

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี



นางสาวสุดา ทองทรัพย์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF PERIOPERATIVE NURSES' COMPETENCY SCALE
RAJAVITHI HOSPITAL



Miss Suda Thongsapaya

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 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลราชวิถี

โดย

นางสาวสุดา ทองทรัพย์


สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

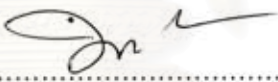
อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

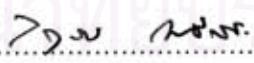
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุดา ทองทรัพย์ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี (THE DEVELOPMENT OF PERIOPERATIVE NURSES' COMPETENCY SCALE RAJAVITHI HOSPITAL) อ. ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 168 หน้า.

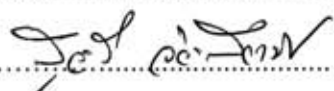
การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแบบประเมินและสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** การสร้างแบบประเมินมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สังเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด จำนวน 9 คน ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดย การกำหนดการสังเกตพฤติกรรมที่จำเป็นในข้อรายการสมรรถนะ, สร้างเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะด้วยเกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) และวิเคราะห์หาคุณภาพของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัดจำนวน 17 คน และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสมรรถนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินด้วยการหาความสอดคล้องภายใน และวิเคราะห์คุณภาพของแบบประเมินด้านความคงที่โดยให้พยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 5 คู่ เป็นผู้นำแบบประเมินไปใช้ประเมินพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 5 คน ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะ โดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด จำนวน 9 คน ร่วมกำหนดเกณฑ์ถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน และเกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะที่คาดหวังตามเกณฑ์สัมบูรณ์ **ระยะที่ 2** สร้างเส้นฐานระดับสมรรถนะ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการใช้แบบประเมินกับประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 57 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีประกอบด้วย 6 ด้าน มีรายการสมรรถนะรวมทั้งสิ้น 33 ข้อ สมรรถนะ 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริการทางคลินิก (มี 9 ข้อ), ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (มี 6 ข้อ), ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม (มี 7 ข้อ), ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล (มี 5 ข้อ), ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี (มี 3 ข้อ), ด้านการสื่อสาร (มี 3 ข้อ)

2. คุณภาพของแบบประเมินที่สร้างมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.86 มีค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง = 0.99 และค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater reliability) = 0.88 จากการทดลองนำแบบประเมินไปใช้โดยผู้สังเกต 5 คู่

3. นำแบบประเมินไปใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดทุกระดับ ของโรงพยาบาลราชวิถีทั้งหมด 57 คน นำข้อมูลที่ได้จากการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด สร้างเส้นฐานสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล.... ลายมือชื่อนิสิต..... 

ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... 

4777851236: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: COMPETENCY OF PERIOPERATIVE NURSE / RAJAVITHI HOSPITAL

SUDA THONGSAPAYA: THE DEVELOPMENT OF PERIOPERATIVE NURSES' COMPETENCY SCALE, RAJAVITHI HOSPITAL. THESIS ADVISOR: SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 168 pp.

The purpose of this research was to construct the competency scale, and base line competencies of perioperative nurses in Rajavithi Hospital. The research was conducted in two main phases. The first phase was consisted of 3 steps. The first step were to explore and to select the essential competencies of perioperative nurse to attend the vision of the hospital by using focus group of 9 nurse managers in operation room. The second step was to construct the competency scale by; developing behavior assessment, scaling with rubric scoring, and testing the efficacy scale. Then the competency form was two folds of validated the content by 17 nurse managers. Three experts scrutinizing the reliability. Then the form was tried out by 5 groups of perioperative nurse practice to analyze the reliability. The third step, the standard levels were set by using group of 9 nurse managers in operation room, to weight the competencies for all perioperative nurses and to set absolute grading for expectation competencies. The second phase was to construct the base line competencies of all perioperative nurses with the data assessment of the 57 perioperative nurses in Rajavithi Hospital. The main findings were as follows:

1. The form of perioperative nurses' competency scale, Rajavithi Hospital consisted of 6 domains, 33 items. The six domains, clinical behavior (9 items), administration and quality improvement (6 items), leadership and teamwork (7 items), nurse research and knowledge transfer (5 items), innovation and technology (3 items), and communication (3 items).
2. The completely form was tested for reliability with alpha coefficient was 0.99, CVI = 0.86, and inter-rater reliability was 0.88.
3. The completely form was used for assessing the competencies of the population of 57 perioperative nurse. The findings of the base line competencies were finally constructed.

Field of study...Nursing Administration..Student's signature.....*Suda Thongsapaya*

Academic year.....2006.....Advisor's signature.....*Suvinee Wivatvanit*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลา ให้คำแนะนำ จุดประกายความคิด แก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจและให้ความเอื้ออาทรเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเป็นครูของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่อง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้โอกาสในการศึกษา ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งปวงและให้การสนับสนุนผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบคุณหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้โอกาสในการศึกษา ให้ความช่วยเหลือและกรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย และขอขอบคุณคณะพยาบาลห้องผ่าตัดทุกท่านที่เข้าใจ ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมืออย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนเป็นบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่คอยห่วงใยผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอให้คุณความดีและกุศลที่พึงบังเกิดมีจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้จงบังเกิดแก่ผู้มีพระคุณต่อผู้วิจัยด้วยความเคารพเพียง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	73
ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมิน	75
ระยะที่ 2 การสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด	98
4 ผลการศึกษา	105
ตอนที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี	105
ตอนที่ 2 เส้นฐานสมรรถนะ (Base line) พยาบาลห้องผ่าตัด	110
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ	127
สรุปผลการวิจัย	129
อภิปรายผลการวิจัย	131
รายการอ้างอิง	141

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	149
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	150
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	152
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม	156
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย	158
ภาคผนวก จ ตัวอย่างการวิเคราะห์ช่องว่างระดับสมรรถนะ	164
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	168



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แสดงแนวคิดในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric)	31
3.1 กลุ่มประชากรผู้เชี่ยวชาญที่วิเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะ	79
3.2 รายการสมรรถนะที่สรุปได้จากการสนทนากลุ่ม	80
3.3 ประชากรผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมที่กำหนด ระดับ	86
3.4 รายละเอียดของข้อรายการในแบบประเมินที่ต้องปรับปรุง	88
3.5 แสดงการจับคู่ในการประเมินทั้ง 5 คู่ของผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน	93
3.6 กลุ่มตัวอย่างของผู้ประเมิน ในการทดลองใช้แบบประเมิน (Try out).....	94
3.7 กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับการประเมิน ในการทดลองใช้แบบประเมิน (Try out)	95
3.8 การแปลผลคะแนนตามระดับการประเมิน	96
3.9 เกณฑ์การถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะรายด้านของพยาบาลทุกระดับ	97
3.10 การใช้แบบประเมิน โดยผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน	99
3.11 กลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลหัวหน้าสายงานผ่าตัดระดับ 8.....	99
3.12 กลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ระดับ 7	100
3.13 กลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการระดับ 7	101
3.14 กลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการระดับ 6	102
3.15 กลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการระดับ 4 - 5.....	103
3.16 กลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการระดับ 3	104
4.1 ผลการวิเคราะห์แบบประเมินด้านความเที่ยง	106
4.2 ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability).....	107
4.3 เกณฑ์การถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะรายด้านของพยาบาลทุกระดับ	108
4.4 ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลทุกระดับโดยรวม.....	111
4.5 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก	112
4.6 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ฯ.....	114
4.7 ผลการประเมินสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	115
4.8 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้	116
4.9 ผลการประเมินสมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	117

ตารางที่	หน้า
4.10 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสาร	118
4.11 ผลคะแนนตามการถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะรายด้าน	119
4.12 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ของพยาบาลหัวหน้าสาย.....	120
4.13 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ของพยาบาลหัวหน้าหน่วย	121
4.14 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7	122
4.15 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ของพยาบาล ปฏิบัติการ ระดับ 6	123
4.16 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ของพยาบาล ปฏิบัติการ ระดับ 4 - 5.....	124
4.17 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ของพยาบาล ปฏิบัติการ ระดับ 3	125

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	โครงสร้างองค์กรของกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ (กลุ่มงานการพยาบาล) โรงพยาบาลราชวิถี	14
2.2	โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี	15
2.3	ความเชื่อมโยงของกลยุทธ์ สมรรถนะและบทบาทหน้าที่ในงาน	25
2.4	กรอบแนวคิดการวิจัย	72
3.1	การดำเนินการวิจัย การสร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ร.พ.ราชวิถี.....	74
4.1	เส้นฐาน (Base line) สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด.....	126

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดเรื่องการบริหารจัดการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการบริหารทรัพยากรมนุษย์ นักบริหารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จ สำหรับประเทศไทย ภายหลังจากการเกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในปี 2540 ทำให้รัฐบาลต้องเร่งปฏิรูประบบราชการเพื่อฟื้นฟูประเทศ การปฏิรูประบบข้าราชการซึ่งมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเกี่ยวกับบุคลากรของรัฐคือ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ซึ่งได้มีการจัดระบบราชการเดิมไว้ ด้วยการจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทนที่มุ่งเน้นการจำแนกงานของข้าราชการพลเรือนตามหน้าที่ความรับผิดชอบ และความยากง่ายของงาน ภายใต้โครงสร้างมาตรฐานกลาง 11 ระดับ และมีโครงสร้างบัญชีอัตราเงินเดือนเพียงบัญชีเดียวที่ใช้กับทุกสายงาน (สำนักงานข้าราชการพลเรือน: ก.พ., 2548ก: 1) ลักษณะการจำแนกตำแหน่งและการกำหนดค่าตอบแทนดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานบุคคลภาครัฐ ทำให้ข้าราชการได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าจ้างในภาคเอกชนในระดับมาตรฐานงานเดียวกัน

ในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการประกาศพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อกำหนดให้การบริหารราชการบรรลุปเป้าหมาย 7 ประการ ได้แก่ 1) เกิดประโยชน์สุขของประชาชน 2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ 3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ 4) ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติเกินความจำเป็น 5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ 6) ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และ 7) มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ และเพื่อให้ส่วนราชการดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้ส่วนราชการจัดทำคำรับรองการพัฒนากฎการปฏิบัติราชการ ซึ่งมีการประเมินผลใน 4 มิติคือ มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ มิติที่ 2 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ มิติที่ 3 ด้านคุณภาพการให้บริการ และ มิติที่ 4 ด้านการพัฒนางานองค์กร (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล: ก.พ.ร., 2547ก: 2-3)

ดังนั้นการปฏิรูปจึงมุ่งที่การบริหารทรัพยากรบุคคลที่ดำเนินการภายใต้กรอบของกฎหมาย และหลักคุณธรรม โดยเน้นให้บุคลากรในหน่วยงานของรัฐปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมายตามที่รัฐกำหนด ด้วยการบริหารงานแบบกระจายอำนาจ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้ทันกับสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบกับการที่กระแสโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้าน

เทคโนโลยี ข้อมูล ข่าวสาร ทำให้รัฐมีนโยบายในการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศ เพื่อให้เกิดความสามารถในการแข่งขันกับเวทีระดับโลก ทำให้ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องปรับตัวและแสวงหาวิธีใหม่ในการบริหารงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับภาครัฐในการที่จะหาวิธีการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้ข้าราชการสามารถเพิ่มคุณค่าในการทำงานและมีความสุขในงานด้วยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความอ่อนไหวต่อการรักษาทรัพยากรบุคคลที่มีสมรรถนะสูงไว้ในระบบราชการ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และสร้างความเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับความต้องการของรัฐบาล การปรับปรุงระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทนที่รัฐนำมาใช้เป็นกลไกในการปรับปรุงข้าราชการ เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการมีการพัฒนาและใช้สมรรถนะอย่างสัมฤทธิ์ผล โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของงาน เกิดความคุ้มค่า มีความรับผิดชอบ สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนผู้รับบริการ

ต่อมาในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2547 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน มีความเห็นชอบให้มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคลในราชการพลเรือนตามกรอบมาตรฐานความสำเร็จ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสอดคล้องเชิงยุทธศาสตร์ 2) ประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรบุคคล 3) ประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรบุคคล 4) ความพร้อมรับผิดชอบด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล และ 5) คุณภาพชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ผลการปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ที่สามารถวัดและประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม จะทำให้ส่วนราชการมีการพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งพร้อมรับวิกฤตการณ์ได้ในอนาคต (ก.พ.ร., 2547ข: 1)

องค์กรสมัยใหม่ ทั้งภาครัฐและเอกชน ถือว่าทรัพยากรบุคคลมีความสำคัญยิ่ง ต่อการบริหารและการสร้างคุณค่าให้กับองค์กร แต่ทรัพยากรบุคคลก็ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่เข้าใจและบริหารได้ยากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องการวัดและประเมิน David Norton กล่าวว่า “กระบวนการบริหารทั้งหมด หากไม่สามารถวัดประเมินทรัพยากรบุคคลได้ ก็จะไม่สามารถบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรได้” (2001, อ้างใน ก.พ.ร., 2547ก: 1) ดังนั้นการประเมินทรัพยากรบุคคลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่จะช่วยให้องค์กรสามารถใช้คนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความคุ้มค่าสูงสุด และช่วยให้องค์กรบรรลุพันธกิจและเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ สำหรับภาคเอกชนในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ได้แก่สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ได้มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เพื่อใช้ตรวจประเมินว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไร ในการจูงใจที่ช่วยให้พนักงานได้พัฒนาตนเองและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ ส่วนองค์กรในต่างประเทศจะเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องมาจากค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ในสหรัฐอเมริกา มีสถาบันซาราโทกา (Saratoga Institute) ได้ออกรายงาน

เกี่ยวกับงบประมาณการเงินด้านทรัพยากรบุคคล ระบุว่าค่าใช้จ่ายด้านบุคคลนั้นสูงเกินร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในองค์กร ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงในระดับเดียวกับระบบราชการไทย (ก.พ.ร, 2548: 84.) ดังนั้นการวัดผลตอบแทนด้านบุคคลากรจึงเป็นประเด็นสำคัญที่การบริหารทรัพยากรบุคคลต้องเอาใจใส่

แนวทางการปรับปรุงระบบจำแนกตำแหน่ง และค่าตอบแทนที่ ก.พ. ได้มีมติรับหลักการ แล้วนั้น จะเน้นที่ความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสิทธิภาพ สมรรถนะของบุคคล (Competency) ผลสำเร็จของงานของตำแหน่ง โดยวางระบบการบริหารงานบุคคลให้สามารถสรรหาคนที่มีคุณภาพเข้ารับราชการ ส่งเสริมให้ข้าราชการได้พัฒนาทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ และกำหนดค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับสมรรถนะและผลงาน ดังกล่าว พร้อมกับกระจายอำนาจให้ส่วนราชการบริหารตำแหน่งได้เอง การปรับปรุงระบบค่าตอบแทนใหม่ กำหนดให้องค์ประกอบของค่าตอบแทนแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) เงินเดือนพื้นฐานซึ่งเป็นส่วนที่ใช้คำนวณบำเหน็จบำนาญ 2) เงินเพิ่ม หมายถึงเงินประจำสายอาชีพ ซึ่งจะกำหนดให้มีความหลากหลายตามอัตราความต่างระหว่างค่าตอบแทนภาครัฐากับค่าตอบแทนในตลาดแรงงาน 3) สวัสดิการและผลประโยชน์ผูกมัด เป็นส่วนที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน 4) เงินเพิ่มตามผลงานประจำปี (Performance pay) เป็นเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่สามารถบรรลุตัวชี้วัดหลักของหน่วยงาน และ 5) เงินค่าตอบแทนพิเศษตามสมรรถนะ (Competency pay) เป็นค่าตอบแทนส่วนที่เพิ่มเติมจากระบบปัจจุบัน (ก.พ., 2548ก: 7)

การปรับปรุงระบบการบริหารงานบุคคลให้เน้นสมรรถนะ (Competency) ของข้าราชการเพิ่มเติมจากวุฒิการศึกษา ความรู้ ทักษะและประสิทธิภาพ และจะมีการปรับปรุงมาตรฐานที่ใช้กำหนดตำแหน่ง ทำให้หน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่งในแต่ละกลุ่ม แต่ละชั้นงาน มีมาตรฐานชัดเจน มีความโปร่งใสเพื่อใช้ประโยชน์ในการสรรหาและพัฒนาคุณภาพข้าราชการ โดยให้ส่วนราชการดำเนินการได้เอง มีข้อศึกษาสนับสนุนว่า เมื่อนำโมเดลสมรรถนะ (Competency model) มาใช้ในองค์กรแล้วจะช่วยให้การบริหารทรัพยากรบุคคลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สมรรถนะ หมายถึง กลุ่มของทักษะ ความรู้ ความสามารถ รวมทั้ง พฤติกรรม คุณลักษณะและทัศนคติที่บุคลากรจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ที่บรรลุผลสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้ให้ความสำคัญกับสมรรถนะเป็นเรื่องหลัก ในการปรับปรุงระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทนใหม่ การกำหนดให้มีสมรรถนะในแต่ละกลุ่มงาน เพื่อสนับสนุนให้ข้าราชการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับหน้าที่ และส่งเสริมให้ปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น (ก.พ., 2548ข: 5-6)

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นหน่วยงานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2548 และเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร โรงพยาบาลราชวิถีจึงกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ คือ “โรงพยาบาลราชวิถีจะเป็นศูนย์การแพทย์ ชั้นสูงระดับชาติที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ บริการเป็นเยี่ยม เปี่ยมสุขในองค์กรภายในปี พ.ศ. 2551” และได้กำหนดพันธกิจคือ “โรงพยาบาลราชวิถี มุ่งมั่นสู่การเป็นผู้นำทางวิชาการ เพื่อเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นสูงระดับชาติ โรงพยาบาลราชวิถีเน้นการให้บริการดูแลรักษา รวมทั้งรับส่งต่อในระดับตติยภูมิและสูงกว่า ตามมาตรฐานวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บุคลากร ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพและมีคุณธรรม” การบริหารราชการของโรงพยาบาลราชวิถีนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการต่ออธิบดีกรมการแพทย์ ซึ่งได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการกำกับและติดตามตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลในสังกัด ซึ่งประเด็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการจะเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ส่วนราชการได้มีการนำเสนอที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร

งานห้องผ่าตัด เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ซึ่งงานการพยาบาลผ่าตัดได้กำหนดวิสัยทัศน์คือ “ผ่าตัดปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ วิชาการก้าวไกล เทคโนโลยีทันสมัย สุขใจในองค์กร” และกำหนดพันธกิจร่วมกันไว้ว่า “มุ่งมั่นให้บริการผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมภายใต้การพัฒนาที่ต่อเนื่อง คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความสุขของทีมงาน รวมถึงการบริหารงานอย่างมีส่วนร่วมและตรวจสอบได้” การที่องค์กรจะบรรลุผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ตั้งไว้ได้ จำเป็นที่องค์กรต้องมีการบริหารการปฏิบัติงานของบุคลากรและติดตามกำกับผลการปฏิบัติงาน โดยการกำหนดตัวชี้วัดหลักของผลการปฏิบัติงาน (Key performance indicator : KPI) และปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์ คือ สมรรถนะของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2547.; เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2548) ในขณะเดียวกัน การบริหารหน่วยงานของรัฐโดยคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน จึงกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีสมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะทั่วไปที่ทุกคนพึงมี เพื่อให้องค์กรมีคุณลักษณะ มีค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกัน ซึ่งมีความสอดคล้องที่เชื่อมโยงและตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายขององค์กรตามที่กำหนดไว้ และกำหนดให้มีสมรรถนะตามตำแหน่งงาน (Functional competency) เพื่อสนับสนุนให้ข้าราชการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่หน้าที่ และส่งเสริมให้ปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น หรือเกิดความ

เชี่ยวชาญในงาน (ก.พ.ร., 2547ข) ซึ่งตามแนวคิดใหม่ถือว่ามนุษย์เป็นตัวผลักดันให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดขององค์กร จึงให้ความสำคัญกับมนุษย์ในฐานะเป็นทุน (Capital) ที่ต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในยุคที่มีการแข่งขันกันสูง (ธงชัย สันติวงษ์, 2546: 102)

การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิมนั้น จะทำการประเมินเมื่อต้องการเลื่อนเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นการประเมินผลงานทางวิชาการและผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง 3 ปี ซึ่งผลการปฏิบัติงานที่เสนอเพื่อประเมินนั้น ไม่มีความชัดเจนในการแสดงถึงคุณลักษณะ ทักษะ ความรู้ และความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์กรได้ การประเมินสมรรถนะด้วยวิธีการวัดพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน จะทำให้ทราบว่าสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงานอยู่ในระดับใด เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติราชการ ตามนโยบายของรัฐในยุคปัจจุบันที่ต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และภารกิจ ซึ่งสมรรถนะขององค์กร (Organization competency) จะมาจากผลรวมของสมรรถนะบุคลากรโดยรวม ผลการประเมินสมรรถนะจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถที่พึงประสงค์ได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ Meretoja et al. (2004:128) พบว่าความถี่ในการใช้แบบประเมินสมรรถนะซึ่งประเมินโดยตนเอง แสดงถึงระดับสมรรถนะที่สูงมากขึ้นและบ่งชี้ผลงานของบุคลากรในองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม มีประโยชน์ในการพัฒนางานและพัฒนาวิชาชีพ เพื่อให้ได้บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติที่เชี่ยวชาญ ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจต่อการได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะงานการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งมีลักษณะงานเฉพาะ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องประเมินด้วยการวัดสมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะของพยาบาลห้องผ่าตัด (Functional competency) แต่ในปัจจุบันงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถียังไม่มีแบบประเมินสมรรถนะบุคคล ผู้วิจัยในฐานะเป็นกรรมการในการบริหารงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินสำหรับใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อให้ได้เส้นฐานสมรรถนะที่ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบุคลากรห้องผ่าตัดและพัฒนาคุณภาพงานบริการห้องผ่าตัด ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ภารกิจของโรงพยาบาลราชวิถี และสร้างคุณค่าให้กับองค์กรต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ประกอบด้วยข้อกระทงใดบ้าง
2. เส้นฐาน (Base line) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
2. เพื่อสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลราชวิถีทุกระดับที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มีดังนี้

2.1 กำหนดเกณฑ์ของแบบประเมิน โดยการศึกษาศึกษาทิศทางของโรงพยาบาลราชวิถี จากวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลราชวิถี พร้อมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดทั่วไป ของ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี (2549), มูทิตา รัตนภาค (2544), วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544), สภาการพยาบาล (2548), สำนักการพยาบาล (2548), สำนักงาน ก.พ. (2548), Alfaro-LeFever (2006), AORN (2003, 2006), Fairchild (1996), Meretoja et al. (2004), Rothock (2003), ทำการสังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของห้องผ่าตัด และของโรงพยาบาลราชวิถี บูรณาการร่วมกับผลการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 9 คน

2.2 สร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ใช้พฤติกรรมกำหนดระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบรูบรีค (Rubric) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 3 ระดับ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี รวม 17 คน คัดเลือกเฉพาะข้อรายการที่มีผู้เห็นด้วยและมีความเห็นตรงกัน เป็นสัดส่วน 2 ใน 3 ของผู้ที่แสดงความเห็นทั้งหมด (Springer, et al. 1998: 42) และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินโดยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) และนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) โดยให้หัวหน้าห้องผ่าตัดสาขาย่อย 2 คนประเมินพยาบาลวิชาชีพในทีมของตนเอง 1 คน (2คน ประเมิน 1 คน) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน โดยใช้สูตรการหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability) สร้างเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะตามการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้านและกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะในระดับที่คาดหวัง

2.3 สร้างเส้นฐานสมรรถนะ (Competency base lines) ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โดยการนำแบบประเมินไปใช้ในการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลราชวิถีทุกคน ที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐาณะพยาบาลวิชาชีพ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นำผลที่ได้จากการประเมินโดยรวมคณกับนำหน้ากสมรรถนะรายด้าน เปรียบเทียบเป็นระดับสมรรถนะตามการกำหนดเกณฑ์แบบสัมบูรณ์ (Standard criterion หรือ Absolute grading) นำผลที่ได้ไปสร้างเส้นฐานสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบุคลากรห้องผ่าตัดต่อไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลราชวิถี และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีหน้าที่ให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ที่มารับการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยการส่งเครื่องมือผ่าตัดตามสภาวะของผู้ป่วยที่กำลังได้รับการผ่าตัด และให้การช่วยเหลือทีมผ่าตัด ประสานงานกับทีมสหสาขา เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี มีหน้าที่ในการบริหารจัดการ เครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ในการผ่าตัด ให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งานโดยใช้หลักการปราศจากเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เนื่องมาจากการผ่าตัด

สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง สมรรถนะประจำตำแหน่งงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมการดูแลเฉพาะทาง ที่เป็นศาสตร์และศิลปะในการดูแล ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามปัจเจกบุคคล (AORN, 2003 : 19) การกำหนดให้มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด (Functional competency) เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในการพัฒนาการพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่สัมฤทธิ์ผลทางการรักษาพยาบาล ในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล จะทำให้ทราบถึงลักษณะสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดตามที่ต้องการ เป็นคุณลักษณะเฉพาะที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าพยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติงานด้วยความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดได้แก่

สมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของการใช้ ความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะการผ่าตัดโดยใช้ หลักของกระบวนการพยาบาล ความรู้ในด้านกายวิภาค สรีรวิทยา โรคและการผ่าตัด ประเมิน และวิเคราะห์สภาพปัญหาและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทุกระยะการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความ สุขสบาย และปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดในขณะผ่าตัด มีทักษะในการเตรียม เครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามแผนการรักษา ตามความเร่งด่วนและตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ของหลักการทำให้ปลอดภัย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สามารถส่งเครื่องมือผ่าตัด และร่วมทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น

ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะ บริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการ ผ่าตัด ให้มีเพียงพอและพร้อมใช้ในการให้บริการพยาบาลผ่าตัด สามารถบริหารจัดการความเสี่ยง ในห้องผ่าตัด มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพด้วยการพัฒนาตนเองและพัฒนาหน่วยงาน เพื่อ ส่งเสริมคุณภาพการบริการโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาและได้รับความ ปลอดภัย

ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด ในการแสดงออกถึงการมีทักษะในการตัดสินใจ มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง เพื่อแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ ปฏิบัติที่อยู่ในระดับรองได้ใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มศักยภาพ มีทักษะในการทำงาน เป็นทีม สามารถสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้สมาชิกในทีมมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และทำงาน ได้บรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงการมีทักษะในการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกใน ทีมงาน

ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล หมายถึง การที่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการแสดงออกของการใช้ความรู้ ความสามารถในเรื่องการ วิจัย การเลือกผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน การเผยแพร่ ผลงานวิจัย เพื่อถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางการพยาบาล รวมถึงความสามารถในการ นิเทศทางการพยาบาล สอนและเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรที่มาฝึกอบรมหรือดูงานการพยาบาล ผ่าตัด

สมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี หมายถึง พฤติกรรม การแสดงออกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแล การ

งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการผ่าตัด และมีการแสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมที่ใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด รวมถึงการใช้ความรู้ความสามารถด้านคอมพิวเตอร์ในการทำงาน

สมรรถนะด้านการสื่อสาร หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้ความรู้ ความสามารถ และการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ในการสื่อสาร สามารถติดต่อสื่อสารในการรับและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยกับทีมศัลยแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกในทีมผ่าตัดเข้าใจถึงประเด็นที่สำคัญได้ รวมถึงความสามารถในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคนิคการสื่อสาร ที่ทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับ ไปจัดการงานบริการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด หมายถึง แบบประเมินที่สร้างโดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric) เพื่อใช้ในการประเมินสมรรถนะในตำแหน่งงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เป็นแบบวัดคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของสมรรถนะที่กำหนด เพื่อประเมินว่าพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีแต่ละคนมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด อยู่ในระดับใดใน 3 ระดับ ซึ่งระดับ 3 หมายถึงดี ระดับ 2 หมายถึงผ่าน ระดับ 1 หมายถึงต้องปรับปรุง

เกณฑ์ตัดสินการประเมินสมรรถนะ หมายถึง ผลโดยรวมของคะแนนที่ได้จากการคูณของคะแนนโดยรวมจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะ กับน้ำหนักสมรรถนะที่ได้รับการถ่วงน้ำหนักรายด้าน ตามความเหมาะสมกับหน้าที่และความรับผิดชอบในงานของพยาบาลแต่ละระดับ เปรียบเทียบเป็นระดับสมรรถนะโดยใช้เกณฑ์แบบสัมบูรณ์ (Standard criterion หรือ Absolute grading)

เส้นฐานสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีทุกระดับ ที่เกิดจากการตัดสินการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ที่สะท้อนให้เห็นเส้นฐานสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกระดับ
2. ได้ข้อมูลพื้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อใช้ในการพัฒนาบุคลากรห้องผ่าตัดให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับงาน และสามารถขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ร่วมกับการศึกษาวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลราชวิถี และศึกษาวิสัยทัศน์ ภารกิจของงาน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยสรุปสาระสำคัญเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. นโยบายและทิศทางของโรงพยาบาลราชวิถี
 - 1.1 โครงสร้างของโรงพยาบาลราชวิถี
 - 1.2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์
2. งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
 - 2.1 โครงสร้าง
 - 2.2 วิสัยทัศน์ ปรัชญา และขอบเขตการบริการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ
 - 3.1 ปรัชญา ความเป็นมา และความหมายของสมรรถนะ
 - 3.2 ประโยชน์ของการนำสมรรถนะมาใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวิชาชีพ
 - 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดสมรรถนะ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะ
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวัดและการประเมิน
 - 4.2 เกณฑ์การประเมินแบบรูบรีค (Rubric)
 - 4.3 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ
 - 4.4 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ
5. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 5.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 5.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
 - 5.3 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. นโยบายและทิศทางของโรงพยาบาลราชวิถี

1.1 โครงสร้างของโรงพยาบาลราชวิถี

โรงพยาบาลราชวิถีได้แบ่งส่วนราชการตามหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานหลัก (Core function) และหน่วยงานสนับสนุน (Non core function) โดยการกำหนดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจหลักเป็นหน่วยงานระดับกลุ่มงาน และหน่วยงานสนับสนุนเป็นหน่วยงานระดับฝ่าย มุ่งเน้นทำหน้าที่ในการบริการด้านการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ฝายกายและการศึกษาวิจัย พัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และแนวทางการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีแก่บุคลากรทางการแพทย์

1.2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์

1.2.1 วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลราชวิถีได้ประเมินสถานการณ์ในอนาคตที่องค์กรต้องการ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วยการคำนึงถึงภารกิจและหน้าที่ที่พึงมีต่อประชาชนในการให้บริการด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลราชวิถียังต้องมีการพัฒนาองค์กรให้ก้าวไปสู่การเป็นผู้นำทางด้านวิชาการด้วย ดังนั้นเพื่อให้มีจุดมุ่งหมายและความผูกพันร่วมกันของสมาชิกในองค์กรที่จะก้าวร่วมกันไปในอนาคต โรงพยาบาลราชวิถีจึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “โรงพยาบาลราชวิถีจะเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นสูงระดับชาติที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ บริการเป็นเยี่ยม เปี่ยมสุขในองค์กรภายในปี พ.ศ.2551” และเพื่อให้วิสัยทัศน์ขององค์กรมีความชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ด้วยการกำหนดเป็นพันธกิจขององค์กรขึ้น

1.2.2 พันธกิจ

ภารกิจหลักที่เป็นเป้าหมายที่องค์กรมุ่งมั่นที่จะบรรลุในอนาคต ต้องมีหลักการพื้นฐานที่แสดงเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปฏิบัติและบอกถึงขอบข่ายในการดำเนินงาน และกระบวนการในการดำเนินการ ดังนั้น โรงพยาบาลราชวิถีจึงได้กำหนดพันธกิจไว้ว่า “โรงพยาบาลราชวิถี มุ่งมั่นสู่การเป็นผู้นำทางวิชาการ เพื่อเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นสูงระดับชาติ โรงพยาบาลราชวิถี เน้นการให้บริการดูแลรักษารวมทั้งรับส่งต่อในระดับตติยภูมิและสูงกว่า ตามมาตรฐานวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บุคลากรทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพและมีคุณธรรม” วิสัยทัศน์ที่ถ่ายทอดเป็นพันธกิจขององค์กรนั้น เป็นอุดมการณ์ของบุคลากรในองค์กรว่ามีภารกิจใดที่เป็นผลผลิต (Product) ที่จะให้กับผู้รับบริการ (Customer) ขององค์กร (ชูวิทย์ มิตรชอบ, 2548) โดยมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งเป็นนโยบายในการปฏิรูประบบราชการที่เน้นการมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีการบริหารจัดการ ที่มุ่งเน้นถึงผลลัพธ์เป็นเป้าหมาย

หรือมีการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งหมายถึงผลรวมของการปฏิบัติงานตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่บรรลุถึงเป้าหมาย (Vision + Mission = Goal) (พิสัยทัศน์ นุ่นเกลี้ยง, 2547) ดังนั้นโรงพยาบาลราชวิถีจึงได้กำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับเป้าหมายของกรมการแพทย์ ดังนี้

- 1) มุ่งองค์ความรู้และเทคโนโลยี ขั้นสูงทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ของประเทศ
- 2) เป็นศูนย์กลางการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในสาขาที่กำหนด
- 3) ให้บริการมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเน้นการบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า
- 4) มีระบบการบริหารจัดการ โดยยึดหลักการบริหารกิจการที่ดี

1.2.3 ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลราชวิถี

องค์กรจะบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้นั้น ต้องมีการกำหนดกลยุทธ์ในการปฏิบัติ ซึ่งโรงพยาบาลราชวิถีได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ คือ

- 1) เร่งรัดการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ขั้นสูง
- 2) ปรับเปลี่ยนวิธีการถ่ายทอด ให้สามารถแข่งขันได้ ส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคลากรเป็นผู้นำทางการถ่ายทอดองค์ความรู้
- 3) เร่งรัดการให้บริการด้านตติยภูมิและสูงกว่า โดยใช้วิทยาการและเทคโนโลยีขั้นสูง
- 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นเชิงยุทธศาสตร์

องค์กรจะประสบความสำเร็จได้ ต้องมีปัจจัยด้านคนเป็นหลักในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ เพื่อผลิตงานบริการที่มีคุณภาพ และสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นในตัวผู้รับบริการ เป็นภารกิจที่ต้องใช้ทุนมนุษย์ที่มีความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการ (ธงชัย สันติวงษ์, 2546)

2. งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลราชวิถี มีสายงานบังคับบัญชาคือกลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน ซึ่งขึ้นตรงต่อรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ มีภารกิจหลักคือให้การบริการผู้ป่วยที่มารับการตรวจและบำบัดรักษาด้วยการผ่าตัด

2.1 โครงสร้าง

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ให้การบริการผ่าตัดทุกแขนงโรค โดยมีจำนวนห้องผ่าตัดที่สามารถให้บริการได้ทั้งหมดรวม 30 ห้อง แบ่งเป็นห้องผ่าตัดใหญ่จำนวน 25 ห้อง ห้องผ่าตัด เล็ก 5 ห้อง และมีเจ้าหน้าที่รวม 147 คน ซึ่งประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพพระระดับ 8 วช.จำนวน 9 คน ทำหน้าที่ในการบริหารการพยาบาล ห้องผ่าตัด และเป็นหัวหน้าสาย ซึ่งดูแลและรับผิดชอบงานของห้องผ่าตัดสาขาย่อยตามที่ได้รับมอบหมาย

2) พยาบาลวิชาชีพพระระดับ 7 วช.จำนวน 10 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหน่วยของห้องผ่าตัดสาขาต่างๆ ได้แก่ การผ่าตัดทางสูติกรรม การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช การผ่าตัดศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะส่วนบน การผ่าตัดกระดูกและข้อ การผ่าตัดระบบประสาทและสมอง การผ่าตัดจักษุ การผ่าตัดหู คอ จมูก การผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง การผ่าตัดเล็ก และก่อนผ่าตัด

3) พยาบาลปฏิบัติการ เป็นพยาบาลวิชาชีพพระระดับ 7 จำนวน 27 คน

4) พยาบาลปฏิบัติการ เป็นพยาบาลวิชาชีพพระระดับ 6 จำนวน 7 คน

5) พยาบาลปฏิบัติการ เป็นพยาบาลวิชาชีพพระระดับ 4 – 5 จำนวน 7 คน

6) พยาบาลปฏิบัติการ เป็นพยาบาลวิชาชีพพระระดับ 3 จำนวน 8 คน

7) พยาบาลเทคนิค จำนวน 11 คน

8) ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 3 คน

9) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 36 คน (ทำหน้าที่ด้านธุรการ 4 คน)

10) พนักงานแปล จำนวน 18 คน

11) เจ้าหน้าที่ห้องฆ่าเชื้อเครื่องมือผ่าตัด จำนวน 5 คน

12) พนักงานทำความสะอาด จำนวน 6 คน

(รายละเอียดโครงสร้างตามรูปที่ 2.1 และ 2.2)

ภาพที่ 2.1 โครงสร้างองค์กรของกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี

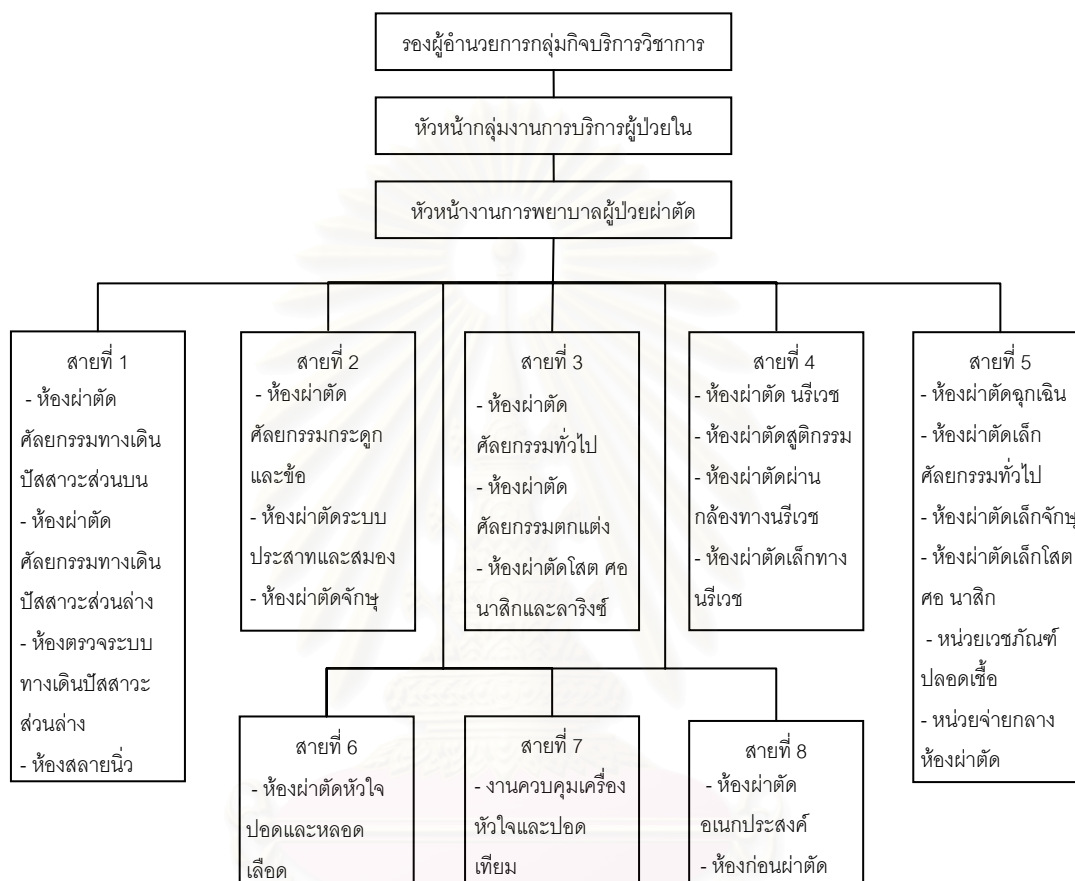
โครงสร้างองค์กรของกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ (กลุ่มงานการพยาบาล) โรงพยาบาลราชวิถี



ที่มา : กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี, 2548.

ภาพที่ 2.2 โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

ภาพโครงสร้างของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี



ที่มา : งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี, 2549.

