทางสภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วย และครอบครัว ระยะก่อนผ่าตัด รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัดด้วย (Phillips, 2007) โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยเฉพาะช่วง 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดจึงมุ่งเน้นอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การใช้ยาแก้ปวด และจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด (Cupples, 1991; Martin, 1996 cited in Scott, 2004) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยและอบอุ่นใจขณะอยู่ในห้องผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2540) ซึ่งจากผลการศึกษาของ นันทพร แสนศิริพันธ์ (2540) พบว่า การเยี่ยมก่อนผ่าตัดตลอดทางหน้าห้อง ทำให้หญิงมีครรภ์ได้รู้จักและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลผ่าตัด และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ อบอุ่นใจ และช่วยคลายความวิตกกังวล และการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเยี่ยมของพยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2544)

สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยตรงที่ใช้เวลาน้อยที่สุด คือ การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด โดยใช้เวลาเฉลี่ย 1.3 นาที/คน (ตารางที่ 7) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ใช้เวลาน้อยเกินไป จำเป็นต้องมีการปรับแก้ไขทั้งนี้เพราะ โดยปกติผู้ป่วยผ่าตัดจะ

ได้รับการส่งตัวมาถึงห้องผ่าตัดก่อนเวลาผ่าตัดประมาณ 30 – 45 นาที (Phillips, 2007) ซึ่งการรอการผ่าตัดนานจะเพิ่มความวิตกกังวลสูงขึ้น ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในขณะที่รอการผ่าตัด (Domar, et al., 1989; Johnston, 1980 cited in Khan and Nazir, 2007 และ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, 2546) ซึ่งมีผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวโดยทั่วไป จะมีการรับรู้ถึงการสูญเสีย ความปวด ความกลัวจากการกลัวไม่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และกลัวถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการผ่าตัดอวัยวะสำคัญจะทำให้รู้สึกกลัวตาย (ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, 2550) และพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด คือ กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด รongลงมา คือ กลัวไม่หายจากสภาพความเจ็บป่วย และไม่ทราบสภาพของตนเองหลังผ่าตัด (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549) เพราะในช่วงก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด และการดมยาสลบมากที่สุด (Leino-Kilpi and Vuorenheimo, 1993) ดังนั้นการพยาบาลในห้องรอการผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่จะต้องประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และความวิตกกังวล โดยเน้นที่การดูแลด้านจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงความเห็นใจ เต็มใจให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจึงจะทำให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ แต่เนื่องจากทางห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาชิดี มีอัตราค่าจ้างที่จำกัดจึงมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และต้องเป็นผู้ให้การพยาบาลในห้องรอผ่าตัด (Holding area) ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้น้อยที่สุด เพราะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกรายในระยะหลังผ่าตัดด้วย และจากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุด ร้อยละ 40 รongลงมา คือ ปริญญาโท ร้อยละ 26.67 (ตารางที่ 4) ซึ่งห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาชิดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงทำให้มีความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเพศหญิงมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Domar, et al., 1989) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับแก้ไขด้านบุคลากรสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยในห้องรอผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยตรงที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัด ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

1.1.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะก่อนผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า บุคลากรทางการพยาบาล ทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยในการจัดเตรียมห้องผ่าตัดมากที่สุด โดยใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 14.3 นาที/คน และ 9.1 นาที/คน (ตารางที่ 8) ทั้งนี้เพราะสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นในการพยาบาลผ่าตัดเกี่ยวกับการจัดเตรียมและการทำให้ห้องผ่าตัดสะอาดปลอดภัยตลอดเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งพยาบาลผ่าตัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด (AORN, 2009) ดังนั้นการจัดเตรียมห้องผ่าตัดพยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ นอกจากนี้แล้วยังครอบคลุมถึงการตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกขณะผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและรวดเร็ว ช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัดลงได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกน้อยลง ถึงแม้ว่ากิจกรรมนี้จะใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมโดยอ้อมในระยะก่อนผ่าตัดมากที่สุด แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ ด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้นการจัดเตรียมห้องผ่าตัดจึงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญจึงจำเป็นต้องใช้เวลามาก

1.2 กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด

1.2.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในระยะผ่าตัด พบว่า พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระยะผ่าตัดมากที่สุด คือ การส่งเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 77.3 นาที/คน รองลงมาคือ การช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 58.6 นาที/คน และ 33.1 นาที/คน ตามลำดับ (ตารางที่ 9) ทั้งนี้เพราะห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาราชเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดในระดับตติยภูมิ ที่มีการรักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนด้วยการผ่าตัด อีกทั้งในระยะผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด จึงทำให้นักบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากกว่าการพยาบาลผ่าตัดในระยะอื่นๆ โดยพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด มากที่สุด ด้วยความรู้ และทักษะจึงจะช่วยให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น และผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ส่วนพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก (Circulating nurse) ใช้เวลา

เฉลี่ยรองลงมา ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย และช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพให้ได้รับความสะดวกขณะผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระยะผ่าตัดนี้ แสดงให้เห็นถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในขณะผ่าตัด จากเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มากกว่าการพยาบาลผ่าตัดในระยะอื่น อีกทั้งการพยาบาลระยะผ่าตัดจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้กำหนดบทบาทตามความรู้ความสามารถในแต่ละหน้าที่ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ (RN) มีบทบาทในการส่งผ่าตัดและช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก ส่วนผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (PN) มีบทบาทในการช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก ดังนั้นพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือทีมศัลยแพทย์ เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างราบรื่น และประสบความสำเร็จ ซึ่งพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ และเชี่ยวชาญในขั้นตอนการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนการผ่าตัด มีไหวพริบในการประยุกต์เครื่องมือให้เหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัดนั้นๆเมื่อเกิดอุปสรรคในระหว่างการผ่าตัด (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541) ส่วนพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) มีหน้าที่รับผิดชอบประสานงานและช่วยเหลือทุกคนในทีม เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ และจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม เพราะระยะผ่าตัดเป็นระยะที่ใช้เวลามากที่สุด ในช่วง 3 ระยะของการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลผู้ช่วยทั่วไปจะเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงในด้านของการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ให้การพยาบาล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ความปลอดภัย และความมั่นคง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกรู้สียงและไม่สามารถบอกถึงความต้องการได้ (ชนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล, 2540) นอกจากนี้ตามธรรมชาติแล้วการผ่าตัดมักมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องการความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เต็มศักยภาพ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ ตามความรู้ความสามารถในแต่ละตำแหน่งหน้าที่นั้นด้วย

1.2.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในระยะผ่าตัด พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด คือ การลงบันทึกทางการพยาบาลระยะผ่าตัดในแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ย 5.8 นาที/คน (ตารางที่ 10) ทั้งนี้เพราะการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดมีความสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากสามารถอธิบายการดูแล ช่วยเหลือ หรือปฏิบัติการพยาบาลในทุกกระยะของการพยาบาลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และเป็นการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายในการพิจารณาคดีหากมีการฟ้องร้องได้ อีกทั้งเป็นรายงานที่ประกันคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ จึงทำให้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดถึงแม้จะใช้เวลาเฉลี่ยมากที่สุดในการปฏิบัติกิจกรรมโดยอ้อม ซึ่ง

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัดเป็นเอกสารแสดงปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดอย่างต่อเนื่องทุกระยะการพยาบาลผ่าตัด และมีความสำคัญโดยตรงคือการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัด และทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดได้ (AORN, 2009) และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และปกป้องพยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลจากการฟ้องร้องทางกฎหมาย (Iyer and Camp, 1995) สอดคล้องตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ตามมาตรฐานที่ 5 กำหนดเรื่องการบันทึกและรายงานบันทึกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ (สภาการพยาบาล, 2552) แบบบันทึกการพยาบาลมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เพราะเป็นเอกสารที่แสดงถึงการให้การดูแลรักษาพยาบาลและการให้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และยังมีข้อมูลที่ทีมสุขภาพสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง และยังสามารถใช้พัฒนาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้อีกด้วย (เฟื่องทอง มธุรชน, 2546)

1.3 กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1.3.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ระยะหลังผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ในระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด คือ การประเมินสภาพร่างกายและการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ย 7.8 นาที/คน (ตารางที่ 11) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดถือว่าเป็นระยะวิกฤต (Immediate care) เพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธิตดมยาสลบส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกรู้ตัว หรือในกรณีที่ทำให้ยาชาเฉพาะที่ เช่น การให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกชาที่ขาและขยับขาทั้ง 2 ข้างไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ดังนั้นพยาบาลผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี จึงจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของทีมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่นี่มารับบริการผ่าตัด จะอยู่ในความดูแลของ วิทยาลัยพยาบาล และพยาบาลผ่าตัด ที่ประจำอยู่ในห้องพักฟื้น ซึ่งจะทำหน้าที่ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการดมยาสลบที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Multidisciplinary team) โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะอยู่ในความดูแลของวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและได้รับการดูแลอย่างมีระบบภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ ผู้ป่วยฟื้นสภาพภายหลังการผ่าตัดและการได้รับยาสลบอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และสุขสบาย (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541; กิริติกานต์ ป้ายงูเหลือม, 2550)

1.3.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ระยะหลังผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในระยะหลังผ่าตัด พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด คือ การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 นาที/คน และ 32 นาที/คน ตามลำดับ (ตารางที่ 12) ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเท่ากับ 69.7 นาที/คน 24.6 นาที/คน และ 15.8 นาที/คน ตามลำดับ ส่วนผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเท่ากับ 48.6 นาที/คน 27.7 นาที/คน และ 19.7 นาที/คน ตามลำดับ (ตารางที่ 12) ซึ่งแตกต่างผลจากการศึกษาของ วัชรินทร์ ชัยมานะการ (2549) ซึ่งพบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ปฏิบัติงานช่วยเหลืองานบริการทั่วไป โดยดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ตรวจนับและจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด ทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์และบำรุงรักษาเครื่องมือ จึงทำให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมโดยตรงมากที่สุด ทั้งนี้เพราะห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้มีวิธีการผ่าตัดใหม่ๆ เช่น การผ่าตัดส่องกล้องที่มีการใช้เครื่องมือประสิทธิภาพและอุปกรณ์ที่มีความทันสมัยสูง จึงทำให้บุคลากรทางการพยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในด้านการดูแลรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ชนิดต่างๆที่มีราคาแพง มีความซับซ้อนในการใช้งาน และต้องการบำรุงรักษาอย่างถูกวิธี ให้มีอายุการใช้งานได้นานขึ้น จึงทำให้การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความชำนาญเข้ามาช่วยในการดูแลทำความสะอาดเครื่องมือ รวมทั้งทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาเฉลี่ยมากกว่าผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ส่วนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากการทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีความยุ่งยากซับซ้อนน้อยกว่า

2. พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเฉลี่ยใช้เวลาเท่ากับ 6.63 ชั่วโมง/คน เมื่อจำแนกการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ พบว่า ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.12 ชั่วโมง/คน 3.86 ชั่วโมง/คน และ 1.65 ชั่วโมง/คน (ตารางที่ 5) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วัชรินทร์ ชัยมานะการ (2549) ซึ่งพบว่า เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด สาขาสูติกรรมสูติ-นรีเวชกรรม ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3 ชั่วโมง 9.6 นาที ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดในปัจจุบันมีวิวัฒนาการที่ก้าวหน้า มีความยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งมีการนำเทคโนโลยีขั้นสูง

มาใช้เพิ่มขึ้น เพื่อลดความบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มักมีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและรุนแรงกว่าระดับตติยภูมิและระดับปฐมภูมิ ดังนั้นจึงต้องการ ชั่วโมงการพยาบาลสูงกว่า (สำนักการพยาบาล, 2545; เบนจุมาศ ปรีชาคุณ, 2547) โดยเฉพาะห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับตติยภูมิ และเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้มีระดับการศึกษาสูง ซึ่งพบมากที่สุด คือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ ปริญญาโท (ร้อยละ 26.67) และมีการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาเอก (ร้อยละ 3.33) (ตารางที่ 4) และเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการผ่าตัด จึงมีความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นทำให้ใช้เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากถึง 6.63 ชั่วโมงต่อคน

3. อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้จากการคำนวณตามกิจกรรมการพยาบาล ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เท่ากับ 36 คน โดยมีสัดส่วนผสมผสานของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ปฏิบัติงานพยาบาล เท่ากับ 27:9 คน (ตารางที่ 13) ซึ่งในปัจจุบันมีบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 33 คน ในสัดส่วนผสมผสานของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ปฏิบัติงานพยาบาล เท่ากับ 21:12 คน แต่หากพิจารณาโดยละเอียดพบว่าอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีน้อยกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น 6 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาลมีมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น 3 คน (ตารางที่ 13) ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลผ่าตัดได้นำองค์ประกอบจากบริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติมาพิจารณา เพื่อบริหารอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ขาดแคลน โดยกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและไม่จำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก เช่น การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ยุ่งยาก การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดและการส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาและการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง หรือกิจกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนตามความเหมาะสม และมีความจำเป็นตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการบริหารต้นทุนด้านบุคลากรทางการพยาบาลอย่างคุ้มค่ามากที่สุดภายใต้ทรัพยากรบุคคลที่จำกัด และจากการพิจารณารับบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มในปี 2553 ให้มีความสอดคล้องกับจำนวนกิจกรรมการพยาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จำนวนรวม 4 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 คน และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล 1 คน ทำให้จำนวนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ปฏิบัติงานพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน เท่ากับ 21:12 คน เพื่อปรับให้มีอัตรากำลังให้สอดคล้องกับจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดได้ เพราะมีการศึกษาพบว่าอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายได้ และยังพบว่า

อัตรากำลังทางพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมและเพียงพอมีผลต่อความพึงพอใจของพยาบาล ลดการลาออก และเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล และยังสามารถทำให้พยาบาลคงอยู่ในองค์กรมากขึ้น (Rafferty et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Balton et al. (2003) ซึ่งพบว่าการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจด้านการพยาบาลของผู้ป่วย และพบว่าสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานน้อยในแต่ละหน่วยงานจะส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการให้ยา และการติดเชื้อของบาดแผลสูงขึ้น และอัตรากำลังทางการพยาบาลวิชาชีพที่มีน้อยจะมีผลทำให้ใช้เวลาในการพยาบาลมากขึ้น (Hall et al., 2004) ซึ่งบุคลากรที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานใหม่มีประสบการณ์น้อยควรได้รับมอบหมายให้ส่งผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่สำหรับการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทางมากขึ้น และการผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลานาน จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมอัตรากำลัง เพื่อใช้ในการผลัดเปลี่ยนบุคลากรสำหรับหยุดพักรับประทานอาหาร ส่วนการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาเริ่มและสิ้นสุดน้อยทำให้มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องทำมากและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าออกห้องผ่าตัดบ่อยครั้ง (เบญจมาศ ปรึกษาคุณ, 2547)

นอกจากนี้ช่วงเวลาที่มีการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนและมีการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อรักษาชีวิต ควรต้องมีการจัดอัตรากำลังมาเสริมช่วงเวลาดังกล่าวให้เพียงพอเช่นกัน ซึ่งการพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้าน ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลที่รับมาใหม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกสอนการปฏิบัติงานจากพยาบาลที่เลี้ยงจนกว่าจะมีความรู้ความชำนาญ และผ่านการประเมินสมรรถนะจากผู้ร่วมงาน จึงจะสามารถส่งผ่าตัดในรายที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนกว่าจะมีความชำนาญมากเพียงพอ ซึ่งการจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด จะช่วยทำให้เกิดผลผลิตในการบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแล้วยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และช่วยประหยัดงบประมาณ รวมทั้งยังนำมาซึ่งความพึงพอใจทั้งของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดด้วย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาระวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลทั้งกิจกรรมโดยตรงและกิจกรรมโดยอ้อม ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จำนวน 18 กิจกรรมหลัก ซึ่งสามารถนำกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยผ่าตัด

1.2 นำเสนอเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารทางการแพทย์ไปใช้ในการพิจารณาจัดสรร งบประมาณทั้งพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นในทุกๆ ระยะเวลาการ พยาบาลผ่าตัด ทำให้พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติบทบาทอิสระและกิจกรรมพยาบาล โดยตรงกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่ดีมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์ผ่าตัดรับรู้คุณค่าในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ มีความพึงพอใจในงาน และจงรักภักดีต่อองค์กร

1.3 นำผลการวิจัยมาพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด (Holding area) โดยให้พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เพื่อลดความ วิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะรอการผ่าตัด

1.4 ควรนำการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็น หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดสรรงบประมาณบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ใน ทุกห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทุกแห่ง

2.2 ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช ต่อไป

2.3 ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกชั่วโมงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในห้อง ผ่าตัด เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ผ่าตัดด้วยระบบคอมพิวเตอร์

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- การแพทย์, กรม สำนักรพยาบาล. 2545. แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กฤษฎา แสงวดี. 2552. การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์. นนทบุรี: สำนักรพยาบาล กรมการแพทย์. (อัดสำเนา)
- กันยา ออประเสริฐ. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. ใน เรณู อาจสาดี, การพยาบาลทางห้องผ่าตัด, หน้า 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กิริติกานต์ ป้ายงเหลืออม. 2550. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. ใน วิชา ภูมิศิริกุล, วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1, หน้า 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา ไตรทาน และชนภรณ์ กุลทัพ. 2545. การพัฒนาการจัดอัตรากำลังกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชสุพรรณบุรี วารสารสำนักรพยาบาล 30(2)[Online]. แหล่งที่มา: www.dms.moph.go.th/nurse1issue2_report5.html.mht[21 มิถุนายน 2553]
- จิตรา เกิดเพชร. 2541. ศึกษาเรื่องการประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดและการวิเคราะห์ปัญหา การปฏิบัติงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2546. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management). พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- ธนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล. 2540. วิวัฒนาการบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Evolution of Perioperative Nursing in USA)[Online]. แหล่งที่มา: http://www.tpna.or.th/page_files/meetings_mix1_2539_1_2550/02_2540/02th_meetingpage_1.htm[10 กุมภาพันธ์ 2553]
- นันทพร แสนศิริพันธ์. 2540. ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, แม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ. 2547. การบริหารอัตรากำลัง: ทางเลือกให้เกิดคุณค่าสูงสุดในความเป็นจริง ในสถานการณการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด. ใน วราภรณ์ หาญคณะเศรษฐ์, การบริหารอัตรากำลัง ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุนและผลิตภาพงาน, หน้า 123-133. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง จำกัด.

- เบญจมาศ ปรีชาคุณ. 2547. ชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในหน่วยงานต่างๆ งานการพยาบาลผ่าตัดฝ้าย การพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 9(2): 92-103.
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2541. การบริหารการพยาบาล ระดับหัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปานตา อภิรักษ์นภานนท์. 2550. การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized peri-operative care). ใน เรณู อาจสาถิ(บรรณาธิการ). สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1, หน้า 5-7. 30 มิถุนายน – 1 กรกฎาคม 2550 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม (ไบเทค) บางนา กรุงเทพมหานคร.
- พัชรี เนียมศรี, อารยา ประเสริฐชัย และ นวลขนิษฐ ลีจิตลี้อชา. 2548. การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล (Nursing staffing). ใน นวลขนิษฐ ลีจิตลี้อชา (บรรณาธิการ), หลักสูตร การบริหารการพยาบาลแนวใหม่, หน้า 79-103. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พินิจ ปรีชานนท์ และอัญชลี นวลคล้าย. 2540. คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. ราชบัณฑิตยบาลสาร 3: 298-313.
- เพ็ชรจิตต์ ภูมิสิริกุล. 2546. ศึกษาเรื่องผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. สาระการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- เฟื่องทอง มธุรชน. 2546. ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาริษา สมบัติบูรณ. 2546. แนวคิดและการบริหารอัตรากำลังในหน่วยบริการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิ่ง.
- รัชนี สุจิจันทร์รัตน์. 2546. การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณา พงษ์เรืองพันธ์ุ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์ุ. 2549. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เรณู อาจสาลี. 2540. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เรณู อาจสาลี. 2550. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอ็น พี เพรส.
- โรงพยาบาลรามธิบดี. 2548. คู่มือคุณภาพด้านบริการ (Quality Manual). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลรามธิบดี. 2552. ข้อมูลโรงพยาบาลรามธิบดี ปี 2552 (Ramathibodi Hospital Profile 2009). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลรามธิบดี. 2552. งานเวชสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดในเวลาราชการที่ห้องผ่าตัด สตรี-นรีเวช. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลา ดันตโยทัย และ สมจิต หนูเจริญกุล. 2544. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), กระบวนการพยาบาล, หน้า 173-186. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- วิภา บัลลังก์โพธิ์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. 2540. การเตรียมหัตถการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ประชุมทองพรินติ้งกรุ๊ป.
- วิภา จีระแพทย์. 2544. ชุดข้อมูลจำเป็นและระบบจำแนกทางการพยาบาล. ในวิภา จีระแพทย์ (บรรณาธิการ), สารสนเทศทางการพยาบาล และทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรินทร์ ชัยมานะการ. 2549. การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย ริจิรวนิช. 2550. การศึกษาการทำงาน หลักการและกรณีศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. 2548. ประกาศสภาการพยาบาล อัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. 2553. มาตรฐานการพยาบาล และการผดุงครรภ์[Online]. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th/knowledge/know05.html>[10 สิงหาคม 2553]
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2552. แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2551- พ.ศ.2552). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
- สุชา ปาน้อยนนท์. 2549. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

- สุภาพ อารีเอื้อ. 2541. การพยาบาลในห้องผ่าตัด: จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม. รามาริบัติพยาบาลสาร 4(2): 204-212.
- สุภาพ เลิศร่วมพัฒนา. 2544. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์. 2549. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ พยาบาลสาร 33(2) (เมษายน – มิถุนายน 2549)[Online]. แหล่งที่มา: http://www.nurse.cmu.ac.th/webthai/ns_new/2549-2/490208.pdf [21 มิถุนายน 2553]
- สุมนา หวังนิพนพานโต และภัทรปภา สุทธิจันทร์เดช. 2552. การจัดการอัตรากำลังพยาบาล เพื่อสุขภาพประชาชน. ไทยเนอรัลซิงโทม์ 2: 5-8.
- อรอนงค์ พุมอาภรณ์. 2550. การตอบสนองทางร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด. ใน วิชา ภูมิสิริกุล, วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1, หน้า 2. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aiken, L. H., Ying, X., Clarke, S. P., and Sloane D. M. 2007. Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care. Journal of Nursing Administration 37: 335-342.
- Alexander, E. L. 1972. Nursing administration in the hospital health care system. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- American Hospital Association. 2006. International classification of diseases 9th revision clinical modification (ICD-9-CM). 6th edition. USA: Chicago.
- Association of Perioperative Registered Nurses. 2009. Perioperative Standards and Recommended Practices. 2009 edition. USA: Association of perioperative registered nurses.
- Balton, L. B., Aydin, C. E., Donaldson, N., Brown, D. S., Nelson, M. S., and Harms, D. 2003. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care Journal of Nursing Administration 33: 607-614.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research. 5th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Cherry, B., and Jacob, S. R. 2008. Contemporary nursing issues trends and management. 4th edition. Missouri: Mosby Company.

- Domar, A. D., Everett, L. L., and Keller, M.G. 1989. Preoperative anxiety: Is it a Predictable Entity. Anesthesia and Analgesia 69(6): 763-767.
- Groah, L. K. 1990. Operating room nursing: The perspective role. Virginia: Reston.
- Hall, L. M., Doran, D., and Pink, G. H. 2004. Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. Journal of Nursing Administration 34: 41-45.
- Iyer, P. W., and Camp, N. H. 1995. Nursing document ting: A the nursing process approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Kandari, F. A., and Thomas, D. 2008. Adverse nurse outcomes: Correlation to nurse's workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals. Applied Nursing Research 21: 139-146.
- Keeling, B. 1999. How to allocate the right staff mix across shifts. Nursing Management 30: 16-17.
- Khan, F. A., and Nazir, S. 2007. Assessment of Per Operative anxiety in Patients for Elective Surgery. Journal Anesth Clin Pharmacology 23(3): 259-262.
- Leino-Kilpi, H., and Vuorenheimo, J. 1993. Perioperative nursing care quality: Patient'opinion. Association of Perioperative Registered Nurses 57(5): 1061-1070.
- Patton, M. R. 2002. Management of perioperative clients in D.D. ignatavicius and M.L. workman medical surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Phillips, N. 2007. Berry & Horn's operating room technique. 11th edition. China: Mosby Company.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1995. Nursing research: principle method. 5th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Rafferty, A. M. et al. 2007. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. International Journal of Nursing Studies 44: 175-182.
- Rothrock, J. C. 1996. Perioperative nursing care planning. 2nd edition. St. Louis: Mosby.
- Scott A. 2004. Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. Nursing in Critical Care 9(2): 72-77.
- Sellgren, S., Ekvall, G., and Tomson, G. 2007. Nursing staff turnover: Does leadership matter. Leadership in Health Service 20(3): 169-173.
- Shortridge, L. M., and Lee, E. J. 1980. Introduction to nursing practice. New York: McGraw-Hill Book.

- Shumaker, R. P. 1997. Perioperative nursing. In J. M. Black and E. Matassarin-Jacobs. medical-surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Spry, C. 2005. Essentials of perioperative nursing. 3rd edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Sullivan, E. J., and Decker, P. J. 2004. Effective leadership and management in nursing. 6th edition. California: Addison-wesley.
- Urden, J. D., and Roode, J. L. 1977. Work sampling: A decision-making tool for determining resources and work redesign. Journal of Nursing Administration 27(9): 34-41.
- Warstler, M. E. 1972. Some management technique for nursing service administrators: Staffing. Journal of Nursing Administration 2: 25-32.
- Washington, C. C., and Moss M. 1988. Pragmatic aspects of establishing interrater reliability in research. Nursing Research 37(3): 190.
- Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., and Boos, L. 2007. Deteriorate external work environment, heavy workload and nurses' job satisfaction and turnover intention. Canadian Public Policy-Analyse De Politique 32: 31-47.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. ดร. เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ	อาจารย์พยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ กীরติกานต์ ป้ายงูเหลือม	อาจารย์พยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางชุลีพร วชิรชนากร	หัวหน้าห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช และ ผู้อำนวยการพยาบาลระดับ 8 ห้องผ่าตัด สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาชิปดี
4. นางมยุรัตน์ วิรัชชัย	ผู้อำนวยการพยาบาลระดับ 8 ห้องผ่าตัด สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาชิปดี
5. นางศรีสุวรรณ ชุกิจ	ผู้อำนวยการพยาบาลระดับ 8 ห้องผ่าตัด สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาชิปดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/0872



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

11 มิถุนายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัตนา เพิ่มเพชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ดร. เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ | อาจารย์พยาบาล |
| 2. อาจารย์ กীরติกานต์ ป้ายงเหลือม | อาจารย์พยาบาล |
| 3. นางชุลีพร วชิรณากร | หัวหน้าห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวชและผู้อำนวยการพยาบาล
ระดับ 8 ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช |
| 4. นางมยุรัตน์ วิรัชชัย | ผู้อำนวยการพยาบาล ระดับ 8 ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช |
| 5. นางศรีสุวรรณ ชุกิจ | ผู้อำนวยการพยาบาล ระดับ 8 ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช |

ศูนย์วิทยุโทรคมนาคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- 2 -

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก
ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, อาจารย์ กิรติกานต์ ป่าขงเหลือม, นางสุธิพร วชิรธนากร,
นางมยุรัตน์ วิรัชชัย และนางศรีสุวรรณ ชุกิจ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

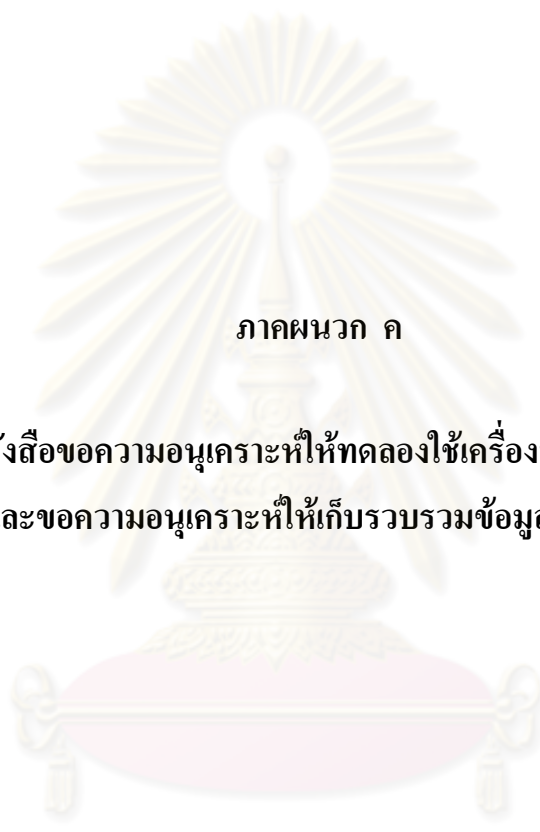
อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุขาคา รัชชกุล โทร. 0-2218-9823

ข้อนี้ติดต่อ

นางสาวรัตนา เพิ่มเพ็ชร โทร. 08-1919-5001

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย
และขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0899



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

15 มิถุนายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวรัตนา เพิ่มเพชร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยต้อกระจก-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต้อกระจก-นรีเวช ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวรัตนา เพิ่มเพชร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-9823

ชื่อนิสิต

นางสาวรัตนา เพิ่มเพชร โทร. 08-1919-5001



ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองการวิจัยในคน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๒๕๓

ชื่อโครงการ การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยตติย - นรีเวช
โรงพยาบาลรามธิบดี

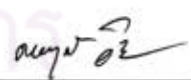
เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๖-๕๓-๓๖ ย

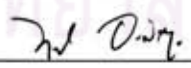
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวรัตนา เพิ่มเพ็ชร

ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อโครงการใหม่ ครั้งที่ ๑ การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์
ในหอผู้ป่วยตติย-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จจึง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม 
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม 
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๒๓ กันยายน ๒๕๕๓



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง

1. โปรดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัด โดยเติมค่าลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ให้ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
2. การลงบันทึกอายุของผู้ป่วย หากจำนวนเศษของอายุน้อยกว่า 6 เดือน ให้ปัดลง แต่หากมากกว่า 6 เดือน ให้ปัดขึ้นเป็นจำนวนเต็ม

1. เลขประจำตัวผู้ป่วย.....

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> ปริญญาโท | <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก |

4. ชนิดการผ่าตัด

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง |
| <input type="checkbox"/> ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง |
| <input type="checkbox"/> ผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง |

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมพยาบาล

คำชี้แจง

1. การลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โปรดลงเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้น ทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ในการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด
2. การลงบันทึกในช่องผู้ปฏิบัติ หากผู้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง RN แต่ถ้าผู้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นผู้ช่วยพยาบาลให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง PN



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase)		เวลา (นาที)			ผู้ปฏิบัติ	
		เริ่มต้น	สิ้นสุด	รวม	R N	P N
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม					
<p>1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <p>2. การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด</p> <p>3. การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง (Stretcher room)</p> <p>4. การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด (Holding area)</p>	<p>1. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>1.1) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>1.2) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>1.3) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p>					

กิจกรรมการพยาบาลในระยะผ่าตัด (Intraoperative phase)		เวลา (นาที)			ผู้ปฏิบัติ	
		เริ่มต้น	สิ้นสุด	รวม	R N	P N
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม					
<p>1. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse)</p> <p>1.1) การตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย</p> <p>1.2) การช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก</p> <p>1.3) การดูแลทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด</p> <p>2. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>2.1) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>2.2) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>2.3) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p>						

กิจกรรมการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase)		เวลา (นาที)			ผู้ปฏิบัติ	
		เริ่มต้น	สิ้นสุด	รวม	R N	P N
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม					
<p>1. การพยาบาลในห้องพักฟื้น</p> <p>1.1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย และการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น</p> <p>1.2) ประเมินความพร้อมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องพักฟื้น</p> <p>2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย</p> <p>3. การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย</p>	<p>1. การลงบันทึกเอกสาร</p> <p>1.1) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>1.2) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>1.3) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p>					

คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด งานห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี จำแนกตามระยะการผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด 3) การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับส่ง (Stretcher room) 4) การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด (Holding area) 5) การติดต่อประสานงาน การเตรียมเอกสาร และการตรวจสอบในระยะก่อนผ่าตัด 6) การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดทั้งหมด และ 7) การจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัด อุปกรณ์ และเครื่องมือในการผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด
3. การพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับส่ง (Stretcher room)
4. การพยาบาลในห้องรอการผ่าตัด (Holding area)

1.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การติดต่อประสานงาน การเตรียมเอกสาร และการตรวจสอบในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 4 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 1.1) การรวบรวมข้อมูลและจัดเตรียมเอกสารในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 1.2) การติดต่อประสานงานเพื่อขอรับส่วนประกอบของโลหิตและผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด
- 1.3) การตรวจสอบอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง เพื่อเตรียมผ่าตัด

2. การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดทั้งหมด ประกอบด้วย 3 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 2.1) การลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 2.2) การลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะรับมาที่ห้องผ่าตัด
- 2.3) การลงบันทึกข้อมูลการพยาบาลแรกรับเพื่อเตรียมผ่าตัดในห้องรับ-ส่ง (Stretcher room)

3. การจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 3.1) การมอบหมายงานอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3.2) การจัดเตรียมห้องผ่าตัด
- 3.3) การเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) 2) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) 3) การปฏิบัติบทบาทร่วมกันในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nurse) 4) การเตรียมความพร้อมและการทำตามหน้าที่ของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) และ 5) การลงบันทึกเอกสารทางการพยาบาลระยะผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 1.1) การตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย
- 1.2) การช่วยเหลือทั่วไปอยู่รอบนอก
- 1.3) การดูแลทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด

2. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 2.1) การเตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งผ่าตัด
- 2.2) การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเครื่องมือปลอดเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด
- 2.3) การส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

3. การปฏิบัติบทบาทร่วมกันในระยะผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัด (Perioperative nurse) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 3.1) การดูแลทำความสะอาดร่างกายและให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย
- 3.2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น

2.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมและการทำตามหน้าที่ของพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating nurse) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมรอง ดังนี้

- 1.1) การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ
- 1.2) การจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือปลอดเชื้อที่ใช้ในการผ่าตัด
- 1.3) การเก็บรวบรวมเครื่องมือสำหรับใช้ในการผ่าตัดออกจากห้องผ่าตัด
- 1.4) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับดูแลทำความสะอาดผิวหนัง อุปกรณ์ที่ใช้ในการปิดแผลผ่าตัด และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น

2. การลงบันทึกเอกสารทางการแพทย์พยาบาลระยะผ่าตัด ประกอบด้วย 2 กิจกรรมรอง
ดังนี้

2.1) การลงบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะผ่าตัดในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ห้องผ่าตัด (Perioperative nurse record)

2.2) การลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยระยะผ่าตัด การตรวจสอบ และการบันทึก
ข้อมูลเอกสารด้านการเงินลงในหน่วยความจำของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. **กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase)** ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การพยาบาลในห้องพักฟื้น 2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย 3) การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 4) การลงบันทึกเอกสาร 5) การติดต่อประสานงาน และ 6) การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

3.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การพยาบาลในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 2 กิจกรรมรอง ดังนี้

1.1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย และการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

1.2) ประเมินความพร้อมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกจากห้องพักฟื้น

2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

3. การเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

3.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การลงบันทึกเอกสาร ประกอบด้วย 3 กิจกรรมรอง ดังนี้

1.1) การลงบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

1.2) การลงบันทึกสถิติข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด

1.3) การตรวจสอบความถูกต้อง และการลงบันทึกข้อมูลการส่งตรวจชิ้นเนื้อ เพื่อการตรวจวินิจฉัย

2. การติดต่อประสานงานในการส่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับหอผู้ป่วย

3. การดูแลทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

การคำนวณอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลผ่าตัด

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2553

การผ่าตัด	จำนวน (คน/ เดือน)	ร้อยละ (%)	ค่าเฉลี่ย (คน/วันทำการ)
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	142	45.4	6.5
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	44	14.1	2
การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	22	7	1
การผ่าตัดทางหน้าท้องอื่นๆ (เช่น การผ่าตัดก้อนที่รังไข่, การ ผ่าตัดก้อนที่มดลูก, การตัดต่อ ท่อนำไข่ เป็นต้น)	35	11.2	1.6
การผ่าตัดทางช่องคลอด	48	15.3	2.2
การผ่าตัดทำหมัน	22	7	1
รวม	313	100	14.3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2552 ถึงเดือน กรกฎาคม 2553

การผ่าตัด	จำนวน (คน/ปี)	ร้อยละ (%)	ค่าเฉลี่ย (คน/เดือน)
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	1,536	44.1	128
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	719	20.7	60
การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	202	5.8	16.8
การผ่าตัดทางหน้าท้องอื่นๆ (เช่น การผ่าตัดก้อนที่รังไข่, การผ่าตัดก้อนที่มดลูก, การตัดต่อท่อหน้าไข่ เป็นต้น)	319	9.2	26.6
การผ่าตัดทางช่องคลอด	412	11.8	34.3
การผ่าตัดทำหมัน	291	8.4	24.3
รวม	3,479	100	290

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด จำแนกตามการผ่าตัด
 คลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง (ชั่วโมง/คน)

การผ่าตัด	ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาล (ชั่วโมง/คน)
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	4.62
การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	6.13
การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง	9.15
ค่าเฉลี่ยรวม	6.63

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน ของบุคลากรทางการแพทย์ หอผ่าตัดสูติ-นรีเวช
โรงพยาบาลรามารินทร์ (n=30)

ประเภท	ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน (วัน/คน)
วันลาหยุดทุกประเภท	15.2
วันหยุดนักขัตฤกษ์	15
วันเข้ารับการศึกษาอบรม	3
ค่าเฉลี่ยรวม	33.2 หรือเท่ากับ 265.6 ชั่วโมง/ปี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผ่าตัด

การคำนวณการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผ่าตัด ตามแนวคิดของ Ide et al. (1992) อ้างในสำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2545) สูตรดังนี้

สูตรการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผ่าตัด

$$= (\text{อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง} + \text{อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม}) \times \text{อัตรากำลังทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}$$

ขั้นตอนการคำนวณการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ในหอผ่าตัด

1. ค้นหาจำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี โดยนำค่าสถิติจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการผ่าตัด ในหอผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารบดิ ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2552 ถึงเดือน กรกฎาคม 2553 จำนวน 3,198 คน และค่าเฉลี่ยเวลาการผ่าตัดต่อรายที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด มาใช้แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} \text{จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี} &= \text{จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใน 1 ปี} \times \text{เวลาการผ่าตัดเฉลี่ยต่อราย} \\ &= 3,479 \times 6.63 \\ &= 23,065.77 \text{ ชั่วโมง} \end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี เท่ากับ 23,065.77 ชั่วโมง

2. ค้นหา FTE ที่จำเป็น (FTE require) ซึ่ง FTE ที่จำเป็น คือ อัตรากำลังที่จำเป็นต่อผู้ป่วย 1 ราย ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกำหนดให้ต้องมีอัตรากำลังที่ถือเป็น Fixed staff 2 คน/ผู้ป่วย 1 รายคือทำหน้าที่ Scrub Nurse 1 คนและ Circulating Nurse 1 คน = 2 FTE ในการทำงาน 8 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่แต่ละคนจะมีชั่วโมงพักประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนั้นสัดส่วนเวลาที่ไม่ได้งานแต่ละวันเท่ากับ 1/8 หรือเท่ากับ 0.125 FTE กรณี Fixed staff เท่ากับ 2 FTE สัดส่วนเวลาที่ไม่ได้งานต่อวันจึงเท่ากับ 0.125 x 2 เท่ากับ 0.25 FTE กรณี Fixed staff 2 FTE ดังนั้นต้องมีอัตรากำลังจำนวนอย่างน้อยต่อผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด 1 ราย

$$\text{FTE ที่จำเป็น (FTE require)} = 2 \text{ FTE} + 0.25 \text{ FTE} = 2.25 \text{ FTE}$$

ดังนั้น FTE ที่จำเป็น (FTE require) เท่ากับ 2.25 FTE

3. กำหนดขีดความสามารถของหน่วยงานที่จะสร้างผลผลิต (**Productivity**) ของห้องผ่าตัด
สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดีเท่ากับ 80 %

$$\text{ดังนั้น Productivity} = 80 \%$$

4. คำนวณหาอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (**Direct FTE**) จากสูตร

อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct FTE)

= จำนวนชั่วโมงการผ่าตัดใน 1 ปี X FTE ที่จำเป็น

$$\frac{\text{Productivity} \times 2080}{80 \times 2080}$$

$$= \frac{23,065.77 \times 2.25}{80 \times 2080}$$

$$= \frac{51,897.98}{1,664}$$

$$= 31.19 \text{ FTE}$$

ดังนั้นอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct FTE) เท่ากับ 31.19 FTE

5. คำนวณหาอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม (**Indirect FTE**) ซึ่งอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม คือ อัตรากำลังที่ใช้เพื่อการบริหารจัดการ การดำเนินการด้านเอกสาร หรือธุรการ โดยกำหนดให้มีจำนวนทีมเท่ากับจำนวนห้องผ่าตัดที่มีการเปิดให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดอย่างน้อย 2 รายต่อวัน และแต่ละทีมใช้เวลาการปฏิบัติงานการบริหารจัดการธุรการนี้ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ดังนั้นแต่ละทีมจึงมีเวลาทำงานเท่ากับ $4/40 = 0.1 \text{ FTE}$

$$\text{อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม} = \frac{3,479 \text{ ราย/ปี}}{2 \text{ ราย/ห้อง} \times 264 \text{ วัน}}$$

$$= \frac{3,479 \text{ ราย/ปี}}{528}$$

ทีมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม = 6.6 ทีม

ดังนั้น อัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม = $4.8 \times 0.1 \text{ FTE} = 0.66 \text{ FTE}$

6. คำนวณหาอัตราค่าจ้างทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน โดยนำค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 265.6 มาแทนค่าในสูตรการคำนวณ ดังนี้

อัตราค่าจ้างทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน

$$= \frac{\text{ชั่วโมงที่ต้องจ้างงานทั้งหมดเพื่อทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}}{\text{ชั่วโมงที่ต้องจ้างงานใน 1 ปี}}$$

หรือ

$$\begin{aligned} &= \frac{2080 + \text{จำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}}{2080} \\ &= \frac{2080 + 265.6}{2080} \\ &= 1.13 \text{ FTE} \end{aligned}$$

ดังนั้น อัตราค่าจ้างทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน เท่ากับ 1.13 FTE

7. คำนวณหาอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดที่ต้องการทั้งหมด จากสูตร
สูตรการคำนวณอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัด

$$\begin{aligned} &= (\text{อัตราค่าจ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง} + \text{อัตราค่าจ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อม}) \times \\ &\quad \text{อัตราค่าจ้างทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน} \\ &= (31.19 + 0.66) \times 1.13 \\ &= 35.99 \text{ FTE} \end{aligned}$$

ดังนั้นอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดที่ต้องการทั้งหมดเท่ากับ 35.99 FTE

8. คำนวณการกระจายอัตราค่าจ้างในแต่ละวัน จากแนวคิดและการคำนวณของสำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2545) มีขั้นตอนดังนี้

8.1 คำนวณ FTE เป็นจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย 1 ปี

$$\begin{aligned} &= \text{FTE} \times 2080 \\ &= 35.99 \text{ FTE} \times 2080 \end{aligned}$$

$$= 74,859.2 \text{ ชั่วโมง/ปี}$$

8.2 คำนวณจำนวนชั่วโมงการดูแลในแต่ละวันที่ให้บริการใน 1 ปี

$$= \text{ชั่วโมงการดูแลต่อปี} / 264 \text{ วันทำการ}$$

$$= 74,859.2 / 264$$

$$= 283.56 \text{ ชั่วโมง / วัน}$$

8.3 คำนวณเจ้าหน้าที่ต่อวันในการดูแลผู้ป่วย

$$= \frac{\text{ชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย 1 วัน}}{\text{จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานใน 1 วัน (คือ 8 ชั่วโมง)}}$$

$$= 283.56 / 8$$

$$= 35.45$$

$$= 35.45 \text{ หรือประมาณ 36 คนต่อวัน}$$



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) และ
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant Information Sheet)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาอัตราค่าสิ่งบุคคลากรทางการแพทย์ในหึ่งผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาล
รามาริบัติ

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเป็นที่พอใจ จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวรัตนา เพิ่มเพ็ชร นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 270 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ถึง
วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัย
เมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มี
ผลกระทบในทางใด ๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลที่
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ
ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

(นางสาวรัตนา เพิ่มเพ็ชร)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่ / วันที่

(.....)

พยาน

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	การศึกษาอัตราการกำลงบุงการทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวรัตนา เฝ้มีเพ็ชร นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรี
สาขา	การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำงาน	ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์	0-2201-1419

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาอัตราการกำลงบุงการทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี
2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ศึกษาจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และเพื่อศึกษาอัตราการกำลงบุงการทางการแพทย์ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี
3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1419 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
5. ท่านสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขณะ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่าน
6. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ
7. ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
8. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียน ได้ที่คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว รัตนา เพิ่มเพชร เกิดเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2520 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2543 และเข้าศึกษาต่อ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำห้องผ่าตัด สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย