

ประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวน
วันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก



นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

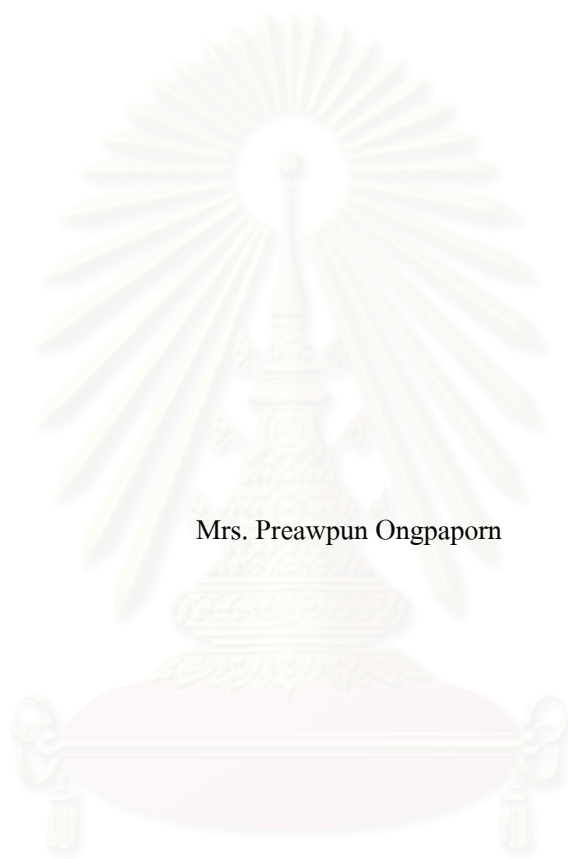
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTIVENESS OF NURSING CLASSIFICATION MODEL ON NURSE SATISFACTION
AND LENGTH OF STAY FOR PATIENTS WITH CORONARY ARTERY
BYPASS GRAFT IN INTENSIVE CARE UNIT



Mrs. Preawpun Ongpaporn

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

แพรวพรรณ อึ้งภากรณ์: ประสิทธิภาพของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจ
ของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอ
ผู้ป่วยหนัก. (THE EFFECTIVENESS OF NURSING CLASSIFICATION MODEL ON
NURSE SATISFACTION AND LENGTH OF STAY FOR PATIENTS WITH
CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT IN INTENSIVE CARE UNIT) อ.ที่ปรึกษา:
รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์, อ.ที่ปรึกษาร่วม: ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 210 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13 คน และกลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีภูมิหลังที่คล้ายคลึงกันในโรค เพศ อายุ และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลด้านข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ไว้อย่างเป็นหมวดหมู่มีระบบแบบแผนในแนวทางเดียวกัน แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก และ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความพึงพอใจของพยาบาลในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลหลังการทดลอง (Mean=4.22, SD=.58) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=3.08, SD=.50) ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้หลังการทดลอง (Mean=4.21, SD=.66) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=3.14, SD=.66) และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการทดลองทดลอง (Mean=4.34, SD=.56) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=3.66, SD=.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล (Mean=1.67, SD=.80) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล (Mean =2.73, SD=1.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิสิต..... *พวง อึ้ง*
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *ศิริ อึ้ง*
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... *ดร. ชน*

4877585436: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: NURSING CLASSIFICATION MODEL/NURSE SATISFACTION/LENGTH OF STAY/PATIENTS WITH CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT

PREAWPUN ONGPAPORN: THE EFFECTIVENESS OF NURSING CLASSIFICATION MODEL ON NURSE SATISFACTION AND LENGTH OF STAY FOR PATIENTS WITH CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT IN INTENSIVE CARE UNIT. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. POL. CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 210 pp.

The purposes of this research were to compare nurses' satisfaction and patient length of stay before and after using nursing classification model. The research subjects composed of 13 nurses in Her Majesty Cardiac Center Intensive Care Unit, Siriraj Hospital, and 60 patients with undergo coronary artery bypass graft divided into 2 groups: 30 in control group and 30 in experimental group. The subjects were selected using purposive sampling with diagnosis, gender, age, and left ventricle's percentage of ejection fraction. The research instruments were nursing classification model for patients with undergo coronary artery bypass graft in intensive care unit, nurses' satisfaction questionnaire, and length of stay report. The content validity and reliability were established. The Cronbach's alpha coefficients of nurses' satisfaction were .95. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Major findings of this study were as follows:

1. Nurses' satisfaction in structures of nursing classification model after experimental (Mean=4.22, SD=.58) was significantly higher than before (Mean=3.08, SD=.50), nurses' satisfaction in using of nursing classification model after experimental (Mean=4.21, SD=.66) was significantly higher than before (Mean=3.14, SD=.66), and nurses' satisfaction after using nursing classification model (Mean=4.34, SD=.56) was significantly higher than before (Mean=3.66, SD=.46) at the .05 level.

2. Length of stay after using nursing classification model (Mean=1.67, SD=.80) was significantly less than before (Mean=2.73, SD=1.57), at the .05 level.

Field of Study: Nursing Administration

Academic Year: 2007

Student's Signature:..... *Preawpun Ongpaporn*

Advisor's Signature:..... *Yupin Aungsuroch*

Co-advisor's Signature:..... *Ch. J*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้สละเวลา ให้คำแนะนำ คำปรึกษา พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมทั้งขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิต ปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอด ระยะเวลาของการศึกษา ณ ที่แห่งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถามรวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.ตั้งตรงจิตร รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริ ราช และพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และตอบ แบบสอบถาม ตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับการช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ ผู้วิจัยตลอดมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้กำเนิดและสติปัญญา ปลุกฝังความเพียรและ อดทนแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่และน้องที่ให้กำลังใจและห่วงใย รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความ ช่วยเหลือเป็นกำลังใจตลอดมา และท้ายสุด ขอขอบคุณ คุณทรงศักดิ์ อึ้งภากรณ์ สามี ตลอดจนบุตร- ธิดาเด็กหญิง พิษญา อึ้งภากรณ์ และเด็กชาย ธนิก อึ้งภากรณ์ ผู้คอยเป็นกำลังใจให้ตลอดเวลาและ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์และสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	111
สรุปผลการวิจัย.....	113
อภิปรายผลการวิจัย.....	113
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	120
รายการอ้างอิง.....	121

	หน้า
ภาคผนวก.....	132
ภาคผนวก ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	133
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	135
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	142
ภาคผนวก ง ตัวอย่าง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS.....	206
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	210



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	Long- term graft patency.....19
2	การจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใน หอผู้ป่วยหนัก บูรณาการระหว่าง NANDA, NIC และ NOC (ประเด็นหลัก).....39
3	ตัวอย่างแบบฟอร์มใช้เขียนการวางแผนการพยาบาล.....47
4	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้รูปแบบ การจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนก ทางการพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรคและประสิทธิภาพในการบีบตัว ของหัวใจ 93
5	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำแนก ตาม อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน วิชาชีพ ระดับเงินเดือน95
6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ พึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน.....96
7	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ พึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลรายข้อ.....97
8	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ พึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้โดยรวมและรายด้าน.....99
9	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ พึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้รายข้อ.....100
10	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ พึงพอใจในงานของพยาบาลโดยรวมและรายด้าน.....102
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ในงานของพยาบาล ด้านลักษณะงาน จำแนกเป็นรายข้อ.....103
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ในความเป็นอิสระในงานของพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ.....105
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ในความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ.....107

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
14	ตารางแจกแจงความถี่และร้อยละของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล.....109
15	จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักมากที่สุด น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล.....110
16	แสดงผลการสังเกตการใช้รูปแบบการวินิจฉัยการพยาบาลและการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามรายชื่อ.....191
17	แสดงผลการสังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายชื่อ.....197
18	แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจของพยาบาล (รายด้าน และรายชื่อ).....199
19	ตารางแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล.....203
20	ตารางแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล.....204
21	ตารางแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้.....205

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุคนี้เป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงและยุคข้อมูลข่าวสาร องค์การสุขภาพที่มีระบบบริการที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเหตุการณ์มากกว่า มีโอกาสประสบความสำเร็จในการบริหารงานสูงกว่า ในองค์การด้านสุขภาพต้องมีการพัฒนาให้มีข้อมูลข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นอกจากต้องเผชิญกับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองแล้ว ยังต้องเผชิญกับโรคต่างๆ อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ที่นับวันจะเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นภาระทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งได้คร่าชีวิตประชาชนเป็นจำนวนมากในแต่ละปี จากสถิติในประเทศไทยการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นโรคนี้อยู่ในอันดับที่ 2 ของประชากร (สำนักสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ทำให้รัฐบาลต้องเล็งงบประมาณในการรักษาเพิ่มขึ้น องค์การด้านสุขภาพจึงให้ความสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ในขณะที่ยังคงรักษาคุณภาพที่ดีที่สุด การจัดการระบบข้อมูลที่ดีทำให้สามารถประมวลผลข้อมูลและประมวลผลการบริการได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและความต้องการขององค์การได้ เมื่อข้อมูลข่าวสารมีการแลกเปลี่ยนได้อย่างกว้างขวางจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งนโยบายด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพที่เน้นความคุ้มค่า คุ้มค่า ทำให้ระบบสารสนเทศมีความจำเป็น และสำคัญอย่างยิ่งในการได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ น่าเชื่อถือและสามารถเรียกใช้งานได้ทันที (มนทกานติ ตระกูลดิษฐ์ และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2547; Ball et al., 2000; Tornabeni, 2006) เป็นเครื่องมือทางการบริหารที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาองค์การ และประกันคุณภาพทางการแพทย์ (ANA, 1994) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประชาชน และสังคม (ทัศน บุญทอง, 2543; Bradley, 1995)

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ (Super tertiary care) ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว มีการให้บริการผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการป้องกัน ฟื้นฟู ดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และเป็นแหล่งวิจัย สร้างนวัตกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือ Coronary Artery Disease Graft (CABG) แนวโน้มของผู้ป่วยกลุ่มนี้มี

จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการผ่าตัด CABG ของโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2532 มีจำนวน 71 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 588 ราย ในปี พ.ศ. 2548 (พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง, 2549; สุนันทา สิงหราชวาพันธ์ และพิงพิศ ชัยภักดี, 2549) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีลักษณะปัญหาที่ซับซ้อนในการดูแลรักษา และมีความค่าใช้จ่ายสูง จัดว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก ต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าโรงพยาบาลศิริราช จะขยายหน่วยงานเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว แต่จำนวนเตียงและบุคลากรก็ยังมีจำนวนจำกัด ผู้ป่วยจำนวนมากต้องรอเตียงนานเพื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเท่านั้น สถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ในการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ใช้ระยะเวลาในการพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักสั้นที่สุด ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยที่รอผ่าตัด ได้รับการดูแลรักษาเร็วขึ้น ซึ่งจากจำนวนวันนอนมาตรฐานในหอผู้ป่วยหนักสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 1 วัน (Dartmouth-Hitchcock Medical Center, 2005) แต่สำหรับโรงพยาบาลศิริราช จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 2.5 วัน (สถิติหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช, 2549) ซึ่งสูงกว่ามาตรฐาน ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานกว่าที่ควรจะเป็น ได้แก่ การได้รับการดูแลรักษาอาจไม่ครบถ้วน ไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนในทิศทางเดียวกัน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด สำหรับทีมบุคลากรผู้ดูแลรักษาพยาบาลจึงควรมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากที่สุด ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้เร็วที่สุด

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล และการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล (คณะอนุกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล, 2540; สุระพรรณ พนมฤทธิ, 2543; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ใช้ ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การให้กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล มีการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและครอบคลุม แต่ในการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลในบางกรณี ยังไม่ครอบคลุมองค์รวมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย จากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์พยาบาล 5 คน เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช และศึกษาจากสภาพการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานนี้ พบว่าในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG จะมีลักษณะคล้ายกัน

เช่น การทำหน้าที่ยืดหยุ่นที่ขาชบพร่อง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อลดลง ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวด และเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลด้านการทำหน้าที่ของอวัยวะ ไม่ครอบคลุมทุกระบบ และความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในรอบ 6 เดือน (มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2549) ที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชสำรวจไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักต้องใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วย เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพและรวดเร็ว พยาบาลจึงมุ่งใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาด้านร่างกายที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย จนทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม (Locsin, 1995) อีกทั้งหน่วยงานมิได้กำหนดให้ใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามมาตรฐานหรือตามทฤษฎีใด พยาบาลมีอิสระในการให้การพยาบาลโดยเลือกใช้การวินิจฉัยการพยาบาลที่ตนเชี่ยวชาญ หรือเคยชินจากที่เรียนเรียนมา รวมทั้งปฏิบัติตามผู้อื่นที่มีประสบการณ์มากกว่า จึงมีการเขียนซ้ำๆ กัน (มาริษา สมบัติบุญ, 2545) การระบุงิจกรรมและผลลัพธ์ทางการพยาบาลจึงไม่ครอบคลุม เพราะขึ้นอยู่กับข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่ไม่ตรงตามความต้องการอย่างแท้จริง และส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลได้

นอกจากนี้หน่วยงานยังไม่มีการจัดกลุ่มข้อมูลทางการพยาบาลด้านข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เป็นระบบ ที่สามารถนำไปพัฒนาใช้เป็นฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการทำหน้าที่ของพยาบาลและควบคุมคุณภาพการพยาบาลที่ครบวงจร และการที่รายการกิจกรรมการพยาบาลที่มีหลากหลายไม่เป็นระบบ จึงไม่สามารถเก็บและพัฒนาเป็นข้อมูลในคอมพิวเตอร์ได้ หากหน่วยงานมีการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลด้านการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกันสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มาใช้ ทำให้พยาบาลมีข้อมูลทางการพยาบาลที่เป็นระบบ สามารถเลือกใช้ข้อมูลเหล่านั้นควบคู่กับองค์ความรู้ที่มีอยู่อย่างมีวิจารณญาณ ในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นไปได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว คาดว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล และช่วยลด หรือป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนได้ ทำให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และคณะ, 2542; อังคณา สรียาภรณ์ และ ศิริพร ชัมภลิจิต, 2544)

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า การจำแนกทางการพยาบาล (Nursing classification) ได้จัดหมวดหมู่ของข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เป็นแนวทางสำหรับประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วขึ้น ทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐาน และสะดวก นำไปสู่คุณภาพของผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมได้ (NANDA, 2003; Ackley & Ladwig, 2004) การจำแนกทางการพยาบาล (Nursing classification) ที่ได้รับการยอมรับและครอบคลุมกระบวนการพยาบาลมีหลายระบบ ได้แก่ การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification of Nursing Practice: ICNP), ระบบโอมาฮา (Omaha System) ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุ การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification: NIC) (Dochterman and Bulechek, 2004) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) (Moorhead et al., 2004) ปัจจุบันการจำแนกการพยาบาลของ NANDA, NIC และ NOC ได้รับการพัฒนา และมีการวิจัยที่แสดงถึงความครอบคลุมทั้งกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) มีความเหมาะสมและประสิทธิภาพที่สนับสนุนการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการทำงานอย่างมีมาตรฐานของพยาบาล จนสามารถเชื่อมโยงและนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมผู้ป่วยได้ทุกระบบและทุกสถานที่ (Johnson et al., 2006) รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็วและคุกคามต่อชีวิต จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการ ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจตระหนักถึงปัญหา ความจำเป็น และความสำคัญที่เกิดจากความไม่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมในการรวบรวมข้อมูล การจัดข้อมูลทางการพยาบาลยังไม่เป็นระบบระเบียบ ทำให้การประเมินอาการและการวินิจฉัยการพยาบาลล่าช้า ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ส่งผลต่อคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบและครอบคลุมองค์รวม เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น ในการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลนี้จะเป็นการระดมความคิดของพยาบาลทุกคน ในหอผู้ป่วยหนักศูนย์โรคหัวใจ การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อเสนอการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการจำแนก

ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากเป็นที่ยอมรับว่า การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นศิลปะหนึ่งในการบริหารงาน ที่เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน และยังมีผลทางจิตวิทยา ทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะเดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น เกิดการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (สัมฤทธิ์ กางเพ็ญ, 2545; สมยศ นาวิการ, 2545) และการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมยังทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ผลงานที่ออกมาจะมีประสิทธิภาพ (สมยศ นาวิการ, 2545; ศศิธร วีระเวทวัฒน์, 2547; Swansburg, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการบริหารองค์การพยาบาลที่กำหนดว่า ระบบงานและกลไกการบริหารควรเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร (คณะอนุกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล, 2540)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งบูรณาการทั้งการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ NANDA (Ralph et al., 2005), NIC (Dochterman & Bulechek, 2004), และ NOC (Moorhead et al., 2004) เนื่องจากปัจจุบันการจำแนกทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน มีการพัฒนาจนได้รับการยอมรับให้เป็นภาษามาตรฐานทางการพยาบาล (ANA, 1994) และสามารถเชื่อมโยงกัน (Johnson et al., 2006) และบันทึกลงในเอกสาร (Paper based) หรือในคอมพิวเตอร์ (Computer based) สามารถนำมาพัฒนาเป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาล สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลในรูปแบบการบันทึกลงในเอกสาร (Paper based) ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาเพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมถูกต้อง รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน (ศิริรัตน์ พิษิตชัยชาญ, 2544; Delaney et al., 2006; Krogh et al., 2005; Lunney, 2006) ซึ่งส่งผลดีทำให้พยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยลดและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นดัชนีผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญที่แสดงถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของการพยาบาลยิ่งขึ้น (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ในขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานทำให้เกิดรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลที่ชัดเจน ครบถ้วน ได้มาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ย่อมเกิดผลดี ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC เป็นการจัดระบบข้อมูลทางการพยาบาลด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เป็นหมวดหมู่มีแบบแผนในแนวทางเดียวกันและมีความเชื่อมโยงกัน มีเป้าหมายเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหรือย้ายออกไป และมีความครอบคลุมองค์รวม ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Johnson et al., 2006) เนื่องจากรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลเป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้วิธีการ Check list มีข้อมูลทางการพยาบาลครบถ้วนและครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลตัดสินใจโดยใช้วิจารณญาณและองค์ความรู้ของตน ให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว และมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนัก นอกจากจะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ยังทำให้ผู้ป่วยสามารถย้ายไปหอผู้ป่วยพักฟื้นเร็วขึ้น จำนวนวันนอนลดลง และยังทำให้ความพึงพอใจของพยาบาลสูงขึ้นด้วย

จากการค้นคว้าตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า เกียรติศรี สำราญเวชพร (2541) กล่าวถึงประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาลว่า ทำให้พยาบาลสามารถเลือกทำการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลระยะสั้นลง นอกจากนี้ รุจา ภูไพบูลย์ (2542) กล่าวถึงประโยชน์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการนำการจำแนกทางการพยาบาลที่เป็นระบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อมูลที่เป็นระบบสามารถนำมาวิเคราะห์ถึงคำถามต่างๆ ที่พยาบาลอาจต้องการเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล เช่น เมื่อคนไข้หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงมีอาการปวด และกิจกรรมการพยาบาลที่ให้อะไรบ้างที่มีผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีข้อมูล 3 ประการในการบันทึกการดูแล คือ การประเมินการวินิจฉัย

ปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล หรือการประเมินผล การดูแลของพยาบาล และเนื่องจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นงานสัปดาห์ที่มี ค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยมีอัตราการครองเตียงนาน การนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้โดยมี ความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาล พยาบาลสามารถประเมินผล การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนการทำงาน มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จะสามารถลด จำนวนวันนอนของผู้ป่วย พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ และองค์กรต่อไป (ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ และ โชคชัย อุบลม่วง, 2543; ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2542)

จากการศึกษาในต่างประเทศมีการนำระบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA) การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล (NIC) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) (Johnson et al., 2006) มาประยุกต์ใช้เป็นสารสนเทศทางการพยาบาล เช่น การศึกษาของ Lunney (2006) ที่ได้ศึกษาการนำระบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC มา ให้พยาบาลใช้ พบว่าการวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำและครอบคลุม ช่วยให้การ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลถูกต้องยิ่งขึ้น ช่วยให้ระยะเวลาในการบันทึก ทางการพยาบาลลดลง ทำให้พยาบาลสามารถใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เกิดความพึงพอใจ ทั้งพยาบาลและผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Krogh et al. (2005) และ Delaney et al. (2006) ที่พบว่าผลของการนำการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, NOC (Johnson et al. 2006) ไปใช้ในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลวิเคราะห์ตัดสินใจปัญหาผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ทำให้การดูแล ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่เดียวกันพยาบาลมีความพึงพอใจในสูงขึ้น และ Date (2003) ศึกษาการใช้การจำแนกทางการพยาบาล ในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต พบว่าทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้น และมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำการจำแนก การวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA ไปใช้ พบว่าทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นด้วย เช่น การศึกษาของ Gec and Health Care Centre (2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Welton and Halloran (2005) ที่พบว่าการวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้องแม่นยำ จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้ กิจกรรมการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย นำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ มีผลต่อ ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ Frederick and Watters (2003) ได้ศึกษาการนำการ จำแนกทางการพยาบาลมาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าทำให้การพยาบาลมีหลักฐานเชิง ประจักษ์ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ในประเทศไทยมีผู้ให้ความสนใจนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้โดยการออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล โดยเลือกใช้การจำแนกทางการพยาบาลของ ICNP alpha version ผลการวิจัยพบว่า สามารถทำให้การบันทึก การสอบถาม และรายงานเกี่ยวกับข้อมูลทางการพยาบาลได้รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูล ประหยัดเวลาในการค้นหาข้อมูล ทำให้พยาบาลสามารถนำเวลาที่เหลือนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในการให้การดูแลผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจการปฏิบัติงานของพยาบาลมากขึ้น (ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ และ โชคชัย อุบลม่วง, 2543) และจากการศึกษาของดลวาลัย ประทีปชัยกูร และคณะ, 2542) ที่นำการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA มาใช้ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว พบว่าทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ส่วนการนำการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนั้นยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษา

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้มีการพัฒนาการจัดระบบข้อมูลทางการพยาบาล ทั้งด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย และในการดำเนินงานด้านบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ การนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้ให้ลุล่วงไปด้วยดีนั้น ผู้บริหาร โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วย ในฐานะผู้นำองค์กรพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้พยาบาล มีอำนาจในการร่วมกันตั้งเป้าหมาย ตัดสินใจ ร่วมกันทำ และร่วมรับผิดชอบในการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการประเมินอาการ ระบุปัญหา ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วย กำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล ตลอดจนผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการบริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล คือ การจัดทำโครงการ การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล การอบรมเชิงปฏิบัติการการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล การเขียนคู่มือการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน หอผู้ป่วยหนัก และการนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยยึดหลักแนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม (สมยศ นาวิการ, 2545) เพื่อเป็นการกระจายอำนาจหน้าที่ทางการบริหาร สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาในวิชาชีพเป็นไปอย่างราบรื่น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน สร้างขวัญและกำลังใจ เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC มาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ลดจำนวนวันนอน เพิ่มความพึงพอใจของพยาบาล โดยนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1984) ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันกับวิชาชีพพยาบาล ที่มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงาน โดยผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาขององค์กร ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ แก้ไขปัญหา ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล จนเกิดการเปลี่ยนแปลงอันนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่พึงประสงค์ขององค์กร

จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการ ใช้รูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาล
2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1.1 กลุ่มพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน
- 1.2 กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจซึ่งได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.2.1 กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับการพยาบาลในรูปแบบปกติที่ยังไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางทางการพยาบาล เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเลือกขึ้น โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ก่อนทำการทดลอง จำนวน 30 คน
 - 1.2.2 กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางทางการ

พยาบาล การคัดเลือกผู้ป่วยเป็นแบบเฉพาะเจาะจงที่มีภูมิหลังที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มควบคุม ในด้าน วินิจฉัยโรค เพศ อายุ และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction) ก่อนการผ่าตัด จำนวน 30 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

2.2 ตัวแปรตาม คือ

2.2.1 ความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งเป็นความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบ การจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

2.2.2 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอ ผู้ป่วยหนัก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกันสร้างและพัฒนาให้เป็นแนวทางในการวินิจฉัย ทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่จัดหมวดหมู่เป็นระบบมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของ หน่วยงาน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหา ให้การวินิจฉัยการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ รูปแบบการจำแนกทางการ พยาบาลนี้ ประกอบด้วยแนวคิดการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC (Dochterman and Bulechek, 2004) และการจำแนก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) ดังนี้

1.1 การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล หมายถึง พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักมี ส่วนร่วมในการระบุปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ภายใต้แนวคิดการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA ด้าน ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซ การเจ็บปวดเฉียบพลัน ภาวะ เสี่ยงต่อความไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย การติดเชื้อ การขาดความรู้ และความวิตกกังวล ซึ่งจัดเป็น หมวดหมู่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้บรรลุผลการพยาบาลที่พยาบาล รับผิดชอบ

1.2 การจำแนกกิจกรรมทางการแพทย์ หมายถึง พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักมีส่วนร่วมในการระบุงิจกรรมทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหัวใจ ภายใต้แนวคิดการจำแนกกิจกรรมทางการแพทย์ของ NIC ด้านการควบคุมการไหลเวียนโลหิต การจัดการและการเฝ้าระวังกรด-ด่างและเกลือแร่ การบริหารยา-สารน้ำ-เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การเฝ้าระวังการเสียเลือด การหายใจ การดูแลการให้ออกซิเจน การจัดการความเจ็บปวด การป้องกันการติดเชื้อ การลดความวิตกกังวล และการให้คำแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้สอดคล้องกับปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วย อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

1.3 การจำแนกผลลัพธ์ทางการแพทย์ หมายถึง พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักมีส่วนร่วมในการระบุงอกผลที่เกิดจากกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายใต้แนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการแพทย์ของ NOC ด้านการบีบตัวของหัวใจ การไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ความสมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง ระดับความเจ็บปวด การควบคุมความวิตกและสภาวะทางระบบประสาท อันนำไปสู่การประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วย

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกรู้ของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับผลสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการจำแนกการวินิจฉัยทางการแพทย์ของ NANDA การจำแนกกิจกรรมทางการแพทย์ของ NIC และการจำแนกผลลัพธ์ทางการแพทย์ของ NOC ประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

3. ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนัก ถึงความรู้สึที่ดี ความเต็มใจ มีทัศนคติในทางบวก พอใจในงานที่ปฏิบัติ สอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวัง มีประโยชน์ ทำให้เกิดความมั่นใจภาคภูมิใจ มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง สามารถ วัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Slavitt et al. (1978), และรุจา ภูไพบูลย์ (2542) ความพึงพอใจของพยาบาล มีดังนี้

3.1 ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของพยาบาลต่อองค์ประกอบของการจำแนกการวินิจฉัยทางการแพทย์ การจำแนกกิจกรรมทางการแพทย์ และการจำแนกผลลัพธ์ทางการแพทย์ ในความครอบคลุมการพยาบาลองค์รวม ของผู้ป่วย มีความเข้าใจง่าย สะดวก ใช้เวลาในการบันทึกน้อย สื่อความหมายได้ชัดเจน และการจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่เหมาะสม ประเมินได้โดยพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Traindis (1971)

3.2 ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลต่อประโยชน์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล นำไปใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล การศึกษาวิจัย เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และการจัดการด้านการเงิน ประเมินได้โดยพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ รุจา ภูไพบูลย์ (2542)

3.3 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของพยาบาลต่องานที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ประเมินได้โดยพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Slavitt et al. (1978) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1) ลักษณะงาน หมายถึง การที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีความรู้สึกที่ดีต่อสภาพงาน และภาคภูมิใจในงานการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีโอกาสได้ร่วมวางแผนงาน กำหนดเป้าหมาย และประเมินผลงานด้วยตนเอง มีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถและพัฒนางานที่ปฏิบัติ

2) ความเป็นอิสระในงาน หมายถึง การที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสดัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติกรพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล คิดสร้างสรรค์การ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน แก้ปัญหาอย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ได้ด้วยตนเอง ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ

3) ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน หมายถึง การที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีการติดต่อสัมพันธ์แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนหรือความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

4. จำนวนวันนอน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ประเมินได้จากการลงบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย โดยนับตั้งแต่รับจากห้องผ่าตัดจนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) และได้รับการดูแลภายหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนัก

6. พยาบาล หมายถึง พยาบาลประจำการที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลใช้ปฏิบัติในการกำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจำแนกทางการพยาบาล ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่เป็นรูปแบบมาตรฐานต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ให้เป็นฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือช่วยสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล
4. ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือจำนวนวันนอนที่ลดลง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ตำรา เอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ เสนอตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศิริราช
2. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายของการจำแนกทางการพยาบาล
 - 2.2 ประเภทและความเป็นมาของการจำแนกทางการพยาบาล
 - 2.3 องค์ประกอบของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล
 - 2.4 ประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาล
3. แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม
4. จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก
5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาล
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศิริราช

1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจุบันพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของเกือบทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้นเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับสอง รองจากอุบัติเหตุ (สำนักสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก นับเป็นภาระของประเทศและของโรงพยาบาลที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ (Super tertiary care) มีการให้บริการผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการป้องกัน ฟื้นฟู ดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือ Coronary Artery Disease Graft (CABG) แนวโน้มของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการผ่าตัด CABG ของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2532 มีจำนวน 71 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 588 ราย ในปี พ.ศ. 2548 (พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสูง, 2549; สุนันทา สิงหาราชวรพันธ์ และพิงพิศ ชัยภักดี, 2549) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 จำนวน 250 ราย และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โดยผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นผู้ป่วยของโครงการตรวจรักษาจากคลินิกนอกเวลาของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งซึ่งได้รับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดอาคารสยามินทร์ ชั้น 4 และดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนัก ตั้งตรงจิตร 1 ซึ่งจะผ่าตัดในเวลาราชการและในรายฉุกเฉิน

1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือโรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากการเสื่อมและมีการตีบตันของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการแข็งตัวของหลอดเลือด (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ลักษณะเฉพาะคือ ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น แข็ง ขรุขระ และตีบแคบ ทำให้เลือดผ่านได้น้อยลง การดำเนินของโรคขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคล และแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด แรกเริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (Endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดปกติ เกิดการเกาะจับของไขมันมีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ Macrophage และ Lymphocyte ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะแคบเล็กลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวก และมีปริมาณน้อยลง

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพออกได้เป็นระยะเป็นเส้นไขมัน (Fatty streak) แล้วไปเป็นคราบไขมัน (Fatty plaque) แล้วมีเส้นใยแทรก (Fibrous plaque) และกลายเป็นคราบที่ผิวแตกออกที่เกร็ดเลือดมาเกาะ (Complicated plaque) โดยการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก และค่อยเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะเริ่มเมื่อพยาธิสภาพอยู่ในระยะ Fibrous plaque ขึ้นไป โดยเฉลี่ยในเพศชายอายุประมาณ 40 ปี และในเพศหญิงเมื่ออายุ 55 ปี หรือประมาณวัยหมดประจำเดือน ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่เมื่อการตีบแคบเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 50-75 ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการที่สำคัญที่สุด คือ อาการเจ็บ หรือแน่นหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือบีบรัด อาการเตือนในระยะแรกๆ คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะที่ยกแรงมากๆ เช่น เล่นกีฬา เดินขึ้นบันได หรือเวลาออกไปเดินหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ เมื่อหลอดเลือด มีการตีบมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกก็จะเป็นได้ง่ายขึ้น เช่น เดินเพียงไม่กี่ร้อยเมตร ขึ้นบันไดเพียง 1-2 ชั้น ถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเป็นอยู่นานเพียง 5-10 นาที เมื่อพักหรืออมยาขยายหลอดเลือดแล้วจะดีขึ้น แต่อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเจ็บรุนแรงกว่า นานกว่า เมื่ออมยาขยายหลอดเลือดอาการก็ไม่ดีขึ้น และอาจมีอาการเหนื่อยหอบ เหงื่อแตกอย่างมากร่วมด้วย บางรายอาจมีภาวะช็อกหรือหัวใจวายร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2550; สุขชัย ถนอมทรัพย์, 2540; สุขกิจ เข้มวงษ์, 2550)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่

- อายุ
- เพศชาย
- กรรมพันธุ์

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ ได้แก่

- การสูบบุหรี่
- ไขมัน LDL สูง

- การบริโภคอาหารไขมันและคอเลสเตอรอลสูง
- ความดันโลหิตสูง
- โรคอ้วน
- เบาหวาน
- การไม่ออกกำลังกาย
- ไตรกลีเซอไรด์สูง
- ภาวะเครียด

1.5 การรักษา

เมื่อเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจนกระทั่งมีอาการ แพทย์จะทำการรักษาโดยการให้ยา เพื่อบรรเทาอาการ ซึ่งไม่ได้ทำให้มีการเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ แต่จะเป็นการปรับสภาพหัวใจให้มีความต้องการเลือดซึ่งเป็นอาหารของกล้ามเนื้อหัวใจให้ลดลง แต่ถ้ามีการใช้ยาแล้วไม่ได้ผล หรือทำให้ผู้ป่วยต้องมึนสภาพความเป็นอยู่ที่จำกัดเกินไป แพทย์จะพิจารณารักษาแบบเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 ใช้ลูกโป่งขยายหลอดเลือดแดง (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่ต้องผ่าตัดแต่ใช้สายยางสอดผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบหรือแขน แล้วเลื่อนจนกระทั่งบอลูนที่ปลายสายยางไปอยู่ที่บริเวณตีบแคบของหลอดเลือดและถ่างขยายหลอดเลือดได้ อาจมีการใส่ขดลวด (Coronary stent) เข้าไปค้ำเอาไว้ การรักษาวิธีนี้ได้ผลดีเมื่อรอยตีบแคบในหลอดเลือดเป็นช่วงสั้นๆ แต่ถ้าเป็นช่วงยาวๆ หรือเป็นหลายๆ เส้นก็เหมาะที่จะรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมากกว่า ซึ่งเป็นวิธีที่ 2 คือ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG)

1.6 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษาเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Disease หรือ CAD) รวมทั้งการทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ โดยเรียกว่า Coronary Artery Bypass Graft หรือ CABG

CABG เป็นวิธีการทำผ่าตัดที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดใหม่ โดยการนำหลอดเลือดจากส่วนอื่นของร่างกาย มาปลูกถ่ายแทนหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการตีบตัน เช่น การใช้หลอดเลือด Saphenous vein มาปลูกถ่าย โดยต่อเข้าระหว่างบริเวณฐานของ Aorta กับส่วนล่างของหลอดเลือดโคโรนารีเส้นที่ตีบตันหรือใช้หลอดเลือด Mammary artery ด้านในต่อกับ Anterior descending artery ด้านซ้าย เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจมีขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตร หรือเล็กกว่า การทำทางเบี่ยงจึงไม่สามารถใช้หลอดเลือดเทียมได้เพราะหลอดเลือดเทียมที่มีขนาดเล็กๆ จะถูกอุดตันด้วยลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว จึงต้องใช้หลอดเลือดธรรมชาติจากผู้ป่วยเอง

ซึ่งมีสองชนิด คือ หลอดเลือดแดงจากบริเวณหลังกระดูกหน้าอก หรือจากแขนและหลอดเลือดดำ จากขา การใช้หลอดเลือดแดงมีข้อดีกว่าหลอดเลือดดำ เพราะขนาดใกล้เคียงกับหลอดเลือดหัวใจ มีสถานะเป็นหลอดเลือดแดงเหมือนหลอดเลือดหัวใจ ทำให้คงสภาพได้ดีในระยะยาว แต่มีข้อด้อยคือ มีจำนวนจำกัด ถ้าต้องทำทางเบี่ยงหลายๆ แห่ง หลอดเลือดแดงจะไม่พอก็ต้องใช้หลอดเลือดดำมาเสริม หรือบางทีหลอดเลือดแดงเล็กเกินไปไปใช้ไม่ได้ ก็จำเป็นต้องใช้หลอดเลือดดำแทน การผ่าตัดต่อเส้นเลือดเป็นทางเบี่ยงที่นิยมทำในสภาวะที่หัวใจหยุดนิ่งมีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ช่วยในระหว่างการผ่าตัด แต่ปัจจุบันมีการทำผ่าตัดในขณะที่หัวใจยังเต้นอยู่ ไม่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม โดยทำให้หัวใจมีการเคลื่อนไหวน้อยลงด้วยยาหรือเครื่องมือ (Minimally invasive direct CABG: mid CABG) เป็นการผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงแอนที่เรียโคโรนารี (Anterior coronary artery) โดยใช้หลอดเลือดแดง Internal mammary มาต่อ โดยที่แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก วิธีการนี้ลดการสอดใส่สิ่งต่างๆ เข้าร่างกายผู้ป่วย มีการสิ้นเปลืองน้อยกว่า และที่สำคัญ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการทำ CABG แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทุกราย ทำได้เฉพาะรายที่หลอดเลือดหัวใจมีขนาดใหญ่ ไม่ฝังลึกในกล้ามเนื้อหัวใจ และหัวใจทนต่อสภาวะการกดและการยกขึ้นนานๆ ได้ พบว่า มีผู้นิยมทำการผ่าตัดชนิดนี้ประมาณร้อยละ 30 ของการผ่าตัดทั้งหมด ที่เหลือยังนิยมทำตามวิธีเดิมที่ใช้กันมานานกว่า 30 ปี การทำผ่าตัด CABG นี้ ศัลยแพทย์ด้านหัวใจและหลอดเลือดนิยมใช้หลอดเลือด Mammary artery ด้านในต่อกับ LAD เพราะเป็นหลอดเลือดที่มีอายุในการทำให้ไม่เกิดการอุดตันได้เป็นเวลานาน (Comer, 2005; Lamborn; & Moseley, 1997)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในโรงพยาบาลศิริราชนั้น มีวิธีการรักษาเช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น สรุปดังนี้

1. การรักษาด้วยยา
2. การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือขดลวดค้ำยัน
3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (On Pump CABG) และไม่ใช่เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Less invasive CABG) ส่วนใหญ่ใช้วิธีที่อาศัยเครื่องหัวใจและปอดเทียม คือ การผ่าตัด CABG

1.7 ข้อบ่งชี้ในการทำ CABG

Comer (2005), Lamborn & Moseley (1997) ระบุข้อบ่งชี้ในการทำ CABG ไว้ดังนี้

1. ภาวะ Angina pectoris แบบเรื้อรัง
2. รักษาทางยาแล้วไม่ได้ผลเท่าที่ควร
3. มีการอุดตันของโคโรนารีด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50
4. มีการอุดตันของโคโรนารีทั้ง 3 เส้น (Triple Vessel Disease: TVD)

5. มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina)
6. มีกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันมีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ
7. มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานล้มเหลว (Left ventricle failure)
8. มีภาวะล้มเหลวจากการทำ PTCA มาแล้ว

1.8 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CABG

Bernet (1997), Doering et al.(2001), เพ็ญศิริ สันตโยภาส และพวงผกา กรีทอง (2544) ได้กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CABG ไว้ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาที อาจลดลงได้เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด หรืออาจเกิดภาวะหัวใจถูกกด เนื่องจากมีสารน้ำอยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ หรือปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาที อาจลดลง เนื่องจากความดันโลหิตสูงจากการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น อีกประการหนึ่งคือการมีหลอดเลือดฝอยที่ทำให้น้ำซึมผ่านไปอยู่ตามเนื้อเยื่อ มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 11-72 มีการเปลี่ยนแปลงในระบบนี้ ร้อยละ 30 พบหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ (Atrial fibrillation)

2. ระบบหายใจ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสุดคือ ปอดแฟบ (Atelectasis) ร้อยละ 87 พบในวันแรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 30 พบในวันต่อมาเกิดเนื่องจากปอดล่างซ้ายถูกกระทบกระเทือนในการผ่าตัด หรือเกิดอัมพาตของกระบังลมจากการที่เส้นประสาทกระบังลม (Phrenic nerve) ถูกรบกวน ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัดจะเสี่ยงต่อมีปัญหาระบบนี้ได้ง่าย

3. ระบบประสาท อันตรายเกิดจากขณะที่ผ่าตัด มีการหนีบหลอดเลือดและหลอดเลือดที่มีสิ่งตกค้างบีบ ไปสู่สมอง หรือจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย ในรายที่เป็นรุนแรงอาจหมดสติ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังทำ CABG มีประมาณร้อยละ 0.4-5.4

4. ระบบผิวหนัง พบในผู้ป่วยอ้วน สูบบุหรี่ เป็นเบาหวาน มีอัลบูมินในเลือดต่ำ การติดเชือบริเวณหน้าอก ต้องเฝ้าระวังดูอาการไข้ แดง รอบแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อมักเกิดให้เห็นในวันที่ 6-7 หลังผ่าตัด

5. ระบบทางเดินอาหาร อาจพบลำไส้เป็นอัมพาต ทางเดินอาหารเกิดเนื้อตาย เลือดออกทางเดินอาหาร แน่นท้อง

6. ด้านจิตสังคม เกิดอาการทางจิตหลังผ่าตัด ร้อยละ 10-70 มีอาการไม่รู้เรื่อง สับสนนอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล ประสาทหลอน ส่วนมากเกิดในหอผู้ป่วยหนัก สาเหตุเกิดจากหลายประการร่วมกัน อาทิ เช่น จากยา นอนไม่เพียงพอ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำ CABG ที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งจะพบภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ได้แก่ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด หัวใจเต้นผิดจังหวะ การหายใจล้มเหลว ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และสารน้ำในร่างกาย ไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน และภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดตามมาภายหลัง ได้แก่ ปอดแฟบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพช้าภายหลังผ่าตัด ทำให้ต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น นับเป็นสิ่งท้าทายพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุดสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้เร็วขึ้น

1.9 ผลลัพธ์ของการทำผ่าตัด CABG

พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง (2548) กล่าวถึง ผลการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการผ่าตัด CABG นั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายจากอาการเจ็บหน้าอกทันที ซึ่งบรรลุเป้าหมายหลักที่ต้องการ สำหรับผลลัพธ์อื่นๆ ได้แก่

1. การเสียชีวิต (Mortality) การเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 3 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานของหัวใจล้มเหลว (Cardiac failure) โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากอายุ การมีโรคร่วมอื่น ๆ (Comorbidity) การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงอันเกิดจากการผ่าตัด เช่น การใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ระยะเวลาในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Myocardial ischemic time) การใช้ระยะนานในการเปิดหลอดเลือดที่ตีบ การใส่ยา และอุปกรณ์ในการช่วยหายใจ

2. การเกิดโรคอื่นแทรกซ้อน (Morbidity) ภาวะ Morbidity ที่เกิดจากการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างการทำผ่าตัด (Perioperative myocardial infarction) พบได้ประมาณร้อยละ 2-5 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neurological complication) พบได้ประมาณร้อยละ 0.5 ในผู้ป่วยอายุน้อย และร้อยละ 5 ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี โดยปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัดจะมีผลอย่างมาก ได้แก่ อายุ เพศ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีความผิดปกติทางสมองมาก่อน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญ คือปอด และไต โดยเฉพาะที่ไตมีโอกาสเกิด ไตวายเฉียบพลัน จนอาจต้องทำ การล้างไต (Dialysis)

3. ผลระยะยาวของการคงสภาพของหลอดเลือดหลังทำทางเบี่ยง (Long-term graft patency) การทำ CABG โดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม มี Long-term graft patency ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Long-term graft patency

Time (year)	Left Internal Mammary Artery (LIMA)	Right Internal Mammary Artery (RIMA)	Radial Artery (RA)	Saphenous Vein Graft (SVG)
1	95%	-	90%	85-90%
5	94%	90%	80%	75%
10	>90%	80%	-	50%

4. ผลระยะยาวของการมีชีวิตรอด (Long-term survival) การผ่าตัด CABG ยังได้ผลการมีชีวิตรอดในระยะยาวที่ดี มีอัตราการรอดชีวิตในปีที่ 5 ร้อยละ 90 ปีที่ 10 ร้อยละ 80-90 และ ปีที่ 15 อัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 60

1.10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น การทำงานเพื่อสูบฉีดโลหิต ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เสื่อมลง การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีส่วนสำคัญที่จะแก้ไขความผิดปกติที่มีอยู่และ/หรือช่วยบรรเทาอาการ อาการแสดงของโรค พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังผ่าตัด ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องโรคและชนิดของการผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลว่าจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะเป็นผลดีและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไว้ดังนี้

Bernet (1997) กล่าวว่า หลังผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ การดูแลผู้ป่วยทำเช่นเดียวกับผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยจะมีท่อระบายทรวงอก มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก การดูแลที่สำคัญ มีดังนี้

1. การดูแลความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ โดยเฉพาะโปตัสเซียม ถ้าต่ำไปจะมีผลต่อการเต้นของหัวใจ

2. การดูแลความเจ็บปวด ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น การผ่าตัดทำให้เจ็บปวดบริเวณที่กระทบกระเทือน เช่น บริเวณหน้าอก บริเวณขาที่ผ่าตัดหลอดเลือดดำ ให้ผู้ป่วยพยายามแก้ปวดได้ทันทีเมื่อมีอาการปวด แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ บริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัด ไม่ยกขาขึ้นสูง ถ้าบวมให้บริหารและใช้ผ้ายึดพัน

3. การฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยจะลุกนั่งได้เป็นเวลานานครั้งละ 20 นาที ในหลังผ่าตัดวันแรก และเพิ่มความสามารถขึ้น มีหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาดูแลผู้ป่วยให้สามารถทำต่อในหอผู้ป่วยพักฟื้นและที่บ้าน

4. การให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด ส่งเสริมการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล เตรียมก่อนกลับบ้าน

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ และคณะ, 2543) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโคโรนารี คือ

1. เฝ้าระวัง ประเมิน และบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ แรงดันในห้องหัวใจ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุกครั้งชั่วโมง จนคงที่ ต่อไปทุกชั่วโมง

2. ประเมินและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประเมินและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน Lead ที่สำคัญอย่างน้อย 1 Lead ทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

4. ประเมินและบันทึกสิ่งต่างๆ ทุก 1 ชั่วโมง คือ ลักษณะสีผิว ความอุ่นของผิวหนัง บริเวณปลายมือปลายเท้า ปริมาณสารน้ำ ยา เลือด และส่วนประกอบของเลือดทั้งเข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วย

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและประสิทธิภาพของยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด พร้อมทั้งปรับขนาดตามแผนการรักษาพยาบาล

6. ส่งและติดตามผลการตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาพยาบาล

7. จัดและเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

8. ประเมินลักษณะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด หรืออาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลตามสาเหตุ

9. ให้การพยาบาล โดยยึดหลักเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ และแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

10. ดูแลการไหลเวียนเลือดที่แขนและขาซ้ายข้างที่ทำผ่าตัดและเส้นเลือด โดยระวังไม่ให้ผ้ายึดรัดแน่นเกินไป และออกกำลังกายโดยวิธีกำและแบมือ และกระดกปลายเท้าขึ้นลง

11. ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้ข้างเตียง

12. ลดสิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น เสียง แสง

13. ให้ญาติและบุคคลใกล้ชิดได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา
14. อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา
15. ประสานงานและส่งรายงานส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อ

เพ็ญศิริ สันตโยภาส และพวงผกา กรีทอง (2544) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดพิจารณาตามวินิจฉัยการพยาบาล ไว้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปริมาณเลือดที่ฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพ ในการบีบตัวของหัวใจลดลง

การพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
2. ดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ เช่น ST segment ยกสูงขึ้น T wave หัวกลับ และหรือ Pathological Q wave
3. สังเกตเกี่ยวกับเสียงการหายใจและเสียงการเต้นของหัวใจอย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมง
4. ติดตามผล Arterial blood gas (ABG), Electrolyte, Cardiac enzymes
5. ดูแลอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการวัด Pulmonary artery wedge pressure (PCWP) และ CVP
6. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) 12 Lead
7. ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาเพิ่มแรงการบีบตัวของหัวใจ ยาต้านภาวะหัวใจเดินผิดจังหวะ
8. ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย ครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง ควรดื่มน้ำเย็นและน้ำแข็ง
9. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นเท่านั้น
10. วัดและบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย
11. ลดกิจกรรมการพยาบาลและแนะนำผู้ป่วย ไม่ให้มีการเพิ่มแรงดันในทรวงอกและช่องท้อง เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ
12. ควรให้ยาระบายอ่อนๆ เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัว ขับถ่ายสะดวก พร้อมทั้งให้นอนถ่ายบนเตียง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด ไม่มีประสิทธิภาพ

การพยาบาล

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแพทย์จะใส่ท่อหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจไว้ จนกว่าผู้ป่วยจะหายใจมีประสิทธิภาพดี จึงจะพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจ

2. กำจัดเสมหะกั้ค้าง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ เต็มที่ทุก 1-2 ชั่วโมง ช่วยบีบ Self-inflating bag ให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ หลังการดูดเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ให้ความชื้น เพื่อช่วยละลายเสมหะ ฟังปอดผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หมั่นสังเกตอาการที่เกิดร่วมกับการกั้ค้างของเสมหะ เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ชีพจรเร็ว หายใจลำบาก เจ็บ หรือหายใจเสียงดังครืดคราด

3. ตรวจแรงดันก๊าซในเลือดแดง (ABG) ตามแผนการรักษาหรือทุกครั้งที O₂ Saturation จากเครื่อง Pulse oxymeter น้อยกว่า 95% (หลังการดูดเสมหะและบีบ Self-inflating bag ให้แล้ว) หรือผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็วขึ้น เนื่องจากการตรวจก๊าซในเลือดแดงจะช่วยบอกผู้ป่วยมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) หรือไม่

4. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง โดยระมัดระวังไม่ให้สายสวนต่างๆ ที่ต่อเข้ากับร่างกายหักพับงอ การพลิกตัวจะช่วยให้เสมหะเคลื่อนไหวและขับออกสะดวก ลมจะเข้าปอดได้ดีขึ้น

5. สังเกต บันทึกลักษณะสีผิวหนัง ว่ามีสีเขียวคล้ำ (Cyanosis) หรือไม่

6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 4-6 ลิตร/นาที

7. ตรวจสอบการทำงานของท่อระบายทรวงอก (Chest drainage) จากเยื่อหุ้มปอดให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย

7.1 สังเกตสี จำนวนของเหลวทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งปริมาณเลือดที่ออกขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ซึ่งในชั่วโมงแรกอาจออกมากกว่า 100 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ถือว่าผิดปกติ

7.2 ควรดูดคลั่งสายยางทุกหนึ่งชั่วโมง เพื่อให้ลิ้มเลือดออกมา

7.3 เปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง และป้องกันการกดทับสายยาง ป้องกันการหักงอของสายยาง

7.4 ตรวจดูเครื่อง Thoracic suction เพื่อให้ท่อระบายทรวงอกระบายของเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ

7.5 แพทย์มักจะประเมินผู้ป่วยโดยทำ เอ็กซเรย์ปอดที่เตียงผู้ป่วย (Portable chest X-ray) ทุกวันจนกว่าปอดขยายตัวเต็มที่

7.6 ถ้าผู้ป่วยเสียเลือดมากแพทย์อาจพิจารณาให้เลือดทดแทน ตามจำนวนเลือดที่ระบายออกจากรวงอก เช่น เลือดออกมา 500 มิลลิลิตร จะให้เลือดทดแทน 500 มิลลิลิตร โดยตรวจวัดค่าความดันเลือดส่วนกลาง (Central venous pressure) จนกว่าจะกลับเข้าสู่ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร น้ำและอิเล็กโทรลิตที่

การพยาบาล

1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือด

1.1 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จะต้องให้ด้วยความระมัดระวัง การหลีกเลี่ยงจากภาวะน้ำเกินในระบบไหลเวียน จะช่วยให้หัวใจไม่ต้องทำงานหนัก ส่วนใหญ่จะใช้อุปกรณ์ที่ให้น้ำเกลือชนิดที่ควบคุมปริมาณน้ำได้ และชนิดหยดแบบไมโคร (Microdrip)

1.2 ชนิดของสารน้ำที่ให้มักให้ Ringer's lactate solution หรือ Dextrose in 1/4 หรือ 1/5 Strength N.S.S. แพทย์มักหลีกเลี่ยง Dextrose in full strength N.S.S. ทั้งนี้เพราะอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน และภาวะหัวใจวายได้ การให้เลือดมักให้ทดแทนเลือดที่เสียไปทางท่อระบายจากรวงอก

1.3 วัดและบันทึกน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทำทุก 1-2 ชั่วโมง

2. ให้อาหารและน้ำทางปาก

ภายหลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง หลังเอาท่อหายใจออกแล้ว ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่อาเจียน ให้ดื่มน้ำได้ มีต่อให้ไปให้อาหารเหลวและอาหารธรรมดาตามลำดับ พยาบาลควรสังเกตอาการท้องแข็งตึง และถ้าใส่เป็นอัมพาต (Paralytic ileus) ถ้าพบต้องรีบงดน้ำอาหารทางปากและรายงานให้แพทย์ทราบ

3. ประเมินความสมดุลของอิเล็กโทรลิต

3.1 เจาะเลือดหาอิเล็กโทรลิตเพื่อตรวจระดับ โซเดียมและคลอไรด์ ถ้าอิเล็กโทรลิตที่ขาด จะต้องให้เสริมทางหลอดเลือด ตามแผนการรักษา โซเดียมปกติมักจะไม่ขาด เพราะส่วนใหญ่จะมีการกั่งของโซเดียม ดังนั้นใน 48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะยังไม่ต้องการโซเดียมสำหรับโปตัสเซียม มักจะต่ำหรือขาดมาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจากการให้ยาขับปัสสาวะมานาน ซึ่งทำให้เกิดภาวะโปตัสเซียมต่ำในเลือด (Hypokalemia) และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ

3.2 ตรวจ Hematocrit, Hemoglobin, Prothrombin time ตามแผนการรักษาเพื่อดูโอกาสที่จะตกเลือด หรืออยู่ในภาวะเสียเลือดเกินไป

4. การประเมินว่าไตของผู้ป่วยทำงานได้ดีหรือไม่ โดยการสังเกตปัสสาวะของผู้ป่วยในเรื่องสี ปริมาณ ความถี่เฉพาะ และตรวจดูว่ามีการโป่งตึงที่ท้องน้อยเหนือหัวเหน่าด้วยหรือไม่

4.1 การสังเกตปริมาณปัสสาวะ โดยตรวจปัสสาวะทุก 30 นาที เป็นระยะ 9-12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมักได้รับการสวนปัสสาวะคาทุกคน ค่าปกติของปัสสาวะต่อชั่วโมง ประมาณ 20-300 มิลลิลิตร หรือ $1/5$ มิลลิลิตร/ชั่วโมง/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม รายงานแพทย์ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 2 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน สาเหตุสำคัญของปัสสาวะน้อย หรือปัสสาวะไม่ออกเลย ได้แก่ ภาวะ Hypovolemia และภาวะ Hemolysis ของเม็ดเลือดแดงระหว่างการทำ Cardio-pulmonary bypass ซึ่งทำให้การไหลเวียนเลือดใน Tubule ซ้ำลง เกิดภาวะ ความดันโลหิตต่ำ และหัวใจล้มเหลวในการสูบน้ำโลหิต

การรักษาภาวะปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออกเลย คือเพิ่มสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย ถ้าอยู่ในภาวะขาดน้ำ แก้ไขภาวะ Shock มักมีข้อบ่งชี้ว่าต้องให้ Manitol เข้าเส้นเลือดเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปที่ไต อาจต้องทำการเจาะผนังหน้าท้องเพื่อล้างไต (Peritoneal dialysis) ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะไตวายเฉียบพลัน

4.2 การสังเกตสีของปัสสาวะ สีของปัสสาวะอาจมีเลือดปน ในระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ ซึ่งเป็นผลจากการแตกของเม็ดเลือดแดงระหว่างใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมขณะทำผ่าตัดหัวใจ (Extracorporeal circulation)

4.3 ติดตามผลการตรวจหาความถี่เฉพาะของปัสสาวะ (Specific gravity)

ค่าปกติ 1.015-1.020 อาจสูงขึ้นถ้าปัสสาวะน้อย หรือมีเม็ดเลือดแดง ส่วนค่าที่ต่ำลงอาจเกิดจากภาวะน้ำเกินหรือกรวยไตทำหน้าที่กรองไม่ดีพอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

การพยาบาล

ภายหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหลับนอนสุขสบาย ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมักจะลดลงได้อย่างมาก พยาบาลอาจช่วยบรรเทาอาการปวดได้โดย

1. ฉีดยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น มอร์ฟีน (Morphine HCL) ซึ่งส่วนใหญ่จะพิจารณาให้ทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด และควรระมัดระวังในการให้ยา เพราะถ้าให้ในขนาดที่มากเกินไปจะกดศูนย์การหายใจและการไอของร่างกาย

2. ควรหาวิธีบรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วยก่อนการให้ยาพวก นาร์โคติก (Narcotic) โดยที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น เช่น การเปลี่ยนท่านอน การประคบประครองบริเวณผ่าตัดระหว่างการไอ การให้ออกซิเจน

3. ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วย เช่น แสง เสียง กิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง ควรจัดเวลาให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่

4. จัดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยให้เหมาะสมกับเวลาพักผ่อน และความต้องการของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น การอุดตันของหลอดเลือดเลี้ยงสมอง ทำให้เป็นอัมพาต หรือแขนขาอ่อนแรง

การพยาบาล

ภายหลังผ่าตัดหัวใจพยาบาลจะต้องสังเกตระดับความรู้สึกตัว ขนาดของม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง ความสามารถตอบสนองต่อคำสั่ง และการเคลื่อนไหวของแขนขา

1. ระดับความรู้สึก

ผู้ป่วยควรรู้สึกตัวภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การไม่รู้สึกตัวอาจเป็นผลมาจากการอุดตันในหลอดเลือดสมองระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากฟองอากาศ แคลเซียม ไบมัน หรือสารเล็กๆ อื่นๆ การฟื้นคืนสติรู้สึกตัวหลังผ่าตัดอย่างช้าๆ กว่า 2-4 วัน อาจเกิดจากสมองขาดออกซิเจนระหว่างการผ่าตัด

2. ม่านตา

ภายหลังผ่าตัดในระยะแรก ควรตรวจดูขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทุก 1 ชั่วโมง ม่านตาจะขยายกว้างถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

3. ความสามารถตอบสนองต่อคำสั่ง

ถ้าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายและไม่ตอบสนองต่อคำสั่ง อาจมีสาเหตุมาจากสมองขาดออกซิเจน หรือเกิดภาวะอุดตันของหลอดเลือดเลี้ยงสมอง ความรู้สึกสับสนที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความกลัวหรือร่างกายยังอ่อนเพลียมาก

4. การเคลื่อนไหวของแขนขา

ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าอาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง และควรตรวจดูชีพจรบริเวณหลังเท้า (Pedal pulses) ถ้าไม่พบอาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขา

วิจิตรา กุสมภ์ (2544) กล่าวถึงการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ไว้ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง โดยการแนะนำตนเอง และแสดงท่าทีที่เป็นมิตร
2. ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งออกจากหอผู้ป่วย
3. ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้สถานที่ เวลา อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ต่างๆ กับผู้ป่วย ตลอดจนการบอกกล่าวผู้ป่วยทุกครั้งก่อน-หลังการให้การพยาบาล
4. จัดให้มีการรับรู้ความรู้สึกอย่างมีความหมายและเหมาะสม เช่นการสัมผัสในขณะที่มีการพูดคุย ซักถาม การทักทายเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มีการกระตุ้นทางหู โดยการพูดคุยใกล้ๆ กระตุ้นการรับรสและกลิ่น โดยการให้รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบ
5. ลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป เช่น การปิดไฟ พูดเสียงเบาลง
6. อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันโดยลำพัง เพื่อจะได้แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้การสนับสนุนทางสังคม
7. จัดให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้น มีคุณค่า เป็นที่ต้องการของผู้อื่น
8. ชมเชยและให้แรงเสริม เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเอง เช่น การไอ พลิกตะแคงตัวการรับประทานอาหาร
9. อนุญาตให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกกับข้อใจ รับฟังพฤติกรรมแสดงความรู้สึกโกรธของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้เวลาที่นานพอที่ผู้ป่วยจะได้ระบายความวิตกกังวลกลัว พร้อมๆกับการสนับสนุนให้กำลังใจ
10. ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ ซึมเศร้า ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ การต้องการความรัก
11. แสดงความเห็นอกเห็นใจโดยวิธีการสัมผัส พูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน สีนหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงมั่นคง แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยพร้อมทั้งให้เวลานานพอแก่ผู้ป่วย
12. แนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิการสูดลมหายใจเข้า-ออกยาวๆ ลึกๆ
13. ให้กิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด โดยการรวมกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างไว้ในเวลาเดียวกัน เช่น วัดสัญญาณชีพพร้อมกับการจัดท่านอนหรือดูดเสมหะและให้ยา

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิตเป็นผู้ป่วยหนักที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเร่งด่วนความจำเป็นในการช่วยชีวิต ได้แก่ การเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การทำงานของเครื่องมือทุกชนิด ที่ต่อเข้ากับผู้ป่วย ให้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตแห่งชีวิตจนผู้ป่วยมีชีวิตรอดปลอดภัย ซึ่งพยาบาลต้องไม่มองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การประคับประคองด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และควรให้ญาติหรือครอบครัวได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนจัดการชีวิตผู้ป่วยด้วย จึงจะได้ชื่อว่าพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

1.11 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล ศิริราช

หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช เป็นหอผู้ป่วยหนักที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล และการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ใช้ประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพแรกรับ มีการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ การซักประวัติส่วนตัว ประวัติอดีต อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ระดับสติ ความรู้สึกตัว การประเมินระบบต่างๆของร่างกายอย่างครบถ้วน เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ได้แก่ การทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อลดลง ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อในร่างกาย ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย และอาการคลื่นไส้

3. การวางแผนการพยาบาล

4. การให้กิจกรรมการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งรวมถึงระบบต่างๆ เช่น ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ ระบบประสาท ระบบการทำงานของไตและตับ ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ บุคลากรผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้ป่วยเป็นอย่างดีและสามารถแก้ไขสถานะที่ผิดปกติให้กลับคืนสภาพหรือใกล้ปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การพยาบาลที่ให้อาจเป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดตามระบบ

ต่างๆดังกล่าว โดยเน้นการเฝ้าติดตามดูอาการ (Monitoring) ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ได้แก่

4.1 การเฝ้าระวัง สัญญาณชีพ ต่างๆ คือ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันเลือด อุณหภูมิของร่างกาย

4.2 การเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อให้สามารถรับรู้สภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ทันทีที่เกิดขึ้น รวมทั้งภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

4.3 การเฝ้าระวังความดันในหลอดเลือดแดงทั้งวิธี Non-invasive คือ ใช้ cuff พันแขน และวิธี Invasive โดยการใช้ Catheter สอดเข้าไปในหลอดเลือดแดง เป็นสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้สำหรับการผ่าตัดหัวใจ

4.4 การวัดดูประสิทธิภาพของระบบการหายใจ (Pulse oximetry) เพื่อดูว่ามีออกซิเจนในร่างกายเพียงพอหรือไม่

4.5 การอุณหภูมิร่างกาย เพื่อสังเกตภาวะH หลังผ่าตัด

4.6 การเฝ้าระวัง Urine output จากสายสวนปัสสาวะ แล้วจดบันทึกจำนวนปัสสาวะ ทุก 15 นาที -1 ชั่วโมง จะช่วยให้ทราบภาวะ Perfusion ของคนไข้ได้

4.7 การเฝ้าระวังการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด โดยการบันทึก จำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบายทรวงอก ทุก 15 นาที -1 ชั่วโมง

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล อันแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

สรุป ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีลักษณะปัญหาที่ซับซ้อนในการดูแลรักษา และมีค่าใช้จ่ายสูง จัดว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติต้องดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก ต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าโรงพยาบาลศิริราช จะขยายหน่วยงานเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว แต่จำนวนเตียงและบุคลากรก็ยังมีจำนวนจำกัด ผู้ป่วยจำนวนมากต้องรอเตียงนานเพื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเท่านั้น ซึ่งจำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 2.5 วัน (สถิติหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช, 2549) ซึ่งสูงกว่ามาตรฐาน คือ 1 วัน (Dartmouth-Hitchcock Medical Center, 2005) ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานกว่าที่ควรจะเป็น คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน และภาวะเลือดออกมากจากแผลผ่าตัด เป็นต้น และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้มีผลกระทบหลายด้าน ตั้งแต่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทั้งยังไม่สามารถหมุนเวียนเตียง ซึ่งมี

จำนวนจำกัด นับเป็นปัญหาที่ทีมผู้รักษาพยาบาลทุกคนตระหนักเป็นอย่างดีและมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ให้มากที่สุดที่จะเป็นไปได้

พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจและต้องพัฒนาการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การนำแนวคิดการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC และ NOC ซึ่งสามารถประยุกต์เป็นสารสนเทศทางการพยาบาล ที่ช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลด้านการวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจได้ครบถ้วน ครอบคลุมองค์รวมมากที่สุด เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวในผู้ป่วยโรคนี้อย่างไม่มีการกำหนดเป็นมาตรฐาน พยาบาลปฏิบัติตามกันต่อๆมา ตามทักษะและประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC และ NOC มาบูรณาการกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก (อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์ และคณะ, 2543) โดยให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลที่เป็นระบบระเบียบมากขึ้น สามารถรวบรวมปัญหา ได้รวดเร็วให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ที่ให้ทุกคนมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และด้านสารสนเทศทางการพยาบาล โดยจัดให้มีสารสนเทศทางการพยาบาล ในหน่วยงานอย่างมีคุณภาพ เช่น การจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานให้ครบถ้วน และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลต่อไป (กฤษดา แสงวงดี และคณะ, 2542)

2. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

2.1 ความหมายของการจำแนกทางการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (The American Nurse's Association, 1999 cited in Beyea, 1999) ให้ความหมายการจำแนกทางการพยาบาล คือ การจัดประเภทหรือจำพวก (Classes) ของข้อมูลตามโครงสร้างและกลุ่มคำหรือวลีที่มีความสัมพันธ์กัน ช่วยให้การจัดการสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มีมาตรฐาน

วีณา จีระแพทย์ (2544) กล่าวว่า การจำแนกทางการพยาบาล คือ การจัดการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้โครงสร้างและนิยามศัพท์ตามระบบการจำแนกทางการพยาบาล (Nursing classification system) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล และการจำแนกตามผลลัพธ์การพยาบาล การจำแนกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานสารสนเทศโรงพยาบาล และรวมอยู่ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลของงานหรือแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล ช่วยสนับสนุนการให้บริการ ควบคุมคุณภาพ และเพิ่มผลผลิตของการบริการพยาบาล และระบบสุขภาพ

สรุปได้ว่าการจำแนกทางการพยาบาล หมายถึง การจัดการข้อมูลองค์ประกอบทางการพยาบาลของชุดข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาล ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งต้องการระบบจัดการข้อมูลตามกฎการจำแนก เพื่อให้ข้อมูลจำนวนมากที่เกิดจากการทำงานในกระบวนการพยาบาล สามารถบันทึก จัดเก็บค้นคืน และนำมาเปรียบเทียบความหมายและคำที่มีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล หรือใช้สร้างองค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาล

2.2 ประเภทและความเป็นมาของการจำแนกทางการพยาบาล

ปัจจุบันการจำแนกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อเป็นฐานข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ เชื่อถือได้ สามารถนำมาสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการตัดสินใจได้รวดเร็วตามต้องการ นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการกำหนดนโยบายและการจัดการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่สามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

Thede (2003) และ วิณา จีระแพทย์ (2544) กล่าวถึง การจำแนกทางการพยาบาลที่ ได้รับการรับรองจากสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ANA) และใช้แพร่หลายในนานาประเทศ โดยสรุป ดังนี้

1. ระบบโอมาฮา (Omaha System) ถูกพัฒนามาตั้งแต่ ค.ศ. 1970 เพื่อใช้ในการ รายงานของพยาบาลชุมชน ของสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ Omaha โดยศึกษาแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยใน 3 ส่วน คือ การวินิจฉัยปัญหา การจัดกิจกรรมของพยาบาลชุมชน และผลลัพธ์ และนำมา จัดรูปแบบเป็นการจำแนกปัญหา จำแนกกิจกรรมการพยาบาล และจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่ง ถือว่าเป็นกระบวนการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

2. การจำแนกการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Classification: HHCC) เริ่มในปี ค.ศ. 1980 เพื่อคาดคะเนความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้พิการ ของรัฐ มีจุดเด่นคือ มีรหัสกำกับกิจกรรม ทำให้สะดวกในการนำข้อมูลไปใช้ แต่มีข้อจำกัดในการ นำไปใช้ในโรงพยาบาล

3. การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification of Nursing Practice: ICNP) (NANDA, 2003) เป็นโครงการของสภาการพยาบาลนานาชาติ (International Council of Nurses) ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและองค์การจาก นานาประเทศ โดยเริ่มแผนโครงการจำแนกในปี ค.ศ. 1993 และใช้ชื่อว่าการจำแนกสากลทางการ ปฏิบัติพยาบาลปี ค.ศ.1996 ได้มีการพัฒนารุ่น Alpha ต่อมาในปี ค.ศ.1999 มีการปรับปรุงและขยาย รายการจำแนกเป็นรุ่น Beta 1

ICNP เป็นระบบที่อยู่ระหว่างการพัฒนาในระดับนานาชาติ ประเทศไทยได้มีส่วนร่วม โดยมีโครงการพัฒนาระบบจำแนกการพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (รุจา ภูไพบูลย์, 2542) และภายใต้การดำเนินการของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้จัดให้มี คณะทำงานชุดหนึ่งร่วมกันศึกษาเนื้อหาและทดสอบความตรงของเครื่องมือ ICNP ในประเทศไทย ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการในปัจจุบัน สำหรับ การพัฒนาให้ ICNP เป็นระบบเก็บข้อมูล ในคอมพิวเตอร์นั้น กองการพยาบาลได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เพื่อให้มีการนำ ICNP มาใช้เป็น Interface กับบุคลากรทางการพยาบาลโดยตรง (รุจา ภูไพบูลย์, 2544)

4. การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาล อเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) (Ralph et al., 2005) มีการพัฒนามาโดยลำดับสรุป ดังนี้

ในปี ค.ศ.1973 Kristine Gebbie, Mary Ann Lavin และกลุ่มพยาบาลจากเมือง เซ็นหลุยส์ รัฐมิสซูรี ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1 เพื่อให้มีการจำแนก การวินิจฉัยทางการพยาบาลขึ้นครั้งแรก

ในปี ค.ศ.1977 พยาบาลหลายฝ่ายในสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีการประชุมระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความสนใจข้อมูลทางการแพทย์

ในปี ค.ศ. 1986 การจำแนกการวินิจฉัยนี้ได้รับการตั้งชื่อว่า สมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือหรือ NANDA ซึ่งได้นิยามการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่า เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ต่อปัญหาสุขภาพ และกระบวนการของชีวิตที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นซึ่งให้แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลการพยาบาลที่พยาบาลรับผิดชอบ (NANDA, 2003)

ในปี ค.ศ. 1989 NANDA ได้รับการรวมอยู่ในระดับสากลของการจำแนกโรค (International Classification of Diseases, 10th revision: ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก โดยรวมอยู่ภายใต้ “ระบบการจำแนกกลุ่มของโรคและสุขภาพที่เกี่ยวข้อง” (The Family of Disease and Health Related Classification) ซึ่งนับเป็นระบบการจำแนกทางการแพทย์ระบบแรก ที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ (วิณา จีระแพทย์, 2544)

5. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification: NIC) (Dochterman and Bulechek, 2004) NIC ได้ถูกพัฒนาให้เชื่อมโยงกับ NANDA ตามปรัชญาที่ว่า กิจกรรมทางการแพทย์เป็นการกระทำตามเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ตามการคาดการณ์ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและเป้าหมายทางการแพทย์ การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC ได้ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1982 โดย Bulechek and McCloskey และทีมงานจากมหาวิทยาลัยไอโอวา ในปี ค.ศ. 1992 เป็นการจัดข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นหมวดหมู่ผ่านกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลากว่า 5 ปี ในการดำเนินการ (Iowa Intervention Project, 1993) ได้มีการเผยแพร่และให้คำนิยามการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลว่าหมายถึง ภาษามาตรฐานที่อธิบายวิธีการรักษาที่พยาบาลกระทำในแหล่งให้บริการสุขภาพทุกแห่ง และทุกสาขาของการพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งกิจกรรมที่พยาบาลกระทำตามบทบาทอิสระและตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ NIC ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้ในระบบสารสนเทศทางการแพทย์ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

วิณา จีระแพทย์ (2544) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนา NIC มีดังนี้

1) ทำให้เกิดมาตรฐานศัพท์ของกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่พยาบาลใช้คำหลายคำในการทำกิจกรรมเดียวกัน ซึ่งสร้างความสับสนระหว่างคำที่ใช้ในการทำกิจกรรมการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ และการประเมินผลลัพธ์

2) ขยายความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับการเชื่อมโยงกันของการวินิจฉัย การทำกิจกรรม และผลลัพธ์ทางการแพทย์ ทำให้ตัดสินใจได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลใดมีประสิทธิภาพ

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละอย่าง ทั้งนี้การขยายความรู้ดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ความรู้จากบุคลากรที่ทำให้การดูแลผู้ร่วมกัน

3) พัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ที่ให้องค์ประกอบของข้อมูลทางคลินิก สำหรับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์ต่อไป

4) เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการสอน การตัดสินใจทางคลินิกแก่พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่และนักศึกษาพยาบาล และช่วยในการเรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลจริงของผู้ป่วย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง สาเหตุของการเกิดโรค หรือปัญหา กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยต่างๆ และตอบสนองได้เหมาะสมกับสถานการณ์

5) ใช้ในการกำหนดค่าใช้จ่ายของการจัดบริการพยาบาล

6) ใช้วางแผนการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นทางการพยาบาล

7) เป็นภาษาสำหรับสื่อสารการทำหน้าที่ของพยาบาลกับบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลจัดทำขึ้น เพื่ออธิบายสิ่งที่พยาบาลทำ และสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพ และค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลสุขภาพ ตลอดจนอธิบายว่าสิ่งที่พยาบาลทำมีความแตกต่างหรือคล้ายกับการดูแลสุขภาพที่ทำโดยวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสหสาขาอย่างไร โดยใช้หลักฐานที่ได้จากการบันทึกทางการพยาบาล

8) เชื่อมโยงความรู้ทางการพยาบาลในกลุ่มพยาบาล

6 การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) (Moorhead et al., 2004) NOC ได้รับการพัฒนา ในปี ค.ศ. 1991 โดย Johnson and Maas และทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยไอโอวา และให้คำนิยามของการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ว่าหมายถึงภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองกิจกรรมการพยาบาล ที่ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวที่ให้การดูแล ผลลัพธ์จะต้องอธิบายสถานะของผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่เก็บข้อมูล ก่อนและหลังการทำกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น NOC จึงเป็นระบบสำคัญที่ช่วยชี้บ่งสถานะของผู้ป่วย โดยวัดจากคุณภาพและค่าใช้จ่ายในการให้กิจกรรมการพยาบาล NOC ทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมายด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความหมายในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพของการดูแล จากการมีฐานข้อมูลในการสืบค้นได้อย่างเป็นระบบและพร้อมใช้งานได้เมื่อต้องการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้แนวคิดการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยการพยาบาล

แห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC) (Dochterman and Bulechek, 2004) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) (Moorhead et al., 2004) ในระดับที่ 3 คือ ผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งเป็นรายการข้อมูลประเมินผลภาวะสุขภาพ พฤติกรรม หรือการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก และเป็นรายการที่เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความไวต่อการตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ เนื่องจาก NANDA, NIC, และ NOC ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกาให้เป็นภาษามาตรฐานทางการพยาบาล ที่นิยมใช้ในหลายประเทศทั่วโลก (American Nurse Association: ANA, 1994; Johnson et al., 2006) ปัจจุบันมีการพัฒนาเป็นสารสนเทศทางการพยาบาลสามารถเชื่อมโยงกันได้เพื่อสนับสนุนการจัดการสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์ และให้สารสนเทศที่มีความต่อเนื่องกันสำหรับนำมาใช้งานตามกระบวนการพยาบาล เนื่องจากมีการจัดหมวดหมู่ ให้คำศัพท์เฉพาะ และมีรหัส (Coding) สามารถประยุกต์เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลในคอมพิวเตอร์ หรือการบันทึกด้วยมือ (Paper base) มีการวิจัยรองรับสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยทุกโรคและทุกสถานที่ นับเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลทั้งในด้านการนำไปใช้ในทางคลินิก การเรียนการสอน การศึกษาวิจัย ตลอดจนผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยบูรณาการรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังทำ CABG ในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้รูปแบบการบันทึกด้วยมือ (Paper base) ซึ่งจะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

2.3 องค์ประกอบของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

2.3.1 องค์ประกอบของการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลอเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) (Ralph et al., 2005)

NANDA มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแบบแผนของมนุษย์ที่เป็นหน่วยเดียว (Pattern of unitary persons) ของ Kim McFerland and McLane (1984) ซึ่งวิเคราะห์บุคคลและอธิบายภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลแบบองค์รวม การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA ในระยะแรกประกอบด้วย 9 แบบแผนของการตอบสนองของมนุษย์ (Human response patterns) และการวินิจฉัยทางการพยาบาล 137 รายการ ซึ่งถูกปรับให้เข้ากับรหัสของ ICD 10 โดยจำแนกสาเหตุการเกิดโรค หรือปัญหาเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ ชีวกายภาพ (Biophysical) การรับรู้และเข้าใจ (Cognitive-perceptual) จิตสังคม และวัฒนธรรม-จิตวิญญาณ (วิชา จีระแพทย์, 2544) NANDA ได้รับการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีรายการการวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 188 รายการ

แบ่งเป็น 13 กลุ่ม (Domains) และ 47 ประเภท (Classes) (Ralph et al., 2005; Herdman et al., 2007) มีการลงรหัสเฉพาะ (Coding) พร้อมบรรจุลงในคอมพิวเตอร์ (Computer base) หรือการบันทึกด้วยมือ (Paper base) และจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis classification) ให้เป็นแนวทางสำหรับประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการรวดเร็วขึ้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภทรวมทั้งผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหัวใจ หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และคุกคามต่อชีวิต (Sandford and Disch, 1989)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA (Ralph et al., 2005) มาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ในหอผู้ป่วยหนัก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหล่านี้ เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลักสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการต่างๆ และการระดมความคิดพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (วิพร เสนารักษ์, 2546; Ackley and Ladwig, 2004; Black and Hawks, 2005; Comer, 2005; Haugh and Keeling, 2003; Lemone and Burke, 2004; Semeltzer and Bure, 2000) ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย
4. การก้ำก่าของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ
5. มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน
6. มีความวิตกกังวล
7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย
8. มีอาการคลื่นไส้
9. ขาดความรู้ในการทำกิจกรรม ออกกำลังกาย
10. เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน

2.3.2. องค์ประกอบของการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล (Nursing Interventions Classification: NIC) (Dotherman and Bulechek, 2004) NIC มีความครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลในด้านสรีรวิทยา และด้านจิตสังคม การรักษาการเจ็บป่วย การป้องกันการเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

รวมทั้งการดูแลทางอ้อม โดยในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย รหัสกิจกรรม (Code) ชื่อของกิจกรรม (Labels) ความหมาย (Definitions) และกลุ่มของการกระทำ (Activities) ที่แสดงถึงสิ่งที่พยาบาลทำการพยาบาลตามลำดับก่อน-หลัง NIC อธิบายทุกกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับทั้งที่เป็นงานพยาบาลอิสระ และเป็นงานพยาบาลที่ต้องประสานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ สามารถนำมาใช้ทุกสาขาเฉพาะทางและทุกแผนก ผู้ป่วยทุกโรค รวมทั้งผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรคหัวใจหลังทำผ่าตัด CABG เช่นเดียวกับ NANDA (Bulechek and McCloskey, 2004)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาลของ NIC (Dotherman and Bulechek, 2004) มาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ในหอผู้ป่วยหนัก กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เป็นชื่อของกิจกรรม (Labels) ซึ่งแต่ละชื่อยังประกอบด้วยกลุ่มของการกระทำ (Activities) ที่แสดงถึงสิ่งที่พยาบาลทำการพยาบาลตามลำดับก่อน-หลังของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแตกต่างกันสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลหลักสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการต่างๆ (Ackley and Ladwig, 2004; Bulechek and McCloskey, 2004) และการระดมความคิดพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้กิจกรรมการพยาบาลหลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 25 ข้อ ได้แก่

1. การควบคุมการไหลเวียนโลหิต
2. การดูแลการไหลเวียนโลหิต
3. การบริหารสารน้ำ
4. การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตทางสายสวน
5. การบริหารการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด
6. การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
7. การเฝ้าระวังการหายใจ
8. การดูแลการให้ออกซิเจน
9. การจัดการทางเดินหายใจ
10. การจัดการในภาวะช็อก: การทำงานของหัวใจ
11. การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
12. การเฝ้าระวังและการจัดการด้านเกลือแร่
13. การเฝ้าระวังและการจัดการด้านกรด-ด่าง
14. การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
15. การจัดการความปวด

16. การจัดการสิ่งแวดล้อม
17. การบริหารการให้ยา
18. การลดความวิตกกังวล
19. การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด
20. การดูแลแผลจากท่อระบายทรวงอกและสายสวนคาต่างๆ
21. การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย
22. การจัดการอาการคลื่นไส้/อาเจียน
23. การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ
24. การแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย
25. การเฝ้าระวังทางระบบประสาท

2.3.3 องค์ประกอบของการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) (Moorhead et al., 2004) NOC แบ่งเป็น 3 ระดับชั้น (Level of taxonomy) ดังนี้

ระดับที่ 1 ประกอบด้วยขอบเขตของผลลัพธ์ (Domain) ที่กำหนดความสัมพันธ์เบื้องต้น การกำหนดชื่อ และความหมายของรายการผลลัพธ์ที่ต้องมีในจำพวกนั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยา ด้านจิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขภาพของครอบครัวและชุมชน

ระดับที่ 2 ประกอบด้วยประเภทของผลลัพธ์ (Outcomes class)

ระดับที่ 3 ประกอบด้วยผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นรายการข้อมูลประเมินผลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมหรือการรับรู้ของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย และเป็นรายการที่เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความไวต่อการตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ แต่ละรายการผลลัพธ์ประกอบด้วยรหัสผลลัพธ์ (Code) เพื่อความสะดวกในการใช้งานทางคอมพิวเตอร์ของระบบสารสนเทศทางคลินิก ชื่อของผลลัพธ์ (Labels) ความหมาย (Definitions) ตัวบ่งชี้ (Indicators) ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ที่ได้จากคำบอกเล่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือการประเมินของพยาบาล และมาตรวัดผลลัพธ์ (Outcome measurement scale) สำหรับประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นมาตรวัดอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) โดยกำหนดให้ระดับ 5 หมายถึง สภาพผู้ป่วยที่พึงประสงค์มากที่สุด และระดับ 1 หมายถึง สภาพผู้ป่วยที่พึงประสงค์น้อยที่สุด

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษา NOC ในระดับที่ 3 คือ ผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งเป็นรายการข้อมูลประเมินผลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมหรือการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางหลอด

เลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก และตัวบ่งชี้ (Indicators) ซึ่งมีความไวต่อการตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC (Moorhead, et al., 2004) มาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ(CABG) ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่

1. ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ
2. สภาวะด้านการหายใจ
3. สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง
4. การก้ำซาบของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด
5. ระดับความปวด
6. การควบคุมความวิตกกังวล
7. การหายของแผลผ่าตัด
8. ระดับของความสบาย
9. คำแนะนำในการทำกิจกรรม
10. สภาวะทางระบบประสาท

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเหล่านี้ เป็นชื่อของผลลัพธ์ (Labels) ซึ่งแต่ละผลลัพธ์ยังประกอบด้วยตัวบ่งชี้ (Indicators) ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ที่ได้จากคำบอกเล่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือการประเมินของพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวบ่งชี้ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการต่างๆ และการระดมความคิดพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Ackley and Ladwig, 2004; Moorhead, Johnson, and Maas, 2004)

2.4 การเชื่อมโยงของการจำแนกทางการพยาบาล NANDA, NIC และ NOC

Johnson et al., (2006) ได้พัฒนาให้มีการเชื่อมโยงระหว่าง NANDA, NIC และ NOC โดยการเชื่อมโยง NANDA กับ NIC จากหลักการที่ว่า กิจกรรมการพยาบาลเป็นการกระทำตามเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการตามการคาดการณ์ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและเป้าหมายทางการพยาบาล ซึ่งช่วยให้ข้อมูลทางการพยาบาลสามารถเชื่อมโยงกันได้ ส่วนการเชื่อมโยง NANDA กับ NOC มีวัตถุประสงค์ คือเพื่อพิสูจน์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละประเภท ช่วยอธิบายการวินิจฉัยการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับ

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้อย่างมีเหตุผล และเป็นการให้แนวทางเบื้องต้นสำหรับโครงสร้าง
ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในคลินิก (วิมา จีระแพทย์, 2544)

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัย ได้บูรณาการแนวคิดการเชื่อมโยง ของ NANDA, NIC และ NOC (Johnson et al., 2006) สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยมี
วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลได้ใช้กิจกรรมการพยาบาล ที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาล อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติการ
พยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและคุณภาพยิ่งขึ้น ตัวอย่างการเชื่อมโยงของ
NANDA, NIC, และ NOC ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ในหอผู้ป่วยหนัก บูรณาการระหว่าง NANDA, NIC และ NOC (ประเด็นหลัก)

การจำแนกการวินิจฉัยทางการ พยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	การจำแนกผลลัพธ์ ทางการพยาบาล (NOC)
1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ลดลง	1.1 การควบคุมการไหลเวียนโลหิต 1.2 การดูแลการไหลเวียนโลหิต 1.3 การบริหารสารน้ำ 1.4 การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิต โดยทางสายสวน 1.5 การจัดการในภาวะช็อก: ด้านหัวใจ 1.6 การเฝ้าระวังการเสียเลือด 1.7 การเฝ้าระวังสารน้ำ 1.8 การบริหารการให้เลือดหรือส่วน ประกอบของเลือด	-ประสิทธิภาพในการ บีบตัวของหัวใจ
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง	2.1 การเฝ้าระวังการหายใจ 2.2 การดูแลการให้ออกซิเจน 2.3 การจัดการภาวะกรด-ด่าง 2.4 การจัดการทางเดินหายใจ 2.4.1 การดูแลตำแหน่ง ทำทาง 2.4.2 การบริหารปอดและร่างกาย	-สถานะด้านการหายใจ: การแลกเปลี่ยนก๊าซ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC)
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	3.1 การจัดการด้านเกลือแร่ 3.2 การเฝ้าระวังด้านเกลือแร่ 3.3 การจัดการด้านกรด-ด่าง 3.4 การเฝ้าระวังกรด-ด่าง 3.5 การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	-สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง
4. การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ: หัวใจและปอด	4.1 การควบคุมด้านการไหลเวียนโลหิต 4.2 การจัดการในภาวะช็อก: ด้านหัวใจ 4.3 การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4.4 การจัดการสารน้ำ เกลือแร่ 4.5 การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-การกำซาบของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด
5. มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน	5.1 การจัดการความเจ็บปวด 5.2 การจัดการสิ่งแวดล้อม: ความสุขสบาย 5.3 การบริหารการให้ยา 5.4 การสัมผัส	-ระดับความเจ็บปวด
6. มีความวิตกกังวล	6.1 การลดความวิตกกังวล 6.2 การบริหารการให้ยา 6.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม	-การควบคุมความวิตกกังวล

การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC)
7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย	7.1 การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด 7.2 การป้องกันการติดเชื้อ 7.3 การดูแลแผล:แบบระบบปิด	-การหายของแผลผ่าตัด
8.ขาดความรู้ในการทำกิจกรรมออกกำลังกาย	8.1 การแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย 8.2 การส่งเสริมการออกกำลังกาย	-ความรู้: คำแนะนำในการทำกิจกรรม
9. มีอาการคลื่นไส้	9.1 การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ	-ระดับของความสบาย
10.เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน	10.1 การเฝ้าระวังทางระบบประสาท	-สถานะทางระบบประสาท ความรู้สึกตัว

2.5 ประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาล

ปัจจุบันการใช้ประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาลในประเทศไทยมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะความเชื่อมโยงของการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลทำงานวันต่อวันเพื่อให้การดูแลอย่างดีแก่ผู้รับบริการ มีการบันทึกกิจกรรมที่กระทำลงในแบบฟอร์ม ซึ่งแสดงถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติแตกต่างกันตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน บางหน่วยงานพยาบาลมีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่บางหน่วยงานไม่มีแบบฟอร์มสำหรับให้พยาบาลบันทึกกิจกรรมการพยาบาล แต่เป็นการใส่ข้อมูลด้านประวัติและการรักษาเท่านั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ การที่พยาบาลไม่สามารถระบุถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลทางการพยาบาลได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลปรากฏกิจกรรมการพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง ในกรณีที่มีการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ พบว่ามีปัญหาด้านพยาบาลไม่สามารถให้ความหมายในสิ่งที่พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือ และการประเมินผลการดูแลของพยาบาลโดยตรง เนื่องจากการที่รายการของกิจกรรมการพยาบาลมีหลากหลายมากมาย และการที่พยาบาลมีอิสระในการเลือกการดูแลผู้ป่วยตามที่ตนเองถนัดและมีประสบการณ์แตกต่างกัน แต่ขาดข้อมูลที่ใช้ในการ

ตัดสินใจเพราะในวิชาชีพพยาบาลนั้น พยาบาลได้รับการสอนให้ทำทุกอย่าง จนบางครั้งทำให้ขาดการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่ควรทำ พยาบาลควรเลือกทำกิจกรรมที่จำเป็นตามสถานการณ์ (McCloskey et al., 1990) ทำให้การจำแนกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาลในการติดตามและดูแลให้มีการพยาบาลที่เป็นระบบ มีคุณภาพ และสามารถแสดงผลการพยาบาลแก่สาธารณชนได้

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าในต่างประเทศมีการนำการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และNOC ไปใช้แล้วเกิดประโยชน์ในหลายด้าน ดังนี้

Lunney (2006) ได้ทำการศึกษาโดยนำการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล ของ NANDA การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล ของ NIC และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC มาให้พยาบาลใช้ทำให้การวินิจฉัยการพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำและครอบคลุม ช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลถูกต้องยิ่งขึ้นด้วย

Delaney et al. (2006) ศึกษาการนำการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ในโรงพยาบาล พบว่าทำให้พยาบาลวิเคราะห์หัตถ์คดีปัญหาผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ใช้เวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ลดความเครียดในการทำงาน พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงขึ้น

รจนา ภูไพบูลย์ (2542) กล่าวถึงประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาลไว้ ดังนี้

1. ประโยชน์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำการจำแนกการพยาบาลที่เป็นระบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เนื่องจากข้อมูลที่เป็นระบบสามารถเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์หัตถ์คดีคำถามต่างๆ ที่พยาบาลอาจต้องการเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล เช่น เมื่อคนไข้หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีอาการปวด และกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ไปว่ามีอะไรบ้างที่มีผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีข้อมูล 3 ประการในการบันทึกการดูแล คือ การประเมินการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ หรือการประเมินผลการดูแลของพยาบาล การตอบคำถาม เพื่อการพัฒนาการพยาบาล โดยตั้งคำถามเพื่อการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในฐานข้อมูลที่บันทึกอยู่ในคอมพิวเตอร์ ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ไม่มีความรู้ข้อมูลคอมพิวเตอร์อย่างเป็นระบบในโรงพยาบาลหรือสถานบริการพยาบาล สามารถใช้การวิเคราะห์ โดยการศึกษานบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่มีอยู่ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการสถิติวิจัยตามปกติตามระบบการจำแนกการพยาบาลที่เลือกใช้จะช่วยทำให้พยาบาลได้คำตอบเกี่ยวกับผลของการดูแลผู้รับบริการเช่นกัน

2. ประโยชน์ด้านการวิจัยทางการพยาบาล การที่มีการเก็บข้อมูลเป็นการระบุนความชัดเจนในการจำแนกปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์

ทางการแพทย์บาล ช่วยให้การวิจัยทางการแพทย์บาลง่ายขึ้น สามารถตั้งคำถามและตอบคำถาม เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาพยาบาลได้อย่างมากมาย

3. ประโยชน์ด้านการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและการเผยแพร่ผล หรือคุณภาพ การพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับแก่สาธารณชนและบุคลากรในทีมสุขภาพ ความคลุมเครือของสิ่งที่ พยาบาลประเมิน ปัญหาที่พยาบาลพบ กิจกรรมที่พยาบาลทำเพื่อแก้ไขปัญหา การประเมินผลการดูแล ของพยาบาล และการขาดระบบ ในการพัฒนาข้อมูลทางการแพทย์บาล ทำให้บุคคลทั่วไปรวมทั้ง บุคลากรในทีมสุขภาพขาดความเข้าใจว่าพยาบาลรวมและไม่รวมกิจกรรมอะไรบ้าง และการที่มีการ จัดระบบข้อมูลทางการแพทย์บาลโดยการจำแนกการพยาบาลเป็นระบบที่ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และ นำผลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้

4. ประโยชน์ด้านการจัดการด้านการเงิน ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการใช้ (Diagnosis Related Group: DRG) เป็นแนวทางในการเบิกจ่ายค่ารักษาดูแลจากบริษัทประกันชีวิต สำหรับในประเทศไทยเริ่มมี DRG เป็นแนวทางในการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการดูแล ข้อมูลกิจกรรม การพยาบาลต่างๆ ที่แยกแยะและมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถ วิเคราะห์ภาระงานของพยาบาล รวมทั้งพิจารณาจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม และการจ่ายค่าตอบแทน ที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจำแนกระดับปัญหาของผู้รับบริการ ความต้องการการ ดูแลและแนวทางการประเมินผลการดูแลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. ประโยชน์ด้านความเป็นอิสระของวิชาชีพ ผลสืบเนื่องจากการที่พยาบาลสามารถ แสดงถึงระบบการพยาบาลที่มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แสดงผลกระทบที่เกิดจากการดูแลของ พยาบาลได้ ทำให้วิชาชีพพยาบาลเป็นที่ยอมรับในความสามารถ มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการ พยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพมากขึ้น ไม่เกิดความคลุมเครือว่าสิ่งใดใช่หรือไม่ใช่กิจกรรมการ พยาบาล และช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การดูแลอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิดทางการ พยาบาล

6. ประโยชน์ด้านการสื่อสารข้อมูล การที่พยาบาลใช้รูปแบบการจำแนกทางการ พยาบาลเดียวกันในสถาบันหรือองค์กรเดียวกัน ช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับการ ดูแลผู้รับบริการได้ชัดเจน ไม่คลุมเครือ ใช้ภาษาเดียวกันมีความเข้าใจตรงกัน เป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์บาลได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังเป็นข้อมูล ที่ช่วยให้บุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลมีความเข้าใจระบบการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากมีการบันทึกเป็น ระบบเดียวกัน และมีความชัดเจนตั้งแต่คำที่ใช้ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์บาล แผนและ กิจกรรมการพยาบาล รวมถึงผลลัพธ์ทางการแพทย์บาลที่ได้จากการประเมินการดูแล

7. ประโยชน์ด้านระบบการบริการสุขภาพ ระบบการพยาบาล เป็นระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพ การเก็บข้อมูลทางการแพทย์ คือขั้นตอนที่จำเป็นของผู้บริหาร โรงพยาบาล การจัดการให้บุคลากรผู้ให้บริการดูแลมีจำนวนพอเพียงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารต้องพิจารณา

8. ประโยชน์ด้านการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ การจำแนกและเก็บข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นระบบทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็น การจัดทำนโยบายของผู้บริหารระบบสุขภาพง่ายขึ้นสามารถสะท้อนความต้องการการบริการสุขภาพระดับต่างๆ ของผู้รับบริการและกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นระบบมากขึ้น ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นอันเนื่องจากการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าการจัดการข้อมูลทางการแพทย์เป็นหมวดหมู่โดยการจำแนกทางการแพทย์นับว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ซึ่งพยาบาลควรให้ความสนใจและเริ่มหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้รับบริการต่อไปในอนาคต

เกียรติศรี สารานุเวชพร (2541) กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้การจำแนกทางการแพทย์ได้แก่

1. ประโยชน์ต่อตัวพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้รวดเร็ว แม่นยำ สามารถบันทึกข้อมูลและจัดทำรายงานได้รวดเร็ว พยาบาลจะทำกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นตรงตามความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ประหยัดเวลา ทรัพยากร แรงงาน ผลลัพธ์ที่เกิดแก่ผู้ป่วยเป็นไปตามความคาดหวัง และพยาบาลยังสามารถทบทวนผลของงานที่ทำไปได้ด้วย

2. ประโยชน์ต่อวิชาชีพ การใช้การจำแนกทางการแพทย์ในทางคลินิก จะเชื่อมโยงกับการบริหารการพยาบาล และหลักสูตรการศึกษาพยาบาล สามารถสืบค้นข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์เพื่อประเมินและปรับปรุงคุณภาพงาน นับเป็นการพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวต่อไป

3. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม พยาบาลเลือกทำการบำบัดทางการแพทย์ที่สำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะสั้น สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เร็ว ไม่สูญเสียรายได้ ได้อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคม

4. ประโยชน์ต่อองค์กร การที่พยาบาลใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ในคลินิก ทำให้ฝ่ายบริหาร ฝ่ายนโยบายและองค์กร เชื้อถือข้อมูลการพยาบาลที่รวมอยู่ในฐานข้อมูลระบบสารสนเทศงานบริการสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจ การสนับสนุนการบริหารจัดการทั้งระดับหน่วยงานและองค์กร

5. ประโยชน์ต่องานบริการสุขภาพโดยรวม การใช้การจำแนกทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งผลลัพธ์จากการพยาบาล ทำให้ผู้อื่นในทีมสุขภาพ เชื้อถือการทำงานและรายงานทางการแพทย์ว่าเที่ยงตรง เชื้อถือได้ จึงจะมีการยอมรับให้งานการพยาบาลบันทึกรวมไว้กับบันทึกของทีมสุขภาพที่จัดเก็บใน

ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศงานบริการสุขภาพ เพื่อใช้พิจารณาประกอบการตัดสินใจ วางแผนงาน นโยบาย งบประมาณ และให้การสนับสนุนการพยาบาลได้เหมาะสม

จากประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาลดังกล่าว ประกอบกับปัจจุบันโรงพยาบาลศิริราชยังไม่มีการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลด้านการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC (Dochterman and Bulechek, 2004) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) มาเป็นแนวทางให้พยาบาลหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาล ศิริราช ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยหนัก ได้ให้พยาบาลร่วมกันนำมาสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1984) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะเป็นการช่วยให้พยาบาลได้ใช้รูปแบบนี้เป็นแนวทางในการตัดสินใจให้กิจกรรมทางการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาของผู้ป่วย โดยมีพื้นฐานความรู้ทางการพยาบาลจากการปฏิบัติงานในคลินิกเป็นหลัก ช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยดำรงสุขภาพและศักยภาพสูงสุด พื้นคืนสภาพเร็วขึ้น กลับบ้านเร็วขึ้น ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อีกทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ อันเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอีกระดับหนึ่ง

2.6 รูปแบบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช มีการพัฒนารูปแบบการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้น ปัจจุบันใช้วิธีการเขียนบรรยายลงในแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) (ตามตัวอย่างในตาราง ที่ 3) และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note) (มาริษา สมบัติบุญรัตน์, 2545) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.6.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการเขียนข้อความสั้นๆบอกลถึงปัญหาสุขภาพ และการตอบสนองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำให้เกิดปัญหานั้นๆ โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นต้องอยู่ในขอบเขตที่พยาบาลปฏิบัติได้ภายใต้กฎหมาย แบ่งออกเป็น

1) ปัญหาที่กำลังเกิดอยู่ (Actual problem) โดยมีข้อมูลสนับสนุนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือหรือให้เปลี่ยนแปลงการตอบสนองนั้น เช่น ปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้ เป็นต้น

2) ปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น (Possible/Potential Problem) ผู้ป่วยไม่มีอาการ และอาการแสดงของปัญหาในปัจจุบัน แต่ปัญหาอาจเกิดขึ้นถ้าไม่ให้การดูแล เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย เสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบ เป็นต้น

การลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีการจัดลำดับความสำคัญ โดยพิจารณาตาม ความรุนแรงของปัญหา โดยแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลทันที ถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือพิการ เช่น ทางเดินหายใจไม่โล่ง เนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นจำนวนมาก

ระดับที่ 2 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลรีบด่วน ถ้าทิ้งไว้นานอาจเกิดปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น เสี่ยงต่ออันตรายจากการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด

ระดับที่ 3 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลแต่รอได้ เพราะการดำเนินของปัญหา เป็นไปอย่างช้าๆ เช่น เสี่ยงต่อการเกิดปอดแฟบเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบเฉพาะในเวรแรกที่รับผู้ป่วย และเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบเพิ่มขึ้นในเวรต่อไป ต่อจากข้อวินิจฉัยเดิม ถ้าในเวรใดพบข้อวินิจฉัยมากกว่า 1 ข้อ จะเรียงลำดับตามความสำคัญของข้อวินิจฉัย ในกรณีปัญหาเร่งด่วนต้องรีบแก้ไขทันทีจนเสร็จสิ้นปัญหา เช่น ผู้ป่วยหยุดหายใจไม่ต้องเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล แต่เขียนลงในแบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล

2.6.2 เป้าหมายการพยาบาล เป็นผลสุดท้ายที่พยาบาลต้องการให้เกิดขึ้นหลังจากให้การพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่แสดงถึงความสำเร็จในการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายทางการพยาบาลมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์การพยาบาลที่กำหนดไว้ ทำให้พยาบาลเห็นแนวทางในการให้การพยาบาล

เป้าหมายการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) เป้าหมายระยะสั้น เป็นเป้าหมายที่คาดว่าจะบรรลุผลใน 2-3 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ใช้ในสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเฉียบพลัน มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว

2) เป้าหมายระยะยาว เป็นเป้าหมายที่คาดว่าจะบรรลุผลในช่วงเวลายาวนานเป็น สัปดาห์หรือมากกว่า มักใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ปกติในขณะที่มี ปัญหาสุขภาพ แต่ถ้าไม่สามารถรักษาความเป็นปกติของหน้าที่ต่างๆ ได้ เป้าหมายระยะยาวจะบอก ถึงการทำหน้าที่ได้สูงสุด ที่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและปัจจัยต่างๆ จะอำนวยได้

2.6.3 เกณฑ์ประเมินผล มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้เห็นขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผลที่ดี ได้แก่ แต่ละข้อควรสัมพันธ์กับเป้าหมาย แสดงให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด เป็นพฤติกรรมที่วัดได้ สังเกตได้และสามารถทำได้ ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความเป็นไปได้เฉพาะรายในสถานการณ์นั้นๆ และแต่ละเป้าหมายอาจมีเกณฑ์การประเมินผลมากกว่า 1 เกณฑ์

2.6.4 แผนการพยาบาล เป็นกลยุทธ์หรือวิธีการที่พยาบาลออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งได้แก่ อาการ อาการแสดง หรือปัญหาจากภาวะความเจ็บป่วยและปฏิกิริยาการตอบสนอง หรืออาการและอาการแสดงที่เกิดจากการรักษา ดังนั้นแผนการพยาบาลจะระบุกิจกรรมที่กำจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแบบฟอร์มใช้เขียนการวางแผนการพยาบาล

Date Time	Nursing Diagnosis	Goal & Outcome Criteria	Nursing Care Plan	Expire Date Time

2.6.5 การเขียนความก้าวหน้าทางการพยาบาล เพื่อรายงานการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ การตอบสนองของผู้ป่วย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ช่วยทำให้ทราบความก้าวหน้าของผู้ป่วย วิธีการเขียนใช้หลัก A-I-E ดังนี้

A: Assessment คือ การประเมินสภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจพบ การสังเกต และการบอกกล่าวจากผู้ป่วยและญาติ

I: Intervention คือ การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาล ที่สามารถปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมาย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การฉีดยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

E: Evaluation คือ การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติพยาบาล เป็นกระบวนการที่พิจารณาตัดสินว่า ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพในการ

แก้ปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้หรือไม่ ในกรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะต้องประเมินต่อไปว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ร่วมทีมทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ก่อนให้การพยาบาลจนถึงให้การพยาบาลเสร็จสิ้นในแต่ละเวร เพื่อการติดตามการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง

สรุปว่า รูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศิริราช ใช้การเขียนแบบบรรยายความ ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาล ที่สามารถปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมาย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบจึงเป็นข้อความที่สั้นๆ ชัดๆ กันในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ครอบคลุมองค์รวม การเขียนในลักษณะการบรรยายทำให้เสียเวลา ลายมือไม่ชัดเจนและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ได้สังเกตเห็นปัญหาและความสำคัญของการนำแนวทางที่ชัดเจนของรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาใช้ในหน่วยงาน ในลักษณะรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ที่ใช้วิธีการ check list คือ มีช่องไว้ให้ทำเครื่องหมาย หรือเขียนข้อความเพียงเล็กน้อย เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ใช้เวลาน้อย พยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยหนัก โดยนำแนวคิดการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC (Dochterman and Bulechek, 2004) การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) มาบูรณาการกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (อัจฉรา เชษฐพิทักษ์ และคณะ, 2543) โดยให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลที่เป็นระบบระเบียบมากขึ้น สามารถรวบรวมปัญหาได้รวดเร็ว ให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ต่อไป

3. แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

3.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative management)

มีนักวิชาการให้ความหมายของการบริการแบบมีส่วนร่วมไว้มากมาย เช่น

House (1976) ได้กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้บังคับบัญชาให้ ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการแบ่งปันข้อมูล กระจายอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาและยอมให้ ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิทธิพลในการทำงาน

Anthony (1978) และ Robbins (1998) ได้ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ว่า เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้ บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญ และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐาน ของการมีส่วนร่วมในอำนาจหน้าที่ที่ผู้บังคับบัญชามอบให้

Sashkin (1984) กล่าวถึง การบริหารแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ได้แสดงบทบาทโดยตรง 4 ด้าน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
4. การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงในองค์กร

Swansburg (1996, 2002) อธิบายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการบริหารที่ผู้บริหารมี การกระจายอำนาจในการตัดสินใจลงสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีพันธะผูกพัน และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยมีองค์ประกอบ 4 ประการคือ

1. ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจ (Trust) จากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน
2. ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชามีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อกัน
3. มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and objectives)

ของงานร่วมกัน

4. การมีอิสระในการทำงาน (Autonomy)

สมยศ นาวิกร (2545) กล่าวถึง การบริหารแบบมีส่วนร่วม ว่าเป็นกระบวนการของการให้ ผู้ อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของ บุคคล ในการใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการแก้ปัญหาที่สำคัญ

จันทรา จินดา (2546) ให้ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการกระจายอำนาจของ ผู้บริหารไปยังผู้ปฏิบัติระดับหน่วยงาน ให้สามารถตัดสินใจดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ภายใต้ สักยภาพที่มีอยู่ โดยการมอบหมายอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน และมีกรอบในการดำเนินการตัดสินใจ ภายใต้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

พัชรี คงปลอด (2549) ให้ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่ ผู้บังคับบัญชากระจายอำนาจในการตัดสินใจ โดยให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในการ ตัดสินใจ ให้อิสระในการแสดงความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ให้ความไว้วางใจในการ

ปฏิบัติงานให้สำเร็จ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้ใต้บังคับบัญชามีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยความเต็มใจและพอใจในการทำงาน

จากความหมายของนักวิชาการที่ได้ให้คำจำกัดความข้างต้น จะเห็นว่ามีความคิดที่คล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้บังคับบัญชากระจายอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาขององค์กร โดยมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยให้อิสระในการแสดงความคิดสร้างสรรค์ สามารถตัดสินใจดำเนินการภายใต้สภาพที่มีอยู่ด้วยความเต็มใจและพอใจในการทำงาน

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดพื้นฐานของการบริหารแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นจากทฤษฎีความต้องการ ขั้นพื้นฐานของ Maslow ที่พบว่า เงินไม่ใช่เป็นสิ่งจูงใจเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยทางจิตวิทยาที่เป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญก็คือบุคลากร ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ

Sashkin (1984) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่พนักงานได้แสดงบทบาทโดยตรงใน 4 ประการ คือ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในองค์กรพฤติกรรมกรรมการบริหารของผู้บริหารที่ทำให้บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มขึ้นและทำให้มีส่วนร่วมในกระบวนการทั้ง 4 ประการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Participation in goal setting) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับบุคคล ระดับผู้บังคับบัญชา หรือระดับกลุ่ม ได้มีส่วนร่วมในงาน ในการกำหนดเป้าหมายของงานเพื่อที่จะได้พยายามร่วมกันทำงานหรือผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุเป้าหมายที่วางไว้และเกิดผลงานที่ดี

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เป็นการมีส่วนร่วมของผู้ใต้บังคับบัญชาในการมีส่วนร่วมให้คำปรึกษาหารือมีอิทธิพลในการกำหนดเป้าหมายของงาน มีส่วนร่วมรับผิดชอบในทางเลือกของวิธีการตัดสินใจ ตลอดจนตรวจสอบ และประเมินทางเลือกในการตัดสินใจ

3. การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in problem solving) เป็นความต้องการให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาแนวคิดใหม่ในการทำงาน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิดใหม่ๆ ในการพัฒนาปรับปรุงงาน

4. การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Participation in change) มีความยากและซับซ้อนและถือว่าเป็นจุดที่สำคัญที่สุด ซึ่งการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้าง วิเคราะห์ และแปรความหมายของข้อมูลองค์กร