2.2 วิสัยทัศน์ ปรัชญา และขอบเขตการบริการ

2.2.1 วิสัยทัศน์

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของหน่วยงานให้มีความสอดคล้องกับโรงพยาบาลคือ “ให้บริการผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมภายใต้การพัฒนาที่ต่อเนื่อง คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความสุขของทีมงาน รวมถึงการบริหารงานอย่างมีส่วนร่วมและตรวจสอบได้”

2.2.2 ปรัชญา

เพื่อให้แนวทางการปฏิบัติมีความชัดเจน งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจึงได้มีการกำหนดอุดมการณ์ร่วมกันว่า “วิชาชีพการพยาบาลผ่าตัด ต้องอาศัยความสามารถทางสติปัญญา ทักษะทางสังคมและปฏิบัติการทางวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาและให้การพยาบาลแบบองค์รวม การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นการทำงานเป็นทีม เพื่อให้การผ่าตัดสัมฤทธิ์ผลทางการรักษาโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลร่วมกับศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและผู้รับบริการเป็นหลัก”

2.2.3 ขอบเขตการบริการ

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มีภารกิจให้บริการแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทุกระบบและทุกแขนงโรค และเพื่อให้ผลผลิตทางการพยาบาลของงานบริการผ่าตัดบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจึงกำหนดเป้าหมาย (Goal) ของงานบริการ คือ “ให้บริการผ่าตัดอย่างมีแบบแผนที่เป็นระบบ ปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว และประทับใจ” โดยมีขอบเขตการบริการดังนี้

- 1) ให้บริการด้านการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
 - (1) ให้บริการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกแขนงโรคทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน
 - (2) ให้บริการส่องตรวจทางกล้อง เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษาด้วยการผ่าตัดทางกล้องวิทัศน์ทุกแขนงโรค
 - (3) ให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะได้แก่ การปลูกถ่ายปอด หัวใจ ตับ ไต และกระจกตา
 - (4) ให้บริการผ่าตัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนอวัยวะเทียม ได้แก่ ข้อเข่า ข้อตะโพก ลิ้นหัวใจ เลนส์ตา
 - (5) ให้บริการแก้ไขความพิการแต่กำเนิดชนิดต่างๆ ได้แก่ ผงกั้นห้องหัวใจ ริว ปากแหว่ง เพดานโหว่

(6) ให้บริการผ่าตัด Bed side ในรายที่ไม่สามารถลงมารับบริการที่ห้องผ่าตัดได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องให้การผ่าตัดฉุกเฉินใน ICU หรือ CCU การผ่าตัดใส่สายสำหรับล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวาย (Tenckhoff's operation)

(7) ให้บริการผ่าตัดนอกสถานที่ ได้แก่ L.C. สัญจร หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยโรค ศอ นาสิก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ หน่วยแพทย์ตามเสด็จในภาคต่างๆ การบริการช่วยเหลือผู้ประสบภัยนอกสถานที่

2) ให้บริการทางวิชาการ โดยเป็นวิทยากรให้ความรู้ในภาคทฤษฎีและเป็นครูพี่เลี้ยงในการฝึกภาคปฏิบัติ ผู้เข้าอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด หลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน และผู้ที่มาขอศึกษาดูงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3) ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาดูแลและบำบัดรักษาด้วยการผ่าตัดในทุกแขนงโรค

3. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ

3.1 ปรัชญา ความเป็นมา และความหมายของสมรรถนะ

3.1.1 ปรัชญา

ปรัชญาของสมรรถนะ (Underlying philosophy of competency) คือ ผู้บริหารขององค์กรจะต้องมีความเชื่อมั่นว่า ความสามารถของคนจะเป็นตัวผลักดันให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดขององค์กร เพราะสมรรถนะ หรือ Competency หมายถึง คุณลักษณะและความสามารถที่มาจากตัวคนทั้งหมด ที่สะท้อนออกมาในรูปของพฤติกรรมการทำงานที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผล และก่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด โดยมีที่มาจากพื้นฐานความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) วิธีคิด (Self - concept) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Trait) และแรงจูงใจ (Motive) แนวคิดสมรรถนะคือการค้นหาความสามารถของข้าราชการในตำแหน่งและในระดับต่างๆ ว่าควรมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ หรือลักษณะใดที่จะทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ (จรัมพร ประณมบุญ, 2547)

3.1.2 ความเป็นมาของสมรรถนะ

แนวความคิดเกี่ยวกับสมรรถนะหรือความสามารถของบุคคล ได้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดย David McClelland ซึ่งกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ดีของบุคคลในองค์กรกับระดับทักษะความรู้ความสามารถ โดยระบุว่า การวัด IQ และการทดสอบบุคลิกภาพเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสมในการทำนายความสามารถ แต่ควรว่าจ้างบุคคลที่มีความสามารถมากกว่า

คะแนนทดสอบ (दनัย เทียนพุดม 2546: 55 อ้างใน จรัมพร ประถมบุรณ์, 2547) ในปี 1982 Richard Boyatzis เป็นคนแรกที่ใช้คำว่า “Competencies” ในปี 1994 Gary Hamel และ C.K.Prahalad ได้นำเสนอความสามารถหลักของธุรกิจ ที่เรียกว่า “Core competencies” ว่าสิ่งนี้เท่านั้นที่จะทำให้อุรกิจชนะในการแข่งขันและเป็นสิ่งที่คู่แข่งไม่อาจลอกเลียนแบบได้ ต่อมาได้มีการนำแนวคิดนี้ ไปประยุกต์ใช้ในงานบริหารบุคคลในหน่วยงานราชการของสหรัฐอเมริกามากขึ้น โดยมีการกำหนดปัจจัยพื้นฐานในตำแหน่งงานหนึ่งๆ นั้น จะต้องมึพื้นฐานทักษะ ความรู้ และความสามารถหรือพฤติกรรมสัใดบ้างและอยู่ในระดับใดจึงจะทำให้บุคลากรนั้นมีคุณลักษณะที่ดีมีผลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพสูง และได้ผลการปฏิบัติงานตรงตามวัตถุประสงค์ขององค์การ (เดชา เตชะวัฒน์ไพศาล 2545:11 อ้างใน จรัมพร ประถมบุรณ์, 2547) สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำแนวคิดสมรรถนะมาใช้ในองค์กรที่เป็น ภาคเอกชน และเกิดผลสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดเจน ได้แก่บริษัทเครือปูนซีเมนต์ไทย มีผลให้มีการนำแนวคิดนี้ไปทดลองใช้ในหน่วยราชการ โดยสำนักงานข้าราชการพลเรือนได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาข้าราชการพลเรือน (จรัมพร ประถมบุรณ์, 2547)

3.1.3 ความหมายของสมรรถนะ

ความหมายของ Competence ตามศัพท์บัญญัติทางการศึกษา แปลเป็นภาษาไทยคือ 1) สามัตถิยะ และ 2) ความสามารถ (ชมพันธ์ กุญชร ณ อยุธยา, 2544) ส่วนพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายสมรรถนะไว้คือ ความสามารถทางใดทางหนึ่ง ส่วนคำว่าสามัตถิยะ หมายถึง ความสามารถ อำนาจ ความแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของสมรรถนะไว้อีกมากมายได้แก่

AORN (2003: 19) ได้ให้นิยามความหมายของ Competency ว่า เป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพที่ต้องใช้สติปัญญาความสามารถ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อทำให้กิจกรรมการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

David Mc Clelland ให้ความหมายของสมรรถนะ คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้น สร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ และได้เปรียบเทียบความหมายของสมรรถนะที่อธิบายบุคลิกลักษณะของคนว่าเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง (อ้างใน ณรงค์วิทย์ แสงทอง 2546: 257-258)

Scott Parry ให้ความหมายสมรรถนะไว้ว่า สมรรถนะคือ องค์ประกอบ (Cluster) ของความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitudes) ของปัจเจกบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อผลสัมฤทธิ์ของการทำงานของบุคคลนั้นๆ เป็นบทบาทหรือความรับผิดชอบซึ่ง

สัมพันธ์กับผลงานและสามารถวัดค่าเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานและสามารถพัฒนาได้โดยการฝึกอบรม (อ้างใน www.songkhla.go.th, 2006)

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2548: 7-8) ได้ให้นิยามศัพท์เกี่ยวกับ Competency ไว้ว่า หมายถึงมาตรฐานการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงาน (Task) และ /หรือ ผลงานที่คาดหวังจากตำแหน่งงาน (Job outputs) ความสามารถ (Competency) หมายถึง กลุ่มพฤติกรรมสำคัญ (Critical behaviors) ที่ต้องกระทำ เพื่อให้งานใดงานหนึ่งบรรลุผลสำเร็จอย่างดีกลุ่มความสามารถ (Competency cluster) หมายถึง ความสามารถหลายๆอย่างที่คล้ายคลึงกัน หรือเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด จนจัดเป็นกลุ่มเดียวกันได้ ความสามารถหลัก และความสามารถแกน (Core competency / Organization competency) หมายถึงกลุ่มความสามารถ ความชำนาญและเทคโนโลยีที่องค์กรมีอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นเอกลักษณ์ขององค์กร ที่นำไปสู่ความได้เปรียบในการแข่งขัน และความสำเร็จอย่างยั่งยืน

ณรงค์วิทย์ แสงทอง (2546: 27) ให้ความหมายของสมรรถนะ คือ ความสามารถของผู้ดำรงตำแหน่งงานที่งานที่ต้องการ คำว่าสมรรถนะนี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะพฤติกรรม แต่ละมองลึกไปถึงความเชื่อ ทศนคติ และอุปนิสัยส่วนตัวของบุคคลด้วย

องค์กรภาคเอกชนที่ให้ความหมายของสมรรถนะไว้ ได้แก่ เฮย์กรุป (Hay Group) ได้ให้ความหมายของสมรรถนะ คือ ชุดของแบบแผนพฤติกรรมความสามารถและคุณลักษณะที่ผู้ปฏิบัติงานควรมีในการปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบผลสำเร็จ บริษัทปูนซีเมนต์ไทย ให้ความหมายของสมรรถนะ คือ คุณลักษณะความสามารถที่องค์กรต้องการให้พนักงานมี เพื่อให้ปฏิบัติงานในความรับผิดชอบได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ทั้งเป็นการสนับสนุนเป้าหมายโดยรวมขององค์กรอีกด้วย (www.songkhla.go.th, 2006)

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์ (2548) ให้ความหมายของสมรรถนะในหนังสือ Competency dictionary ไว้ว่า หมายถึงความสามารถ หรือศักยภาพ หรือสมรรถนะ ซึ่งเป็นตัวกำหนดรายละเอียดของพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการตอบคำถามว่า “ทำอย่างไรที่จะทำให้งานที่ได้รับมอบหมายประสบผลสำเร็จ (How)” มากกว่าการตอบคำถามว่า “อะไรเป็นสิ่งที่หัวหน้างานคาดหวังหรือต้องการ (What)” ทั้งนี้การกำหนดความสามารถหรือสมรรถนะนั้น จะแบ่งออกเป็น 3 มุมมอง ได้แก่ KSA ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

1) K - ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อมูลหรือสิ่งที่ถูกสั่งสมมาจากการศึกษาทั้งในสถาบันการศึกษา สถาบันการฝึกอบรม / สัมมนา หรือการศึกษาด้วยตนเอง

รวมถึงข้อมูลที่ได้รับจากการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับผู้รู้ทั้งในสายอาชีพเดียวกัน และต่างสายอาชีพ

2) S - ทักษะ (Skill) หมายถึงสิ่งที่จะต้องพัฒนาและฝึกฝนให้เกิดขึ้น ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาเพื่อฝึกปฏิบัติให้เกิดทักษะนั้นขึ้นมา ทักษะจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่

(1) ทักษะด้านการบริหารจัดการงาน (Management skill) หมายถึง ทักษะในการบริหารควบคุมงาน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับระบบความคิดและการจัดการในการบริหารงาน ให้มีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะในการมีวิสัยทัศน์ทางกลยุทธ์ เป็นการแสดงออกถึงการจัดระบบความคิด เพื่อมองไปที่เป้าหมายในอนาคตว่าอยากจะทำหรือมีความต้องการอะไรในอนาคต

(2) ทักษะด้านเทคนิคเฉพาะงาน (Technical skills) หมายถึงทักษะที่จำเป็นในการทำงานตามสายงานหรือกลุ่มงานที่แตกต่างกันไป

3) A - คุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) หมายถึงความคิด ความรู้สึก เจตคติ ทศนคติ แรงจูงใจ ความต้องการส่วนบุคคล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลนั้นจะเป็นสิ่งที่ติดตัวมา และไม่ค่อยจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ให้ความสำคัญของสมรรถนะ คือ กลุ่มของความรู้ ความสามารถ ทักษะ ตลอดจนทัศนคติที่จำเป็นในการทำงาน เพื่อให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ประกอบขึ้นจากทักษะ ความรู้ ความสามารถ ทศนคติ บุคลิกภาพ ค่านิยม หรือพฤติกรรมของผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานยอดเยี่ยมในงานหนึ่งๆ สมรรถนะในระบบราชการพลเรือนไทยจะประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ สมรรถนะหลัก (Core competence) สำหรับข้าราชการพลเรือนทุกคน และ สมรรถนะประจำกลุ่มงาน (Functional competence) สำหรับแต่ละกลุ่มงาน (ก.พ., 2548ก)

สรุป สมรรถนะ (Competence) หมายถึง กลุ่มของทักษะ ความรู้ ความสามารถ รวมทั้ง พฤติกรรม คุณลักษณะและทัศนคติที่บุคลากรจำเป็นต้องมี เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร

3.2 ประโยชน์ของการนำสมรรถนะมาใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล

การบริหารทรัพยากรบุคคล โดยกำหนดให้บุคลากรในองค์กรมีสมรรถนะตามที่องค์กรต้องการนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์กับบุคคลในองค์กรในระดับต่างๆ ดังนี้ (โครงการตามพระราชดำริ สำนักงาน ก.พ.ร., 2548)

3.2.1 ประโยชน์ที่เกิดกับผู้บริหารระดับสูง

1) เชื่อมโยงกลยุทธ์กับรูปแบบการพัฒนาบุคลากร

2) ช่วยให้องค์กรสามารถประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน ของศักยภาพทรัพยากรในองค์กร เพื่อใช้ในการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3) สามารถวัดผลได้ชัดเจน

3.2.2 ประโยชน์ที่เกิดกับผู้อำนวยการ

1) ทำให้ทราบถึงทักษะ คุณลักษณะ ที่ต้องการของบุคลากรในหน่วยงาน
 2) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน
 3) ใช้เป็นปัจจัยในการพิจารณาสรรหา คัดเลือกบุคลากรในตรงกับคุณสมบัติของตำแหน่งงานนั้นๆ

3.2.3 ประโยชน์ที่เกิดกับหน่วยงานบริหารทรัพยากรบุคคล

1) เห็นภาพรวมของสมรรถนะทั้งองค์กร
 2) สามารถวิเคราะห์ความจำเป็นในการฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 3) เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลต่างๆ ได้แก่ การสรรหา การคัดเลือก การประเมินทักษะ การวางแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ เป็นต้น

3.2.4 ประโยชน์ที่เกิดกับพนักงาน

1) ระบุจุดแข็ง จุดอ่อนของตนเอง ตลอดจนแผนการฝึกอบรมและพัฒนาของตนเองได้อย่างชัดเจน
 2) ช่วยให้พนักงานเข้าใจถึงเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ และการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างชัดเจน
 3) มีกรอบมาตรฐานในการวัดผลทักษะ ความสามารถ ได้อย่างชัดเจน

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Functional competency)

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวิชาชีพ หรือสมรรถนะประจำกลุ่มงาน หรือสมรรถนะเฉพาะในงาน หรือสมรรถนะเฉพาะด้าน ไว้ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้กำหนดให้ข้าราชการทุกคนต้องมีสมรรถนะหลัก (Core competency) หรือคุณลักษณะร่วมของข้าราชการพลเรือนไทยทั้งระบบ เพื่อหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกัน และกำหนดให้มีสมรรถนะประจำกลุ่มงาน (Functional competency) เป็นสมรรถนะที่กำหนดเฉพาะสำหรับกลุ่มงาน เพื่อสนับสนุนให้ข้าราชการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่หน้าที่ และส่งเสริมให้ปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น (ก.พ., 2548ก)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดรูปแบบของสมรรถนะให้มืองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ดังนี้

1) สมรรถนะขององค์กร (Organization competency) คือ สมรรถนะที่กรมการแพทย์กำหนดขึ้น เพื่อเป็นตัวผลักดันให้องค์กรบรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และวัฒนธรรม ค่านิยมขององค์กร

2) สมรรถนะหลัก (Core competency) คือ สมรรถนะที่ข้าราชการทุกคนทุกระดับในองค์กรจะต้องมีร่วมกัน เพื่อเป็นการกำหนดความรู้ความสามารถ และคุณลักษณะที่สอดคล้องและส่งเสริมให้สมรรถนะหลักของกรมการแพทย์ประสบความสำเร็จ

3) สมรรถนะเฉพาะด้าน (Functional competency) ประกอบด้วย Common functional competency คือ สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในสายวิชาชีพหนึ่ง ๆ เป็นการกำหนดความรู้ ความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานที่สอดคล้องและส่งเสริมให้สมรรถนะหลัก (Core competency) ประสบความสำเร็จ และ Specific functional competency คือ สมรรถนะเฉพาะสายวิชาชีพ เป็นความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่จะทำให้พนักงานในแต่ละหน่วยงาน/ฝ่าย ปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมการแพทย์, 2549)

บรรจบ กิมเกณอม (2549) กล่าวว่า รูปแบบของสมรรถนะในงาน (Functional competency model) ควรแบ่งเป็น

1) สมรรถนะในงาน (Common functional competency) หมายถึง คุณลักษณะโดยรวมของบุคลากรทุกระดับ/ทุกคน ในกลุ่มงาน /กลุ่มตำแหน่งงาน หรือ การปฏิบัติงาน ด้านนั้น ฟังมี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานบรรลุภารกิจ/เป้าหมายของ

2) สมรรถนะเฉพาะ (Specific functional competency) คือ คุณลักษณะเฉพาะ หรือเป็นขีดความสามารถพิเศษของบุคคลเฉพาะกลุ่มงาน /กลุ่มตำแหน่งงาน หรือ การปฏิบัติงานด้านนั้นต้องมี เพื่อการปฏิบัติงานในภารกิจ/เป้าหมายของกลุ่มนั้นโดยตรง

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2548: 25) กล่าวว่า ความสามารถในบทบาทหน้าที่เชิงวิชาชีพ (Functional / Technical competencies) หมายถึงความสามารถเฉพาะงานของแต่ละวิชาชีพ

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดสมรรถนะ

การกำหนดสมรรถนะควรเป็นหน้าที่หรือความเห็นของกลุ่มผู้ที่ต้องการใช้ การได้มาซึ่งสมรรถนะในงานหนึ่งๆ นั้นควรเลือกใช้ตามความเหมาะสม ซึ่งมีหลายวิธี (กุลยา ตันติผลลาชีวะ 2532 : 145-147) ดังนี้

1) การกำหนดสมรรถนะด้วยการประเมินความต้องการ (Needs assessments) โดยการศึกษากลุ่มผู้ใช้ นักการศึกษา และนโยบายต่างๆ ถึงความต้องการที่จะให้ผู้ถูกประเมินมีความรู้ ทักษะและทัศนคติอย่างไร สำหรับทางการพยาบาลแล้ว หมายถึงความรู้เกี่ยวกับงานที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติในหน้าที่ของพยาบาล

2) การกำหนดสมรรถนะโดยการวิเคราะห์งาน (Task analysis) โดยการจำแนกงานที่ต้องปฏิบัติให้เป็นระดับย่อยมากที่สุด การวิเคราะห์งานจะช่วยในการกำหนดงานที่ต้องการให้เกิดแก่ผู้ถูกประเมินได้ในรายละเอียด

3) การกำหนดสมรรถนะโดยวิเคราะห์สมรรถนะอย่างเป็นระบบ (Systemic competency analysis) หมายถึงเทคนิคการกำหนดสมรรถนะที่พัฒนามาจากระบบการวิเคราะห์ตามปกติ ด้วยการจำแนกงานออกเป็นหน่วยย่อยในรูปแบบที่ชัดเจน

4) การกำหนดสมรรถนะโดยวิเคราะห์ตามหลักการทางทฤษฎีและตำรา

5) การกำหนดสมรรถนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ให้ความเห็นหรือบอกเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็น

การกำหนดสมรรถนะดังที่กล่าวมา มีความสอดคล้องกับ จีระประภา อัครบวร (2548) และ ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2548) ที่กล่าวว่า การกำหนดรูปแบบของสมรรถนะในแต่ละองค์กร ควรกำหนดตามความจำเป็นของวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมของสังคมนั้นๆ เพราะมีบริบทที่แตกต่างกัน การสร้างหรือกำหนดกรอบสมรรถนะในงาน (Competency model) มีกระบวนการ 8 ขั้นตอน (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, 2548: 20) คือ

1) กำหนดประสิทธิผลของงานที่ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ขององค์กร

2) เลือกกลุ่มบุคคลเป้าหมายในงานนั้น

3) เลือกวิธีการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมทั้ง งาน การกระทำและบทบาท

4) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของงาน

5) วิเคราะห์หาพฤติกรรมสำคัญของผู้ทำงานสำเร็จเป็นอย่างดี

6) นำกลุ่มพฤติกรรมมาจัดหมวดหมู่เป็นสมรรถนะ กลุ่มสมรรถนะ (Competency

cluster) และกรอบความสามารถ

7) เขียนพจนานุกรมพรรณนาสมรรถนะ (Competency dictionary)

8) ทดสอบความถูกต้องเหมาะสม (Validation) แล้วนำไปใช้ในการประเมิน

สมรรถนะบุคคล

การค้นหาพฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบของสมรรถนะในงานที่แฝงอยู่ในตัวของแต่ละบุคคลนั้น วิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้พฤติกรรมที่ต้องการ สามารถทำได้โดยวิธีต่างๆ ดังนี้ (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, 2548: 21; Shermon, 2004: 80-83)

1) การสังเกตพฤติกรรม (Observation) การเฝ้าสังเกต จดบันทึกการกระทำและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมายโดยละเอียด ในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อใช้กำหนดสมรรถนะ โดยทั่วไปมักใช้ร่วมกับวิธีอื่นเช่น การใช้แบบสำรวจ และการสัมภาษณ์

2) การจดบันทึกโดยผู้ทำงาน (Self description) เป็นวิธีที่ใช้ในการวิเคราะห์งานที่นิยมกันมาก โดยการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานนั้น เป็นผู้จดบันทึกข้อมูลการกระทำที่สำคัญ ตามตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบในงานนั้น ในแต่ละวันในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

3) การสัมภาษณ์เกี่ยวกับงาน (Job analysis interview) เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีผลงานดีเลิศและผู้มีผลงานปานกลางในเวลาเดียวกัน ด้วยการสัมภาษณ์ที่มีแบบสัมภาษณ์เป็นเหตุการณ์เชิงพฤติกรรม ทำให้สามารถให้คำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ

4) การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (Critical incident interview) เป็นการค้นหาพฤติกรรมที่สำคัญอย่างเฉพาะเจาะจงในการทำงาน โดยการให้ผู้ทำงานพรรณนาพฤติกรรมการแสดงผลงานที่สำคัญ ซึ่งเป็นเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประสบการณ์ทำงานในอดีต

5) การสัมภาษณ์ผู้บังคับบัญชาโดยตรง (Reportery grid) วิธีนี้คล้ายกับการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ แต่ต่างกันที่เป็นการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา ทั้งผู้ที่มีผลงานดีและไม่ดี เพื่อค้นหาพฤติกรรมที่แตกต่างกัน แล้วนำไปศึกษาแยกแยะเป็นพฤติกรรมเชิงบวกเพื่อส่งเสริม และพฤติกรรมเชิงลบเพื่อแก้ไข

6) ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert panel) เป็นวิธีที่นิยมกันมากวิธีหนึ่ง เป็นการรวบรวมข้อมูลกับตำแหน่งที่มีความรู้เฉพาะ โดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานนั้นๆ ร่วมประชุมหาข้อคิดเห็นต่องานในปัจจุบันหรืองานในอนาคต แล้วบันทึกความเห็นของข้อมูลเหล่านั้นเพื่อการวิเคราะห์

7) กำหนดสมรรถนะขั้นต่ำสุดที่ยอมรับได้ (Threshold scales) โดยการระดมสมองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญร่วมกันกำหนดลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นขั้นต่ำสุดที่ยอมรับได้ (Threshold level) ที่ทำให้การทำงานนั้นได้ดี ผู้เชี่ยวชาญอาจเป็นผู้บังคับบัญชาของตำแหน่งงานที่กำลังศึกษา ผู้ปฏิบัติงานที่มีผลงานดีเลิศ หรือผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก

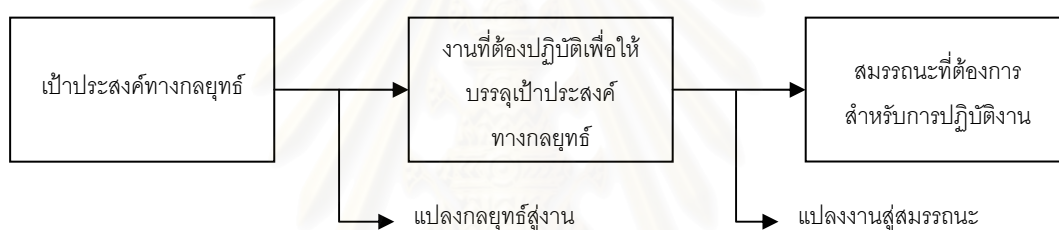
นอกจากนี้ การกำหนดสมรรถนะควรให้ความสำคัญในการเขียนข้อความสมรรถนะที่ต้องการเฉพาะเจาะจงและชัดเจน เพื่อให้ผู้อื่นสามารถเข้าใจได้ตรงกัน ประกอบด้วยข้อความดังต่อไปนี้

- 1) ลักษณะที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ถูกประเมินที่สามารถตรวจสอบได้
- 2) ระดับของความรู้ ความสามารถ ทักษะ ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ถูกประเมิน
- 3) รายละเอียดที่จำเป็นที่ต้องการประเมินผล
- 4) ความสามารถที่จำเป็นที่ต้องการให้มีการแสดงออกในการปฏิบัติหน้าที่ และ

ต้องการให้มีการพัฒนาต่อไป

การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายนั้น ต้องมีแบบที่มีการเชื่อมโยงระหว่างสมรรถนะกับกลยุทธ์ขององค์กรและถ่ายทอดเป็นงานตามบทบาทหน้าที่ (ภาพที่ 2.3)

ภาพที่ 2.3 ความเชื่อมโยงของกลยุทธ์ สมรรถนะและบทบาทหน้าที่ในงาน



ที่มาของภาพ www.nongkhai.go.th/

ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะนั้นจะต้องสัมพันธ์ และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจและแผนกลยุทธ์ ขององค์กร ซึ่งองค์กรจะได้พัฒนาคนให้มี สมรรถนะตรงตามที่ต้องการได้ โดยที่สมรรถนะจะทำให้เกิดการเชื่อมโยงกลยุทธ์ขององค์กร ถ่ายทอดเป็นการกำหนดงานและหน้าที่ที่บุคลากรที่พึงปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์อย่างที่เราจะเห็น ดังนั้นบุคลากรจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และทักษะที่ตรงกับงานที่ต้องปฏิบัติ วิธีสร้างกรอบการประเมินสมรรถนะควรกำหนดสมรรถนะที่ต้องการประเมินจากวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กรให้เรียบร้อยก่อนที่จะวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นตัวกำหนดระดับการประเมิน (จิระประภา อัครบวร, 2548.; ณรงค์วิทย์ แสันทอง, 2549.; บรรจบ กิมเกณธอม, 2549.; สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2549 และ อภิญา จำปามูล, 2549)

จากแนวทางการกำหนดสมรรถนะดังกล่าว ผู้วิจัยได้สังเคราะห์สมรรถนะในขั้นแรกจากการศึกษาวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลและของงานห้องผ่าตัด ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาลักษณะงานที่ปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวคิดในการสังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะร่วมกับการขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด ด้วยการสนทนา

กลุ่ม เพื่อร่วมกันกำหนดรายการสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี และมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ทั้งของหน่วยงานและขององค์กร แล้วนำมาหาพฤติกรรมที่กำหนดของสมรรถนะในแต่ละด้านที่สามารถวัดและประเมินได้จริง ก่อนนำไปสร้างเป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป

4 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะ

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวัดและการประเมิน

การประเมินมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ที่การตัดสินคุณค่าของสิ่งที่จะประเมิน เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมาย (Goal) ของการพัฒนาคุณค่า (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2547) การที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสามารถตัดสินคุณค่าได้นั้น จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีหลายประเภท เช่นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบ แบบสังเกต แบบวัดมาตรฐาน (Polit & Hungler อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีคุณภาพจะต้องมีคุณสมบัติสามประการ คือ มีความตรง (Validity) ความเชื่อมั่นหรือมีความเชื่อถือได้ (Reliability) และมีความไว (Sensitivity) ความตรงหมายถึงความสามารถของเครื่องมือในการวัดตัวแปรได้ตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัดหรือประเมิน ความเชื่อถือได้ หมายถึงความถูกต้องของข้อมูลที่วัดได้ ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ส่วนความไวหมายถึงความสามารถของเครื่องมือในการวัดข้อมูลได้อย่างละเอียด ทำให้สามารถจำแนกความแตกต่างของตัวอย่างจากข้อมูลที่วัดได้ หากเครื่องมือวิจัยมีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งสามประการในระดับสูง การแปรผลการวิจัยก็จะเชื่อถือได้ ดังนั้นเพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ นักวิจัยต้องให้ความสำคัญในกระบวนการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

ลักษณะที่ดีของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลมีดังนี้ 1) มีความตรง สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัด หรือวัดได้ตรงประเด็นตามที่นักวิจัยต้องการ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุด 2) มีความเที่ยง สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้คงที่แน่นอนไม่เปลี่ยนแปลง (Stability หรือ Consistency) ไม่ว่านักวิจัยจะใช้เครื่องมือวิจัยนี้ไปวัดกี่ครั้งกับสิ่งที่วัดเมื่อไรก็ตาม ผลที่ได้มีค่าคงที่ 3) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) เครื่องมือวิจัยที่ถูกเลือกนำมาใช้มีความคุ้มค่า สามารถเก็บข้อมูลได้เท่ากับเครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามที่มากกว่า หรือใช้เวลาในการวัดน้อยกว่าแต่ได้ผลเช่นเดียวกับเครื่องมือที่ใช้เวลาในการเก็บนานกว่า 4) มีอำนาจการจำแนก (Discrimination) คือมีความสามารถในการแบ่งหรือแยกข้อมูลที่ได้ โดยสามารถระบุได้ว่าใครเป็นอย่างไร สามารถแบ่งหรือแยกสภาพความเป็น

จริงนั้นได้ หรือสามารถจำแนกลักษณะของผู้ถูกวัดได้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร (เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย, 2536)

การประเมินสมรรถนะเป็นการวัดพฤติกรรมไม่ใช่วัดความรู้ความสามารถ ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาคือ การสังเกตพฤติกรรม จดบันทึก และทำการประเมิน แบบประเมินพฤติกรรมที่นิยมกันแพร่หลาย ได้แก่แบบประเมินความถี่หรือปริมาณกำหนดระดับ (Likert scale) แต่แบบนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากพฤติกรรมในการทำงานนั้นไม่มีบริบทของงานเป็นตัวกำกับ ข้าราชการระดับต้นอาจมีสมรรถนะของข้าราชการในระดับนักบริหารสูงได้ ทั้งๆ ที่โดยหน้าที่แล้ว ข้าราชการระดับต้น ไม่มีโอกาสที่จะแสดงสมรรถนะของข้าราชการในระดับนักบริหารระดับสูงได้ ทำให้ผลการประเมินผิดพลาดได้ เนื่องจากหน้าที่รับผิดชอบต่างกัน (ก.พ.ร., 2547ข) แบบประเมินอีกประเภทหนึ่งคือแบบประเมินที่ใช้พฤติกรรมกำหนดระดับ (Behaviorally anchored rating scale - BARS) ระดับการแสดงความสามารถ (Proficiency level) เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่คาดหวังหรือต้องการให้เกิดขึ้น โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์, 2548) ได้แก่ 1) Basic level หมายถึงขั้นเรียนรู้ เป็นการเริ่มต้นฝึกหัดซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้โดยต้องอยู่ภายใต้การครอบหรือแนวทางที่กำหนดขึ้น หรือเป็นสถานการณ์ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้ 2) Doing level หมายถึงขั้นปฏิบัติ ที่มีการแสดงพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นได้ด้วยตนเอง หรือช่วยเหลือสมาชิกในทีมให้สามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย 3) Developing level หมายถึงขั้นพัฒนา ที่มีความสามารถในการนำสมาชิกในทีม รวมถึงการออกแบบและคิดริเริ่มสิ่งใหม่ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อทีมงาน 4) Advanced level หมายถึงขั้นก้าวหน้า เป็นขั้นที่มีการคิดวิเคราะห์และนำสิ่งใหม่ๆ มาใช้เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยงาน และมีความสามารถในการสอนผู้อื่นให้สามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ตามที่กำหนดขึ้น 5) Expert level หมายถึงขั้นผู้เชี่ยวชาญ เป็นขั้นที่มีการมุ่งเน้นที่กลยุทธ์และแผนงานในระดับองค์กร รวมถึงความสามารถในการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้อื่นถึงแนวทางหรือขั้นตอนการทำงาน ซึ่งการแบ่งระดับของ อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ มีความสอดคล้องกับการแบ่งระดับความสามารถทางการพยาบาลของเบนเนอร์ คือ Stage 1: Novice, Stage 2: Advanced Beginner, Stage 3: Competent, Stage 4: Proficient, Stage 5: The Expert (www. sonoma.edu) ดังนั้น กระบวนการและขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมที่บ่งชี้สมรรถนะของบุคคล จึงต้องการการวัดที่แม่นยำ การออกแบบวิธีการประเมินและแบบประเมินอย่างเป็นรูปธรรม สามารถเปิดเผยให้เห็นความรู้ ความสามารถและทักษะที่แท้จริง รวมถึงเทคนิคการประเมินต้องโปร่งใส และเป็นธรรมด้วย (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, 2548: 13)

ความหมายของสมรรถนะดังที่กล่าวมา หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ/ ความสามารถ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานได้โดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นวิธีการประเมินสมรรถนะจึงเป็นการวัดพฤติกรรมไม่ใช่เป็นการวัดความรู้ การประเมินต้องมีการสังเกตพฤติกรรมการทำงาน จดบันทึก และทำการประเมินสมรรถนะ ซึ่งต้องใช้แบบประเมินที่มีพฤติกรรมในการกำหนดระดับการแสดงความสามารถ เป็นพฤติกรรมที่คาดหวังหรือต้องการให้เกิดขึ้น การใช้ประโยชน์ในการประเมินสมรรถนะในงานของบุคคลจะมีประสิทธิภาพ และมีความแม่นยำได้ การเขียนพฤติกรรมชี้วัดแต่ละสมรรถนะ เป็นหัวใจของการเขียนสมรรถนะ การเรียบเรียงและการพรรณนาพฤติกรรมชี้วัด ต้องอาศัยข้อมูลเชิงพฤติกรรมที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์งานในแต่ละตำแหน่งงานอย่างละเอียด ประกอบกับการพิจารณาเชิงวิชาการและจากการประเมินสภาพจริงของงานว่าพฤติกรรมใดเป็นหัวใจของสมรรถนะนั้นๆ

4.2 เกณฑ์การประเมินแบบรูบรีค (Rubric)

4.2.1 ความหมายของเกณฑ์การประเมิน (Rubric assessment หรือ Scoring rubric)

เกณฑ์การประเมิน หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับให้คะแนนในการประเมินการปฏิบัติงาน ซึ่งนิยมใช้ในการประเมินผลงานจากการปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ในทางการศึกษา (ไพฑูริย์ โพธิ์สาร, 2549)

4.2.2 ความเป็นมา

เนื่องจากการประเมินการปฏิบัติ ไม่มีการเฉลยคำตอบเหมือนกับแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ การให้คะแนนการปฏิบัตินั้นเป็นการให้คะแนนตามความรู้สึของผู้ตรวจ ต่อคุณภาพผลงานของผู้ถูกประเมิน มีผู้ประเมินหลายคนรู้สึกไม่สบายใจที่จะตัดสินตามความรู้สึกส่วนตัว ในปี พ.ศ. 2533 แกร์นัท วิกกินส์ (อ้างใน ไพฑูริย์ โพธิ์สาร, 2549) นักการศึกษาชาวอเมริกัน ได้เสนอวิธีการประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนจากการปฏิบัติงาน ผลงาน และจากพฤติกรรมแสดงออกของผู้เรียน และได้แนะนำให้ใช้เกณฑ์การประเมินที่มีความชัดเจน เปิดเผยเป็นที่รับรู้ของผู้ถูกประเมินและผู้เกี่ยวข้องในการประเมินการปฏิบัติและผลจากการปฏิบัติ ซึ่งต่อมามีการใช้กันอย่างแพร่หลายในปี พ.ศ. 2541 และในปีเดียวกันนี้วงการศึกษาของไทย โดยกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการได้แนะนำให้ผู้สอนใช้เกณฑ์การประเมินเป็นเครื่องมือในการให้คะแนนผลงานจากการปฏิบัติกิจกรรมในการเรียน การกำหนดแนวการให้คะแนน หรือ รูบรีค (Rubric) เป็นวิธีที่ทำให้การพิจารณาผลงานมีความสมเหตุสมผลและยุติธรรม โดยมีการกำหนดเกณฑ์หรือ

แนวการให้คะแนนที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้พิจารณาผลงานของนักเรียน Rubric) คือ เครื่องมือในการให้คะแนน (Scoring tool) ที่มีการระบุเกณฑ์การประเมิน (สมศักดิ์ ภูมิภาคาวรรณ, 2544: 137) ทำให้สามารถแยกแยะระดับผลการเรียนรู้หรือผลงานได้อย่างชัดเจน มีการบรรยายถึง คุณลักษณะของแต่ละระดับจากดีมากไปจนถึงต้องปรับปรุงแก้ไข ผู้ถูกประเมินควรจะได้มีส่วนร่วม ในการกำหนดเกณฑ์ร่วมกับผู้ประเมินให้เสร็จก่อนที่ผู้ถูกประเมินจะได้ลงมือทำการเรียนรู้หรือ ปฏิบัติงาน ทำให้ทั้งผู้ประเมิน ผู้ถูกประเมินทราบเป้าหมายที่ตรงกัน ระดับและคุณลักษณะของ เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของชิ้นงานหรือความสามารถแต่ละ ประเภท เช่น บางเรื่องหรือบางงานตั้งเกณฑ์ไว้ 5 ระดับ ในขณะที่บางเรื่องตั้งไว้ แค่ 3 ระดับ เท่านั้น (กิ่งกาญจน์ สิริสุนทร และคณะ, 2547)

4.2.3 วัตถุประสงค์ โครงสร้าง รูปแบบของเกณฑ์การประเมิน และประโยชน์ของ Rubric

1) วัตถุประสงค์ของการสร้างเกณฑ์การประเมิน มีดังนี้

- (1) เพื่อประเมินกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมของการเรียนรู้ของผู้เรียน
- (2) เพื่อประเมินผลผลิตจากการปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน
- (3) เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

2) โครงสร้างของเกณฑ์การประเมินมีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

- (1) รายการประเมิน เป็นข้อความที่กำหนดขึ้นใช้พิจารณาชิ้นงาน
- (2) คำบรรยายแต่ละระดับคุณภาพของรายการประเมิน ซึ่งอาจให้ระดับ

คุณภาพเป็นข้อความ หรือเป็นตัวเลขก็ได้

3) ประโยชน์ของ Rubric (Wiener and Cohen, 1994 อ้างในสมศักดิ์ ภูมิภาคาวรรณ, 2544: 139 – 140)

- (1) ช่วยให้ความคาดหวังของผู้ประเมินบรรลุผลสำเร็จ
- (2) ช่วยให้ผู้ประเมินมีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องการประเมินหรือต้องการพัฒนา
- (3) ช่วยให้ผู้ถูกประเมินทราบความต้องการพัฒนาโดยใช้ Rubric ตรวจสอบ
- (4) ช่วยให้ผู้ถูกประเมินมีการพัฒนาตนเองไปสู่ความสำเร็จได้
- (5) เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีม
- (6) ช่วยในการให้เหตุผลประกอบการตัดสินระดับตามเกณฑ์

4.2.4 ขั้นตอนในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบ Rubric (Rubric) (ไพฑูริย์ โพธิ์สาร, 2549; วาสนา ประवालพฤษ์, 2549)

- (1) กำหนดรายการประเมิน ตามคุณลักษณะของสิ่งที่ถูกประเมิน

- (2) นิยามปฏิบัติกรให้สอดคล้องกับงานนั้นๆ
- (3) กำหนดจำนวนระดับของเกณฑ์
- (4) พิจารณาเกณฑ์ผ่าน และไม่ผ่านพร้อมคำอธิบายหรือตัวอย่าง
- (5) เขียนคำอธิบายระดับที่สูงกว่าเกณฑ์หรือต่ำกว่าเกณฑ์ตามลำดับ
- (6) ตรวจสอบโดยคณะผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เชี่ยวชาญ
- (7) ทดลองใช้เกณฑ์ตรวจผลงาน
- (8) หาคุณภาพของเกณฑ์อย่างง่าย โดยหา Inter rater reliability

4.2.5 การกำหนดเกณฑ์การประเมิน (Rubric)

โดยทั่วไปเกณฑ์การให้คะแนนจะกำหนดเป็นระดับต่างๆ 4 – 5 ระดับ โดยพิจารณาจากเป้าหมายและความคาดหวังในการปฏิบัติงานนั้นๆ กำหนดระดับสูงสุดแล้วแบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วงที่ยอมรับได้ (ผ่าน) และยอมรับไม่ได้ (ไม่ผ่าน) แล้วแบ่งช่วงที่ยอมรับได้เป็น 2 ระดับ คือผ่านอย่างดีและผ่านอย่างพอใจ แล้วทำเช่นเดียวกันในช่วงของการไม่ยอมรับหรือไม่ผ่าน ส่วนคะแนนศูนย์ คือไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติเพียงเล็กน้อยและไม่ถูกต้องเลย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก มาใช้ในการประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยกำหนดไว้ 3 ระดับ (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 แสดงแนวคิดในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก

ระดับ	แนวคิด	เกณฑ์การประเมินของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
1 (ปรับปรุง)	ขั้นเริ่มต้น	สามารถปฏิบัติตามได้แต่อยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง และสมควรมีการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มเติม
2 (ผ่าน)	ขั้นทำได้	สามารถปฏิบัติได้เอง โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษา
3 (ดี)	ขั้นมั่นคง และสมควรเป็นตัวอย่าง	สามารถปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญ และเป็นต้นแบบได้

4.3 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ

การสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินโดยใช้ข้อรายการสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการให้ข้อคิดเห็นที่เป็นข้อสรุปของผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัดในการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

แนวคิดและความเป็นมาของการสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความนึกคิด จิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า คำถาม ความรู้สึก การตัดสินใจ การให้เหตุผล แรงจูงใจ ความประทับใจ หรือสถานการณ์ต่างๆ เป็นความมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น การกำหนดเวลา สถานที่และบรรยากาศของการสนทนา ก็สามารถสร้างขึ้นมาให้เป็นกันเองได้มากที่สุด (พนินฐา พานิช่าชีวะกุล, 2531)

ความหมาย การสนทนากลุ่ม หมายถึงการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา เป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสนทนา เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนา อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนาซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ กลุ่มสนทนา เป็นกลุ่มของคนที่เป็นผู้รู้ มีคุณลักษณะ ที่ใกล้เคียงกันที่สุด (Homogeneous) และคาดว่าเป็นกลุ่มที่สามารถตอบประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสนใจได้ดีที่สุด สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มที่ดีที่สุดควรมีขนาดระหว่าง 9 - 12 คน จะเป็นขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมที่ทำให้เกิดการโต้ตอบและโต้แย้งกันได้ การวิพากษ์วิจารณ์จะทำให้ได้รับความรู้โดยฟังและสังเกตปฏิกิริยาโต้ตอบของคนได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้คนหันมาสนใจสิ่งเดียวกัน และมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน การที่ผู้ร่วมสนทนา มีปฏิกิริยาโต้ตอบกันระดับสูง ในระหว่างการสนทนา จะเป็นสิ่งเร้าให้เกิดการสนทนาในระดับลึกยิ่งขึ้น ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลที่ถูกระตุ้นในกลุ่มการสนทนา แล้วสร้างประเด็นถามใหม่ๆ ย้อนกลับไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้คำตอบที่ดีมีเหตุผลชัดเจนและละเอียดมากที่สุดตลอดจนจบการสนทนา การจัดเตรียมแนวคำถามและเรียงเรียงคำถามให้เป็นข้อคำถามให้ต่อเนื่อง ทำให้ง่ายต่อการถามเชิงวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการถามประเด็นปัญหาให้อยู่ในกรอบของการวิจัยให้เป็นประเด็นๆ ไป ช่วงท้ายของการสนทนาอาจเติมคำถามเสริมได้ แต่ต้องไม่เป็นคำถามที่ยาวหรือมีจำนวนคำถามมากเกินไป คำถามเสริมนี้อาจจะเป็นคำถามที่ไม่ได้เตรียมมาก่อน แต่ถามในเรื่องที่ปรากฏขึ้นมาระหว่างการสนทนา เป็นเรื่องที่ได้คำตอบชัดเจนมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย: สกว., 2545)

ประเภทของวัตถุประสงค์ของการจัดสนทนากลุ่ม (พนินฐา พานิช่าชีวะกุล. 2531; เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2548)

- 1) ใช้เพื่อสร้างให้เกิดสมมติฐานใหม่

- 2) ใช้เพื่อสำรวจความคิดเห็น ทศนคติของกลุ่มประชากรต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่น่าสนใจและต้องการที่จะศึกษา
- 3) ใช้ในการทดสอบแนวคิดในเรื่องที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาใหม่
- 4) ใช้ในการประเมินผลการวิจัยต่างๆ หรือโครงการพัฒนา
- 5) ใช้ในการทดสอบแบบสอบถาม และเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน
- 6) ใช้เพื่อเป็นการค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือหรือไม่แน่ชัดในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำคำตอบจากการสนทนากลุ่มไปอธิบายเสริม
- 7) ใช้ประโยชน์ในการทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ศึกษาบางเรื่องเพื่อเป็นแนวทางในการทำกรณีศึกษา (Case study) ต่อไป

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มมาใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อสร้างเครื่องมือการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม ดังนี้ (สัจจา ทาโต, 2548)

- 1) กำหนดประเด็นการสนทนากลุ่ม ซึ่งกำหนดให้เป็นประเด็นที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้การสนทนามีขอบเขตชัดเจน ได้ข้อเท็จจริงที่ลุ่มลึก ซึ่งไม่สามารถเก็บได้จากวิธีอื่น
- 2) กำหนดแนวทางในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามที่ผู้วิจัยได้จากการศึกษาทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีความครอบคลุมในเรื่องสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด นำมาเรียบเรียงเป็นข้อย่อยและจัดเป็นลำดับ และสร้างเป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ได้คำถามที่อยู่ในขอบข่ายที่ผู้วิจัยต้องการคำตอบและตรงประเด็นในการสนทนา (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2548: 269)
- 3) กำหนดผู้เข้าร่วมกลุ่มในการสนทนากลุ่มในครั้งแรก เพื่อสังเคราะห์รายการสมรรถนะ เป็นการสนทนาเฉพาะกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดระดับ 8 ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับกลางและเป็นคณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัด มีจำนวนทั้งหมด 9 คน ผู้ร่วมสนทนา มีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneous) ทั้งในด้านประสบการณ์ วิทยุฒิ และมีมุมมองของการเป็นผู้บริหารห้องผ่าตัด ด้วยการทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสายซึ่งควบคุมและกำกับงานผ่าตัดหลายสาขา ตามที่ได้รับมอบหมาย
- 4) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา โดยมีการเรียงลำดับข้อคำถาม ซึ่งในช่วงต้นจะเป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปที่ง่ายต่อการแสดงความคิดเห็น เพื่อสร้างความเป็นกันเองในการสนทนา ในช่วงกลางเป็นคำถามหลักกึ่งโครงสร้างที่ต้องการให้มีการแสดงความคิดเห็น ส่วนในช่วงท้ายของการสนทนา เป็นคำถามที่ไม่ต้องใช้ความคิดมากนัก เพื่อปรับบรรยากาศในการสนทนากลุ่มให้กลับคืนสู่บรรยากาศที่ผ่อนคลาย

5) ผู้วิจัยใช้ทักษะในการตั้งประเด็นคำถาม เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน คอยควบคุมการสนทนาไม่ให้ออกนอกประเด็น โดยไม่ขัดขวางการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม ใช้ทักษะในการสื่อสารทั้งการพูดและการฟัง รวมถึงการสร้างบรรยากาศให้มีการผ่อนคลาย

6) การดำเนินการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้

(1) กล่าวการต้อนรับ แจ้งจุดประสงค์ของการสนทนา และลักษณะงานวิจัย
(2) ขอรับความยินยอมให้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร (เห็นไปยินยอม)

(3) ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยตั้งประเด็นคำถามจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

(4) บันทึกข้อมูลการสนทนา เพื่อให้มีความครอบคลุมคำพูด ข้อโต้แย้ง ความคิดเห็น รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึกตลอดเวลา

7) ขั้นตอนสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

(1) ผู้วิจัยจะสรุปข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็นที่กลุ่มสนทนาร่วมกันแสดงความคิดเห็น พร้อมกับถามสมาชิกถึงความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ทำกรสรุปแล้ว

(2) เมื่อข้อมูลที่ได้ไม่มีความเห็นขัดแย้ง ผู้วิจัยจึงแจ้งให้ผู้ร่วมสนทนาทราบว่าการสนทนากลุ่มยุติแล้ว

(3) กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนาและแสดงความขอบคุณผู้ร่วมสนทนาที่ได้สละเวลาเพื่อการสนทนากลุ่ม ด้วยการให้ของที่ระลึก

ข้อดีของการจัดสนทนากลุ่ม

1) เป็นการนั่งสนทนาระหว่างนักวิจัยกับผู้รู้ ผู้ให้ข้อมูลหลายคนที่เป็นกลุ่ม จึงก่อให้เกิดการเสวนากันในเรื่องที่สนใจไม่มีการปิดบัง คำตอบที่ได้จากการถกประเด็นซึ่งกันและกัน ถือว่าเป็นการกลั่นกรองที่เป็นแนวความคิดและมีเหตุผล โดยไม่มีการตีประเด็นปัญหาผิดไป

2) เป็นการสร้างบรรยากาศเสวนาให้เป็นกันเองระหว่างผู้นำการสนทนากับสมาชิกกลุ่มสนทนาหลายๆ คนพร้อมกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มกล้าคุยกล้าแสดงความคิดเห็น

3) การใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลละเอียดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้สำเร็จหรือได้ดียิ่งขึ้น

4) คำตอบจากการสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นคำตอบเชิงเหตุผลคล้ายๆ กับการรวบรวมข้อมูลแบบคุณภาพ

- 5) ประหยัดเวลาและงบประมาณของนักวิจัยในการศึกษา
- 6) ทำให้ได้รายละเอียด สามารถตอบคำถามประเภททำไมและอย่างไร ได้อย่าง
แตกฉานลึกซึ้งในประเด็นหรือเรื่องที่ไม่ได้คิดหรือเตรียมไว้ก่อนก็ได้
- 7) การสนทนากลุ่ม จะช่วยบ่งชี้อิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆ ของสังคม
นั้นได้ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน
- 8) สภาพของการสนทนากลุ่ม ช่วยให้เกิดและได้ข้อมูลที่เป็นจริง

ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

- 1) ถ้าการกำหนดประเด็นต่างๆ ยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็ยากต่อการกำหนดตัวแปร
หรือปัจจัย
- 2) การสร้างแนวคำถาม จะต้องเรียงเรียงแนวคำถามให้ดีไม่วกวน โดยอาจจะ
เรียงลำดับตามประเภทของประเด็นตามความยากง่ายหรือตามลำดับความตรงไปตรงมาและ
ซับซ้อนของเหตุผลดังนั้นควรจะต้องมีการทดสอบ (Pre - test)
- 3) การคัดเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมวงสนทนา จะต้องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้
โดยต้องมีลักษณะต่างๆ ที่เหมือนกัน (Homogeneous) ไม่ข่มซึ่งกันและกัน
- 4) คำตอบในวงสนทนาบางคำตอบ อาจจะไม่ได้อาจจากการสนทนากลุ่ม
- 5) เหตุการณ์หรือพฤติกรรมหรือคำตอบในบางประเด็นคำถามที่สมาชิกกลุ่มคิดว่า
เป็นประเด็นธรรมดาและเคยชินอยู่แล้ว บางทีสมาชิกกลุ่มนี้ไม่ถึงล้มหยิบยกมาตอบ ทำให้
ไม่ได้คำตอบในในประเด็นดังกล่าว
- 6) การสนทนากลุ่มจะให้ผลดีมากในการศึกษาหลายเรื่องแต่ไม่ใช่ทุกเรื่อง
- 7) ภาษาในการพูดคุยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก ควรจะพูดภาษาท้องถิ่นของสมาชิก
ในกลุ่มสนทนาหรือในพื้นที่ที่ทำการศึกษา
- 8) เทปบันทึกข้อมูล ถ้าไม่พร้อมหรือสภาพไม่เหมาะแก่การบันทึก ถ้าใช้ในการ
บันทึกข้อมูลแล้วเสีย บันทึกไม่ติดจะทำให้เสียข้อมูลไปเลย
- 9) ถ้าพิธีกรไม่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ดำเนินการสนทนาที่ดี เตรียมตัวไม่พร้อมก็
จะทำให้วงสนทนาดำเนินไปได้ไม่ราบรื่น

จากข้อดีและข้อจำกัดของการจัดสนทนากลุ่มนั้น เพื่อให้งานวิจัยที่ได้มีคุณภาพและ
น่าเชื่อถือ ต้องมีความระมัดระวังในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ดำเนินการวิจัยต้องมีความสามารถ
ในด้านการสื่อสารกับผู้ร่วมสนทนาในกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นเหมาะสมกับหัวข้อเรื่องที่
ใช้ในการสนทนา และควรอยู่ร่วมกลุ่มการสนทนาตลอดเวลาในการประชุมกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง เพราะการสนทนาเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับด้านการบริหารงานและการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมสนทนาทุกคนเป็นผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดและเป็นคณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัด

4.4 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะ

สำหรับเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์ ส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบ หรือแบบวัดความรู้และแบบวัดทักษะต่าง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญ โดยการพยายามควบคุมให้มีความคลาดเคลื่อนในการวัดน้อยที่สุด การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพ มีหลักการสำคัญ คือ เครื่องมือต้องมีความตรง (Validity) และมีความเที่ยงหรือมีความเชื่อมั่น (Reliability) ถ้าเป็นแบบวัดความรู้จะต้องให้ความสำคัญกับความยากง่ายและอำนาจจำแนก (Difficulty and discrimination) จุดมุ่งหมายของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อน ทำให้ค่าที่ได้จากการวัดจะมีค่าใกล้เคียงกับค่าที่เป็นจริงมากขึ้น ดังนั้น เครื่องมือที่มีคุณภาพต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2548.; Trochim, 2001; Waltz et al., 1991 อ้างใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547: 50- 58) คือ

4.4.1 ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) หมายถึงระดับของความสอดคล้องหรือตรงกัน (Consistency or repeatability) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดของเครื่องมือ ซึ่งประเภทของความเที่ยงแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) แสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อความ หรือข้อคำถามของแบบวัด ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 วิธีทดสอบคือมีหลายวิธี (1) การแบ่งครึ่ง (Split-half) เป็นวิธีการหาความสอดคล้องภายในโดยการหาความเป็นเอกพันธ์ของคำถามในแบบสอบถามหรือแบบวัด เป็นการหาค่าความสอดคล้องภายในของข้อมูล 2 ชุด โดยชุดที่ 1 ใช้แบบสอบถามครึ่งฉบับนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และชุดที่ 2 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สูตรสเปียร์แมนบราวน์ (Spearman-Brown Formula) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ (2) การใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบวัดที่มีตัวเลือกตอบมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป แบบวัดที่ดีควรมีค่าอัลฟาเท่ากับ 0.8 แต่สำหรับแบบวัดที่พัฒนาใหม่ค่าอัลฟาที่ยอมรับได้ คือ 0.7 (3) การใช้สูตรคูเดอว์-ริชชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 [K20]) (4) การใช้สูตร คูเดอว์-ริชชาร์ดสัน 21 (K21) สำหรับแบบวัดที่มีตัวเลือก

2 ตัว ซึ่งค่า K21 จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยถือว่าข้อความหรือข้อความทุกข้อมีระดับความยากง่ายเท่ากัน

2) ความคงที่ (Stability) หมายถึงความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่ได้จากการวัดซ้ำ (Repeated measure) การทดสอบจะทำซ้ำ (Test – retest) เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการทดสอบความเที่ยงของแบบวัดที่ใช้วัดมโนทัศน์หรือตัวแปรที่ค่อนข้างคงที่แม้ว่าเวลาจะผ่านไปกับกลุ่มตัวอย่างเดิมหลังจากเว้นระยะห่างช่วงหนึ่ง แล้วนำข้อมูลทั้ง 2 ชุดมาหาค่าความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้เรียกว่า สัมประสิทธิ์ความคงที่ (Coefficient of stability)

3) ความเท่าเทียมกัน (Equivalence reliability หรือ Inter – rater หรือ Inter-observer reliability) หมายถึงความสอดคล้องตรงกันระหว่างผลการวัดสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้จากผู้ประเมิน วิธีนี้เหมาะสมสำหรับกรณีที่มีผู้ประเมินมากกว่า 2 คน ประเมินในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ณ เวลาเดียวกันโดยใช้แบบวัดชุดเดียวกัน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความสัมพันธ์ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter – rater reliability) ถ้าได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 1.0 แสดงว่าผู้ประเมินมีความเห็นสอดคล้องกันอย่างเป็นเอกฉันท์ แต่มิได้หมายความว่า ผู้ประเมินให้คะแนนกลุ่มตัวอย่างเท่ากันหมด สิ่งที่สอดคล้องตรงกัน เป็นเพียงการจัดลำดับที่ของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

4.4.2 ความตรงของเครื่องมือ (Validity) หมายถึงระดับความตรงของเครื่องมือที่สามารถวัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัด โดยเฉพาะเมื่อใช้วัดมโนทัศน์หรือตัวแปรที่เป็นนามธรรม ความตรงแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามเกณฑ์ (Criterion-related validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) วิธีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวัดในแต่ละประเภทมีดังนี้

1) Content-related validity evidence เป็นการตรวจสอบว่า เครื่องมือวัดสามารถวัดเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของมโนทัศน์นั้นๆ ได้อย่างครบถ้วน วิธีการตรวจสอบทำได้ 3 วิธี คือ การทบทวนวรรณกรรม การสอบถามกลุ่มที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมาย และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง (Content expert) ซึ่ง Lynn (1986); Waltz และคณะ (1991) (อ้างใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547: 53) แนะนำว่าในการให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาควข้องให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินว่าข้อความนั้นเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ที่ต้องการวัดในระดับใด โดยกำหนดตัวเลือกเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ 4 หมายถึงเกี่ยวข้องมาก 3 หมายถึงเกี่ยวข้องพอสมควรแต่ต้องปรับแก้ 2 หมายถึงไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้ หรือเกี่ยวข้องเล็กน้อย และ 1 หมายถึงไม่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยอาจกำหนดว่าความเห็นที่ตรงกันหมายถึงความเห็นที่เลือก

คะแนน 4 และ 3 ส่วนข้อความที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์จะถูกปรับใหม่ ค่าดัชนีความตรงของแบบวัด (Content validity index – CVI) ตั้งแต่ 0.8 เป็นค่าที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประเด็นที่ผู้วิจัยควรคำนึงถึง คือ คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของคุณวุฒิ ประสบการณ์ การฝึกอบรมในสาขาที่เกี่ยวข้อง ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือด้วย

2) Criterion-related validity คือความตรงตามเกณฑ์ เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลการวัด โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่กับผลการวัดโดยเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้เป็นเกณฑ์

3) Construct validity ความตรงเชิงโครงสร้าง เป็นการตรวจสอบว่าเครื่องมือสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง (Mishel, 1998 อ้างในวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547)

จากแนวคิดการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี การตรวจสอบหาความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหาที่มีความเหมาะสมของการกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกที่ใช้ในการวัดของแบบประเมินสมรรถนะ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาลห้องผ่าตัดและมีประสบการณ์ในการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยเลือกใช้การหาค่าดัชนีความตรงของแบบวัด (Content validity index – CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547: 224) ข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้องกับคำนิยาม ส่วนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 1 – 2 ผู้วิจัยจะนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ไม่ได้ตัดออกหมด เพราะจะทำให้ข้อคำถามส่วนที่เหลือในแบบสอบถามไม่ครอบคลุมมิติทัศน์ของตัวแปร หาความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา (α - Coefficients) โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.8 เป็นค่าที่ยอมรับได้ หาค่าความคงที่ของแบบประเมินด้วยการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 15 คน โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม วิธีการดำเนินการคือให้มีผู้สังเกต 2 คน ทำการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นสมาชิกทีม 1 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability) (Hambleton และคณะ, 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2548: 224)

5. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (Professional nurse's competency) หมายถึงคุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2548: 77) วิชาชีพพยาบาลเป็น อาชีพที่ประกอบด้วย องค์ความรู้ ทักษะ ความสามารถ คุณธรรม จริยธรรมที่เป็นระบบในระดับสูง มีเนื้อหาสาระทั้งทาง ทฤษฎีในด้านความคิดควบคู่กันไปกับทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ที่ให้บริการแก่สังคม ตามขอบเขตความรับผิดชอบ สมรรถนะของพยาบาลจะได้มาจากความรู้เชิงทฤษฎี ที่สามารถ แยกแยะและกำหนดเป็นทักษะที่แสดงถึงความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล (พะยอม แก้ว กำเนิด, 2546.; Miller, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การที่จะให้ได้มาซึ่งสมรรถนะที่ จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในสายวิชาชีพที่เป็นเฉพาะทาง จะต้องทำการวิเคราะห์ให้ครอบคลุม ถึงตัวงาน (Job analysis) การกระทำ (Task) และบทบาทหน้าที่ (Role) ของผู้ปฏิบัติงาน (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, 2548: 21)

5.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึงพฤติกรรมและเทคนิคการปฏิบัติการเชิง วิชาชีพของพยาบาล โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ทางการพยาบาลและประสบการณ์ที่สั่งสม ให้ การบริการด้วยจิตที่มีคุณธรรม การพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นการดูแลผู้ป่วยทุกระยะการผ่าตัด โดย ใช้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดในขณะผ่าตัดหรือ การบาดเจ็บที่เป็นอันตราย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิดในขณะผ่าตัด สามารถ คาดการณ์ความต้องการของผู้ป่วยและทีมผ่าตัด เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วย (Rothrock, 2003: 1)

สำนักงานข้าราชการพลเรือน กำหนดให้พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติงานเพื่อให้การบริการ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด เตรียมความพร้อมในการช่วยผ่าตัดตามความยุ่งยากซับซ้อน และประเภทของการผ่าตัด เตรียม เครื่องมือและเครื่องใช้ในการผ่าตัด ช่วยแพทย์ระหว่างการผ่าตัด ฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่จะก่อให้เกิดอันตรายในระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมทั้งปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ยังต้องปฏิบัติการพยาบาล เพื่อฟื้นฟู สภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การปรึกษาสุขภาพ ควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจาย เชื้อโรคจัดระบบบริการในโรงพยาบาล ศึกษาวิเคราะห์ คิดค้นกลวิธีเพื่อพัฒนาการพยาบาลและ

ควบคุมการพยาบาลให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ส่งเสริมพัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้ฝึกปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งวางแผนงาน ประสานงาน บันทึกผลงาน ประเมินผลงาน และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง (ก.พ., 2538)

กองการพยาบาล กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในทีมผ่าตัดจะต้องมีความรู้ ความชำนาญ เฉพาะทาง ต้องได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นพิเศษ และสามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์ และศิลปะทางการพยาบาล ความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสรีรวิทยา เทคนิคการทำผ่าตัด การตรวจวินิจฉัยด้วยอุปกรณ์พิเศษหรือเครื่องมือพิเศษ การดูแลผู้ป่วย ในฐานะที่พยาบาลทีมผ่าตัดเป็นผู้ดำรงบทบาทผู้ชำนาญการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนา และขยายบทบาทโดยมีจุดเน้นที่การดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วย Invasive procedure ต่างๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (Perioperative nursing) บริการพยาบาลในห้องผ่าตัดมีความครอบคลุมถึงการให้บริการแก่ครอบครัวและญาติ รวมทั้งประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ ด้วย (กฤษดา แสงดี, 2542: 225) กองการพยาบาล (2544) ได้กำหนดหน้าที่หลักของพยาบาลห้องผ่าตัดไว้ดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วยผ่าตัด/ ผู้ใช้บริการ โดยปฏิบัติดังนี้

(1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันที่ที่รับไว้ในความดูแล ติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหา/ ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

(2) รวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลตามที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

2) จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom distress management) หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการรบกวนความทุกข์สบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว เป็นต้น

3) การดูแลความปลอดภัย (Provision for patient safety) หมายถึงการปฏิบัติดังต่อไปนี้

(1) การจัดการให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการ

บาดเจ็บต่างๆ เช่นการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(2) การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ใช้ในการผ่าตัดให้มีเพียงพอ พร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้ในการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

(3) การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of complication) หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นไปเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค/ อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการผ่าตัดด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการใช้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/ ภาวะด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น

5) การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่การเฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงาน หรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยผ่าตัด/ครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด ทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น และการแจ้งข่าวร้ายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดเสียชีวิต

7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยผ่าตัด (Enhancement of patient satisfaction) หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยผ่าตัดและญาติ ด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอา

ใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเหมาะสม

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดนานาชาติ (AORN) ได้กำหนดให้มีการใช้คำว่า Perioperative nursing practice แทนคำว่า Operating room nursing และได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นการปฏิบัติพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ซึ่งกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และความชำนาญทางเทคนิคในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยนำเอากระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ที่ครอบคลุมร่างกาย จิต สังคมและวิญญาณอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (AORN, 2003: 19.; กัญญา ออประเสริฐ, 2545: 81)

เรณู อาจสาลี (2540: 1) ได้อธิบายไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด คือผู้ที่ให้การพยาบาลเชิงวิชาชีพเฉพาะสาขาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ตึกผ่าตัด ตั้งแต่รับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วย และส่งกลับหอผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด คือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการผ่าตัด คือระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้ความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะทาง ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นสำคัญ กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัดจึงเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัด พยาบาลในห้องผ่าตัดจะต้องมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ (เรณู อาจสาลี, 2540: 9)

- 1) ดูแลตึกผ่าตัดให้สะอาดเรียบร้อยและปลอดภัยอยู่ตลอดเวลา
- 2) จัดเตรียมห้องผ่าตัดให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะทำผ่าตัดได้ทันทีตลอดเวลา
- 3) จัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนเริ่มการผ่าตัด
- 4) ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัดให้ถูกต้องก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
- 5) ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ ในทุกระยะการผ่าตัด

6) ร่วมทีมผ่าตัด โดยทำหน้าที่ในการส่งเครื่องมือผ่าตัด และช่วยผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความสะดวกรวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด

7) จัดเตรียมสารน้ำ และเครื่องใช้ต่างๆ ให้มีจำนวนเพียงพอที่จะใช้ในการผ่าตัดทั้งในยามปกติ และเมื่อมีอุบัติเหตุ

8) สำรวจสิ่งของเครื่องใช้ให้มีคุณภาพดีอยู่เสมอ ถ้ามีชำรุด ชัดข้องต้องรีบแก้ไขหรือหาของใหม่มาทดแทนก่อนเริ่มการผ่าตัด

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการร่วมทีมผ่าตัด คือการส่งเครื่องมือผ่าตัด และการอำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัด โดยทำหน้าที่ในขณะที่ร่วมทีมผ่าตัด (AORN, 2007; Fairchild, 1996; McGarvey, 2000; Rothock, 2003) ดังนี้

1) **พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse)** มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเครื่องมือผ่าตัด ให้การพยาบาลในบริเวณผ่าตัดที่เป็นเขตปลอดเชื้อ เตรียมเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ให้เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด คอยระวังในการรักษาบริเวณผ่าตัด ได้ะจัดวางเครื่องมือให้ปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาการผ่าตัด โดยใช้หลักความรู้ในการป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเทคนิคเข้าช่วยผ่าตัด

2) **พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulator nurse)** มีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลและช่วยรอบนอก ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัด บริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดภายในห้องผ่าตัด คอยประสานงานตามความต้องการของทีมผ่าตัดและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความสะดวก ใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในการสังเกตการดำเนินการผ่าตัด โดยการคาดการณ์ความต้องการของทีมผ่าตัดและจัดหาสิ่งของอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้ล่วงหน้า เพื่อเตรียมพร้อมให้แพทย์ใช้ได้ทันที ฝ้าสังเกตและประเมินภาวะเหตุการณ์ บรรยากาศ สถานการณ์ ความต้องการของศัลยแพทย์และผู้ร่วมทีมอื่นๆ ในห้องผ่าตัดตลอดเวลา ฝ้าระวังและประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในขณะผ่าตัดตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความสุขสบายตลอดระยะเวลาการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ดูแลปกป้องผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดจะได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่อาจดูแลตนเองได้เลย พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องให้ความสำคัญในการพิทักษ์ให้ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และทำหน้าที่ควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน กับบุคลากรทีมสุขภาพ หรือกับญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ควบคุมไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อ (Contamination) ไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความเหมาะสม ให้มีอุณหภูมิในห้องผ่าตัดให้อยู่ในระหว่าง 22° C – 25° C และมีความชื้นสัมพัทธ์ไม่เกินร้อยละ 85 (จุฑามาศ คำแพร่ดี, 2543)

บทบาทหน้าที่ตามข้อกำหนดที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด คือการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาด้วยการผ่าตัด ขอบเขตของการพยาบาลครอบคลุมการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัด จึงเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาด้วยการผ่าตัด และให้การดูแลที่ต่อเนื่องจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัว โดยใช้ความรู้และทักษะที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล รวมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสรีรวิทยา วิทยาศาสตร์ประยุกต์ พฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคการผ่าตัด ทักษะการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การผ่าตัดให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน คอยควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความเหมาะสมสำหรับการผ่าตัด สามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ มีทักษะด้านการสื่อสารและประสานงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความราบรื่น มีการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และมีบทบาทที่สำคัญในการร่วมทีมผ่าตัดโดยทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดและช่วยเหลือทีมผ่าตัด

5.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการบริการทางการแพทย์ ด้านวิชาการ และด้านบริหาร

5.2.1. บทบาทหน้าที่ด้านบริการทางการแพทย์

การบริการพยาบาลผ่าตัด เป้าหมายการบริการ คือผู้ป่วยผ่าตัดได้รับผลการบริการตามคาดหวังที่ได้มาตรฐาน โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการนำระบบกระบวนการพยาบาลมาใช้ในห้องผ่าตัด เพื่อให้การบริการแบบองค์รวมในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

1) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระยะก่อนผ่าตัด

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การได้รับใบรายการผ่าตัด รวมถึงการรับแจ้งการผ่าตัดทางโทรศัพท์ จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยย้ายเข้าห้องผ่าตัดย่อยและย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด โดยปฏิบัติตามดังนี้

1.1) ประเมินสภาพผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วิเคราะห์และกำหนดปัญหา เพื่อวางแผนก่อนผ่าตัด โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

(1) เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัด เพื่อ

ก. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร นำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์และกำหนดปัญหา ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ข. วางแผน กำหนดกิจกรรมการพยาบาลตามความสำคัญ ของปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย

ค. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และให้คำแนะนำการ ปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย / ญาติ ซักถามหรือระบายความรู้สึก และ ทบทวนการปฏิบัติตนในทุกระยะการผ่าตัด

(2) ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิชาญพยาบาล และศัลยแพทย์เพื่อร่วมวางแผนการผ่าตัด

(3) เตรียมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด โดย

ก. ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ให้การดูแลให้ความอบอุ่น เพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัวต่อการผ่าตัดก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด

ข. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและแผนการผ่าตัด

ค. ตรวจสอบการเตรียมผ่าตัดตามแผนการรักษา

ง. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสาร ผลการตรวจ ร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

1.2) เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือ และเตรียมตัว เข้าร่วมทีมผ่าตัด โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

(1) ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด

(2) ทดสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ ต่างๆ ให้มี เพียงพอ สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

2) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระยะผ่าตัด

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะ ผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด จนถึงการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย เพื่อให้การผ่าตัด ดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย พยาบาลทีมผ่าตัดมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

2.1) ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษาและฟิล์ม เอกซเรย์ และอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้กับตัวผู้ป่วย ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2.2) ย้ายผู้ป่วยขึ้นนอนบนเตียงผ่าตัดอย่างปลอดภัย

2.3) พยาบาลช่วยรอบนอก อำนวยความสะดวกดังนี้

(1) เตรียมเครื่องมือ เครื่องผ้า วัสดุ อุปกรณ์การผ่าตัดให้มีความพร้อมใช้ในการผ่าตัด โดยใช้เทคนิคการปลอดภัย

(2) จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัด โดยมีการป้องกันการบาดเจ็บ ที่เนื่องมาจากการจัดทำ

(3) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด โดยใช้เทคนิคการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

(4) เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ ตรวจนับเครื่องมือ ของมีคม ผ้าซับไลเทอร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัด และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

(5) สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คอยเฝ้าระวังและคาดการณ์สภาวะของผู้ป่วยที่กำลังผ่าตัด คอยให้ความช่วยเหลือทีมผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน

(6) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

(7) เก็บชิ้นเนื้อที่ออกจากร่างกายส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

2.4) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ให้การพยาบาลดังนี้

(1) เตรียมตัวเข้าร่วมทีมผ่าตัดตามเทคนิคการเข้าร่วมทีมผ่าตัด

(2) จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด ให้มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด

(3) ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามการสภาวะของผู้ป่วยขณะผ่าตัด

(4) ดูแลรักษาบริเวณผ่าตัดให้คงสภาพการปราศจากเชื้อตลอดเวลา

(5) สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ความต้องการของทีมผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการของทีมผ่าตัด

(6) เฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง จากการมีสิ่งตกค้างของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

3) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระยะหลังผ่าตัด

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การเสร็จสิ้นการทำหัตถการการรักษาด้วยการผ่าตัด จนถึงการย้ายผู้ป่วย

เข้าห้องพักฟื้น พยาบาลทีมผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและสุขสบาย โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

3.1) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทำหน้าที่ให้การพยาบาลดังนี้

- (1) ประเมินตรวจสอบแผลผ่าตัด การระบายของสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบาย ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดก่อนปิดแผลโดยคำนึงถึงการป้องกันการติดเชื้อ
- (2) ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ประเมินการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า รอยกดทับจากการจัดท่า ดูแลให้ความอบอุ่นและจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย
- (3) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ประสานงานกับทีมวิสัญญี และทีมศัลยแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในขณะที่ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด
- (4) ดูแลและบริหารจัดการ เครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด เพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดในรายต่อไป

3.2) พยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurses) ให้การพยาบาลดังนี้

- (1) ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนักตามความจำเป็น
- (2) ประเมินภาวะเสี่ยงจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ก่อนส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
- (3) ลงบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด
- (4) ให้ความรู้ / คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม

5.2.2. บทบาทหน้าที่ด้านวิชาการ

โรงพยาบาลราชวิถี ได้กำหนดเป้าหมายให้เป็นองค์กรที่มีองค์ความรู้และเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และเป็นศูนย์กลางการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในสาขาที่กำหนด โดยมีบทบาทดังนี้

- 1) จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะทางห้องผ่าตัด
- 2) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้ผู้เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด นักศึกษาพยาบาล และผู้ที่มาศึกษาดูงาน
- 3) จัดประชุมวิชาการประจำปี เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดทั่วประเทศ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
- 4) จัดประชุมวิชาการประจำปีสัปดาห์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน

5) ศึกษาวิจัยทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

5.2.3 บทบาทหน้าที่ด้านบริหาร

งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เป็นหน่วยงานใหญ่ มีบุคลากรในหน่วยงานหลายระดับ รวม 150 คน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงต้องให้ความสำคัญในงานด้านบริหาร เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงาน ให้บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรต้องการ โดยมีบทบาทด้านบริหารดังนี้

- 1) จัดระบบรับส่งผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- 2) วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขพร้อมทั้งติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและระบบงานให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
- 3) จัดอัตรากำลังและมอบหมายหน้าที่ประจำวันในห้องผ่าตัด
- 4) วางแผนกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดในทุกแขนงโรค
- 5) จัดทีมงานเพื่อรองรับรับงานบริการทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ รวมถึงการจัดทีมงานเพื่อรองรับอุบัติเหตุหมู่ด้วย
- 6) จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร
- 7) วางแผนการเบิกจ่ายและจัดการ stock ของวัสดุทางการแพทย์
- 8) วางแผนและจัดการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
- 9) วางแผนระบบการใช้สารสนเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ
- 10) วางระบบปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การรับแจ้งรายการการผ่าตัด การลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด
- 11) ประสานงานกับหอผู้ป่วยและทีมแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาการบริการผ่าตัด
- 12) จัดทำแผนอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงาน
- 13) จัดทำแผนการใช้งบประมาณประจำปี

สรุป พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มีบทบาทหน้าที่หลักในการให้บริการทางการแพทย์ คือการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการผ่าตัด บทบาทหน้าที่หลักในด้านวิชาการ คือการพัฒนาบุคลากร การถ่ายทอดความรู้ ในโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด การฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลและผู้ที่มาศึกษาดูงาน และการผลิตงานวิจัย และบทบาทหน้าที่หลักในด้านบริหาร คือการพัฒนาคุณภาพการบริการ

5.3 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดหมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็น ที่ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาล ตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะคือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (AORN, 2003: 19) เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่โรงพยาบาลราชวิถีกำหนด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จึงต้องมีคุณลักษณะและความสามารถ ซึ่งหมายถึงการมีสมรรถนะที่มีความเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ขององค์กร จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของงานห้องผ่าตัดและของโรงพยาบาลราชวิถี และศึกษาลักษณะงานห้องผ่าตัด พบว่าสมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ ทักษะและคุณสมบัติอื่นๆภายในตัวบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถสร้างผลงานหรือปฏิบัติงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และภารกิจตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลราชวิถี มีทั้งสิ้น 6 ด้าน (AORN, 2003; Rothock, 2003.; Fairchild, 1996.; Alfaro-Lefevre, 2003.; Meretoja et al., 2004.; มุทิตาร์ตนาถ, 2544.; วันเพ็ญ เส้นศูนย์, 2544.; สภาการพยาบาล, 2548.; สำนักการพยาบาล, 2548.; กรมการแพทย์, 2548.; สำนักงาน ก.พ., 2548.; กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี, 2549.) คือ 1) ด้านการบริการทางคลินิก 2) ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล 3) ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม 4) ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล 5) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี 6) ด้านการสื่อสาร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.3.1 สมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก

การบริการทางคลินิก คือ การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ให้การพยาบาลโดยประยุกต์ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ร่วมกับศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาธิ-สรีรวิทยา วิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ รังสีวิทยา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ พยาธิและจุลชีววิทยา เทคโนโลยีและสารสนเทศ เป็นการพยาบาลที่ต้องใช้องค์ความรู้ในด้านทฤษฎี ทักษะและความมีประสบการณ์ผสมผสานให้การดูแลที่เป็นพลวัต เพราะผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ตลอดเวลา พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้จัดการและให้ความช่วยเหลือทีมผ่าตัดให้ดำเนินงานได้อย่างราบรื่น เพื่อป้องกันหรือแก้ไขภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินได้ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับความปลอดภัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ตามกรอบของกระบวนการพยาบาล ซึ่งกำหนดโดย AORN มี 18 สมรรถนะ มีดังนี้ (AORN, 2003; ศิริพร พุทธิรังษี, 2546)

การประเมิน(Assessment)

1) สมรรถนะในการประเมินด้านร่างกายผู้ป่วย/ครอบครัว โดยประเมินสภาพผิวหนัง การเคลื่อนไหว การวัดสัญญาณชีพ ความผิดปกติต่างๆ การได้รับบาดเจ็บและการได้รับการผ่าตัดครั้งก่อน สภาพวะของหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ การขับถ่าย ภาวะโภชนาการ การแพ้ยา สารเคมี หรืออาหาร รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึกภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

2) สมรรถนะในการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วย/ ครอบครัว โดยการประเมินการยอมรับ ความคาดหวัง การเผชิญปัญหา ความสามารถในการเข้าใจ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม รวมถึงการสื่อสาร / การบันทึกข้อมูลด้านจิตใจ

การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

3) สมรรถนะในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ การแปลความหมายข้อมูล สามารถแยกแยะปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยอธิบายเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ได้ รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกข้อวินิจฉัยอย่างเหมาะสม

การกำหนดเป้าหมาย(Outcome identification)

4) สมรรถนะในการตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยโดยมีพื้นฐาน จากการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการพัฒนาผลลัพธ์ เป้าหมาย และเกณฑ์การวัด อย่างชัดเจน และมีความเป็นไปได้ ตลอดจนการเรียงลำดับความสำคัญของผลลัพธ์ตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร / บันทึก ผลลัพธ์กับบุคคลที่เหมาะสม

การวางแผนการพยาบาล (Planning)

5) สมรรถนะในการพัฒนาแผนการพยาบาลโดยบ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถแยกแยะกิจกรรมพยาบาลอย่างชัดเจน และเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลได้ รวมทั้งการประสานงานกับทีมบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การควบคุมสิ่งแวดล้อม การมอบหมายงาน และการเตรียมการสำหรับภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร/ การบันทึกการวางแผนการพยาบาล

การนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation)

6) สมรรถนะในการย้ายผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล อย่างถูกต้องด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยคำนึงความปลอดภัยและสุขสบาย รวมทั้งการสื่อสาร/ การบันทึกการเคลื่อนย้าย

7) สมรรถนะในการให้คำแนะนำผู้ป่วย / ครอบครัว โดยประเมินความต้องการ ความพร้อม การให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม และการประเมินผล รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึก การสอนผู้ป่วย / ครอบครัว

8) สมรรถนะในการคงไว้ซึ่งการปลอดภัย โดยใช้หลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด แก้ไขกรณีที่มีการปนเปื้อนอย่างเหมาะสม ตรวจสอบสิ่งของต่างๆ และการรักษาความสะอาดปราศจากเชื้อในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการสื่อสาร/ การบันทึกการรักษาระดับปราศจากเชื้อ

9) สมรรถนะในการใช้อุปกรณ์และของ supplies ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยสามารถคาดการณ์ความต้องการในการใช้อุปกรณ์และของ supplies ให้ถูกต้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการเลือก การดูแลให้พร้อม การใช้อย่างถูกต้องและคุ้มค่า รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกการใช้อุปกรณ์และของ supplies

10) สมรรถนะในการน้าผ้าซับโลหิต ของมีคม และเครื่องมือผ่าตัด โดยการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการน้าอย่างเคร่งครัด ถ้าพบว่าไม่ครบต้องดำเนินการอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกผลตามนโยบาย

11) สมรรถนะในการบริหารยาและน้ำยาต่างๆ โดยทำตามนโยบายของโรงพยาบาล และขั้นตอนการให้ยาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสื่อสาร/การบันทึก การบริหารยาและน้ำยา

12) สมรรถนะในการเฝ้าระวังผู้ป่วยด้านร่างกายขณะผ่าตัด โดยการช่วยหรือเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงขณะผ่าตัด การประเมิน intake / output โดยเฉพาะปริมาณเลือดที่ออก และให้การดูแลช่วยเหลือ หรือรายงานแพทย์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกการตอบสนองด้านร่างกายของผู้ป่วย

13) สมรรถนะในการเฝ้าระวังและควบคุมสิ่งแวดล้อม ควบคุมอุณหภูมิ ความชื้นตามข้อบ่งชี้ และดูแลการปฏิบัติตามข้อปฏิบัติในเรื่องการใช้เครื่องไฟฟ้า การดูแลการสัญจร การควบคุมเสียงและกลิ่น ตลอดจนการท้งสิ่งปฏิกูล รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกการควบคุมสิ่งแวดล้อม

14) สมรรถนะในการยอมรับสิทธิผู้ป่วย โดยแสดงถึงความตระหนักในสิทธิผู้ป่วย ปกป้องในความเป็นส่วนตัวด้านร่างกาย สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย และเคารพในความเชื่อของบุคคล รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกในเรื่องสิทธิผู้ป่วย

การประเมินผล (Evaluation)

15) สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงความตระหนักในความรับผิดชอบ โดยการตัดสินใจที่ปลอดภัย แสดงถึงความยืดหยุ่นและการปรับเปลี่ยนปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์ ยอมรับการประเมินเพื่อการปรับปรุง แสดงถึงการเป็นผู้มีกาลเทศะและ

เข้าใจเมื่อติดต่อกับผู้ป่วย ผู้ร่วมทีม และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการไต่เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล

16) สมรรถนะในการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย โดยการพัฒนาเกณฑ์ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย และประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายนั้น รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกระดับของความสำเร็จในเป้าหมาย

17) สมรรถนะในการวัดประสิทธิผลของการพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อวัดคุณภาพการพยาบาล ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเปรียบเทียบผลการพยาบาลกับเป้าหมายของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกผลการพยาบาล

18) สมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องบนฐานของข้อมูลใหม่ โดยการประเมินซ้ำในเรื่องของภาวะสุขภาพ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยใหม่ แล้วนำมาวางแผนและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล จนถึงขั้นการประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งการสื่อสาร / การบันทึกกระบวนการประเมินด้วย

จากสมรรถนะทั้ง 18 ข้อ ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่กำหนดโดย AORN ทุกข้อจะเน้นเรื่องการสื่อสาร และการบันทึกไว้ด้วย โดยอาจจะสื่อสารเป็นวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร ก็ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละเรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะที่ 8 ของสภาการพยาบาล ในเรื่องของการติดต่อกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นเรื่องการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบันทึกและเขียนรายงานได้ถูกต้อง รวมทั้งการนำเสนอความคิด ผลงานต่อสาธารณชน ตลอดจนการใช้ภาษาอังกฤษ และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร

ประสิทธิภาพของการให้บริการในผู้ป่วยผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะเวลาผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่ยี่บ่บ่วน หรือในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เพราะความชำนาญเฉพาะทาง จะทำให้มีความสามารถในการดูแลให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและใช้เวลาน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่เนื่องมาจากการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีสมรรถด้านการบริการทางคลินิก ต้องสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้ชำนาญการทางคลินิกได้เป็นอย่างดี (เบญจวรรณ วีระทอดตระกูล, 2541) ดังนี้

1) ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนได้อย่างต่อเนื่อง ทุกระยะการผ่าตัด ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด จนถึงส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย

2) วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและเตรียมความพร้อม เพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการดูรายการผ่าตัดในแต่ละวัน และวางแผนในการมอบหมายงานแก่บุคลากรที่เหมาะสมกับความยุ่งยากซับซ้อนของงาน ที่ต้องมีความชำนาญเฉพาะสาขาในการจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัด

3) ปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการประยุกต์ความรู้ของศาสตร์ต่างๆ บุรณาการเข้ากับพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยในแต่ละรายและแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะวิกฤต

4) ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้กับทีมผ่าตัด (Circulating nurse) มีหน้าที่รับผิดชอบให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น โดยเฉพาะในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก ต้องสามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อให้การช่วยเหลือทีมได้อย่างทันที โดยมีการบริหารจัดการที่ดี มีทักษะในการสื่อสาร การประสานงานและการทำงานเป็นทีม มีความรู้และทักษะในเรื่องกายวิภาค การป้องกันความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เนื่องมาจากการจัดท่า การใช้เครื่องไฟฟ้า การใช้น้ำยาหรือสารเคมีต่างๆ

5.3.2 สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

ในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นถึงสิทธิของผู้ป่วย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้รับบริการเรียกร้องสิทธิในการรับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ การปรับองค์กรเพื่อให้มีคุณภาพการบริการพยาบาล จำเป็นต้องใช้ปัจจัยด้านบริหาร ปัจจัยด้านการบริการ และการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล การบริหารจึงต้องมีเป้าหมายในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กรในด้านการพัฒนาคุณภาพ และมีการบริหารจัดการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านงบประมาณและโครงสร้างด้านอัตรากำลัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดและตามความสำคัญของภาระงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติให้การบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึงการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การให้บริการพยาบาลที่มีการควบคุมคุณภาพ คือการให้บริการ ที่มีความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ หรือสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการขั้นสุดท้ายของการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับมาวิเคราะห์ข้อบกพร่องหรืออุปสรรค แล้วหาแนวทางปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น แนวทางการควบคุมคุณภาพให้

ได้ผลดี ควรวางระบบการควบคุม คือ ระบบคุณค่า ระบบประเมินผล และระบบตอบสนอง ระบบคุณค่าจะให้ข้อกำหนดเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพ การควบคุมผลลัพธ์ให้เป็นไปตามความคาดหวังและตอบสนองต่อผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้น ระบบประเมินผลเป็นการมุ่งประเมินทรัพยากรที่ใช้ รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ด้วย ทรัพยากร ได้แก่บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือต่างๆ การบำรุงรักษา สิ่งอำนวยความสะดวก (พิรุณ รัตนวิรัช 2545)

การพัฒนาคุณภาพบริการผ่าตัดมีจุดเน้น คือ การเชื่อมโยงระหว่างการทำบริการและความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความเป็นเลิศตามมาตรฐานที่กำหนด มิติคุณภาพของการพยาบาลผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2543) ดังนี้

1) พยาบาลห้องผ่าตัดให้บริการโดยใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการให้บริการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับภาระหน้าที่ และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ

2) การบริการประสิทธิภาพและประสิทธิผลคือ การใช้ทรัพยากรด้านบุคคล อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ อย่างคุ้มค่าเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ มีประสิทธิผลคือ ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3) ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย ได้รับบริการผ่าตัดในสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ผู้รับบริการทุกคนได้รับการบริการตามที่คาดหวังอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

องค์ประกอบที่ทำให้งานบริการผ่าตัดมีคุณภาพที่ดี ต้องมีกิจกรรมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

1) มีระบบการฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ (Suggestion system) มีระบบการประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับบริการผ่าตัด

2) มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) คือ มีระบบค้นหา ป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยง โดยมีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในห้องผ่าตัด การป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ระบบรักษาความปลอดภัย มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง จากรายงาน อุบัติการณ์ (Incident report) การวิเคราะห์แนวโน้มในมิติต่างๆ ค่าใช้จ่าย หรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น มีการจัดการกับความสูญเสีย/ ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถิติอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน ปัญหา อุปสรรคและรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนความรู้จากตำรา วารสาร ข้อสรุปจากการประชุมขององค์วิชาชีพสำรวจความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม วิธีปฏิบัติพยาบาลของบุคลากรใน

ห้องผ่าตัดมีการกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม โดยจัดทำคู่มือ/ แนวทางในการปฏิบัติงาน มีการเฝ้าระวัง มีรายงานอุบัติการณ์

3) มีระบบประกันคุณภาพ (Quality assurance) คือ มีระบบการประเมินการบริหารจัดการประจำวัน ว่าเป็นไปตามแผนงานหรือมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่

4) มีระบบพัฒนาและ ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยมีการประสานในแนวราบ (Horizontal integration) มีระบบสื่อสารและระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานและระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีทิศทางร่วมกันของหน่วยงานห้องผ่าตัด (Vertical alignment)

สมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN) มีข้อเสนอแนะว่า ตัวชี้วัดที่บ่งถึงความมีคุณภาพในการให้บริการของทีมพยาบาลผ่าตัด (Newhouse et al., 2005: 514) คือ

1) มีความพร้อมของห้องส่วนที่ใช้ทำผ่าตัด เครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดและพร้อมใช้งาน อุปกรณ์และของใช้มีเพียงพอสำหรับการผ่าตัด และความรู้ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดซึ่งมีผลต่อผลของการรักษา รวมถึงความสามารถในการให้บริการที่เร่งด่วนของทีมผ่าตัด

2) ทีมพยาบาลผ่าตัด ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่วิกฤตได้ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติการโดยใช้ความรู้ในเรื่องการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด และมีความสามารถใช้งานในเครื่องมือ อุปกรณ์เหล่านี้ได้ด้วย รวมถึงการแสดงบทบาทเมื่อมีการล้มเหลวในการผ่าตัดช่วยชีวิต ซึ่งหมายถึงมีผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องผ่าตัด

3) ทีมพยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีความสามารถบริหารจัดการให้มีการผ่าตัดที่ถูกเงินช่วยชีวิตภายในเวลา 30 นาที นับตั้งแต่การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยการรับแจ้งการผ่าตัด

4) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่เนื่องมาจากการบริหารจัดการในขณะผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลควรมีการทบทวนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนา โดยมีการเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย ที่ทำให้มีผลต่อวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

การพัฒนาคุณภาพ โดยให้ความสำคัญในการการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และสามารถปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงได้นั้น สมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN) (Karanfil. et al., 2005) ให้ข้อแนะนำว่า เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยระบุว่า มีการรายงานของ JCAHO (2003) ได้มีการกำหนดให้มีระเบียบปฏิบัติสากล ในการเฝ้าระวังการผ่าตัด ผิดข้าง ผิดคน ผิดวิธีการรักษา เนื่องมาจากว่าในปี 2003 มีอัตราการเกิดการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง สูงสุดถึงร้อยละ 15 และในจำนวนนี้ มีถึง 70 ราย ที่เป็นการผ่าตัด ผิดข้าง จากการสอบสวนสาเหตุ ที่ทำให้เกิด พบว่า มี 2 สาเหตุ เกิดเนื่องมาจากความผิดพลาดด้านการสื่อสาร และการรับรู้ข้อมูล ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด คือ

- 1) การประเมินผู้ป่วยผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยงาน
- 2) มีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้อง
- 3) แสวงหาแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ
- 4) มีการทบทวนให้ความรู้และสอนด้านการปฏิบัติงาน
- 5) คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและติดต่อประสานงานในทีมงาน
- 6) มีการรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นเหตุการณ์วิกฤติหรือเกือบวิกฤติ

ดังนั้น การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมที่ต้องเริ่มต้นด้วยการวางระบบหรือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ และกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ ก่อนนำมาตรฐานไปปฏิบัติ จากนั้นทำการศึกษา ทบทวน และตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาล ห้องผ่าตัดว่าได้มาตรฐานหรือไม่ ถ้ายังต่ำกว่ามาตรฐานต้องทำการปรับปรุงพัฒนาตามวงจร PDCA ได้แก่การปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ หรือจัดอบรมเพิ่มเติมความสามารถในการปฏิบัติงาน เมื่อวิเคราะห์และพัฒนาแล้วนำกลับไปปฏิบัติใหม่ ถ้าได้ผลดีก็สามารถกำหนดเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติได้ ถ้าเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (COI) จะเริ่มที่การศึกษา ทบทวน และตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วว่าสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการหรือไม่ แล้วดำเนินการปรับปรุงพัฒนาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (ตามวงล้อ PDCA) อย่างเป็นระบบ เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้ว กำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติใหม่เพื่อนำไปให้บุคลากรใช้ต่อไป (กันยา ออประเสริฐ, 2543)

สรุป การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะทำให้รู้ว่าตนเองรู้วิธีการใช้ความสามารถให้สูงสุดได้อย่างไรในการให้บริการพยาบาล เพราะเป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะและประสบการณ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขันธ์,

2549) ความสามารถในการบริหารจัดการในห้องผ่าตัด เพื่อให้มีความพร้อมของบุคลากร และมีอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด เพียงพอและพร้อมใช้ในการผ่าตัด สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัด สร้างบรรยากาศมีบุคลากรทุกคนส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ผู้ที่มารับบริการ ได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาและได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ

5.3.3 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมในการให้บริการพยาบาลด้านผ่าตัดนั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นการทำงานที่อยู่ในบรรยากาศความเป็นความตายของผู้ป่วยที่กำลังได้รับการผ่าตัด จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากกระบวนการจัดการ การทำงานเป็นทีมจะช่วยให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้เกิดการบริการพยาบาลที่ต่อเนื่อง สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และเป็นการยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลด้วย ปรัชญาในการทำงานเป็นทีม คือ สมาชิกในทีมทุกคนมีคุณค่าและมีความสำคัญเท่ากันหมด มีการนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้อย่างเป็นระบบ สมาชิกทีมต้องมีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

วัตถุประสงค์ในการทำงานเป็นทีม คือ เพื่อให้มีการปรับปรุงบริการพยาบาลผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น กระตุ้นให้มีการพัฒนาทักษะและการเรียนรู้ของสมาชิกทีมทุกระดับ และเพื่อพัฒนาให้มีความเป็นผู้นำที่ดี

หลักเกณฑ์ในการทำงานเป็นทีม คือ

- 1) ค้นหาปัญหาาร่วมกัน และช่วยกันรวบรวมข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เพื่อนำมาศึกษาร่วมกัน
- 2) วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยการประชุมกลุ่ม เพื่อปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมก่อนนำไปปฏิบัติงาน
- 3) มอบหมายงานตามระดับความรู้ ความสามารถของสมาชิกทีม
- 4) ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในทีม สมาชิกทีมจะต้องให้ความช่วยเหลือกันเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงไป เป็นการสร้างความสามัคคีในทีมงาน

5) มีการประเมินผลงานของสมาชิกในทีมงาน เพื่อค้นหาข้อบกพร่องในการทำงานและช่วยกันค้นหาแนวทางปรับปรุง พัฒนาให้มีผลงานดียิ่งขึ้น

การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญมากที่สุดในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพราะการผ่าตัดจะดำเนินไปด้วยความราบรื่นได้นั้น ต้องอาศัยความสามารถและทักษะในการเป็นผู้นำทีมของพยาบาลห้องผ่าตัด การที่จะเป็นผู้นำทีมที่ดีได้ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1) มีความรู้ความสามารถสูงกว่าสมาชิกทีม มีทักษะในการปฏิบัติการทางห้องผ่าตัดเป็นอย่างดี

2) มีความคิดกว้างไกล และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

3) มีทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้อง

4) มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความสามารถในการสื่อสารและมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจ มีการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับรอง และให้การสนับสนุนทั้งในด้านทรัพยากร และความก้าวหน้าของสมาชิกทีม

5) มีความหนักแน่น มั่นคง สุขุม มีความสามารถในการเจรจาต่อรองสามารถลดหรือแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งได้

6) มีความกล้าที่จะเสียสละและอดทน และสามารถกระตุ้นให้สมาชิกทีมกล้าแสดงความคิดเห็น

7) เป็นนักพัฒนา สามารถกระตุ้นให้สมาชิกในทีมทำงานที่มีความท้าทายมากขึ้นเพื่อจุดมุ่งหมายที่สูงขึ้น มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545)

สรุป ภาวะผู้นำทีมของพยาบาลห้องผ่าตัด ต้องรู้และเข้าใจในสถานการณ์ สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหา และมีทักษะในการตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหาได้ สามารถสร้างแรงจูงใจหรือกระตุ้นหรือโน้มน้าวให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานที่มีความท้าทาย โดยใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ศักยภาพของบุคคล เพื่อมอบหมายงานที่เหมาะสม สนับสนุนให้เกิดการยอมรับในความสามารถและสนับสนุนให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ คอยให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรโดยจัดหาอุปกรณ์หรือทุนช่วยในการปฏิบัติงาน และสามารถเป็นที่ปรึกษา ช่วยแก้ปัญหาเมื่อทีมมีข้อขัดแย้ง เพื่อให้คงความสามัคคีในทีมงานไว้ ก่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน สมาชิกทีมมีความสุข มีกำลังใจและทุ่มเทในการทำงาน ทำให้ทีมงานประสบความสำเร็จในการดำเนินการ

5.3.4 สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์พยาบาล

วิชาชีพการพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นวิชาชีพที่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังได้รับการผ่าตัด ต้องมีการตัดสินใจให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมศักยภาพของผู้ที่มารับบริการ ซึ่งต้องใช้ความรู้ที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและเหตุผล หรือโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถตรวจสอบได้ การวิจัยเพื่อหาข้อมูลที่น่าไปสู่การสร้างความรู้ที่ถูกต้องเชื่อถือได้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นพื้นฐานสำคัญที่ใช้ในการตัดสินใจ หรือใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) เพราะแนวการปฏิบัติที่ได้มาจากการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Best research evidence) จากผลการวิจัยที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น ร่วมกับประสบการณ์และความชำนาญทางคลินิก (Clinical experience) เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ด้วยความเข้าใจและมีความเหมาะสม พร้อมทั้งคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient values) จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้รับการบริการที่มีผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ การสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัย เป็นการนำข้อมูลที่มีพื้นฐานจากการวิจัย มีการสืบค้นหลักฐานข้อมูลย้อนหลังหรือในปัจจุบัน ข้อมูลความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ จนถึงระดับนานาชาติ ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ พยาธิสรีรภาพ การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อประสิทธิผล ร่วมในการตัดสินใจที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในทางคลินิก และความพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม และพิจารณาถึงความต้องการส่วนบุคคลและความพึงพอใจ เพื่อให้การให้การดูแลผู้ป่วยจะทำให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด (อุษา อัครวิเศษ, 2547)

ในปัจจุบันพยาบาลห้องผ่าตัดมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาศักยภาพ ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ และค่านิยม ตลอดจนความชำนาญในการวิเคราะห์ หรือสังเคราะห์ผลงานวิจัย บทบาทการเป็นนักวิจัย จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำวิจัย การกำหนดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผ่าตัด มาเผยแพร่ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จะทำให้มีการพัฒนาการปฏิบัติไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดได้ (Best practice) เพื่อใช้ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการส่งเสริมการพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวทันกับนวัตกรรมทางศัลยกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

พยาบาลห้องผ่าตัด มีหน้าที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติงาน เพราะพยาบาลที่เพิ่งจบการศึกษา จะไม่มีทักษะการทำงานในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นหน่วยงานเฉพาะ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความสำคัญในการทำหน้าที่เป็น

พยาบาลพี่เลี้ยง ฝึกอบรมพยาบาลจบใหม่ หรือพยาบาลที่ยังขาดประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เพื่อเป็นการสร้างและพัฒนาทีมผ่าตัดในรุ่นใหม่ๆ ให้ก้าวเป็นหัวหน้าทีมพยาบาลผ่าตัดในอนาคต การมีสมรรถนะในด้านนี้ ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทด้านการให้ความรู้ (เบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล, 2541) ดังนี้

- 1) ให้ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด ตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด
- 2) ให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการ ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลสำเร็จใหม่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลที่มาอบรม / ดุงาน เกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการประเมินสภาพผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด เพื่อประยุกต์ใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัดให้เหมาะสมตามสถานการณ์
- 3) สอนเทคนิคส่งเครื่องมือตามสภาพผู้ป่วยขณะผ่าตัด เพื่อให้มีความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ แก่พยาบาลห้องผ่าตัด นักศึกษาพยาบาล และผู้ที่มาอบรม / ดุงาน
- 4) ประเมินความต้องการทางด้านวิชาการ ของพยาบาลประจำห้องผ่าตัด และจัดทำโครงการ/ แผนงาน ถ่ายทอดความรู้ หรืออบรม / ดุงาน เพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการพัฒนา
- 5) พัฒนาความรู้ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ยังต้องสามารถปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทการเป็นที่ปรึกษาด้วย เพราะต้องสามารถให้คำปรึกษาแก่พยาบาลห้องผ่าตัด เกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ทุกระยะการผ่าตัด และให้คำปรึกษาในเทคนิคการปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซับซ้อน

5.3.5 สมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี

การใช้กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัดจะมีความซับซ้อน เนื่องจากมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การผ่าตัดที่เป็นเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลในทีมงานผ่าตัด จึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้งานในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด รวมถึงการควบคุมค่าใช้จ่าย การแสดงบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด จึงต้องเน้นในเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการทำงาน การใช้งาน ของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด รวมถึงการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ใช้งาน เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดผ่านกล้อง อุปกรณ์เกี่ยวกับ วิดีโอ อุปกรณ์เฉพาะที่ใช้สำหรับการผ่าตัดในแต่ละสาขาซึ่งมีความหลากหลาย การเรียนรู้ในทักษะใหม่ๆ เช่นการล้างมือเพื่อเข้าช่วยผ่าตัด การใส่เสื้อคลุมผ่าตัด การใส่ถุงมือ

การเตรียมผิวหนังก่อนเริ่มการผ่าตัด การจัดทำเพื่อการผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยดึงรั้ง (Retractor) หรือการใช้กล้องถ่ายภาพ เพื่อเก็บข้อมูลไว้สำหรับขยายผลการศึกษาค้นคว้าต่อไป (Speers, 2005: 447)

อุปกรณ์ของใช้หรือเครื่องมือต่างๆ ที่มีราคาแพงที่ใช้ในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 50 เป็นส่วนที่อยู่ในห้องผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือผ่าตัด หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งที่โรงพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องควบคุมและดูแลให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้มีสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน และไม่ให้มีต้นทุนสูงเกินความจำเป็น พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องใช้ประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถเพื่อให้มีทักษะ ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับ ความต้องการในการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ผ่าตัด ซึ่งมีมากมายและหลากหลายชนิด เป็นเรื่องที่ยากลำบากในการที่จะเปลี่ยนจากผู้ปฏิบัติการ ซึ่งมีแต่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มาเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการเครื่องมือผ่าตัดให้มีความพร้อมใช้งาน ทั้งในเรื่องของรูปแบบของเครื่องมือที่ ศัลยแพทย์ต้องการใช้ให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด การออกแบบรายการเก็บและดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้เหล่านี้ เนื่องจากเป็นรายการของใช้ที่มีราคาแพง ต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะทางของแต่ละบุคคลในแต่ละสาขา ทั้งในด้านการสั่งซื้อ การสำรวจรายการของใช้ การเตรียมของใช้ที่จำเป็น (Critical) หรือการเตรียมรายการที่จำเป็นที่สุด และต้องมีการวางแผนให้มีรายการ ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Eric, 2005: 801)

ในยุคปัจจุบัน การนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพ และ ประสิทธิภาพในกิจการต่างๆ การใช้เทคโนโลยีจึง หมายถึงการใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ในการแก้ปัญหา (บวร เทศารินทร์, 2006) ความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีที่เป็น อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัย มักจะถูกวิพากษ์ วิจารณ์ว่า เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย มี ผลทำให้ค่าผ่าตัดเพิ่มขึ้น เช่น ในการผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดในยุค ปัจจุบัน ต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการทำผ่าตัด (Minimally invasive surgery – MIS) เมื่อเปรียบเทียบกับผ่าตัดด้วยวิธีการแบบเดิมๆ เพราะการผ่าตัดผ่านกล้องจะทำให้ ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลน้อยวันลง มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า เนื่องจากขนาดของแผล ผ่าตัดเล็กลง ลดระยะเวลาในการพักฟื้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือดูแลครอบครัวได้เร็วขึ้น ซึ่งหมายถึงมีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจที่ดีกว่าด้วย (Bragg, et al., 2005 : 1006-1007)

เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของมนุษย์ มาเป็นเวลานาน เป็นสิ่งที่ มนุษย์ใช้แก้ปัญหาพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต โดยการนำเอาความรู้ทาง วิทยาศาสตร์มาใช้ ในการ ประดิษฐ์สิ่งของต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด พัฒนาการของเทคโนโลยีนั้นได้รุดหน้าไปอย่าง รวดเร็ว ปัจจุบันเทคโนโลยีถูกนำมาใช้ในทุกระดับ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.

2525 ได้ให้ความหมายของเทคโนโลยีว่า หมายถึง วิทยาการที่เกี่ยวกับศิลปะ ข้อได้เปรียบทางการแข่งขันส่วนหนึ่งได้มาจากเทคโนโลยี ดังนั้นทุกองค์กรจึงต้องมีการพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญหรือมีความสามารถที่จะรับเอาเทคโนโลยีต่างๆ ที่มีผลกระทบและมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานเข้าไปใช้ได้ และการจะใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์นั้น จะต้องมีการผสานเทคโนโลยีเข้ากับความคิดสร้างสรรค์ของผู้ปฏิบัติ (บวร เทศารินทร์, 2006)

การคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม เป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะมีผลต่อกิจกรรมขององค์กร เป็นกระบวนการในการพัฒนาความคิดเพื่อคิดค้นหรือการกระทำใหม่ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (บวร เทศารินทร์, 2006, ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545 : 230) ส่วนเทคโนโลยีนั้นมุ่งไปที่การนำสิ่งต่างๆ รวมทั้งวิธีการเข้ามาประยุกต์ใช้กับการทำงาน หรือแก้ปัญหาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด การใช้เทคโนโลยีที่ทำให้เกิดวิธีการหรือสิ่งใหม่ๆ จะเรียกสิ่งนั้นว่าเป็นนวัตกรรม จึงมักจะเขียนคำว่านวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยีอยู่ควบคู่กันเสมอ นวัตกรรมตรงกับคำว่า Innovation ซึ่งมีรากศัพท์มาจากคำภาษาลาตินว่า innovare ซึ่งแปลว่า “to renew” หรือใช้เรียกสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ของมนุษย์ (ประพันธ์ ผาสุขยัต, 2547.; ศิวะนันท์ ศิวพิทักษ์, 2548) การค้นหานวัตกรรมสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน มี 3 รูปแบบ (Maidique, 1980 อ้างใน สำเร็จ แหงกระโทก, 2548)

1) ปรับปรุงต่อยอดของเดิม (Incremental innovation) จากสิ่งที่ไม่คาดคิดหรือเคยถูกมองข้าม

2) สร้างสิ่งใหม่ทั้งหมด (Radical innovation) ความจำเป็นที่ต้องใช้กระบวนการใหม่ เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง หรือปัจจัยภายนอก

3) การประกอบใหม่จากสิ่งที่มีอยู่แล้ว (Architectural innovation) โดยการสร้างความเชื่อมโยง ระหว่างสิ่งที่มีอยู่แล้ว กับสิ่งที่ควรจะเป็นในอนาคตอันส่วนใหญ่

การพัฒนาทรัพยากรบุคคลนั้น ต้องมีการออกแบบในการพัฒนา เพราะการพัฒนาคนเป็นภารกิจอันยิ่งใหญ่ที่องค์กรต้องทำ เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีความคิดสร้างสรรค์ และเป็นไปในทิศทางที่องค์กรต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งหมายถึงบุคลากรในองค์กรต้องรู้จักสร้างสรรค์ ต้องมีความพร้อมจะก้าวไปข้างหน้า ปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลก ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นอยู่ หรือความพึงพอใจ ด้วยการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ควบคู่กันไปกับการพัฒนาคน องค์กรจะไม่เกิดนวัตกรรมถ้าบุคลากรไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง (กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2547)

ในยุคปัจจุบัน การนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จึงต้องมีความสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมตามสถานการณ์ สามารถเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด ต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในขณะใช้งาน และยังสามารถในการประเมินประสิทธิภาพที่มีความซับซ้อนให้พร้อมใช้งานได้ รวมถึงความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย (Alfaro-LeFevre, 2006: 14) ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีสมรรถนะในการปฏิบัติการร่วมทีมผ่าตัด ที่มีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้การดำเนินการผ่าตัดราบรื่น และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยตามที่คาดหวัง The Association of perioperative registered nurses (AORN) ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติการไว้ (AORN, 2006: 503-509) ดังนี้

- 1) กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะ เพื่อให้มีการพัฒนาความรู้และความสามารถ เกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยี ที่นำมาใช้ในการผ่าตัด
- 2) กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อลดความเสี่ยงและเพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น ได้แก่ วิธีใช้เครื่องมือและการช่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีเลือดออกมาก ผิดปกติ การได้รับน้ำเกิน การเฝาระวังการปนเปื้อนเชื้อในระหว่างการผ่าตัด การระวังรักษาเครื่องมือเพื่อให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ
- 3) กำหนดแนวทางการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ ก่อนใช้งาน ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ทันทีที่เครื่องมือมีการปนเปื้อนเชื้อ และก่อนนำไปฆ่าเชื้อ
- 4) เครื่องมือ อุปกรณ์ ต้องได้รับการทดสอบตามมาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ ทดสอบประสิทธิภาพการทำงาน ตรวจสอบเพื่อป้องกันการรั่วของกระแสไฟฟ้า ตรวจสอบเลนส์ หรือใยนำแสงต้องใช้งานได้ตามปกติ เครื่องมือที่มีปัญหาต้องได้รับการซ่อมแซม หรือกรณีที่ซ่อมแซมไม่ได้ ห้ามนำมาใช้งานอีก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
- 5) การทำความสะอาด เพื่อกำจัดสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดมาภายหลังการทำงานจำเป็นต้องใช้เครื่องล้างที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ซ่อง มีรูที่มีลักษณะพิเศษ รวมถึงมีอุปกรณ์ที่เป็นส่วนประกอบอีกหลายชิ้น และมีวิธีการตรวจสอบภายหลังการทำความสะอาด
- 6) กำหนดวิธีการทำให้ปลอดภัย แนวทางการปฏิบัติในแต่ละวิธี ที่เหมาะสมสำหรับเครื่องมือ อุปกรณ์แต่ละชนิด และเหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ปลอดภัยจากการได้รับสารเคมีจากน้ำยาฆ่าเชื้อ และเครื่องมือ อุปกรณ์ยังคงสภาพการใช้งานได้

7) กำหนดวิธีการเคลื่อนย้าย การเก็บรักษาเครื่องมือให้เหมาะสม เพื่อป้องกัน ความเสียหาย หรือเครื่องมือชำรุด

8) การเลือกซื้ออุปกรณ์ที่เป็นส่วนประกอบ เช่น Biopsy forceps ควร คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้งานที่เข้าได้กับเทคโนโลยีที่มีใช้อยู่ และต้องคำนึงถึงต้นทุนด้วย

9) กำหนดนโยบายปฏิบัติ ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้ทันสมัยเหมาะสมกับเทคโนโลยีของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่นำมาใช้งาน กำหนดแนวทาง พัฒนาในด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือจากหน่วย ควบคุมการติดเชื้อขององค์กร และนักวิชาการ

สรุป สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ต้องมี ความรู้ ความสามารถ ในการดูแลการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการ ผ่าตัดให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน มีความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อคิดประดิษฐ์ สิ่งใหม่ๆ ที่สามารถนำมาใช้พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผ่าตัดและทำให้ประหยัด ค่าใช้จ่าย หรือทำให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง การมีความรู้ความสามารถในการใช้ด้าน คอมพิวเตอร์เพื่อเก็บข้อมูลหรือสร้างสรรค์ผลงานหรือนวัตกรรมใหม่ๆในการทำงาน จะทำให้เกิด ความสะดวกในการทำงานมากขึ้น

5.3.6 สมรรถนะด้านการสื่อสาร

การบริหารจัดการงานในห้องผ่าตัด มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องใช้การ ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรหลายฝ่าย ทั้งในและนอกหน่วยงานหรือนอกองค์กร เพื่อให้การ ประสานงานมีผลสำเร็จ ในยุคปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามาช่วย ในระบบการปฏิบัติงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้ได้รับความปลอดภัย ตั้งแต่การส่งรายการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงรายการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด หรือการจัดการ เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือผ่าตัด แต่ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีทักษะไม่เพียงพอในการใช้งานเพื่อการสื่อสาร จะทำให้มีอุปสรรคในการสื่อสารในห้องผ่าตัดได้ มีรายงานว่า พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เนื่องมาจากการสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างแพทย์และพยาบาล และเกิดจากการที่ถูกรบกวนหรือ ถูกขัดจังหวะ โดยมีสาเหตุเนื่องจากการมีภาระงานที่เร่งด่วนของผู้ป่วยที่ต้องรีบบริหารจัดการ ในขณะที่พยาบาลหัวหน้าที่กำลังติดต่อประสานงาน (Moss. and Xiao., 2004: 93 – 94) ดังนั้น พยาบาลในทีมผ่าตัดทุกคน ต้องมีสมรรถนะด้านการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการประสานงานที่มี ประสิทธิภาพ และยังมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติทุกคนได้เข้าใจเป้าหมายขององค์กร ทำให้เกิดความ

สามัคคี ความพร้อมใจในการทำงานเพื่อขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายอย่างมีพลัง (บุษกร วัชรศรีโรจน์, 2548)

พยาบาลห้องผ่าตัดในระดับผู้เชี่ยวชาญ จะมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการทำงานที่ท้าทาย ซึ่งมีความหลากหลายในขั้นตอนการทำงาน มีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อประสานงาน เพื่อสื่อสารเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย อาการแพ้ที่สำคัญ หรือติดต่อกับหอผู้ป่วย สื่อสารปัญหาการผ่าตัดที่เกิดความล่าช้า การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเอกสาร ก่อนที่จะนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาบกพร่องการทำงานของพยาบาล เพราะทำให้เกิดการเสียเวลาที่ควรใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการสื่อสารมากถึงร้อยละ 60 JCAHO (The Joint commission on accreditation of health care organization) ได้แนะนำว่า การขจัดสาเหตุเหล่านี้ วิธีที่ดีที่สุดควรนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสาร มาใช้ในระบบการทำงานของพยาบาล เช่น โทรศัพท์ไร้สาย จอคอมพิวเตอร์ที่ใหญ่ และสามารถหมุนได้รอบทิศเพื่อทำให้เห็นได้ชัดเจน (Deborah, 2005: 65)

การสื่อสาร เป็นศัพท์ที่บัญญัติในราชบัณฑิตยสถานตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Communication หมายถึงกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลและความเข้าใจ จากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่ง โดยอาศัยช่องทางการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อให้ถึงผู้รับอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง การติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่องค์การเกือบทุกด้านจะต้องเกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน จึงจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติทุกคนจะต้องมีความรู้ และต้องพัฒนาเทคนิคต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยในการติดต่อสื่อสารให้เป็นประโยชน์มากขึ้น เพื่อให้มีการพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบที่ใช้ในการสื่อสารได้แก่ ภาษาพูด ภาษาเขียน และภาษาท่าทาง การติดต่อสื่อสารถือเป็นบันไดขั้นแรกในการพัฒนาการทำงาน และเป็นส่วนสำคัญที่จะเสริมงานในกระบวนการบริหารอื่นๆ

การติดต่อสื่อสารที่มีระบบจะทำให้การบริหารองค์การประสบความสำเร็จ ดังนั้น การติดต่อสื่อสารจึงมีความสำคัญ พอสรุปได้ดังนี้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545: 165)

- 1) ทำให้ได้ข้อมูลในการดำเนินการ ช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหาร
- 2) ทำให้ได้รับรู้ นโยบาย คำสั่ง ระเบียบต่างๆ
- 3) ทำให้การปฏิบัติงานดำเนินไปตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากการสื่อสารจะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน แก้ไขปัญหาความไม่เข้าใจกัน เป็นการกระตุ้นและจูงใจในการทำงาน

4) การสื่อสารที่ดี จะทำให้เปลี่ยนแปลงความคิดเห็น และทัศนคติที่ไม่ตรงกันของผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

5) เป็นการสร้างความเข้าใจอันดี ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การสื่อสารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายไม่ใช่เรื่องที่ทำไ้ได้ง่าย มักพบเห็นความล้มเหลวในการสื่อสารเสมอ ไม่ว่าจะในครอบครัว ในหน่วยงาน ในกลุ่มสังคม หรือแม้แต่ในระดับประเทศ (สุจิตรา จรจิตร, 2549: 1) การสื่อสารจะสัมฤทธิ์ผลมากน้อยเพียงใดนั้น ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างก็ต้องเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเอง และสามารถที่จะเลือกใช้องค์ประกอบอื่นๆ ให้ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีข้อควรคำนึงถึงองค์ประกอบที่ใช้ในการสื่อสาร (กอบกาญจน์ วงศ์วิสิทธิ์, 2547) ดังนี้

1) ผู้ส่งสาร (Sender) คือผู้ที่ทำการถ่ายทอดสารไปยังผู้รับสาร โดยคำนึงถึงการใช้ความรู้ ความเข้าใจในสารที่ต้องการจะถ่ายทอด เลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับสาร กาลเทศะ และตนเอง สามารถวิเคราะห์คุณลักษณะของผู้รับสารได้ วางแผนการนำเสนอสารเป็นลำดับขั้นตอนได้ถูกต้อง เหมาะสม มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอที่ชัดเจน และสามารถเลือกใช้วิธีการนำเสนอได้ถูกต้อง เหมาะสม และน่าสนใจ

2) สาร (Message) คือเรื่องราวที่ผู้ส่งสารต้องการถ่ายทอดให้ผู้รับสารได้รับรู้ โดยใช้ภาษาทั้งที่เป็นถ้อยคำและไม่ใช้ถ้อยคำ เป็นเครื่องมือในการสื่อเรื่องราวที่มีความหมายเพื่อให้เข้าใจตรงกันด้วยการใช้สัญลักษณ์ทางภาษาที่คนในสังคมกำหนดร่วมกัน หากทั้งสองฝ่ายต่างก็ไม่เข้าใจความหมายของคำนั้นๆ ก็จะทำให้การสื่อสารไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการถ่ายทอดสารที่มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึง ความถูกต้องของสาร สามารถเข้าใจได้ง่าย มีความชัดเจน มีความเหมาะสม

3) สื่อ (Media or Channel) เป็นช่องทางหรือพาหนะนำสารส่งไปยังผู้รับสาร ซึ่งหากเป็นสื่อวัตถุหรือเป็นสื่อที่สามารถสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าแล้ว จะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการสื่อสารเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และชัดเจนยิ่งขึ้น การเลือกใช้สื่อให้เกิดประโยชน์ และมีส่วนช่วยทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันหรือใกล้เคียงกันระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร โดยคำนึงถึง

4) ผู้รับสาร (Receiver) คือ ผู้ที่ทำหน้าที่รับสารที่ผู้ส่งสารส่งผ่านช่องทางทั้งทางเสียงและสัญลักษณ์ต่างๆ โดยทำความเข้าใจเนื้อหาสารที่ผู้ส่งสารส่งมา และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อการถ่ายทอดสาร ความสำเร็จในการถ่ายทอดสาร ผู้รับสารต้องมีวัตถุประสงค์ในการรับสาร พยายามทำความเข้าใจกับสารที่ได้รับมา มีสมาธิ มีความรู้ทางภาษาดี

5) ปฏิกริยาตอบกลับของผู้รับสาร (Response) เป็นการแสดงปฏิกริยาตอบสนองหลังการได้รับสาร ต้องมีความต้องถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับสารที่ได้รับมา เพื่อให้ผู้ส่งสารสามารถวิเคราะห์ กระบวนการนำเสนอของตนเองได้ เพราะหากมีข้อบกพร่องจะได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการนำเสนอเพื่อให้ผู้รับสารเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ความสำเร็จของการสื่อสารแต่ละครั้งนั้น ยังมีหลักการที่ทำให้กระบวนการสื่อสารประสบความสำเร็จ ได้แก่ (กอบกาญจน์ วงศ์วิสิทธิ์, 2547.; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

1) วัตถุประสงค์ ถ้าผู้ส่งสารและผู้รับสารมีวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกัน มีความเข้าใจตรงกัน ข้อมูลมีความชัดเจน บอกถึงสาระสำคัญและตรงประเด็น จะช่วยให้การสื่อสารครั้งนั้นประสบความสำเร็จได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

2) แรงจูงใจ การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ที่จะทำการติดต่อสื่อสารให้ชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับพฤติกรรม บุคลิกของบุคคล หรือเหมาะสมกับสถานการณ์ จะช่วยกระตุ้นและช่วยสนับสนุนให้การติดต่อสื่อสารประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ส่วนที่เป็นเนื้อหา เป็นข้อมูลที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติงาน ผู้นำเสนอที่มีชื่อเสียงก็ทำให้การสื่อสารมีความน่าสนใจมากขึ้น

3) ทศนคติ เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ผู้ส่งสารหรือผู้รับสารมีต่ออีกฝ่ายหนึ่ง หรืออาจเป็นความคิดเห็นที่มีต่อเรื่องที่ ได้รับ แต่ในฐานะผู้รับสารควรต้องวางตัวให้เป็นกลางในขณะที่รับข้อมูล ถ้าหากต้องประเมินค่า ผลที่ได้ก็จะไม่มีความเที่ยงตรง

4) ประสิทธิภาพ การมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่นำเสนอได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และผู้ส่งสารสามารถโน้มน้าวใจ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายได้รวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

5) ช่องทางการสื่อสาร การเลือกใช้วิธีการสื่อสารหลายช่องทาง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจมีช่องทางคู่ขนานเสริมอีกช่องทางหนึ่ง เช่นการมอบหมายงานด้วยวาจาโดยมอบแผนการปฏิบัติงานควบคู่ไปด้วย แต่การติดต่อสื่อสารควรเป็นไปตามขอบเขตและสายงานบังคับบัญชา

ปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสาร (กอบกาญจน์ วงศ์วิสิทธิ์, 2547; กิตานันท์ มลิทอง, 2543) บางครั้งการสื่อสารก็อาจเกิดข้อบกพร่องได้ ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการสื่อสาร อาจเป็นปัญหาที่มาจากหลายสาเหตุได้แก่

1) ปัญหาจากผู้ส่งสาร อาจเนื่องมาจากการไม่มีความรู้หรือความเข้าใจเพียงพอในสิ่งที่ต้องการนำเสนอ หรือใช้ภาษาหรือคำพูดในการสื่อความหมายอาจยากเกินไป ทำ

ให้ผู้รับไม่เข้าใจ หรือเลือกวิธีการที่ไม่เหมาะสม หรือผู้ส่งอาจไม่เป็นที่ยอมรับของผู้รับ ทำให้ผู้รับต่อต้าน หรือไม่สนใจที่จะรับข้อมูลที่ส่งมา

2) ปัญหาจากสาร อาจเนื่องมาจากเนื้อหาไม่มีความเข้าใจยาก

3) ปัญหาจากผู้รับสาร อาจเนื่องมาจาก ขาดสมาธิหรือขาดความพร้อมในการรับรู้เรื่องที่จะรับสาร หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งที่จะรับสาร หรือขัดต่อความเชื่อหรือค่านิยมกับประสบการณ์เดิมของผู้รับ ทำให้ผู้รับเกิดความขัดแย้งไม่เข้าใจความหมายของสาร

4) ปัญหาอาจเนื่องมาจาก เลือกล้อไม่สอดคล้องกับเนื้อหา สถานการณ์

5) ปัญหาจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้ออำนวยในการสื่อสาร เช่น บรรยากาศร้อนอบอ้าว หรือ มีเสียงดังรบกวนจากภายนอก ทำให้ผู้รับไม่สามารถได้ยิน ผู้ส่งสารและผู้รับสารไม่สามารถเข้าใจตรงกันได้ทั้งหมด

การบริหารงานในองค์กรพยาบาล ทิศทางการสื่อสารมีลักษณะดังนี้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

1) การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง (Downward communication) หมายถึง การส่งข่าวสารจากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ใต้บังคับบัญชาตามสายงานและขอบเขตการบังคับบัญชา ทั้งด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร

2) การติดต่อสื่อสารจากระดับล่างสู่ระดับบน (Upward communication) หมายถึงการติดต่อสื่อสาร โดยการแสดงความคิดเห็นจากผู้ใต้บังคับบัญชา ไปสู่ผู้บังคับบัญชาตามสายงานและขอบเขตการบังคับบัญชา ในรูปแบบของการขอคำปรึกษา การรายงานผลการปฏิบัติงาน การแสดงความคิดเห็น

3) การติดต่อสื่อสารในแนวนอน (Lateral or horizontal communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารในระดับเดียวกัน อาจอยู่ในหน่วยงานเดียวกันหรือต่างหน่วยงาน ในรูปแบบของการประสานงาน การให้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อแก้ปัญหาหรือสร้างความเข้าใจร่วมกัน

4) การติดต่อสื่อสารข้ามสายงาน (Diagonal or cross communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นนอกสายการบังคับบัญชา ซึ่งอาจเป็นการติดต่อสื่อสารในระดับเดียวกันหรือต่างระดับก็ได้และเกิดขึ้นในแนวนอน เช่นการให้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การนิเทศงาน

5) การติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว (One – way communication) เป็นการส่งข่าวสารโดยไม่มีข้อมูลย้อนกลับ อาจเป็นการสั่งการ การให้ความรู้ คำแนะนำโดยผู้รับไม่มีโอกาสซักถามข้อสงสัย

6) การติดต่อสื่อสารแบบสองทาง (Two – way communication) เป็นการสื่อสารที่ต้องการให้ผู้รับมีโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีของการสื่อสาร สามารถตรวจสอบความเข้าใจได้ตรงกันและถูกต้อง

การสื่อสารที่ดีจะอำนวยความสะดวกในการบริหารการพยาบาล ได้แก่

- 1) ช่วยให้เกิดความร่วมมือประสานงานที่ดี
- 2) ช่วยให้การวินิจฉัยสั่งการเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้น
- 3) ช่วยให้การนิเทศการพยาบาลให้ผลดีเพราะมีการสื่อสารอย่างใกล้ชิด
- 4) ช่วยให้เกิดความสามัคคีในหมู่พยาบาลและผู้ร่วมงานอื่นๆ
- 5) ช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
- 6) สามารถเก็บข้อมูลและข่าวสารต่างๆ ไว้เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงาน
- 7) สร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้ให้บริการกับผู้รับบริการคือ ผู้ป่วย

อันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

8) ช่วยให้ได้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อจะได้นำมาแก้ไขได้ทัน่วงที อันเป็นประโยชน์ในการบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

1) การมีกลยุทธ์ในการสื่อสาร จะทำให้ผู้ปฏิบัติทุกคนเข้าใจเป้าหมายขององค์การ ทำให้เกิดความสามัคคี ความพร้อมใจในการทำงานเพื่อขับเคลื่อนองค์การไปสู่เป้าหมายอย่างมีพลัง หัวใจของกลยุทธ์การสื่อสารคือ การพิจารณาเลือกใช้วิธีการสื่อสารให้เหมาะสม รวมถึงการออกแบบลักษณะข้อความที่ต้องการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (บุษกร วัชรศรีโรจน์, 2548)

การบริหารการพยาบาลในห้องผ่าตัด จำเป็นต้องมีการติดต่อเกี่ยวกับข้อมูลกับบุคคลหลายฝ่าย เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ทีมพยาบาลผ่าตัด จึงต้องมีความรู้ ความสามารถและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร และปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดีในทีมที่ทำงานร่วมกัน การสื่อสารของมนุษยสัมพันธ์ใช้วัจนภาษาควบคู่กับ อวัจนภาษาเสมอ ในลักษณะที่เสริมกัน แทนกัน ซ้ำกัน หรือแย้งกันได้ (สุจิตรา จรจิตร, 2549: 7) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในห้องผ่าตัด เพื่อให้การสื่อสารกับสมาชิกในทีมผ่าตัดสามารถเข้าใจถึงประเด็นที่สำคัญได้ ไม่เกิดปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาที่อาจเกิดความเสียหายกับผู้ป่วยผ่าตัด รวมถึงการมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคนิคการสื่อสาร ที่ทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับ ไปจัดการงานบริการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล (2548) ศึกษารูปแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม โดยศึกษาข้อมูลสมรรถนะจากการทบทวนวรรณกรรม และจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นประสบการณ์และสภาพความเป็นจริงของผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัด 6 คน เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสมรรถนะ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.98 วิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีแวกัวร์แมกซ์ หมุนแกนแบบอโรโทคอนอล แบบประเมินสมรรถนะที่ได้มี 8 ตัวประกอบ 61 ตัวแปร คือ 1) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมการพยาบาลผ่าตัด 2) สมรรถนะด้านการสื่อสารและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล 3) สมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม 4) สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม 5) สมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด 6) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชกรรม 7) สมรรถนะด้านการประสานงานและมนุษยสัมพันธ์ 8) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ แบบประเมินที่ได้จากการศึกษา ไม่ได้ใช้รูปแบบของการสังเกต และไม่ได้ศึกษาถึงแบบวัดทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและไม่ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน

ปราณี สงวนชื่อ (2547) สร้างแบบประเมินการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ทั้งหมดจำนวน 409 คน ใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis) เพื่อนำผลมาสร้างแบบประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ทดลองใช้เครื่องมือโดยหัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยประเมินพยาบาลวิชาชีพคนเดียวกัน แบบประเมินประกอบด้วยสมรรถนะและคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ความสอดคล้องของแบบประเมินมีค่าเฉลี่ยในแต่ละสมรรถนะส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มูทิตา รัตนภาค (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ โดยการรวบรวมรายการสมรรถนะเบื้องต้นจากผู้ทรงคุณวุฒิจากวิธีการสัมภาษณ์รวม 5 คน ได้รายการสมรรถนะ 96 รายการ รวบรวมจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ได้รายการสมรรถนะ 7 ด้าน 65 รายการ และศึกษาจาก

เอกสาร งานวิจัยและวิเคราะห์ลักษณะงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผ่าตัด ได้รายการสมรรถนะรวม 183 รายการ แล้วมีการสรุปกรอบโครงสร้างสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด เป็น 6 ด้าน 99 รายการ ซึ่งเป็นการรวบรวมและสรุปรายการสมรรถนะโดยไม่มีการสอบถามความต้องการของผู้ใช้บริการ และยังไม่มีการกล่าวถึงการพิจารณารายการสมรรถนะที่มีความสอดคล้องตามเป้าประสงค์ขององค์กรที่ต้องสร้างตัวชี้วัดให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐ

วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544) ศึกษาบทบาทและหน้าที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่าจำนวนข้อบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี 2553 มี 14 ด้าน เป็นการสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผ่าตัดเท่านั้น ไม่ได้สอบถามจากบุคลากรในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และรายการบางรายการผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เกิดจากผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิชาชีพ ด้านวิทยาการเทคโนโลยีและด้านสังคม ทำให้เป็นสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมีการคาดการณ์ในอนาคตที่แตกต่างกัน

วิศิศา ชื่นอารมณ์ (2546) วิจัยแบบประเมินผลการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมการวัด 3 ด้าน คือ การปฏิบัติงาน ผลงานและคุณลักษณะนิสัย โดยใช้ผู้ประเมินคือ ครู นักเรียน เพื่อน ผู้ปกครอง งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับแนวคิดที่ว่า เครื่องมือที่ใช้สังเกตพฤติกรรมและผลงาน ใช้วิธีการให้คะแนนแบบรูบริก (Rubric) โดยกำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และปรับปรุง สิ่งที่ต้องการวัด เกิดจากทักษะในการปฏิบัติงาน ไม่ใช่ความรู้หรือความรู้สึกในการปฏิบัติงาน การสร้างแบบประเมินมีการรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง ด้านประสิทธิภาพของแบบประเมินพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีประสิทธิภาพดีในการใช้ ประเมินได้สะดวก ภาษาเข้าใจง่าย การจำแนกตัวบ่งชี้และระดับคุณภาพในรูบริก ช่วยให้ผู้สอนและผู้เรียนประเมินผลได้สะดวก ลดระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผลงานของผู้ถูกประเมิน ด้านประสิทธิภาพของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินผลช่วยในการตรวจสอบข้อบกพร่องจากการทำงานของผู้ถูกประเมิน ทำให้สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ถูกประเมินได้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับจุดเด่นและสิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขในผลงานของตนเอง และการประเมินผลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ช่วยให้ผู้ถูกประเมินเข้าใจเกณฑ์และคุณภาพที่คาดหวัง สารสนเทศที่ได้จากการประเมินสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการเรียนรู้อีกได้

Meretoja, et al. (2004) ได้ทำการสร้างและพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ (NCS) สำหรับการประเมินตนเองในสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยมีการเปรียบเทียบผลของการนำมาใช้กับแบบประเมินแบบดั้งเดิมที่มีใช้มานาน ที่มีโครงสร้างประยุกต์มาจากแบบประเมินของเบนเนอร์ (6

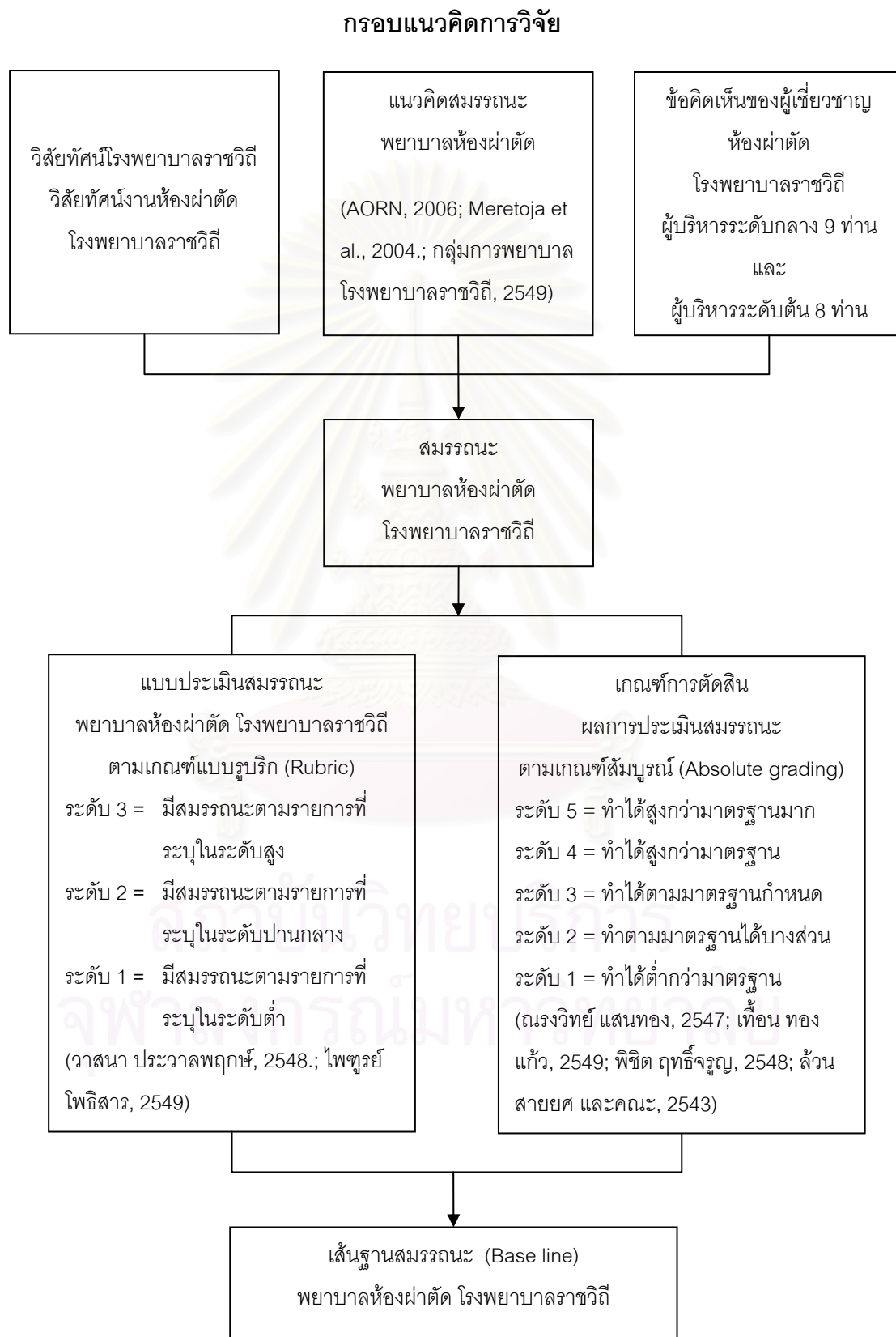
D Scale -The Six-dimension scale of nursing performance) การศึกษามี 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างเครื่องมือ (NCS) โดยการใช้การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 25 คน นำข้อมูลมาคัดเลือกองค์ประกอบ (Factor analysis) และทำการหาความสอดคล้องภายในเป็นรายข้อ กับแบบประเมินดั้งเดิม (6 D scale) โดยกำหนดขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ 0.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คัดเลือกเฉพาะรายการที่มีความสัมพันธ์มากกว่า 0.3 พบว่าแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับ มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ($r = 0.829, p=0.001$) ก่อนนำไปทดลองใช้จริงมีการปรับปรุงข้อความโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงทางคลินิกจำนวน 3 คน ระยะที่ 2 เป็นการนำเอาแบบประเมินที่สร้างใหม่ ซึ่งมีองค์ประกอบสมรรถนะ 7 ด้าน คือ 1) ด้านการช่วยเหลือ 2) ด้านการสอน / ฝึกอบรม 3) ด้านการวินิจฉัย 4) ด้านการจัดการสถานการณ์ 5) ด้านการให้การดูแลรักษาพยาบาล 6) ด้านการควบคุมคุณภาพ 7) ด้านบทบาทหน้าที่ในการทำงาน รวม 73 รายการ มาทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 1,547 คน จาก 19 หน่วยงาน ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมิน (NCS) มีความน่าเชื่อถือที่ได้เมื่อเทียบกับแบบประเมินแบบดั้งเดิม (6 D scale) และมีความไวในแยกแยะระดับสมรรถนะของพยาบาลได้ดีกว่าแบบประเมินแบบดั้งเดิม (6 D scale)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวประกอบของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีเพียงงานวิจัยของ ชนิษฐา แสงไตรรัตน์กุล (2548) และ Meretoja et al. (2004) เป็นการศึกษาที่มีการพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะ และมีการทดลองนำไปใช้ แต่งานวิจัยของ ชนิษฐา แสงไตรรัตน์กุล (2548) ไม่มีรูปแบบการประเมินด้วยการสังเกต งานวิจัยส่วนใหญ่ การได้มาของตัวประกอบสมรรถนะ ได้มาโดยวิธีการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ มีเพียงงานวิจัยของวันเพ็ญ เส้นศูนย์ ที่ใช้การคัดเลือกตัวประกอบสมรรถนะจากเทคนิคเดลฟาย แต่การคัดเลือกตัวประกอบของทุกงานวิจัยไม่ได้อ้างอิงถึงเป้าประสงค์จากนโยบายขององค์กร แต่ก็มีคำแนะนำว่าควรศึกษาความต้องการของผู้รับบริการด้วย

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสร้างแบบประเมินและสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยการศึกษาวิสัยทัศน์ของห้องผ่าตัด และของโรงพยาบาลราชวิถี และศึกษาแนวคิดจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดข้างต้น ร่วมกับการให้ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 2.4)

ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะให้บุคลากรสร้างผลงานที่ทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์และพันธกิจ และใช้แนวคิดในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมิน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สังเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะ

ระยะที่ 2 การสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

(แสดงแผนภูมิในแผนภาพที่ 3.1)

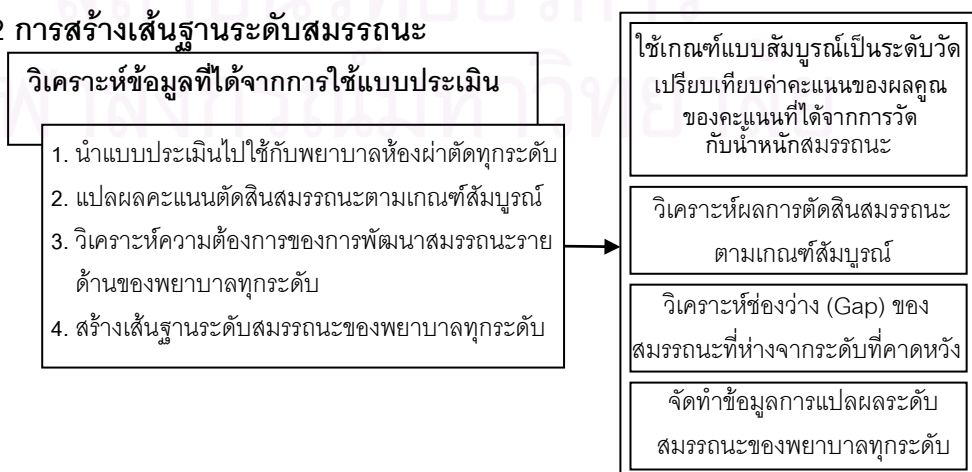
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 3.1 การดำเนินการวิจัย การสร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ร.พ.ราชวิถี

ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมิน



ระยะที่ 2 การสร้างเส้นฐานระดับสมรรถนะ



ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ

ในระยะนี้ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน คือ ขั้นตอนที่ 1 สังเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สังเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลราชวิถี

ศึกษาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลราชวิถี เพราะสมรรถนะที่จำเป็นในหน่วยงาน จะต้องสัมพันธ์และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) และแผนกลยุทธ์ (Strategy) ขององค์กร โรงพยาบาลราชวิถี มีเป้าหมายคือต้องการให้องค์กรมีองค์ความรู้และเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ต้องการเป็นศูนย์กลางการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ สามารถให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานในระดับตติยภูมิและสูงกว่า มีระบบการบริหารกิจการที่มีประสิทธิภาพและมีคุณธรรม

1.2 ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะและการประเมิน

การประเมินสมรรถนะบุคคล เป็นการประเมินพฤติกรรมการทำงานที่เป็นผลมาจากการใช้ความรู้ ทักษะ/ ความสามารถของบุคคล วิธีการประเมินสมรรถนะต้องใช้การวัดพฤติกรรม แบบวัดต้องมีความเที่ยงและความตรง การจำแนกระดับสมรรถนะ ต้องอาศัยข้อมูลเชิงพฤติกรรมที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์งานในแต่ละตำแหน่งงาน การประเมินสภาพจริงของงาน ประกอบกับการพิจารณาเชิงวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลการประเมินระดับสมรรถนะในงานของบุคคล มีประสิทธิภาพและมีความแม่นยำ (กองการเจ้าหน้าที่ กรมการแพทย์, 2550; ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, 2548; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536; ไพฑูรย์ โพธิสาร, 2549; วาสนา ประवालพฤกษ์, 2549; สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ., 2547ข; อารรณ์ ภูวิทย์พันธ์, 2548; AORN, 2003, 2006; Meretoja, et al., 2004)

1.3 สังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด

การสังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed method) ดังต่อไปนี้ 1) สังเคราะห์จากองค์ประกอบสมรรถนะของโรงพยาบาลราชวิถี 2) สังเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดจากเอกสารและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง 3) สังเคราะห์สมรรถนะจากลักษณะงานที่ปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

1.3.1 สังเคราะห์จากองค์ประกอบสมรรถนะของโรงพยาบาลราชวิถี

ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบสมรรถนะของโรงพยาบาลราชวิถี (โรงพยาบาลราชวิถี, 2549) เป็นกรอบแนวคิดในการสังเคราะห์สมรรถนะ และเปรียบเทียบกับเอกสารจากแหล่งอื่น ซึ่งโรงพยาบาลราชวิถีมีองค์ประกอบสมรรถนะ ดังนี้ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement motivation) 2) การบริการที่ดี (Service mind) 3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise) 4) จริยธรรม (Integrity) 5) ความร่วมแรงร่วมใจ (Teamwork) 6) ความใฝ่รู้และถ่ายทอด (Passion to learn and share) 7) การสร้างเครือข่ายพันธมิตร (Cooperative networking) 8) ใจรักในการวิจัยและพัฒนา (Research and development mind) 9) การปฏิบัติงานบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-Based practice) 10) ความคิดสร้างสรรค์ (Innovative thinking) 11) ความรักและผูกพันต่อโรงพยาบาลราชวิถี (Organization commitment) และสมรรถนะของกลุ่มการพยาบาลอีก 3 ด้านคือ 1) การบริการทางคลินิก (Clinical behavior) 2) ทักษะการวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล (Nurse research and development skill) 3) การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาล (Nursing technology and knowledge transfer)

1.3.2 สังเคราะห์สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด หลักสูตรวิชาการ แนวทางที่ใช้ประกอบกับความรู้ความสามารถที่พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ปฏิบัติการพยาบาล ผลสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล (Performance) และสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีแหล่งของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ Alfaro-LeFever (2006), AORN (2003, 2006), Fairchild (1996), Meretoja et al. (2004), Rothock (2003), กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี (2549), กรมการแพทย์ (2548), มุทิตา รัตนภาค (2544), วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544), เรณู อัจจาสาลี (2540), สำนักงาน ก.พ. (2548)

1.3.3 สังเคราะห์สมรรถนะจากลักษณะงานที่ปฏิบัติ ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

จากการวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีภารกิจที่รับผิดชอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริการ 2) ด้านวิชาการ 3) ด้านการบริหาร

1.3.3.1 ด้านบริการ ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระยะผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่รับแจ้งรายการผ่าตัดทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด และยังมีบทบาทในการร่วมทีมผ่าตัด โดยทำหน้าที่เป็นผู้ส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) และอำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัด (Circulating nurse) มีหน้าที่ในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด สถานที่ และสิ่งแวดล้อมให้มีความพร้อมและเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

1.3.3.2 ด้านวิชาการ ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มีภารกิจหลักในการถ่ายทอดองค์ความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้ผู้เข้าอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยผ่าตัด นักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่มาศึกษาดูงาน จัดประชุมวิชาการของพยาบาลห้องผ่าตัด ปีละ 1 – 2 ครั้ง ผลิตงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลห้องผ่าตัด จัดโปรแกรมอบรมส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรภายในห้องผ่าตัด สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง วางแผนการอบรมหรือศึกษาดูงานของบุคลากรทุกระดับ

1.3.3.3 ด้านบริหาร ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

จัดทำแผนการใช้งบประมาณประจำปี จัดทำแผนอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงาน ร่วมพัฒนาคุณภาพการบริการกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) วางแผนและจัดการบริหารความเสี่ยงขององค์กรและในหน่วยงาน บริหารจัดการ stock ของวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดทีมงานเพื่อรองรับงานบริการทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ รวมถึงการจัดทีมเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุหมู่ด้วย

สรุป จากการสังเคราะห์ห้องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ด้วยวิธีการทั้ง 3 วิธี คือ 1) สังเคราะห์จากองค์ประกอบสมรรถนะของโรงพยาบาลราชวิถี 2) สังเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) สังเคราะห์สมรรถนะจากลักษณะงานที่ปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสังเคราะห์ห้องค์ประกอบสมรรถนะ ได้องค์ประกอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี รวมทั้งหมด 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการบริการทางคลินิก มีข้อรายการสมรรถนะ 13 ข้อ
- 2) ด้านการการวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล มีข้อรายการสมรรถนะ 6 ข้อ
- 3) ด้านการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล มีข้อรายการสมรรถนะ 6 ข้อ
- 4) ด้านการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ มีข้อรายการสมรรถนะ 4 ข้อ

- 5) ด้านการบริหารจัดการ มีข้อรายการสมรรถนะ 4 ข้อ
- 6) ด้านภาวะผู้นำ มีข้อรายการสมรรถนะ 4 ข้อ
- 7) ด้านการทำงานเป็นทีม มีข้อรายการสมรรถนะ 4 ข้อ
- 8) การคิดเชิงวิเคราะห์ มีข้อรายการสมรรถนะ 3 ข้อ
- 9) ด้านการสื่อสาร มีข้อรายการสมรรถนะ 6 ข้อ
- 10) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี มีข้อรายการสมรรถนะ 5 ข้อ

1.4 วิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบและรายการสมรรถนะ ด้วยการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหน้าตัด เพื่อขอความคิดเห็นร่วมกัน ในการกำหนดองค์ประกอบและรายการสมรรถนะที่จำเป็นในงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1.4.1.1 เตรียมแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง มีลักษณะดังนี้

1) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ห้ององค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มาสร้างเป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง โดยให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการของสมรรถนะทั้ง 10 ด้าน และเตรียมคำถามปลายเปิดไว้เพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็น วิพากษ์ถึงความครอบคลุมหรือความเหมาะสมของคำนิยามที่ให้

2) มีข้อมูลเกี่ยวกับข้อรายการสมรรถนะ ที่ประกอบในแต่ละด้าน และเตรียมคำถามปลายเปิดไว้เพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

1.4.1.2 กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยกำหนดผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา เป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดระดับ 8 ซึ่งเป็นหัวหน้าสายงานผ่าตัดและเป็นคณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัด มีจำนวนทั้งหมด 9 คน มีประสบการณ์ในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 25 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารงาน ควบคุมและกำกับงานห้องผ่าตัดสาขาที่อยู่ในความรับผิดชอบ รวม 8 ท่าน และหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัดอีก 1 ท่าน รวมเป็น 9 ท่าน สรุปลักษณะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนนี้ ตามตารางที่ 3.1

1.4.1.3 ขอบพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อแจ้งความประสงค์ และขออนุญาตให้ผู้เชี่ยวชาญของห้องผ่าตัดได้มีส่วนร่วมในการวิจัยในขั้นตอนนี้

1.4.1.4 ทำหนังสือขอจริยธรรมของโรงพยาบาลราชวิถี

1.4.1.5 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ นัดเวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่ม

1.4.1.6 เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม มีแบบสอบถามความคิดเห็นแบบกึ่งโครงสร้าง สมุดบันทึก

ตารางที่ 3.1 จำนวน (ร้อยละ) ผู้เชี่ยวชาญที่วิเคราะห์องค์ประกอบและรายการสมรรถนะ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานของกลุ่ม

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
49 – 50 ปี	2	22.22
51 – 55 ปี	3	33.33
56 – 59 ปี	4	44.44
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	3	33.33
ปริญญาโท	6	66.67
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
24 ปี – 30 ปี	6	66.67
มากกว่า 30 ปี	3	33.33
รวม	9	100

1.4.2 สนทนากลุ่ม (Focus group)

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่มให้ผู้ร่วมประชุมกลุ่มทราบ พร้อมทั้งแจกแจงที่มาของแบบสอบถาม อธิบายค่านิยมเชิงปฏิบัติการของสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดและสมรรถนะด้านต่างๆ และเชิญให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เพื่อร่วมกันตัดสินใจในการกำหนดรายการสมรรถนะ ผู้วิจัยจึงทำการบันทึกข้อความที่เป็นฉันทามติของกลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1.4.2.1 การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เป็นการพิจารณาค่านิยมเชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยทำการคัดเลือกมา ในด้านความเหมาะสม และมีความครอบคลุมเพียงพอในการกำหนดเป็นสมรรถนะในแต่ละด้าน ที่ต้องการวัด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลราชวิถีที่กำหนดไว้หรือไม่

1.4.2.2 การสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 – 3 – 4 – 5 เป็นการพิจารณาข้อรายการสมรรถนะ ในแต่ละด้านทั้ง 10 ด้าน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมกันพิจารณาว่า ข้อรายการสมรรถนะที่ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมมานั้น มีความเหมาะสมที่แสดงเป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติได้ และสามารถวัดได้จริง โดยให้พิจารณาถึงภาษาที่เหมาะสม อ่านแล้วมีความเข้าใจตรงกัน และให้

ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมถึงรายการสมรรถนะที่ยังไม่ครอบคลุม หรือ ตัดบางรายการออก ในกรณีที่ความคิดเห็นของกลุ่มคิดว่าไม่สามารถวัดเป็นพฤติกรรมได้

1.4.2.3 ผู้วิจัยจะสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการประชุมกลุ่ม ทบทวน ให้ผู้เชี่ยวชาญรับทราบอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขหรือเพิ่มเติมก่อนสิ้นสุดการประชุมกลุ่ม

1.4.3 ชั้นสรุปผล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี และประกอบด้วย ข้อรายการสมรรถนะที่จำเป็นในงานรายการใดบ้างในแต่ละด้าน ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 รายการสมรรถนะ ที่สรุปได้จากการสนทนากลุ่ม

รายการที่ได้จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัย	รายการที่ได้จากการสนทนากลุ่ม
<p>1. ด้านการบริการทางคลินิก ควรมีองค์ประกอบ สมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ในด้านกายวิภาค สรีรวิทยา โรคและการ ผ่าตัดเฉพาะโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล 2. ปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยใช้ความรู้ ของหลักการทำให้ปลอดภัย 3. ปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยใช้ความรู้ใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 4. การประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด 5. การประเมินสภาพผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด 6. การประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 7. การวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วย 8. การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยในระยะก่อน ผ่าตัด 9. การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยระยะผ่าตัด 10. การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 11. ทักษะการเตรียมเครื่องมือตามแผนการผ่าตัด และตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย 12. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งเครื่องมือ ผ่าตัด (Scrub nurse) เฉพาะโรค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ในด้านกายวิภาค สรีรวิทยา โรคและ การผ่าตัดเฉพาะโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล 2. ปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยใช้ความรู้ ของหลักการทำให้ปลอดภัย 3. ปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยใช้ความรู้ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 4. ประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด 5. วางแผนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด 6. ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยในระยะ ก่อนผ่าตัด 7. ประเมินผลการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด 8. ประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะผ่าตัด 9. วางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด 10. ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยในระยะ ผ่าตัด 11. ประเมินผลการพยาบาลในระยะผ่าตัด 12. ประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 13. วางแผนการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด 14. ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยในระยะ หลังผ่าตัด

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

รายการที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยและลักษณะงาน	รายการที่ได้จากการสนทนากลุ่ม
<p>1. ด้านการบริการทางคลินิก (ต่อ)</p> <p>13. ทักษะการปฏิบัติกรพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse)</p> <p>14. ฯลฯ</p>	<p>15. ประเมินผลการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด</p> <p>16. ทักษะการปฏิบัติกรพยาบาลขณะส่ง</p> <p>17. เครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse)</p> <p>18. ทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse)</p> <p>19. ทักษะการเก็บสิ่งส่งตรวจ</p>
<p>2. ด้านการวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล</p> <p>ควรมือถือประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <p>1. มีความรู้ในเรื่องกระบวนการวิจัย</p> <p>2. การมีส่วนร่วมในการวิจัย</p> <p>3. การวิเคราะห์งานวิจัยและเลือกผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <p>4. การให้คำแนะนำในการวิจัย</p> <p>5. การให้ความร่วมมือในการวิจัยงานห้องผ่าตัด</p> <p>6. การเผยแพร่ผลงานวิจัย / บทความทางวิชาการ</p> <p>7. ฯลฯ</p>	<p>1. มีความรู้ในเรื่องกระบวนการวิจัย</p> <p>2. วิเคราะห์งานวิจัยและเลือกผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <p>3. ให้ความร่วมมือในการวิจัยงานห้องผ่าตัด</p> <p>4. เผยแพร่ผลงานวิจัย / บทความทางวิชาการ</p> <p>5. ให้คำแนะนำการวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง</p>
<p>3. สมรรถนะด้านการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ควรมือถือประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <p>1. การสอนและให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผ่าตัด</p> <p>2. การสอนและนิเทศงานพยาบาลใหม่และผู้ที่มาศึกษาดูงาน</p> <p>3. การเป็นวิทยากรในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลเฉพาะทาง</p> <p>4. การให้คำแนะนำด้านวิชาการพยาบาลผ่าตัดแก่หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร</p> <p>5. การเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการพยาบาลผ่าตัดแก่หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร</p> <p>6. การออกแบบหรือพัฒนาหลักสูตร / โครงการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด</p> <p>7. ฯลฯ</p>	<p>1. สอนเรื่องการพยาบาลเฉพาะทางผ่าตัด</p> <p>2. นิเทศงานการพยาบาลผ่าตัดแก่หน่วยงานภายใน / ภายนอกองค์กร</p> <p>3. เป็นวิทยากรในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลเฉพาะทางในแต่ละสาขา</p> <p>4. เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการพยาบาลผ่าตัดแก่หน่วยงานภายใน / ภายนอกองค์กร</p> <p>5. ส่งเสริมให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้</p>

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

รายการที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยและลักษณะงาน	รายการที่ได้จากการสนทนากลุ่ม
<p>4. ด้านการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล 2. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ 3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน 4. การพัฒนาการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด 5. ฯลฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีเจตคติในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผ่าตัด 2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ 3. การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด
<p>5. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การวางแผนจัดการงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ ในการผ่าตัด 2. การวางแผนงานและประสานการทำงานของบุคคล 3. การบริหารจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัด 4. บริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลง 5. ฯลฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนการใช้งบประมาณของงานห้องผ่าตัด 2. บริหารอัตรากำลังในห้องผ่าตัด 3. บริหารจัดการ อุปกรณ์ เครื่องมือ ในการผ่าตัด 4. บริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง 5. บริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิด Procedure 6. บริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 7. บริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำเพื่อการผ่าตัด 8. บริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากของมีคม
<p>6. ด้านภาวะผู้นำ ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีวิสัยทัศน์ในการวางแผน การคาดการณ์อนาคต และการกำหนดกลยุทธ์ 2. ทักษะการเจรจาต่อรอง การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง 3. การเสริมพลังอำนาจให้ผู้ปฏิบัติในระดับรอง 4. การกระตุ้นให้มีส่วนร่วมและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะในการคาดการณ์และวางแผน 2. ทักษะการกำหนดกลยุทธ์ 3. ทักษะการเจรจาต่อรอง การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง 4. การเสริมพลังอำนาจให้ผู้ปฏิบัติในระดับรอง 5. กระตุ้นให้มีส่วนร่วมและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

รายการที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยและลักษณะงาน	รายการที่ได้จากการสนทนากลุ่ม
<p>7. ด้านการทำงานเป็นทีม ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมทีม ผ่าตัด และทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย 2. ความมุ่งมั่น เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย 3. การแสดงออกถึงการเป็นสมาชิกในทีมงาน 4. ทักษะการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกในทีมงาน 5. ฯลฯ <p>8. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินปัญหางานบริการผ่าตัด 2. การวางแผนงานโดยจัดลำดับความสำคัญหรือความเร่งด่วน 3. การตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพที่ยุ่ยาก ซับซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัด / ญาติ 4. ฯลฯ <p>9. ด้านการสื่อสาร ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ในการให้ข้อมูล 2. การรับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การสื่อสารกับศัลยแพทย์ 4. การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ 5. การสื่อสารผู้ป่วยผ่าตัด และครอบครัว 6. การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคนิคการสื่อสาร 7. ฯลฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมทีมผ่าตัด และทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. มุ่งมั่น เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย 3. แสดงออกถึงการเป็นสมาชิกในทีมงาน 4. ทักษะในการสร้างและดำรงสัมพันธภาพกับสมาชิกในทีมงาน <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสถานการณ์ / ประเด็นปัญหา งานบริการผ่าตัดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2. วางแผนงานโดยจัดลำดับความสำคัญหรือความเร่งด่วน 3. ตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพที่ยุ่ยาก ซับซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัด / ญาติ <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ในการให้ข้อมูล 2. การรับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การสื่อสารกับทีมงานผ่าตัด 5. การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคนิคการสื่อสาร

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

รายการที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยและลักษณะงาน	รายการที่ได้จากการสนทนากลุ่ม
<p>10. ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ควรมีองค์ประกอบสมรรถนะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการผ่าตัด 2. ทักษะการดูแลหลังการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการผ่าตัด 3. การมีความคิดสร้างสรรค์ ปรับเปลี่ยนความรู้เป็นกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดใหม่ๆ 4. ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน การเก็บข้อมูล เสนอข้อมูล และการบริหารจัดการด้านการเงิน 5. ทักษะการสืบค้นข้อมูลทางเครือข่ายต่างๆ 6. ฯลฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการผ่าตัด 2. ทักษะการดูแลหลังการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการผ่าตัด 3. คิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม 4. ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน
<p>11. สมรรถนะด้านอื่นๆ</p> <p> ฯลฯ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ภาษาอังกฤษ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

การสร้างแบบประเมินสมรรถนะในงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยมีการดำเนินงานดังนี้ (1) กำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในข้อรายการที่อยู่ในองค์ประกอบสมรรถนะในแต่ละด้าน (2) สร้างเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะด้วยเกณฑ์แบบรูบริก (3) หาคความตรงตามเนื้อหาของเกณฑ์การประเมินในข้อรายการสมรรถนะ

2.1 กำหนดการแสดงผลพฤติกรรมที่จำเป็นในข้อรายการสมรรถนะ

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปจากข้อ 14.3 ที่เป็นองค์ประกอบสมรรถนะ และ ข้อรายการสมรรถนะ มาสร้างเป็นแบบประเมิน ซึ่งมีรายละเอียดของการแสดงผลพฤติกรรมที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยมีแหล่งของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ Alfaro-LeFever (2006), AORN (2003, 2005, 2006), Fairchild (1996), Meretoja et al. (2004), Rothock (2003), กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี (2549), กรมการแพทย์ (2548), มุทิตา รัตนภาค (2544), วันเพ็ญ เส้นศูนย์ (2544), เรณู อากาศลี (2540), สำนักการพยาบาล (2548), สำนักงาน ก.พ. (2548)

2.2 สร้างเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะด้วยเกณฑ์แบบรูบริก (Rubric)

ผู้วิจัยสร้างเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะ โดยประยุกต์การสร้างเกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) แหล่งของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ กิ่งกาญจน์ สิริสุคนธ์ และพรพรรณ โชติพฤกษ์วัน (2547), ไพฑูรย์ โปธิสาร (2549), วาสนา ประवालพฤกษ์ (2549), วิทิตา ชื่นอารมณ (2546), อภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ (2548) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่ต้องใช้ความรวดเร็ว และแม่นยำ ผู้วิจัยจึงตั้งเกณฑ์ไว้เพียง 3 ระดับเท่านั้น โดยเขียนคำบรรยายถึงพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของการมีสมรรถนะตั้งแต่ระดับจากดีมากไปจนถึงต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ระดับ 3	หมายถึง	พยาบาลที่มีพฤติกรรมกรรมการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่อยู่ในเกณฑ์ดี หรือมีพฤติกรรมดังกล่าวดีสม่ำเสมอสมควรเป็นแบบอย่าง
ระดับ 2	หมายถึง	พยาบาลที่มีพฤติกรรมกรรมการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่อยู่ในขั้นที่พอทำได้ หรือขั้นพอสมควร ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน
ระดับ 1	หมายถึง	พยาบาลที่มีพฤติกรรมกรรมการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่อยู่ในขั้นเริ่มต้น หรืออยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง

2.3 วิเคราะห์หาคุณภาพของแบบประเมิน

2.3.1 วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ

2.3.1.1 กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ

แนวคิดในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric) คือผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมินควรมีการกำหนดรายการประเมินร่วมกัน เพื่อให้มีการรับรู้ที่ตรงกันว่าจะประเมินอะไร ทำให้เกิดการยอมรับในการประเมิน ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ได้รับมอบหมายในการประเมินสมรรถนะของบุคลากรที่อยู่ในบังคับบัญชา มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 20 ปี กลุ่มตัวอย่างและประชากรที่ได้ เป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดระดับ 8 ซึ่งเป็นหัวหน้าสายงานผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 ซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยผ่าตัดสาขาย่อยต่างๆ รวมทั้งหมด 17 ท่าน ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 จำนวน (ร้อยละ) ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรม กำหนดระดับ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด ของกลุ่ม

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
40 – 45 ปี	5	29.41
46 – 50 ปี	5	29.41
51 – 55 ปี	2	11.76
55 – 59 ปี	5	29.41
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	10	58.82
ปริญญาโท	7	41.18
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด		
20 – 25 ปี	7	41.18
25 – 30 ปี	6	35.29
31 – 35 ปี	2	11.76
36 ปีขึ้นไป	2	11.76
รวม	17	100

2.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นแบบประเมินสมรรถนะ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีองค์ประกอบสมรรถนะทั้งหมด 11 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะ 61 ข้อ และเป็นแบบประเมินที่กำหนดเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก รวมเป็น 183 ข้อคำถาม สำหรับระดับการพิจารณาเพื่อแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ไว้ 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---------------|---------|--|
| มากที่สุด (3) | หมายถึง | พฤติกรรมดังกล่าวเหมาะสมมากที่สุด ในการนำไปประเมิน |
| ปานกลาง (2) | หมายถึง | พฤติกรรมดังกล่าวเหมาะสมปานกลาง ในการนำไปประเมิน |
| น้อยสุด (1) | หมายถึง | พฤติกรรมดังกล่าวเหมาะสมน้อยที่สุด ในการนำไปประเมิน |

2.3.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการประชุมกลุ่มสนทนา ซึ่งเป็นวิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่เป็นการเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

- 1) ขออนุญาตหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อขอความร่วมมือในการประชุมกลุ่มสนทนา ในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความตรงตามเนื้อหา
- 2) แจกผลการผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลราชวิถี
- 3) ผู้วิจัยขอนัดวัน เวลา และสถานที่ในการประชุมกลุ่มสนทนากับผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ใช้เวลาในการประชุมกลุ่ม ทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง
- 4) ในกรณีที่มีผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมประชุมไม่ครบ เนื่องจากติดภาระงานที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ ผู้วิจัยได้จัดบันทึกและติดตามสัมภาษณ์เพื่อขอให้แสดงความคิดเห็น กับข้อความที่เป็นฉันทามติ ที่สมาชิกในที่ประชุมแสดงความคิดเห็นไว้ในแต่ละครั้ง ถ้าผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ แสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไป ผู้วิจัยจะทำการบันทึกแล้วนำเสนอในที่ประชุม เพื่อขอความคิดเห็นอีกครั้งในการประชุมครั้งต่อไป

2.3.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยถือเกณฑ์ความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มการสนทนา ในการพิจารณาความครอบคลุม ความตรงตามเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ในการบรรยายพฤติกรรมของระดับสมรรถนะในแต่ละข้อรายการ ดังนั้นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ได้จึงเท่ากับ 1

จากการตรวจพิจารณา ผลที่ได้จากการประเมินและแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 ท่าน พบว่า มีข้อความที่แสดงความคิดเห็นและปรับเปลี่ยนการใช้ภาษา บางประโยค บางตอน เพื่อให้ผู้ที่จะนำแบบประเมินไปใช้ มีความเข้าใจที่ตรงกัน และมีความชัดเจนมากขึ้น การลงความเห็นที่เป็นฉันทามตินั้น ทำให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของพยาบาลที่แสดงถึงการมีสมรรถนะในระดับใด ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหา สรุปผลการศึกษา และแก้ไข ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา สรุปรายการที่มีการปรับปรุงแก้ไข ดังในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 รายละเอียดของข้อรายการในแบบประเมินที่ต้องปรับปรุง

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น		คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
1. องค์ประกอบสมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก มีข้อรายการสมรรถนะ 18 ข้อ		
ข้อที่ 17 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse)		
ระดับ 3	ควบคุมเหตุการณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด ประสานงานและติดต่อสื่อสาร เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี	ติดต่อประสานงานและควบคุมเหตุการณ์ต่างๆในห้องผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
ระดับ 2	สามารถประเมินภาวะการณของการผ่าตัดได้ถูกต้อง และจัดหาสิ่งของอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับทีมผ่าตัด ไว้ให้ใช้ได้ทันที	ประเมินภาวะการณของการผ่าตัดได้ถูกต้อง และจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัดที่จำเป็นสำหรับทีมผ่าตัดไว้ให้ใช้ได้ทันที
ระดับ 1	ดูแลและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและห้องผ่าตัดมีความพร้อมและเหมาะสมตลอดระยะเวลาการผ่าตัด	เตรียมผู้ป่วย ห้องผ่าตัดและเครื่องมือผ่าตัด ให้มีความเหมาะสมตลอดระยะเวลาการผ่าตัด
2. องค์ประกอบสมรรถนะด้านการวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล มีข้อรายการสมรรถนะ 5 ข้อ		
ข้อที่ 5 ให้คำแนะนำการวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง		
ระดับ 3	ให้คำปรึกษา / แนะนำเกี่ยวกับวิทยาการวิจัย / กระบวนการวิจัยแก่สมาชิกทีม / บุคคลอื่นได้	ให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนแก่สมาชิกทีม / บุคคลอื่นได้
ระดับ 2	ให้คำแนะนำแนวทาง / ประสบการณ์ที่เป็นผลสำเร็จในสายงานที่รับผิดชอบที่เกี่ยวกับงานวิจัยได้	ให้คำปรึกษาในการศึกษาเพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานการผ่าตัดเฉพาะทางได้
ระดับ 1	อธิบายได้ถึงประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในการทำวิจัยในสายงานที่รับผิดชอบได้	แนะนำการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานการผ่าตัดเฉพาะทางได้
3. องค์ประกอบสมรรถนะด้านการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล มีข้อรายการสมรรถนะ 5 ข้อ		
ข้อที่ 3 เป็นวิทยากรในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลเฉพาะทางในแต่ละสาขา		
ระดับ 3	บรรยายความรู้ทางการพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง	สามารถถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางได้
ระดับ 2	บรรยาย/ นำเสนอผลงานการพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางในระดับ โรงพยาบาล/ องค์กร	สามารถค้นคว้าและจัดเตรียมการสอนเรื่อง การพยาบาลเฉพาะทางได้
ระดับ 1	บรรยายความรู้ทางการพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางในระดับหน่วยงาน	มีความรู้ ความสามารถในเรื่องการพยาบาลเฉพาะทาง

ตารางที่ 3.4 (ต่อ)

คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น		คำอธิบายระดับสมรรถนะที่ได้จากการสรุป
10. องค์ประกอบสมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี มีข้อรายการสมรรถนะ 4 ข้อ		
ข้อที่ 4. ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน		
ระดับ 3	เป็นที่ปรึกษา / แนะนำเทคนิค / วิธีการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อนำระบบสารสนเทศมาใช้ในหน่วยงาน	เป็นที่ปรึกษา / แนะนำการใช้คอมพิวเตอร์ประมวลข้อมูลของหน่วยงานได้
ระดับ 2	สามารถวิเคราะห์ / นำเสนอข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ประโยชน์ในงานของตนได้	นำเสนอข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์ในงานที่ปฏิบัติได้
ระดับ 1	สามารถใช้ซอฟต์แวร์ในการทำงาน / เก็บข้อมูลเพื่อใช้ปรับปรุงกระบวนการทำงานที่รับผิดชอบได้	สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานได้

2.3.2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2.3.2.1 กำหนดคุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยได้พิจารณาคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็นและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามหลักเกณฑ์การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของ AORN (2006) และตามแนวคิดของ Grant และ Kinney (Grant & Davis, 1997 อ้างใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547: 55) คือ 1) เป็นนักการศึกษาที่มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือผู้ป่วยศัลยกรรมหรือสอนนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 2) เป็นนักปฏิบัติที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทุกระยะการผ่าตัด (Perioperative nursing) และ 3) นักบริหารที่ทำหน้าที่ในการบริหารงาน หรือเป็นผู้จัดการงานในห้องผ่าตัด (Manager in operation room) และต้องเป็นผู้ที่ประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดทำสมรรถนะของหน่วยงานหรือขององค์กรด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ในเกณฑ์จำนวน 5 ท่าน

2.3.2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ในระยที่ 1 ข้อ

2.3.4 นำมาปรับปรุงและจัดทำเป็นแบบประเมินเพื่อส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งข้อคำถามในแบบประเมินสมรรถนะจะมีองค์ประกอบสมรรถนะทั้งหมด 11 ด้าน และมีคำอธิบายพฤติกรรมแต่ละระดับในข้อรายการสมรรถนะทั้งหมด รวม 61 ข้อรายการ โดยผู้วิจัย

กำหนดการแสดงความคิดเห็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งในแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 4 หมายถึง พฤติกรรมดังกล่าวเหมาะสมมากที่สุด ในการนำไปประเมิน
- 3 หมายถึง พฤติกรรมดังกล่าวควรปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความเหมาะสมในการนำไปประเมิน
- 2 หมายถึง พฤติกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความเหมาะสม ในการนำไปประเมิน
- 1 หมายถึง พฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมาะสมในการนำไปประเมิน

2.3.2.3 ติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิทางโทรศัพท์ เพื่อขออนุญาตพบ และเดินทางไปติดต่อขอพบผู้ทรงคุณวุฒิด้วยตนเอง ณ หน่วยงานที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านสังกัด เพื่อแจ้งจุดประสงค์ในการขอพบ และขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

2.3.2.4 ทำหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งออกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้บังคับบัญชาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และผู้วิจัยได้นำหนังสือเรียนเชิญพร้อมแบบสอบถามความคิดเห็นที่เป็นเครื่องมือการวิจัย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านด้วยตนเอง พร้อมทั้งขอนัดวันที่จะมารับแบบสอบถามกลับ

2.3.2.5 นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัยที่มีคำนิยามเชิงปฏิบัติการของสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาที่มีความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กับวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลราชวิถี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นแบบประเมินสมรรถนะที่ผู้ประเมินสร้างขึ้น ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัดจำนวน 17 ท่าน แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและทำการปรับปรุงการใช้ภาษาและด้านรูปแบบของแบบสอบถาม ซึ่งมีคำถามปลายเปิด เพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ในชุดของแบบสอบถามประกอบด้วย

1) คำชี้แจง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม คำนิยามเชิงปฏิบัติการของสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมแบบรูบริก (Rubric) มี 3 ระดับ

2) แบบสอบถามมีองค์ประกอบสมรรถนะรวม 11 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะ 61 ข้อ ทุกข้อรายการมีคำอธิบายพฤติกรรม 3 ระดับ รวมข้อคำถาม 183 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านทางโทรศัพท์เมื่อถึงเวลาที่นัดหมาย เพื่อขอรับแบบสอบถาม และเดินทางไปรับด้วยตนเองทั้งหมด หลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม 4 สัปดาห์ ซึ่งแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา มีจำนวน 3 ฉบับที่มีข้อมูลย้อนกลับ ที่สามารถนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ ส่วนอีก 2 ฉบับ ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากมีข้อมูลย้อนกลับมีความสมบูรณ์ไม่ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ แต่มีข้อมูลแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในข้อคำถามที่เป็นปลายเปิด และจากการให้สัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการบันทึกและนำกลับมาแก้ไขปรับปรุงในการพัฒนาแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาแจกแจงระดับความคิดเห็นทั้ง 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4
- 2) รวมจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4
- 3) หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตร (CVI)

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีเหมาะสม ในระดับ 3 และ 4 จำนวน 150 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.82 ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ CVI มีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547: 224; และอ้างใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547: 54)

4) วิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถามด้านความเที่ยง ด้วยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Alpha coefficients) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า α -coefficients = 0.98 ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (DeVellis, 1999 : 85 อ้างใน ขนิษฐา แสงไตรรัตน์นุกูล : 106) มีดังนี้

ค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง	.65 – .7	ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับต่ำ
ค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง	.7 – .8	ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้
ค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง	.8 – .9	ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก

2.3.3 ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน

มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1) ปรับปรุงแบบประเมิน 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ 3) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Inter – rater reliability)

2.3.3.1 ปรับปรุงแบบประเมิน

1) ปรับปรุงพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นพ้องตรงกันในระดับ 3 และ 4 จำนวน 150 ข้อ มาจัดเป็นหมวดหมู่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) นำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีความเหมาะสมในระดับ 2 จำนวน 21 ข้อ นำมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนมากขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3) ผู้วิจัยตัดข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าไม่มีความเหมาะสมในการนำไปประเมิน (ระดับ 1) จำนวน 12 ข้อออก

4) ผู้วิจัยได้นำเนื้อหาของข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยในระดับ 3 และ 4 รวมกับข้อคำถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากข้อคำถามที่เห็นด้วยในระดับ 2 นำมาสรุปเนื้อหาทั้งหมดและจัดหมวดหมู่ของข้อคำถาม และปรับข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำซ้อนกันไว้ในข้อเดียวกัน ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วปรับปรุงรูปแบบของแบบประเมิน ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แบบประเมินที่พร้อมนำไปทดลองใช้ โดยมีการตั้งคำถามปลายเปิดไว้ในทุกข้อรายการสมรรถนะ เพื่อให้สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ซึ่งในแบบประเมิน 1 ฉบับประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่เป็นข้อมูลของผู้ประเมิน ซึ่งมีทั้งข้อคำถามที่เป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเขียนตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่เป็นข้อมูลของผู้ได้รับการประเมินซึ่งมีทั้งข้อคำถามที่เป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเขียนตอบ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งจะมีค่าชี้แจงคือ (1) อธิบายความหมายของเกณฑ์การประเมิน (2) องค์ประกอบสมรรถนะทั้งหมด 6 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะรวม 33 ข้อ และ (3) คำอธิบายวิธีการและตัวอย่างในการประเมิน

5) ตรวจสอบ ความถูกต้องด้านการใช้ภาษา ความชัดเจนของประเด็นคำถาม เพื่อให้ตอบได้ตรงประเด็นที่ต้องการคำตอบ โดยผู้ปฏิบัติการทางคลินิก ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าห้องผ่าตัด แต่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการสร้างแบบ

ประเมินและไม่ได้เป็นผู้ใช้แบบประเมิน จำนวน 5 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงแบบประเมินให้มีความชัดเจนมากขึ้นตามคำแนะนำ

2.3.3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบประเมินไปทดลองใช้

1) กำหนดสถานที่ที่จะนำแบบประเมินไปทดลองใช้

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งขอบเขตของการศึกษา เป็นการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ เพื่อให้บุคลากรสามารถสร้างผลงานที่ทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์และพันธกิจ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบประเมิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้ในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลราชวิถีตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2) กำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการ

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบุคลากรในหน่วยผ่าตัดที่มีหน้าที่ในการฝึกสอนบุคลากรผู้สำเร็จใหม่ (Novice) ระดับเริ่มต้นก้าวหน้า (Advanced beginner) และเนื่องจากมีจำนวนของบุคลากรมากกว่าหน่วยอื่นๆ คือมีหน่วยละ 6 คน โดยให้หัวหน้าหน่วยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทดลองใช้แบบประเมิน โดยให้มีผู้ประเมิน 2 คน ประเมินบุคลากรในที่มของตนเองเพียง 1 คน กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการวิจัยในขั้นตอนนี้ 5 คู่ รวม 15 ท่าน โดยมีวิธีการประเมินดังแสดงในตารางที่ 3.5 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 3.6 และ 3.7

ตารางที่ 3.5 แสดงการจับคู่ในการประเมิน ทั้ง 5 คู่ของกลุ่มของผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน

ลำดับคู่	หน่วยผ่าตัด	ผู้ประเมินคนที่ 1	ผู้ประเมินคนที่ 2	ผู้ได้รับการประเมิน
1	นรีเวช	A_1	A_2	O_1
2	กระดูกและข้อ	B_1	B_2	O_2
3	จักษุ	C_1	C_2	O_3
4	โสต ศอ นาสิก	D_1	D_2	O_4
5	ศัลยกรรมทั่วไป	E_1	E_2	O_5

จากตารางแสดงการจับคู่ของผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน คือ คู่ที่ 1 A_1 และ A_2 ประเมิน O_1 คู่ที่ 2 B_1 และ B_2 ประเมิน O_2 คู่ที่ 3 C_1 และ C_2 ประเมิน O_3 คู่ที่ 4 D_1 และ D_2 ประเมิน O_4 คู่ที่ 5 E_1 และ E_2 ประเมิน O_5

ตารางที่ 3.6 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ประเมิน จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
36 – 40 ปี	1	10
41 – 45 ปี	3	30
46 – 50 ปี	5	50
51 – 55 ปี	1	10
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	5	50
ปริญญาโท	5	50
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด		
10 – 15 ปี	3	30
16 – 20 ปี	1	10
21 – 25 ปี	3	30
26 – 30 ปี	3	30
รวม	10	100

จากตารางที่ 3.6 แสดงให้เห็นถึงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประเมิน ซึ่งจำแนกตามอายุ พบว่า มีอายุอยู่ในระหว่าง 46 – 50 ปี มีจำนวนสูงสุด อันดับรองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 41 – 45 ปี มีจำนวนร้อยละ 50 และ 30 ตามลำดับ การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างนี้จะมีทั้งจบระดับปริญญาโทและปริญญาตรี มีจำนวนร้อยละ 50 ส่วนประสบการณ์ทำงาน กลุ่มที่มีประสบการณ์ 10 – 15 ปี 21 – 25 ปี และ 26 – 30 ปี มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 30

ตารางที่ 3.7 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับการประเมินจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
24 – 30 ปี	4	80
51 – 55 ปี	1	20
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	5	100
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด		
1 – 3 ปี	5	100
รวม	5	100

จากตารางที่ 3.7 แสดงให้เห็นถึงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ได้รับการประเมิน ซึ่งจำแนกตามอายุ พบว่า มีอายุอยู่ในระหว่าง 24 – 30 ปี มีจำนวนสูงสุด คือมีจำนวนร้อยละ 80 และ 30 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน คือจบปริญญาตรีทั้งหมด ส่วนประสบการณ์ทำงานทั้งหมด มีประสบการณ์อยู่ในระหว่าง 1 – 3 ปี

2.3.3.3 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Inter – rater reliability)

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตจากหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัด เพื่อขอทดลองนำแบบประเมินมาใช้ โดยแจ้งถึงกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นผู้ร่วมวิจัยด้วย และได้ทำการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ร่วมวิจัยทั้ง 15 ท่านพร้อมทั้งแจ้งจุดประสงค์ในการทดลองนำแบบประเมินมาทดลองใช้ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ส่งแบบสอบถาม 1 สัปดาห์

2) การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาความคงที่ของแบบประเมิน ด้วยวิธีการหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater reliability) และคำนวณหาค่าเฉลี่ยของค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกตระหว่างผู้ประเมินทั้ง 5 คู่ สูตรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ คือ (บุญใจ ศรีสถิตยัณนากร, 2547: 245-246 และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547:

สูตรการหาค่าความเท่าเทียม

$$P = \frac{P_O}{P_O + P_E}$$

P คือค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต

P_O คือจำนวนการประเมินที่สอดคล้อง

P_E คือจำนวนการประเมินที่ไม่สอดคล้อง

ผลการหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater reliability) โดยรวมเป็นค่าเฉลี่ยที่ได้จากการสังเกต (ค่า P) ของผู้ประเมินทั้ง 5 คู่ ได้ = 0.88

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะ

การสร้างเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานการตัดสินระดับสมรรถนะตามความคาดหวัง ของพยาบาลทุกระดับ

3.1 เกณฑ์แปลผลคะแนนที่ได้จากการประเมิน

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนตามระดับการประเมินที่ใช้เกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) เพื่อใช้ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ซึ่งใช้การตัดเกณฑ์ตามหลัก Upper and lower limit (วาสนา ประมวลพฤษ, 2549: 9 และ ไพฑูรย์ โภธิสาร, 2549) ดังนี้ (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.8 การแปลผลคะแนนตามระดับการประเมิน

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
มากกว่า 2.50	หมายถึง พยาบาลมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุในระดับสูง
1.50 – 2.49	หมายถึง พยาบาลมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 1.49	หมายถึง พยาบาลมีสมรรถนะตามรายการที่ระบุในระดับต่ำ

3.2 เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินในการแปลผลคะแนน

3.2.1 การถ่วงน้ำหนักคะแนนของสมรรถนะแต่ละด้าน

บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานจะต่างกันไปตามภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้นน้ำหนักสมรรถนะของแต่ละด้านจึงมีความสำคัญไม่เหมือนกัน การถ่วงน้ำหนักความสำคัญของสมรรถนะแต่ละด้านต้องมีการกำหนดก่อนที่จะวัดหรือประเมิน (สุวิมล ว่องวานิช, 2547: 10) การเปรียบเทียบคะแนนด้วยการแปลงคะแนนดิบเป็นร้อยละไม่สามารถทำได้ เพราะระยะห่างของช่วงคะแนนไม่เป็นส่วนที่ต่อเนื่องกัน เพราะความเจริญงอกงามของการเรียนรู้ของมนุษย์มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นที่ไม่เป็นเส้นตรง (ล้วน สายยศ และ

คณะ, 2543 : 297) ดังนั้นคะแนนที่ได้จากการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ จึงเป็นค่าคะแนนดิบที่ยังไม่สามารถแปลผลการวัดได้ การแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Standard setting) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินระดับสมรรถนะที่ประเมินได้ เปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะที่คาดหวัง เพื่อสรุปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการวางแผนการพัฒนาได้ การถ่วงน้ำหนักคะแนนของสมรรถนะที่ได้จากการพัฒนาแบบประเมินทั้ง 6 ด้าน ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานผ่าตัด ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 8 รวม 9 ท่าน ร่วมกันลงมติในการถ่วงน้ำหนักคะแนน ให้มีความเหมาะสมกับพยาบาลทุกระดับ ดังนี้ (ตารางที่ 3.9)

ตารางที่ 3.9 เกณฑ์การถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะรายด้านของพยาบาลทุกระดับ

รายการสมรรถนะ	หัวหน้า สาย ระดับ8	หัวหน้า หน่วย ระดับ7	พยาบาลปฏิบัติการ			
			ระดับ7	ระดับ6	ระดับ4-5	ระดับ3
1. การบริการทางคลินิก	15%	20%	25%	35%	40%	50%
2. การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ ทางการพยาบาล	18%	15%	12%	10%	10%	5%
3. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	20%	15%	10%	7%	5%	5%
4. การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการ พยาบาล	20%	15%	13%	8%	5%	5%
5. นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	7%	15%	20%	20%	20%	15%
6. การสื่อสาร	20%	20%	20%	20%	20%	20%

3.2.2 เกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะเปรียบเทียบกับระดับที่คาดหวัง

คะแนนที่ได้จากการประเมินผลเป็นเพียงขั้นตอนของการวัดผลเท่านั้น การจะพิจารณาตัดสินว่าคะแนนที่ได้ของสมรรถนะแต่ละด้านนั้นเป็นลักษณะใด ผู้ได้รับการประเมินมีคะแนนผ่านหรือตก หรือได้คะแนนขั้นไหน จะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงหรือไม่ เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาเพื่อตัดสินผลของการประเมินผล จึงต้องใช้ในการกำหนดตามแนวคิด ของการประเมินเพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้ได้สมรรถนะตามที่องค์กรคาดหวัง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเกณฑ์การประเมินผลด้วยวิธีการกำหนดเกณฑ์แบบสัมบูรณ์ (Standard criterion) หรือ Absolute grading เพื่อใช้ในการกำหนดค่าคะแนนเปรียบเทียบเป็นระดับสมรรถนะที่ต้องการวัด โดยเทียบจากคะแนนร้อยละ (ณรงวิทย์ แสนทอง, 2547:64; เพ็ญ ทองแก้ว, 2549; พิษิต ฤทธิ์จรูญ, 2548:201; ล้วน และอังคณา สายยศ, 2543: 318) ดังนี้

95 – 100 %	หมายถึงสามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้มาก (Outstanding)
85 – 94%	หมายถึงสามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด (Exceeds standard)
75 – 84%	หมายถึงสามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Meet expectation)
65 – 74%	หมายถึงสามารถทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้เป็นบางส่วน (Partially meet expectation)
ต่ำกว่า 65%	หมายถึงยังไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด หรือต่ำกว่ามาตรฐาน (Lower expectation / Unacceptable)

ระยะที่ 2 การสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

2.1 นำแบบประเมินที่ได้ไปใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดประชากรที่จะนำแบบประเมินสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้จริง คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกระดับของ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานที่ AORN กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ขออนุญาตจากหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัดในการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยการนำแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาแล้ว มาใช้ประเมินสมรรถนะในหน่วยงานห้องผ่าตัด
- 2) ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าสายและหัวหน้าหน่วยทุกคน เพื่อขอความร่วมมือในการร่วมวิจัย โดยให้เป็นผู้ทดลองใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการประเมินผู้ได้บังคับบัญชา พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ (Patient / Participate Information Sheet)
- 3) นำแบบประเมินสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงและเที่ยงแล้ว นำมาพัฒนาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ที่ทดลองนำไปใช้ ไปให้ผู้ทำหน้าที่ในการประเมินตามนโยบายของหน่วยงานและตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยให้มีการทดลองนำไปใช้จริงในการประเมินผู้ได้บังคับบัญชาที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเฉพาะในทีมของตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 การใช้แบบประเมิน โดยผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	ประเมิน	หัวหน้าสายงานผ่าตัด (พยาบาล ระดับ 8)
หัวหน้าสายงานผ่าตัด (พยาบาล ระดับ 8)	ประเมิน	หัวหน้าหน่วยผ่าตัด (พยาบาล ระดับ 7)
หัวหน้าหน่วยผ่าตัด (พยาบาล ระดับ 7)	ประเมิน	พยาบาลปฏิบัติการ (พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7, 6, 5, 4 ,3) ที่เป็นผู้ได้บังคับบัญชา

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการนำแบบประเมินไปใช้จริง มาวิเคราะห์หาสถิติพื้นฐาน ของค่าคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้รับการประเมินทั้งหมดเป็นรายข้อ แสดงเป็นผลโดยรวมของคะแนนประเมินสมรรถนะแยกเป็นรายด้าน และเป็นผลโดยรวมของสมรรถนะรวมทุกด้าน แยกเป็นกลุ่มๆ โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มประชากรตามหน้าที่ความรับผิดชอบตามตำแหน่งงาน และภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะประชากรของแต่ละกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3.8 ถึง ตารางที่ 3.13 ดังนี้ต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.2.1 ประชากรกลุ่มที่ได้รับการประเมินจากหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นพยาบาลหัวหน้าสาย ระดับ 8 จำนวน 8 คน และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการประเมินหัวหน้าหน่วยผ่าตัดที่อยู่ในความรับผิดชอบของสายงานตนเอง มีลักษณะประชากรดังในตารางที่ 3.11

ตารางที่ 3.11 จำนวน (ร้อยละ) ของหัวหน้าสาย ระดับ 8 จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา
ประสบการณ์ทำงาน ของพยาบาล

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
49 – 50 ปี	2	25
51 – 55 ปี	3	37.5
56 – 59 ปี	3	37.5
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	3	37.5
ปริญญาโท	5	62.5
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
24 ปี – 30 ปี	5	62.5
มากกว่า 30 ปี	3	37.5
รวม	8	100

จากตารางที่ 3.11 พบว่าประชากรกลุ่มนี้ เป็นพยาบาลหัวหน้าสาย ซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารร่วมกับการปฏิบัติการด้วย เป็นกลุ่มที่มีอายุที่มีอายุและประสบการณ์สูง โดยกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 51 – 55 ปี และ 56 – 59 ปี มีจำนวนร้อยละ 37.5 เท่ากัน การศึกษามีผู้จบปริญญาโทมากที่สุด คือร้อยละ 62.5 และมีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 24 – 30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 62.5

2.2.2 ประชากรกลุ่มที่ได้รับการประเมินจากหัวหน้าสายงานผ่าตัด เป็นพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ระดับ 7 ทุกสาขาจำนวน 10 คน และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการประเมินพยาบาลปฏิบัติการทุกระดับที่อยู่ในความรับผิดชอบในหน่วยผ่าตัดของตนเอง มีลักษณะประชากรที่แยกตามระดับ ดังในตารางที่ 3.12

ตารางที่ 3.12 จำนวน (ร้อยละ) ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ระดับ 7 จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
44 – 50 ปี	9	90
มากกว่า 50 ปี	1	10
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	7	70
ปริญญาโท	3	30
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
น้อยกว่า 20 ปี	1	10
มากกว่า 20 ปี – 25 ปี	8	80
มากกว่า 25 ปี	1	10
รวม	10	100

จากตารางที่ 3.12 ลักษณะของกลุ่มพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 มีอายุอยู่ระหว่าง 44 – 50 ปี จำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 90 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 70 ส่วนประสบการณ์ในการทำงานจำนวนมากที่สุด คือกลุ่มที่มีประสบการณ์มากที่สุด 20 – 25 ปี ร้อยละ 80

2.2.3 ประชากรกลุ่มที่ได้รับการประเมินจากหัวหน้าหน่วยผ่าตัด เป็นพยาบาลปฏิบัติการซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มตามตำแหน่งคือ พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 พยาบาลวิชาชีพระดับ 4-5 และพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ดังแสดงในตารางที่ 3.13 -3.16

ตารางที่ 3.13 จำนวน (ร้อยละ) ของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7 จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
34 – 40 ปี	6	22.22
41 – 45 ปี	10	37.04
46 – 50 ปี	5	18.52
มากกว่า 50 ปี	6	22.22
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	22	81.48
ปริญญาโท	5	18.52
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
3 – 5 ปี	3	11.11
มากกว่า 5 – 10 ปี	7	25.93
มากกว่า 10 – 15 ปี	6	22.22
มากกว่า 15 ปี – 20 ปี	8	29.63
มากกว่า 20 ปี	3	11.11
รวม	27	100

จากตารางที่ 3.13 ลักษณะของกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7 จะมีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 45 ปี จำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 34 – 40 ปี และ มากกว่า 50 ปี ร้อยละ 37.04 และ 22.22 ตามลำดับ ระดับการศึกษามีผู้ที่จบปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 81.48 ส่วนประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนมากที่สุด คือกลุ่มที่มีประสบการณ์มาก ระหว่าง 15 – 20 ปี และรองลงมาคือ กลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 – 10 ปี ร้อยละ 29.63 และร้อยละ 25.93 ตามลำดับ

ตารางที่ 3.14 จำนวน (ร้อยละ) ของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6 จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา
ประสบการณ์ทำงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
29 – 35 ปี	3	42.86
41 – 45 ปี	2	28.57
มากกว่า 50 ปี	2	28.57
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	7	100
ปริญญาโท	0	0
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
น้อยกว่า 2 ปี	1	14.28
มากกว่า 2 – 5 ปี	3	42.86
มากกว่า 5 – 10 ปี	3	42.86
รวม	7	100

จากตารางที่ 3.14 ลักษณะของกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6 จะมีอายุอยู่ระหว่าง 29 – 35 ปี จำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41 – 45 ปี และ มากกว่า 50 ปี ร้อยละ 42.86 และ 28.57 ตามลำดับ ทุกคนมีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรี ส่วนประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนมากที่สุด คือกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 2 – 5 ปี และ 5 – 10 ปี ทั้งสองกลุ่มเท่ากัน คือร้อยละ 42.86

ตารางที่ 3.15 จำนวน (ร้อยละ) ของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5 จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
27 – 30 ปี	5	71.43
31 – 35 ปี	2	28.57
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	7	100
ปริญญาโท	0	0
ประสบการณ์ทำงานในหอผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
น้อยกว่า 2 ปี	1	14.29
มากกว่า 2 – 5 ปี	5	71.43
มากกว่า 5 – 10 ปี	1	14.29
รวม	7	100

จากตารางที่ 3.15 ลักษณะของกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5 จะมีอายุอยู่ระหว่าง 27 – 30 ปี จำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 71.43 ทุกคนมีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรี ส่วนประสบการณ์ในการทำงาน กลุ่มที่มีประสบการณ์ระหว่าง 2 – 5 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 71.43

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.16 จำนวน (ร้อยละ) ของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
24 – 25 ปี	8	100
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	8	100
ปริญญาโท	0	0
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลวิชาชีพ		
น้อยกว่า 2 ปี	4	50.00
มากกว่า 2 – 5 ปี	4	50.00
รวม	7	100

จากตารางที่ 3.16 ลักษณะของกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 ทุกคน จะมีอายุอยู่ระหว่าง 24 – 25 ปี และมีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีทุกคน ส่วนประสบการณ์ในการทำงาน อยู่ระหว่าง 2 – 6 ปี และน้อยกว่า 2 ปีมีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 50

2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบประเมินไปทดลองใช้

2.3.1 พยาบาลหัวหน้าสาย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 8 มีคะแนนที่ได้จากการประเมินสมรรถนะโดยรวมทุกด้าน เฉลี่ย 2.70 จากคะแนนเต็ม 3 หมายถึง พยาบาลกลุ่มนี้มีสมรรถนะเฉลี่ยรวมทุกด้านในระดับสูง

2.3.2 พยาบาลหัวหน้าหน่วย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 มีคะแนนที่ได้จากการประเมินสมรรถนะโดยรวมทุกด้าน เฉลี่ย 2.36 จากคะแนนเต็ม 3 หมายถึง พยาบาลกลุ่มนี้มีสมรรถนะเฉลี่ยรวมทุกด้านในระดับปานกลาง

2.3.3 พยาบาลปฏิบัติการ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 และระดับ 6 มีคะแนนที่ได้จากการประเมินสมรรถนะโดยรวมทุกด้าน เฉลี่ย 1.99 และ 1.78 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 3 หมายถึง พยาบาลกลุ่มนี้มีสมรรถนะเฉลี่ยรวมทุกด้านในระดับปานกลาง

2.3.4 พยาบาลปฏิบัติการ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 4 – 5 และระดับ 3 มีคะแนนที่ได้จากการประเมินสมรรถนะโดยรวมทุกด้าน เฉลี่ย 1.4 และ 1.16 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 3 หมายถึง พยาบาลกลุ่มนี้มีสมรรถนะเฉลี่ยรวมทุกด้านในระดับต่ำ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างและประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีทุกระดับ การวิจัยมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมิน ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบประเมิน และระยะที่ 3 การกำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะ ผลการศึกษามี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

ตอนที่ 2. เส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

ตอนที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

1.1 แบบประเมินสมรรถนะที่ได้จากการสร้างและพัฒนา

แบบประเมินสมรรถนะที่ได้ ภายหลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้สมรรถนะรวม 6 ด้าน รวมมีรายการสมรรถนะ 33 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการบริการทางคลินิก มีรายการสมรรถนะ 9 ข้อ 2) ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล มีรายการสมรรถนะ 6 ข้อ 3) ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม มีรายการสมรรถนะ 7 ข้อ 4) ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล มีรายการสมรรถนะ 7 ข้อ 5) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี มีรายการสมรรถนะ 3 ข้อ 6) ด้านการสื่อสาร มีรายการสมรรถนะ 3 ข้อ (ตัวอย่างแบบประเมินแสดงในภาคผนวก ง)

1.2 คุณภาพของแบบประเมินในด้านความตรงและความเที่ยง

คุณภาพของแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในด้านความตรงตามเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index – CVI) และด้านความเที่ยงด้วยการหาความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) (แสดงในตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบประเมินด้านความตรงและความเที่ยง

ข้อคำถามของรายการสมรรถนะ จำแนกตามรายด้าน	จำนวนข้อ		ค่า CVI	ค่า α
	รวม	เห็นด้วย ระดับ3,4		
1. ด้านการบริการทางคลินิก	54	47	0.87	0.98
2. ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล	30	28	0.93	0.99
3. ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	33	30	0.91	0.98
4. ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล	24	15	0.63	0.90
5. ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	12	12	1.0	0.93
6. ด้านการสื่อสาร	18	15	0.83	0.94
โดยรวมทั้งหมด	171	147	0.86	0.99

จากตารางที่ 4.1 คุณภาพของแบบประเมินด้านความตรงตามเนื้อหา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 คุณภาพของแบบประเมินโดยรวมทั้งหมด ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.86, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.99

1.2.2 คุณภาพของแบบประเมินด้าน นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.0, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.93

1.2.3 คุณภาพของแบบประเมินด้าน การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.93, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.99

1.2.4 คุณภาพของแบบประเมินด้าน ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.91, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.98

1.2.5 คุณภาพของแบบประเมินด้าน การบริการทางคลินิก ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.87, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.98

1.2.6 คุณภาพของแบบประเมินด้าน การสื่อสาร ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.83, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.94

1.2.7 คุณภาพของแบบประเมินด้าน การวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.63, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α -coefficients) = 0.90

สรุป คุณภาพของแบบประเมินที่ได้ภายหลังจากตรวจสอบความตรงและความเที่ยงจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยรวม มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพิจารณาตามรายด้าน ทุกด้านมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index = CVI) มากกว่า 0.8 ยกเว้น ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาต่ำที่สุด คือ 0.63 เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า พยาบาลส่วนมากยังไม่ได้ผลิตรายงานวิจัย แต่ผู้วิจัยไม่ได้ตัดข้อคำถามออก เพราะโรงพยาบาลราชวิถีได้มีวิสัยทัศน์ว่าจะมีความเป็นเลิศทางวิชาการ และมีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ในการสร้างผลผลิตด้านวิชาการ โดยตั้งเป้าหมายไว้คือจะพัฒนาบุคลากรพยาบาลทุกระดับให้สามารถสร้างงานวิจัยได้ แต่ผู้วิจัยได้ปรับสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา

1.3 คุณภาพของแบบประเมินในด้านความคงที่ จากการนำแบบประเมินที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) ด้วยการหาเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability) โดยใช้วิธีให้มีผู้ประเมิน 2 คน (ผู้สังเกต) ประเมินผู้ร่วมงานคนเดียวกัน (แสดงในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์หาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability)

ลำดับคู่ของผู้ประเมิน (แผนก / สาขา)	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้รับการ ประเมิน	จำนวนข้อที่ สอดคล้อง (n = 33)	Inter-rater reliability (P)
1 สุตติ – นรีเวช (A)	A ₁	A ₂	O ₁	19	0.58
2 กระจกและข้อ (B)	B ₁	B ₂	O ₂	32	0.97
3 จักขุ (C)	C ₁	C ₂	O ₃	31	0.94
4 โสิต ศอ นาสิก (D)	D ₁	D ₂	O ₄	30	0.91
5 ศัลยกรรมทั่วไป (E)	E ₁	E ₂	O ₅	33	1
เฉลี่ยค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต 5 คู่ (Inter – rater reliability) = 0.88					

จากตารางที่ 4.2 ผลที่ได้จากการประเมิน (สังเกต) (Inter-rater reliability – ค่า P) โดยรวมของผู้สังเกต 5 คู่ เฉลี่ย = 0.88 ซึ่งแปลความหมายได้ว่า ผลของการนำแบบประเมินไปหาค่าความคงที่ด้วยการวัดซ้ำ ได้จำนวนข้อรายการของพฤติกรรมที่ต้องการประเมินที่เข้าใจตรงกัน ถึงร้อยละ 88 ข้อ และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่ พบว่า ผลการหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต คู่ที่ 5 (E₁ และ E₂), คู่ที่ 2 (B₁ และ B₂), คู่ที่ 3 (C₁ และ C₂), คู่ที่ 4 (D₁ และ D₂) และ คู่ที่ 1 (A₁ และ A₂) มีค่า = 1, 0.97, 0.94, 0.91 และ 0.58 ตามลำดับ

1.4 เกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะ

การตัดสินระดับสมรรถนะนั้น ต้องใช้เกณฑ์ที่นำมาประกอบในการพิจารณาเพื่อตัดสินระดับสมรรถนะ คือ เกณฑ์การถ่วงน้ำหนักและเกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะเปรียบเทียบกับระดับที่คาดหวัง ด้วยการใช้เกณฑ์แบบสัมบูรณ์ (Standard criterion) หรือ Absolute grading และเปรียบเทียบเป็นคะแนน (ร้อยละ)

ตารางที่ 4.3 เกณฑ์การถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะรายด้านของพยาบาลทุกระดับ

รายการสมรรถนะ	หัวหน้าสายระดับ8	หัวหน้าหน่วยระดับ7	พยาบาลปฏิบัติการ			
			ระดับ7	ระดับ6	ระดับ4-5	ระดับ3
1. การบริการทางคลินิก	15%	20%	25%	35%	40%	50%
2. การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล	18%	15%	12%	10%	10%	5%
3. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	20%	15%	10%	7%	5%	5%
4. การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล	20%	15%	13%	8%	5%	5%
5. นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	7%	15%	20%	20%	20%	15%
6. การสื่อสาร	20%	20%	20%	20%	20%	20%

จากตารางที่ 4.3 หมายถึง

1) หัวหน้าสายระดับ 8 ได้รับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน คือ ด้านการบริการทางคลินิก ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพฯ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี และด้านการสื่อสาร คิดเป็นน้ำหนัก ร้อยละ 15, 18, 20, 20, 7 และ 20 ตามลำดับ

2) หัวหน้าหน่วยระดับ 7 ได้รับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน คือ ด้านการบริการทางคลินิก ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพฯ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี และด้านการสื่อสาร คิดเป็นน้ำหนัก ร้อยละ 20, 15, 15, 15, 15 และ 20 ตามลำดับ

3) พยาบาลปฏิบัติการระดับ 7 ได้รับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน คือ ด้านการบริการทางคลินิก ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพฯ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี และด้านการสื่อสาร คิดเป็นน้ำหนัก ร้อยละ 25, 12, 10, 13, 20 และ 20 ตามลำดับ

4) พยาบาลปฏิบัติกรระดับ 6 ได้รับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน คือ ด้านการบริการทางคลินิก ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพฯ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี และด้านการสื่อสาร คิดเป็นน้ำหนัก ร้อยละ 35, 10, 7, 8, 20 และ 20 ตามลำดับ

5) พยาบาลปฏิบัติกรระดับ 4 – 5 ได้รับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน คือ ด้านการบริการทางคลินิก ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพฯ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี และด้านการสื่อสาร คิดเป็นน้ำหนัก ร้อยละ 40, 10, 5, 5, 20 และ 20 ตามลำดับ

6) พยาบาลปฏิบัติกรระดับ 3 ได้รับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน คือ ด้านการบริการทางคลินิก ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพฯ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี และด้านการสื่อสาร คิดเป็นน้ำหนัก ร้อยละ 50, 5, 5, 5, 15 และ 20 ตามลำดับ

การตัดสินระดับสมรรถนะ กระทำโดยการนำผลของคะแนนที่ได้จากการประเมิน ไปคูณกับน้ำหนักของสมรรถนะที่ได้รับการถ่วงน้ำหนักตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น พยาบาลหัวหน้าสายระดับ 8 ได้รับคะแนนจากการประเมินสมรรถนะ ด้านการบริการทางคลินิก = คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย = 2.84 เมื่อคิดคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะจะได้ = $2.84 \times 15 = 42.6$

นำผลที่ได้โดยรวมค่าคะแนนสมรรถนะทุกด้าน ไปเปรียบเทียบเป็นคะแนน (ร้อยละ) กับระดับสมรรถนะตามความคาดหวัง โดยเปรียบเทียบความหมายของการตัดสินไว้ดังนี้

คะแนนประเมินที่ได้ (ร้อยละ)	ความหมายของการแปลผลคะแนน
95 – 100	หมายถึงสามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้มาก (Outstanding)
85 – 94	หมายถึงสามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด (Exceeds standard)
75 – 84	หมายถึงสามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Meet expectation)
65 – 74	หมายถึงสามารถทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้เป็นบางส่วน (Partially meet expectation)
ต่ำกว่า 65%	หมายถึงยังไม่สามารถทำตามมาตรฐานที่กำหนด หรือต่ำกว่ามาตรฐาน (Lower expectation / Unacceptable)

ตอนที่ 2 เส้นฐาน (Base line) สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

ประชากร คือพยาบาลวิชาชีพทุกระดับของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี รวม 57 คน ผลการประเมินแบ่งกลุ่มตามลักษณะประชากร รวมเป็น 6 กลุ่ม

2.1 ผลคะแนนการประเมินสมรรถนะ ที่ได้จากการนำแบบประเมินไปใช้ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้าน และเป็นรายข้อ (ดังตารางที่ 4.4 – 4.10)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 ผลการประเมินสมรรถนะโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

รายการสมรรถนะ	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การบริการทางคลินิก	2.84	0.08	สูง	2.76	0.09	สูง	2.25	0.11	ปานกลาง	2.21	0.23	ปานกลาง	1.52	0.27	ปานกลาง	1.19	0.15	ต่ำ
2. การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล	2.90	0.15	สูง	2.38	0.28	ปานกลาง	1.95	0.26	ปานกลาง	1.69	0.21	ปานกลาง	1.29	0.24	ต่ำ	1.15	0.05	ต่ำ
3. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	2.80	0.14	สูง	2.40	0.14	ปานกลาง	2.07	0.23	ปานกลาง	1.86	0.26	ปานกลาง	1.47	0.20	ต่ำ	1.20	0.16	ต่ำ
4. การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล	2.45	0.63	ปานกลาง	1.92	0.49	ปานกลาง	1.72	0.13	ปานกลาง	1.29	0.17	ต่ำ	1.09	0.13	ต่ำ	1.03	0.06	ต่ำ
5. นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	2.50	0.22	สูง	2.23	0.40	ปานกลาง	1.80	0.41	ปานกลาง	1.57	0.49	ปานกลาง	1.38	0.30	ต่ำ	1.08	0.07	ต่ำ
6. การสื่อสาร	2.71	0.14	สูง	2.47	0.15	ปานกลาง	2.15	0.06	ปานกลาง	2.05	0.08	ปานกลาง	1.67	0.08	ปานกลาง	1.29	0.19	ต่ำ
โดยรวม	2.70	0.2	สูง	2.40	0.3	ปานกลาง	2.00	0.20	ปานกลาง	1.80	0.30	ปานกลาง	1.40	0.20	ต่ำ	1.20	0.10	ต่ำ

ตารางที่ 4.5 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

รายการสมรรถนะ ด้านการบริการทางคลินิก	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว	3.00	0.00	สูง	2.80	0.42	สูง	2.19	0.68	ปานกลาง	2.00	0.82	ปานกลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
2. การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	2.88	0.35	สูง	2.70	0.67	สูง	2.19	0.79	ปานกลาง	2.43	1.72	ปานกลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
3. การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	2.75	0.46	สูง	2.90	0.32	สูง	2.19	0.79	ปานกลาง	2.00	0.58	ปานกลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
4. การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	2.88	0.35	สูง	2.70	0.67	สูง	2.15	0.86	ปานกลาง	2.57	0.79	สูง	1.57	0.53	ปานกลาง	1	0.00	ต่ำ
5. การประเมินผลการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	2.88	0.35	สูง	2.60	0.70	สูง	2.19	0.74	ปานกลาง	1.86	0.90	ปานกลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
6. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) เฉพาะโรค	2.88	0.35	สูง	2.80	0.63	สูง	2.33	0.78	ปานกลาง	2.29	0.76	ปานกลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.13	0.46	ต่ำ
7. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating nurse)	2.75	0.71	สูง	2.70	0.67	สูง	2.22	0.75	ปานกลาง	2.29	0.76	ปานกลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.25	0.46	ต่ำ

ตารางที่ 4.5 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ (ต่อ)

รายการสมรรถนะ ด้านการบริการทางคลินิก (ต่อ)	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
8. การเก็บสิ่งส่งตรวจ	2.75	0.71	สูง	2.8	0.63	สูง	2.48	0.64	ปานกลาง	2.29	0.76	ปานกลาง	2.14	0.38	ปานกลาง	1.50	0.76	ปานกลาง
9. ปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยใช้ความรู้ในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ	2.88	0.08	สูง	2.8	0.42	สูง	2.33	0.78	ปานกลาง	2.14	0.69	ปานกลาง	1.71	0.49	ปานกลาง	1.38	0.74	ต่ำ
โดยรวม	2.84	0.08	สูง	2.76	0.09	สูง	2.25	0.11	ปานกลาง	2.21	0.23	ปานกลาง	1.52	0.27	ปานกลาง	1.19	0.15	ต่ำ

ตารางที่ 4.6 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

รายการสมรรถนะ ด้านการบริหารจัดการและพัฒนา คุณภาพทางการพยาบาล	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. วางแผนปฏิบัติการให้สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ของงานห้องผ่าตัด	2.88	0.35	สูง	2.20	0.42	ปาน กลาง	1.48	0.70	ต่ำ	1.43	0.53	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
2. บริหารอัตรากำลังในห้องผ่าตัด	2.63	0.52	สูง	2.00	0.67	ปาน กลาง	1.89	0.85	ปาน กลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
3. การบริหารจัดการ อุปกรณ์ เครื่องมือในการผ่าตัด	3.00	0.00	สูง	2.80	0.63	สูง	2.15	0.77	ปาน กลาง	1.86	0.69	ปาน กลาง	1.57	0.53	ปาน กลาง	1.13	0.35	ต่ำ
4. การบริหารความเสี่ยง	3.00	0.00	สูง	2.30	0.67	ปาน กลาง	1.96	0.59	ปาน กลาง	1.86	0.69	ปาน กลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
5. มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ	3.00	0.00	สูง	2.50	0.71	สูง	2.19	0.68	ปาน กลาง	1.86	0.49	ปาน กลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.25	0.46	ต่ำ
6. การพัฒนาคุณภาพการบริการ พยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด	2.88	0.35	สูง	2.50	0.71	สูง	2.04	0.65	ปาน กลาง	1.71	0.90	ปาน กลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
โดยรวม	2.90	0.15	สูง	2.38	0.28	ปาน กลาง	1.95	0.26	ปาน กลาง	1.69	0.21	ปาน กลาง	1.29	0.24	ต่ำ	1.15	0.05	ต่ำ

ตารางที่ 4.7 ผลการประเมินสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

รายการสมรรถนะ ด้านภาวะผู้นำและ การทำงานเป็นทีม	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ทักษะในการตัดสินใจ	2.88	0.35	สูง	2.60	0.70	สูง	2.37	0.69	ปานกลาง	2.29	0.76	ปานกลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.25	0.46	ต่ำ
2. สามารถเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติงานให้กับผู้ร่วมทีม	3.00	0.00	สูง	2.30	0.67	ปานกลาง	1.89	0.70	ปานกลาง	1.57	0.53	ปานกลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
3. ทักษะการเจรจาต่อรอง การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง	2.63	0.52	สูง	2.30	0.82	ปานกลาง	2.04	0.76	ปานกลาง	2.00	0.58	ปานกลาง	1.29	0.76	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
4. สามารถสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในทีมได้	2.63	0.52	สูง	2.20	0.79	ปานกลาง	1.67	0.62	ปานกลาง	1.57	0.53	ปานกลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
5. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมทีมผ่าตัดและทีมสหวิชาชีพ	2.88	0.35	สูง	2.50	0.53	สูง	2.19	0.68	ปานกลาง	1.71	0.76	ปานกลาง	1.71	0.76	ต่ำ	1.38	0.52	ต่ำ
6. มุ่งมั่น เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	2.88	0.35	สูง	2.50	0.71	สูง	2.15	0.66	ปานกลาง	1.86	0.69	ปานกลาง	1.71	0.49	ต่ำ	1.25	0.46	ต่ำ
7. ทักษะการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกในทีมงาน	2.75	0.46	สูง	2.40	0.70	ปานกลาง	2.22	0.75	ปานกลาง	2.00	0.58	ปานกลาง	1.57	0.79	ต่ำ	1.38	0.52	ต่ำ
โดยรวม	2.80	0.14	สูง	2.40	0.14	ปานกลาง	2.07	0.23	ปานกลาง	1.86	0.26	ปานกลาง	1.47	0.20	ต่ำ	1.20	0.16	ต่ำ

ตารางที่ 4.8 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ

รายการสมรรถนะ ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ ทางการพยาบาล	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. มีความรู้ในเรื่องการวิจัย	2.13	0.83	สูง	1.40	0.52	ต่ำ	1.63	0.63	ปานกลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
2. เผยแพร่ผลงานวิจัย / บทความทางวิชาการ	1.50	0.53	ปานกลาง	1.40	0.52	ต่ำ	1.33	0.48	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
3. นิเทศงานการพยาบาลผ่าตัดแก่หน่วยงานภายใน / ภายนอกองค์กร	3.00	0.00	สูง	2.40	0.84	ปานกลาง	1.89	0.75	ปานกลาง	1.43	0.79	ต่ำ	1.29	0.49	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
4. เป็นวิทยากรในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลเฉพาะทางในแต่ละสาขา	2.88	0.35	สูง	2.10	0.57	ปานกลาง	1.78	0.70	ปานกลาง	1.43	0.53	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
5. เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการพยาบาลผ่าตัดแก่หน่วยงานภายใน / ภายนอกองค์กร	2.75	0.46	สูง	2.30	0.82	ปานกลาง	1.96	0.81	ปานกลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.14	0.38	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
โดยรวม	2.45	0.63	ปานกลาง	1.92	0.49	ปานกลาง	1.72	0.13	ปานกลาง	1.29	0.17	ต่ำ	1.09	0.13	ต่ำ	1.00	0.06	ต่ำ

ตารางที่ 4.9 ผลการประเมินสมรรถนะนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

รายการสมรรถนะ ด้านนวัตกรรมและ การใช้เทคโนโลยี	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ทักษะการดูแล การใช้งานของ อุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ผ่าตัด	2.63	0.52	สูง	2.60	0.70	สูง	2.22	0.85	ปาน กลาง	2.14	0.69	ปาน กลาง	1.71	0.49	ปาน กลาง	1.13	0.35	ต่ำ
2. คิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม	2.63	0.74	สูง	2.30	0.82	ปาน กลาง	1.78	0.70	ปาน กลาง	1.29	0.49	ต่ำ	1.14	0.38	ต่ำ	1.13	0.35	ต่ำ
3. ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน	2.25	1.04	ปาน กลาง	1.80	0.79	ปาน กลาง	1.41	0.69	ต่ำ	1.29	0.49	ต่ำ	1.29	0.49	ต่ำ	1.00	0.00	ต่ำ
โดยรวม	2.50	0.22	สูง	2.23	0.40	ปาน กลาง	1.80	0.41	ปาน กลาง	1.57	0.30	ปาน กลาง	1.38	0.30	ต่ำ	1.08	0.07	ต่ำ

ตารางที่ 4.10 ผลการประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสาร ของพยาบาลทุกระดับ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

รายการสมรรถนะ ด้านการสื่อสาร	พยาบาลหัวหน้าสาย (ระดับ 8) N = 8			พยาบาลหัวหน้าหน่วย (ระดับ 7) N = 10			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7, N = 27			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5, N = 7			พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3, N = 8		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ในการสื่อสาร	2.63	0.74	สูง	2.30	0.95	ปานกลาง	2.11	0.70	ปานกลาง	2.14	0.69	ปานกลาง	1.71	0.76	ปานกลาง	1.50	0.53	ปานกลาง
2. การรับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ	2.88	0.35	สูง	2.60	0.70	สูง	2.22	0.80	ปานกลาง	2.00	0.82	ปานกลาง	1.71	0.76	ปานกลาง	1.25	0.46	ต่ำ
3. การถ่ายทอดข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ	2.63	0.52	สูง	2.50	0.71	สูง	2.11	0.64	ปานกลาง	2.00	0.58	ปานกลาง	1.57	0.53	ปานกลาง	1.13	0.35	ต่ำ
โดยรวม	2.71	0.14	สูง	2.47	0.15	ปานกลาง	2.15	0.06	ปานกลาง	2.05	0.08	ปานกลาง	1.67	0.08	ปานกลาง	1.29	0.19	ต่ำ

จากตารางที่ 4.4 – 4.10 แสดงค่าคะแนนที่ได้รับ จากการใช้แบบประเมินไปประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกระดับ และทุกคนที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ค่าคะแนนที่ได้เป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉพาะกลุ่ม ทำการแปลผลคะแนนระดับสมรรถนะตามเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric) ดังนี้ คือ ระดับสูง หมายถึง พยาบาลมีสมรรถนะในด้านนั้นๆ ในระดับสูง ระดับปานกลาง หมายถึง พยาบาลมีสมรรถนะในด้านนั้นๆ ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ หมายถึง พยาบาลมีสมรรถนะในด้านนั้นๆ ในระดับต่ำ

2.2 ผลของคะแนนตามการถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะ ในตารางที่ 4.11
 ตารางที่ 4.11 ผลคูณของค่าเฉลี่ย (\bar{X}) กับคะแนนการถ่วงน้ำหนักของสมรรถนะรายด้าน ของ
 พยาบาลทุกระดับ

รายการสมรรถนะ	หัวหน้า	หัวหน้า	พยาบาลปฏิบัติการ			
	สาย	หน่วย				
	ระดับ8	ระดับ7	ระดับ7	ระดับ6	ระดับ4-5	ระดับ3
	N =8	N =10	N =27	N =7	N =7	N =8
1. การบริการทางคลินิก / เกณฑ์น้ำหนัก	15%	20%	25%	35%	40%	50%
1.1 คะแนนเฉลี่ย โดยรวม	2.84	2.76	2.25	2.21	1.52	1.19
1.2 คะแนนเฉลี่ยตามน้ำหนัก (ร้อยละ)	14.20	18.40	18.75	25.78	20.27	19.83
2. การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ ทางการพยาบาล / เกณฑ์น้ำหนัก	18%	15%	12%	10%	10%	5%
2.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยรวม	2.9	2.38	1.95	1.69	1.29	1.15
2.2 คะแนนเฉลี่ยตามน้ำหนัก (ร้อยละ)	17.40	11.90	7.80	5.63	4.30	1.92
3. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม / เกณฑ์น้ำหนัก	20%	15%	10%	7%	5%	5%
3.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยรวม	2.8	2.4	2.07	1.86	1.47	1.2
3.2 คะแนนเฉลี่ยตามน้ำหนัก (ร้อยละ)	18.67	12.00	6.90	4.34	2.45	2.00
4. การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการ พยาบาล / เกณฑ์น้ำหนัก	20%	15%	13%	8%	5%	5%
4.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยรวม	2.45	1.92	1.72	1.29	1.09	1.03
4.2 คะแนนเฉลี่ยตามน้ำหนัก (ร้อยละ)	16.33	9.6	7.453	3.44	1.817	1.717
5. นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี / เกณฑ์น้ำหนัก	7%	15%	20%	20%	20%	15%
5.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยรวม	2.5	2.23	1.8	1.57	1.38	1.08
5.2 คะแนนเฉลี่ยตามน้ำหนัก (ร้อยละ)	5.83	11.15	12.00	10.47	9.20	5.40
6. การสื่อสาร / เกณฑ์น้ำหนัก	20%	20%	20%	20%	20%	20%
6.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยรวม	2.71	2.47	2.15	2.05	1.67	1.29
6.2 คะแนนเฉลี่ยตามน้ำหนัก (ร้อยละ)	18.07	16.47	14.33	13.67	11.13	8.6
โดยรวม	90.50	79.52	67.24	63.33	49.17	39.47

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ผลรวมของค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับสมรรถนะทุกด้าน ที่ถูก
 แปลงเป็นคะแนนมาตรฐานตามการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะ (ร้อยละ) เพื่อนำไปใช้เป็นเกณฑ์ตัดสิน
 ระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์

2.3 ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ มีดังนี้

- 1) ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าสายงานผ่าตัด (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าสาย ระดับ 8

ผลการประเมินพยาบาลหัวหน้าสาย (N = 8)				
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
1.1 อายุ (ปี)	\bar{X} =	53.3	SD =	3.62
1.2 ประสบการณ์ (ปี)	\bar{X} =	28.5	SD =	3.74
1.3 การศึกษา –ปริญญาโท	ร้อยละ	62.5		
–ปริญญาตรี	ร้อยละ	37.5		
2. ผลการประเมินสมรรถนะ	คะแนนที่ประเมินได้	น้ำหนักสมรรถนะ	คะแนนตามน้ำหนัก	เกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะ
2.1 ด้านการบริการทางคลินิก	2.84	15 %	14.20	ระดับสูง
2.2 ด้านการบริหารจัดการและ พัฒนาคุณภาพทางการ พยาบาล	2.9	20%	17.40	ระดับสูง
2.3 ภาวะผู้นำและการทำงาน เป็นทีม	2.8	20%	18.67	ระดับสูง
2.4 การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ ทางการพยาบาล	2.45	15%	16.33	ระดับปานกลาง
2.5 นวัตกรรมและการใช้ เทคโนโลยี	2.5	10%	5.83	ระดับสูง
2.6 การสื่อสาร	2.71	20%	18.07	ระดับสูง
โดยรวม	16.20	100%	90.50	สูงกว่ามาตรฐาน

จากตารางที่ 4.12 พบว่า พยาบาลหัวหน้าสายงานผ่าตัด ระดับ 8 มีอายุเฉลี่ย 53.3 ปี ระดับการศึกษาจบปริญญาโท ร้อยละ 62.5 มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 28.5 ปี ระดับสมรรถนะโดยรวมสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 90.50)

2) ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 ข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ระดับ 7

ผลการประเมินพยาบาลหัวหน้าหน่วย ระดับ 7 (N = 10)				
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
1.1 อายุ (ปี)	\bar{X} = 46.8	SD = 3.33		
1.2 ประสบการณ์ (ปี)	\bar{X} = 21.3	SD = 5.93		
1.3 การศึกษา – ปริญญาโท	ร้อยละ 30			
– ปริญญาตรี	ร้อยละ 70			
2. ผลการประเมินสมรรถนะ	คะแนนที่ประเมินได้	น้ำหนักสมรรถนะ	คะแนนตามน้ำหนัก	เกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะ
2.1 ด้านการบริการทางคลินิก	2.76	20%	18.40	ระดับสูง
2.2 ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคูณภาพทางการพยาบาล	2.38	15%	11.90	ระดับปานกลาง
2.3 ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	2.4	20%	12.00	ระดับปานกลาง
2.4 การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล	1.92	15%	9.60	ระดับปานกลาง
2.5 นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	2.23	10%	11.15	ระดับปานกลาง
2.6 การสื่อสาร	2.47	20%	16.47	ระดับปานกลาง
โดยรวม	14.16	100%	79.52	ได้ตามมาตรฐาน

จากตารางที่ 4.13 พบว่า พยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ระดับ 7 มีอายุเฉลี่ย 46.8 ปี ระดับการศึกษาจบปริญญาโท ร้อยละ 30 มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 21.3 ปี ได้ระดับสมรรถนะโดยรวมได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 79.52)

3) ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7 (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 ข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7

ผลการประเมินพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7 (N = 27)				
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
1.1 อายุ (ปี)	\bar{X} = 44.6	SD = 5.79		
1.2 ประสบการณ์ (ปี)	\bar{X} = 13.3	SD = 6.35		
1.3 การศึกษา –ปริญญาโท	ร้อยละ 19			
–ปริญญาตรี	ร้อยละ 81			
2. ผลการประเมินสมรรถนะ				
	คะแนนที่ประเมินได้	น้ำหนักสมรรถนะ	คะแนนตามน้ำหนัก	เกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะ
2.1 ด้านการบริการทางคลินิก	2.25	25 %	18.75	ระดับปานกลาง
2.2 ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคูณภาพทางการพยาบาล	1.95	15%	7.80	ระดับปานกลาง
2.3 ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	2.07	10%	6.90	ระดับปานกลาง
2.4 การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล	1.72	10%	7.45	ระดับปานกลาง
2.5 นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	1.8	20%	12.00	ระดับปานกลาง
2.6 การสื่อสาร	2.15	20%	14.33	ระดับปานกลาง
โดยรวม	11.94	100%	67.24	ต่ำกว่ามาตรฐานบางส่วน

จากตารางที่ 4.14 พบว่า พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7 อายุเฉลี่ย 44.6 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 13.3 ปี มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานบางส่วน (ร้อยละ 67.24)

4) ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6 (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 ข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6

ผลการประเมินพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6 (N = 7)				
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
1.1 อายุ (ปี)	\bar{X} = 40.3	SD = 10.5		
1.2 ประสบการณ์ (ปี)	\bar{X} = 6.07	SD = 5.62		
1.3 การศึกษา - ปริญญาตรี	ร้อยละ 100			
2. ผลการประเมินสมรรถนะ				
	คะแนนที่ ประเมินได้	น้ำหนัก สมรรถนะ	คะแนนตาม น้ำหนัก	เกณฑ์ตัดสิน ระดับสมรรถนะ
2.1 ด้านการบริการทางคลินิก	2.21	35 %	25.78	ระดับปานกลาง
2.2 ด้านการบริหารจัดการและ พัฒนาคุณภาพทางการ พยาบาล	1.69	10%	5.63	ระดับปานกลาง
2.3 ภาวะผู้นำและการทำงาน เป็นทีม	1.86	7.5%	4.34	ระดับปานกลาง
2.4 การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ ทางการพยาบาล	1.29	7.5%	3.44	ระดับต่ำ
2.5 นวัตกรรมและการใช้ เทคโนโลยี	1.57	20%	10.47	ระดับปานกลาง
2.6 การสื่อสาร	2.05	20%	13.67	ระดับปานกลาง
โดยรวม	10.67	100%	63.33	ต่ำกว่ามาตรฐาน

จากตาราง 4.15 พบว่า พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6 อายุเฉลี่ย 40.3 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 6.07 ปี มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 63.33)

5) ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการระดับ 4-5 (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 ข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5

ผลการประเมินพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5 (N = 7)				
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
1.1 อายุ (ปี)	\bar{X} = 28.7	SD = 2.43		
1.2 ประสบการณ์ (ปี)	\bar{X} = 4.9	SD = 2.32		
1.3 การศึกษา – ปริญญาตรี	ร้อยละ 100			
2. ผลการประเมินสมรรถนะ				
	คะแนนที่ประเมินได้	น้ำหนักสมรรถนะ	คะแนนตามน้ำหนัก	เกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะ
2.1 ด้านการบริการทางคลินิก	1.52	40 %	20.27	ระดับปานกลาง
2.2 ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล	1.29	10%	4.30	ระดับต่ำ
2.3 ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	1.47	5%	2.45	ระดับต่ำ
2.4 การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล	1.09	5%	1.82	ระดับต่ำ
2.5 นวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี	1.38	20%	9.20	ระดับต่ำ
2.6 การสื่อสาร	1.67	20%	11.13	ระดับปานกลาง
โดยรวม	8.42	100%	49.17	ต่ำกว่ามาตรฐาน

จากตาราง 4.16 พบว่า พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5 อายุเฉลี่ย 28.70 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 4.93 ปี มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 49.17)

6) ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 (ตารางที่ 4.17)

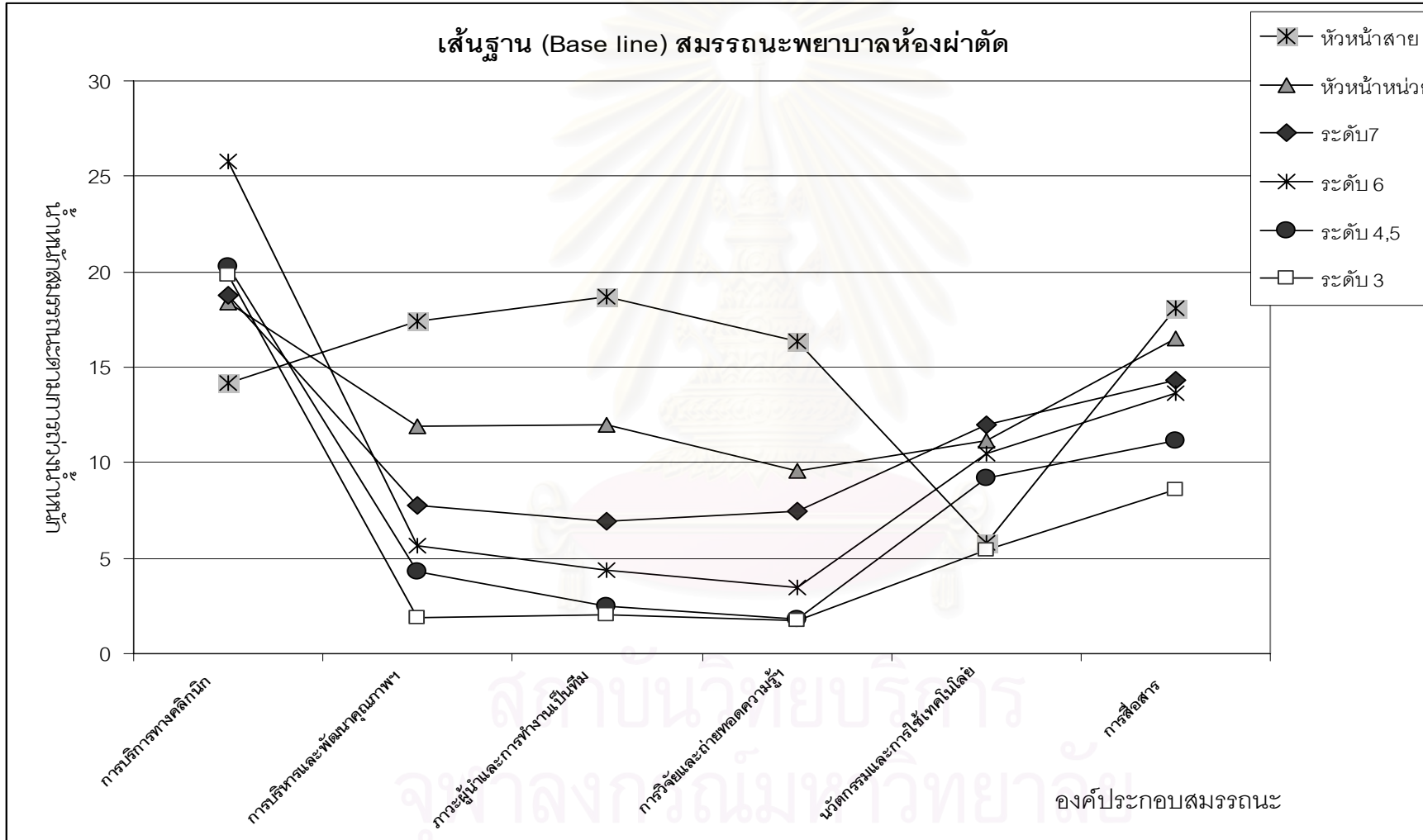
ตารางที่ 4.17 ข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3

ผลการประเมินพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 (N = 8)				
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
1.1 อายุ (ปี)	\bar{X} = 24.75	SD = 0.46		
1.2 ประสบการณ์ (ปี)	\bar{X} = 2.13	SD = 0.95		
1.3 การศึกษา – ปริญญาตรี	ร้อยละ	100		
2. ผลการประเมินสมรรถนะ				
	คะแนนที่ ประเมินได้	น้ำหนัก สมรรถนะ	คะแนนตาม น้ำหนัก	เกณฑ์ตัดสิน ระดับสมรรถนะ
2.1 ด้านการบริการทางคลินิก	1.19	50 %	19.83	ระดับปานกลาง
2.2 ด้านการบริหารจัดการและ พัฒนาคุณภาพทางการ พยาบาล	1.15	5%	1.92	ระดับต่ำ
2.3 ภาวะผู้นำและการทำงาน เป็นทีม	1.2	5%	2.00	ระดับต่ำ
2.4 การวิจัยและถ่ายทอดความรู้ ทางการพยาบาล	1.03	5%	1.72	ระดับต่ำ
2.5 นวัตกรรมและการใช้ เทคโนโลยี	1.08	15%	5.40	ระดับต่ำ
2.6 การสื่อสาร	1.29	20%	8.60	ระดับปานกลาง
โดยรวม	6.94	100%	39.47	ต่ำกว่ามาตรฐาน

จากตาราง 4.17 พบว่า พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 อายุเฉลี่ย 24.75 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 2.13 ปี มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 39.47)

สรุปผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด สามารถนำไปสร้างเส้นฐานของระดับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อใช้เป็นโครงสร้างในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร (ดังแสดงในภาพที่ 4.1)

ภาพที่ 5.1 เส้นฐาน (Base line) สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) สร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี 2) เพื่อสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ระยะที่ 2 การสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

ระยะที่ 1 การสร้างแบบประเมิน มี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด จากการศึกษาวิจัยทัศน ทัศนกิจของโรงพยาบาลราชวิถี จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และพยาบาลหัวหน้าสายงานผ่าตัด ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ระดับ 8 จำนวน 9 คน ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม เพื่อแสดงความคิดเห็น และใช้เกณฑ์คัดเลือกองค์ประกอบและรายการสมรรถนะที่จำเป็นในงานจากข้อสรุปในการประชุมกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง สรุปผลการแสดงความคิดเห็น ได้องค์ประกอบสมรรถนะ 11 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะ รวม 61 ข้อ

ในขั้นตอนที่ 2 การสร้างแบบประเมินสมรรถนะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นหัวหน้าสายงาน และหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 และระดับ 8 ที่เป็นกรรมการบริหารห้องผ่าตัด รวม 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ใช้ข้อสรุปที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 นำมาสร้างเป็นแบบประเมินโดยใช้เกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) ในการประเมินสมรรถนะ 3 ระดับ ตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในการกำหนดพฤติกรรมที่ใช้ในการวัดระดับของสมรรถนะแต่ละด้าน รวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อสรุปในการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงจากข้อสรุปในขั้นตอนที่ 2 ของระยะการสร้างแบบประเมิน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ นำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ในแบบสอบถามที่ ซึ่งแบบสอบถามที่ได้รับการกลับคืน มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ มี 3 ฉบับ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า (CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ

0.82 และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา (α – Coefficients) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 นำแบบสอบถามไปปรับปรุง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและได้แบบประเมินที่มีองค์ประกอบสมรรถนะ 6 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะ 33 ข้อ นำแบบประเมินที่ได้ไปให้พยาบาลปฏิบัติการในห้องผ่าตัด ซึ่งไม่มีส่วนร่วมในการสร้างแบบประเมินเป็นผู้พิจารณาข้อคำถามในด้านของสำนวน ภาษาที่ใช้เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนมากขึ้น และทำการปรับปรุงแล้วนำไป ทดลองใช้ (Tryout) เพื่อหาค่าความเที่ยงในการวัด โดยใช้วิธีหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability) กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 5 สาขา ๆ ละ 3 คน รวม 15 คน ใช้วิธีให้ผู้ประเมิน (ผู้สังเกต) 2 คน ประเมินผู้ร่วมงานคนเดียวกันเป็นคู่ ๆ รวม 5 คู่ ได้ค่าความเท่าเทียมกันของผู้ประเมิน 5 คู่ เฉลี่ยเท่ากับ 0.88

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์ตัดสินระดับสมรรถนะ มีเกณฑ์ที่ใช้ประกอบการตัดสินระดับสมรรถนะ คือการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะแต่ละด้าน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดน้ำหนักสมรรถนะของแต่ละด้านให้มีความเหมาะสมกับพยาบาลแต่ละกลุ่ม และการกำหนดเกณฑ์ตัดสินเปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะตามความคาดหวังของพยาบาลทุกระดับ ซึ่งใช้ตามเกณฑ์แบบสัมบูรณ์ (Standard criterion หรือ Absolute grading)

ระยะที่ 2 การสร้างเส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยการนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประเมินสมรรถนะ ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ทุกระดับ ที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 6 เดือน โดยแบ่งกลุ่มประชากรตามระดับ และตามหน้าที่ความรับผิดชอบ คือกลุ่มพยาบาลหัวหน้าสายซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 8 กลุ่มพยาบาลหัวหน้าหน่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 กลุ่มพยาบาลปฏิบัติการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ระดับ 6 ระดับ 4 – 5 และระดับ 3 รวมเป็น 6 กลุ่ม ผู้ใช้แบบประเมินคือ หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าสายและหัวหน้าหน่วยผ่าตัด ทำหน้าที่ในการประเมินผู้ได้บังคับบัญชาในระดับที่ใกล้เคียงตามลำดับสายงาน กลุ่มผู้ที่ได้รับการประเมินคือ หัวหน้าสายงานผ่าตัด หัวหน้าหน่วยผ่าตัดและพยาบาลปฏิบัติการทุกระดับ รวมประชากรที่ได้รับการประเมิน 57 คน นำข้อมูลที่ได้มาคูณกับน้ำหนักสมรรถนะ และแปลผลคะแนนที่ได้เปรียบเทียบเป็นคะแนนร้อยละ เพื่อตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตัดสินระดับสมรรถนะไปสร้างเป็นเส้นฐานสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อใช้เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีต่อไป

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการสร้างแบบประเมิน

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะ จากการศึกษาวิจัยทัศน ฟันธกิจ เอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์จากลักษณะงาน ร่วมกับการสรุปข้อคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด 9 ท่าน นำมาสร้างแบบประเมิน โดยใช้แนวคิดการสร้างเกณฑ์ประเมินแบบรูบริก (Rubric) ซึ่งผู้ใช้แบบประเมินมีส่วนร่วมในการสร้างเกณฑ์การประเมินด้วยการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการประเมินสมรรถนะเป็น 3 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด 17 ท่าน ก่อนที่จะนำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน พบว่าในด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.82 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.98

2. ผลการศึกษาคุณภาพของแบบประเมิน

2.1 คุณภาพของแบบประเมินที่ได้ในด้านความตรงและความเที่ยง หลังการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ = 0.86 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.99 เมื่อพิจารณาตามรายด้านของสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน พบว่า

- 1) ด้านการบริการทางคลินิก มีรายการสมรรถนะ 9 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.87, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.98
- 2) ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ มีรายการสมรรถนะ 6 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.91, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.99
- 3) ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม มีรายการสมรรถนะ 7 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.81, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.98
- 4) ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์มีรายการสมรรถนะ 5 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.63, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.90
- 5) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี มีรายการสมรรถนะ 3 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.0, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.93
- 6) ด้านการสื่อสาร มีรายการสมรรถนะ 3 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.83, ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (α) = 0.94

2.2 คุณภาพของแบบประเมินด้านความคงที่ ได้ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability) 5 คู่ เฉลี่ยเท่ากับ 0.88

3. ผลการศึกษาเส้นฐานสมรรถนพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด จากการนำแบบประเมินไปใช้ จำแนกตามกลุ่มการประเมิน มีดังนี้

3.1 พยาบาลหัวหน้าสาย เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 8 มีอายุเฉลี่ย 53.3 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 28.5 ปี การศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 62.5 ได้ค่าคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะโดยรวมเท่ากับร้อยละ 90.85 หมายถึงพยาบาลกลุ่มนี้ มีสมรรถนะโดยรวมในระดับที่สามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด (Exceeds standard)

3.2 พยาบาลหัวหน้าหน่วย เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 มีอายุเฉลี่ย 46.8 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 21.3 ปี การศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 30 ได้ค่าคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะโดยรวมเท่ากับร้อยละ 79.80 หมายถึงพยาบาลกลุ่มนี้ มีสมรรถนะโดยรวมในระดับที่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Meet expectation)

3.3 พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 เป็นพยาบาลปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ย 44.6 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 13.3 ปี การศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 19 ได้ค่าคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะโดยรวมเท่ากับร้อยละ 67.47 หมายถึงพยาบาลกลุ่มนี้ มีสมรรถนะโดยรวมในระดับที่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้บางส่วน (Partially meet expectation)

3.4 พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 เป็นพยาบาลปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ย 40.3 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 6.07 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ได้ค่าคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะโดยรวมเท่ากับร้อยละ 63.43 หมายถึงพยาบาลกลุ่มนี้ มีสมรรถนะโดยรวม ในระดับที่ยังไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Lower expectation/Unacceptable)

3.5 พยาบาลวิชาชีพระดับ 4 – 5 เป็นพยาบาลปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ย 28.7 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 4.9 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ได้ค่าคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะโดยรวมเท่ากับร้อยละ 49.17 หมายถึงพยาบาลกลุ่มนี้ มีสมรรถนะโดยรวม ในระดับที่ยังไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Lower expectation/Unacceptable)

3.6 พยาบาลวิชาชีพระดับ 3 เป็นพยาบาลปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ย 24.75 ปี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 2.13 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ได้ค่าคะแนนตามน้ำหนักสมรรถนะโดยรวมเท่ากับร้อยละ 39.47 หมายถึงพยาบาลกลุ่มนี้ มีสมรรถนะโดยรวม ในระดับที่ยังไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Lower expectation/Unacceptable)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี การดำเนินการวิจัยมุ่งสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ข้อค้นพบครั้งนี้ มีประเด็นที่ผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

1.1 การกำหนดสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

การกำหนดสมรรถนะเฉพาะกลุ่มงาน (Functional Competency) ทำให้ได้ข้อสรุปว่า เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดสามารถสร้างผลงานด้านการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลราชวิถีได้ ควรกำหนดสมรรถนะแต่ละด้านให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ต้องจัดดำเนินการก่อนที่จะทำการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการ (จิรประภา อัครบวร, 2549.; ณรงค์วิทย์ แสนทอง, 2549.; สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2546.; สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2550.; อภิญญา จำปามูล, 2549) ขั้นตอนการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อจัดทำเป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้นเป็นสมรรถนะที่ใช้ในการปฏิบัติงานเฉพาะทาง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการศึกษาเกี่ยวกับเอกสารและงานวิจัย ที่มีผู้ทำการศึกษารวมถึงองค์กรที่ได้จัดทำสมรรถนะเฉพาะงานห้องผ่าตัดไว้ ซึ่งเป็นไปตามคำกล่าวของ สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2546) และการวิจัยนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะเฉพาะในงานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยจึงใช้ร่วมกับเทคนิคการขอความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ด้วยการระดมความคิดเห็นในการสนทนากลุ่ม ตามคำกล่าวของดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2549), สุวิมล ว่องวานิช (2547) และ Shermon (2004) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ อภิญญา จำปามูล (2546) คือ การกำหนดสมรรถนะเฉพาะหน่วยงาน ควรใช้การสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารและประชุมอภิปราย เพื่อคัดเลือกสมรรถนะก่อนจะวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่ต้องการ วิธีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นตามวิธีที่ผู้วิจัยใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อ กระแสโสม (2547) ที่สรุปการศึกษาไว้ว่า วิธีการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการ ใช้วิธีการวิเคราะห์สมรรถภาพที่จำเป็นของผู้ประเมิน จากข้อสรุปการอภิปรายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและจากการวิเคราะห์งาน ถึงแม้ว่าการสนทนากลุ่มอาจมีความยุ่งยากบางประการตามที่ Simon (1999) กล่าวไว้ว่าการสนทนากลุ่มไม่สามารถจัดทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ก่อนการประชุมอาจกำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการประชุมกลุ่มประมาณ 4 สัปดาห์ แต่เมื่อปฏิบัติจริงอาจใช้เวลาถึง 6 – 8 สัปดาห์ แต่ข้อดี

ของการสนทนากลุ่มจะทำให้การรวบรวมความคิดเห็น ได้ข้อสรุปที่เป็นเอกฉันท์ในขั้นตอนเดียว ดังนั้นวิธีการวิเคราะห์เพื่อคัดเลือกสมรรถนะที่ผู้วิจัยใช้ดำเนินการ จึงมีแนวคิดและหลักการที่มีความเหมาะสม และการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบประเมิน เป็นส่วนประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่จะทำให้เกิดการยอมรับในการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2532) ที่กล่าวว่า การกำหนดสมรรถนะควรเป็นหน้าที่หรือความเห็นของกลุ่มผู้ที่ต้องการใช้

1.2 การสร้างแบบประเมินโดยใช้เกณฑ์แบบรูบริก (Rubric)

การสร้างแบบประเมินโดยใช้เกณฑ์กำหนดระดับแบบรูบริก (Rubric) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการประชุมสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญในห้องผ่าตัด ในการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อนำไปสร้างแบบประเมิน ในขั้นตอนนี้นอกจากจะได้รับการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการจากผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในห้องผ่าตัด เพื่อให้ได้พฤติกรรมที่ได้ผู้ปฏิบัติสามารถตอบได้ว่าสามารถวัดได้หรือไม่ในทางปฏิบัติ การร่วมประชุมจะทำให้เกิดการรับรู้และมีความเข้าใจตรงกันในการนำแบบประเมินไปใช้ด้วย ซึ่งตรงกับจุดประสงค์ในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric) คือ ผู้ถูกประเมินควรจะมีส่วนในการกำหนดเกณฑ์ร่วมกับผู้ประเมินก่อนที่จะได้รับการประเมิน จะทำให้ทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินทราบเป้าหมายที่ตรงกัน เกิดการยอมรับในการใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น และข้อดีของวิธีการสร้างเกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) คือจะมีคำบรรยายถึงพฤติกรรมของแต่ละระดับจากดีมากไปจนถึงต้องปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้ใช้แบบประเมินสามารถตัดสินใจได้ง่ายในการแยกระดับของผู้ที่ต้องการประเมิน โดยไม่ต้องใช้คำอธิบายจากพจนานุกรมสมรรถนะ ผู้ประเมินจะมีความสะดวกในการใช้แบบประเมินมากกว่าแบบประเมินที่ต้องใช้คู่มือการประเมินในการแปลความหมาย ทำให้มีความยุ่งยากในการตัดสินใจแยกระดับของผู้ถูกประเมิน แต่มีข้อเสียคือ แบบประเมินที่มีเกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) จะมีคำบรรยายพฤติกรรมซึ่งมีรายละเอียดของข้อความค่อนข้างยาว อาจทำให้ผู้ใช้แบบประเมินต้องใช้เวลาในการอ่านข้อความ หรือทำให้อ่านข้อความไม่ละเอียด จากการสำรวจความพึงพอใจในการนำแบบประเมินฉบับนี้ไปใช้ พบว่า แบบประเมินมีข้อรายการสมรรถนะที่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริง มีความเหมาะสมเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85 (SD = 0.63) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทิตา ชื่นอารมณ์ (2546) พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานกลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะด้านทัศนศิลป์ ช่วงชั้นที่ 2 ซึ่งสร้างโดยใช้เกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) มีประสิทธิภาพดีในการใช้ ประเมินได้สะดวก ภาษาอังกฤษเข้าใจง่าย การจำแนกตัวบ่งชี้และระดับคุณภาพแบบรูบริก ช่วยให้ผู้สอนประเมินผลได้สะดวก ลดระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผลงานของผู้ถูกประเมิน ด้านประสิทธิภาพของเครื่องมือ

พบว่าแบบประเมินผลช่วยในการตรวจสอบข้อบกพร่องจากการทำงานของผู้ถูกประเมิน ทำให้สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ช่วยทำให้ผู้ถูกประเมินได้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับจุดเด่นและสิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขในผลงานของตนเอง ในด้านคุณลักษณะนิสัย ฝึกให้ผู้ถูกประเมินมีเหตุผล กล้าแสดงออก รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และมีความตั้งใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้ผู้ถูกประเมินเข้าใจเกณฑ์และคุณภาพที่คาดหวัง ใช้เป็นสารสนเทศที่ได้จากการประเมินเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาได้

1.3 คุณภาพของแบบประเมิน

1.3.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หมายถึงความเหมาะสมของข้อรายการสมรรถนะ ซึ่งมีน้ำหนักเพียงพอที่จะทำให้เห็นถึงภาพรวมของสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม ความตรงตามเนื้อหามีความสำคัญเนื่องจากจะทำให้มั่นใจได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้บรรลุถึงเป้าหมายของการวิจัย สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ของแบบประเมินในระยะที่ 1 (การสร้างแบบประเมิน) การกำหนดสมรรถนะและพฤติกรรมที่ต้องการประเมิน ได้จากการศึกษาวิสัยทัศน์ การทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญห้องผ่าตัด 17 คน ซึ่งเป็นกระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในขั้นตอนแรก เพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ข้อเสนอที่จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์พฤติกรรมที่แสดงถึงการมีสมรรถนะในงาน ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่เพื่อลดอคติในการสร้างเครื่องมือ ควรมีการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ ซึ่งมีทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการทางคลินิก มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด และมีประสบการณ์ในการจัดทำสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด 2 ท่าน และนักการศึกษาซึ่งมีประสบการณ์ในการสอนพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน คุณภาพของแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงภายหลังการตรวจสอบด้านความตรงและความเที่ยงจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณารายด้าน จะพบว่า CVI มีค่าตามรายด้าน คือ 1) ด้านการบริการทางคลินิก = 0.87 2) ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล = 0.93 3) ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม = 0.91 4) ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล = 0.63 5) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี = 1.0 และ 6) ด้านการสื่อสาร = 0.83 จากการสำรวจความพึงพอใจในการนำแบบประเมินฉบับนี้ไปใช้ พบว่า แบบประเมินมีเนื้อหาครอบคลุมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ผู้ใช้ให้คะแนนความเหมาะสม เฉลี่ยร้อยละ 85.0 (SD =0.44) และเห็นว่าเนื้อหาเข้าใจได้ง่ายมีความ

ชัดเจนเหมาะสมทุกข้อรายการสมรรถนะ ผู้ใช้ให้คะแนนความเหมาะสม เฉลี่ยร้อยละ 80.0 (SD = 0.72)

1.3.2 ความเที่ยงของแบบประเมิน ที่ได้จากการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ได้ค่า Alpha ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.99 แต่เนื่องจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบประเมินที่วัดความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานซึ่งวัดพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน จำนวนข้อรายการสมรรถนะจึงมุ่งวัดสมรรถนะในแต่ละด้าน การหาคุณภาพด้านความเที่ยงด้วยการหาความสอดคล้องภายในทั้งฉบับจะทำได้เพียงมโนทัศน์เดียว คือความสอดคล้องของแบบประเมินกับวิสัยทัศน์ พันธกิจตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ แต่ควรมีการหาความสอดคล้องภายในแยกเป็นรายด้านด้วย (สุวิมล ว่องวานิช, 2547) ซึ่งความเที่ยงของแบบประเมินมีค่าของแอลฟา (α) จำแนกตามรายด้านเป็น 1) ด้านการบริการทางคลินิก = 0.98 2) ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ = 0.99 3) ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม = 0.98 4) ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์ = 0.90 5) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี = 0.93 และ 6) ด้านการสื่อสาร = 0.94 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปให้หัวหน้าห้องผ่าตัดสาขาย่อยซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างแบบประเมิน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาและปรับปรุงด้านสำนวนภาษาที่ใช้ในการบรรยายพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการทางคลินิกสามารถอ่านแล้วมีความเข้าใจชัดเจนในข้อคำถาม ก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความคงที่ของแบบประเมิน จากการสำรวจความพึงพอใจในการนำแบบประเมินฉบับที่พัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ พบว่า ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้สละสลวยเข้าใจง่าย ผู้ใช้คิดว่าจะมีความเหมาะสม คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.2 (SD = 0.30) ส่วนด้านความสวยงามของแบบประเมินและการพิมพ์ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การจัดทำเอกสาร ผู้ใช้คิดว่าจะมีความเหมาะสม คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 84.7 (SD = 0.40)

1.3.3 ความคงที่ของแบบประเมิน หมายถึง ความสม่ำเสมอหรือความคงเส้นคงวาของการวัดคือ สามารถประเมินความสามารถ ทักษะการปฏิบัติของผู้ถูกประเมินได้ตรงกัน ไม่ว่าจะวัดกี่ครั้งเมื่อทักษะการทำงานของผู้ถูกประเมินไม่มีการเปลี่ยนแปลง (สุวิมล ว่องวานิช 2547 : 30) ผู้วิจัยใช้วิธีการหาความคงที่ของแบบประเมินด้วยการวัดความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter – rater reliability) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลห้องผ่าตัด 5 คู่ ประเมินผู้ร่วมทีมของตนเองคู่ละ 1 คน ข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้ง 5 คู่ มีค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต เฉลี่ยเท่ากับ 0.88 ซึ่งหมายความว่า แบบประเมินสามารถประเมินได้ตรงกัน ร้อยละ 88

2. ผลการนำแบบประเมินไปใช้

2.1 ผลของคะแนนที่ได้จากการประเมิน

การนำแบบประเมินไปใช้ประเมินสมรรถนะประชากรของห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ พบว่าคะแนนโดยรวมของพยาบาลหัวหน้าสายมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.45 – 2.85 (อยู่ในระดับปานกลาง – ระดับสูง) พยาบาลหัวหน้าหน่วยมีค่าอยู่ระหว่าง 1.92 – 2.76 (อยู่ในระดับปานกลาง – ระดับสูง) พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 7 มีค่าอยู่ระหว่าง 2.25 – 1.72 (อยู่ในระดับปานกลาง) พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 6 มีค่าอยู่ระหว่าง 2.21 – 1.57 (อยู่ในระดับปานกลาง) พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5 มีค่าอยู่ระหว่าง 1.67 – 1.29 (อยู่ในระดับปานกลาง-ระดับต่ำ) พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 มีค่าอยู่ระหว่าง 1.29 – 1.03 (อยู่ในระดับต่ำ) มีประเด็นที่สามารถสรุปได้ว่า แบบประเมินสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นแสดงผลการประเมินระดับสมรรถนะของพยาบาลทุกระดับที่แบ่งตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้ชัดเจน กล่าวคือ พยาบาลหัวหน้าสาย (พยาบาลวิชาชีพระดับ 8) ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 28.5 (SD = 3.74) ปี มีผลการประเมินรายด้านที่เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดทุกด้าน อันดับรองลงมาเป็นพยาบาลหัวหน้าหน่วยผ่าตัดสาขาต่างๆ (พยาบาลวิชาชีพระดับ 7) ซึ่งมีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 21.3 (SD = 5.93) ปี และค่าคะแนนเฉลี่ยที่เรียงลำดับต่อมา เป็นพยาบาลปฏิบัติการระดับ 7 ระดับ 6 ระดับ 4 – 5 และระดับ 3 ซึ่งมีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 13.3 (SD = 6.35), 6.07 (SD = 5.62), 4.9 (SD = 2.32) และ 2.13 (SD = 0.95) ปี ตามลำดับ

2.2 ผลของการตัดสินสมรรถนะตามเกณฑ์สัมบูรณ์

ผลการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์โดยรวม ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากผลคูณของค่าเฉลี่ยที่ได้จากการประเมินกับการถ่วงน้ำหนักสมรรถนะรายด้าน เมื่อตัดสินการประเมินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์การตัดสินที่กำหนดของพยาบาลทุกระดับโดยรวมพบว่า หัวหน้าสายงานผ่าตัด (พยาบาลวิชาชีพระดับ 8) มีระดับสมรรถนะโดยรวมสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด (90.50 %) หัวหน้าหน่วยผ่าตัด ระดับ 7 มีระดับสมรรถนะโดยรวมได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (79.52%) พยาบาลปฏิบัติการระดับ 7 มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานบางส่วน (67.24%) พยาบาลปฏิบัติการระดับ 6 มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (63.33%) พยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 4 – 5 มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (49.17%) และพยาบาลปฏิบัติการ ระดับ 3 มีระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (39.47% ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ระดับสมรรถนะตามเกณฑ์การตัดสินเรียงตามลำดับจากระดับที่มีสมรรถนะโดยรวมสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด จนถึงระดับสมรรถนะโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด คือ

พยาบาลหัวหน้าสาย พยาบาลหัวหน้าหน่วย พยาบาลปฏิบัติการระดับ 7 ระดับ 6 ระดับ 4 – 5 และระดับ 3 ตามลำดับ

2.3 การนำผลการประเมินไปใช้

ผลที่ได้จากการตัดสินระดับสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ได้ข้อมูลในการบริหารทรัพยากรบุคคล หรือใช้ในการวางแผนการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการนำแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ มาใช้ในการสร้างและพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้มีบุคลากรมีสมรรถนะตามที่องค์กรต้องการ ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยตรงคือการนำมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาสมรรถนะ โดยพิจารณาจากช่องว่างที่ต้องการการพัฒนา ดังนี้

2.3.1 หัวหน้าสายงานผ่าตัด (พยาบาลวิชาชีพระดับ 8) มีระดับสมรรถนะเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านที่มีระดับต่ำสุดคือ สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งมีช่องว่างของการต้องการการพัฒนาสูงสุดของพยาบาลในกลุ่มนี้ คือ ร้อยละ 18.35 ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มนี้ ยังขาดสมรรถนะด้านการวิจัยสูง เพราะอยู่ในระยะเริ่มต้นของการสร้างงานการวิจัย ตามนโยบายของโรงพยาบาลราชวิถี ความต้องการในการพัฒนาเป็นอันดับที่ 2 คือ สมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีช่องว่างของการต้องการการพัฒนา ร้อยละ 16.71 ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มนี้มีผลงานการสร้างนวัตกรรมน้อยกว่าพยาบาลกลุ่มอื่น เพราะเป็นพยาบาลที่อยู่ในระดับบริหารซึ่งมีหน้าที่ให้การสนับสนุนในการสร้างนวัตกรรมของผู้ใต้บังคับบัญชา และเป็นกลุ่มที่ยังขาดทักษะด้านคอมพิวเตอร์ ส่วนสมรรถนะที่มีช่องว่างในการต้องการพัฒนาน้อยที่สุด คือ สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล คือ ร้อยละ 3.3 จะทำให้พยาบาลกลุ่มนี้มีระดับสมรรถนะตามที่ต้องการได้ (ดังแสดงเป็นกราฟในภาพที่ 6.1 ในภาคผนวก จ)

2.3.2 หัวหน้าหน่วยผ่าตัดสาขาต่างๆ (พยาบาลวิชาชีพระดับ 7) มีระดับสมรรถนะเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านที่มีระดับต่ำสุดคือ สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งมีช่องว่างของการต้องการการพัฒนาสูงสุดของพยาบาลในกลุ่มนี้ คือ ร้อยละ 36.00 ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มนี้ ยังขาดสมรรถนะเกี่ยวกับการวิจัยสูง เพราะอยู่ในระยะเริ่มต้นของการสร้างงานการวิจัย ตามนโยบายของโรงพยาบาลราชวิถี ความต้องการในการพัฒนาเป็นอันดับที่ 2 คือ สมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีช่องว่างของการต้องการพัฒนาร้อยละ 25.67 ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มนี้เป็นหัวหน้าห้องผ่าตัด จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านนี้สูงให้ได้ตามระดับที่คาดหวังเพราะต้องทำหน้าที่เป็นพยาบาล

ที่ ส่วนสมรรถนะที่มีช่องว่างในการต้องการการพัฒนาน้อยที่สุด คือสมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก คือร้อยละ 8.0 เพราะพยาบาลกลุ่มนี้มีเป็นผู้ปฏิบัติในระดับผู้ชำนาญการ (ดังแสดงเป็นกราฟในภาพที่ 6.2 ในภาคผนวก ๑)

2.3.3 พยาบาลปฏิบัติการระดับ 7 มีระดับสมรรถนะเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านที่มีระดับต่ำสุดคือ สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งมีช่องว่างของการต้องการการพัฒนาสูงสุดของพยาบาลในกลุ่มนี้ คือร้อยละ 42.67 ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มนี้ยังขาดสมรรถนะด้านการวิจัยสูง เพราะยังไม่มีโครงการสร้างงานวิจัย ความต้องการในการพัฒนาเป็นอันดับที่ 2 คือ สมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีช่องว่างของการต้องการการพัฒนาร้อยละ 40.0 ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มนี้เป็นพยาบาลปฏิบัติการระดับ 7 ซึ่งถือว่าเป็นพยาบาลกลุ่มที่มีประสบการณ์ สามารถเป็นหัวหน้าทีมได้ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านเป็นอันดับรอง เพื่อพัฒนาให้สามารถเป็นหัวหน้าทีมที่มั่นคงได้ (ดังแสดงเป็นกราฟในภาพที่ 6.3 ในภาคผนวก ๑)

2.3.4 พยาบาลปฏิบัติการระดับ 6 ระดับ 4 – 5 และระดับ 3 มีระดับสมรรถนะเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านที่มีระดับต่ำสุด ของพยาบาลทั้ง 3 กลุ่มคือ สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งมีความต้องการในการพัฒนาเป็นอันดับแรก เพราะมีช่องว่างของการต้องการพัฒนาร้อยละ 57.0, 63.66 และ 65.66 ตามลำดับ (ดังแสดงเป็นกราฟในภาพที่ 6.4 – 6.6 ในภาคผนวก ๑) ซึ่งอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลราชวิถี มีนโยบายด้านการผลิตงานวิจัยที่ชัดเจน เพราะต้องการให้บุคลากรพยาบาลทุกระดับสามารถสร้างงานวิจัยได้ และสมรรถนะด้านที่ต้องการการพัฒนาเป็นระดับรองคือสมรรถนะด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี เพราะมีช่องว่างของการต้องการพัฒนาร้อยละ 47.65, 54.00 และ 64.00 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีสมรรถนะด้านนี้สูงตามที่กำหนด เพราะโรงพยาบาลราชวิถี ให้การบริการผู้ป่วยในระดับตติยภูมิและสูงกว่า คือการให้การบริการด้วยการใช้วิทยาการเฉพาะทางและใช้เทคโนโลยีขั้นสูง พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถในการร่วมทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. การสร้างเส้นฐานสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

การสร้างเส้นฐานสมรรถนะ (Base line) เป็นการสร้างเส้นสำหรับวางโครงหลักฐานระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี เป็นการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นที่ใช้ในการวางแผนที่ถูกต้องก่อนเริ่มต้นดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และเพื่อใช้ในการ

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถนะ หรือระดับความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

นอกจากการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสมรรถนะยังมีประโยชน์ในการวิเคราะห์สมรรถนะของหน่วยงาน ทำให้รู้ถึงจุดแข็ง จุดอ่อนของหน่วยงาน ช่วยชี้ให้เห็นภาพของอัตรากำลังในปัจจุบันและสามารถคาดการณ์ความต้องการอัตรากำลังในอนาคต และสามารถวางแผนการบริหารอัตรากำลังได้เหมาะสมกับภาระงาน ใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ของหน่วยงาน โดยพิจารณาจากสมรรถนะในด้านเด่นของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล นำมาวางแผนในการสร้างผลงานให้โดดเด่น สร้างชื่อเสียงหรือความก้าวหน้า ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคลากร สามารถประสบความสำเร็จในสายอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดแรงจูงใจและสามารถธำรงรักษาบุคลากรไว้ในหน่วยงานได้ (สมโภชน์ นพคุณ, 2549) และการประเมินที่มีเกณฑ์การวัดระดับ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการจำแนกและคัดสรรบุคลากรที่ดีและเหมาะสม บนพื้นฐานของการวิเคราะห์งาน มีประโยชน์ในการพัฒนางานและพัฒนาวิชาชีพ เพื่อให้ได้บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติที่เชี่ยวชาญ การมีเกณฑ์มาตรฐานในการวัดผลงานอย่างเป็นระบบและเป็นมาตรฐานสากลทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจต่อการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งมีข้อสนับสนุนจากการวิจัยของ Meretoja et al. (2004:128) พบว่าความถี่ในการใช้แบบประเมินสมรรถนะซึ่งประเมินโดยตนเอง แสดงถึงระดับสมรรถนะที่สูงมากขึ้นและบ่งชี้ผลงานของบุคลากรในองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม

จะเห็นได้ว่าการประเมินเพื่อตัดสินระดับการประเมินสมรรถนะ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดนั้น มีวัตถุประสงค์หลักคือการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด เพราะในมุมมองของผู้บริหาร ต้องการให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการบริหารบุคลากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์กร แต่ในมุมมองของผู้ปฏิบัติ นั้น อาจมีผลลบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และเกิดความไม่มั่นใจในความเป็นธรรมต่อการประเมิน จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้แบบประเมิน ที่สามารถบ่งชี้ผลงานของบุคลากรในองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม (ก.พ. 2549) และแบบประเมินที่นำมาใช้ ต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ได้รับการประเมินด้วยว่า สามารถจำแนกความแตกต่างของระดับความสามารถที่บอกถึงระดับความเชี่ยวชาญ หรือความชำนาญในงานของผู้ที่ได้รับการประเมินได้แม่นยำ สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Antonioni (1996 อ้างใน มนูญ ศีวารมย์, 2542: 37) ที่กล่าวว่า การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินด้วยแบบประเมินที่ดี จะช่วยให้ผู้ถูกประเมินได้เห็นเป้าหมายว่าพฤติกรรมของการทำงานของตนเองจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง และวิจิตร ศรีสุพรรณ (2547) กล่าวว่า การที่จะทำ ให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสามารถตัดสินคุณค่าได้นั้น จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เชื่อถือ

ได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้นเพื่อให้ได้แบบประเมินที่คุณภาพ ต้องให้ความสำคัญในกระบวนการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ ผลการประเมินที่ได้จะส่งผลต่อการแปรเป็นเกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะที่เชื่อถือได้ เป็นที่ยอมรับของผู้ได้รับการประเมิน ซึ่งณรงค์วิทย์ แสันทอง (2549) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นโอกาสอันดี ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการทำงานที่มุ่งงาน เพราะหัวหน้าที่มีโอกาสให้การสนับสนุนในการพัฒนาของผู้ได้บังคับบัญชาและมีโอกาสได้แสดงสมรรถนะในการเป็นสมาชิกทีมที่ดี ด้วยการเปิดโอกาสฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมทีม ทำให้สามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมินได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ได้พัฒนาตามแนวความคิดการพัฒนสมรรถนะของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาและการสร้างบุคลากรที่เหมาะสม เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ องค์กรจำเป็นต้องพัฒนาและสร้างบุคลากรที่มีสมรรถนะที่สัมพันธ์และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติด้วยการกำหนดงานและหน้าที่ของบุคลากรที่รองรับต่อแผนกลยุทธ์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ควรจะเป็น องค์กรประกอบสมรรถนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มีรายการสมรรถนะที่ต้องกำหนดพฤติกรรมเฉพาะในงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (Functional competency) ในแบบประเมินฉบับนี้ อาจนำไปใช้ประยุกต์ในการสร้างแบบประเมินพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลอื่นได้ โดยการปรับการกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์กร หรือให้มีความสอดคล้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดผลงานประจำปี (Key performance indicator -KPI) และควรมีการวัดปีละ 2 ครั้ง และเมื่อบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาหรือสามารถแสดงพฤติกรรมในระดับนั้น ๆ หรือมีสมรรถนะนั้น ๆ ได้สมบูรณ์ตามระดับที่คาดหวังแล้ว ก็สามารถปรับหรือเปลี่ยนเป็นการประเมินสมรรถนะในระดับที่สูงขึ้น หรือในด้านอื่นๆ ต่อไป

2. การประเมินสมรรถนะโดยใช้เกณฑ์แบบรูบริก (Rubric) มีความเหมาะสมสำหรับการประเมินพฤติกรรมเฉพาะในหน่วยงาน ดังนั้นหน่วยงานใดที่ต้องการนำแบบประเมินฉบับนี้ไปใช้ ควรมีการปรับการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการวัดให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานของตนเอง โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบรูบริก (Rubric) เพราะเป็นวิธีที่ต้องมีการแสดงออกของความร่วมแรงร่วมใจในการกำหนดพฤติกรรม จะทำให้ผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมินรู้ว่าประเมินอะไรและประเมินอย่างไร ผลที่ได้รับในเบื้องต้นเป็นนอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน ยังทำให้เกิดความต้องการในพัฒนาตนเองได้ในระดับหนึ่ง และการร่วมกันกำหนดพฤติกรรมในการประเมิน จะทำให้ผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน มีความเข้าใจตรงกันว่า

พฤติกรรมที่ต้องการประเมินนั้นจะประเมินอะไร ทำให้ได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการประเมิน และเกิดความพึงพอใจร่วมกัน ไม่เกิดการต่อต้านหรือมีอคติในการประเมิน เกิดการยอมรับในผลการประเมิน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหน่วยงานได้

3. การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น อาจมีการปรับระดับการประเมินเป็น 5 ระดับ โดยปรับระดับ 3 ในงานวิจัยเป็นระดับ 5 และปรับระดับ 2 เป็นระดับ 3 โดยที่ไม่ต้องเพิ่มเติมคำอธิบาย วิธีการประเมินให้พิจารณาว่าผู้ที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมการแสดงความสามารถตรงตามระดับใด ระดับ 1 หรือ 3 หรือ 5 (ที่ปรับใหม่) ถ้าไม่ตรงก็ให้พิจารณาว่ามีความสามารถมากกว่าระดับใดและน้อยกว่าระดับใด เช่น ผู้ที่ได้รับการประเมินอาจมีพฤติกรรมการทำงานที่แสดงความสามารถมากกว่าคำบรรยายพฤติกรรมในระดับ 1 แต่น้อยกว่าระดับ 3 (ระดับ 2 ในงานวิจัย) ก็จัดให้อยู่ในระดับ 2 เป็นต้น

4. การนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผลการประเมิน ต้องใช้สมรรถนะในด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร เพื่อให้ยังคงรักษาสัมพันธภาพอันดีในหน่วยงาน เพราะผลการประเมินที่ไม่เป็นที่ยอมรับ จะทำให้มีปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ อาจเกิดการต่อต้าน ทำให้โครงการพัฒนาบุคลากรไม่บรรลุตามเป้าหมาย และยังมีผลต่อการทำงานเป็นที่อื่นอีกด้วย

5. การวางแผนโครงการพัฒนาบุคลากร ควรดูตามความจำเป็นในการพัฒนา ซึ่งจะดูจากการถ่วงน้ำหนักคะแนนของสมรรถนะแต่ละด้าน โดยการพิจารณาจากช่องว่างของความต้องการในการพัฒนา (Gap) ควบคู่กับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กรด้วย ว่าองค์กรต้องการความสำเร็จของตัวชี้วัดใดมากที่สุด และต้องยึดถือคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานด้วย

6. แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ ไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินแบบ 360 องศา เพราะการพัฒนาแบบประเมินได้กระทำร่วมกับผู้ที่ทำการประเมิน ตามนโยบายของหน่วยงานคือให้ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ประเมินและสรุปการให้คะแนนการประเมินของผู้ใต้บังคับบัญชา การนำไปใช้ประเมินแบบ 360 องศา อาจทำให้ผลการประเมินมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะในงาน ของพยาบาลห้องผ่าตัดในระดับ 3 – 6 เพื่อให้พยาบาลกลุ่มนี้มีสมรรถนะในระดับที่องค์กรคาดหวัง
2. ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาลผ่าตัด
3. เส้นฐานสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดที่พึงประสงค์ตามบันไดวิชาชีพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. รูปแบบของ competency. ใน **Competency & performance management**. Available from: <http://www.moph.go.th>[2006, June 24]
- กฤษดา แสงดี. 2545. มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยผ่าตัด. ใน **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฏ์ อุทัยรัตน์. 2547. **นวัตกรรม" การบริหารทรัพยากรมนุษย์**. Available from: www.jobboards.net[2006, August 20]
- กองการพยาบาล. 2544. **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล : งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กอบกาญจน์ วงศ์วิสิทธิ์. 2547. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสื่อสาร**[Online]. Available from: <http://www.pcru.ac.th/~intanin/elearn/DREAM/index1.html>[2006, August 20].
- กันยา ออประเสริฐ. 2545. การศึกษาต่อเนื่องสู่การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด. ใน **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย** 7, 1 (มกราคม - มิถุนายน): 7 – 10.
- กันยา ออประเสริฐ. 2545. การสอนก่อนผ่าตัด. ใน **วรรณช เกียรติพงษ์ถาวร (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก**. หน้า 37. กรุงเทพมหานคร : ลีฟิ่ง ทรานส์ มีเดีย.
- กันยา ออประเสริฐ. 2543. ทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด. ใน **วารสารการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5** (24 – 25 มิถุนายน): 9 – 17.
- การสื่อสารเบื้องต้น. 2549. Available from: <http://www.riudon.ac.th/~boonpan>.
- กิดานันท์ มลิทอง. 2543. **การสื่อสารและการเรียนรู้**[Online]. Available from: <http://www.st.ac.th/av/communication.html>[2006, August 20].
- กึ่งกาญจน์ สิริสุนทร และพรพรรณ โชติพิทักษ์วัน. 2547. **ทำไมแนวการให้คะแนนจึงสำคัญ** [Online]. Available from <http://intranet.cps.k12.il.us/Assessments/Ideas and Rubrics>. [2005 July,07]
- เกื้อ กระแสโสม. 2547. **การพัฒนาการรับรองผู้ประเมินภายนอกตามแนวคิดที่เน้นสมรรถภาพสำหรับการประเมินสถานศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โครงการตามพระราชดำริ สำนักงาน ก.พ.ร. 2548. Competency [Online]. Available from:
www.ocsc.go.th [2005, July 17].
- จรัมพร ประถมบุรณ. ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมทางปกครอง. 2547.
Competency Online. ศูนย์พัฒนาบุคลากรกระทรวงยุติธรรม : <http://www.csuchico.edu/>
 [2005, July 31].
- จรินทร์ อาสาทรงธรรม. 2548. **การสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage) ในมิติด้านนวัตกรรม (Innovation).** Available from:
http://tulip.bu.ac.th/~jarin.a/content/Innovation/compet_advantage.htm
- จิรประภา อัครบวร. 2548. Competency pitfalls. <http://www.moph.go.th>[2006, July 11]
- จุฑามาศ คำแพรวดี. 2543. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 5,** ฉบับที่ 1. มกราคม – มิถุนายน 2543: 54 – 55.
- ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2545. **มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด. วารสารการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 7 : 20 – 24.**
- ชาย โพธิ์สิตา. 2547. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูวิทย์ มิตรชอบ. 2548. **การกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร.** Available from:
<http://webhost.cpd.go.th/>[2006, April 20].
- ณรงควิทย์ แสนทอง. 2547. **มารู้จัก Competency กันเถอะ.** กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา. 2548. **ศักยภาพความสามารถในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2546. **การบริหารทุนมนุษย์.** กรุงเทพมหานคร: ประชุมการช่าง.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. **การบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: ประชุมการช่าง.
- บรรจบ กิมเถื่อนอม. 2549. **แนวคิดเกี่ยวกับ Competency.**
<http://www.moe.go.th/opdc/compet.htm>[2006, June 24]
- บวร เทศารินทร์. 2006. **นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษา.** Available from:
http://school.obec.go.th/sup_br3/t_1.htm [2006, August 20].
- บวร เทศารินทร์. 2006. **เทคโนโลยีการศึกษา.** Available from:
http://school.obec.go.th/sup_br3/t_2.htm[2006, August 20]
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2548. **เอกสารคำสอนวิชาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บุษกร วัชรศรีโรจน์. 2548. **การทำความเข้าใจกัลยศาสตร์การสื่อสารขององค์กร**[Online]. Available from: <http://www.rtaf.mi.th/oit/itnews/article/comstrat.pdf>. [2006, August 20]
- เบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล. 2541. **พยาบาลห้องผ่าตัดกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก. วารสารห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 3,1 : 11-12.**
- ประพนธ์ ผาสุขยี่ด. 2547. **นวัตกรรมการเรียนรู้สู่การศึกษาที่แท้**. Available from: เอกสารประกอบการอภิปรายการสัมมนาวิชาการเรื่อง “นวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข” วันพุธที่ 28 เมษายน 2547 ณ โรงแรม หลุยส์ แพเวิร์น กรุงเทพฯ จัดโดยโครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.)
- ปราณี สงวนชื่อ. 2547. **การสร้างแบบประเมินการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิชฐา พานิชชีวะกุล. 2531. **การสนทนากลุ่ม**. ใน Administrator แบบเรียน E-Learning. ภาควิชาพัฒนาชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร. [Online]. Available from: <http://www.cdswtu.com/index2.php?option>[2006, July 11]
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์. 2549. **คุณภาพการบริหารการพยาบาล**. เอกสารประกอบการสอน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2544. **ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บลูพรินต์.
- พะยอม แก้วกำเนิด. 2546. **วิชาชีพ**. ใน **สารานุกรมคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ**. ฉบับที่ 26 (เมษายน. 2546). <http://edu.swu.ac.th/encyclopedia/index.htm>.
- พิชิต ฤทธิ์จัญญ. 2548. **หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: แฮ็ส ออฟ เคอร์รี่ส์.
- พิรุณ รัตนวณิช. 2545. **คุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข สำหรับพยาบาล**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- พิสัย นุ่นเกลี้ยง. 2547. **ผู้บริหารกับการบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์**[Online]. Available from: <http://www.ubu.ac.th/~sme/content/KM/CEO&HRM.pdf>[2006, April 20]

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คูโรปกรณ์พงษ์. 2536. **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล**. สงขลา: อัสลาบายด์เพลส.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2548. **การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ไพฑูริย์ โพธิ์สาร. 2549. การประเมินสภาพจริง. **สารานุกรมคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. ฉบับที่ 36 (ก.พ. 2549): 7-11.
- ไพฑูริย์ โพธิ์สาร. 2548. **เกณฑ์การประเมิน**. <http://edu.swu.ac.th/encyclopedia/index.htm>.
- มนูญ ศิวารมย์. 2542. **การพัฒนากระบวนการประเมินแบบ 360 องศา เพื่อพัฒนาการสอนของครู สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูทิตา รัตนภาค. 2544. **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี. 2548. **การสนทนากลุ่ม : เทคนิคการมีส่วนร่วมและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย**. <http://pioneer.chula.ac.th/~jutumpor/>
- เรณู อัจฉาลี. 2540. **การพยาบาลทางห้องผ่าตัด**. ใน เรณู อัจฉาลี (บรรณาธิการ), **การพยาบาลทางห้องผ่าตัด**, หน้า 9. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. 2548. **ระบบราชการไทยใสสะอาด**[Online]. Available from: www.songkhla.go.th/sunsongkhla/data04.htm[2006, May 20]
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2543. **เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- วันเพ็ญ เส้นศูนย์. 2544. **บทบาทและหน้าที่ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในปี 2553**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ประवालพฤษ์. 2549. **การออกแบบและการพัฒนาเครื่องมือประเมินการการวัดการปฏิบัติ**. <http://www.watpon.com/journal/performa.pdf>[2006, April 24]
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2547. **การวิจัยทางการพยาบาล : หลักการและแนวปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิตวิทยา ซึ่งอารมณ์. 2546. การพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานกลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะ ด้านทัศนศิลป์ช่วงชั้นที่สอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศัลยา ไผ่เข็มศิริมงคล. 2546. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด. **วารสารการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 8: 61-63.**
- ศิริชัย กาญจนวาสี. 2547. **ทฤษฎีการประเมิน. 4.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร พุทธิรังษี. 2546. สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด. **วารสารการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 8: 37-45.**
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชายหิรัญกิตติ, สุดา สุวรรณามิรมย์, ชวลิตร ประภาวนนท์ และสมศักดิ์ วานิชยาภรณ์. 2545. **องค์การและการจัดการ.** กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.
- ศิระนันท์ ศิวพิทักษ์. 2549. **นวัตกรรมกับการจัดการการเปลี่ยนแปลง.** Available from: <http://www.dpu.ac.th/business/frontend/download.asp?>[2006, August 20].
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2549. **นวัตกรรมตามรอยและวัดผลคุณภาพ.** เอกสารการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7: 17 – 22.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2546. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด. **วารสารการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 8: 13-14, 23.**
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมศักดิ์ ภูวิภาดาวรรณ. 2544. **การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการประเมินตามสภาพจริง.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- สัจจา ทาโต. 2548. **เอกสารคำสอนรายวิชา วิทยุวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย: สกว. 2545. **การสนทนากลุ่ม**[Online]. Available from: http://www.vijai.org/Tool_vijai/12/02.asp[2006, May12]
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน: ก.พ. 2548ก. **การนำ Competency มาใช้ในระบบราชการไทย** [Online]. Available from: www.ocsc.go.th[2005, July 17]
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน: ก.พ. 2548ข. **การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง สมรรถนะของข้าราชการ 31 ม.ค.48**[Online]. Available from: www.ocsc.go.th[2005, July 17]
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ลงวันที่ 29 กันยายน 2538.

- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล: ก.พ.ร. 2547ก. **การพัฒนาสมรรถนะการบริหารบุคคลในราชการพลเรือน ประสบการณ์จากส่วนราชการนำร่อง**. 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานข้าราชการพลเรือน.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล: ก.พ.ร. 2547ข. **HR Scorecard การประเมินระบบบริหารทรัพยากรบุคคล**. 3. กรุงเทพฯ: กลุ่มโรงพิมพ์สำนักบริหารกลาง สำนักงานข้าราชการพลเรือน.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล: ก.พ.ร. 2548. **Human capital management & HR Scorecard: ทุมนมนุษย์กับการพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล**. 2. กรุงเทพมหานคร: พี. เอ.ลิฟวิ่ง.
- สำเนา แหียงกระโทก. 2549. **การค้นหานวัตกรรมและนำสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน**. Available from: <http://province.moph.go.th/nakhonratchasima>[2006, August 20]
- สิทธิชัย เหลืองโรจน์. 2547. **การบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ. วารสารการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 9: 9 – 14.**
- สุจิตรา จรจิตร. 2549. **การสื่อสาร**[Online]. Available from: <http://classroom.psu.ac.th/users/jsujitra/VCR%20TA/Chap%201.pdf>[2006, August 20].
- สุนันทา ตรีศายลักษณ์. 2542. **การสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สุวิมล ว่องวานิช. 2547. **การวัดทักษะการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์. 2548. **Competency dictionary**. กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์. 2547. **Career development in practice**. กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.
- อุษา อัครทวีเศษ. 2547. **การปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพยาบาลปริศลยกรรม**. ใน **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 9 (มกราคม – มิถุนายน): 4 – 8.**

ภาษาอังกฤษ

- Alfaro-LeFever, Rosalinda. 2006. **Applying nursing process a tool for critical thinking**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- AORN. **Competency tool – circulator role** [Online]. Available from: <http://www.hospitalsoup.com/> [2005, July 5].

- AORN. 2003. Competency statements in perioperative nursing. In **AORN Standards, recommended practices, and guidelines**. Denver: Association of perioperative registered nurses.
- AORN. 2006. Competency statements in perioperative nursing. In **AORN Standards, recommended practices, and guidelines**. Denver: Association of perioperative registered nurses
- AORN. 2005. Guidance statement perioperative staffing. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 81(5) : 1059 – 1060.
- Benner stage. [Online]. Available from: <http://www.sonoma.edu>, [2005, July 7].
- Boyle, Heather. J. 2005. Patient advocacy in the perioperative setting. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 82(2) : 250.
- Bragg, Krista., VanBalen, Nancy and Cook, Nathaniel. 2005. Future trends in minimally invasive surgery. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 82(6): 1006-1007.
- Deborah, Bahlman. T. 2005. Using technology to improve and support communication and workflow process. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 82(1) : 65.
- Egil, Nilsen. V. 2005. Managing equipment and instruments in the operating room. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 81(2): 349.
- Eric, Davis. 2005.. Perioperative managers about materials and financial management. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 81(4) : 801.
- Fairchild, Susan S. 1996. **Perioperative nursing principles and practice**. Second edition. Boston: Little, Brown and Company.
- Karanfil, Lynne.; Bahner,Jan. and Most, Rosalie. 2005. Create a patient safe environment in perioperative setting. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 81(1): 168.
- Meretoja, R., Isoaho H.; and Leino-Kilpi, H. 2004. Nurse Competency Scale: Development and Psychometric testing. **Journal of Advanced Nursing**. 47(2): 124-132.
- Moss, Jacqueline. and Xiao, Yan. 2004. Improving operation room coordination communication pattern assessment. **Journal of Nursing Administration**. 34(2): 93 – 100.
- Polit, D.F. and Hunger, B.P. 1999. **Nursing research principle and methods**. New York: Lippincott.

- Newhouse, Robin P., Johantgen, Meg., Pronovost, Peter J. and Johnson, Elizabeth. 2005. Perioperative nurses and patient outcomes – mortality, complication, and length of stay. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 81(3): 509 – 514.
- Rothrock, C. Jane. 2003. *Alexander's care of the patient in surgery*. Twelfth edition. St.Louis: Mosby.
- Shermon, Ganesh. 2005. *Competency bases HRM*. New Delhi: Tata McGrew-Hill publishing.
- Simon, Judith Sharken. (1999). *How to conduct a focus group*. [Online]. Available from: <http://www.tgci.com/magazine>[2007, Jan.12]
- Slowikowski, Mary Kay. 2005. Using the disc behavioral instrument to guide leadership and communication. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 82(5): 853.
- Speers, Alice. T. 2005. Technical support assistants – a new concept in the OR. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 82(3) : 447.
- Springer, P., Payne, K., and Petermann, B. 1998. Rating nursing performance based on behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 28(1): 39-45.
- Suzanne, Beyea. C. 2005. Patient advocacy – nurses keeping patient safe. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 81(5) : 1046. – 1047.
- Suzanne, Beyea. C. 2005. Preventing patient falls in perioperative settings. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 81(1) : 394.
- Thompson, Gelene. T. 2005. Effects of end-of-life education on baccalaureate nursing students. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 82(3) : 438.
- Wanzer, Linda J. 2005. Perioperative initiatives for medication safety. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 82(4): 663-666.
- William, Duffy. J. 2005. Care of the perioperative patient with an implanted electronic device. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 81(6) : 1200 – 1203.
- William, Duffy. J. 2005. Role of the scrub person. *The Association of Operating Room Nurses Journal*. 81(6) : 1193 – 1194



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. นางสาวปราณี สงวนชื่อ

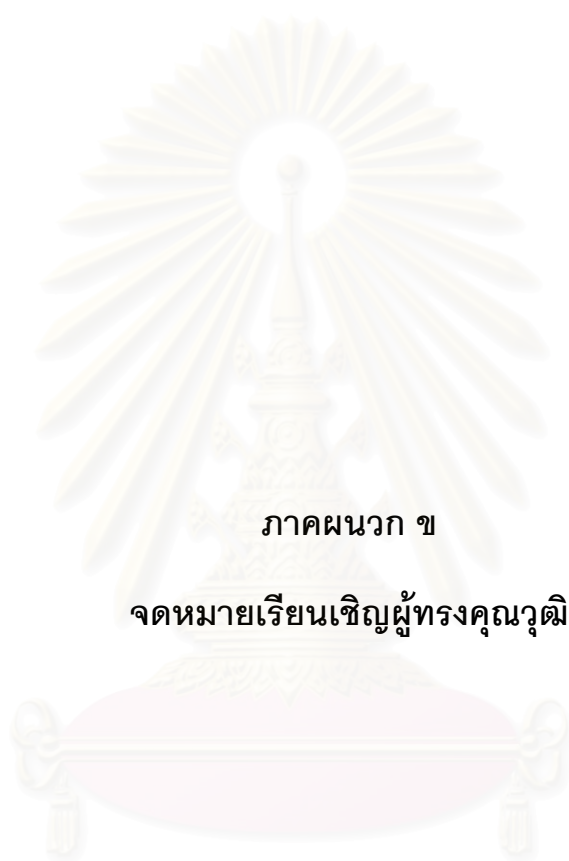
- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล
- ประสบการณ์ในงาน 1. ผู้ตรวจการทำงานพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลรามาริบดี
2. พยาบาลห้องผ่าตัดจักษุ ประสบการณ์ 28 ปี
3. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต เรื่อง การสร้างแบบประเมินผล
 การปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
 ของรัฐ

2. นางสาวเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล

- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่
 (Clinical specialist – Operative nursing)
- ประสบการณ์ในงาน 1. พยาบาลชำนาญการระดับ 8 โรงพยาบาลศิริราช
2. หัวหน้าหน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด
3. กรรมการวิจัยสร้างแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผ่าตัด
 (ปัจจุบันใช้เป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการ
 พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช)
4. กรรมการหลักสูตรพยาบาลผ่าตัดเฉพาะสาขา งานการพยาบาล
 ผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

- วุฒิการศึกษา Ph.D. (Gerontological Nursing)
- ประสบการณ์ในงาน 1. อาจารย์ประจำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด
 ประสบการณ์ 8 ปี
2. อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศท 0512.11/ 0035



คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวสุคา ทองทรัพย์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรอนงค์ พุ่มอากรณ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ |
| 2. นางสาวปราณี สงวนชื่อ | ผู้ตรวจการงานการพยาบาลผ่าตัด |

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. พูน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรอนงค์ พุ่มอากรณ์ และนางสาวปราณี สงวนชื่อ
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวสุคา ทองทรัพย์ โทร. 08-7341-4311

ที่ ศธ 0512.11/0035



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

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

เนื่องด้วย นางสาวสุดา ทองทรัพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล พยาบาลชำนาญการระดับ 8 งานการพยาบาลผ่าตัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. อุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวเบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวสุดา ทองทรัพย์ โทร. 08-7341-4311

ที่ ศธ 0512.11/0035



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 มกราคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

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

เนื่องด้วย นางสาวสุดา ทองทรัพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต นางสาวสุดา ทองทรัพย์ โทร. 08-7341-4311



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 020/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลราชวิถี
THE DEVELOPMENT OF PERIOPERATIVE NURSE
COMPETENCE SCALE, RAJAVITHI HOSPITAL

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุดา ทองทรัพย์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2550

วันหมดอายุ 28 สิงหาคม 2550



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

คำชี้แจง

แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โดยการวัดพฤติกรรมที่แสดงถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลของผู้ประเมิน

ตอนที่ 2 ข้อมูลของผู้รับการประเมิน

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลราชวิถี

ตอนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้อง
ผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

ตอนที่ 1 สถานภาพโดยทั่วไป ของผู้ประเมิน

คำแนะนำ ขอให้ผู้ประเมินกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่เป็นความจริง หรือเติมข้อความ ที่เกี่ยวกับตัวท่านเองในปัจจุบัน

1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมิน

1. อายุปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 - ปริญญาโท สาขา.....
3. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดปี
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพปี
5. ตำแหน่งทางการบริหาร
 - หัวหน้าสาย สายที่.....
 - หัวหน้าหน่วยผ่าตัด สาขา.....

ลงนามผู้ประเมิน

วันที่ เดือน 2550

ตอนที่ 2 สถานภาพโดยทั่วไป ของผู้ที่ได้รับการประเมิน

คำแนะนำ ขอให้ผู้ที่ได้รับการประเมิน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่เป็นความจริง หรือเติมข้อความ ที่เกี่ยวกับตัวท่านเองในปัจจุบัน

2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ได้รับการประเมิน

2. ชื่อ - นามสกุล
3. อายุปี
4. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย / หย่า / แยก
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (ตั้งแต่เริ่มบรรจุในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ).....ปี
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
ปริญญาโท สาขา.....
7. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดปี
8. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ
 - 1) O.R. ศัลยกรรม รวมระยะเวลา.....ปี เดือน
 - 2) O.R. โสต ศอ นาสิก รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
 - 3) O.R. ตา รวมระยะเวลา.....ปี เดือน
 - 4) O.R. ศัลยกรรมประสาทและสมอง รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
 - 5) O.R. ออร์โธปิดิกส์ รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
 - 6) O.R. ศัลยกรรมปัสสาวะ รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
 - 7) O.R. สูติ - นรีเวช รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
 - 8) O.R. ศัลยกรรมหัวใจ รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
 - 9) O.R. เล็ก รวมระยะเวลา.....ปีเดือน
9. ประวัติการอบรมในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
 - 1) ระยะเวลา.....
 - 2) ระยะเวลา.....
 - 3) ระยะเวลา.....
 - 4)ระยะเวลา.....
 - 5) ระยะเวลา.....

ตอนที่ 3 เป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
คำชี้แจง

1. แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มีเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับของข้อรายการสมรรถนะ ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ประเมินมี 3 ระดับ มีความหมายของระดับดังนี้

ระดับ	ความหมายของระดับ
3	พยาบาลที่มีพฤติกรรมการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่อยู่ในเกณฑ์ดี หรือมีพฤติกรรมดังกล่าว และดีสม่ำเสมอสมควรเป็นตัวอย่าง
2	พยาบาลที่มีพฤติกรรมการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่อยู่ในขั้นที่พอทำได้ หรือขั้นพอสมควร
1	พยาบาลที่มีพฤติกรรมการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่อยู่ในขั้นที่ต้องปรับปรุงหรืออยู่ในขั้นเริ่มต้น

2. องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี มีทั้งหมด 6 ด้าน มีข้อรายการสมรรถนะรวม 33 ข้อ คือ

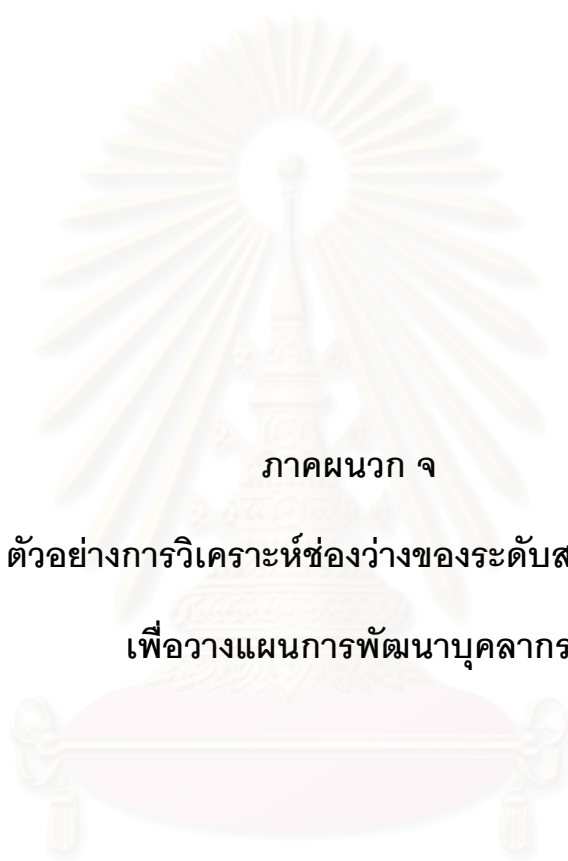
- 1) ด้านการบริการทางคลินิก มี 9 ข้อ
- 2) ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล มี 6 ข้อ
- 3) ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม มีข้อ 7 ข้อ
- 4) ด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาล มี 5 ข้อ
- 5) ด้านนวัตกรรมและการใช้เทคโนโลยี มี 3 ข้อ
- 6) ด้านการสื่อสาร มี 3 ข้อ

3. ขอให้ผู้ประเมินกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่า**ตรงกับการรับรู้ของท่าน** ว่าผู้ถูกประเมินมีระดับสมรรถนะอยู่ในระดับใดในแต่ละข้อรายการสมรรถนะ (เลือกได้เพียง 1 ระดับ)
ตัวอย่าง

สมรรถนะด้านการบริการทางคลินิก มีข้อรายการสมรรถนะ 9 ข้อ ดังนี้		ระดับที่ได้รับ การประเมิน
1) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และครอบครัว		
ระดับ 3	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย* ความพร้อมด้านจิตใจ** ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และลงบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง และครอบคลุม เพื่อส่งต่อข้อมูลได้	✓
ระดับ 2	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย* ความพร้อมด้านจิตใจ** ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และลงบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง	
ระดับ 1	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย* ความพร้อมด้านจิตใจ** ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้และลงบันทึกทางการพยาบาล ได้แต่ยังไม่ครอบคลุม	

1. ด้านการบริการทางคลินิก

1. ด้านการบริการทางคลินิก มีข้อรายการสมรรถนะ 9 ข้อ ดังนี้		ระดับที่ ได้รับการ ประเมิน
1) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และครอบครัว		
ระดับ 3	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย* ความพร้อมด้านจิตใจ** ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และลงบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง และครอบคลุม เพื่อส่งต่อข้อมูลได้	
ระดับ 2	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย* ความพร้อมด้านจิตใจ** ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และลงบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง	
ระดับ 1	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย* ความพร้อมด้านจิตใจ** ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้และลงบันทึกทางการพยาบาล ได้แต่ยังไม่ครอบคลุม	
2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ระดับ 3	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถวิเคราะห์ปัญหาและมีข้อมูลสนับสนุนที่เป็นเหตุผลเป็นผลเพียงพอ เพื่อระบุปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายในขณะที่ผ่าตัด ของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต*ได้ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ	
ระดับ 2	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถระบุปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายในขณะที่ผ่าตัดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะผิดปกติได้ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	
ระดับ 1	มีพฤติกรรม / การปฏิบัติที่สามารถระบุปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ผ่าตัด ของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะปกติได้ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	
3) การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด		
ระดับ 3	
ระดับ 2	
ระดับ 1	



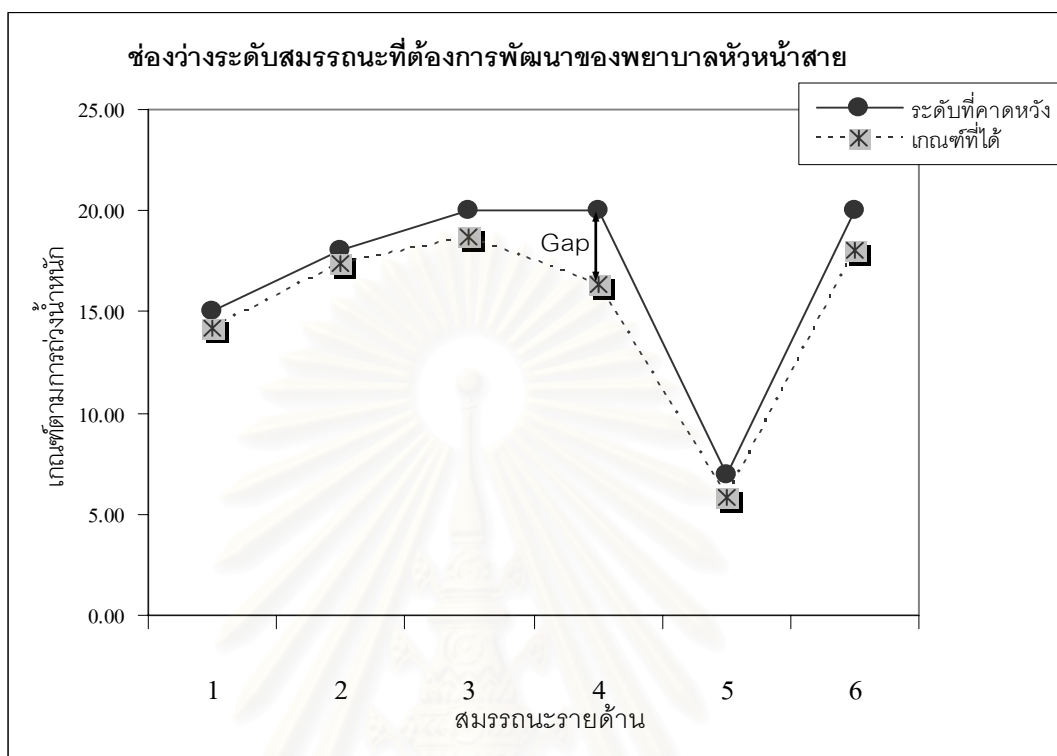
ภาคผนวก จ

ตัวอย่างการวิเคราะห์ช่องว่างของระดับสมรรถนะ

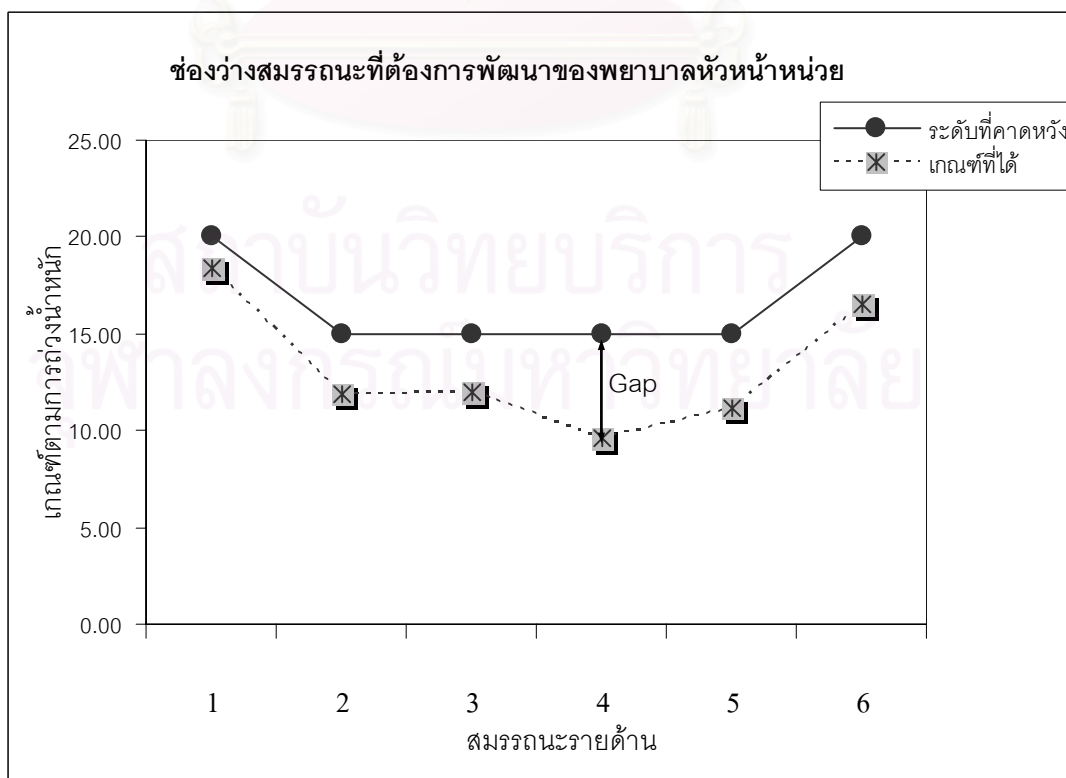
เพื่อวางแผนการพัฒนาคูคลากร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

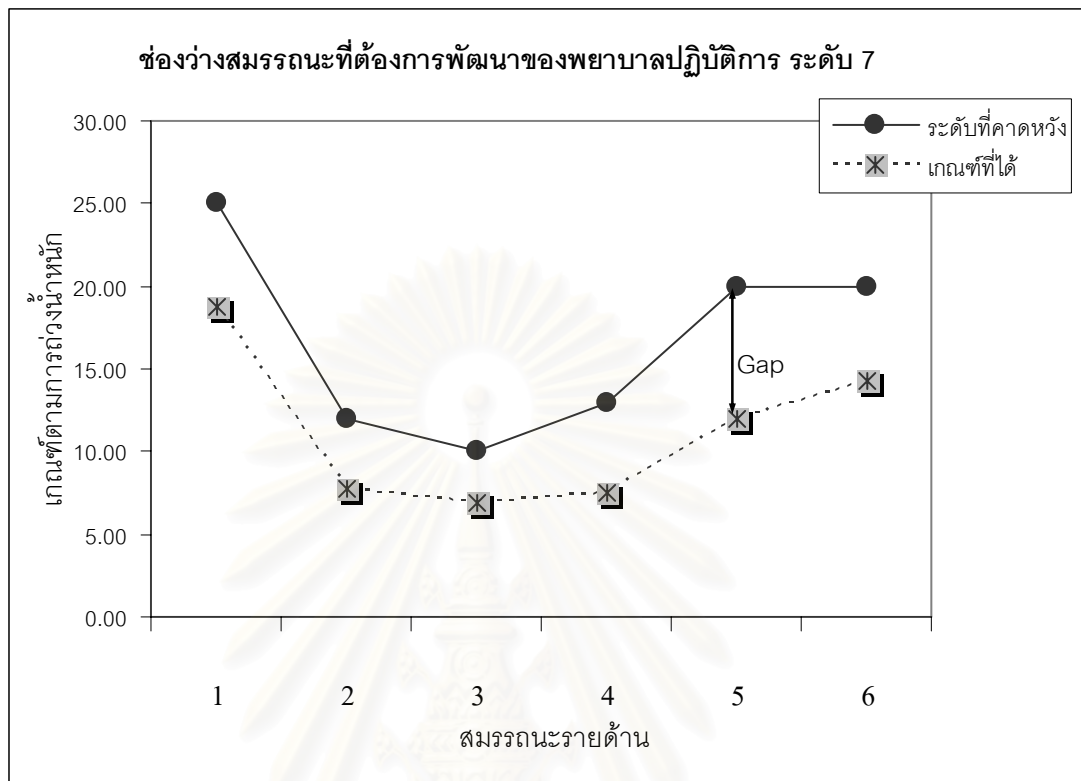
รูปที่ 6.1 ช่องว่าง (Gap) ของระดับสมรรถนะที่ห่างจากระดับที่คาดหวัง ของพยาบาลหัวหน้าสาย



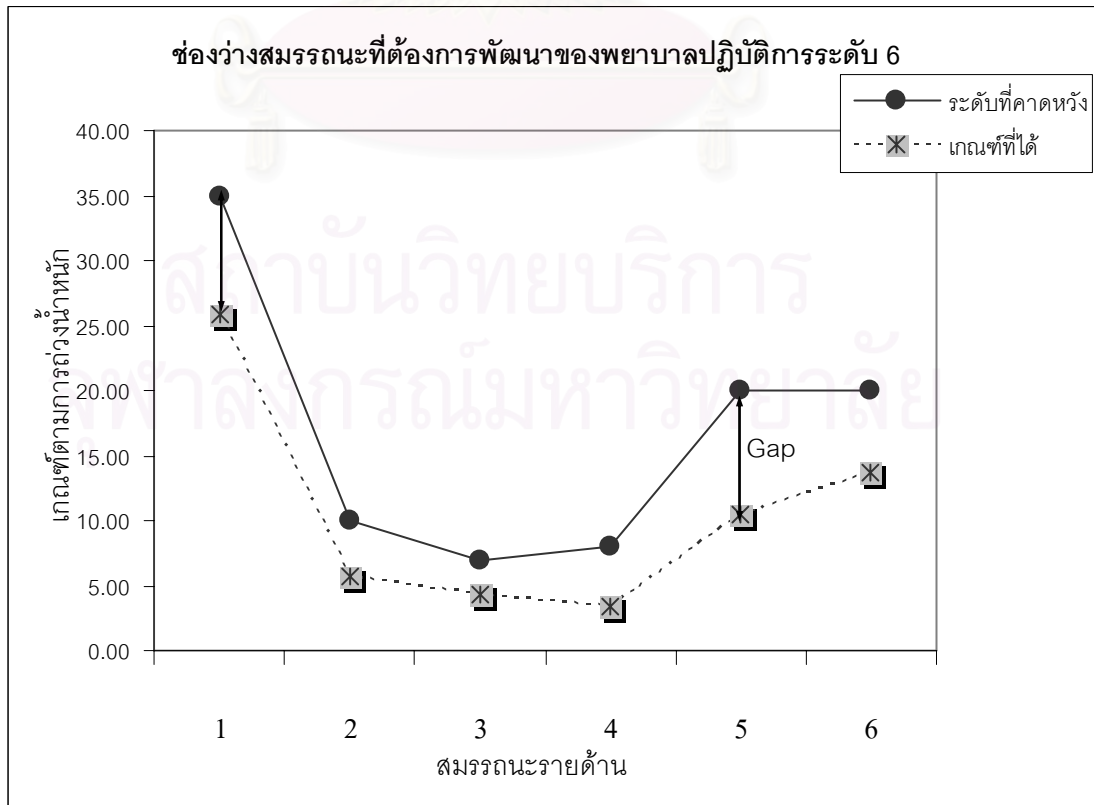
รูปที่ 6.2 ช่องว่าง (Gap) ของระดับสมรรถนะที่ห่างจากระดับที่คาดหวัง ของพยาบาลหัวหน้าหน่วย



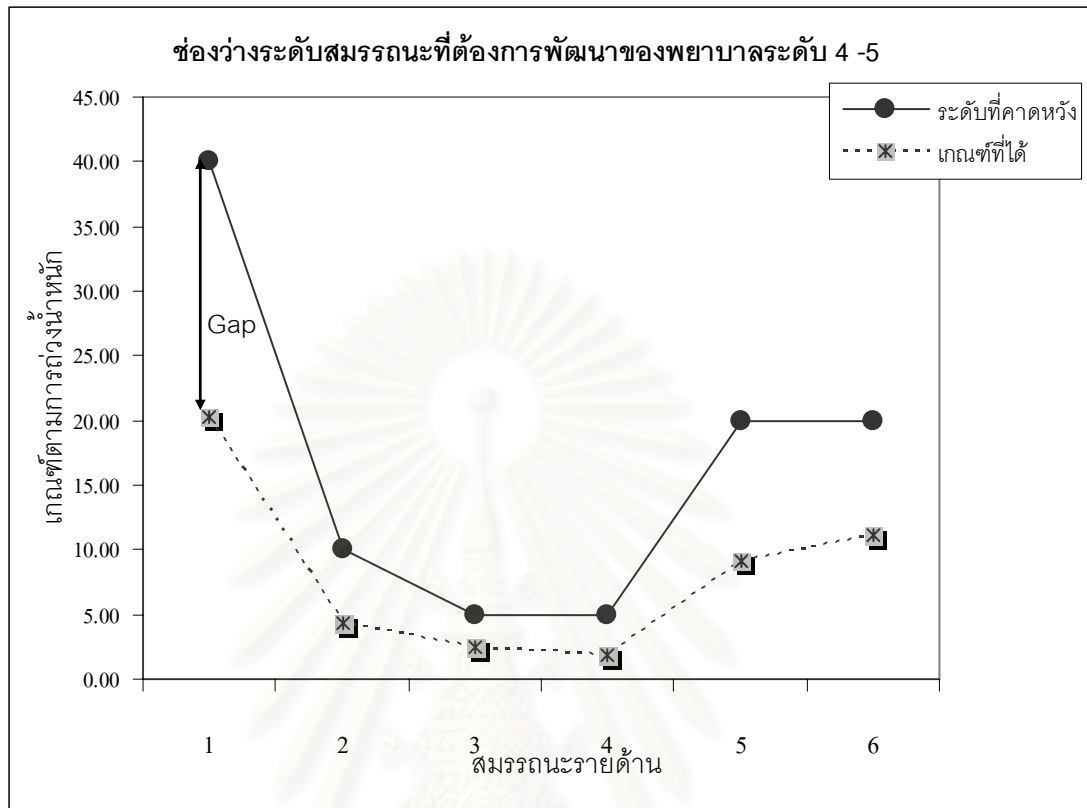
รูปที่ 6.3 ช่องว่าง (Gap) ของระดับสมรรถนะที่ห่างจากระดับที่คาดหวังของพยาบาลปฏิบัติการระดับ 7



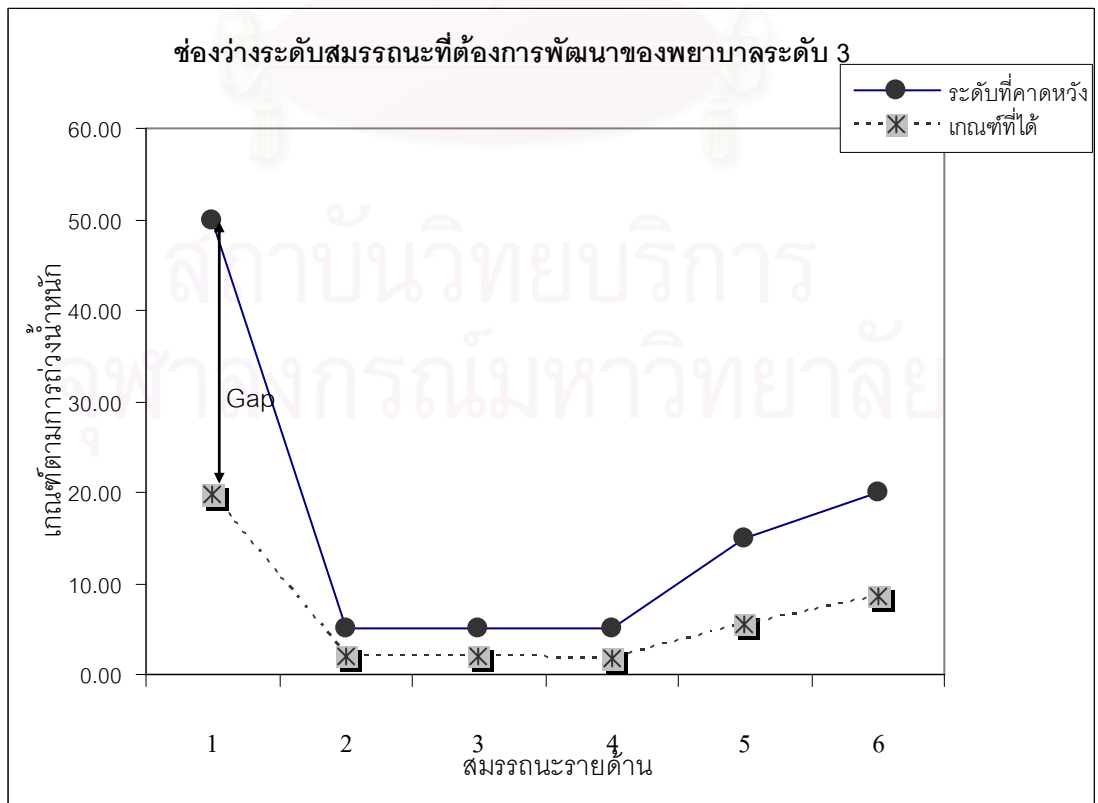
รูปที่ 6.4 ช่องว่าง (Gap) ของระดับสมรรถนะที่ห่างจากระดับที่คาดหวัง ของพยาบาลปฏิบัติการระดับ 6



รูปที่ 6.5 ช่องว่าง (Gap) ของระดับสมรรถนะที่ห่างจากระดับที่คาดหวัง ของพยาบาลปฏิบัติการระดับ 4-5



รูปที่ 6.6 ช่องว่าง (Gap) ของระดับสมรรถนะที่ห่างจากระดับที่คาดหวัง ของพยาบาลปฏิบัติการระดับ 3



ประวัติผู้วิจัย

นางสาวสุดา ทองทรัพย์ เกิดเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2499 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ เมื่อปี พ.ศ. 2521 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2547 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 29 ปี ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยในกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ (กลุ่มการพยาบาล) โรงพยาบาลราชวิถี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย