

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ประชากรในการวิจัยคือกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 294 คน ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เพื่อให้ได้กิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรโดยใช้เกณฑ์จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเป็นหลัก ได้จำนวนครั้งของการสังเกตกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ประกอบด้วยชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด ตามการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยเครื่องมือชุดแรกผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลศัลยกรรม เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) โดยนำไปสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย พร้อมกับผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงของการสังเกตโดยใช้สูตร Polit and Hungler (1995) ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ .99 ส่วนชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด แนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน โดยติดต่อขอ อนุญาตผู้ที่เกี่ยวข้องคือ คณบดี คณะแพทยศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน การพยาบาลผ่าตัด หัวหน้าหน่วยผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพการพยาบาล โดยสังเกตการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2541 ถึง 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 ทำการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 100 ราย เก็บข้อมูลสัปดาห์ละ

5 วันในเวลาราชการคือช่วงเวลา 8.00 - 16.00 น. เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลที่ถูกสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยแบ่งสัมภาษณ์พยาบาลเป็น 2 กลุ่มตามขั้นตอนการปฏิบัติงานของงานการพยาบาลผ่าตัด กลุ่มแรกเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยาะผ่าตัด กลุ่มที่สองเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยาะก่อนและหลังผ่าตัดซึ่งเป็นพยาบาลที่มเดียวกัน มีพยาบาลให้สัมภาษณ์กลุ่มละ 7 คน โดยให้แต่ละกลุ่มมีพยาบาลในทุกหน่วยผ่าตัดอย่างน้อยหน่วยละ 1-2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC สถิติที่ใช้ คือค่าร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณหาระดับคุณภาพการพยาบาลโดยรวมและในรายมาตรฐาน ในระยาะก่อนผ่าตัด ระยาะผ่าตัด และระยาะหลังผ่าตัด จัดระดับคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ของ Carter (1976) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด

สรุปผลการวิจัย

1. คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 85.94 เมื่อพิจารณาตามระยาะของการผ่าตัดพบว่าคุณภาพการพยาบาลในระยาะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 77.93 คุณภาพการพยาบาลในระยาะผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 86.42 และคุณภาพการพยาบาลในระยาะหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 93.45

2. คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดรายมาตรฐาน พบว่ามีระดับดี 11 มาตรฐาน ระดับปานกลาง 6 มาตรฐาน และระดับต้องปรับปรุง 4 มาตรฐาน เมื่อพิจารณาตามระยาะของการผ่าตัดพบว่า

2.1 ระยาะก่อนผ่าตัด มาตรฐานที่มีคุณภาพระดับดีได้แก่ มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและมาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ มาตรฐานที่มีคุณภาพระดับต้องปรับปรุงถึงระดับปานกลาง ได้แก่มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

2.2 ระยาะผ่าตัด มาตรฐานที่มีคุณภาพระดับดีได้แก่ มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำเพื่อการผ่าตัด มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและอันตรายจากการผ่าตัดและมาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความ

ปลอดภัย มาตรฐานที่มีคุณภาพระดับต้องปรับปรุงถึงปานกลางได้แก่ มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการแพ้ยาและสารเคมี มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายที่เหมาะสมไม่ลดต่ำหรือสูงกว่าปกติ มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการสูญเสียโลหิต มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและอันตรายจากการผ่าตัด และ มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับการย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

2.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด มาตรฐานที่มีคุณภาพระดับดีได้แก่ มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือด มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และมาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม มาตรฐานที่มีคุณภาพระดับต้องปรับปรุงถึงปานกลาง ได้แก่มาตรฐานที่ 6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัย และมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะย้ายออกจากห้องพักฟื้น

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด จากการสัมภาษณ์กลุ่มโดยแบ่งสัมภาษณ์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะเวลาผ่าตัด และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะก่อนและหลังผ่าตัด พบว่าปัญหาและอุปสรรคโดยรวมในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดสามารถสรุปได้ 3 ประเภท ดังนี้

3.1 ปัญหาจากผู้ปฏิบัติได้แก่ ข้อจำกัดทางด้านความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติและ วิจารณ์คุณภาพของพยาบาล

3.2 ปัญหาจากระบบงานได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศแบบบันทึก สิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติ และการใช้สถานที่

3.3 ปัญหาจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาวะของผู้ป่วยและความต้องการของแพทย์ผู้ร่วมงาน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดและการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาแยกอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพการพยาบาลผ่าตัด

1.1 คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การที่คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางนี้น่าจะมาจากปัจจัย 4 ด้านคือด้านการบริหาร ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล และด้านการกำหนดมาตรฐาน กล่าวคือ

ด้านการบริหาร การบริหารมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ปฏิบัติมีคุณสมบัติที่เหมาะสมแต่หากขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน ย่อมเป็นไปได้ยากที่จะสามารถปฏิบัติงานที่มีคุณภาพได้ งานการพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลแห่งนี้มีการสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล โดยกำหนดโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างด้านนโยบาย มีการกำหนดปรัชญาและนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน การจัดแผนการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างคุณภาพการพยาบาล โดยนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดที่สร้างมากำหนดแนวทางในการปฏิบัติ โครงสร้างในด้านทรัพยากรบุคคลและการจัดบุคลากรทางการพยาบาล จากการวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลของงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ช่วยพยาบาล : จำนวนผู้ป่วยใน 1 รอบเวร เท่ากับ 2.7: 3.4: 2 เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้อัตรากำลังในหน่วยงานห้องผ่าตัด มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : พยาบาลเทคนิค: จำนวนผู้ป่วยใน 1 รอบเวร เท่ากับ 3: 2: 2 (กระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล, 2538: 9) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่จำนวนบุคลากรในระดับต่ำกว่าวิชาชีพมีจำนวนมากกว่า การที่มีผู้ช่วยพยาบาลมาช่วยงานไม่สามารถทดแทนหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพได้ทั้งหมด เนื่องจากงานการพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ เป็นแหล่งรวมความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและหัตถการขั้นสูงทางการผ่าตัด อัตรากำลังที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสมจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลประสบปัญหาด้านทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องใช้และสิ่งเอื้ออำนวยในความสะดวกข้อมูลจากการสังเกตพบว่า ในระยะก่อนผ่าตัด มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดพยาบาลไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมในการตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ (ตารางที่ 12) จากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า ขาดเครื่องวัดความดันโลหิต โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ อุปกรณ์ไม่พอ ขนาดในห้องพักฟื้นเครื่องวัดความดันยังไม่พอใช้เลย”

ในระยะก่อนผ่าตัด มาตรฐานที่ 5 พยาบาลไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมในการปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 65- 70^oF จากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า อุปกรณ์การปรับอุณหภูมิห้องไม่มีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลกล่าวว่า “แอร์....ปรับไม่ได้”

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล ข้อมูลจากการสังเกตพบว่า ในระยะก่อนผ่าตัด กิจกรรมที่ต้องตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ พยาบาลปฏิบัติร้อยละ 0 (ตารางที่ 12) ในระยะผ่าตัด กิจกรรมที่ต้องประเมินและบันทึกการสูญเสียโลหิต กิจกรรมที่ต้องสังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะ พยาบาลปฏิบัติร้อยละ 0 (ตารางที่ 13) ในระยะหลังผ่าตัด กิจกรรมที่ต้องบันทึกชีพจร การหายใจและความดันโลหิต พยาบาลปฏิบัติร้อยละ 100 (ตารางที่ 14) สามารถอภิปรายได้ว่า บันทึกทางการพยาบาลมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่มีกำนันที่กในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด แต่มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นทำให้ระดับคุณภาพการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดสูงกว่าระยะผ่าตัดและระยะผ่าตัด (ตารางที่ 8) การที่พยาบาลไม่บันทึกทางการพยาบาลเกิดจากงานการพยาบาลผ่าตัดมีการแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกร่วมกับที่ใช้กับหอผู้ป่วยทั่วไป ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดไม่ทำการบันทึกโดยพยาบาลให้สัมภาษณ์กลุ่มว่า “ ไม่รู้จะบันทึกตรงไหน....” จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด การบันทึกส่วนใหญ่เป็นการรวบรวมสถิติต่างๆที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ส่งผลให้พยาบาลต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการบันทึกแทนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

ด้านตัวผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล จากข้อมูลพบว่า พยาบาลร้อยละ 58.14 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 5 ปี โดยพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.71 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.43 (ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ว่า งานการพยาบาลผ่าตัดมีพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาจำนวนมาก ความสามารถในการให้การพยาบาลในห้องผ่าตัดผ่าตัดต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้มากเพราะเป็นการพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตการเรียนการสอนเน้นการพยาบาลขั้น พื้นฐานเท่านั้น (จิเชียร ทวีลาภ,2522: 24) ในระยะแรกของการทำงานจึงเป็นการเรียนรู้เทคนิคการผ่าตัด วิธีการพยาบาลในห้องผ่าตัดและการใช้กระบวนการแก้ปัญหาโดยในขั้นตอนของการประเมินปัญหา วางแผนและการปฏิบัติงาน พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์จากการทำงานเป็นสำคัญ (Fahlau,1975: 713) สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี นวลคล้าย และรุจิเรศ ฐนุรักษ์ (2540) ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานกว่ามีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ และสามารถอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนได้ครบทุกรายมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของชุตติมา ฉัตรรุ่ง (2540) ที่พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่ามีการปฏิบัติมากกว่า

จากข้อมูลพบว่าบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลแห่งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 55.44 และพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 44.56 ซึ่งเกิดจากระบบการบริหารที่ให้ความสำคัญที่ผลสำเร็จของงานมากกว่าคุณภาพการพยาบาล จึงจัดสรรให้มีผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากกว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์กรวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AORN,1977) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นการพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดต้องมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ตลอดจนมีทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อประสานงานกับศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ในการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขา เพื่อรองรับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีขั้นสูงทางการผ่าตัด เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดต้องอาศัยความรู้ ความรวดเร็วในการตัดสินใจ ผู้ช่วยพยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้การนิเทศของพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการนิเทศและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน มีผลให้เวลาที่ต้องปฏิบัติงานของตนเองลดลง ประกอบกับผู้ช่วยพยาบาลไม่สามารถทำหน้าที่ทดแทนพยาบาลวิชาชีพได้ทั้งหมด ซึ่งการวิจัยของอัญชลี นวลคล้าย และรุจิเรศ ฐนุรักษ์ (2540) พบว่าคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมีของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติต่างกัน โดยพบว่ากรณีที่ผู้ช่วยพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล เนื่องจากบางกิจกรรมไม่ได้กำหนดในบทบาทของผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลยังคงมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลได้ครบถ้วน

ด้านการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล การกำหนดมาตรฐานมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล จากข้อมูลพบว่าพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐาน ในระยะก่อนผ่าตัดมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด มาตรฐานกำหนดให้พยาบาลแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานนี้คิดเป็นร้อยละ 0 (ตารางที่ 12) ในระยะผ่าตัดมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ มาตรฐานกำหนดให้พยาบาลสังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะ พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามมาตรฐานนี้คิดเป็นร้อยละ 0 (ตารางที่ 13) และในระยะหลังผ่าตัดมาตรฐานที่ 6 “ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัย” มาตรฐานกำหนดให้พยาบาลตรวจบริเวณหัวหน้า พยาบาลกิจกรรมตามมาตรฐานนี้เพียงร้อยละ 26.25 (ตารางที่ 14) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่ม พยาบาลกล่าวว่า

- ในระยะก่อนผ่าตัด “ มันแปลกที่จะบอกว่า ดิฉันชื่อ...เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด”
- ในระยะผ่าตัด “ ไม่ใช่หน้าที่”
- ในระยะหลังผ่าตัด “ ไม่เปิดดูหรอก เวลาคนไข้ปวดเค้าจะบอกเราเอง”

ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามพยาบาลตามมาตรฐานหรือไม่สามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกรายได้ อาจเกิดจากมาตรฐานที่กำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลในระดับสูงสุด หรืออาจเกิดจากการไม่ยอมรับของผู้ที่ปฏิบัติตามพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง มาตรฐานกำหนดจากความคาดหวังของสังคม วิชาชีพ และความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ (ANA, 1975) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีปรัชญาและนโยบายเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศและเป็นที่ยอมรับด้านวิชาการ การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดจึงกำหนดไว้ในระดับมาตรฐานสูงสุด ฟาริดา อิบราฮิม (2530: 649) กล่าวว่าผู้กำหนดมาตรฐานควรเป็นผู้ที่จะใช้มาตรฐานนั้นๆ เพื่อได้ใช้ความสามารถในการสร้างอย่างภาคภูมิใจมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความคิดอยากจะทำไปปฏิบัติ มาตรฐานของงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลแห่งนี้ กำหนดมาตรฐานขึ้นโดยมีคณะกรรมการฝ่ายวิชาการเป็นผู้ร่วมกันร่างมาตรฐานและผ่านการตรวจสอบด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) การนำมาตรฐานมาเป็นแนวทางปฏิบัติไม่มีการสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงต่อมาตรฐาน ส่งผลให้บางกิจกรรมไม่มีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ

1.2 คุณภาพการพยาบาลผ่าตัดตามระยะของการผ่าตัด จากข้อมูลพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ในระยะผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และในระยะหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 8) ในระยะหลังผ่าตัดมีคุณภาพการติดตามต้องการ ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัดมีคุณภาพไม่เป็นไปตามที่ต้องการ สามารถอภิปรายโดยแบ่งตามปัจจัย 2 ด้านคือ ความจำกัดในเรื่องของเวลา และลักษณะงาน มีรายละเอียดดังนี้

ความจำกัดในเรื่องของเวลา ในระยะก่อนผ่าตัด มีคุณภาพระดับต้องปรับปรุงเนื่องจากมีความจำกัดในเรื่องของเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลจากการสังเกตพบว่าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพระดับต้องปรับปรุงจนถึงระดับคุณภาพปานกลาง ในมาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยมีความสุขสบาย จากการสัมภาษณ์กลุ่มในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลกล่าวว่า

“ ไม่มีเวลาขนาดนั้น.....”

“ แค่พาคนไข้ไปเปลี่ยนเสื้อผ้าก็แทบจะทำไม่ทัน”

สามารถอธิบายได้ว่าการที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้ครบถ้วนทุกมาตรฐานกับผู้ป่วยทุกรายจากระยะเวลาที่จำกัด เนื่องจากการตัดสินใจรับผู้ป่วยและการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเกี่ยวข้องกับศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด พยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดต้องติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่มสุขภาพอื่นตลอดเวลา ประกอบกับพยาบาลในห้องรอผ่าตัดต้องให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารอที่ห้องผ่าตัดในช่วงเวลาเดียวกัน

จำนวนมาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะก่อนผ่าตัดจึงต้องทำงานให้สำเร็จภายในเวลาที่จำกัด การปฏิบัติงานจึงมุ่งงานประจำ ทำให้การดูแลเป็นแบบแยกส่วน เช่น การรับผู้ป่วย การตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย การตรวจสอบการเตรียมผ่าตัด เป็นต้น ทำให้บางครั้งพยาบาลไม่อาจให้การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดมีระดับคุณภาพการพยาบาลต่ำกว่าระยะหลังผ่าตัด (ตารางที่ 8) ซึ่งมีปริมาณผู้ป่วยที่ต้องให้การพยาบาลในแต่ละวันเท่ากัน เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผ่าตัดมารอสังเกตอาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นไม่พร้อมกัน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลจนกว่าจะมีอาการคงที่ การติดต่อประสานงานจะเกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกจำกัดเวลาในการดูแลผ่าตัดเหมือนระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลจึงมีเวลาที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยทุกราย

ลักษณะงาน ในระยะผ่าตัดมีคุณภาพระดับปานกลางเนื่องจากลักษณะงานที่ซ้ำซ้อนกับบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ข้อมูลจากการสังเกตพบว่าพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานในระดับต่ำและปานกลางในระยะผ่าตัดจำนวนมากถึง 5 มาตรฐาน (ตารางที่ 10) ได้แก่มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการแพ้ยาและสารเคมี มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายที่เหมาะสม ไม่ลดต่ำหรือสูงกว่าปกติ มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการสูญเสียโลหิต มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และมาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยได้รับย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลให้เหตุผลว่า เกิดจากลักษณะงานซ้ำซ้อน โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ พอคนไข้เข้าห้อง คมยาก็ซักประวัติ เค้ทำแล้วเราไม่ต้องทำอีก”

“ เป็นหน้าที่ของคมยา ”

“ คมยาเค้าก็ไปส่ง เค้ส่งเวรแล้ว เราไปอีกก็ซ้ำกัน”

จากข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานในห้องผ่าตัดมีลักษณะการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาตลอดเวลา ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบโดยตรงจากศัลยแพทย์ โดยมีวิสัญญีควบคุมสภาวะต่างๆของร่างกาย ทำให้พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว หรืออาจเกิดจากรูปแบบดั้งเดิมของวิชาชีพที่เน้นการช่วยเหลือแพทย์ทำให้พยาบาลคิดว่าตนไม่มีอำนาจ (authority) ด้วยความคิดพื้นฐานว่าศัลยแพทย์และวิสัญญีมีความรู้เชิงลึกซึ่งทางการรักษามากกว่า ประกอบกับระบบงานที่ไม่เอื้ออำนาจให้มีบทบาทอิสระ ในการปฏิบัติงานลักษณะเช่นนี้ทำให้พยาบาลสูญเสียเอกลักษณ์ของวิชาชีพ จึงได้ละเลยบทบาทของตนเองตามขอบเขตของวิชาชีพ

2. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มีคุณภาพระดับต้องปรับปรุงถึงระดับปานกลาง

จากการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยแบ่งสัมภาษณ์กลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มตามขั้นตอนการปฏิบัติงานของงานการพยาบาลผ่าตัด กลุ่มแรกเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะผ่าตัด กลุ่มที่สองเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะก่อนและหลังผ่าตัดซึ่งเป็นพยาบาลที่เหมือนกัน โดยสัมภาษณ์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมีระดับคุณภาพปานกลางและระดับคุณภาพต้องปรับปรุง โดยพบว่ามีสาเหตุซึ่งสามารถสรุปในภาพรวมได้ 3 ด้านดังนี้ ปัญหาจากตัวผู้ปฏิบัติได้แก่ ข้อจำกัดทางด้านความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติ และวิจาร์ณญาณของพยาบาล ปัญหาจากระบบงานได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศ สิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติและการใช้สถานที่ ปัญหาจากบุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ สภาวะของผู้ป่วยและความต้องการของแพทย์ผู้ร่วมงาน ซึ่งสามารถอภิปรายโดยละเอียดตามลักษณะปัญหาได้ดังนี้

ปัญหาจากตัวผู้ปฏิบัติ สามารถสรุปได้ 3 ประเภท คือ

1. ข้อจำกัดทางด้านความรู้ ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า พยาบาลไม่มีความมั่นใจในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพราะขาดความรู้และประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ไม่ค่อยกล้าเข้าไปพูดกับผู้ป่วย ไม่มั่นใจ ไม่เคยเห็นเลยว่าเค้าทำผ่าตัดกันอย่างไร”

การที่พยาบาลขาดความมั่นใจอาจเกิดจากการที่งานการพยาบาลผ่าตัดมีบุคลากรพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาจำนวนมาก หรืออาจเกิดจากการบริหารจัดการที่แยกสายการบังคับบัญชาตามขั้นตอนการผ่าตัด โดยกำหนดให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดปฏิบัติงานเฉพาะในระยะก่อนและระยะหลังผ่าตัดเท่านั้น ไม่มีการหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ทำให้พยาบาลในหน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด ไม่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะผ่าตัด ส่งผลให้มีความรู้ไม่เพียงพอที่จะให้แก่ผู้ป่วยบางราย แนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์ (2527: 31) กล่าวว่าความรู้เป็นพื้นฐานให้บุคคลรู้จักคิด พิจารณาแก้ไขปัญหาต่างๆ และเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน การพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ ดังนั้นผู้ที่ให้การพยาบาลในห้องผ่าตัดจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัดทั้ง 3 ระยะคือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของทัศนา บุญทอง (2523: 145) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้ก็ต่อเมื่อผู้ปฏิบัติมีความรู้ในเรื่องที่ตนปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ

ปรานีต สวัสดิรักษา (2525: 17) ที่กล่าวว่า ความรู้ที่ดีที่สุดคือความรู้ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติ การได้ลงมือปฏิบัติเองจะสามารถเก็บข้อมูลเท็จจริงไว้เปรียบเทียบได้ ทำให้เกิดความคิดใหม่ที่จะช่วยเหลือและเลือกวิธีที่จะปฏิบัติหรือแนะนำได้เหมาะสม จากการศึกษาของวิกรม รัตนาวิริยกุล (2537) พบว่าความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และการวิจัยของรพีพรรณ บุญเยี่ยม (2540) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก

2. เจตคติต่อการปฏิบัติ เจตคติมีผลกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า พยาบาลมีเจตคติต่อการปฏิบัติงานด้านลบ ระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการแนะนำตัว ระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการนำส่งผู้ป่วยและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการตรวจสอบกระเพาะปัสสาวะ โดยพยาบาลกล่าวว่า

"มันแปลกที่จะบอกว่า ดิฉันชื่อ...เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด"

"ดมยาเค้าไปส่งแล้ว เค้าส่งเวรแล้ว เราไปทำอีกก็ซ้ำกัน"

"ไม่ได้เปิดดูหรอก เวลาคนไข้ปวดเค้าจะบอกเราเอง"

เจตคติ เกิดจากความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อกิจกรรมดังกล่าวว่าไม่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติเนื่องจากมีบุคลากรที่มีสุขภาพกลุ่มอื่นปฏิบัติแล้ว แนวคิดของอรุณ ภัทรธรรม (2526: 320) กล่าวว่าการมีเจตคติที่ดีต่องานนับว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเจตคติมีคุณสมบัติของแรงจูงใจในอันจะทำให้บุคคลประเมินและเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งหมายความต่อไปถึงการกำหนดพฤติกรรมจริงด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 6) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมที่แสดงออกกับเจตคติมีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ โนมพิชาติ (2533) ที่พบว่าพยาบาลที่มีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการพยาบาล สามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้ดีกว่าพยาบาลที่มีเจตคติที่ไม่ดี และการศึกษาของรพีพรรณ บุญเยี่ยม (2540) ที่พบว่าเจตคติต่อการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการล้างมือ

3. วิจารณ์ญาณของพยาบาล การตัดสินใจของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า พยาบาลใช้ความรู้และข้อมูลจากผู้ป่วยมาประกอบการตัดสินใจให้การพยาบาล โดยปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความต้องการและมีความจำเป็นต้องได้รับก่อนเพื่อให้งานสำเร็จโดยรวดเร็ว ระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการตรวจสอบสัญญาณชีพ และระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการประเมินและบันทึกการสูญเสียโลหิต โดยพยาบาลกล่าวว่า

"ทำเฉพาะรายที่มีปัญหา...คนไข้มีไข้ คนไข้ความดันสูง"

"ถ้าเป็นเด็กเล็กๆ เราจะชั่งน้ำหนักผ้าซับโลหิต..."

การที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดทุกกิจกรรม อาจเกิดจากการที่มีจำนวนบุคลากรพยาบาลไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนผู้ป่วย จากการวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้พบว่า สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ช่วยพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.7:3.4: 2 พยาบาลวิชาชีพมีจำนวนน้อยกว่ากรอบอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อพยาบาลเทคนิคต่อผู้ป่วยเท่ากับ 3: 2: 2 แนวคิดของ Klansmier (1985) กล่าวว่า การแก้ปัญหาเป็นสภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มปรับสิ่งต่างๆหรือเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องการปฏิบัติงานได้ทันภายในเวลาที่กำหนด จึงแก้ปัญหาการปฏิบัติงานด้วยการจัดลำดับความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความแตกต่างตามสภาวะสุขภาพ พยาธิสภาพ พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่สำคัญกับบุคคลที่มีความจำเป็นก่อนส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน ตามลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดจากระบบงาน สามารถสรุปได้ 6 ประเภทคือ

1. ภาระงาน ภาระงานมีผลต่อการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีจำนวนมาก และพยาบาลต้องปฏิบัติตามกิจกรรมที่ไม่ใช่ งานของพยาบาล โดยพบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานในระยะก่อนผ่าตัด ในกิจกรรมการแนะนำตนเอง กิจกรรมการสอบถามประวัติอดีตและปัจจุบัน กิจกรรมการให้ความรู้กับผู้ป่วย ระยะผ่าตัด ในกิจกรรมการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและสารเคมี กิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด และกิจกรรมการนำส่งผู้ป่วยและรายงานข้อมูล โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ คนไข้เยอะมาก งานก็มากทั้งตรวจสอบ ทั้งลงทะเบียน เลยไม่ได้ซักประวัติ”

“ เรามีพยาบาลประจำ แต่ก่อนเคยทำได้ แต่เดี๋ยวนี้อาสาสมัครบางคน บางครั้งต้องไปเชิญเตียงคนไข้เข้าห้องผ่าตัด ไหนจะต้องดูน้ำเกลือ เช็คน้ำ เช็คน้ำเกลือผ้าผู้ป่วย...หันมาอีกที คนไข้เข้าห้องผ่าตัดไปแล้ว”

“ ให้ผู้ช่วยพยาบาลไปรับคนไข้ ไม่ได้ไปเอง ต้องส่งเครื่องมือไปล้าง เตรียมของให้กับผู้ป่วยรายต่อไป”

“ แค่เอาเครื่องมือไปวางหลังห้องก็หมดเวลาแล้ว ถ้าเป็นคนไข้ local กลับมาแล้วล้างมือเลยยังทำแทบไม่ทัน”

การที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามการพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหลายด้าน บทบาทในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง บทบาทในการจัดเตรียมและเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ซึ่งแตกต่างจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยทั่วไป นอกจากนั้นพยาบาลต้องรับผิดชอบกิจกรรมอื่นๆ ตามนโยบายของสถานบริการสุขภาพ เช่น การ

รวบรวมสถิติต่างๆ จากการศึกษาของ Defrier (1976 อ้างถึงในพรทิพย์ อุ่นโกลม, 2532:32) พบว่าสถานที่ปฏิบัติงานที่มีงานซับซ้อนมากและมีงานผสมผสานกันหลายอย่างจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติกิจกรรม การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีความซับซ้อนทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน แนวคิดของวัลลา ตันตโยทัย (2522: 88) กล่าวว่าการทำงานที่มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลืองานบางอย่างของพยาบาล เช่น การส่ง Specimens การติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง งานธุรการต่างๆ จะช่วยให้พยาบาลมีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การขาดบุคลากรที่จะมาทำงานด้านธุรการทำให้พยาบาลต้องไปทำหน้าที่ดังกล่าวแทนที่จะมีเวลาปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้บริหารควรจัดหาแนวทางลดหรือจัดหาบุคลากรอื่นมาทำงานในส่วนที่ไม่ใช่งานพยาบาลโดยตรง เช่น งานสถิติ งานตรวจสอบจำนวนผ้า จำนวนน้ำเกลือ ฯลฯ ตลอดจนปรับปรุงภาระงานให้มีเฉพาะงานการพยาบาล

2. ลักษณะงาน ลักษณะงานมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลให้เหตุผลว่า การปฏิบัติการพยาบาลซ้ำซ้อนกับทีมสุขภาพสาขาอื่น ระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการสอบถามประวัติอดีตและปัจจุบัน การให้ความรู้กับผู้ป่วย ระยะเวลาผ่าตัดในกิจกรรมการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและสารเคมี การประเมินและบันทึกการสูญเสียโลหิต การสังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะ โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ ดมยาเค่าเป็นคนซักประวัติเนื่องจากเกี่ยวเนื่องกับการให้ยา”

“ หมอได้อธิบายมาก่อนแล้ว”

“ วอร์ดเค่าทำแล้ว ถ้าคนไข้แพ้อะไรเค่าจะติดป้ายบอกที่รายงานประจำตัวคนไข้”

การที่พยาบาลไม่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมกับผู้ป่วยโดยตรงเกิดจากลักษณะการให้บริการในห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติงานเป็นทีมแบบสหสาขา ซึ่งมีกิจกรรมบางอย่างที่มีความเหลื่อมล้ำ (Overlapping) เช่น การซักประวัติผู้ป่วย โดยศัลยแพทย์จะซักประวัติอดีตและปัจจุบันของผู้ป่วยรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ทัศนียภาพซักประวัติอดีตและปัจจุบันของผู้ป่วยรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลประจำหอผู้ป่วยซักประวัติอดีตและปัจจุบันรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และพยาบาลประจำห้องผ่าตัดซักประวัติอดีตและปัจจุบันรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จะเห็นว่าลักษณะการให้บริการมุ่งที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยสามารถทำได้โดยการตรวจสอบด้วยตนเองหรือตรวจสอบจากรายงานประจำตัวผู้ป่วย จากการบันทึกของบุคลากรทีมสุขภาพสาขาอื่น

3. ลักษณะการนิเทศ การนิเทศมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า การประชุมนิเทศผู้นิเทศไม่ได้เน้นถึงกิจกรรมการแนะนำตัว และในระหว่างการประชุมปฏิบัติงานไม่มีการสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัวของพยาบาล โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ ตอนประชุมนิเทศครั้งแรก ไม่เห็นละเอียดขนาดที่พยาบาลต้องแนะนำตนเอง”

“พอเจอคนใช้เราก็เข้าไปทักทาย....ป้าเป็นอย่างไรบ้าง...ทุกครั้งก็ทำแบบนี้ ไม่มีใครแนะนำตัวหรอก”

สามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลละเลยในการปฏิบัติซึ่งงานการพยาบาลผ่าตัดได้กำหนดลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนให้นำมาตรงฐานมาเป็นแนวทางการปฏิบัติ เนื่องจากการนิเทศของงานการพยาบาลผ่าตัดในเรื่องการแนะนำตัวไม่ชัดเจน ในด้านการนิเทศเจ้าหน้าที่อาจเกิดจากผู้นิเทศไม่ให้ความสำคัญ ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการแนะนำตัว หรืออาจเกิดจากตัวผู้ถูกนิเทศไม่ได้สนใจการนิเทศอย่างเพียงพอ ในด้านนิเทศการดูแลผู้ป่วยอาจเกิดจากการที่ไม่เคยมีใครปฏิบัติ ขาดผู้นำในการปฏิบัติ หรือขาดการติดตามนิเทศงาน ผู้นิเทศจึงควรให้การแนะนำ ส่งเสริม และปฏิบัติเพื่อเป็นแบบอย่าง ตลอดจนสร้างแรงจูงใจโดยให้รางวัลสนับสนุนผู้ที่ปฏิบัติงานได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาล

4. แบบบันทึก บันทึกทางการพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่ม พบว่า พยาบาลไม่สามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้เพราะไม่มีแบบบันทึกเฉพาะของห้องผ่าตัด โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ ไม่รู้จะบันทึกตรงไหน โบสีเขียว (Graphic sheet) ก็เป็นของออร์ค ”

สามารถอธิบายได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นการพยาบาลช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น การปฏิบัติงานต้องอาศัยความรวดเร็ว ถึงแม้จะมีแบบบันทึกต่างๆที่จัดทำขึ้นโดยฝ่ายการพยาบาล เช่น แผ่นกราฟ (Graphic sheet) แผ่นบันทึกการผ่าตัด (Operative note) แผ่นบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น เนื่องจากแต่แบบบันทึกไม่เหมาะสมกับลักษณะงานในห้องผ่าตัดซึ่งมีลักษณะงานเฉพาะจึงทำให้พยาบาลไม่บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จากแนวคิดของบุญใจ ศรีสถิตยัณภากร (2533: 37-39) กล่าวว่าการบันทึกเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจดบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญ มีคุณค่าและเป็นสื่อกลางการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานและสามารถเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบทางการพยาบาล จึงควรพัฒนาแบบบันทึกให้เหมาะสมกับการพยาบาลในห้องผ่าตัด และมีการกระตุ้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึก

5. สิ่งเื้ออ้านวยในการปฏิบัติ สิ่งเื้ออ้านวยมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลให้เหตุผลว่า ไม่สามารถควบคุมการเปิดหรือปิดเครื่องปรับ

อากาศ เนื่องจากศูนย์ควบคุมเครื่องปรับอากาศไม่ได้อยู่ในห้องผ่าตัด ตลอดจนอุปกรณ์ปรับอุณหภูมิห้องไม่สามารถปรับได้ โดยพยาบาลกล่าวว่า

“แอร์...ปรับไม่ได้”

“แอร์เสีย บางที่ส่งซ่อมไปตั้ง 3 เดือนแล้ว ยังไม่ซ่อมเลย”

จากข้อค้นพบสามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานมีสาเหตุจากเครื่องปรับอุณหภูมิห้องไม่ประสิทธิภาพ ทำให้สภาพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลแห่งนี้ ไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงาน Mayer (1972: 3-5) กล่าวว่าถึงแม้ว่าพยาบาลจะยอมรับว่าการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่ดี แต่เนื่องจากสภาพการทำงานไม่เอื้ออำนวย ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลได้ครบถ้วนขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร ชัยรัตน์ และคณะ (2537) ที่พบว่าคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี มีปัจจัยหลายด้านคือ การบริหารในด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้าง ด้านทัศนคติบุคลิก เครื่องมือเครื่องใช้มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ การปรับโครงสร้างของห้องผ่าตัดไม่สามารถปรับแก้ไขได้ แต่ผู้บริหารสามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานได้ โดยปรับปรุงในเรื่องการควบคุมการปิดและเปิดเครื่องปรับอากาศ และดูแลให้การซ่อมบำรุงมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด นอกจากต้องอาศัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแล้ว อุปกรณ์และเครื่องมือเป็นสิ่งจำเป็น จากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า ในห้องรพผ่าตัดขาดเครื่องวัดความดันโลหิต วัลลา ตันตโยทัย (2522: 86) กล่าวว่าในหอผู้ป่วยต้องมีอุปกรณ์และเครื่องมือจำเป็นสำหรับการบริการอย่างเพียงพอและพร้อมที่จะใช้ได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับความคิดที่ว่าปริมาณของบริการที่จะสามารถให้ได้โดยมีคุณภาพที่ตรงกันนั้นจะต้องขึ้นกับทรัพยากรเป็นสำคัญ ได้แก่ อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ (ละออง หุตางกูร, 2529: 6-7: พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2530: 534; พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2538: 15) สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา ฉัตรรุ่ง (2540) ที่พบว่าปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเกิดจากอุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ การให้บริการที่มีคุณภาพจะต้องมีความพร้อมของสภาพแวดล้อม และความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้

6. การใช้สถานที่ สถานที่ที่มีผลต่อการปฏิบัติการกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า พยาบาลไม่ได้ใช้สถานที่ตามโครงสร้างกำหนด ระยะก่อนผ่าตัด กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศเยียบสงบ โดยพยาบาลกล่าวว่า

“อะไร อะไร ก็มาทำตรงนั้น ซึ่อาหาร อ่าหนังสือพิมพ์ คนเราพอเจอกันก็คุยกัน ต่างคนต่างคุย เสียงก็ยิ่งดัง เราจะไปว่าได้อย่างไร”

การใช้สถานที่ที่ไม่เหมาะสมเกิดจากบุคลากรพยาบาลขาดความตระหนักความต้องการของผู้ป่วย เรณู อจาซาลี (2528: 38) กล่าวว่าห้องผ่าตัดควรเป็นสถานที่เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหรือสามารถซักถามเพื่อให้คลายความวิตกกังวล การที่พยาบาลใช้สถานที่ที่ไม่เหมาะสมเป็นการรบกวนผู้ป่วยและอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลไม่สนใจ ไม่เข้าใจ และเห็นใจความรู้สึกของผู้ป่วย การพูดคุยหรือพักผ่อนควรกระทำในส่วนที่จัดเตรียมไว้ พยาบาลหัวหน้าหน่วยควรกระตุ้น ตักเตือนในเรื่องการใช้เสียงดังแต่พอควร และไม่ควรรใช้สถานที่ปฏิบัติงานที่มีผู้ป่วยนอนพักอยู่ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาล

ปัญหาที่เกิดจากผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1. สภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลในบางกิจกรรมแก่ผู้ป่วย ระยะเวลาก่อนผ่าตัดในกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ คนไข้ได้รับยา pre-med แล้ววังงมาก ไม่สามารถให้ความรู้ได้”

“ คนไข้หลับ ไม่อยากปลุก ผู้ช่วยพยาบาลบางคนพยายามที่จะสอน ยังบอกเค้าเลยว่าให้คนไข้พักดีกว่า”

การที่พยาบาลไม่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยทุกรายเนื่องจากพยาบาลให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างในด้านภาวะสุขภาพ การรักษาดลอดจนความต้องการแตกต่างกัน แต่มาตรฐานที่กำหนดเป็นมาตรฐานกลางที่ระบุให้กับผู้ป่วยทุกคน ในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยร่วมด้วย ไชแสง ขวศิริ (2538: 35) กล่าวว่ามาตรฐานต้องยืดหยุ่น สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์การใช้มาตรฐานเมื่อสถานการณ์และสภาพแวดล้อมต่างๆ เปลี่ยนแปลงต้องเปลี่ยนแปลงมาตรฐานตามไปด้วย

2. ความต้องการของแพทย์ผู้ร่วมงาน แพทย์มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า พยาบาลไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิห้องได้ เนื่องจากแพทย์ไม่ต้องการ โดยพยาบาลกล่าวว่า

“ หมอบ่น... ห้องมันร้อน.. แอร์ไม่เย็น”

สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากศัลยแพทย์ซึ่งเป็นผู้นำทีม การตัดสินใจที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของศัลยแพทย์ ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานในบางกิจกรรมได้ พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2530: 584) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่จะให้การปฏิบัติการพยาบาลได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าคือ ตัวผู้ปฏิบัติต้องแสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมทุกอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคน จากการศึกษาของ Jinkins (1988) พบว่า

องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลคือความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาล การทำงานเป็นทีม กฎเกณฑ์ผู้บริหาร ปัจจัยที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อการพยาบาลคือขาดการวางแผนการเตรียมพยาบาลที่ดี สอดคล้องกับวิชาการณ์ ระดาภิระยกุล (2537) ที่พบว่าพฤติกรรมเสริมแรงของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ปรานี บุรินทร์โกษฐ (2539: 6) ได้กล่าวถึงแนวทางแก้ปัญหาในการปฏิบัติการร่วมกับทีมสุขภาพสาขาอื่นของว่า การแก้ปัญหาขัดแย้งในระดับปฏิบัติการทางหนึ่งคือ การตั้งคณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยสัลยแพทย์สาขาต่างๆ วิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้การบริหารจัดการหรือการกำหนดกฎเกณฑ์เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการบริหาร เพื่อให้การประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการและบุคลากรทีมสุขภาพสาขาอื่นที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องควร
 - 1.1 จัดให้มีการปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพและสถานการณ์
 - 1.2 จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด
 - 1.3 จัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน
 - 1.4 จัดบุคลากรในสายงานอื่นมาปฏิบัติงาน เช่น เจ้าหน้าที่สถิติ มารวบรวมบันทึกข้อมูลทางสถิติแทนบุคลากรพยาบาล
 - 1.5 จัดทรัพยากรสนับสนุนให้เพียงพอและปรับปรุงอุปกรณ์ประจำห้องผ่าตัด ให้เชื่ออำนาจต่อการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.6 จัดอบรมและพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ สร้างเจตคติที่ดี กระตุ้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ
 - 1.7 จัดให้มีบันทึกทางการพยาบาลโดยเฉพาะสำหรับงานการพยาบาลผ่าตัด
2. ด้านการพยาบาล พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยให้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน โดยให้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้เป็นแนวทางการประเมินตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสม

3. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลทางห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ศึกษามีหลักการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับฝ่ายการพยาบาล

4. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับนโยบายและการบริหารงานของฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนผู้ร่วมงานและผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรประเมินคุณภาพการพยาบาลโดยครอบคลุมมาตรฐานอีก 2 ด้าน คือมาตรฐานด้านโครงสร้าง โดยศึกษาจากผู้บริหาร และมาตรฐานด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละกิจกรรม โดยประเมินตัวบ่งชี้ต่างๆ เช่น อุบัติการณ์ติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในกระบวนการของการผ่าตัด ตลอดจนสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพิจารณาปัญหาและอุปสรรคโดยรวมในเชิงคุณภาพไม่สามารถชี้เฉพาะถึงระดับความสำคัญของปัญหาได้ว่า ปัญหาใดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลมากกว่ากัน จึงควรนำปัจจัยนำ เช่น ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาล ทักษะคิดต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาล ฯลฯ ปัจจัยเชิงอำนาจ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เครื่องใช้ ฯลฯ และปัจจัยส่งเสริม เช่น พฤติกรรมของผู้ร่วมงาน ฯลฯ มาทำการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชิงอำนาจ และปัจจัยส่งเสริมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด

3. ควรมีการศึกษาวิธีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพนำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไปใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4. ควรศึกษาวิเคราะห์ปริมาณงานและอัตรากำลังที่เหมาะสมกับปริมาณงาน งานการพยาบาลผ่าตัด ในแต่ละระยะของการผ่าตัดคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

5. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้นิเทศการใช้มาตรฐานการพยาบาล เช่น ความรู้ ทักษะคิดต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคในการนิเทศการใช้มาตรฐานการพยาบาล เพราะผู้นิเทศเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการนำมาตราฐานการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

6. ควรศึกษาและพัฒนาารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมโดยเฉพาะกับลักษณะงานในห้องผ่าตัด บันทึกทางการพยาบาลต้องอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถตอบคำถามผู้ที่เกี่ยวข้องว่าพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรกับผู้ป่วย