เพื่อที่จะทำให้เกิดนวัตกรรมในการแก้ปัญหาขององค์กร เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรต่อไป

Mashal and Angelo (1989) กล่าวว่า ในการทำงานเป็นทีมที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารต้องมีพฤติกรรมการบริหาร ดังนี้

1. กำหนดสถานการณ์หรือการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยให้มีส่วนร่วม
2. มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีส่วนร่วม
3. สร้างสรรค์บรรยากาศที่จริงใจและเปิดเผย
4. แบ่งปันข้อมูลอย่างเปิดเผย
5. มีการพบปะสังสรรค์ ที่นอกเหนือจากการประชุมในที่ทำงาน
6. พัฒนาทีมงานภายในสิ่งแวดล้อมของการทำงาน
7. เอาใจใส่และสนใจมุมมองที่แตกต่าง
8. สร้างความมั่นใจว่าทีมงานมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ
9. รับฟังการให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งในด้านดีและไม่ดี
10. ส่งเสริมการฝึกอบรมเทคนิคการแก้ปัญหา
11. สร้างข้อตกลงให้บุคลากรให้เข้ามามีส่วนร่วม
12. เอื้ออำนวยความสะดวก ในกระบวนการทำงานเป็นทีม
13. รับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอย่างกระตือรือร้น
14. ไม่มีพฤติกรรมปกป้องตนเอง

House (1996) กล่าวว่า โดยสรุปแล้วแนวทางการบริหารงานของผู้นำแบบให้มีส่วนร่วม จะต้องประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ คือ ผู้นำจะต้องมีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร การแบ่งปันอำนาจ และการแบ่งปันอิทธิพลให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา โดยที่จะปฏิบัติต่อกันในลักษณะที่มีศักดิ์ศรีอย่างเท่าเทียมกัน และยอมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ใช้อิทธิพลต่อการกระทำและการตัดสินใจของผู้นำ โดยมีปัจจัยกำหนด 3 ประการ คือ การได้รับแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร (Sharing of information) การได้รับแบ่งปันอำนาจ (Sharing of power) และการได้รับแบ่งปันอิทธิพล (Sharing of influence)

องค์กรต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมกับการบริหารมากน้อยเพียงไร จะเป็นตัวส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน ว่าจะเป็นเชิงบวกหรือลบ การมีส่วนร่วมของปัจจัยทั้ง 3 แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการกระทำ และการตัดสินใจที่แต่ละฝ่ายมีต่อกัน และโดยธรรมชาติของการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ส่วนหนึ่งคือการลดอำนาจ (Reduce power) ของผู้นำให้อยู่ในภาวะที่เท่าเทียมกับผู้ใต้บังคับบัญชา

สมยศ นาวิการ (2545) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการบริหารที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มความสามารถและอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาที่สำคัญขององค์กรและหน่วยงาน โดยมีความเชื่อที่ว่า ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่รู้จักกับงานและปัญหาของพวกเขามากที่สุด โดยที่ปัญหานั้นเป็นปัญหาที่หน่วยงานหรือองค์กรกำลังเผชิญอยู่ จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหา เมื่อปัญหานั้นถูกแก้ไข ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม และปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการให้ดีขึ้น

3.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่ามีประโยชน์มากมายซึ่ง Swansburg (2002); Robbins (1998); สมยศ นาวิการ (2545) และ สัมฤทธิ์ กางเพ็ง (2545) สรุปไว้ดังนี้

1. บุคลากรมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมีมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการจัดการมีผลในทางจิตวิทยา คือ ทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง บุคลากรจะผูกพันกับการเปลี่ยนแปลงมาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร มีความราบรื่นมากขึ้น การใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ความไม่พอใจของกลุ่มถูกเปิดเผยออกมา ซึ่งความไม่พอใจเหล่านี้สามารถยุติได้โดยการอธิบายอย่างตรงไปตรงมา มีความไว้วางใจกันสูง และได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งความรู้สึกไว้วางใจเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างหนึ่งของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรเพิ่มขึ้น การเข้ามามีส่วนร่วมทำให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าต่อองค์กรมากขึ้น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร เพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจากการที่มีทัศนคติต่อองค์กรในทางที่ดี

4. การบริหารที่ผู้ปฏิบัติงานได้บังคับบัญชามีความง่ายมากขึ้น ลดระดับของการบริหารงาน และถ้าหากว่าผู้ปฏิบัติงานได้บังคับบัญชามีความผูกพัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และไว้วางใจฝ่ายบริหารมากขึ้น การบริหารก็จะง่ายขึ้น

5. การตัดสินใจทางการบริหารมีคุณภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ซึ่งการรวมความรู้และความสามารถของบุคลากรหลายคนเข้าด้วยกันในการแก้ปัญหา จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่าการตัดสินใจของผู้บริหารเพียงคนเดียว

6. ลดความสับสนในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการปรับปรุงการติดต่อสื่อสารให้ดีขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

7. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมช่วยปรับปรุงทีมงานให้ดีขึ้น มีการประสานงานระหว่างกัน

8. ความพอใจงานที่ทำมีมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากขึ้น การมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มขวัญและแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้มีความคิดริเริ่มในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากร

9. นิเทศงานด้วยตนเอง กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้วินิจฉัย และแก้ปัญหาให้ผู้ปฏิบัติงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นการพัฒนาอาชีพ (Career development) การจัดการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้เพิ่มความสามารถของแต่ละบุคคล เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ขององค์กร การปรับตัว และการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

10. ลดการสูญเสียขององค์กร เช่น การลาออกจากงาน การขาดงานน้อยลง เนื่องจากบุคลากรมีความพึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์มาก ทำให้การบริหารผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาได้ง่ายมากขึ้น มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา ส่วนผู้ปฏิบัติงานเมื่อมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงก็จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากกว่า และเมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงทำให้มีความผูกพันกับงาน มีกำลังใจ และความพอใจในงานที่ทำมากขึ้น ส่งผลให้การลาออกหรือการขาดงานน้อยลง มีการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ และยังส่งเสริมให้การปรับปรุงงานมีความเป็นไปได้สูง ตลอดจนผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นด้วย

จากการทบทวนแนวคิดและประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม จะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการบริหารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน แต่แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1984) ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันกับวิชาชีพพยาบาล ที่มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงาน โดยผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาขององค์กร ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ แก้ปัญหา ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล จนเกิดการเปลี่ยนแปลงอันนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่พึงประสงค์ขององค์กร ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดและรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1984) มาใช้เป็นแนวทางในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนการนำไปใช้ใน

การปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางในการให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ การปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ และการกำหนดผลลัพธ์ทางการแพทย์ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี ช่วยให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้สึกที่ตนเองมีกำลังใจที่จะทำงานที่ท้าทายความสามารถ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและได้รับความไว้วางใจ ให้อิสระในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน จนทำให้องค์การบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ช่วยให้หน่วยงานมีรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ อันเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก

4.1 ความหมายของจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

ดังนั้นจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จนกระทั่งย้ายไปยังหอผู้ป่วยพักฟื้น จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก บ่งชี้ถึงการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย การใช้เตียง และรวมทั้งอัตราการตาย

จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักคำนวณจาก

$$\text{จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนัก} = \frac{\text{จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก}}{\text{จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ทั้งหมด}}$$

4.2 แนวคิดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก

Dartmouth-Hitchcock Medical Center (2005) กล่าวว่า จำนวนวันนอนมาตรฐานในหอผู้ป่วยหนัก คือ 24 ชั่วโมง หรือ 1 วัน โดยผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดควรได้รับการเอาท่อช่วยหายใจออก (extubate tube) ภายใน 4-6 ชั่วโมง หรือเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ของระบบการหายใจ และการไหลเวียนเลือดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน ผู้ป่วยสามารถออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยพักฟื้นได้เร็วขึ้น

Lusis et al. (1993) กล่าวว่าจำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้น เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ

JCAHO (2005) กล่าวว่า จำนวนวันนอนเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้ควบคุมต้นทุน จำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการดูแลและเป็นผลลัพธ์ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญในการเปรียบเทียบผลงานของโรงพยาบาล จำนวนวันนอนที่นานขึ้นอาจบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย การวัดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักบ่งชี้ถึงการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก การใช้เตียงและรวมทั้งอัตราการตาย

พัชรี คงปลอด (2549) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่งซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการปฏิบัติงาน เมื่อการบริการมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) กำหนดให้จำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่โรงพยาบาลต้องนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแล

สรุปจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อใช้รูปแบบการจำแนกทางพยาบาลที่มีคุณภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้อง นำไปสู่การให้กิจกรรมทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักกลับไปหอผู้ป่วยพักฟื้นเร็วขึ้น จำนวนวันนอนก็จะลดลง ประกอบกับปัจจุบันคุณภาพในการดูแลเป็นความต้องการของทั้งผู้รับบริการและทีมผู้ดูแลรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ถ้าต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานวันจะมีผลกระทบตามมามากมาย เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น สิ่งเหล่านี้นับเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัวและส่งผลต่อสังคมต่อไปได้ (Gruenberg et al., 2006)

4.3 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG

มีการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย ไว้ดังนี้

Doering et al. (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG โดยใช้ Parsonnet score ซึ่งเป็นคะแนนสำหรับทำนายปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด CABG พบว่าระยะเวลาในการใส่ท่อหายใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ระบบการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ในระยะแรกหลังผ่าตัด และภาวะสมดุลของสารน้ำใน 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ที่เป็นอิสระ (Independent) ต่อจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก

Dunstan & Riddle (1997) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG โดยใช้แนวทางการฟื้นฟูสภาพที่รวดเร็ว (Rapid recovery guidelines) ณ ศูนย์สุขภาพเซนต์แมรี และศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สหรัฐอเมริกา พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักลดลง จาก 3.3 วัน เหลือ 1.7 วัน

จิราพร พรหมพิทักษ์กุล และลัดดา อินทร์พรหมมา (2543) ศึกษาค่าเรียกเก็บของผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 5.3 วัน

สถิติจำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในโรงพยาบาลศิริราช (2550) เท่ากับ 2.85 วัน

สถิติหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช (2550) จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 2.5 วัน

สรุป จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ความรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยง การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฟื้นคืนสภาพเป็นปกติโดยเร็วที่สุด การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ๆ มาใช้ในหอผู้ป่วยหนักจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของพยาบาลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบใหม่ๆ โดยนำรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์มาใช้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาล รวดเร็ว ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น นำไปสู่การให้กิจกรรมการพยาบาลที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางการแพทย์ คือผู้ป่วยปลอดภัย ฟื้นคืนสภาพสู่ภาวะปกติโดยเร็ว สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและมีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาล

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดความพึงพอใจของพยาบาลใน 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำ CABG ไปใช้ และความพึงพอใจในงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 ความหมายความพึงพอใจของพยาบาล

5.1.1 ความพึงพอใจของพยาบาลใน โครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการส่วนมาก กล่าวถึงความหมายความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งความพึงพอใจของพยาบาลในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เป็นงานอย่างหนึ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ และรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบหนึ่งในการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงขอเสนอความหมายของความพึงพอใจในงานที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบกับการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) กล่าวว่า ความพึงพอใจในรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความตั้งใจปฏิบัติสู่เป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) กล่าวว่า ความพึงพอใจในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เป็นการสร้างทัศนคติในทางบวก เป็นความรู้สึกที่ดีที่มีต่อแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เป็นความรู้สึกที่ดีของพยาบาลต่อองค์ประกอบของการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในด้านความครอบคลุมการพยาบาลองค์รวมของผู้ป่วย มีความเข้าใจง่าย สะดวก ใช้เวลาในการบันทึกน้อย สื่อความหมายได้ชัดเจน และการจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่เหมาะสม

5.2.2 ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้

จากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการส่วนใหญ่กล่าวถึงความหมายความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบต่างๆ ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ไว้ดังนี้

Roger (1983) กล่าวว่าความพึงพอใจในงาน เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการรับนวัตกรรมของพยาบาล การนำนวัตกรรมไปใช้ เป็นสิ่งใหม่สำหรับพยาบาลเมื่อนำมาใช้แล้ว เกิดผลดีในการทำงาน มีการยอมรับสิ่งใหม่ เกิดทัศนคติด้านบวก มีความพึงพอใจในงานตามมา

ศุวัชรีย์ ฐูพิมาย (2543) กล่าวว่าความพึงพอใจของบุคลากรในการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ชอบใจ หรือ

ความรู้สึกในทางบวกอันเป็นผลมาจากการที่บุคลากรมีการรับรู้ต่อลักษณะงานของการจัดการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามความคาดหวังของตน

พัชรี คงปลอด (2549) กล่าวว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี เป็นความรู้สึกที่ดี มีคุณค่าในตนเองมีความภูมิใจจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เกิดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ เป็นความรู้สึกของพยาบาลต่องานที่ปฏิบัติ เกิดขึ้นเมื่อมีความรู้ความเข้าใจในงาน มีความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำ มองเห็นว่างานที่ทำมีประโยชน์ แล้วแสดงพฤติกรรมเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกต่องานนั้น ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ จึงเป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้พยาบาล พร้อมทั้งจะกระทำหน้าที่ของตนให้ดี เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

5.1.3 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2547) กำหนดให้ความพึงพอใจในงานของพยาบาลเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล จากการที่องค์กรได้ให้ความสำคัญกับคนว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่ง เพราะงานต้องอาศัยคนเป็นผู้ปฏิบัติจึงสำเร็จได้ ซึ่งความพึงพอใจในงาน เป็นหัวใจสำคัญของการบริหารงานบุคคลส่งผลต่อการปฏิบัติงานดีขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการส่วนมากได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงาน ไว้ดังนี้

Mcchinsky (1993) กล่าวว่าความพึงพอใจในงาน เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบ กล่าวคือเป็นระดับของความรู้สึกชอบ พอใจและยินดีที่ตนได้รับจากงาน ความพึงพอใจนี้เป็นการตอบสนองที่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล

Kaya (1995) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงาน เป็นผลรวมของทัศนคติทั้งทางบวกและทางลบของบุคคลที่มีต่อ รายได้ประจำเดือน สภาพการทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ผลตอบแทนที่ได้รับจากผลสำเร็จของงาน จะเกิดขึ้นได้เมื่อผลรวมของทัศนคติเป็นบวก

Spector (1997) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึงความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติที่มีต่องาน ที่สามารถประเมินออกมาได้ว่าบุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตน

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่าคนชอบและให้คุณค่าต่องานของตนเองสูงและมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

นัยนา ศรีนวลดี (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความรู้สึก และทัศนคติ ทั้งทางบวกและทางลบของบุคคลที่มีต่องานและสภาพงานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งจะเป็นผลให้บุคคลมีความประสงค์จะทำงานอยู่กับองค์กรต่อไป สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพสู่เป้าหมายขององค์กร

คารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) กล่าวว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึก หรือทัศนคติ หรือเจตคติ ของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติ โดยมีความรู้สึกว่าจะชอบ หรือไม่ชอบ พอใจ หรือไม่พอใจ ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน หากผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานก็สามารถทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายของหน่วยงานนั้นๆ ได้

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความเต็มใจ มีทัศนคติในทางบวก พอใจในงานที่ปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้รูปแบบการดำเนินงานทางการแพทย์และการประเมินลักษณะงานที่ปฏิบัติว่ามีความสอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวังถึงการประสบความสำเร็จ มีประโยชน์ ทำให้เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจ มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานด้วย

5.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการส่วนมากได้กล่าวถึงแนวคิดความพึงพอใจที่มีการระบุเป็นความพึงพอใจในงาน แต่สำหรับงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในโครงสร้างของรูปแบบการดำเนินงานทางการแพทย์ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการดำเนินงานทางการแพทย์ไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล จึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์โดยเชื่อว่า บุคคลจะพึงพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งต้องเกิดการรับรู้ว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าก่อนเมื่อรับรู้แล้วจึงจะมีความรู้สึกรวมทางอารมณ์ว่าตนเองชอบหรือไม่ชอบ พึงพอใจต่อสิ่งนั้นหรือไม่ แล้วจึงแสดงพฤติกรรมความชอบหรือไม่ชอบออกมาให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดเจตคติของ Traindis (1971) มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อรูปแบบการดำเนินงานทางการแพทย์ของ NANDA, NIC และ NOC

แนวคิดของ Traindis (1971) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานของเจตคติไว้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านความคิด (Cognitive component) หมายถึง การที่บุคคลใช้ความคิดในการจำแนกสิ่งต่างๆ และแสดงความคิดในสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้นๆ คือการที่จะอธิบายถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดบุคคลจะต้องมีความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อน

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นความคิดอีกต่อหนึ่ง เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งนั้นดี บุคคลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral intention component) หมายถึงความโน้มเอียงในทางปฏิบัติ เป็นแนวโน้มหรือท่าทีที่จะเลือกปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับความคิดความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ

เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากอิทธิพลของความเชื่อ ความรู้สึกและพฤติกรรม ถ้าทั้งสามส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนไป อาจทำให้เจตคติเปลี่ยนไปได้ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการของการเปลี่ยนเจตคติ ได้แก่ แหล่งข้อมูลหรือข่าวสาร คุณสมบัติของข่าวสาร ลักษณะของข่าวสาร วิธีการเสนอข่าวสาร และลักษณะของผู้รับข่าวสาร (Traindis, 1971) โดยเจตคติของบุคคลจะเปลี่ยนเมื่อบุคคลเปลี่ยนความคิดเห็น การเรียนรู้ทำให้บุคคลได้รับความคิดประสบการณ์ใหม่ๆ และบุคคลจะเรียนรู้ได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การได้รับแรงเสริมด้วย และยิ่งบุคคลได้รับแรงเสริมมากขึ้น บุคคลก็จะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น

จากทฤษฎีการเปลี่ยนเจตคติ อาจสรุปได้ว่า ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับทำให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติได้ ในกรณีที่ประสบการณ์นั้นทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือไม่พอใจ มีความเห็นที่สอดคล้องหรือขัดแย้งทางด้านความคิด ความรู้สึก และจากการกระทำเดิม เจตคติเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับการเสริมแรง ดังนั้นเจตคติจึงเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวัดระดับความรู้สึก (Affective component) ของ Traindis (1971) และรุจา ภูไพบูลย์ (2542) ที่ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาล มาเป็นแนวคิดในการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยสรุปได้ว่า เมื่อนำแนวคิดที่มีเจตคติที่ดีมาบูรณาการเข้ากับความสำคัญและประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาล จะทำให้พยาบาลตระหนักและให้ความรู้สึกต่อสิ่งนั้นในทางบวกมากขึ้น โดยการที่บุคคลมีความคิดที่ดีต่อสิ่งนั้น บุคคลต้องได้รับการสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกความเข้าใจต่อสิ่งนั้นก่อน แล้วบุคคลจะประเมินค่าด้านความคิดต่อสิ่งนั้นจากความรู้ที่ได้รับ ว่าสิ่งที่ลงมือปฏิบัติ นั้น มีประโยชน์มากน้อยเพียงใดหากจะนำไปปฏิบัติ จากนั้นผลของเจตคติก็จะออกมาในรูปของพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่ตนมีความรู้สึกพอใจและมีความคิดที่ดีต่อสิ่งนั้น

สำหรับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานนั้น นักวิชาการได้ศึกษาทฤษฎีที่เสริมสร้างความพึงพอใจในงานเป็น 2 กลุ่ม คือทฤษฎีการจูงใจที่เป็นเนื้อหาหรือปัจจัย และทฤษฎีการจูงใจที่เป็นกระบวนการ (เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2540) สำหรับงานวิจัยนี้จะกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎี การจูงใจที่เป็นเนื้อหาหรือปัจจัย ดังนี้

ทฤษฎีการจูงใจที่เป็นเนื้อหาหรือปัจจัย (The content theories of motivation or substantive theories) ซึ่งทฤษฎีได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอยู่ในตัวบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (1970) ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959) มีดังนี้

1. ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นตอนของ Maslow (1970) สรุปลำดับขั้นจากขั้นต่ำไปขั้นสูง 5 ขั้น ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการทางด้านสังคม ความต้องการที่จะได้รับยกย่องในสังคม และความต้องการที่จะความสำเร็จ

2. ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (1959) พัฒนามาจากแนวคิดในเรื่องความต้องการของมาสโลว์ โดย Fredrick Herzberg (1959) เป็นผู้เสนอทฤษฎีสองปัจจัย ซึ่งเป็นผลสรุปจากงานวิจัยจากการสัมภาษณ์วิศวกรและนักบัญชีประมาณ 200 คน ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้พนักงานเกิดความพื่อนั้นมักจะเกิดจากตัวงานที่ทำ ซึ่ง Herzberg เรียกว่า ทฤษฎีปัจจัยจูงใจ – ปัจจัยอนามัย (Motivative-hygiene theory) ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการทำงานของบุคคล แบ่งออกได้เป็นปัจจัย ใหญ่ ๆ 2 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ เป็นตัวสนับสนุนให้บุคคลทำงานเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการทำงาน เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวก และการจูงใจที่แท้จริง ประกอบด้วย ความสำเร็จในหน้าที่การงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

2.2 ปัจจัยอนามัยหรือปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors หรือ Maintenance factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือไม่มีความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงาน วิธีการบังคับบัญชา การนิเทศงาน เงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน สภาพการทำงาน ชีวิตส่วนตัว สถานภาพในสังคม ความมั่นคงในหน้าที่การงานและ โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต

สรุปได้ว่า ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และ ปัจจัยค้ำจุน ปัจจัยค้ำจุนมิใช่สิ่งจูงใจที่จะทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่จะเป็นข้อกำหนดเบื้องต้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในงานที่ทำอยู่ (สมยศ นาวิการ, 2545) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาล ใน 3 ด้าน คือ ความเป็นอิสระในการทำงาน ลักษณะของงาน และความสัมพันธ์กับ

ผู้ร่วมงาน ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่จะช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน นำไปสู่ความพึงพอใจในงานที่ทำ

5.3 องค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน

Slavitt et al. (1978) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความพึงพอใจในงาน ที่จะนำไปใช้ได้กับบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพทุกระดับ โดยการนำองค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน จากแนวคิดที่สำคัญหลายๆแนวคิดที่มีการศึกษาหลายๆครั้ง และมีการอ้างอิงอยู่เสมอ ในการศึกษาที่เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในงาน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพมี 6 ด้าน คือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึงเงินหรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่ได้รับจากการทำงาน
2. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติ และใช้ความคิดริเริ่มได้โดยอิสระ โดยไม่ต้องให้ผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับ
3. ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงาน ที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและการปฏิบัติงาน ทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลให้อยู่ และจะดำเนินการต่อไป
5. การปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพระหว่างเวลาปฏิบัติงาน
6. สถานภาพทางวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตนเองและการมองของผู้อื่น รวมถึงการมองเห็นคุณค่าประโยชน์ของงานด้วย

Gilmer et al. (1996) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานไว้ดังนี้

1. ความมั่นคงในงาน เป็นความรู้สึกว่าได้ทำงานในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ มีหลักประกันความมั่นคง และได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา
2. โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน เช่น การมีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น
3. สถานที่ทำงานและการจัดการ ได้แก่ความพึงพอใจต่อสถานที่ทำงาน ชื่อเสียงของสถาบัน และการจัดการภายในของสถาบัน
4. ค่าจ้าง ได้แก่ รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่องค์กรให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
5. ลักษณะงาน ได้แก่ การได้ทำงานที่ตรงกับความรู้ ความสามารถ และความถนัดของผู้ปฏิบัติงาน
6. การนิเทศงาน ได้แก่ เทคนิค วิธีการ และความสามารถในการนิเทศงานของผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์อันดีกับผู้บังคับบัญชา

7. ลักษณะทางสังคม ได้แก่ การทำงานร่วมกันกับบุคคลอื่น และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
8. การติดต่อสื่อสาร ได้แก่ สภาพและลักษณะการติดต่อสื่อสารทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน
9. สภาพการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมต่างๆในการทำงาน แสง เสียง อากาศ ฝุ่นน้ำ และชั่วโมงการทำงาน
10. ประโยชน์เกี่ยวเนื่องต่างๆ ได้แก่ เงินเดือน บำนาญตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการ และการรักษาพยาบาล สวัสดิการ อาหาร ที่อยู่อาศัย วันหยุด

พัชรี คงปลอด (2549) ได้ศึกษาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) 5 ด้าน ที่มีองค์ประกอบมาวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่นำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาใช้ ดังนี้

1. ลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ ได้ใช้ความคิดอิสระ ในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่ เป็นงานที่ทำท้าทายความสามารถของพยาบาล และงานที่พยาบาลปฏิบัตินั้นมีโอกาสในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

2. การบังคับบัญชา หมายถึงความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เกี่ยวกับลักษณะปฏิบัติของพยาบาลหัวหน้าผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติงานตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นความรู้สึกที่ได้รับความไว้วางใจ ในการปฏิบัติงาน ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน จูงใจ ให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดพัฒนางานอย่างเสมอภาค

3. สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน รู้สึกเกิดแรงจูงใจในการทำงาน และรู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน หัวหน้าหน่วยงาน และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้ป่วย และครอบครัว และเกิดความภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ

4. สภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เกี่ยวกับความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มีขั้นตอนและเป้าหมายในการปฏิบัติงานชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานมากขึ้น

5. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย

ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดแนวทางในการจัดการตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการประสานงานที่ดี สื่อสารแบบตัวต่อตา เปิดเผย ตรงไปตรงมา

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในปัจจัยการทำงานเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำงานหนึ่งๆ ให้สำเร็จ การที่บุคคลในองค์กรจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประกอบของสิ่งจูงใจที่องค์กรนั้นมีอยู่ ถ้าองค์กรมีปัจจัยที่เป็นเครื่องจูงใจในการทำงานมาก บุคลากรในองค์กรนั้นย่อมเกิดความรู้สึกพึงพอใจในงานมาก

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความพึงพอใจในปัจจัยการทำงานของ Slavitt et al. (1978) ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน มาวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC มาใช้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะงาน หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาล ที่มีต่อสภาพงานมีความภาคภูมิใจในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC ในงานการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีโอกาสได้ร่วมวางแผนงานกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลงานด้วยตนเองรวมทั้งรู้สึกว่าการที่ทำงานอยู่ เป็นงานที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล มีโอกาสพัฒนาความรู้ และพัฒนางานที่ปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

2. ความเป็นอิสระในงาน หมายถึง การที่พยาบาล มีอิสระในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล คิดสร้างสรรค์กำหนดแนวทางการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสภาพการณ์และได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน

3. ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน หมายถึง การที่พยาบาลมีการติดต่อสัมพันธ์แบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ กับผู้ร่วมงานและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน การได้รับการสนับสนุน หรือความร่วมมือจากผู้ร่วมงานและได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

สรุป ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้ ตามแนวคิดของ NANDA, NIC และ NOC โดยที่พยาบาล มีส่วนร่วมในการสร้างและปรับปรุงแก้ไข สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยองค์ประกอบความพึงพอใจในงานดังที่กล่าวมาแล้วของ Slavitt et al. (1978) ทั้ง 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน ความพึงพอใจต่อความเป็นอิสระในงาน

และความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ส่วนองค์ประกอบด้านค่าตอบแทน นโยบายขององค์กรและสถานภาพทางวิชาชีพ ไม่ได้นำมาพิจารณาด้วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจำแนกทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้

ชญัญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ และ โชคชัย อุบลม่วง (2543) ได้ทำการวิเคราะห์ออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล โดยเลือกใช้การจำแนกทางการพยาบาลของ ICNP alpha version ข้อมูลสำหรับการวิจัยเป็นข้อมูลจำลองที่มีรูปแบบและเนื้อหาใกล้เคียงกับข้อมูลจริงมากที่สุด ผลการวิจัยพบว่า สามารถทำให้การบันทึก การสอบถามและรายงานเกี่ยวกับข้อมูลทางการพยาบาลได้รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูล ประหยัดเวลาในการค้นหาข้อมูล ทำให้พยาบาลสามารถนำเวลาที่เหลือนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในการให้การดูแลผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจการปฏิบัติงานของพยาบาลมากขึ้น

Lunney (2006) ศึกษาการนำรูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA) การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล (NIC) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) มาใช้พยาบาลใช้พบว่าการวินิจฉัยการพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำและครอบคลุม ช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ถูกต้องยิ่งขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ช่วยให้ระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง ทำให้พยาบาลสามารถใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงาน

Delaney et al. (2006) ศึกษาการนำการจำแนกทางการพยาบาล (NANDA, NIC และ NOC) ไปใช้ในโรงพยาบาล พบว่าทำให้พยาบาลวิเคราะห์ตัดสินใจปัญหาผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ใช้เวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ลดความเครียดในการทำงานพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงขึ้น

Welton and Halloran (2005) ศึกษาการนำรูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA) ไปใช้ พบว่า การวินิจฉัยการพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ช่วยทำให้พยาบาลสามารถให้กิจกรรมการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย นำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ มีผลต่อระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติงานเป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และการได้รับผลตอบแทน ได้แก่

กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ (2540) ศึกษารูปแบบการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในงาน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล ตำรวจ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลประจำการมีการสื่อสารในแนวนอนอยู่ในระดับสูง มีความพึงพอใจในการสื่อสารและความพึงพอใจในงานในระดับปานกลาง และมีความสามารถในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง รูปแบบการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน

Lee Fung Kam (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับความ เป็นอิสระในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศฮ่องกง ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความไม่พึงพอใจมากในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความ เป็นอิสระในการทำงาน สถานภาพของวิชาชีพและรายได้ มากกว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ข้อกำหนดของงานและนโยบายการบริหารงาน

Gyanendra (1998) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล โทริบลูเวน เมืองกาฏมันฑู ประเทศเนปาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 49 มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจนี้ได้แก่ เงินเดือน ความเป็นอิสระในการทำงาน สถานภาพของวิชาชีพ สัมพันธภาพระหว่างผู้บังคับบัญชาและ ผู้ร่วมงาน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สถานภาพของวิชาชีพ ข้อกำหนดงาน และรายได้

นอกจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานแล้ว การศึกษาส่วนมากที่พบเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในรูปแบบต่างๆที่เป็นการสร้างสรรค์ และพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ที่ได้มีการนำไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการ พยาบาล งานวิจัยที่พบ ได้แก่

ดรรารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่เน้นการ ดูแลแบบองค์รวม ต่อการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล ในการ ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้รูปแบบการ บันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้นใหม่สูงกว่าที่ใช้แบบเดิม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่สร้างขึ้น โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมมีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนถิ่นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจของ พยาบาล. พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่า

ก่อนการใช้โปรแกรม แสดงว่าการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง มีความภูมิใจจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เกิดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงขึ้น

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาล สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว แสดงว่าการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกแบบใหม่เนื่องจากสามารถนำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการสื่อสาร ด้านการศึกษา และข้อมูลสถิติ ด้านการประเมินคุณภาพการพยาบาลและด้านกฎหมาย

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการจำแนกทางการพยาบาลกับจำนวนวันนอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แต่เน้นเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับผ่าตัด CABG มากกว่าได้แก่

จิราพร พรหมพิทักษ์กุล และลัดดา อินทร์พรหมมา (2543) ศึกษาค่าเรียกเก็บของผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤต 5.30 วัน และค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อรายในหอผู้ป่วยหนักเป็นสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 44.54 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

พัชรี คงปลอด และยุพิน อังสุโรจน์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวกับจำนวนวันนอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ได้แก่

Moyer (1994) ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ขาดความรู้ การผ่าตัดวันศุกร์ การได้รับเลือด และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

Hartz et al. (1998) ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัด CABG พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยการอยู่รักษาหอผู้ป่วยหนัก 5 วัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแบบมีส่วนร่วมส่วนมากศึกษาความสัมพันธ์ของการจัดการแบบมีส่วนร่วมกับตัวแปรต่างๆ ซึ่งล้วนให้ผลศึกษาในทางบวก ได้แก่

กุลธิดา พรหมตุน (2545) ได้ศึกษาโครงการฝึกอบรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม สำหรับหัวหน้าผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมพร ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติบทบาทการบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของตนเอง และตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการหลังดำเนินโครงการสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ

เพ็ชรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ได้ศึกษาผลของการจัดรูปแบบการบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล ห้องผ่าตัด ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาราชดี โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมไปใช้ร่วมด้วย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจที่จะดำเนินการ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่ดีและลดความวิตกกังวล

ดารารัตน์ หงษ์ทอง (2547) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ต่อการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาขึ้นนี้สูงกว่าที่ใช้แบบเดิม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สร้างขึ้นโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม และพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างขึ้น มีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

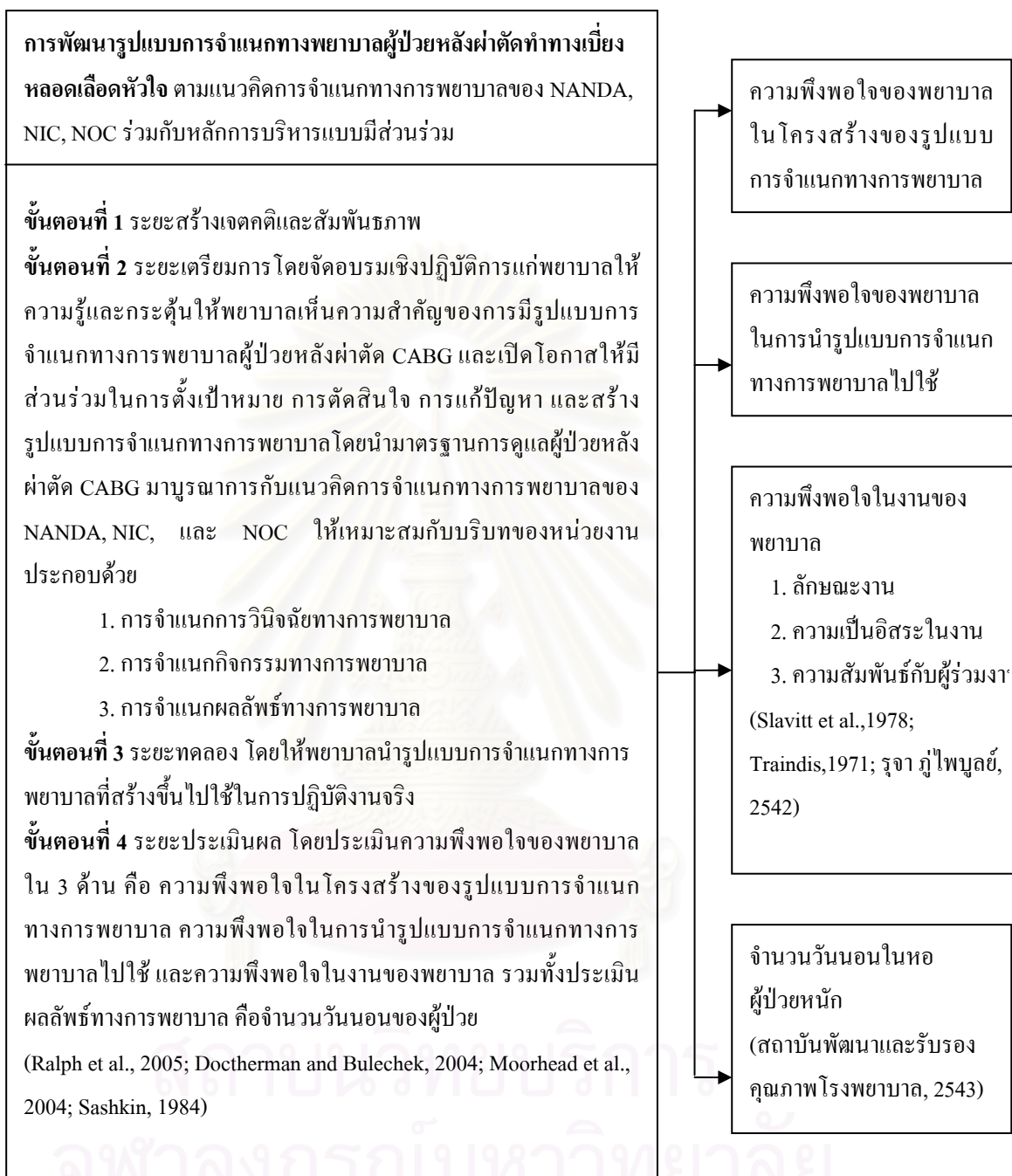
ศศิธร วีระเวทวัฒน์ (2547) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วม

Deines (1981) ได้นำการบริหารแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในแผนกศัลยกรรมประสาทที่ Wake Medical Center ใน Raleigh North Carolina เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา เริ่มจากการรับฟังปัญหา และสถานการณ์ในหน่วยงาน มีการจัดประชุม อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น นัดประชุมอย่างต่อเนื่อง เพื่อรวบรวมปัญหา ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่าทำให้เกิดความพึงพอใจ ในกลุ่มวิชาชีพ และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังรูปแบบการวิจัยดังนี้

O₁ O₂ X O₃ O₄

O₁ คือ ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

O₂ คือ จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

X คือ การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

O₃ คือ ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

O₄ คือ จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศิริราช และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยทั้งหมด จำนวน 13 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจซึ่งได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเวลาที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเลือกขึ้นมาโดยการเก็บข้อมูลจำนวนวันนอนย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 30 ราย

2. กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเวลาที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล การคัดเลือกผู้ป่วยเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีภูมิหลังคล้ายคลึง

กับกลุ่มควบคุม ในด้าน อายุ เพศ โรค และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction) จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) แบบเปิด (Open heart surgery) เพียงอย่างเดียว
4. เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ภายหลังออกจากห้องผ่าตัด อย่างน้อย 1 วัน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบอื่นที่รุนแรง เช่น ไตวาย หรือสมอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียน เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เป็นผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ซึ่งมีความพอเพียงของแต่ละกลุ่มในการแจกแจงของค่า t (Roscoe, 1975)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยตระหนักว่าการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสำคัญอย่างยิ่ง จึงได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามดังนี้

1. การป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ผู้ตอบแบบสอบถาม สัมผัสใจตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ โดยไม่มีการบังคับ

1.2 ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย

1.3 ผู้ตอบแบบสอบถาม มีความอิสระในการแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

2. การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม

2.1 ในการตอบแบบสอบถามหรือการบันทึกข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อนามสกุลผู้ตอบแบบสอบถาม

2.2 ในการคิดคำนวณค่าเฉลี่ยจะนำความคิดเห็นมารวมกัน และเสนอเป็นภาพรวมจะไม่มีข้อมูลความคิดเห็นเป็นรายบุคคล

2.3 ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะทำลายแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1. โครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”

2. แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”

3. การพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

3.2 คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”

3.3 แบบกำกับทดลองการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

2. แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล โดยใช้หลักการจัดการแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1984) แนวคิดการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC (Johnson et al., 2006) และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG (อัจฉรา เสดขุทธิพิทักษ์ และคณะ, 2543)

1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ การจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหอผู้ป่วยหนัก ตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC (Johnson et al., 2006) และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG (อัจฉรา เสดขุทธิพิทักษ์ และ คณะ, 2543) เพื่อให้พยาบาลนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ คือ

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหอผู้ป่วยหนัก

2. ศึกษาสภาพการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยการสัมภาษณ์พยาบาลหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 5 คน และผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานจริงของพยาบาล ประกอบกับผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในรอบ 6 เดือน (มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2549) ที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2549) สืบค้นไว้ พบว่าใช้วิธีการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นแบบบรรยาย การเขียนยังไม่ครอบคลุมองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย

3. เขียนโครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” และเขียนแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ” ตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC (Johnson et al., 2006) และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG (อัจฉรา เสดขุทธิพิทักษ์ และคณะ, 2543) โดยมีเนื้อหาการจำแนกทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ทั้ง 3

ด้าน คือ ด้านการจำแนกการวินิจฉัยทางการแพทย์ ด้านการจำแนกกิจกรรมทางการแพทย์ และ ด้านการจำแนกผลลัพธ์ทางการแพทย์

4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 14-15 ธันวาคม 2550 (รายละเอียดโครงการในภาคผนวก ค)

การอบรมนี้ได้เชิญวิทยากรที่มีความรู้เรื่องการจำแนกทางการแพทย์ตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC (Johnson et al., 2006) และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยหนัก (อัญญา เศรษฐพิทักษ์ และคณะ, 2543) มาบรรยายภาคทฤษฎี เพื่อให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจ และจัดประชุมกลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ร่วมกัน โดยให้กลุ่มระดมความคิดเห็นหาปัญหาหรือแนวทางปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันจาก ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการ สร้างรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ด้านข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ กิจกรรมทางการแพทย์ และผลลัพธ์ทางการแพทย์ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG

ผลการอบรมในครั้งนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากกลุ่มในการระดมความคิด และร่วม ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยในด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์ ที่ผู้วิจัยนำเสนอไว้ 12 ข้อ ได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจาก หัวใจลดลง 2) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 3) เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ใน ร่างกาย 4) การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ 5) มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน 6) มี ความวิตกกังวล 7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย 8) มีอาการคลื่นไส้ 9) ขาดความรู้ในการทำ กิจกรรม ออกกำลังกาย 10) เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน 11) การนอน หลับลดลง และ 12) การสื่อสารบกพร่อง ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมอภิปราย และสรุปเป็นความ คิดเห็นของกลุ่มให้ตัดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อการนอนหลับลดลง และการสื่อสารบกพร่อง ออก เนื่องจากกลุ่มเห็นว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังออกมาจากห้องผ่าตัด และรับการดูแลต่อในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่แพทย์ได้ให้ยานอนหลับ และยาระงับอาการปวดทุกราย ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ปัญหาที่จึงพบน้อย ส่วนปัญหาเรื่องการสื่อสาร บกพร่องจากการที่ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจนั้น ทางกลุ่มเสนอแนะให้ตัดออก เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มักได้รับการถอดท่อหายใจออกได้ภายใน 6-10 ชั่วโมง ภายหลังออกจากห้องผ่าตัด และผู้ป่วยมักนอนหลับพักผ่อนเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาด้านการสื่อสารจึง ไม่มี ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่กลุ่มสรุป จึงมีทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ลดลง 2) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 3) เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 4) การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ 5) มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน 6) มีความวิตก กังวล 7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย 8) มีอาการคลื่นไส้ 9) ขาดความรู้ในการทำกิจกรรม ออก

กำลังกาย 10) เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน (ตามรายละเอียดในเครื่องมือชุดที่ 3 ในภาคผนวก ค)

ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยนำเสนอไว้ เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลหลัก จำนวน 30 กิจกรรมที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล 12 ข้อ และเมื่อทางกลุ่มตัดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลออกไป 2 ข้อ เหลือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ข้อและกิจกรรมทางการพยาบาลหลัก จำนวน 25 กิจกรรม ได้แก่ 1) การควบคุมการไหลเวียนโลหิต 2) การดูแลการไหลเวียนโลหิต 3) การบริหารสารน้ำ 4) การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตทางสายสวน 5) การบริหารการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด 6) การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 7) การเฝ้าระวังการหายใจ 8) การดูแลการให้ออกซิเจน 9) การจัดการทางเดินหายใจ 10) การจัดการในภาวะช็อก: การทำงานของหัวใจ 11) การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 12) การเฝ้าระวังและการจัดการด้านเกลือแร่ 13) การเฝ้าระวังและการจัดการด้านกรด-ด่าง 14) การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 15) การจัดการความปลอดภัย 16) การจัดการสิ่งแวดล้อม 17) การบริหารการให้ยา 18) การลดความวิตกกังวล 19) การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด 20) การดูแลแผลจากท่อระบายทรวงอกและสายสวนคาต่างๆ 21) การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย 22) การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน 23) การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ 24) การแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย และ 25) การเฝ้าระวังทางระบบประสาท (ตามรายละเอียดในเครื่องมือชุดที่ 3 ในภาคผนวก ค) ซึ่งทางกลุ่มได้ร่วมกันอภิปรายและเห็นด้วยกับกิจกรรมทางการพยาบาลหลักที่ผู้วิจัยเสนอแนะ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงแต่ไม่มีการบันทึกไว้ได้ทั้งหมด

สำหรับการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นั้น เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ 2) สภาวะด้านการหายใจ 3) สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง 4) การกำจัดของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด 5) ระดับความปลอดภัย 6) การควบคุมความวิตกกังวล 7) การหายใจของแผลผ่าตัด 8) ระดับของความสบาย 9) คำแนะนำในการทำกิจกรรม และ 10) สภาวะทางระบบประสาท (ตามรายละเอียดในเครื่องมือชุดที่ 3 ในภาคผนวก ค)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” และ แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” โดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษา การสื่อความหมาย ความเหมาะสมกับเนื้อหา และความถูกต้องตามหลัก

วิชาการ พร้อมทั้งขอความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์การยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 คน ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา

คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือเทียบเท่า ประจำหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลาต่อเนื่องกันอย่างน้อย 5 ปี (Benner, Tanner, and Chelsa, 1996)

2. มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป

3. ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการทางการพยาบาล จำนวน 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 5 ปี (Benner, Tanner, and Chelsa, 1996)

2. มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป

3. มีผลงานด้านวิชาการหรือผลงานการวิจัย หรือได้รับรางวัลดีเด่นด้านวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มที่ 3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจจำนวน 2 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีประสบการณ์ตลอดจนมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลาต่อเนื่องกันอย่างน้อย 5 ปี (Benner, Tanner, and Chelsa, 1996)

2. มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป

3. ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผลการตรวจสอบ เครื่องมือ โครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” และ แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” พบว่า ผ่านการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 คน ทั้งด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความ

ถูกต้องตามหลักวิชาการ สำนวนภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ ปรับสำนวนภาษาบางส่วน และปรับให้เนื้อหาละเอียดครบถ้วนมากขึ้นผู้วิจัยนำรายละเอียดที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.3 การพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย

1.3.1 รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

1.3.2 คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”

1.3.3 แบบกำกับการทดลองการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.3.1 รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ คือ

1. ศึกษาแนวคิด เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก (Ackley & Ladwig, 2004; Black & Hawks, 2005; Comer, 2005; Haugh & Keeling, 2003; Lemone & Burke, 2004)

2. ศึกษา แนวคิดการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC (Bulechek & McCloskey, 2004) การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) และการเชื่อมโยงของทั้ง 3 ด้าน (Johnson et al., 2006) รวมทั้งมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (อัจฉรา เสดฤทธิ์พิทักษ์ และคณะ, 2543) และการระดมความคิดเห็นของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ได้การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 ข้อ กิจกรรมทางการพยาบาล จำนวน 25 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อประกอบด้วยกิจกรรมย่อย รวมทั้งหมด 150 กิจกรรม และผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยตัวชี้วัดรวมทั้งหมด 40 ข้อ (รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษา การสื่อความหมาย ความถูกต้องตามหลักวิชาการ พร้อมทั้งขอความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์การยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 คน ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา

2. นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทำวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

ผลการตรวจสอบ เครื่องมือ รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ผ่านการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 คน ทั้งด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ สำนวนภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ ปรับสำนวนภาษา และปรับให้เนื้อหาละเอียดครบถ้วนมากขึ้น ผู้วิจัยนำรายละเอียดที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์

1.3.2 คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ คือ

ผู้วิจัยสร้างคู่มือ “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับเครื่องมือชุดที่ 1.3.1 โดยเพิ่มวิธีดำเนินการ บทบาทของพยาบาล แบบบันทึกต่างๆ เพื่อให้พยาบาลใช้ในการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก (รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษา การสื่อความหมาย ความถูกต้องตามหลักวิชาการ พร้อมทั้งขอความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์การยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 คน ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา

2. นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทำวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

ผลการตรวจสอบ คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” พบว่า ผ่านการยอมรับของ

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 คน ทั้งด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ สำนวนภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ ปรับสำนวนภาษา เนื้อหาให้มีความครอบคลุม และครบถ้วนมากขึ้น ผู้วิจัยนำรายละเอียดที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.3.3 แบบกำกับการทดลองการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ คือ

แบบสังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อติดตามการปฏิบัติของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วย ขณะทำการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ติดตามสังเกตโดยไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดเดียวกับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ปรับให้เป็นแบบสังเกต โดยเติมช่องการบันทึก ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ และไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหอผู้ป่วยหนัก ใช้เพื่อกำกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลตามรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อีก 1 คน (รวม 2 คน) เป็นผู้สังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของพยาบาล ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาลของ NIC และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC โดยทำเครื่องหมาย \checkmark ในช่องรายการ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน ไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ จะไม่คิดคะแนน และจำนวนข้อ โดยพยาบาลต้องปฏิบัติตามการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในแต่ละด้านไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของรายการทั้งหมด สำหรับผู้ป่วย 1 ราย

ผลการสังเกต พบว่า คะแนนการสังเกตการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ข้อ มีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามีการปฏิบัติทั้ง 10 ข้อ คิดเป็น 100 % และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล มีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามีการปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 73 ข้อ จากทั้งหมด 79 ข้อ คิดเป็น 92.4% (ตามตารางที่ 16) และพบว่าคะแนนการสังเกตการปฏิบัติการใช้รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล มีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็น

สอดคล้องตรงกันว่ามีกรปฏิบัติ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ จากทั้งหมด 18 ข้อ คิดเป็น 88.89% (ตามตารางที่ 17) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 ถือว่า ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคะแนนของการนำไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คนดังกล่าวข้างต้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษา การสื่อความ ความเหมาะสมกับเนื้อหา และความถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมทั้งความถูกต้องของการวัด และเกณฑ์การพิจารณาคะแนน พร้อมทั้งขอความคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์การยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 คน ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา

ผลการตรวจสอบ เครื่องมือ แบบสังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยหนัก พบว่า ผ่านการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 คน ทั้งด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ สำนวนภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ ปรับสำนวนภาษา เนื้อหาให้มีความครอบคลุมและครบถ้วนมากขึ้น ผู้วิจัยนำรายละเอียดที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกับประชากรที่ศึกษา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อีก 1 คน (รวม 2 คน) เป็นผู้สังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของพยาบาล โดยสังเกตพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG จำนวน 5 คน ในช่วงเวลา 15.00 น.-18.00 น. โดยการสังเกตพร้อมๆ กันอย่างต่อเนื่องกับผู้ช่วยวิจัย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) จากสูตร (Polit and Hungler, 1987) ได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับ คือ = 0.81

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนครั้งของการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนครั้งของการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดการประเมินระดับความรู้สึก (Affective component) ของ Traindis (1971) ประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาลของ รุจา ภูไพบูลย์ (2542) และการประเมินพึงพอใจในงานโดยใช้แนวคิดของ Slavitt et al. (1978) และมีตัวอย่างจากแบบประเมินความพึงพอใจในงานของ นัยนา ศรีนวลคี (2546) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการร่วมบริหารในหอผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ Slavitt et al. (1978) ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

1. ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เป็นความพึงพอใจของพยาบาลต่อองค์ประกอบของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ในความครอบคลุมการพยาบาลองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย มีความเข้าใจง่าย ได้ใจความ สะดวก ใช้เวลาในการบันทึกน้อย สามารถสื่อความหมายได้ตรงกัน และการจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่เหมาะสม จำนวน 18 ข้อ

2. ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ เป็นความพึงพอใจของพยาบาลต่อประโยชน์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล นำไปใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล การศึกษาวิจัย เป็นหลักฐานทางกฎหมายและการจัดการด้านการเงิน จำนวน 18 ข้อ

3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล เป็นความพึงพอใจของพยาบาลต่องานที่ปฏิบัติใน 3 ด้าน คือ ลักษณะงาน ความเป็นอิสระในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน มีข้อคำถาม 30 ข้อ ดังนี้

ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน	10 ข้อ
ความพึงพอใจต่อความเป็นอิสระในงาน	10 ข้อ
ความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	10 ข้อ

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลทั้ง 3 ตอน คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้

และความพึงพอใจในงานของพยาบาล มีลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความพึงพอใจ	ความหมาย
5 พึงพอใจมากที่สุด	ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการ จําแนกทางการพยาบาลตามข้อความที่ระบุ ในระดับมากที่สุด (81-100%)
4 พึงพอใจมาก	ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการ จําแนกทางการพยาบาลตามข้อความที่ระบุ ในระดับมาก (61-80%)
3 พึงพอใจปานกลาง	ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการ จําแนกทางการพยาบาลตามข้อความที่ระบุ ในระดับปานกลาง (41-60%)
2 พึงพอใจน้อย	ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการ จําแนกทางการพยาบาลตามข้อความที่ระบุ ในระดับน้อย (21-40%)
1 พึงพอใจน้อยที่สุด	ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ การจําแนกทางการพยาบาลตามข้อความที่ระบุ ในระดับน้อยที่สุด (1-20%)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล มีดังนี้ (ประคอง
กรรมสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีความพึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	มีความพึงพอใจมาก
2.50-3.49	มีความพึงพอใจปานกลาง
1.50-2.49	มีความพึงพอใจน้อย
1.00-1.49	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 คน ดังกล่าวข้างต้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล รวมทั้งความถูกต้องของการวัดและเกณฑ์พิจารณาคะแนน โดยหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จากดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ที่ยอมรับได้คือ 0.8 (Davis, 1992) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้ง 3 ตอนเท่ากับ .083, 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้
2. นำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อความถูกต้องเหมาะสม ผลการปรับปรุง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนข้อคำถามเดิม แต่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขการใช้ภาษา จำนวน 10 ข้อ
3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต หลังผ่าตัดหัวใจ CABG อาคารสยามินทร์ ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน
4. วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Burns & Grove, 1997) ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน เท่ากับ 0.93, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2.2. แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยเลขที่โรงพยาบาล (Hospital number) ของผู้ป่วย อายุ เพศ วัน เดือน ปี เวลาที่รับและย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช การวินิจฉัยโรค ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจก่อนการผ่าตัด จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก คำนวณได้โดย

จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก = $\frac{\text{จำนวนวันที่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก} - \text{ถึงวันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก}}{\text{จำนวนวันที่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก}}$

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง และขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** เป็นการเตรียมการด้านต่างๆ ทั้งด้านเอกสารคู่มือ สถานที่ทำการทดลองและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดย

- 1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในการสร้างเครื่องมือ
- 1.2 เตรียมสถานที่ โดยผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลอายุรศาสตร์ฯ ที่รับผิดชอบดูแลหอผู้ป่วยหนักศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตทำการวิจัยในคน และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและอนุญาตให้ทำการวิจัยได้
- 1.3 ปรึกษาขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการเก็บข้อมูล
- 1.4 เตรียมพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ที่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยให้รับทราบแผนการอบรม วัน เวลา และสถานที่อบรม
- 1.5 รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ก่อนการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีจำนวน 13 คน ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 3 วัน (ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2550 ถึง วันที่ 3 ธันวาคม 2550)
- 1.6 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่จัดทำขึ้น โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยในช่วงที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ช่วงเวลา 2 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 พฤศจิกายน 2550

2. **ขั้นดำเนินการทดลอง**

2.1 **ระยะก่อนการทดลอง**

เป็นระยะสร้างเจตคติและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยการสร้างความคิด ความรู้สึกที่ดี ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีความตั้งใจมุ่งมั่น เพื่อให้องค์การได้รับผลสำเร็จ ดำเนินการ โดย

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ” ใช้เวลา 2 วัน คือ วันที่ 14-15

ธันวาคม 2550 ณ ห้องประชุมเล็ก อาคารศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้เวลาเฉพาะช่วงเช้าโดยผู้เข้าประชุมเป็นพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจประจำหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 จำนวน 13 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 6 และ 7 คนตามลำดับ

2. ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและนำเสนอต่อที่ประชุม เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในกลุ่มมือ เกี่ยวกับรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.2 ระยะเวลาทดลอง

1. ผู้วิจัยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 ที่เข้าร่วมโครงการ ประชุมทำความเข้าใจ ระดมความคิดเห็นในการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และคู่มือการปฏิบัติงานตามรายละเอียดของการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดีทั้งการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนด ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2. นำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่ร่วมกันสร้างขึ้น ให้พยาบาลหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 13 คนไปดำเนินการทดลองในการปฏิบัติงานตามขั้นตอนและคู่มือการปฏิบัติงาน โดยใช้การใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ใช้เวลาดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลนาน 2 เดือน ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551

3. ในการกำกับทดลองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวม 1 คน สังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติงานในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้ง 3 ด้าน และบันทึกการปฏิบัติงานในแบบกำกับการทดลอง โดยทำทุกวันที่มีผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกำหนดช่วงเวลาการกำกับ ตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดมาแล้วประมาณ ½ ชั่วโมง และอยู่ในความดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก โดยพยาบาลหอผู้ป่วยหนักรับช่วงการดูแลต่อจากพยาบาลประจำห้องผ่าตัดที่มาส่ง และทำการสุ่มพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 จำนวน 5 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการกำกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ต่อผู้ป่วย คนละ 1 เวร ซึ่งผลการสังเกต พบว่าจะเน้นการสังเกตการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลมีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็น

สอดคล้องตรงกันว่ามีการปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ คิดเป็น 100% และการจำแนกกิจกรรมทางการแพทย์ มีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามีการปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 140 ข้อ จากทั้งหมด 150 ข้อ คิดเป็น 93.3% และคะแนนการสังเกตการปฏิบัติการใช้รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการแพทย์ มีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามีการปฏิบัติ รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ จากทั้งหมด 40 ข้อ คิดเป็น 87.5%



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง (ใช้เวลา 4 สัปดาห์)

- เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
- เตรียมสถานที่ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
- ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5
- เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการทดลองที่ใช้รูปแบบเดิม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

2. ขั้นดำเนินการทดลอง (ใช้เวลา 12 สัปดาห์)

การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง (ใช้เวลา 1 สัปดาห์)

เป็นระยะสร้างเจตคติและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยการสร้างความคิด ความรู้สึกที่ดี ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีความตั้งใจมุ่งมั่น เพื่อให้โครงการได้รับผลสำเร็จ

ขั้นที่ 2 ระยะทดลอง (ใช้เวลา 10 สัปดาห์)

-โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาล ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ตามมาตรฐานการพยาบาล โดยนำเสนอแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ในการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และแนวคิดการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, NOC (Johnson et al., 2006)

-ระดมความคิดของพยาบาลเพื่อสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยหนัก และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลตามเนื้อหาที่ร่วมกันกำหนด

-หลังมีการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ที่ได้จากการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหอผู้ป่วยแล้ว นำไปดำเนินการทดลองในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5

ขั้นที่ 3. ขั้นประเมินผลการทดลอง (ใช้เวลา 1 สัปดาห์)

-เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

2.3. การรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักในผู้ป่วยแต่ละราย คือ เมื่อมีการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 30 คน ที่ได้จากการเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงที่มีภูมิหลังคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม ในด้าน อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 รวมเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจชุดเดิมทั้ง 3 ชุด ที่ประเมินก่อนการทดลอง ใช้เวลาทั้งหมด 3 วัน คือ วันที่ 3 มีนาคม 2551 ถึง 5 มีนาคม 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window (Statistical Package for the Social Science) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์แจกแจง ความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test statistical) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มที่มีและไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test statistical) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4 –5)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้รูปแบบการ
 จำแนกทางการแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์
 จำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม และประสิทธิภาพในการ
 บีบตัวของหัวใจ

ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย	กลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการ จำแนกทางการแพทย์ (n ₁ = 30)		กลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการ จำแนกทางการแพทย์ (n ₂ = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ			
ชาย	19	63.33	19	63.33
หญิง	11	36.67	11	36.67
อายุ				
ต่ำกว่า 55 ปี	5	16.67	7	23.33
56-65 ปี	7	23.33	11	36.67
66-75 ปี	13	43.33	8	26.67
76 ปีขึ้นไป	5	16.67	4	13.33
การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม				
CAD	10	33.33	9	30.00
CAD+DM	8	26.67	5	16.67
CAD+HT	7	23.33	5	16.67
CAD+DM+HT	5	16.67	11	36.66

ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย	กลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการ จำแนกทางการแพทย์พยาบาล (n ₁ = 30)		กลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการ จำแนกทางการแพทย์พยาบาล (n ₂ =30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ประสิทธิภาพในการบีบตัว ของหัวใจ(%)			
19-35	6	20.00	2	6.67
35-51	4	13.33	5	16.67
52-68	7	23.33	14	46.66
59-85	13	43.34	9	30.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาล และผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาล ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.33 เท่ากัน ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาล ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 66-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 ส่วนผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาล ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาล ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น CAD มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาล ส่วนมากมีการวินิจฉัยโรคเป็น CAD+DM+HT คิดเป็นร้อยละ 36.66 ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ในกลุ่มก่อนการทดลอง ส่วนมากอยู่ในช่วง 59-85% คิดเป็นร้อยละ 43.34 และในกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 52-68 คิดเป็นร้อยละ 46.66

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานวิชาชีพ ระดับการศึกษา ระดับเงินเดือน (N=13)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
23-25 ปี	6	46.15
26-29 ปี	5	38.46
30 ปีขึ้นไป	2	15.39
ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก		
1-3 ปี	7	53.85
4-6 ปี	4	30.77
7 ปีขึ้นไป	2	15.38
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ		
1-3 ปี	6	46.15
4-6 ปี	4	30.77
7 ปีขึ้นไป	3	23.08
ระดับเงินเดือน		
8,000 – 15,000 บาท	11	84.62
15,001 – 20,000 บาท	1	7.69
มากกว่า 20,000 บาท	1	7.69

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนมาก มีอายุ 23-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.15 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เป็นเวลา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.15 ได้รับเงินเดือน 8,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 84.62

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 6-14)

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
ในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน

ความพึงพอใจในโครงสร้าง ของรูปแบบการจำแนก ทางการพยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
1. รูปแบบการจำแนก การวินิจฉัยการพยาบาล	3.08	0.55	ปานกลาง	4.21	0.67	มาก	-4.44*
2. รูปแบบการจำแนก กิจกรรมการพยาบาล	3.26	0.58	ปานกลาง	4.24	0.54	มาก	-4.25*
3. รูปแบบการจำแนก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	2.90	0.54	ปานกลาง	4.21	0.59	มาก	-5.95*
รวม	3.08	0.50	ปานกลาง	4.22	0.58	มาก	-5.14*

$p^* < .05$

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ ในโครงสร้างของ
รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง แสดงให้เห็นว่า คะแนนความ
พึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการ
ทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลรายข้อ

ความพึงพอใจในโครงสร้างของ รูปแบบการจำแนกทางการ พยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัย ทางการพยาบาล	3.08	0.55	ปานกลาง	4.21	0.67	มาก	-4.44*
1. ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์ รวมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	3.38	0.65	ปานกลาง	4.00	0.71	มาก	-2.55*
2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	3.08	0.76	ปานกลาง	4.08	0.64	มาก	-4.42*
3. สะดวก	3.08	0.76	ปานกลาง	4.08	0.76	มาก	-3.34*
4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	3.08	0.86	ปานกลาง	4.62	1.45	มากที่สุด	-3.46*
5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	2.92	0.76	ปานกลาง	4.15	0.69	มาก	-3.81*
6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็น หมวดหมู่และเหมาะสม	2.92	0.76	ปานกลาง	4.31	0.63	มาก	-4.78*
รูปแบบการจำแนกกิจกรรม ทางการพยาบาล	3.26	0.58	ปานกลาง	4.24	0.54	มาก	-4.25*
7. ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์ รวมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	3.38	0.65	ปานกลาง	4.15	0.69	มาก	-2.74*
8. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	3.46	0.66	ปานกลาง	4.15	0.69	มาก	-3.32*
9. สะดวก	3.38	0.65	ปานกลาง	4.31	0.63	มาก	-3.49*
10. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	3.23	1.09	ปานกลาง	4.31	0.63	มาก	-2.69*
11. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	3.15	0.90	ปานกลาง	4.23	0.60	มาก	-3.27*
12. การจัดลำดับเนื้อหาเป็น หมวดหมู่และเหมาะสม	2.92	0.64	ปานกลาง	4.31	0.63	มาก	-4.78*

ความพึงพอใจในโครงสร้างของ รูปแบบการจำแนกทางการ พยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ ทางการพยาบาล	2.90	0.54	ปานกลาง	4.21	0.59	มาก	-5.95*
13. ครอบคลุมการพยาบาลครบ องค์รวมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	3.00	0.58	ปานกลาง	4.00	0.71	มาก	-3.95*
14. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	3.00	0.58	ปานกลาง	4.08	0.76	มาก	-3.74*
15. สะดวก	2.85	0.55	ปานกลาง	4.23	0.60	มาก	-7.68*
16. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	2.77	0.83	ปานกลาง	4.31	0.63	มาก	-5.28*
17. สื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงกัน	2.85	0.80	ปานกลาง	4.23	0.60	มาก	-4.78*
18. การจัดลำดับเนื้อหาเป็น หมวดหมู่และเหมาะสม	2.92	0.95	ปานกลาง	4.38	0.65	มาก	-4.68*

p* < .05

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจใน โครงสร้างของรูปแบบทางการพยาบาลของพยาบาลรายข้อทุกข้อ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลอง มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้โดยรวมและรายด้าน

ความพึงพอใจ ในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ	
1.รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล	3.14	0.57	ปานกลาง	4.21	0.67	มาก	-4.49*
2.รูปแบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล	3.22	0.64	ปานกลาง	4.22	0.66	มาก	-4.61*
3.รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล	3.06	0.86	ปานกลาง	4.22	0.65	มาก	-4.37*
รวม	3.14	0.66	ปานกลาง	4.21	0.66	มาก	-4.68*

$p^* < .05$

จากตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง แสดงให้เห็นว่า คะแนนความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้รายข้อ

ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล	3.14	0.57	ปานกลาง	4.21	0.67	มาก	-4.49*
1. ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ	3.23	0.83	ปานกลาง	4.00	0.91	มาก	-2.03*
2. ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล	3.38	0.77	ปานกลาง	4.23	0.73	มาก	-3.40*
3. ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล	3.31	0.75	ปานกลาง	4.23	0.83	มาก	-3.21*
4. ใช้ในการศึกษาวิจัย	2.62	0.77	ปานกลาง	4.31	0.75	มาก	-6.44*
5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	3.77	0.93	มาก	4.31	0.75	มาก	-1.72
6. ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน	2.54	1.05	ปานกลาง	4.15	0.80	มาก	-3.88*
รูปแบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล	3.22	0.64	ปานกลาง	4.22	0.66	มาก	-4.61*
7. ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ	3.54	0.97	มาก	4.00	0.91	มาก	-1.48
8. ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล	3.62	0.65	มาก	4.31	0.75	มาก	-2.92*
9. ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล	3.15	0.9	ปานกลาง	4.31	0.75	มาก	-6.04*
ตารางที่ 9 (ต่อ) วิจัย	2.62	0.87	ปานกลาง	4.23	0.73	มาก	-5.20*
11. เชมบนทฤษฎีเนทางกฎหมาย	3.77	0.93	มาก	4.31	0.75	มาก	-1.72
12. ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน	2.62	1.12	ปานกลาง	4.15	0.69	มาก	-3.83*

ความพึงพอใจในการนำรูปแบบ การจำแนกทางการพยาบาลไปใช้	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ	
รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการ พยาบาล	3.06	0.86	ปานกลาง	4.22	0.65	มาก	-4.37*
13. ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่าง ทีมสุขภาพ	3.31	1.03	ปานกลาง	4.08	0.86	มาก	-2.13
14. ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการ พยาบาล	3.46	1.05	ปานกลาง	4.31	0.75	มาก	-3.09*
15. ใช้แสดงความเป็นอิสระของ วิชาชีพพยาบาล	3.00	0.91	ปานกลาง	4.23	0.73	มาก	-4.79*
16. ใช้ในการศึกษาวิจัย	2.77	1.01	ปานกลาง	4.23	0.73	มาก	-4.16*
17. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	3.31	1.18	ปานกลาง	4.23	0.73	มาก	-2.98*
18. ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน	2.54	1.05	ปานกลาง	4.23	0.73	มาก	-4.88*

p* < .05

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลด้านการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้รายชื่อ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลไปใช้ในการใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลอง มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ยกเว้นความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล และรูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลไปใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ
พึงพอใจในงานของพยาบาล โดยรวมและรายด้าน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
1. ลักษณะงาน	3.67	0.42	มาก	4.45	0.46	มาก	-3.92*
2. ความเป็นอิสระในงาน	3.55	0.36	มาก	4.22	0.70	มาก	-2.73*
3. ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	3.76	0.69	มาก	4.35	0.60	มาก	-1.93
รวม	3.66	0.46	มาก	4.34	0.56	มาก	-2.81*

p* < .05

จากตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อน และหลัง เข้ารับการทดลอง พบว่า ความพึงพอใจโดยรวม และรายด้านทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ลักษณะงาน และความเป็นอิสระในงาน มีความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ไม่แตกต่างกัน โดยที่ความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
ในงานของพยาบาล ด้านลักษณะงาน จำแนกเป็นรายชื่อ (N=13)

ความพึงพอใจในลักษณะงาน ของพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นรายบุคคลได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม	3.62	0.51	มาก	4.38	0.65	มาก	-2.03*
2. มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ในการ ปฏิบัติงาน	3.77	0.44	มาก	4.46	0.52	มาก	-3.40*
3. มีโอกาสกำหนดเป้าหมายการ ปฏิบัติงานของตนเอง	3.69	0.63	มาก	4.46	0.52	มาก	-3.21*
4. มีส่วนร่วมในการจัดทำ มาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือ การปฏิบัติงานที่ใช้ในหน่วยงาน เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล	3.54	0.78	มาก	4.46	0.52	มาก	-6.44*
5. มีโอกาสประเมินผลการ ปฏิบัติงานของตนเอง	3.54	0.78	มาก	4.54	0.52	มากที่สุด	-1.72
6. มีส่วนร่วมในการพัฒนางานของ หน่วยงาน	3.46	0.66	ปานกลาง	4.46	0.66	มาก	-3.88*
7. มีส่วนช่วยให้งานในหน่วยงาน ประสบความสำเร็จ	3.69	0.85	มาก	4.38	0.51	มาก	-1.48
8. กิจกรรมการปฏิบัติงานช่วย เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถของ ท่าน	3.85	0.55	มาก	4.54	0.52	มากที่สุด	-2.92*
9. มีความรู้สึกมั่นใจในการ ปฏิบัติงานที่ทำอยู่	3.85	0.69	มาก	4.31	0.63	มาก	-6.04*
10. มีความรู้สึกภาคภูมิใจในการ ปฏิบัติงานที่ทำอยู่	3.69	0.48	มาก	4.46	0.52	มาก	-5.20*
รวม	3.67	0.42	มาก	4.45	0.46	มาก	-3.92*

$p^* < .05$

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในลักษณะงานของพยาบาลโดยรวม และรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ยกเว้น ด้านมีโอกาสประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง และด้านมีส่วนช่วยให้งานในหน่วยงานประสบความสำเร็จไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
ในความเป็นอิสระในงานของพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ (N=13)

ความพึงพอใจในความเป็นอิสระ ในงานของพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
1. มีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์ ในการปฏิบัติงาน	3.38	0.65	ปานกลาง	4.08	0.86	มาก	-1.72
2. สามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อ ประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่าง ครอบคลุมตามหลักวิชา	3.46	0.88	ปานกลาง	4.31	0.63	มาก	-3.83*
3. มีอิสระที่จะกำหนดวิธีการ ทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วย ตนเอง	3.54	0.66	มาก	4.23	0.60	มาก	-2.13
4. สามารถตัดสินใจให้การ พยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเองภายใต้ ขอบเขตของวิชาชีพ	3.92	0.49	มาก	4.38	0.65	มาก	-3.09*
5. สามารถปรับปรุงการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดหลักกระบวนการพยาบาล	3.92	0.49	มาก	4.46	0.52	มาก	-4.79*
6. สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม กับสถานการณ์	3.69	0.63	มาก	4.46	0.52	มาก	-4.16*
7. ท่านได้รับการยอมรับจาก หน่วยงานให้เป็นแบบอย่างต่อผู้อื่น ในการแก้ปัญหาผู้ป่วย	3.31	0.63	ปานกลาง	4.46	0.52	มาก	-2.98*
8. สามารถประเมินผลการ ปฏิบัติงานของหน่วยงานได้อย่าง ต่อเนื่อง	3.46	0.52	ปานกลาง	4.54	0.52	มากที่สุด	-4.88*
9. สามารถให้คำปรึกษาแนะนำการ ปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงานได้อย่าง เหมาะสม	3.46	0.52	ปานกลาง	4.46	0.66	มาก	-2.99*

ความพึงพอใจในความเป็นอิสระ ในงานของพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
10. สามารถเสนอความคิดเห็นเพื่อ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน	3.38	0.65	ปานกลาง	4.38	0.51	มาก	-3.32*
รวม	3.55	0.36	มาก	4.22	0.70	มาก	-2.73*

$p^* < .05$

ตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในความเป็นอิสระในงานของพยาบาล โดยรวม และรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ยกเว้น ด้านมีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน และด้านมีอิสระที่จะกำหนดวิธีการทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
 ในความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ (N=13)

ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับ ผู้ร่วมงานของพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
1. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการปฏิบัติงานกับบุคลากร อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ	3.46	0.88	ปานกลาง	4.54	0.52	มากที่สุด	-2.99*
2. มีการประสานงานกับผู้ร่วมงาน ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.77	0.6	มาก	4.31	0.63	มาก	-3.49*
3. มีการประสานงานกับบุคลากร อื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	3.62	0.77	มาก	4.46	0.52	มาก	-3.34*
4. มีการปรึกษาหารือและวางแผนการ ปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อ ปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน	3.69	0.95	มาก	4.08	0.86	มาก	-3.34*
5. มีการปฏิบัติงานเป็นทีมในการ ดูแลผู้ป่วย	4.00	0.58	มาก	4.31	0.63	มาก	-2.11
6. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างท่านและผู้ร่วมงานในการ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	3.92	0.95	มาก	4.23	0.60	มาก	-3.32*
7. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา	3.92	0.86	มาก	4.38	0.65	มาก	-1.39
8. มีการให้ความช่วยเหลือในการ ปฏิบัติงานซึ่งกันและกันระหว่าง ท่านและผู้ร่วมงาน	4.00	0.71	มาก	4.38	0.77	มาก	-3.83*
9. การได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ ระหว่างทีมผู้ร่วมงานและ ผู้บังคับบัญชา	3.77	0.73	มาก	4.46	0.66	มาก	-2.42*

ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับ ผู้ร่วมงานของพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
10. บรรยากาศในการทำงานอบอุ่น และเป็นมิตร	3.46	0.88	ปานกลาง	3.92	0.95	มาก	-3.40*
รวม	3.76	0.69	มาก	4.35	0.60	มาก	-1.93

p* < .05

ตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาล รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ยกเว้นด้านมีการปฏิบัติงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย และด้านเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาล โดยรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการ
 จำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มมีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

ตารางที่ 14 ตารางแจกแจงความถี่ และร้อยละของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้
 ใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการ
 จำแนกทางการพยาบาล

จำนวนวัน นอน ของผู้ป่วย (วัน)	กลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนก ทางการพยาบาล (n ₁ = 30)		กลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนก ทางการพยาบาล (n ₂ =30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	1	3	10.00	15
2	17	56.70	11	36.70
3	4	13.30	3	10.00
4	-	-	1	3.30
5	5	16.70	-	-
6	-	-	-	-
7	-	-	-	-
8	1	3.30	-	-

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล
 ส่วนใหญ่มีจำนวนวันนอน 2 วัน คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนก
 ทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนวันนอน 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.00

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ
พึงพอใจของพยาบาล

ความพึงพอใจ ของพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				df	t
	(n ₁ =13)				(n ₂ =13)					
	MAX	MIN	\bar{X}	S.D.	MAX	MIN	\bar{X}	S.D.		
โดยรวม	3.95	2.52	3.36	.40	5	3.23	4.26	.52	12	-4.25*

p* < .05

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อน และหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่มี และไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 13 คน และกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วงที่ไม่มี การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล การคัดเลือกผู้ป่วยเป็นแบบเฉพาะเจาะจงที่มีภูมิหลังคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมในด้าน การวินิจฉัยโรค เพศ อายุ และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ (Ejection Fraction) ก่อนการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองประกอบด้วย รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ด้านการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยบูรณาการแนวคิดของ NANDA (Ralph et al., 2005), NIC (Dochterman and Bulechek, 2004), และ NOC (Moorhead et al., 2004) โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1984) และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG (อัจฉรา เสดถุพิทักษ์ และคณะ, 2543) คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” เป็นเอกสารเพื่อแนะนำวิธีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเช่นเดียวกับรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล แบบกำกับกับการทดลองการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก เป็นเอกสารที่ใช้ประเมินผลการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเช่นเดียวกับรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ใน 3 ด้าน

คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดการวัดระดับความรู้สึก (Affective component) ของ Traindis (1971) ประโยชน์ของการจำแนกทางการพยาบาลของ รุจา ภูไพบูลย์ (2542) และการวัดความพึงพอใจในงานโดยใช้แนวคิดของ Slavitt et al. (1978) เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่า เท่ากับ 0.82, 0.83 และ 0.89 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลองหลังจากเก็บข้อมูลย้อนหลังสำหรับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในช่วงที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Pre-test) และหลังจากกลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล (ชุดเดิม) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง (Post-test)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS/PC โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลทั้ง 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากนั้นเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (Dependent t-test statistic) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และกลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test statistic) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจของพยาบาล ทั้ง 3 ด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยลำดับ ดังนี้

1.1 ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน

1.2 ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงาน ก่อนและหลังการทดลองโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ลักษณะงาน และความเป็นอิสระในงาน มีความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ไม่แตกต่างกัน

2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่มีและไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล คือ 1.67 วัน และ 2.73 วัน ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งประเมิน 3 ประการ คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ทั้ง 3 ประการ หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของพยาบาล ก่อน และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง (ตามตารางที่ 6) อธิบายได้ว่าเนื่องจากรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ของ NANDA, NIC, และ NOC เป็นรูปแบบใหม่ที่สามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ในทุกขั้นตอน คือการวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้กิจกรรมทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นอกจากนี้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลยังมีความครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ถึงเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลและมีกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกระบบในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดจนบ่งบอกถึงการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลดีและมีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด ทำให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Frederick & Watters (2003) ที่ได้บูรณาการ การจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC ไปใช้ในระบบการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล ส่งผลต่อการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lippens (2003) ที่นำการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมการติดเชื้อ ในสถานบริการสุขภาพ พบว่าสามารถช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลได้รับความสะดวกและรวดเร็วขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล

เมื่อจำแนกตามรายชื่อของความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย เข้าใจง่าย ได้ใจความ สะดวก ใช้เวลาในการบันทึกน้อย สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน และมีการจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตามตารางที่ 7) อธิบายได้ว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อองค์ประกอบของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบใหม่ ที่มีรายละเอียดของข้อมูลด้านข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครบถ้วนและครอบคลุม ประกอบกับรูปแบบใหม่ใช้วิธีการบันทึกเครื่องหมายถูก ลงในช่อง เป็นวิธีการ Check list ทำให้สะดวก และใช้เวลาบันทึกน้อย พยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามข้อมูลที่มีอยู่ในรูปแบบที่เป็นในแนวทางเดียวกัน ประกอบกับการใช้องค์ความรู้และวิจารณญาณของ

ตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพ พยาบาลจึงมีความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสูงกว่ารูปแบบเดิม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lunney (2006) ที่พบว่า การนำรูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC มาให้พยาบาลใช้ พบว่า การวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำและครอบคลุม ช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ถูกต้องดียิ่งขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ช่วยให้ระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง ทำให้พยาบาลสามารถใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Delaney et al. (2006) ที่ศึกษาการนำการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC ไปใช้ในโรงพยาบาลพบว่า ทำให้พยาบาลวิเคราะห์คัดลินปัญหาผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ใช้เวลาในการบันทึกทางการพยาบาลลดลง และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ลดความเครียดในการทำงาน และพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงขึ้น

1.2. ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง (ตามตารางที่ 8-9) โดยรวม รายด้าน และรายข้ออธิบายได้ดังนี้

ด้านการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลและการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในประโยชน์ของรูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ใช้ในการศึกษาวิจัย และใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล มีความครอบคลุม สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างชัดเจน และมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด จนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก มีกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ถึงเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกได้รวดเร็ว แม่นยำ สามารถบันทึกข้อมูลและจัดทำรายงานได้รวดเร็ว พยาบาลจะทำกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็น ได้ตรงตามความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ทำให้ประหยัดเวลา ทรัพยากร

แรงงาน ผลลัพธ์ที่เกิดแก่ผู้ป่วยเป็นไปตามความคาดหวัง และพยาบาลยังสามารถทบทวนผลของงานที่ทำไปได้ด้วย นอกจากนี้การนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ ยังแสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากพยาบาลสามารถใช้องค์ความรู้ประกอบวิจารณญาณของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ไม่เกิดความคลุมเครือว่าสิ่งใดใช่หรือไม่ใช่กิจกรรมทางการพยาบาล และช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การดูแลอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิดทางการพยาบาล การนำไปใช้ประโยชน์ด้านการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล เนื่องจากการที่มีการเก็บข้อมูล เป็นการระบุความชัดเจนในการจำแนกปัญหาทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ช่วยให้การวิจัยทางการพยาบาลง่ายขึ้น สามารถตั้งคำถามและตอบคำถาม เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาพยาบาลได้อย่างมากมาย และใช้เพื่อการจัดการด้านการเงินได้ เนื่องจากใช้เป็นแนวทางในการเบิกจ่ายค่ารักษาดูแลจากผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา ในประเทศไทยเริ่มมี DRG เป็นแนวทางในการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการดูแล ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่มีการบันทึกอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้บริหาร โรงพยาบาลสามารถวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาล รวมทั้งพิจารณาจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม และการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจำแนกระดับปัญหาของผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลและแนวทางการประเมินผลการดูแลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (2003) ที่ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้การจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC พบว่า ทำให้การติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลสมบูรณ์ขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี

สำหรับการนำรูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล ในการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะในการบันทึกทางการพยาบาลทั้งก่อนและหลังมีการใช้รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล มีการบันทึกที่สมบูรณ์ ครบถ้วน ที่เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอยู่แล้ว จึงทำให้มีผลไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบทั้ง 2 ด้านอาจเป็นเพราะรูปแบบวิธีการที่บันทึกก่อให้เกิดความสะดวก ต่อพยาบาลในการบันทึกสิ่งที่ดำเนินการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย มีความแตกต่าง โดยที่พยาบาลมีความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล อาจเป็นเพราะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่มีการบันทึกในปัจจุบัน หรือก่อนการทดลอง เป็นการบันทึกสิ่งที่

ได้ดำเนินการจริง ไว้เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์อาจไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้อย่างชัดเจน เช่นที่มีปรากฏในการนำรูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลไปใช้

นอกจากนี้ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และรูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะ การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 มีหลายช่องทางที่ทำให้การดูแลรักษามีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากการบันทึกแล้ว ยังใช้วิธีการส่งต่อด้วยวาจา การนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ จึงไม่มีความแตกต่าง

1.3. จากผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้าน สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

ด้านลักษณะงาน และความเป็นอิสระในงาน พยาบาลมีความพึงพอใจหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้จากการที่ลักษณะงานบริการในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นับเป็นงานที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล ซึ่งก่อนการใช้ รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้บริการที่ช่วยแก้ไขภาวะวิกฤตด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นอันตรายที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย หลังจากมีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ที่มีการ จัดระบบการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่มีความครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น และเป็นหมวดหมู่ใน แนวทางเดียวกัน ทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว ง่ายต่อการใช้งาน พยาบาลมีอิสระในการพิจารณานำ รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ตามวิจรรย์และองค์ความรู้ ของตนเอง ทำให้พยาบาลสามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และยังส่งผลให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เด่นชัดขึ้น และที่สำคัญ ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ และ โชคชัย อุบลม่วง (2543), Lunney (2006), และ Delaney et al. (2006) ที่พบว่า การใช้รูปแบบการ จำแนกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องมี ความครอบคลุมองค์รวม ช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำไปสู่ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ คือผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ สร้างความประทับใจและ พัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก นั้นใช้การมอบหมายงานให้พยาบาลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ไม่ว่าจะใช้แนวทางการปฏิบัติจากรูปแบบเดิม หรือเมื่อนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลมาใช้ พยาบาลต่างมีอิสระในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเองภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบและกฎหมายวิชาชีพ ได้เช่นเดียวกัน จึงไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ส่งผลให้ความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจของพยาบาลทั้ง ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากพยาบาลเข้าใจและเห็นความสำคัญถึงองค์ประกอบของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลที่มีความครอบคลุมการพยาบาลอย่างครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจง่าย ได้ใจความ สะดวก ใช้เวลาในการบันทึกน้อย สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน และมีการจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม และเห็นถึงประโยชน์ของการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล ใช้ในการศึกษาวิจัย ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และที่สำคัญความพึงพอใจในงานของพยาบาลทั้งด้านลักษณะของงาน ความเป็นอิสระในการทำงาน และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่าการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักนั้น ช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผลการวิจัยที่พบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลังใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล การที่ผู้วิจัยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ช่วยให้พยาบาลมีความรู้สึกและมีทัศนคติที่ดีในการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน และส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

2. จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในการให้บริการ

พยาบาลตามรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลเป็นอย่างดี ทั้งด้านการใช้การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้านช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย จากรูปแบบที่เป็นแบบ Check list ที่มีความเข้าใจง่าย ได้ใจความและสะดวก ใช้เวลาในการบันทึกน้อย สามารถสื่อความหมายในทีมสุขภาพได้ชัดเจนตรงกัน การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพมากขึ้น ส่งผลต่อจำนวนวันนอนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และคณะ (2542), Frederick and Watters (2003), Gec and Health Care Centre (2006), และ Welton and Halloran (2005) ที่พบว่าการใช้การจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC (Johnson et al., 2006) ช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น จำนวนวันนอนลดลง

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล 1.67 วัน และ 2.73 วัน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก กับมาตรฐานของ Dartmouth-Hitchcock Medical Center (2005) ที่กำหนดจำนวนวันนอนมาตรฐานในหอผู้ป่วยหนัก คือ 24 ชั่วโมง หรือ 1 วัน นั้น พบว่าจำนวนวันนอน หลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล มากกว่า มาตรฐาน อาจอธิบายได้ว่า หอผู้ป่วยหนัก ยังไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่แน่นอนในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก บางครั้งสถานะของผู้ป่วยที่พร้อมย้ายได้ แต่ยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้ อาทิ เช่น ไม่มีเตียงรองรับในหอผู้ป่วยพักฟื้น แพทย์เจ้าของไข้ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้จำนวนวันนอนหลังการทดลอง ถึงแม้จะน้อยกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล แต่ยังคงสูงกว่ามาตรฐาน

จำนวนวันนอนเป็นผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการและสามารถสะท้อนถึงคุณภาพทั้งผู้รับบริการและขององค์กร คือการที่ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดพื้นหายจากโรคได้เร็ว สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้เร็ว ย่อมแสดงถึงคุณภาพการบริการที่ดีที่ผู้ป่วยได้รับ และการที่จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลง ทำให้โรงพยาบาลหมุนเวียนเตียงได้เร็วขึ้น แสดงถึงการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการด้านความพร้อมบริการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมขององค์กรด้วย (ยุพิน อังสุโรจน์, 2541)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะหอผู้ป่วยหนักเพียงบริบทเดียว ไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในบริบทอื่น งานวิจัยที่ศึกษาจึงจำกัดในด้านสถานที่ ผลการวิจัยที่ได้ อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังสถานที่นอกเหนืองานวิจัยนี้ และการที่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถามก่อน และหลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลเป็นกลุ่มเดียวกัน และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลนี้ด้วย จึงอาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการทดลองใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสูงขึ้น และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลง ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. โรงพยาบาลที่จะนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ ต้องมีการเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจหลักการ และแนวคิดรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลอย่างชัดเจน และตระหนักถึงความจำเป็น และการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เนื่องจากรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลเป็นรูปแบบใหม่ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งผู้บริหารและปฏิบัติงานโดยตรง
2. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจให้เป็นมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อประโยชน์ในการจัดการข้อมูลทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป
3. ผู้บริหารควรพิจารณาประกาศเป็นนโยบายและให้การสนับสนุนงานวิจัยเพื่อให้บรรลุผล

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในบริบทที่ต่างกัน
2. พัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในรูปแบบโปรแกรมประยุกต์ทางคอมพิวเตอร์

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- สาธาณสุข, กระทรวง กรมการแพทย์. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล.** (ม.ป.ท.).
- กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ. (2540). **รูปแบบการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในงานกับความสามารถในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลตำรวจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติธองกุล, สุวิภา นิตยงกุล และมนทกานติ ตระกูลดิษฐ์. (2542). **การพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลธิดา พรหมตุ่น. (2545). **โครงการฝึกอบรม เรื่องการบริหารแบบมีส่วนร่วม สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมพร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกียรติศรี สำราญเวชพร. (2541). **ชุดข้อมูลมาตรฐานการบำบัดทางการพยาบาล.** *รามาศิษย์สาร* 4(3): 330-346.
- คณะอนุกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล. (2540). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2).** กรุงเทพมหานคร: เดอะเบสท์กราฟฟิค แอนด์ ปริ้นท์.
- จันทร์ จินดา. (2546). **ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร พรหมพิทักษ์กุล และลัดดา อินทร์พรหมมา. (2543). **ค่าเรียกเก็บของผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยูพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช และศรานุช โทมระศักดิ์. (2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดีไซร์.
- จกกลณี ชุตินาเทวินทร์. (2542). **การฝึกอบรมเชิงพัฒนา.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันการสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์. (2541). การจัดการทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คารารัตน์ หงษ์ทอง. (2547). ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาศุ บุญทอง. (2533). พยาบาลกับการพัฒนาบุคลิกภาพ. ใน เอกสารการสอนชุดประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิศุจน์อักษร.
- ทัศนาศุ บุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- เทพพนม เมืองแมน และสวีน สุวรรณ. (2540). พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์ และ โชคชัย อุบลม่วง. (2543). การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบระบบสารสนเทศทางการพยาบาล. ใน การประชุมวิชาการพยาบาลสารสนเทศแห่งชาติ ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชมรมพยาบาลสารสนเทศแห่งประเทศไทย.
- ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. (2536). พฤติกรรมบุคคลในองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- นัยนา ศรีนวลดี. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการร่วมบริหารในหอผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ เพชรพงษ์. (2545). จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประชิด ศราษพันธุ์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความเครียดในงาน ภูมิหลังกับความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ตามการรับรู้ตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2550). โรคหลอดเลือดหัวใจ[Online]. แหล่งที่มา: <http://www.heartandcholesterol.com/new-info008.php>[2007, March 2]

- พัชรี คงปลอด. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี คงปลอด และยุพิน อังสุโรจน์. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความ พึงพอใจของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 19(1): 69-81.
- พันธุ์ศักดิ์ ลักษณ์บุญสง. (2549). Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). ใน วรรณต บำรุงสุข (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี, หน้า 58-67. กรุงเทพมหานคร: L.T. Press.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส และพวงผกา กรีทอง. (2544). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต, หน้า 60-65. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- เพ็ชรจิตต์ ภูมิศิริกุล. (2546). ผลของการจัดการบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลรอบครัวต่อความวิตก กังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญทอง มธุรชน. (2546). ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาริษา สมบัติบุรณ์. (2545). การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อบันทึกทางการ พยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- มาริษา สมบัติบุรณ์. (2545). คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการ พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
- มนทกานติ ตระกูลศิษฐ์ และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2547). แนวทางการกำหนดรหัสมาตรฐานการ ปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- รัตนา ลือวานิช. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รจนา ภูไพบูลย์. (2542). การพัฒนาข้อมูลทางการพยาบาลที่จำเป็นและระบบจำแนกข้อมูลทางการพยาบาลระยะเริ่มต้น (Nursing Minimum Data Set and Preliminary Nursing Classification Development). (ม.ป.ท.).
- รจนา ภูไพบูลย์. (2544). ข้อมูลและระบบการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาล ใน รจนา ภูไพบูลย์ และ เกียรติศรี ตำราญเวชพร, พยาบาลสารสนเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, เกศรา เสนงาม, กมลวรรณ ภูพัฒนานนท์, เขียวภา จารุชน เศรษฐ์, และนิตยา ปัญจมิทธิ. (2542). การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวโดยใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 3(2): 148-172.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.
- วิพร เสนารักษ์. (2546). การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิภา จีระแพทย์. (2544). สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธร วีระเวทวัฒน์. (2547). ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลแผนกสูติกรรมต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริกุล จันทน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การบริหารแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าพยาบาล กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ พิษิตชัยชาญ. (2544). การพัฒนาระบบบันทึกในการพยาบาลด้วยโปรแกรมประยุกต์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศุวัชรีย์ งามพิมาย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2540). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ (บรรณาธิการ), ตำราการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหัวใจ, หน้า 82-98. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวย.

- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543). **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาบูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดีไซร์.
- สุกิจ เข้มวษ์. (2550). **โรคหลอดเลือดหัวใจ**[Online]. แหล่งที่มา: http://elib-online.com/doctors49/med_heart002.html[2007, March 2]
- สุนันทา สิงหาราชาพันธ์ และพิงพิศ ชัยภักดี. (2549). **Coronary artery disease & post OPCAB. ใน หนังสือประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง Advanced surgical technology & nursing service excellence**. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลิฟวิ่ง.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์. (2543). **กระบวนการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- ลำราญ บุญรักษา. (2539). **ความพึงพอใจในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกรมสุขภาพจิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **สถิติการตายของประชากร**[Online]. แหล่งที่มา: http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat_23/toc_4/4.3-2xis[2006, May 2]
- สัมฤทธิ์ กางเพ็ง. (2545). **รูปแบบการมีส่วนร่วมในสถานศึกษา**. วารสารวิชาการ 5(4): 8-13.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลนานาชาติ (International Classification for Nursing Practice, ICNP)**. ใน **การประชุมวิชาการพยาบาลสารสนเทศแห่งชาติครั้งที่ 2**, หน้า 15-20. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และชมรมพยาบาลสารสนเทศแห่งประเทศไทย.
- สมยศ นาวิการ. (2545). **การบริหารแบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ.
- อมรรัตน์ เสตสุวรรณ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความพึงพอใจในงาน กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา สรียาภรณ์ และศิริพร ชัมภลิจิต. (2544). **ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ และคณะ. (2543). **มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2532). **คอมพิวเตอร์ทางการพยาบาล**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรวรรณ แยมสรवलสกุล. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในกลุ่มงานการพยาบาล เจตคติต่องานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2004). **Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care.** 6th ed. St.Louis: Mosby.

American Nurses Association. (1994). **The scope of practice for nursing informatics.** Washington: American Nurses Association.

American Nurses Association. (2004). **Scope and standards for nurse administrators.** 2nd ed. Washington: Nursesbooks.

Anthony, W.A. (1978). **Participation management.** Massachusetts: Addison-Wesley.

Ball, M.J., Hannah, K.J., Newbold, S.K., & Douglas, J.V. (2000). **Nursing informatics: Where caring and technology meet.** 3rd ed. New York: Springer.

Bavendam, J. (2000). **Managing job satisfaction.** Mercer Island: Bavendam Research Incorporated.

Benner, P.A., & Tanner, C.A. (1996). **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics.** New York: Springer.

Creasia, J.L., & Parker, B. (1996). **Conceptual foundation: The bridge to professional nursing practice.** 3rd ed. St.Louis: Mosby.

Bernet, J.J. (1997). Smoothing the CABG road to recovery. **American Journal of Nursing** 97(2): 22-27.

Beyea, S.C. (1999). **Standardized language making nursing practice count**[Online].

Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_70/ai_57607973
[2006, May 10]

Black, M.J., & Hawks, H.J. (2005). **Medical-surgical nursing: Clinical management of patient outcomes.** 7th ed. St.Louis: Elsevier.

Bradley, J. (1995). Management of information: Analysis of the Joint Commission's standards

- for information management. **Health Information Management** 16(2): 98-100.
- Burns, N., & Grove, S.K. (1997). **The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Charters, G.K. (2003). Nursing informatics, outcomes, and quality improvement. **American Association of Critical-Care Nurses** 14: 282-294.
- Comer, S. (2005). **Delmar's critical care: Nursing care plans**. 2nd ed. St Louis: Thomson Delmar Learning.
- Danna, D. (2006). Organizational structure and analysis. In L. Roussel, R.C. Swansberg, and R. J. Swansberg (eds.). **Management and leadership for nurse administrators**. pp.136-145. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Dartmouth-Hitchcock Medical Center. (2005). **Coronary bypass surgery performance results** [Online]. Available from <http://www.dhmc.org/webpage.cfm>[2006, December 20]
- Date, M. (2003). Use of standardized nursing language in the documentation of renal dialysis services. **International Journal of Nursing Terminologies and classifications** 14(4): 25.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research** 5: 104-107.
- Deines, E. (1981). Participative management. **Nursing Management** 12(11): 50-53.
- Delaney, C.W., Clancy, T.R., Morrison, B., & Gunn, J.K. (2006). The benefit of standardized nursing language in complex adaptive systems such as hospitals. **Journal of Nursing Administration** 36(9): 426-434.
- Dessler, G. (2000). **Human resource management**. 8th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Dochterman, J.M., & Bulechek, G.M. (2004). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Doering, L.V., Esmailian, F., Perez, F.I., & Monsein, S. (2001). Determinants of intensive care unit length of stay after coronary artery bypass graft surgery. **Heart & Lung** 30(1): 9-16.
- Dunstan, J.L., & Riddle, M.M. (1997). Rappid recovery management: The effects on the patient who has undergone heart surgery. **Heart & Lung** 26(4): 289-297.
- Frederick, J., & Watters, M. (2003). Integrating nursing acuity, NANDA, NIC and NOC into and automated nursing documentation system. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications** 14(4): 26.

- Gec, T., & Health Care Centre. (2006). Development of NANDA nursing diagnosis in community nursing in Slovenia. **International Journal of Nursing Terminology and Classification** 17(1): 34-35.
- Gilmer, B.W. (1996). **Industrial and organization psychology**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Grobe, S.J. (1991). Nursing informatics competencies for nurse educators and researchers. In H.I. Peterson & U. Gerdin-Jelger (Eds.), **Preparing nurse for using information system: Recommended informatics competencies**, pp.25-40. New York: McGraw-Hill.
- Gruenberg, D.A., Shelton, W., Rose, S.L., Rutter, A.E., Socaris, S., & McGee, G. (2006). **Factors influencing length of stay in the intensive care unit**[Online]. Available From: <http://www.medscape.com/viewarticle/543818>[2006, December 20]
- Gyanendra, P.G. (1998). **Job satisfaction of nursing staff at the Thibhuvan University Teaching Hospital Kathmandu, Nepal**. Master's Thesis. Department of Health Administration Graduate Studies, Mahidol University.
- Haug, H.K. & Keeling, A. (2003). Coronary artery disease and dysrhythmia. In **Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives**. 7th ed. St.Louis: Mosby.
- Herdman, T.H., Heath, C., Meyer, Scroggins, L., & Vassallo, B. (2007). **Nursing diagnoses: Definition & Classification 2007-2008**. Philadelphia: NANDA International.
- Hertzberg, F., Bernard, M., & Babara, B.S. (1959). **The motivation to work**. New York: John Wiley and Sons.
- Ireson, C.L. (1997). Critical pathways: Effectiveness in achieving patient outcomes. **Journal of Nursing Administration** 27: 16-23.
- Johnson, C. (2003). **Nursing care documentation using NANDA, NOC and NIC**[Online]. Available from: <http://findarticles.com/p/articles/mi>[2008, April 5]
- Johnson, M., Bluechek, G., McCloskey, J.D., Maas, M., & Moorhead, S. (2006). **Nursing diagnoses, outcomes and interventions NANDA, NOC and NIC linkages**. 2nd ed. St.Louis: Mosby.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2005). **Specifications manual for national hospital quality measures ICU**. New York: Pearson Education.

- Kaya, E. (1995). **Job satisfaction of the librarians in the developing countries**. New York: University of Library and Information Science.
- Krogh, G.V., Dale, C., & Naden, D. (2005). A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in electronic patient records. **Journal of Nursing Scholarship** 37(3): 275-281.
- Lamborn, M.L., & Moseley, M.J. (1997). Cardiac alterations. In J.C. Hartshorn, M.L. Sole, Lamborn (eds.). **Introduction to critical care nursing**, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lawless, K.A. (1993). Nursing informatics as a needed emphasis in graduate nursing administration education : the student prospective. **Computer Nursing** 11(6): 263-268.
- Lee, F.K. (1993). Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. **Journal of Advanced Nursing** 27: 355-363.
- Lemone, P., & Burke, K. (2004). **Nursing care of clients with coronary heart disease: Critical thinking in client care**. 3rd ed. New York: Pearson Education.
- Lippens, B. (2003). **Use of NANDA, NIC, and NOC in infection control**[Online]. Available from: [http://findarticles.com/p/articles/mi\[2008, April 5\]](http://findarticles.com/p/articles/mi[2008, April 5])
- Locsin, R.C. (1995). Machine technologies and caring in nursing image. **Journal of Nursing Scholarship** 27(3): 201-203.
- Lunney, M. (2006). Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. **Journal of Nursing Administration** 36(3): 118-125.
- Marriner, A. (1982). **Contemporary nursing management: Issue and practice**. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Maslow, A.H. (1970). **Motivation and personality**. 2nd ed. New York: Harper and Row.
- Mcchinsky, P.M. (1993). **Psychologist applied to work**. 4th ed. California: Wadsworth.
- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2004). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- McCloskey, J.C., Bulechek, G.M., Cohen, M.Z., Craft, M.J., Crossley, J.D., Denehy, J.A., et al. (1990). Classification of nursing interventions. **Journal of Professional Nursing** 6(3): 151-157.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 3rd ed. St.Louis: Mosby.

- Moyer, J.A. (1994). Factors related to length of ICU stay for CABG patients. **Dimension of Critical Care Nursing** 13(4): 194-200.
- NANDA. (2003). **NANDA International**[Online]. Available from: <http://www.nanda.org>. [2006, May 10]
- Ozbolt, J.G., & Graves, J.R. (1993). Clinical nursing informatics developing tools for knowledge workers. **Nursing Clinics of North America** 28(2): 407-425.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1987). **Nursing research: Principle and methods**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Raksakietisak, M., Toomtong, P., Vorakitpokatorn, P., Sengleulur, A., & Sunjohndee, M. (2007). **Predicting factors for admission in a surgical intensive care unit longer than 24 hours**[Online]. Available from: <http://www.nanda.org>[2007, March 10]
- Ralph, S. S., Rosenberg, M. C., Scroggins, L., Vassallo, B., & Warren, J. (2005). **NANDA Nursing diagnosis: Definitions and classification 2005–2006**. Philadelphia: NANDA International.
- Robbins, S.P. (1998). **Organization behavior**. 8th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Roger, E. (1983). **The diffusion of innovations**. 2nd ed. New York: NY Free Press.
- Sanford, S.J., & Disch, J.A. (1989). **AACN: American Association of Critical Care Nurse students for nursing care of the critically ill**. Norwalk: Appleton & Lange.
- Sashkin, M. (1984). Participative management is an ethical imperative: **Organization Dynamic** (Spring): 5-22.
- Semeltzer, S.C., & Bure, B.G. (2000). Management of patients with coronary vascular disorders. In S.G.Bernard (ed.). **Medical-surgical nursing**. 9th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Simpson, R.L. (1997). The nursing management minimum data set initiative need you. **Nursing Management** 28(2): 20-21.
- Slavitt, D.B., et al. (1978) Nurses' satiafaction with their work situation. **Nursion Research** 27 (2):114-120.
- Spector, P.E. (1997). **Job satisfaction: Application, assessment, cause, and consequences**. London: SAGE.
- Swansberg, R.C. (1996). **Management and leadership for nurse management**. Boston: Jones and Bartlett.

- Swansburg, R.C. (2002). Decentralization and participatory management. In R.C. Swansburg, and R.J. Richard (eds). **Management and leadership for nurse managers**. 3rd ed. pp. 359-382. Boston: Jones and Bartlett.
- Thede, Q.L. (2003). **Informatics and nursing opportunities challenges**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Tornabeni, J. (2006). The evolution of a revolution in nursing. **Journal of Nursing Administration** 36(3): 3-6.
- Traindis, H.C. (1971). **Attitude and attitude change**. New York: John Wiley & sons.
- Vroom, V.H. (1964). Job satisfaction. **Journal of Nursing Standard** 44(3): 98-111.
- Welton, J.M., & Halloran, E.J. (2005). Nursing diagnoses, Diagnosis-Related Group, and hospital outcomes. **Journal of Nursing Administration** 35(12): 541-549.
- Wolf, G.A., & Orem, C.A. (1994). Job satisfaction and retention. In R. Spitzer-lehmann (ed.). **Nursing management desk conference: Concept, skill & strategies**. Philadelphia: W.B. Saunders.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบ เครื่องมือวิจัย จำนวน 8 คน ได้แก่

1. ผศ.ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 7
ประจำภาควิชา อายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผศ.ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐานคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวภัทรพร เขียวหวาน พยาบาลระดับ 6 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแล
ผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
5. พ.ต.ท.หญิง ยุภาวดี วงษ์ประสิทธิ์ พยาบาล (สบ 3) หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียู กลุ่มงาน
พยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ
6. นางสาวพรพิมล มาสนรากรณ์ พยาบาลระดับ 7
หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษ
โรงพยาบาลรามาริบัติ
7. นางสาวรตน ตันสวัสดิ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. ตั้งตรงจิตร
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์
ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช
8. นางสาวเปี่ยมลาภ โสภายิต หัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจชั้น 5
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ตัวอย่างข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตัวอย่างใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่รับ.....	63
รหัสโครงการ.....	
วันที่.....	23 พ.ค. 2550

กน.50	เลขที่รับ	1894
วันที่	18	พ.ค. 2550
เวลา	11.44	
ผู้รับ		



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 เมษายน 2550

โรงพยาบาลศิริราช	
รับเลขที่	020024
วันที่	17 พ.ค. 2550
เวลา	12.30

ที่ ศบ 0512.11/ 0901

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

รับเลขที่ 4779

วันที่ 23 พ.ค. 2550

เวลา 10.43

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องด้วย นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการ โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยไอซียู ตั้งตรงจิตร และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 20 คน ณ หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 โดยใช้โครงการการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหอผู้ป่วยหนัก คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก แบบสังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อไปศึกษาหา

ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
17 พ.ค. 2550

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ โทร. 08-9777-2532

- รศ.ดร.เจษฎาภรณ์ คงงาม



ที่ ศธ 0517.072/ 009492

โรงพยาบาลศิริราช
2 ถนนพราณอก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

19 กันยายน 2550

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ 0512.11/0901 ลงวันที่ 26 เมษายน 2550

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บข้อมูลโดยวิธีการแจกแบบสอบถามจาก กลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยไอซียู ดังตรงจิตร และ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 20 ราย ณ หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 และขอใช้เวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ จำนวน 60 ฉบับ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของ พยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก" ความละเอียดดังกล่าวแล้วนั้น

โรงพยาบาลศิริราช โดยรองคณบดีฝ่ายวิจัย พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ ทำการเก็บข้อมูลตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2550 ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย

โทร. 0 2419 9407-9 โทรสาร 0 2418 3307

2 ถนนพราหมณ์ 2 PRANNOK Rd.
 บางกอกน้อย BANGKOKNOI
 กรุงเทพฯ 10700 BANGKOK 10700



Tel. (662) 4197000 ต่อ 6405-6
 FAX (662) 4197000 ต่อ 6405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 325/2007

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของการใช้รูปแบบการจำหน่ายทางการแพทย์ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอน
 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

รหัสโครงการ : 204/2550 (EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ / คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่วิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 7 กันยายน 2550

วันหมดอายุ : 6 กันยายน 2551

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย
 ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ
 The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม



(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุศรี พิศลยุพทร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

11 กันยายน 2550

วันที่

ลงนาม



(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร)

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

14 กันยายน 2550

วันที่

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(สำหรับพยาบาลวิชาชีพ)

(Patient/Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก
2. ชื่อผู้วิจัย นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์
นิติศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร
 - โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2419-7000 ต่อ 6050-53
 - โทรศัพท์ที่บ้าน 0-2448- 1703
 - โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-9777-2532
 - E-mail preawpun_a@hotmail.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักที่ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพ ช่วยลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบนี้ที่ร่วมกันสร้างขึ้น

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ให้เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน พยาบาลสามารถใช้วิจารณญาณ และองค์ความรู้ที่มีประกอบในการเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นระบบและมีความครอบคลุมองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ของผู้ป่วย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดจำนวนวันนอน และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.3 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา โดยกลุ่มพยาบาลที่ทำงานประจำหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราชที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 13 คน เป็นผู้ใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในโครงการนานประมาณ 2 เดือน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้

และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในการตอบแบบสอบถามทำทั้งหมด 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 ก่อนการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล และครั้งที่ 2 หลังการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล หลังจากที่ได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการทดลอง

5. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หรือกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

ผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาล เป็นผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือว่าเป็นความลับ

6. ระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วและไม่ขัดข้อง ให้สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางแพรวพรรณ อึ้งภาภรณ์ ทางหมายเลขโทรศัพท์ 08-9777-2532

7. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. ข้อมูลทุกอย่างของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ)

(Informed consent form)

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ ที่อยู่ 41/1 หมู่ 19 ซอยอัยเวศม์ ถนนพุทธมณฑลสายสอง แขวงศาลาธรรมสพน์ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 ซึ่งได้ลงนาม ด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี และผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในวิจัย (พยาบาล)

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

ภาคผนวก ก.

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”
2. แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”
3. การพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย
 - 3.1 รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก
 - 3.2 คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”
 - 3.3 แบบคำกับการทดลองการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก
4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล
5. แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

เครื่องมือชุดที่ 1

โครงการ “การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) เป็นผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนในการให้การดูแลรักษา จัดว่าเป็นผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก ปัจจุบันผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด CABG ในโรงพยาบาลศิริราช มีจำนวนสูงขึ้นทุกปี แม้โรงพยาบาลได้ขยายหน่วยงานเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จำนวนเตียงก็ยังมีจำนวนจำกัด ผู้ป่วยจำนวนมากต้องรอเตียงนานเพื่อรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเท่านั้น สถานการณ์ดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญในการบริหารจัดการสำหรับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และคุกคามต่อชีวิต ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ใช้ระยะเวลารักษาในหอผู้ป่วยหนักสั้นที่สุด ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยที่รอผ่าตัดอยู่ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น

ในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลเป็นบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพพร้อมกับทีมผู้รักษาอื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระตามหน้าที่ความรับผิดชอบภายใต้กฎหมาย นั่นคือ ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม วินิจฉัยการได้ถูกต้องและรวดเร็ว และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้เร็วขึ้น เป็นการดูแลที่มีคุณภาพสามารถลดจำนวนวันนอนและประหยัดค่าใช้จ่าย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การจำแนกทางการพยาบาล (Nursing classification) เป็นการจัดหมวดหมู่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกัน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมได้สะดวกนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Ralph et al., 2005) การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification: NIC) (McCloskey & Bulechek, 2004) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) (Moorhead et al., 2004) สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภท รวมทั้งผู้ป่วยภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด CABG

โครงการนี้เน้นการให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีความรู้ความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน จะช่วยให้การจัดการข้อมูลทางการพยาบาลมีระบบระเบียบยิ่งขึ้น พยาบาลสามารถเลือกใช้ข้อมูลเหล่านั้นประกอบการพิจารณาในการรวบรวมและประเมินปัญหาผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ก็จะช่วยป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของวิชาชีพ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ตามแนวคิดการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA NIC และ NOC
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักโดยให้พยาบาลมีส่วนร่วม

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ผู้วิจัยภายใต้ความควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วิทยากร เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผู้เข้าร่วมอบรม

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 จำนวน 13 คน โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 วัน วันละ 6 และ 7 คน ตามลำดับ (อบรมเฉพาะช่วงเช้า)

สถานที่

ห้องประชุมเล็กสำนักงานศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช

กำหนดการจัดอบรม

วันที่ 14 และ 15 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 เวลา 8.00-12.00น. (อบรมเฉพาะช่วงเช้า)

วิธีการอบรม

1. บรรยาย
2. ประชุมกลุ่มและฝึกปฏิบัติ

สื่อการอบรม

1. เครื่องฉายแผ่นใส
2. เอกสารความรู้เรื่องรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักที่พยาบาลในหอผู้ป่วยร่วมกันสร้างและเข้าใจร่วมกัน
2. พยาบาลสามารถนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักได้
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อยู่ในหอผู้ป่วยหนักสั้นลง จำนวนวันนอนลดลง เพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กำหนดการประชุม

เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ในหอผู้ป่วยหนัก”

ณ ห้องประชุมเล็กสำนักงานศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช

วันที่ 14 และ 15 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 เวลา 8.00-12.00 น. (อบรมเฉพาะช่วงเช้า)

08.00- 08.10 น.	ลงทะเบียน
08.10- 08.20 น.	ผู้วิจัยเปิดการประชุม แนะนำโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์
08.20- 08.40 น.	ผู้เข้าอบรมร่วมกันระดมสมองเพื่อหาปัญหาที่พบจากการพยาบาล ที่ให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG
08.40- 09.00 น.	มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยหนัก โดย ผู้วิจัย (นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์)
9.00-10.45 น.	แนวคิด หลักการรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC และ NOC สู่การปฏิบัติ และการนำไปประยุกต์ใช้ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอ ผู้ป่วยหนัก โดย วิทยากร (ผศ.ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ)
10.45-11.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
11.00-11.45 น.	พยาบาลผู้เข้าอบรมประชุมร่วมกันให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ที่ผู้วิจัยนำเสนอ ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน
11.45-12.00 น.	สรุปผลการประชุมและนำเสนอรูปแบบการจำแนก ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ก่อนมีการนำไปทดลองใช้ จริงในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5
12.00 น.	ปิดการประชุม

เครื่องมือชุดที่ 2

แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง	การสร้างรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก
วิธีการอบรม	การบรรยาย อภิปราย และการระดมสมอง
ผู้อบรม	ผู้วิจัย และวิทยาการ
ผู้รับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 จำนวน 13 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 และ 7 คน ตามลำดับ (เฉพาะครึ่งวันเช้า)
สถานที่	ห้องประชุมเล็ก สำนักงานศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช
กำหนดการอบรม	ใช้เวลา 2 วัน (เฉพาะครึ่งวันเช้า) วันที่ 14 และ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2550 เวลา 8.00*12.00น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมตระหนักถึงความสำคัญในการรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลที่เป็นระบบและมีความครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนักตามกระบวนการพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การจำแนกทางการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC และการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนัก
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมระดมความคิดต่อการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก
4. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักได้อย่างเหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน	<p>ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมตระหนักถึงความสำคัญในการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นระบบและมีความครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนักตามกระบวนการพยาบาล 2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การจำแนกทางการแพทย์พยาบาลตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC และการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนัก 3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมระดมสมองต่อการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก 4. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการจำแนกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักได้อย่างเหมาะสม 	<p>ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มแก่ผู้เข้าอบรม</p> <p>ระยะเวลา 5 นาที</p>	<p>เอกสารคำชี้แจง</p>	<p>ผู้เข้าอบรมสนใจฟังคำชี้แจง และให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมตระหนักถึงความสำคัญในการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นระบบและมีความครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนักตามกระบวนการพยาบาล</p>	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมผู้ดูแล รวมทั้งพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นระบบ มีความครอบคลุมและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกใช้ข้อมูลประกอบกับองค์ความรู้ที่มี ในการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล และให้กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วขึ้น นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลที่พึงประสงค์ คือเพิ่มคุณภาพช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนักต่อไป</p>	<p>ระดมความคิดผู้เข้าอบรมเกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล และผลที่ได้รับจากการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนักในปัจจุบัน เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนและกระทบที่ตามมา</p> <p>ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการระดมสมอง ระยะเวลาที่ใช้ 20 นาที</p>	<p>เครื่องฉายภาพ ข้ามศีรษะ</p>	<p>ผู้เข้าอบรมสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ</p>
<p>2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การจำแนกทางการแพทย์พยาบาลตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ</p>	<p>มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตามที่สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้ให้พยาบาลได้ถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เฝ้าระวัง ประเมิน และบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ แรงดันในช่องหัวใจ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุกครั้งชั่วโมงจนกระทั่ง ต่อไปทุกชั่วโมง 2. ประเมินและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตาม 	<p>ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ</p>	<p>เครื่องฉายภาพ ข้ามศีรษะ</p>	<p>ผู้เข้าอบรมสนใจ และสามารถบอกถึงการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>NOC และการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก</p>	<p>แผนการรักษา กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. ประเมินและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน Lead ที่สำคัญ อย่างน้อย 1 Lead ทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อผิดปกติรายงานแพทย์ทันที</p> <p>4. ประเมินและบันทึกสิ่งต่างๆทุก 1 ชั่วโมง คือ ลักษณะสีผิว ความอุ่นของผิวหนัง บริเวณปลายมือปลายเท้า ปริมาณสารน้ำ ยา เลือด และส่วนประกอบของเลือดทั้งเข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วย</p> <p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามขนาดที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>6. สังเกตและติดตามผลการตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>7. จัดและเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>8. ประเมินลักษณะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด หรืออาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามสาเหตุ</p> <p>9. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ และแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด</p> <p>10. ดูแลการไหลเวียนเลือดที่แขนและขาข้างที่ทำผ่าตัดและเส้นเลือด โดยระวังไม่ให้ผ้ายัดรัดแน่นเกินไปและออกกำลังกายโดยวิธีกำและแบมือ และกระดกปลายเท้าขึ้นลงตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ</p> <p>11. ประเมินปัญหา ความต้องการสื่อสารของผู้ป่วย จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้ข้างเตียง เช่น กระดาษ ดินสอ</p>	<p>ผู้เข้าอบรมเสนอแนะเพิ่มเติม</p> <p>ระยะเวลาที่ใช้ 20 นาที</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<p>12. ลดถึงเราที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น เลียง แสง อุณหภูมิห้อง</p> <p>13. ให้ญาติและบุคคลใกล้ชิดได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา</p> <p>14. อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา</p> <p>15. ประสานงานและส่งอาการและแผนการรักษาผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อไป</p> <p>การจำแนกทางการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA, NIC, NOC เป็นการจัดระบบข้อมูลทางการพยาบาลที่เป็นระเบียบและมีความครอบคลุมองค์รวม ทำให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้องแม่นยำขึ้นนำไปสู่การให้กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ การจำแนกทางการพยาบาล ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA) 2. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC) 3. การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) <p>การนำการจำแนกทางการพยาบาลมาบูรณาการร่วมกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักจะช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น</p>	<p>วิทยากรนำเสนอแนวคิดการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC การนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก</p> <p>ระยะเวลาที่ใช้ 45 นาที</p>	<p>เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ</p>	<p>ผู้เข้าอบรมสนใจ ชักถาม และสามารถอธิบายการจำแนกทางการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA, NIC, และ NOC และการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยหนักได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรม ระดมสมองต่อการ พัฒนารูปแบบการ จำแนกทางการพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนัก</p>	<p>รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยร่างมาเสนอ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่</p> <p>1. การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA จำนวน 10 ข้อ ได้แก่</p> <p>1.1 ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง 1.2 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 1.3 เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 1.4 การก้ำขาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ 1.5 มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน 1.6 มีความวิตกกังวล 1.7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย 1.8 มีอาการคลื่นไส้ 1.9 ขาดความรู้ในการทำกิจกรรม ออกกำลังกาย 1.10 เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน</p> <p>2. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC จำนวน 25 ข้อ ได้แก่</p> <p>2.1 การควบคุมการไหลเวียนโลหิต 2.2 การดูแลการไหลเวียนโลหิต 2.3 การบริหารสารน้ำ 2.4 การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตทางสายสวน 2.5 การบริหารการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด 2.6 การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p>	<p>ผู้วิจัยเสนอรูปแบบการจำแนก ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจในหอผู้ป่วยหนักที่ร่าง ขึ้น เพื่อระดมสมองให้ผู้เข้า อบรมทุกคนร่วมกันแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและ เสนอแนะเพิ่มเติม ระยะเวลาที่ใช้ 45 นาที</p>	<p>เอกสาร รูปแบบการ จำแนกทางการ พยาบาลที่ ผู้วิจัยร่างขึ้น ตามแนวคิด ของ NANDA, NIC และ NOC</p>	<p>ผู้เข้าอบรมทุกคนมี โอกาสแสดงความ คิดเห็นอย่างทั่วถึงและ ร่วมปรับปรุงแก้ไขการ จำแนกทางการพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ให้สอดคล้องกับบริบท ของหน่วยงาน</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	2.7 การเฝ้าระวังการหายใจ 2.8 การดูแลการให้ออกซิเจน 2.9 การจัดการทางเดินหายใจ 2.10 การจัดการ ในภาวะช็อก: การทำงานของหัวใจ 2.11 การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2.12 การเฝ้าระวังและการจัดการด้านเกลือแร่ 2.13 การเฝ้าระวังและการจัดการด้านกรด-ด่าง 2.14 การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2.15 การจัดการความปวด 2.16 การจัดการสิ่งแวดล้อม 2.17 การบริหารการให้ยา 2.18 การลดความวิตกกังวล 2.19 การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด 2.20 การดูแลแผลจากท่อระบายทรวงอกและสายสวนต่างๆ 2.21 การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย 2.22 การจัดการอาการคลื่นไส้/อาเจียน 2.23 การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ 2.24 การแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย 2.25 การเฝ้าระวังทางระบบประสาท			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	3. การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ 2. สถานะด้านการหายใจ 3. สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง 4. การกำซาบของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด 5. ระดับความปวด 6. การควบคุมความวิตกกังวล 7. การหายของแผลผ่าตัด 8. ระดับของความสบาย 9. คำแนะนำในการทำกิจกรรม 10. สถานะทางระบบประสาท 			
4. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักได้อย่างเหมาะสม	ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนักที่ผู้เข้าอบรมได้ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขแล้ว โดยมีเนื้อหาหลักสอดคล้องกับที่ผู้วิจัยนำเสนอไว้แล้ว ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA) จำนวน 10 ข้อ 2. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC) จำนวน 24 ข้อ 3. การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) จำนวน 10 ข้อ 	ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการอบรม ระยะเวลาที่ใช้ 15 นาที	เครื่องฉายภาพ ซีดีวีดี	ผู้เข้าอบรมยอมรับข้อตกลงในรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยหนัก ที่ได้จากการประชุมกลุ่ม และแสดงความมั่นใจในการนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในหอผู้ป่วยต่อไป

เครื่องมือชุดที่ 3 รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี

HN.....AN.....

การวินิจฉัยโรค.....หัตถการที่ทำ.....

วันที่รับ.....วันที่ย้าย.....

ว.ด.ป./ เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	1. <input type="checkbox"/> ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	1.1 <input type="checkbox"/> การควบคุมการไหลเวียนโลหิต <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจและชีพจร <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังระดับเกลือแร่ <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังดัชนีชี้วัดของหัวใจ <input type="checkbox"/> บริหารและประเมินผลของการใช้ยาในการบีบรัดตัวของหัวใจและผลข้างเคียง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังชีพจร อุนหภูมิ และสีผิวบริเวณส่วนปลายของร่างกาย <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังแรงดันในปอด/แรงดันในหลอดเลือดแดง/แรงดันในหัวใจช่องบนขวา <input type="checkbox"/> ปรับสมดุลน้ำโดยการบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือยาขับปัสสาวะอย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> บริหารการให้ยาขยายหลอดเลือดและ/หรือยาที่ทำให้เส้นเลือดหดตัวได้อย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก, จำนวนปัสสาวะและน้ำหนักตัวผู้ป่วย		<input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ตัวชี้วัด <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ <input type="checkbox"/> อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ <input type="checkbox"/> ค่าดัชนีชี้วัดหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ <input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ <input type="checkbox"/> ชีพจรช่วยปลายแรงดี <input type="checkbox"/> ไม่พบหัวใจเต้นผิดจังหวะ <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ	

ว.ด.ป./ เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
		<input type="checkbox"/> บริหารการใช้ยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะได้อย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 1.2 <input type="checkbox"/> การดูแลด้านการไหลเวียนโลหิต <input type="checkbox"/> ประเมินความดันในปอด, ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และ ความดันในระบรูปร่างกาย <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังข้อต่อสายสวนไม่ให้เกิดการหักงอหรือเลื่อนหลุด <input type="checkbox"/> ประเมินระดับความไม่สุขสบายหรือความเจ็บปวด <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 1.3 <input type="checkbox"/> การบริหารสารน้ำ <input type="checkbox"/> ดูแลและบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกอย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและรายงานผลเลือดเมื่อผิดปกติ เช่นค่า BUN, Hematocrit <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกตัวบ่งชี้ภาวะน้ำเกิน เช่น ค่า CVP, ปอดฟังได้ เสียงกรอบแกรบ <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและหรือส่วนประกอบของเลือด ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....			

ว.ด.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
		<p>1.4 <input type="checkbox"/> <u>การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตโดยทางสายสวน</u></p> <p><input type="checkbox"/> ช่วยแพทย์ในการใส่ และ/หรือถอดสายสวน</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามผลการถ่ายภาพรังสี ทรวงอกหลังใส่สายสวนเพื่อดูความดันในหัวใจและรายงานผล</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจสอบค่าความดันเลือดต่างๆ ในช่องหัวใจอย่างถูกต้องตามขั้นตอน และบันทึกผล</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>1.5 <input type="checkbox"/> <u>การจัดการในภาวะช็อก: ด้านหัวใจ</u></p> <p><input type="checkbox"/> บันทึกอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามบันทึกและรายงานผลเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เช่น ค่า PT, PTT</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้มีความสมดุลน้ำโดยการบริหารสารน้ำและยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาช่วยในการบีบตัวของหัวใจตามแผนการรักษา</p> <p>1.6 <input type="checkbox"/> <u>การเฝ้าระวังการเสียเลือด</u></p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและสังเกตภาวะการเสียเลือดอย่างใกล้ชิด</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามบันทึกและรายงานผลเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เช่น ค่า PT, PTT</p>			

ว.ด.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	2. <input type="checkbox"/> การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง	<input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดอย่างเพียงพอ และสังเกตอาการแพ้เลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 1.7 <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังสารน้ำ <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังสัญญาณชีพต่างๆอย่างใกล้ชิด <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 1.8 <input type="checkbox"/> การบริหารการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด <input type="checkbox"/> ตรวจสอบคำสั่งการให้เลือด <input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือดอย่างเคร่งครัด <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังปฏิกิริยาการแพ้เลือด <input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง และบันทึกสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 2.1 <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังการหายใจ <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกอัตรา จังหวะ และลักษณะการหายใจ <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง เช่น การดูดเสมหะ ดูแลไม่ให้มีการหักงอหรือเลื่อนหลุดของเครื่องช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> บันทึก และรายงานการเปลี่ยนแปลงของผลก๊าซในเลือดแดง		<input type="checkbox"/> สถานะด้านการหายใจ: การแลกเปลี่ยนก๊าซตัวชี้วัด <input type="checkbox"/> อัตราการหายใจปกติ <input type="checkbox"/> ทางเดินหายใจโล่ง	

ว.ด.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
		<input type="checkbox"/> ติดตาม และรายงานผล X-RAY ปอด <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... 2.2 <input type="checkbox"/> การดูแลการให้ออกซิเจน <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง บันทึก และรายงานผลออกซิเจนในเลือดแดง <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 2.3 <input type="checkbox"/> การจัดการภาวะกรด-ด่าง <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังแก๊ซในเลือดแดงและระดับเกลือแร่ <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังด้านการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ระดับ CVP MAP, PAP,& PCWP <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังอาการของภาวะการหายใจล้มเหลว ได้แก่ แรงดันย่อยของ ออกซิเจนในเลือดดำ (PaO ₂) และแรงดันย่อยของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง(PaCO ₂) <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังด้านระดับสติ และความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 2.4 <input type="checkbox"/> การจัดการทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ปรับระดับหัวเตียงให้สูงตามความเหมาะสม <input type="checkbox"/> กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และข้อต่างๆอย่างเหมาะสม		<input type="checkbox"/> ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> ผลก๊าซในเลือดแดง(ABG)อยู่ในเกณฑ์ปกติ <input type="checkbox"/> ผล X-RAY ปอดปกติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	

ว.ค.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	<p>3. <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย</p>	<p><input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการจัดทำทางที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>2.5 <input type="checkbox"/> การบริหารปอดและร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธี</p> <p><input type="checkbox"/> กระตุ้นให้มีการหายใจและการไออย่างถูกวิธี</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเคร่งครัด</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลหยาอย่างถูกวิธีตามแนวทางปฏิบัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>3.1 <input type="checkbox"/> การจัดการด้านเกลือแร่</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังภาวะผิดปกติของระดับเกลือแร่ในเลือด</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างพอเพียง</p> <p><input type="checkbox"/> บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกอย่างถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ, คลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังด้านเกลือแร่</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังระดับ เกลือแร่ อัลบูมิน โปรตีน กรด-ด่างในเลือด และรายงานผลเมื่อผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้, อาเจียน</p>		<p>สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง</p> <p>ตัวชี้วัด</p> <p><input type="checkbox"/> ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ระดับเกลือแร่ในเลือดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> Hematocrit. อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่พบอาการบวมบริเวณ ปลายมือและเท้า</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	

ว.ด.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
		<input type="checkbox"/> เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 3.3 <input type="checkbox"/> การจัดการด้านกรด-ด่าง <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังแก้ไขในเลือดแดงและระดับเกลือแร่ <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังด้านการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ระดับ CVP, MAP, PAP & PCWP <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังอาการของภาวะการหายใจล้มเหลว ได้แก่ แรงดันย่อยของ ออกซิเจนในเลือดดำ (PaO ₂) และแรงดันย่อยของก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (PaCO ₂) <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังด้านระดับสติและความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 3.4 <input type="checkbox"/> การเฝ้าระวังกรด-ด่าง <input type="checkbox"/> เตรียมเลือดส่งหาค่า ABG ตามขั้นตอนเพื่อให้ได้ค่าที่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ติดตาม, บันทึกและรายงานผลการตรวจหาค่าแก้ไขในเลือดแดง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 3.5 <input type="checkbox"/> การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือด <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ			

ว.ด.ป./ เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	<p>4. <input type="checkbox"/> การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มี ประสิทธิภาพ: หัวใจและปอด</p>	<p><input type="checkbox"/> บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกอย่างถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>4.1 <input type="checkbox"/> การควบคุมด้านการไหลเวียนโลหิต</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจและชีพจร</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังระดับเกลือแร่</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังดัชนีชี้วัดของหัวใจ</p> <p><input type="checkbox"/> บริหารและประเมินผลของการใช้ยาในการบีบรัดตัวของหัวใจ และผลข้างเคียง</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังแรงดันในปอด/แรงดันในหลอดเลือดแดง/แรงดัน ในหัวใจห้องบนขวา</p> <p><input type="checkbox"/> ปรับสมดุลน้ำโดยการบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือ ยาขับปัสสาวะอย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> บริหารการให้ยาขยายหลอดเลือด และ/หรือยาที่ทำให้เส้นเลือด หดตัวได้อย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง และบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก, จำนวนปัสสาวะ และน้ำหนักตัวผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> บริหารการใช้ยาด้านหัวใจเดินผิดจังหวะได้อย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>		<p><input type="checkbox"/> การกำซาบของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด ตัวชี้วัด</p> <p><input type="checkbox"/> อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ระดับก๊าซในเลือดแดง(ABG)อยู่ใน เกณฑ์ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการหายใจลำบาก</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	

ว.ด.ป./ เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
		<p>4.2 <input type="checkbox"/> การจัดการในภาวะช็อก: ด้านหัวใจ</p> <p><input type="checkbox"/> บันทึกอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกจากหัวใจ ใน 1 นาทีลดลง</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามบันทึกและรายงานผลเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เช่น ค่า PT, PTT</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้มีความสมดุลน้ำโดยการบริหารสารน้ำ และยา ขับปัสสาวะตามแผนการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาช่วยในการบีบตัวของหัวใจตามแผน การรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>4.3 <input type="checkbox"/> การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและดูแลให้ได้รับการแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน, ไม่สมดุลกรด-ด่าง, ไม่สมดุลเกลือแร่ อันเป็นสาเหตุของภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ รายงานเมื่อผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพและรายงานเมื่อผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>			

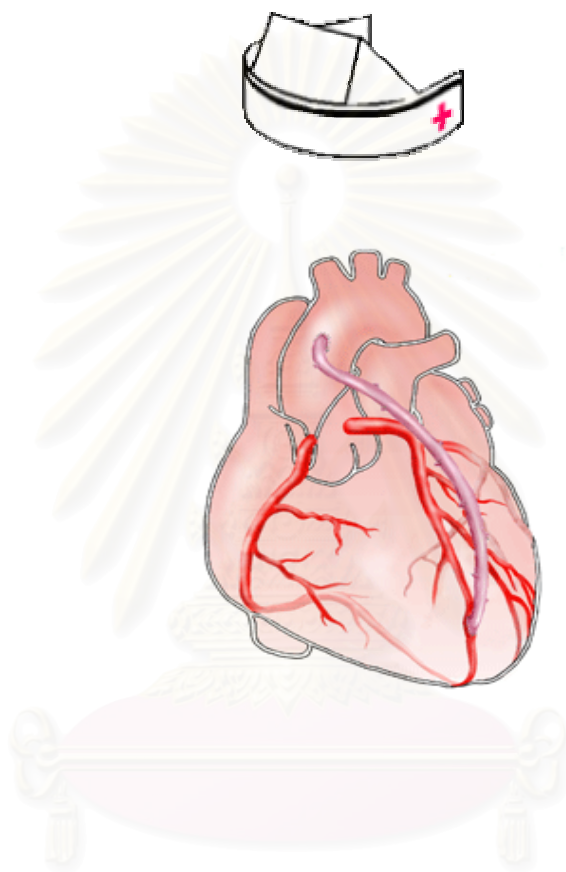
ว.ด.ป./ เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	5. <input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน	<p>4.4 <input type="checkbox"/> การจัดการสารน้ำ/เกลือแร่</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง,บันทึกและรายงานระดับเกลือแร่ในเลือดที่ผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทางปาก /หรือหลอดเลือด ตัวอย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกค่าคงที่ด้านการไหลเวียนโลหิต เช่น ความดัน ในหลอดเลือดดำส่วนกลาง(CVP), ค่าความดันเฉลี่ยในหลอดเลือด แดง(MAP),ค่าความดัน ของหลอดเลือดแดงในปอด(PAP), และค่าความดันในหัวใจห้องล่างซ้าย(CPWP)</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง และบันทึกอาการและอาการแสดงภาวะน้ำเกิน</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวัง และบันทึกการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....</p> <p>4.5 <input type="checkbox"/> การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,วิเคราะห์ผล และรายงานผล</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>5.1 <input type="checkbox"/> การจัดการความเจ็บปวด</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินระดับ และความรุนแรงของความเจ็บปวด</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดอย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุ และวิธีการลดความ เจ็บปวดแก่ผู้ป่วย</p>		<p><input type="checkbox"/> ระดับความเจ็บปวด ตัวชี้วัด</p> <p><input type="checkbox"/> นอนหลับพักผ่อนได้</p> <p><input type="checkbox"/> พฤติกรรมการแสดงออกของการลด อาการปวด</p>	

ว.ด.ป./ เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
		<input type="checkbox"/> ช่วยด้านจิตใจ และจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยลดความเจ็บปวด <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บปวดตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... 5.2 <input type="checkbox"/> การจัดการสิ่งแวดล้อม: ความสุขสบาย <input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ที่นอน ไม่นิ่มหรือแข็งเกินไป <input type="checkbox"/> ปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยสุขสบาย <input type="checkbox"/> ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 5.3 <input type="checkbox"/> การบริหารการให้ยา <input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามหลักการให้ยา 5 ขั้นตอนอย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังปฏิกิริยาจากยาทุกครั้ง และรายงานเมื่อผิดปกติ <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 5.4 <input type="checkbox"/> การสัมผัส <input type="checkbox"/> บรรเทาอาการเจ็บปวดด้วยการสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เบามือ <input type="checkbox"/> สังเกตวัฒนธรรมการห้ามสัมผัส <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)		<input type="checkbox"/> การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	

ว.ด.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	6. <input type="checkbox"/> มีความวิตกกังวล	<p>6.1 <input type="checkbox"/> การลดความวิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวล <input type="checkbox"/> อธิบายกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกครั้ง <input type="checkbox"/> รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจ และไม่ทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... <p>6.2 <input type="checkbox"/> การบริหารการให้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาอย่างเคร่งครัด <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังปฏิกิริยาข้างเคียงของยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... <p>6.3 <input type="checkbox"/> การจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ที่นอนไม่ นิ่มหรือแข็งเกินไป <input type="checkbox"/> ปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยสบาย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 		<p><input type="checkbox"/> การควบคุมความวิตกกังวล ตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ลดสาเหตุของความวิตกกังวล <input type="checkbox"/> รายงานอาการแสดงความกังวลด้านร่างกาย <input type="checkbox"/> ควบคุมการตอบสนองต่อความวิตกกังวล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... 	

ว.ด.ป. /เวลา	การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	ลงชื่อ พยาบาล	การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ลงชื่อ พยาบาล
	<p>7. <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหาย หน้าที่ในการทำงาน</p>	<p>7.1 <input type="checkbox"/> <u>การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด</u></p> <p><input type="checkbox"/> สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ อาการบวม แดง อักเสบ มีสิ่งคัดหลั่งซึมออกมา</p> <p><input type="checkbox"/> ทำแผลตามขั้นตอนเทคนิคการปราศจากเชื้อ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>10.1 <input type="checkbox"/> <u>การเฝ้าระวังทางระบบประสาท</u></p> <p><input type="checkbox"/> สังเกต รูปร่าง ความสมมาตร และปฏิกิริยาของรูม่านตา</p> <p><input type="checkbox"/> สังเกต ระดับความรู้สึกตัวและความคิด</p> <p><input type="checkbox"/> สังเกตระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale)</p> <p><input type="checkbox"/> สังเกตสัญญาณชีพ: อุณหภูมิ ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ</p> <p><input type="checkbox"/> สังเกตสภาวะด้านการหาย: ระดับก๊าซในเลือดแดง ความลึก รูปแบบ และอัตราการหายใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังค่าชี้วัดต่างๆผ่านทางสายสวน อย่างเหมาะสม</p>		<p><u>การหายของแผลผ่าตัด</u></p> <p><u>ตัวชี้วัด</u></p> <p><input type="checkbox"/> ไม่พบอาการบวมแดง อักเสบ มีสิ่งคัดหลั่งซึมออกมา</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p><u>สถานะทางระบบประสาท:</u></p> <p><u>ความรู้สึกตัว</u></p> <p><u>ตัวชี้วัด</u></p> <p><input type="checkbox"/> ลืมตาเมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก</p> <p><input type="checkbox"/> จำเรื่องราวต่างๆได้</p> <p><input type="checkbox"/> สื่อสารต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> ทำตามคำสั่งได้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีชักเกร็งกระตุก</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)</p>	

เครื่องมือชุดที่ 4
 คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง
 “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล
 สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก”



โดย

สถาบันวิทยบริการ
 นางแพรวพรรณ อิงภากรณ์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิติตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หลิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลที่เข้าร่วมอบรมมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งในด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกัน มีความครอบคลุมองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีความครอบคลุมเหมาะสมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสามารถเลือกใช้ข้อมูลด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นระบบรวดเร็วและถูกต้องยิ่งขึ้น

2. ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ตามหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การศึกษาสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยได้รับความร่วมมือในการศึกษาวิจัยอย่างดียิ่งจากหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 5 งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ฯ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ขึ้น โดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ความเป็นมาและความสำคัญของระบบการจำแนกทางการพยาบาลของ NANDA, NIC, และ NOC การนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้พยาบาลได้ใช้เป็นคู่มือในการพิจารณาเลือกใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA กิจกรรมการพยาบาลของ NIC และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้งานและประโยชน์ที่ได้รับ

อนึ่ง คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” นี้ ได้กล่าวถึงการจำแนกทางการพยาบาลที่มีรูปแบบการบันทึกลงในเอกสาร (Paper based) ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นสารสนเทศทางการพยาบาล โดยการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์อันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานด้านอื่นๆ ต่อไป

ผู้จัดทำ

มีนาคม พ.ศ. 2550

สารบัญ

	หน้า
1. บริบทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	5
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยหนัก	5
3. การจำแนกทางการพยาบาล	6
3.1 การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ	7
3.2 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ	8
3.3 การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ	8
4. การจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอ ผู้ป่วยหนักบูรณาการระหว่าง NANDA, NIC และ NOC	
5. บรรณานุกรม	9

1. บริบทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนมากเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบตัน ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากการหนาและแข็งตัวของผนัง หลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ทำให้นาครูของหลอดเลือดดังกล่าวแคบลงหรือตีบตัน การไหลเวียนของเลือดลดลงหรือไปไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่เมื่อการตีบแคบเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50-75 ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการนี้จะเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นเกิน 30 นาที และเพิ่มความรุนแรงขึ้นโดยสัมพันธ์กับการตีบแคบของหลอดเลือดและจำนวนหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพดังกล่าว หากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากและเป็นระยะเวลานานก็จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสูง, 2549)

เมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนกระทั่งมีอาการ แพทย์จะทำการรักษาโดยการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการ แต่เมื่อโรคดำเนินไปถึงระยะหนึ่งการรักษาดังกล่าวอาจไม่ได้ผล ต้องเลือกรักษาด้วยแนวทางอื่นเพิ่มเติม เช่น ใ้ช้ลูกโป่งขยายหลอดเลือดแดง (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรับถึงการจำหน่าย รวม 6 มาตรฐาน (อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์ และคณะ, 2543) ในมาตรฐานที่ 4 กล่าวถึง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด โคโรนารี ดังนี้

1. เฝ้าระวัง ประเมิน และบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ แรงดันในห้องหัวใจ ทุก 15 นาที 4 ครั้งและทุกครั้งชั่วโมงจนกระทั่ง ต่อไปทุกชั่วโมง
2. ประเมินและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆและไออย่างมีประสิทธิภาพ
3. ประเมินและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน Lead ที่สำคัญอย่างน้อย 1 Lead ทุก 8 ชั่วโมงและเมื่อผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
4. ประเมินและบันทึกสิ่งต่างๆ ทุก 1 ชั่วโมง คือ ลักษณะสีผิว ความอุ่นของผิวหนังบริเวณปลายมือปลายเท้า ปริมาณสารน้ำ ยา เลือด และส่วนประกอบของเลือดทั้งเข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วย

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและประสิทธิภาพของยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด พร้อมทั้งปรับขนาดตามแผนการรักษาพยาบาล
6. ส่งและติดตามผลการตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาพยาบาล
7. จัดและเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
8. ประเมินลักษณะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด หรืออาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลตามสาเหตุ
9. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ และแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด
10. ดูแลการไหลเวียนเลือดที่แขนและขาข้างที่ทำผ่าตัดและเส้นเลือด โดยระวังไม่ให้ฝ้ายรัดแน่นเกินไปและออกกำลังกายโดยวิธีกำและแบมือ และกระดกปลายเท้าขึ้นลงตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ
11. ประเมินปัญหา ความต้องการสื่อสารของผู้ป่วย จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้ข้างเตียง เช่น กระดาษ ดินสอ ปากกา
12. ลดสิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น เสียง แสง อุณหภูมิ ฯลฯ
13. ให้อาหารและบุคคลใกล้ชิดได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา
14. อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา
15. ประสานงานและส่งอาการและแผนการรักษาผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อไป

3. การจำแนกทางการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association: ANA) ให้ความหมายการจำแนกทางการพยาบาล คือ การจัดประเภทหรือจำพวก (Classes) ของข้อมูลตามโครงสร้างและกลุ่มคำหรือวลีที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งช่วยให้การจัดการสารสนเทศจากการใช้คอมพิวเตอร์มีมาตรฐาน การจัดการข้อมูลองค์ประกอบทางการพยาบาล (การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล) ของชุดข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาลต้องการระบบจัดการข้อมูลตามกฎหมายการจำแนก เพื่อให้ข้อมูลจำนวนมากที่เกิดจากการทำงานในกระบวนการพยาบาลสามารถบันทึก จัดเก็บสืบค้น และนำมาเปรียบเทียบความหมายและคำที่มีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลหรือใช้สร้างความรู้ใหม่ทางการพยาบาล

การจำแนกทางการพยาบาล (Nursing classification) ที่ได้รับการยอมรับและครอบคลุม กระบวนการพยาบาลมีหลายระบบ ได้แก่ การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล(International Classification of Nursing Practice: ICNP), ระบบโอมาฮา (Omaha System) ซึ่งเป็นการดูแล ผู้สูงอายุ, การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่ง อเมริกาเหนือ(North American Nursing Diagnosis Association: NANDA), การจำแนกกิจกรรมการ พยาบาล(Nursing Interventions Classification: NIC) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ปัจจุบันการจำแนกการพยาบาลของ NANDA, NIC และ NOC ได้รับการพัฒนา และมีการวิจัยความครอบคลุมทั้งกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) มี ความเหมาะสมและประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ในการสนับสนุนการ ทำงานของพยาบาล จนสามารถเชื่อมโยงเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมกับ ผู้ป่วยทุกระบบ และทุกสถานที่ (Johnson, et al., 2006) รวมทั้งผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรคหัวใจที่ได้ การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และคุกคามต่อชีวิต

รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอ ผู้ป่วยหนักนี้เป็นรูปแบบของการบันทึกลงในเอกสาร (Paper based) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถ ประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ของผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ลด ความซ้ำซ้อนในการทำงาน เพื่อให้พยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้น ช่วยลดและป้องกัน อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้น ลดจำนวนวันนอน ในโรงพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้มีความพึง พอใจเพิ่มขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาล นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ด้านการควบคุมคุณภาพการ พยาบาล และการจัดการด้านการเงิน พยาบาลมีความตระหนักในอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ และ มีความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล สามารถใช้สื่อสารข้อมูลกับสหสาขาวิชาชีพ และประโยชน์ ด้านการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพต่อไป

3.1 การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA ในผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลต่อภาวะการตอบสนอง ของผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ซึ่งให้แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาล เพื่อให้บรรลุผลการพยาบาลที่พยาบาลรับผิดชอบ

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

หัวใจได้แก่

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย
4. การก้ำขาบของเนื้อเยื่อไม่มี ประสิทธิภาพ:
5. มีความเจ็บปวดเฉียบพลัน:ปวดแผลผ่าตัด
6. มีความวิตกกังวล
7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย
8. มีอาการคลื่นไส้
9. ขาดความรู้ในการทำกิจกรรม ออกกำลังกาย
10. เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน

3.2. การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ของ NIC ในผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG

การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลต่อกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้แก่

1. การควบคุมการไหลเวียนโลหิต
2. การดูแลการไหลเวียนโลหิต
3. การบริหารสารน้ำ
4. การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตทางสายสวน
5. การบริหารการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด
6. การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
7. การเฝ้าระวังการหายใจ
8. การดูแลการให้ออกซิเจน
9. การจัดการทางเดินหายใจ
10. การจัดการในภาวะช็อก: การทำงานของหัวใจ
11. การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
12. การเฝ้าระวังและการจัดการด้านเกลือแร่
13. การเฝ้าระวังและการจัดการด้านกรด-ด่าง

14. การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
15. การจัดการความปวด
16. การจัดการสิ่งแวดล้อม
17. การบริหารการให้ยา
18. การลดความวิตกกังวล
19. การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด
20. การดูแลแผลจากท่อระบายทรวงอกและสายสวนคาต่างๆ
21. การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย
22. การจัดการอาการคลื่นไส้/อาเจียน
23. การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ
24. การแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย
25. การเฝ้าระวังทางระบบประสาท

การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ NIC ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยกตัวอย่าง เช่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA เรื่องผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาลของ NIC ได้แก่

การจัดการความปวด

1. ประเมินระดับ ความรุนแรง ตำแหน่งและลักษณะของความปวด
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดอย่างเหมาะสม เช่น ให้ยา บรรเทาปวด ใช้ดนตรีบำบัด
ใช้วิธีการสัมผัส อย่างนุ่มนวล เข้ามือ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง
4. ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว/เปลี่ยนท่า
5. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการลดความปวดแก่ผู้ป่วย

การจัดการสิ่งแวดล้อม

1. เตรียมที่นอนไม่นิ่มหรือแข็ง เกินไป
2. ปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยสุขสบาย
3. ปรับอุณหภูมิห้อง เสียงและแสงสว่าง ให้เหมาะสม

การบริหารการให้ยาแก้ปวด

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการให้ยา

3. เฝ้าระวังปฏิกิริยาจากยาทุกครั้งและรายงานเมื่อผิดปกติ
4. ประเมินผลของยาต่อความปวด

3.3 การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC ในผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG

การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ NOC ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

1. ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ
2. สถานะด้านการหายใจ
3. สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง
4. การกำซาบของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด
5. ระดับความปวด
6. การควบคุมความวิตกกังวล
7. การหายของแผลผ่าตัด
8. ระดับของความสบาย
9. คำแนะนำในการทำกิจกรรม
10. สถานะทางระบบประสาท

การจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลนี้ บูรณาการมาจากแนวคิดของ NANDA (Ralph et al., 2005), NIC (McCloskey & Bulechek, 2004) และ NOC (Moorhead et al., 2004) ตามลำดับ และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย (อัจฉรา เชนฤทธิพิทักษ์ และคณะ, 2543) เป็นหลัก ร่วมกับผลการค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Ackley & Ladwig, 2004; Black & Hawks, 2005; Comer, 2005; Haugh. and Keeling, 2003; Lemone & Burke, 2004; และ Semeltzer & Bure, 2000) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก และแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก บูรณาการระหว่าง NANDA, NIC และ NOC (ประเด็นหลัก)

การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC)
1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	1.1 การควบคุมการไหลเวียนโลหิต 1.2 การดูแลด้านการไหลเวียนโลหิต 1.3 การบริหารสารน้ำ 1.4 การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตโดยทางสายสวน 1.5 การจัดการในภาวะช็อก: ด้านหัวใจ 1.6 การเฝ้าระวังการเสียเลือด 1.7 การเฝ้าระวังสารน้ำ 1.8 การบริหารการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด	-ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง	2.1 การเฝ้าระวังการหายใจ 2.2 การดูแลการให้ออกซิเจน 2.3 การจัดการภาวะกรด-ด่าง 2.4 การจัดการทางเดินหายใจ 2.4.1 การดูแลตำแหน่ง ท่อทาง 2.4.2 การบริหารปอดและร่างกาย	-สถานะด้านการหายใจ: การแลกเปลี่ยนก๊าซ
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	3.1 การจัดการด้านเกลือแร่ 3.2 การเฝ้าระวังด้านเกลือแร่ 3.3 การจัดการด้านกรด-ด่าง 3.4 การเฝ้าระวังกรด-ด่าง 3.5 การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	-สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การจำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาล (NANDA)	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC)
4. การก้ำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ: หัวใจและปอด	4.1 การควบคุมด้านการไหลเวียนโลหิต 4.2 การจัดการในภาวะช็อก: ด้านหัวใจ 4.3 การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4.4 การจัดการสารน้ำเกลือแร่ 4.5 การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-การก้ำซาบของเนื้อเยื่อ: หัวใจและปอด
5. มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเฉียบพลัน	5.1 การจัดการความเจ็บปวด 5.2 การจัดการสิ่งแวดล้อม: ความสุขสบาย 5.3 การบริหารการให้ยา 5.4 การสัมผัส	-ระดับความเจ็บปวด
6. มีความวิตกกังวล	6.1 การลดความวิตกกังวล 6.2 การบริหารการให้ยา 6.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม	-การควบคุมความวิตกกังวล
7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย	7.1 การดูแลตำแหน่งแผลผ่าตัด 7.2 การป้องกันการติดเชื้อ 7.3 การดูแลแผล: แบบระบบปิด	-การหายของแผลผ่าตัด
8. ขาดความรู้ในการทำกิจกรรม/ ออกกำลังกาย	8.1 การแนะนำการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย 8.2 การส่งเสริมการออกกำลังกาย	-ความรู้: คำแนะนำในการทำกิจกรรม
9. มีอาการคลื่นไส้	9.1 การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ	-ระดับของความสุขสบาย
10. เสี่ยงต่อระบบประสาทส่วนปลายเสียหายที่ในการทำงาน	10.1 การเฝ้าระวังทางระบบประสาท	-สภาวะทางระบบประสาท: ความรู้สึกตัว

บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลิฟวิ่ง.
- พันธุ์ศักดิ์ ลีเกษมบุญส่ง. (2549). Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). ใน **วรมนต์ บำรุงสุข, การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ:โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี**, 58-67. กรุงเทพมหานคร: L.T. Press.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2542). **การพัฒนาข้อมูลทางการพยาบาลที่จำเป็นและระบบจำแนกข้อมูลทางการพยาบาลระยะเริ่มต้น (Nursing Minimum Data Set and Preliminary Nursing Classification Development)**. (ม.ป.ท.).
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ และคณะ. (2543). **มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.
- Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2004). **Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care**. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Black, M.J., & Hawks, H.J. (2005). **Medical-surgical nursing: Clinical management of patient outcomes**. 7th ed. St. Louis: Elsevier.
- Comer, S. (2005). **Delmar's critical care: Nursing care plans**. 2nd ed. St. Louis: Thomson Delmar Learning.
- Haugh, H.K., & Keeling, A. (2003). Coronary artery disease and dysrhythmia. **In medical-surgical nursing: Health and illness perspectives**. 7th ed. St. Louis: Mosby.
- Lemone, P., & Burke, K. (2004). **Nursing care of clients with coronary heart disease: Critical thinking in client care**. 3rd ed. New York: Pearson Education.
- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2004). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Ralph, S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vassallo, B., & Warren, J. (2005). **NANDA Nursing diagnosis: Definitions and classification 2005–2006**. Philadelphia: NANDA International.

เครื่องมือชุดที่ 5 แบบสังเกตการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก
 รหัสผู้ป่วย HN.....เพศอายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....หัตถการที่ทำ.....
 วันที่รับ.....วันที่ย้าย.....

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล (NANDA)

1. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง

ว.ด.ป./ เวลาที่ ประเมิน	การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC)	สำหรับผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย			การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	พยาบาล ผู้ประเมิน (รหัส)		สำหรับผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย		
		ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์		ก่อน	หลัง	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์
	<p>1.1 <input type="checkbox"/> การควบคุมและการดูแลด้านการไหลเวียนโลหิต</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลงจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจร ความดันโลหิต และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังอุณหภูมิ สีผิว และความอุ่นของอวัยวะบริเวณส่วนปลาย ของร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังแรงดันในปอด/แรงดันในหลอดเลือดแดง/แรงดันใน หัวใจห้องบนขวาและรายงานแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก, จำนวนปัสสาวะทุก ครึ่งชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุกหนึ่งชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> ปรับสมดุลน้ำโดยการบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือยา</p>				<p><input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ตัวชี้วัด</p> <p><input type="checkbox"/> ความดันโลหิตส่วนปลายของระบบ ร่างกาย.....</p> <p><input type="checkbox"/> ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง.....</p> <p><input type="checkbox"/> ความดันโลหิตในหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง.....</p> <p><input type="checkbox"/> อัตราการเต้นของหัวใจ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ชีพจรตัวปลาย.....</p> <p><input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ.....</p>					

เครื่องมือชุดที่ 7

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

- 2.1 ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล มี 18 ข้อ
- 2.2 ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ มี 18 ข้อ
- 2.3 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล มี 30 ข้อ

เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้

นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความและเติมค่าลงในช่องว่างที่เว้นไว้
ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี

2. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลา.....ปี

3. ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช

ระยะเวลา.....ปี

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- ปริญญาตรี
 ปริญญาโท
 อื่นๆ (ระบุ).....

5. ระดับเงินเดือน

- น้อยกว่า 8,000 บาท
 8,000 - 15,000 บาท
 15,001- 20,000 บาท
 มากกว่า 20,000 บาท

6. การอบรมทางวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
 การพยาบาลเฉพาะทางโรคระบบหัวใจและทรวงอก
 สารสนเทศทางการพยาบาล
 อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ในการใช้รูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลสำหรับการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล มีทั้งหมด 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล มี 18 ข้อ

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้ มี 18 ข้อ

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล มี 30 ข้อ

ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่แสดงระดับความพึงพอใจ ที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจตามข้อความที่ระบุในระดับมากที่สุด (81-100%)
พึงพอใจมาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจตามข้อความที่ระบุในระดับมาก (61-80%)
พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจตามข้อความที่ระบุในระดับปานกลาง (41-60%)
พึงพอใจน้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจตามข้อความที่ระบุในระดับน้อย (21-40%)
พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจตามข้อความที่ระบุในระดับน้อยที่สุด (1-20%)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล					
1. ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย					
2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ					
3. สะดวก					
4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย					
5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน					
6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม					
2. รูปแบบการจำแนกการกิจกรรมการพยาบาล					
1. ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย					
2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ					
3. สะดวก					
4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย					
5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน					
6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม					
3. รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล					
1. ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย					
2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ					
3. สะดวก					
4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย					
5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน					
6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม					

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้

ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล					
1. ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ					
2. ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล					
3. ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล					
4. ใช้ในการศึกษาวิจัย					
5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย					
6. ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน					
2. รูปแบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล					
1. ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ					
2. ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล					
3. ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล					
4. ใช้ในการศึกษาวิจัย					
5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย					
6. ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน					
3. รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล					
1. ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ					
2. ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล					
3. ใช้แสดงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล					
4. ใช้ในการศึกษาวิจัย					
5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย					
6. ใช้เพื่อการจัดการด้านการเงิน					

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ลักษณะงาน					
1. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม					
2. มีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน					
3. มีโอกาสกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานของตนเอง					
4. มีส่วนร่วมในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือการปฏิบัติงานที่ใช้ในหน่วยงาน เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล					
5. มีโอกาสประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง					
6. มีส่วนร่วมในการพัฒนางานของหน่วยงาน					
7. มีส่วนช่วยให้งานในหน่วยงานประสบความสำเร็จ					
8. กิจกรรมการปฏิบัติงานช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถของท่าน					
9. มีความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ทำอยู่					
10. มีความรู้สึกภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานที่ทำอยู่					
2. ความเป็นอิสระในงาน					
11. มีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน					
12. สามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามหลักวิชา					
13. มีอิสระที่จะกำหนดวิธีการทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง					
14. สามารถตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเองภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ					
15. สามารถปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยยึดหลักการระบวงการพยาบาล					
16. สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์					
17. ท่านได้รับการยอมรับจากหน่วยงานให้เป็นแบบอย่างต่อผู้อื่นในการแก้ปัญหาผู้ป่วย					
18. สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่อง					
19. สามารถให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงานได้อย่างเหมาะสม					

ตารางที่ 16 แสดงผลการสังเกตการใช้รูปแบบจำแนกการวินิจฉัยทางการแพทย์ และการ
 จำแนก กิจกรรมทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนก
 ตามรายชื่อ (n=5)

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล	ผู้วิจัย			ผู้ช่วยวิจัย		
	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์
1.เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	5	-	-	5	-	-
การควบคุมและการดูแลด้านการไหลเวียนโลหิต						
1.เฝ้าระวัง และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจชีพจร ความดันโลหิต และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	5	-	-	5	-	-
2.เฝ้าระวังอุณหภูมิ สีผิว และความอุ่นของอวัยวะบริเวณส่วน ปลายของร่างกาย	5	-	-	5	-	-
3.เฝ้าระวังแรงดันในปอด/ แรงดันในหลอดเลือดแดง/แรงดันใน หัวใจห้องบนขวาและรายงานแพทย์	5	-	-	5	-	-
4.เฝ้าระวัง และบันทึกปริมาณน้ำ เข้า-ออก,จำนวนปัสสาวะทุกครั้งชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุกหนึ่ง ชั่วโมง	5	-	-	5	-	-
5.ปรับสมดุลน้ำโดยการบริหารสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำหรือยาขับปัสสาวะ อย่างเหมาะสม	5	-	-	5	-	-
6.บริหารการให้ยาขยายหลอดเลือดและ/ หรือยาที่ทำให้เส้นเลือดหดตัวได้อย่างเหมาะสม	5	-	-	5	-	-
7.บริหาร และประเมินผลการใช้ยาที่ช่วย เพิ่มประสิทธิภาพการบีบรัดตัวของหัวใจ และผล ข้างเคียง	5	-	-	5	-	-
8.ปรับระดับหัวใจเตียงให้เหมาะสมกับ สภาพผู้ป่วย	5	-	-	5	-	-

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้วิจัย		ผู้ช่วยวิจัย			
	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์		
การเฝ้าระวังการไหลเวียนโลหิตโดยทางสายสวน	5	-	-	5	-	-
9.ช่วยแพทย์ในการใส่ และ/หรือถอดสายสวน						
10.ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหลังใส่ สายสวน เพื่อดูความดันในหัวใจ และตำแหน่ง ปลายสายสวนพร้อมการรายงานผล	5	-	-	5	-	-
11.ตรวจวัดค่าความดัน โลหิตบริเวณส่วนกลาง ของระบบร่างกายผ่านทางสายสวนอย่างถูกต้อง	5	-	-	5	-	-
12.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวน และรายงานเมื่อพบความผิดปกติ	5	-	-	5	-	-
13.ดูแลข้อต่อต่างๆ ของสายสวนให้เป็นระบบ ปิด	5	-	-	5	-	-
14.ป้องกันการเลื่อนหลุดจุดตันของสายสวน	5	-	-	5	-	-
การจัดการในภาวะช็อก:การทำงานหัวใจ						
15.เฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลงจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจชีพจร ความดันโลหิต และคลื่นไฟฟ้า	5	-	-	5	-	-
16.ดูแลให้มีความสมดุลน้ำ โดยการบริหารสาร น้ำ และยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา	5	-	-	5	-	-
17.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การบีบตัวของหัวใจ	5	-	-	5	-	-
18.ติดตามบันทึก และรายงานผลเกี่ยวกับการ แข็งตัวของเลือด	5	-	-	5	-	-
19.ดูแลการทำงานของเครื่องพองการทำงานของ หัวใจโดยการเสริมแรงดันเลือด(IABP)	-	-	5	-	-	5
การเฝ้าระวังการเสียเลือด						
20.เฝ้าระวัง และสังเกตภาวะการเสียเลือดจาก แผลผ่าตัด และช่องระบายทรวงอก	-	-	5	-	-	5
21.เฝ้าระวัง และบันทึกปริมาณสิ่งคัดหลั่ง	5	-	-	5	-	-
22.เฝ้าระวัง และบันทึกสัญญาณชีพและความ ดันโลหิต	5	-	-	5	-	-

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้วิจัย		ผู้ช่วยวิจัย		193	
	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่มี สถาน การณ์
23.บันทึกระดับของ Hb.และHct.	5	-	-	5	-	-
24.รายงานแพทย์เมื่อพบอาการหรืออาการแสดง ของการเสี่ยงเลือด	1	-	4	2	-	3
การบริหารการให้เลือด						
25.จองเลือด และติดต่อขอเลือด	2	-	3	2	-	3
26.ตรวจเช็คคำสั่งการให้เลือด	2	-	3	2	-	3
27.ดูแลให้ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของ เลือดอย่างเพียงพอ	3	-	2	3	-	2
28.เฝ้าระวังปฏิกิริยาการแพ้เลือด	4	-	1	4	-	1
29.เฝ้าระวัง และบันทึกสัญญาณชีพ	5	-	-	5	-	-
การจัดการด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ						
30.เฝ้าระวัง และดูแลให้ได้รับการแก้ไขภาวะหัวใจ เต้นผิดจังหวะ	4	-	1	4	-	1
31.เฝ้าระวัง และบันทึกการเปลี่ยนแปลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	5	-	-	5	-	-
32.เฝ้าระวัง และบันทึกสัญญาณชีพและรายงาน เมื่อผิดปกติ	5	-	-	5	-	-
33.ดูแลการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ และการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	-	-	5	-	-	5
2.การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง	5	-	-	5	-	-
การเฝ้าระวังการหายใจ						
34.เฝ้าระวัง และบันทึกอัตรา การหายใจ	5	-	-	5	-	-
33.ดูแลให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง	5	-	-	5	-	-
34.บันทึก และรายงานการเปลี่ยนแปลงของผล ก๊าซในเลือดแดง	5	-	-	5	-	-
35.เฝ้าระวังอาการของภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซ บกพร่อง	5	-	-	5	-	-
36.ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วย หายใจอย่างเคร่งครัด	5	-	-	5	-	-
37.ติดตาม และรายงานผลX-rays ปอด	5	-	-	5	-	-
การดูแลการให้ออกซิเจน	5	-	-	5	-	-
38.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	5	-	-	5	-	-
39.ปรับระดับออกซิเจนได้อย่างเหมาะสมกับ	5	-	-	5	-	-

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้วิจัย			ผู้ช่วยวิจัย		
	ไม่มี	ไม่	ไม่มี	ไม่	ไม่มี	ไม่
	สถาน การณ์	ปฏิบัติ	สถาน การณ์	ปฏิบัติ	สถาน การณ์	ปฏิบัติ
สภาพผู้ป่วย						
40. เฝ้าระวัง บันทึก และรายงานผลออกซิเจนใน เลือดแดง	5	-	-	5	-	-
41. เฝ้าระวังลักษณะการหายใจลำบาก	5	-	-	5	-	-
42. เฝ้าระวังรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงที่ ผิดปกติ	5	-	-	4	1	-
43. เฝ้าระวังระดับสติและความรู้สึกตัว	5	-	-	5	-	-
การจัดการทางเดินหายใจ	5	-	-	5	-	-
44. ปรับระดับหัวเตียงให้สูงตามความเหมาะสม						
45. ดูแลให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง	5	-	-	4	1	-
46. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมตาม แนวทางปฏิบัติอย่างถูกต้อง	5	-	-	5	-	-
47. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตาม แผนการรักษา	4	1	-	5	-	-
48. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจอย่างเคร่งครัด	3	1	1	4	-	1
49. ให้ผู้ป่วยได้ดูแลอุปกรณ์ที่ช่วยให้ปอดขยาย	3	-	2	3	-	2
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่	5	-	-	5	-	-
ในร่างกาย						
การบริหารสารน้ำ						
50. ดูแลและบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกอย่าง ถูกต้อง	3	-	1	3	-	1
51. เฝ้าระวัง และบันทึกสัญญาณชีพ	4	-	2	4	-	2
52. เฝ้าระวัง และบันทึกค่าตัวบ่งชี้ภาวะน้ำเกิน และการขาดน้ำ	5	-	-	5	-	-
53. ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะอย่างเหมาะสม	5	-	-	5	-	-
54. ดูแลเครื่องควบคุมสารน้ำให้ทำงานอย่าง ถูกต้อง	5	-	-	5	-	-

การจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้วิจัย			ผู้ช่วยวิจัย		
	ไม่มี	ไม่	ไม่มี	ไม่	ไม่มี	ไม่
	สถาน การณ์	ปฏิบัติ	สถาน การณ์	ปฏิบัติ	สถาน การณ์	ปฏิบัติ
การดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ						
55.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเหมาะสม	4	-	1	3	-	2
56.ปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสาร น้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัด	5	-	-	5	-	-
57.บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกอย่างถูกต้อง	5	-	-	5	-	-
การเฝ้าระวังและการจัดการด้านเกลือแร่						
58.ติดตามผลการตรวจหาระดับเกลือแร่และ อัลบูมินในเลือด และรายงานผล	5	-	-	5	-	-
59.เฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเดิน ของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และรายงานเมื่อ ผิดปกติ	5	-	-	5	-	-
60.เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้ อาเจียน	5	-	-	5	-	-
61.ดูแลผู้ป่วยได้รับเกลือแร่ทั้งทางปาก และ หลอดเลือดอย่างเพียงพอ	5	-	-	5	-	-
การเฝ้าระวังและการจัดการกรด-ด่าง						
62.เตรียมเลือดส่งหาแก๊สในเลือดแดง	5	-	-	5	-	-
63.ติดตามบันทึก และรายงานผลการตรวจหาค่า แก๊สในเลือดแดง	5	-	-	5	-	-
64.ปรับระดับออกซิเจน และการหมุนเวียน เครื่องช่วยหายใจ	5	-	-	5	-	-
65.เฝ้าระวังรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงที่ ผิดปกติ	5	-	-	5	-	-
66.ให้ยาหรือสารน้ำเพื่อปรับสภาพกรด-ด่าง อย่างเหมาะสม	5	-	-	5	-	-
67.เฝ้าระวังระดับสติและความรู้สึกตัว	5	-	-	5	-	-
การจัดการความปวด						
68.ประเมินระดับความรุนแรง ตำแหน่ง และ ลักษณะความปวด	4	-	1	4	-	1
69.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดอย่าง เหมาะสม	5	-	-	5	-	-
70.ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่าง พอเพียง	5	-	-	5	-	-

การดำเนินการวินิจฉัยการพยาบาลและ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้วิจัย		ผู้ช่วยวิจัย			
	ไม่มี	ไม่	ไม่มี	ไม่		
	สถาน การณ์	ปฏิบัติ	สถาน การณ์	ปฏิบัติ		
71.ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่า	5	-	-	5	-	-
72.ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุและ วิธีการลดความปวด	5	-	-	4	-	1
การจัดสิ่งแวดล้อม						
73.เตรียมที่นอนไม่นิ่มหรือแข็งเกินไป	5	-	-	5	-	-
74.ปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยสบาย	5	-	-	5	-	-
75.ปรับอุณหภูมิห้องเสียง และแสงสว่างให้ เหมาะสม	5	-	-	5	-	-
การบริหารการให้ยาแก้ปวด						
76.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีอาการ	5	-	-	5	-	-
77.ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนให้ยา	3	2	-	3	2	-
78.เฝ้าระวังปฏิกิริยาทุกครั้งและรายงานเมื่อ ผิดปกติ	5	-	-	5	-	-
79.ประเมินผลของยาต่อความปวด	5	-	-	5	-	-

จากตารางที่ 16 พบว่าคะแนนการสังเกตการปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการดำเนินการวินิจฉัย
ทางการพยาบาลมีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามี การปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ
จากทั้งหมด 10 ข้อ คิดเป็น 100% และการจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล มีข้อที่ผู้วิจัยและผู้ช่วย
วิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามี การปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 73 ข้อ จากทั้งหมด 79 ข้อ คิดเป็น 92.4%

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงผลการสังเกตการปฏิบัติงานในการใช้รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายชื่อ (n=5)

การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC)	ผู้วิจัย			ผู้ช่วยวิจัย		
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์
1.เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง						
ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ	5	-	-	5	-	-
1.ความดันโลหิตส่วนปลายของระบบร่างกาย						
2.อัตราการเต้นของหัวใจ	5	-	-	5	-	-
3.ชีพจรส่วนปลาย	5	-	-	5	-	-
4.ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	5	-	-	5	-	-
5.อาการเจ็บแน่นหน้าอก	3	2	-	3	1	1
2.การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง						
สถานะด้านการหายใจ:การแลกเปลี่ยน						
ก๊าซ	5	-	-	5	-	-
6.อัตราการหายใจ						
7.เสียงหายใจผิดปกติ	5	-	-	4	1	-
8.หายใจหอบเหนื่อย	5	-	-	5	-	-
9.ผลก๊าซในเลือดแดง	5	-	-	5	-	-
10.ผล X-rays ปอด	5	-	-	5	-	-
3.เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย						
สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง						
11.ความดันโลหิต	5	-	-	5	-	-
12.ชีพจร	5	-	-	5	-	-
13.คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	5	-	-	5	-	-
14.ระดับเกลือแร่ในเลือด	5	-	-	3	2	-
4. ปวดแผลผ่าตัด						
ระดับความปวด						
15.นอนหลับพักผ่อนได้ (ชั่วโมง)	5	-	-	5	-	-
16.ระดับความปวด (Pain scale)	5	-	-	5	-	-
5.มีความวิตกกังวล						
การควบคุมความวิตกกังวล						
17.ลด/หรือคลายสาเหตุของความวิตกกังวล	5	-	-	3	2	-
18.อาการแสดงความกังวล.....	5	-	-	4	1	-

จากตารางที่ 17 พบว่าคะแนนการสังเกตการปฏิบัติการใช้รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์
ทางการพยาบาล มีข้อที่ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเห็นสอดคล้องตรงกันว่ามีการปฏิบัติ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ
จากทั้งหมด 18 ข้อ คิดเป็น 88.89%



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจของพยาบาล (รายด้าน และรายข้อ)

หัวข้อ	รายด้าน	โดยรวม
ความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล		.9315
1. รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล		.7810
1.1 ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	.7701	
1.2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	.7120	
1.3. สะดวก	.6915	
1.4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	.7497	
1.5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	.6065	
1.6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม	.7944	
2. รูปแบบการจำแนกภารกิจกรรมการพยาบาล		.7975
2.1 ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	.7739	
2.2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	.6074	
2.3. สะดวก	.6747	
2.4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	.5561	
2.5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	.5208	
2.6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม	.6609	
3. รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล		.9033
3.1 ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	.7279	
3.2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	.6747	
3.3. สะดวก	.6297	
3.4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	.5632	
3.5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	.6609	
3.6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม	.6687	

ตารางที่14(ต่อ)

หัวข้อ	รายด้าน	โดยรวม
ความพึงพอใจในการนำรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาลไปใช้		.9410
1. รูปแบบการจำแนกการวินิจฉัยการพยาบาล		.8143
1.1 ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	.6915	
1.2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	.9279	
1.3. สะดวก	1.0283	
1.4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	.8604	
1.5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	1.1651	
1.6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม	.7915	
2. รูปแบบการจำแนกการกิจกรรมการพยาบาล		.8322
2.1 ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	.7184	
2.2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	.7849	
2.3. สะดวก	.8944	
2.4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	.9129	
2.5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	1.1943	
2.6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม	.8769	
3. รูปแบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล		.8459
3.1 ครอบคลุมการพยาบาลครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย	.7466	
3.2. เข้าใจง่าย ได้ใจความ	.8899	
3.3. สะดวก	.9371	
3.4. ใช้เวลาในการบันทึกน้อย	.9129	
3.5. สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกัน	1.1567	
3.6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นหมวดหมู่และเหมาะสม	.6477	

ตารางที่ 14(ต่อ)

หัวข้อ	รายด้าน	โดยรวม
ความพึงพอใจในงานของพยาบาล		.9515
1. ลักษณะงาน		.8716
1.1 สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม	.6288	
1.2. มีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน	.7397	
1.3. มีโอกาสกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานของตนเอง	.8193	
1.4. มีส่วนร่วมในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือการปฏิบัติงานที่ใช้ในหน่วยงาน เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล	.7303	
1.5. มีโอกาสประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง	.6297	
1.6. มีส่วนร่วมในการพัฒนางานของหน่วยงาน	.6065	
1.7. มีส่วนช่วยให้งานในหน่วยงานประสบความสำเร็จ	.8469	
1.8. กิจกรรมการปฏิบัติงานช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถของท่าน	.6687	
1.9. มีความรู้สึกรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ทำอยู่	.7397	
1.10. มีความรู้สึกรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ทำอยู่	.8610	
2. ความเป็นอิสระในงาน		.9172
2.1. มีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน		
2.2. สามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามหลักวิชา	.6513	
2.3. มีอิสระที่จะกำหนดวิธีการทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง	.7240	
2.4. สามารถตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเองภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ	.6477	
2.5. สามารถปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยยึดหลักการพยาบาล	.6074	
2.6. สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์	.7120	
2.7. ท่านได้รับการยอมรับจากหน่วยงานให้เป็นแบบอย่างต่อผู้อื่นในการแก้ปัญหาผู้ป่วย	.7739	
2.8. สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่อง	.8137	

ตารางที่14(ต่อ)

หัวข้อ	รายด้าน	โดยรวม
2.9. สามารถให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงานได้อย่างเหมาะสม	6513	
2.10. สามารถเสนอความคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน	.6065	
3. ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน		.9020
3.1. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติงานกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ	.7701	
3.2. มีการประสานงานกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	.5833	
3.3. มีการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	.6789	
3.4. มีการปรึกษาหารือและวางแผนการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน	.7112	
3.5. มีการปฏิบัติงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	.6397	
3.6. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างท่านและผู้ร่วมงานในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ	.6989	
3.7. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา	.9072	
3.8. มีการให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานซึ่งกันและกันระหว่างท่านและผู้ร่วมงาน	.7184	
3.9. การได้รับความเชื่อถือไว้วางใจระหว่างทีมผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา	.5307	
3.10. บรรยากาศในการทำงานอบอุ่นและเป็นมิตร	.8899	

ตารางที่ 19 ตารางแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน
ของพยาบาล

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล																																		
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5				คนที่ 6				คนที่ 7				คนที่ 8						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
2		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
3		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
4		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
5		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
6		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
7		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
8		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
9		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
10		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓			✓		✓
11		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
12		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
13		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
14		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
15		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
16		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
17		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
18		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
19		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
20		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
21		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓			✓		✓
22		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
23		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
24		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
25		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
26		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
27		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
28		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
29		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	
30		✓					✓				✓				✓							✓				✓				✓				✓	

ตารางที่ 20 ตาราง แจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจใน
โครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในโครงสร้างของรูปแบบการจำแนกทางการพยาบาล																															
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5				คนที่ 6				คนที่ 7				คนที่ 8			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1		✓				✓					✓				✓						✓					✓					✓	
2			✓				✓					✓				✓						✓					✓					✓
3				✓				✓					✓				✓					✓					✓					✓
4					✓				✓					✓								✓					✓					✓
5						✓				✓					✓							✓					✓					✓
6							✓				✓					✓						✓					✓					✓
7								✓				✓					✓					✓					✓					✓
8									✓				✓				✓					✓					✓					✓
9										✓				✓				✓					✓				✓					✓
10											✓				✓				✓				✓				✓					✓
11												✓				✓				✓				✓				✓				✓
12													✓				✓				✓				✓			✓				✓
13														✓				✓				✓				✓					✓	
14															✓				✓				✓				✓					✓
15																✓				✓				✓			✓					✓
16																	✓				✓				✓			✓				✓
17																		✓				✓				✓			✓			✓
18																			✓				✓				✓					✓

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ตาราง แจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ

ข้อ ที่	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5				คนที่ 6				คนที่ 7				คนที่ 8			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1		✓				✓					✓				✓							✓							✓			
2			✓				✓					✓				✓							✓						✓			
3			✓				✓					✓				✓							✓						✓			
4				✓				✓					✓				✓							✓					✓			
5		✓							✓					✓										✓								
6			✓						✓					✓										✓					✓			
7			✓						✓					✓										✓					✓			
8			✓						✓					✓										✓					✓			
9			✓						✓					✓										✓					✓			
10			✓						✓					✓										✓					✓			
11			✓							✓					✓									✓					✓			
12			✓							✓					✓									✓					✓			
13			✓							✓					✓									✓					✓			
14			✓							✓					✓									✓					✓			
15			✓							✓					✓									✓					✓			
16			✓							✓					✓									✓					✓			
17		✓									✓					✓								✓					✓			
18			✓								✓					✓								✓					✓			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง.

ตัวอย่างตารางวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Frequency Table

SAR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	11	84.6	84.6	84.6
	3	1	7.7	7.7	92.3
	4	1	7.7	7.7	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

SEM					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	53.8	53.8	53.8
	2	1	7.7	7.7	61.5
	4	4	30.8	30.8	92.3
	9	1	7.7	7.7	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

EX_N					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	15.4	15.4	15.4
	2	1	7.7	7.7	23.1
	3	4	30.8	30.8	53.8
	5	1	7.7	7.7	61.5
	6	3	23.1	23.1	84.6
	7	2	15.4	15.4	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

EX_E

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	15.4	15.4	15.4
	3	4	30.8	30.8	46.2
	5	1	7.7	7.7	53.8
	6	3	23.1	23.1	76.9
	7	2	15.4	15.4	92.3
	9	1	7.7	7.7	100.0
Total		13	100.0	100.0	100.0

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	P1	3.0769	13	.5512	.1529
	PO1	4.2051	13	.6672	.1850
Pair 2	P2	3.2564	13	.5758	.1597
	PO2	4.2436	13	.5384	.1493
Pair 3	P3	2.8974	13	.5424	.1504
	PO3	4.2051	13	.5859	.1625
Pair 4	P4	3.1410	13	.5727	.1588
	PO4	4.2051	13	.6707	.1860
Pair 5	P5	3.2179	13	.6397	.1774
	PO5	4.2179	13	.6645	.1843
Pair 6	P6	3.0641	13	.8567	.2376
	PO6	4.2179	13	.6540	.1814
Pair 7	P7	3.6692	13	.4211	.1168
	PO7	4.4462	13	.4630	.1284
Pair 8	P8	3.5538	13	.3620	.1004
	PO8	4.2231	13	.6990	.1939
Pair 9	P9	3.7615	13	.6886	.1910
	PO9	4.3462	13	.5995	.1663
Pair 10	TP1	3.0769	13	.4992	.1385
	TPO1	4.2179	13	.5780	.1603

Paired Samples Test

		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
Pair 1	P1 - PO1	-1.1282	.9158	.2540	-1.6816	-.5748	-4.442	12	.001
Pair 2	P2 - PO2	-.9872	.8374	.2322	-1.4932	-.4812	-4.251	12	.001
Pair 3	P3 - PO3	-1.3077	.7930	.2200	-1.7869	-.8285	-5.945	12	.000
Pair 4	P4 - PO4	-1.0641	.8540	.2369	-1.5802	-.5480	-4.493	12	.001
Pair 5	P5 - PO5	-1.0000	.7817	.2168	-1.4724	-.5276	-4.612	12	.001
Pair 6	P6 - PO6	-1.1538	.9513	.2638	-1.7287	-.5790	-4.373	12	.001
Pair 7	P7 - PO7	-.7769	.7143	.1981	-1.2086	-.3453	-3.922	12	.002
Pair 8	P8 - PO8	-.6692	.8854	.2456	-1.2043	-.1342	-2.725	12	.018
Pair 9	P9 - PO9	-.5846	1.0908	.3025	-1.2438	7.452E-02	-1.932	12	.077
Pair 10	TP1 - TPO1	-1.1410	.8008	.2221	-1.6249	-.6571	-5.137	12	.000
Pair 11	TP2 - TPO2	-1.0726	.8257	.2290	-1.5716	-.5737	-4.684	12	.001
Pair 12	TP3 - TPO3	-.6769	.8684	.2409	-1.2017	-.1521	-2.810	12	.016

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางแพรวพรรณ อึ้งภากรณ์ เกิดวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2502 สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เมื่อ พ.ศ. 2526 จบหลักสูตรสาขาเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรกระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก
จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2542 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี
พ.ศ. 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการระดับ 8 หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจชั้น
5 งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ฯ โรงพยาบาลศิริราช ถนนพราณนิก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย