

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



นางสาววรรณวิมล ทুমมี

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

Safety Management of the Operative Room Unit in Kalasin Hospital

Miss Wanwimol Toomme



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

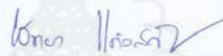
Sukhothai Thammathirat Open University

2015

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ชื่อและนามสกุล	นางสาววรรณวิมล ทুমมี
แขนงวิชา	การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2559

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)



(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ชื่อการศึกษา **คั่นคว้าวิสา** การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ผู้ศึกษา นางสาววรรณวิมล ทুমมี รหัสนักศึกษา 2565100027
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร
ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ 2) ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มสนทนาได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มศึกษากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดขององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ ประเทศอังกฤษ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 1.00 และ 0.95 ตามลำดับ และ 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก 2) ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย (1) โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน (2) งบประมาณเพียงพอ (3) การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร และ (4) ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด มีดังนี้ (1) บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (2) อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ (3) นโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารไม่ชัดเจน และ (4) การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

คำสำคัญ การจัดการความปลอดภัย ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Independent Study title: Safety Management of the Operative Room Unit in Kalasin Hospital

Author: Miss Wanwimol Toomme;

ID 2565100027; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration);

Independent Study advisor: Dr. Pattaya Kaewsan;

Academic year: 2015

Abstract

This descriptive research aimed: 1) to explore safety management, and 2) to find factors related to safety management in the operative room unit at Kalasin Hospital.

The participants were 30 professional nurses who worked more than one year in the operative room unit at Kalasin Hospital. They were divided into two groups. The first group (30 nurses) was asked to complete questionnaires. The other group (five out of thirty nurses) who had working experiences more than 10 years was selected by the purposive sampling technique and interviewed for group discussion. The researchers created two instruments by using the National Patient Safety Agency, 2004 guidelines. 1) Safety management questionnaires which were verified content validity by four experts and the content validity and Cronbach's alpha reliability coefficient was 1.00 and 0.95 respectively. 2) Guidelines for group discussion which the validity was 0.97. Data were analyzed by using inferential statistic and content analysis.

These study found that 1) nurses rated safety management administration at the highest level. 2) Supportive factors included: (1) standard of operative room structure, (2) enough budget, (3) staff empowerment, and (4) efficiency of surgical teams. However, the obstacle factors of this safety management were: (1) lack knowledge and experiences of staff, (2) staff shortage, (3) unclear given information and communication policy, and (4) poor cooperation of clients and relatives.

Keywords: Safety management, Operative room unit, Kalasin hospital

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาการค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากท่านอาจารย์ ดร.พัทธา แก้วสาร อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำชี้แนะทางที่เป็นประโยชน์ แก้ไขข้อบกพร่อง และติดตามการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอย่างดียิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข กรรมการสอบที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจในการศึกษาและการศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่อนุมัติให้ดำเนินการศึกษา ตลอดจนการนำการศึกษาไปใช้ในองค์การต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัวที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ตลอดการศึกษาขอขอบพระคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษาเสมอมา

วรรณวิมล ทุมมี

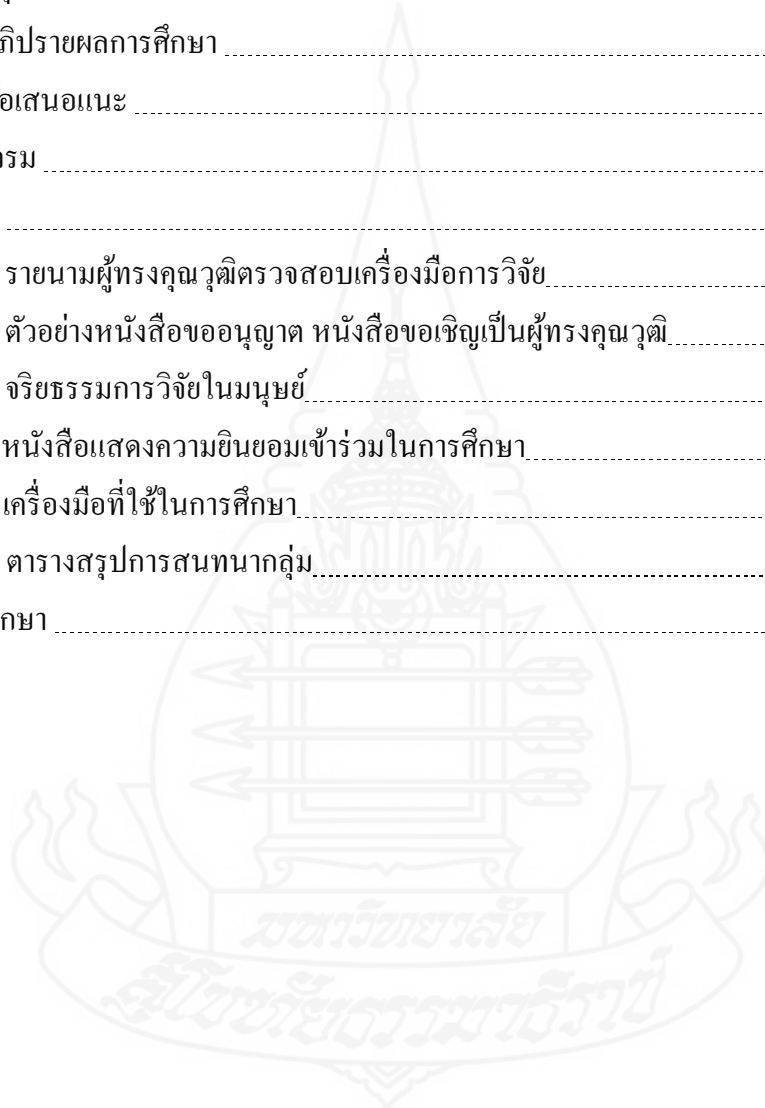
สิงหาคม 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
กรอบแนวคิดการศึกษา	4
ขอบเขตการศึกษา	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
การจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ	9
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย	16
งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	29
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	37
ตอนที่ 2 การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	41
ตอนที่ 3 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	58
สรุปการการศึกษา.....	58
อภิปรายผลการศึกษา	61
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	77
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย.....	78
ข ตัวอย่างหนังสือขออนุญาต หนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	80
ค จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	90
ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา.....	92
จ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	94
ฉ ตารางสรุปการสนทนากลุ่ม.....	108
ประวัติผู้ศึกษา	118



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 37
ตารางที่ 4.2	จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 40
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยใน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม 41
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้อง ผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย จำแนกเป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 42
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร จำแนก เป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 44
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 46
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ จำแนก เป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 47
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม จำแนกเป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 48
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 6 การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับ ความปลอดภัย จำแนกเป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 49
ตารางที่ 4.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 7 การลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกัน การเกิด อันตราย จำแนกเป็นรายข้อและ โดยภาพรวม 50

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายให้ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับคำว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากการใช้บริการสุขภาพ พอล บราว (Paul Bowel, 2010) นำนโยบายการจัดการความปลอดภัยมาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ เช่น กระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Safety culture) การนำระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาใช้ โดยโรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาให้กระบวนการจัดการความปลอดภัยครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และส่งเสริมให้ผู้บริหารเกิดความตื่นตัวเกี่ยวกับความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพรวมทั้งความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพอีกด้วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2551)

ปัจจุบันแม้มีการนำการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ แต่ยังพบปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความไม่ปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ ความล้มเหลวในทางปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยและความล้มเหลวในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัด ร้อยละ 41.0 – 74.1 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด เบรนนัน และคณะ (Brennan et al., 1991) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่จะพบความเสี่ยง (risk) หรือผิดพลาดทางเทคนิค (technical error) เช่น ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดประเภท และความผิดพลาดในวิธีการทำหัตถการ ดังนั้นการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงพัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง โดยเป็นกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้บริหารองค์กรและบุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับ

โดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด วิเคราะห์และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ องค์การความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Patient Safety Agency, 2004)

ประเด็นปัญหาของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พบ คือ ประการแรกผู้ป่วยได้รับความไม่ปลอดภัยจากการดูแลหรือเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ ดังเช่นจากการศึกษาของ เอสพี เคลลี่ และ เจไลน์บอสตัน (SP Kelly and Jalil Bolton, 2011) พบว่า เกิดความผิดพลาดในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกตาที่ใส่เลนส์ตาเทียมไม่ถูกต้องตามการใช้ขนาดของเบอร์เลนส์ตาเทียมไม่ตรงกับผู้ป่วย ประการที่สอง คือ พยาบาลขาดความรู้ประสบการณ์และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่นจากการศึกษาของ สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง (2551) พบว่า สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และตามการศึกษาของ เรมวาล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2557) พบว่า การสร้างความตระหนักในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยส่งผลดีต่อการพยาบาลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูง ประการที่สาม คือ หน่วยงานหรือองค์กรมีการจัดการงานที่ไม่เหมาะสมกับอัตรากำลังของพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ อัลเฟรดส์คอตเต บียอนคอตเต (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2012) เรื่องการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่า ภาระงานที่ไม่สมดุลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และตามการศึกษาของ บาวแมน และคณะ (Bauman et. al, 2012) พบว่า อัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นรวมทั้งทำให้พยาบาลเหนื่อยเครียดไม่พอใจในงานและลาออกจากงาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการศึกษาของ ฉวีวรรณ งามหัตถิ (2553) พบว่า ปัจจัยสนับสนุนในด้านนโยบายการบริหารความปลอดภัยที่ชัดเจน การเรียนรู้หรือการได้รับการอบรมของบุคลากร การสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร และปัจจัยอุปสรรคในด้านอัตรากำลังไม่เพียงพอ อุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐานชำรุดหรือไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยไม่ชัดเจน มีส่วนสำคัญต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิเช่นกัน

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการนำระบบการจัดการความปลอดภัยเข้ามาใช้ในการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ในแต่ละเดือนมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาประมาณ 30,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมดตลอดปี และมีผู้ป่วยเข้ารับบริการผ่าตัดต่อเดือนร้อยละ 12.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด (งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาล

กาฬสินธุ์, 2558) และโรงพยาบาลได้รับการประกันคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ระดับ 3 ในปี 2547, 2553 และมีการเยี่ยมชมสำรวจประเมินซ้ำ (Re-accreditation) เพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ปี 2556 และ 2559 ตามลำดับ จากสถานการณ์ที่ผ่านมานางานห้องผ่าตัดมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจากการทบทวนรายงานความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ปีย้อนหลังของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่ามีกรณีเกิดข้อผิดพลาดในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำหัตถการผิดข้าง คือ ผ่าตัดตาผู้ป่วยผิดข้างจำนวน 1 รายในปี 2555 และยังมีเหตุการณ์เกือบพลาด (nearly miss) ในการผ่าตัดตาผิดข้างจำนวน 3 รายปี 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, ม.ป.ป.)

จากปัญหาการเกิดข้อผิดพลาดนี้ในหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงมีการรายงานความเสี่ยงค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดและแก้ไขปัญหา โดยการนำ Root Cause Analysis (RCA) และนำเอาแนวคิด (National Patient Safety Agency, 2004 อ้างถึงใน ฉวีวรรณงาหัตถิ, 2553) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน และนำเอามาตรฐานการพยาบาลตามเป้าหมายความปลอดภัย (Patient Safety Goals) (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ซึ่งอยู่ในรูปแบบของ Surgical Safety Checklist มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตั้งแต่ปี 2553 อย่างไรก็ตามยังพบเหตุการณ์เกือบพลาด (nearly miss) ของการผ่าตัดตาผิดข้างเกิดขึ้นอีกกับผู้ป่วยจำนวนอีก 2 รายในปี 2558 ดังนั้นห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นอีกครั้ง พบว่าพยาบาลบางคนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน โดยเฉพาะมาตรฐานที่ 1, 2 และ 3 ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และยังพบว่าในด้านอัตรากำลังทดแทนของพยาบาลในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ซึ่งถ้ามีการลาพักงานของพยาบาลเกิดขึ้นจะไม่มีอัตรากำลังทดแทนในการปฏิบัติงานของตำแหน่งนั้น หรือในกรณีที่จำเป็นจริงๆอาจมีอัตรากำลังปฏิบัติหน้าที่ทดแทนแต่ไม่ใช่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในแผนกนั้นๆส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดในงานบริการผ่าตัดได้

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3. กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ แนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และแนวคิดปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด

3.1 แนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดขององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency, 2004 แปลโดยศาสตราจารย์ นพ. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์, 2555) เนื่องจากเป็นขั้นตอนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นสากลนานาชาติให้การยอมรับและเป็นขั้นตอนที่สามารถนำมาบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทในการปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยได้ตามแนวคิดนี้ การจัดการความปลอดภัย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ 2) มีการนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 3) บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย 6) แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย 7) ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

3.2 แนวคิดปัจจัยที่สนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโดยใช้แนวคิดขององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency, 2004 แปลโดยศาสตราจารย์ นพ. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์, 2555) ร่วมกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ (1) นโยบายการบริหารความปลอดภัยที่ชัดเจน (2) การสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร และ (3) บุคลากรได้รับการอบรมและมีความรู้เรื่องการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.3 แนวคิดปัจจัยที่อุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดขององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency, 2004 แปลโดยศาสตราจารย์ นพ. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์, 2555) โดยกล่าวว่า ปัจจัยที่อุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ 2) ปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการดูแล ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ และปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์ ร่วมกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ (1) งบประมาณ (2) บุคลากร (3) สภาพการเจ็บป่วยและความรู้ของผู้ป่วย (4) อาคารสถานที่และสภาพแวดล้อม

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีการศึกษาประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มสนทนาได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มศึกษากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน

4.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ 1) การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด 2) ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด และ 3) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด หมายถึง ขั้นตอนเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานของผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทุกระดับของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมีการค้นหาความเสี่ยง ความผิดพลาด และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สามารถวัดด้วยการใช้แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยขององค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับชาติ

ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency, 2004 แปลโดยศาสตราจารย์ นพ. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์, 2555) ใน 7 ขั้นตอน ดังนี้

5.1.1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Build a safety culture) หมายถึง การที่ผู้บริหาร และบุคลากรในห้องผ่าตัดมีความรู้และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาด โดยมีกระบวนการความปลอดภัย มีการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วปรับปรุงแก้ไขให้เป็นสิ่งที่ถูกต้องปลอดภัยอย่างเปิดเผยเป็นธรรมเนียมและเป็นระบบ รวมทั้งให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย

5.1.2 การนำและการสนับสนุนบุคลากร (Lead and support your staff) หมายถึง การที่ผู้บริหารทุกระดับของโรงพยาบาลมีความยึดมั่นต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย และจูงใจบุคลากรให้เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย รับฟังและช่วยเหลือบุคลากรเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นรวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.1.3 การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (Integrate your risk management activity) หมายถึง มีการประเมินวิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ทุกประเภทและอุบัติการณ์ทุกระดับในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมทั้งมีการรวบรวมผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยงทุกระดับปฏิบัติการ

5.1.4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ (Promote reporting) หมายถึง การส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบชัดเจน และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงกับการรายงานในระดับชาติ

5.1.5 การสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม (Involve and communicate with patients and the public) หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการที่ปลอดภัยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างเปิดเผย และเป็นระบบการสื่อสารแบบสองทางเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

5.1.6 การแลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย (Learn and share safety lessons) หมายถึง การส่งเสริมให้มีการค้นหาสาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงและให้บุคลากรมีการเรียนรู้การใช้การค้นหาสาเหตุรากเหง้า

5.1.7 การลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย (Implement solution to prevent harm) หมายถึง มีวิธีแก้ไขความเสี่ยงที่แท้จริงได้ คุ่มค่าคุ่มทุนและใช้วิธีการแก้ไขความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล

5.2 ผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และวางแผนการรักษา โดยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดแบ่งออกเป็น การผ่าตัดใหญ่และการผ่าตัดเล็ก แบ่งตามประเภทการผ่าตัด มี 2 ประเภทคือ การผ่าตัดประเภทรอได้ (Elective Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉินโดยผู้ป่วยสามารถรอได้ และการผ่าตัดประเภทฉุกเฉิน (Emergency Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดทันที (World Health Organization, 2012)

5.3 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่าซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไปในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆในห้องผ่าตัด ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งใช้ความรู้ทักษะเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด ความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษในการช่วยผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

5.4 ห้องผ่าตัด หมายถึงบริเวณที่ใช้ในการผ่าตัด เป็นเขตพื้นที่สะอาดและปราศจากเชื้อ โดยทั่วไปสามารถแบ่งห้องผ่าตัดออกเป็น 3 ขนาด ตามลักษณะของการใช้งาน (เรณู อาจสาถิ, 2553) ดังนี้

5.4.1 ห้องผ่าตัดที่ใช้เครื่องมือพิเศษ เป็นห้องที่มีการใช้เครื่องมือพิเศษที่มีเทคโนโลยีสูง เช่น เครื่องเลเซอร์ กล้องไมโครสโคป เครื่อง Phaco (ผ่าตัดต้อกระจก) ซึ่งไม่ต้องการให้มีการเคลื่อนย้ายเครื่องมือไปยังห้องผ่าตัดอื่นๆ เนื่องจากอาจเกิดความเสียหายในขณะเคลื่อนย้าย ดังนั้นห้องควรมีขนาดกว้างมากเป็นพิเศษ โดยมีพื้นที่ห้องสุทธิ อย่างน้อย ประมาณ 45 ตารางเมตร เช่น ห้องผ่าตัดตา

5.4.2 ห้องผ่าตัดทั่วไป เป็นห้องผ่าตัดที่มีการผ่าตัดเล็ก มีทีมผ่าตัด 3-4 คน ควรมีพื้นที่ห้องสุทธิ (clear area) อย่างน้อย 36 ตารางเมตร เช่น ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ห้องผ่าตัดสูติกรรม เป็นต้น

5.4.3 ห้องผ่าตัดที่มีการผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดหัวใจ ซึ่งต้องมีเครื่องปอดและหัวใจเทียม เครื่องมือสำหรับดูแลติดตามผู้ป่วย (monitor) และพิเศษอื่น ๆ จำนวนมาก ควรมีพื้นที่ห้องสุทธิ อย่างน้อย 60 ตารางเมตร เช่น ห้องผ่าตัดหัวใจ ห้องเครื่องมือผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็นต้น

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อระบบการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด มีผลต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยทุกราย



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์บริบทได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. การจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1. การจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรก เป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากจากการให้บริการสุขภาพหรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคูณภาพของการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นต่อการปรับปรุงความปลอดภัย ในหัวข้อประกอบด้วย 1) ความหมายของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) แนวคิดของการจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ 3) ขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมแลตำราที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการจัดการความปลอดภัย (Safety Management) ไว้ใกล้เคียงกันดังนี้

1.1 ความหมายของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety management)

วีณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2555) กล่าวว่า การจัดการความปลอดภัย คือ กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและการสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (protective barriers) จากการค้นหาจำแนกและจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยโดยนำสิ่งที่เรารู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ

เกททูน ไลน์แมน และวาสน์ตรอม (Kettunen, Reiman & Wahlstrom, 2007) ให้คำนิยามของการจัดการความปลอดภัยไว้ว่า หมายถึง ตัววัดองค์การโดยมีการค้นหาประเมิน และควบคุมความเสี่ยงเพื่อประกันความปลอดภัยของบุคลากรและสิ่งแวดล้อม

องค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency, 2004) ได้ให้คำนิยามของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง วิธีการป้องกันความผิดพลาดของผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีการค้นหาความผิดพลาดและจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

พจนานุกรมทางการแพทย์ออนไลน์ (The online medical dictionary, 1998) ได้ให้คำนิยามของการจัดการความปลอดภัยไว้ว่า คือ การพัฒนาของระบบการป้องกันอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และอุบัติการณ์ รวมถึงเหตุร้ายอื่นๆในสถานบริการ โดยมีแนวคิดรวมถึงการป้องกัน หรือการลดลงของเหตุการณ์ร้ายหรืออุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร ผู้ป่วย หรือสถานบริการ เช่น การวางแผนเพื่อลดการบาดเจ็บจากการตกเตียง หรือการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากอัคคีภัยและส่งเสริมความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในสถานบริการ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้บริหารองค์กรและบุคลากรในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

การจัดการความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ คือ การที่บุคลากรภายในองค์กรมีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาดเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยพัฒนามาจากการบริหารความเสี่ยง โดยมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด วิเคราะห์และจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ประกอบด้วย 2 แนวคิดดังนี้ (วิณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2555)

1.2.1 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (system approach on the error)

ใช้หลักฐานที่ว่ามนุษย์ผิดพลาดได้แม้ว่าจะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการที่ดีที่สุด แนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุหลักจากปัญหาของระบบองค์กร เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการจัดการความปลอดภัย และมาตรการจัดการความปลอดภัยมีจุดรวมของความคิดอยู่ที่

การสร้างระบบป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ลดโอกาสของการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ไม่ใช้การมุ่งลงโทษ และค้นหาผู้กระทำผิด

1.2.2 แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (person approach on the error)

แนวคิดนี้เชื่อว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์มีสาเหตุเริ่มต้นจากความบกพร่องด้านความรู้สึนึกคิด (mental process) เช่น การลืม ความไม่เอาใจใส่ การขาดแรงจูงใจ ความสะเพร่า ความละเลย หรือความประมาท เป็นต้น โดยมนุษย์ถูกมองว่ามีอิสระและสามารถเลือกระหว่างการทำพฤติกรรมที่ปลอดภัยกับไม่ปลอดภัยความผิดพลาดจึงเป็นประเด็นจริยธรรมส่วนบุคคลดังนั้นเมื่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบุคคลต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนผู้ใช้แนวคิดนี้จึงมุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกำหนดเกณฑ์ระเบียบ การควบคุมกำกับแลมาตรฐานการลงโทษทำให้ผู้ทำผิดพลาดเกิดความกลัวต่อผลที่จะตามมาและไม่รายงานอุบัติการณ์ส่งผลให้องค์กรขาดโอกาสในการเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น ซึ่งรูปแบบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซ้ำได้ซ้ำอีกแม้ว่าจะปฏิบัติโดยบุคคลคนละคนทำให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการออกแบบระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพขององค์กร

1.3 ขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความสำเร็จของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กร ต้องอาศัยการบูรณาการหลักการจัดการแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยงและการประกันความปลอดภัย โดยมีองค์ประกอบของวิธีการจัดการความปลอดภัย 7 ขั้นตอน ตามองค์กรความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (Nation Patient Safety Agency, 2004) คือ 1) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ 2) การนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 3) บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 5) สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย 6) แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย 7) นำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้ (วิภา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2555)

ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ วัฒนธรรมองค์กรเป็นแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ บรรทัดฐานและข้อตกลงเบื้องต้นที่เข้าใจกัน โดยไม่ต้องพูดออกมา และเป็นกระบวนการที่ยึดถือที่มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมและการทำงานร่วมกัน มีผลให้อิทธิพลของวัฒนธรรมองค์กรจะยังคงอยู่แม้ว่าทีมและบุคลากรเปลี่ยนไป ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยให้บุคลากรมีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาดโดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุนความผิดพลาดเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยมี 7 ประการ

1. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ จัดทำช่องทางที่ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุมีอิสระในการพูด เปิดเผยสิ่งที่เกิดขึ้น สร้างบรรยากาศการรายงาน โดยไม่มีการตำหนิอย่างรุนแรงหรือมุ่งเน้นการลงโทษทัณฑ์
2. ใช้รูปแบบการดำเนินการที่เป็นธรรมกับบุคลากรเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น โดยผู้บริหารองค์กรมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจกับบุคลากรและเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีมสุขภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลที่ปลอดภัย
4. ผสานกระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติเหตุทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
5. การรายงานอุบัติเหตุความปลอดภัยผู้ป่วยและชี้บ่งแนวโน้มของความเสี่ยงตลอด จนให้ความสนใจกับรายงานอุบัติเหตุและการตัดสินใจที่ใช้ในการทำให้เกิดความปลอดภัย
6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมรับรู้ในอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับตนโดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่อเหตุการณ์ที่เกิดและการนำบทเรียนที่ได้รับ ไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ
7. ให้การรับรองผลการสืบสวนอุบัติเหตุเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้และพัฒนาาระบบ
8. เสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีที่ต้องพึ่งพา

ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คือ การมีผู้บริหารระดับสูงขององค์กรและผู้นำในทุกหน่วยงาน/แผนกซึ่งมีวิสัยทัศน์และนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสามารถแสดงให้เห็นแนวทางการนำนโยบายไปตลอดจนมีการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับที่สร้างความตระหนักในสถานะความปลอดภัยในการจัดบริการขององค์กรให้แก่บุคลากรพร้อมทั้งสนับสนุนการสร้างทีมสหสาขาที่ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการนำและการสนับสนุนบุคลากรในการสร้างความปลอดภัย

1. ผู้บริหารแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
2. มีการพบปะกันระหว่างผู้นำกับบุคลากรและผู้ป่วยเพื่อหารือประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น
3. สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ

4. จัดให้มีการสนทนาก่อนเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในองค์กร เช่น ก่อนเริ่มการปฏิบัติงานประจำวันหรือขณะส่งเวรเพื่อฝึกรายงานอุบัติการณ์วิธีการจัดการความปลอดภัย

5. ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับเพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการเสนอความเห็น

6. มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย

7. จัดการประกวดหน่วยงานดีเด่นด้านการจัดบริการที่ปลอดภัยและให้รางวัลผู้ชนะเลิศ

8. จัด/สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

9. สร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร ประเภทของความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. ความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดกับด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (ถูกคุกคาม ทำให้กลัว อับอาย สับสน) ด้านสังคม (การละเมิดสิทธิผู้ป่วย) และด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเชื่อรู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัยความเสี่ยงต่อองค์กร

2. ความเสี่ยงต่อองค์กร เกี่ยวกับการเสียชื่อเสียงในชุมชนที่ใช้บริการ รายได้ที่พึงได้รับ การสูญเสียทรัพย์สินจากการขาดการบำรุงรักษา และการเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ ตลอดจนการทำลายสภาพแวดล้อมของส่วนรวม

การบริหารจัดการความเสี่ยงเข้ากับการสร้างความปลอดภัย คือ การนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆอย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการทำกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียต่อผู้ใช้บริการและองค์กร

2. การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยงานหรือแผนกและในระดับโรงพยาบาล

3. การจัดการกับความเสี่ยง

3.1 การป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคลหรืออุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม/ด้อยคุณภาพ

3.2 การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติการณ์โดยองค์กรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านการเงินให้กับบริษัทประกัน

4. การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ

ข้อมูลที่ได้รับจากระบวนการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบโครงการที่ต้องการปรับปรุงและการจัดการความปลอดภัยใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และทันสมัยตามหลักธรรมาธิบาล

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การรายงานสิ่งผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการสร้างระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโดยมีกิจกรรมสำคัญ 3 ประการ คือ

1. สนับสนุนบุคลากรทุกคนในการรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ติดตามและเทียบเคียงสถิติการเกิดอุบัติการณ์และวิธีการจัดการกับอุบัติการณ์ขององค์กรอื่น (benchmark)

3. ตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในทุกการตายที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของความไม่ปลอดภัย

อุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร คือ การที่ผู้รายงานรู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่บางคนรู้สึกรับไม่ได้กับการที่ต้องรับรู้และเรียนรู้ในเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งใจปฏิบัติ กลัวถูกกล่าวโทษกลัวว่าการรายงานจะไม่เป็นความลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกลัวถูกลงโทษทางกฎหมาย มองไม่เห็นประโยชน์ของการรายงานขาดแหล่งสนับสนุนการรายงานที่ทำให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัย และไม่ได้รับความสะดวกในการรายงาน ตลอดจนความรู้สึกว่าไม่ใช่หน้าที่ของฉันที่ต้องรายงานการพบอุบัติการณ์ที่ตนไม่ได้กระทำ

การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์จึงต้องจัดทำระบบที่เข้าถึงและรายงานง่ายใช้เวลาน้อยมีแบบฟอร์มรายงานที่ใช้ได้กับทุกอุบัติการณ์ครอบคลุมข้อมูลจำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีระบบการรักษาความลับและการปิดบังชื่อของผู้รายงาน ตลอดจนเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ ตามแนวคิดของการมองกันในแง่ดี

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย ผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ ต้องรับรู้เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้น โดยองค์กรทางสุขภาพควรปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดและเผยแพร่ นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ

2. คณะกรรมการบริหารองค์กรให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ

3. ให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ปกครองเป็นส่วนหนึ่งในระบบความปลอดภัยโดยให้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ตนเองหรือเด็กป่วยได้รับและร่วมตรวจสอบความถูกต้องการเฝ้าติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

4. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตามความเหมาะสมในกระบวนการสืบสวนเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาที่กำหนดกิจกรรมที่จำเป็น จัดปัญหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น สิ่งสำคัญไม่ได้อยู่ที่การค้นหาคนผิด แต่เป็นการค้นหาและเรียนรู้ว่าอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไรและอะไรคือสาเหตุ องค์กรทางสุขภาพจึงต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยต้องรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน ข้อมูลอะไรที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใดวิธีวิเคราะห์และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ

การวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (root cause analysis : RCA) คือ เทคนิคของระบบการตรวจสอบเพื่อค้นหาและทำความเข้าใจในต้นเหตุ และบริบทของสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการรักษาพยาบาล โดยย้อนกลับไปสืบสวนหาต้นเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์องค์กรสามารถเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและนำมาใช้เพื่อวางมาตรการป้องกันและลดโอกาสเกิดซ้ำ ขั้นตอนของ RCA ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาและการชี้บ่งอุบัติการณ์เน้นที่ระดับความรุนแรงและโอกาสการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
2. การรวบรวมข้อมูลจากบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวินิจฉัย ผลการตรวจต่างๆ อุปกรณ์และสถานการณ์แวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง บันทึกทางการแพทย์และทางการแพทย์
3. การทำแผนของเหตุการณ์ (map) ทำโดยทีม RCA และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ร่วมกันพิจารณานำข้อมูลที่รวบรวมตามลำดับเวลาก่อน - หลังของการเกิดเหตุการณ์ที่น่าจะเป็นค้นหาข้อมูลและประเด็นสำคัญของปัญหา
4. การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมและจัดลำดับเหตุการณ์ของการเกิดอุบัติการณ์แล้วมาวิเคราะห์สาเหตุและบทเรียนที่ได้รับ
5. การวิเคราะห์ปรการป้องกันอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพและล้มเหลวในการทำหน้าที่ชัดเจนหรือป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนั้น
6. การพัฒนาและใช้แนวทางการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย
7. การสรุปรายงาน RCA ต้องสรุปให้เร็วที่สุดหลังการสืบสวน

ขั้นตอนที่ 7 นำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงาน บริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและเป็นสิ่งที่บุคลากรในองค์กรปฏิบัติ เป็นกิจวัตรขณะทำงาน โดยมีหลักการบริหารที่สำคัญ คือ

1. ออกแบบระบบที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพทำสิ่งที่ถูกได้ง่าย
2. ออกแบบโดยนำปราการป้องกันทางกายภาพมาใช้ในระบบมากกว่าการใช้ปราการป้องกันแบบอื่นซึ่งเป็นวิธีที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขึ้นกับการกระทำของผู้ปฏิบัติงาน
3. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่จะนำมาใช้จัดทำแผนการเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพในการป้องกันและทำให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงระยะยาวได้จริง

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากแนวคิดของ Nation Patient Safety Agency, 2004 แล้วยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น

2.1 ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยสนับสนุนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้ คือ 1) นโยบายการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยชัดเจน ได้แก่ ด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัด ด้านงบประมาณ การสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร 2) ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1.1 นโยบายการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยชัดเจน ผู้บริหารในองค์กรต้องมีการกำหนดกลยุทธ์ นโยบายให้เชื่อมโยงสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและให้บริการอย่างมีคุณภาพ และจากการศึกษาของ จวีวรรณ งาหัตถิ (2553) พบว่า นโยบายการบริหารความปลอดภัยที่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับการบริหารความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิเช่นกัน

1) ด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่จัดเตรียมไว้สำหรับทำผ่าตัดตรวจและรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุดทุกๆ ด้าน ห้องผ่าตัดที่ดีต้องมีการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกต้อง มีห้องต่างๆ ให้ครบถ้วนในการใช้งานตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยการออกแบบต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของสิ่งเคลื่อนย้ายในห้องผ่าตัด ควบคุมความเสี่ยงของการติดเชื้อ การเกิดไฟ การสัมผัสกับสารเคมี เครื่องมือไฟฟ้า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การ

จัดเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ให้เป็นระบบ การระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศที่ได้มาตรฐาน เป็นต้น ตามการศึกษาของ อัลเฟรดส์คอตเต และคณะ (Alfredsdottir et al. 2012) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่า โครงสร้างของห้องผ่าตัดและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่นกัน

2) *ด้านงบประมาณ* ในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยสิ่งหนึ่งที่สำคัญอีกประการคือ การมีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอและพร้อมต่อการใช้งานในการผ่าตัด จึงจะทำให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดีและผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ดังนั้นจึงต้องนำงบประมาณเข้ามาสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและได้มาตรฐานเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ ตามการศึกษาของ สุพัตรา ฉาโรสง (2556) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นความถี่สูงในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าการมีวัสดุทางการแพทย์ที่เพียงพอและจำนวนที่เหมาะสมในการผ่าตัดต่อกระดูกแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยแม้จะเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนที่สูงแต่เมื่อเทียบกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ผู้ป่วยได้รับ และตามการศึกษาของ จวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ได้ศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ พบว่าการขาดงบประมาณก็เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิเช่นกัน

3) *การจูงใจ* เป็นปัจจัยสนับสนุนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร โดยมีการยกย่องชมเชยให้กำลังใจบุคลากรที่ปฏิบัติงานดีหรือให้รางวัล ซึ่งทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพงานทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตามการศึกษาของ ศิตา ปิ่นทองคำ (2556) ได้ศึกษาขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสามพรานอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐม พบว่าขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับมากตามลำดับได้แก่ 1) ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา 2) ด้านความสำเร็จในงานที่ทำ 3) ด้านเงินเดือนและผลประโยชน์ตอบแทน 4) ด้านการมอบหมายงาน และ 5) ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

2.1.2 ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่รับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยให้การดูแลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยมีการวางแผนการพยาบาลและนำแผนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน หลังจากนั้นมีการประเมินผลทางการพยาบาลเพื่อหาข้อบกพร่องที่จะนำไปปรับปรุงแผนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายในการผ่าตัดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งการผ่าตัดแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ทีมผ่าตัดต้องเป็นกลุ่ม

ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และทักษะเป็นอย่างดี ทีมต้องร่วมมือและใช้ความสามารถเพื่อการรักษาผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สมาชิกในทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ (surgeon) พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) พยาบาลช่วยรอบนอก (circulating nurse) นอกจากนี้ยังรวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด เช่น วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องเลือด และเจ้าหน้าที่ห้อง Lab เป็นต้น เมื่อมีทีมผ่าตัดมีประสิทธิภาพสามารถใช้ความรู้ความสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมีความปลอดภัย ตามการศึกษาของ สมบูรณ์ สุโขสิต (2557) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าการทำงานเป็นทีมของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง และตามการศึกษาของ เคิร์ต และคณะ (Kubar et al., 2012) พบว่าการทำงานเป็นทีม เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลคงอยู่ในวิชาชีพ

2.2 ปัจจัยอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด อัตรากำลังบุคลากรมีไม่เพียงพอต่อภาระงาน 2) ปัจจัยด้านการสื่อสาร และ 3) ปัจจัยด้านสภาพผู้ป่วยและความรู้ของผู้ป่วย ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านบุคลากรที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน เป็นต้น

1) **บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด** พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจึงต้องปฏิบัติตามพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและศาสตร์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล รวมทั้งมีการใช้ทักษะและประสบการณ์ความชำนาญสูง ในการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปฏิบัติการประกอบกันเป็นองค์ความรู้ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในห้องผ่าตัดเป็นหลัก การที่บุคลากรไม่มีความรู้ ขาดประสบการณ์หรือขาดความตระหนักซึ่งไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดย่อมเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น จากการศึกษาของ นิโกร และนิโกร (Nigro and Nigro, 1989) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมาก ย่อมทำให้บุคคลเข้าใจในงานที่ปฏิบัติและรับผิดชอบได้ดี ซึ่งสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นใน

อนาคตได้มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย และตามการศึกษาของ สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง (2551) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลห้องผ่าตัดและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลในห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

2) *อัตรากำลังบุคลากรมีไม่เพียงพอต่อภาระงาน* อัตรากำลังของพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความสัมพันธ์เหมาะสมกับภาระงานเพื่อจะทำให้บริการพยาบาลมีคุณภาพผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด สนองความพึงพอใจผู้ใช้บริการ รวมทั้งทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและคงอยู่ในงาน ตามการศึกษาของ นงนุช บุญยัง และศศิธร พุ่มดวง (2554) ได้ศึกษากลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันและกลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในอุดมคติของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ พบว่า การวิเคราะห์อัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานที่เป็นจริงจะส่งผลต่อการพยาบาลที่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษายาวแมน และคณะ (Bauman et al., 2012) ซึ่งพบว่าอัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้พยาบาลเหน็ดเหนื่อยเครียดไม่พอใจในงานและลาออกจากงาน และตามการศึกษาของ อัลเฟรดส์คอตเต บียอนคอตเต (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2012) ศึกษาถึงปัจจัยอัตรากำลังของพยาบาลห้องผ่าตัดมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการขยายบทบาทของพยาบาลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในไอร์แลนด์ พบว่าภาวะที่ขาดความสมดุลของอัตรากำลัง (imbalance in staffing) ถูกระบุให้เป็นสิ่งสำคัญหลักที่ต้องจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

2.2.2 ปัจจัยด้านการสื่อสาร การสื่อสารเป็นกระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างผู้ส่งข่าวและผู้รับข่าวในการสื่อความหมาย เพื่อให้ผู้รับข่าวสารทราบความหมายข่าวสารที่ผู้ส่งข่าวส่งไป การสื่อสารมีทั้งการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพและการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพทำให้ส่งข่าวสารไม่ถูกต้องชัดเจน เข้าใจความหมายของข่าวสารผิดพลาดจึงเกิดปัญหาหลายอย่างตามมาจากการสื่อสารดังกล่าวได้ ตามการศึกษาของ พรพรรณ คล้ายสุบรรณ (2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 พบว่าทักษะในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอี่ยมพร ชมพูนี (2551) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารขาดการสื่อสารที่ดี ทำให้ได้รับข่าวสารของแต่ละเรื่องแตกต่างกัน

2.2.3 ปัจจัยด้านสภาพผู้ป่วยและความรู้ของผู้ป่วย สภาพของสุขภาพร่างกายที่ผิดปกติ เรียกว่า การเจ็บป่วยหรือความไม่สบาย (illness) เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือ การรักษาให้หายจากโรค ไม่เกิดความพิการ สามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งการรักษามีหลายวิธีดังนี้คือ การรักษาด้วยยา กายภาพ การผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในโรคนั้นๆ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่แพทย์จะใช้รักษาก็ต่อเมื่อไม่สามารถรักษาด้วยวิธีธรรมดาให้หายได้ และผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องโรค วิธีการรักษา การดูแลรักษา ก็จะไม่มีความวิตกกังวล แต่ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ในเรื่องโรคหรือสภาพการเจ็บป่วยนั้นๆทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ตามการศึกษาของ มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน (2556) ได้ศึกษาการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ ความกลัว การไม่ได้รับข้อมูลตามความต้องการ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ การวินิจฉัยการรักษา และประสบการณ์การผ่าตัด ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุมตลอดจนสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อไป

ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อทราบการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อบริการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้วความสำเร็จของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไรก็ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

3. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ 2.3 ขนาด 540 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข เปิดดำเนินงานเมื่อ พ.ศ. 2493 จนถึงปัจจุบันมีวิสัยทัศน์เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และเข้มแข็งอย่างยั่งยืน ตึกผ่าตัดตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์แบ่งออกเป็น 2 ชั้น รวมทั้งหมด 8 ห้อง ได้แก่ ห้องผ่าตัดสูติกรรมจำนวน 2 ห้อง, ห้องผ่าตัดตาจำนวน 1 ห้อง, ห้องผ่าตัดกระดูกและข้อจำนวน 2 ห้อง, ห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 2 ห้อง, ห้องผ่าตัดหู คอ จมูกจำนวน 1 ห้องและห้อง Scope 1 ห้อง ห้องผ่าตัดมีหน้าที่และ

เป้าหมายให้บริการผ่าตัด ส่งตรวจพิเศษ และเพื่อวินิจฉัยรักษา ซึ่งงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) ขนาดและโครงสร้างของห้องผ่าตัด 2) ขอบเขตหน้าที่และความ รับผิดชอบของห้องผ่าตัด 3) บทบาทของบุคลากรในทีมผ่าตัด 4) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้อง ผ่าตัด 5) หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด

3.1 ขนาดและโครงสร้างของห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัด (Operating Room) ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่จัดเตรียมไว้สำหรับทำผ่าตัด ตรวจและรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุดทุกๆด้าน ห้องผ่าตัดที่ดีต้อง มีการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกต้อง มีห้องต่างๆให้ครบถ้วนในการใช้งานตามความจำเป็นและ เหมาะสมในแต่ละโรงพยาบาล โดยการออกแบบต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในห้อง ผ่าตัด ควบคุมความเสี่ยงของการติดเชื้อ การเกิดไฟ การสัมผัสกับสารเคมี เครื่องมือไฟฟ้า การ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ให้เป็นระบบ การระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรอง อากาศที่ได้มาตรฐาน การหมุนเวียนของอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศและมีความดันเป็นบวก High Flow ผ่านทางเดียวเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด เครื่องสำรองไฟฟ้าอัตโนมัติที่ใช้ได้ทันทีที่ไฟฟ้าดับ ระบบกาซทางท่อ เช่น ออกซิเจน ไนตรัสออกไซด์ ต้องสามารถเปิดใช้ได้ถ้ามีปัญหาพยาบาล จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ปัจจุบันอันตราย จากเปลวไฟและการลุกไหม้ลดลง เป็นผลจากการใช้ยาคมสลบที่ไม่ติดไฟ และน้ำยาทำความสะอาด ผิวหนังที่ไม่ติดไฟ (เรณู อาจสาตี, 2553)

ขนาดของห้องผ่าตัด มาตรฐานทั่วไป 400 ตารางฟุต ห้องที่ทำผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดหัวใจมีขนาดอย่างน้อย 600 ตารางฟุต และมีที่ว่างอีก 20 ตารางฟุต สำหรับ เครื่องมือและความสะดวกในการทำงานของทีมผ่าตัด ห้องตรวจ endoscopy และ cystoscopy ขนาด 350 ตารางฟุต ห้องผ่าตัดฉุกเฉินต้องกว้างพอตามเทคโนโลยีใหม่ที่จะมีอุปกรณ์เครื่องใช้ในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัยสัญญาณไฟ ด้านนอกประตูห้องและเสียงออกไปยังหน่วยพยาบาล กลางและที่ทำงานของวิสัญญีแพทย์ สัญญาณทั้งไฟและเสียงคดงไฟติดอยู่จนกว่าจะปิดที่เกิดเสียง (เรณู อาจสาตี, 2553)

3.2 ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัดมีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโรคต่างๆด้วย วิธีการผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดแก้ไขความพิการ ความเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุและให้การตรวจวินิจฉัย รักษาด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงทั้งในภาวะปกติ ฉุกเฉินและวิกฤต เพื่อวินิจฉัย รักษาด้วยบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐานวิชาชีพครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน โดยห้องผ่าตัดมีเป้าหมายให้บริการ

ผู้ป่วยผ่าตัดที่ถูกต้อง ปลอดภัย รวดเร็ว ตามมาตรฐานวิชาชีพและให้ผู้ป่วยบริการได้รับความพึงพอใจ ซึ่งต้องมีการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานห้องผ่าตัดประจำเดือน/ประจำปี ได้แก่ จำนวนอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง จำนวนอุบัติเหตุการพบอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวนอุบัติเหตุการผู้ป่วยบาดเจ็บจากการจัดทำ การผูกมัดและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ จำนวนอุบัติเหตุการเคลื่อนผ่าตัดเนื่องจากเครื่องมืออุปกรณ์และห้องผ่าตัดไม่พร้อม จำนวนอุบัติเหตุการผู้ป่วยบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากเครื่องจีไฟฟ้า จำนวนอุบัติเหตุการบาดเจ็บหรืออันตรายจากวัตถุมีคม จำนวนการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด และจำนวนอัตราการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย เป็นต้น ความเสี่ยงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นตัวบ่งบอกถึงประเด็นคุณภาพของหน่วยงานห้องผ่าตัด และต้องมีการทบทวนการเกิดอุบัติเหตุซ้ำทั้งที่มีมาตรการป้องกัน เป็นการประเมินผลว่าเป็นเรื่องของอุบัติเหตุเดียวหรือเป็นเรื่องของระบบ เพื่อปรับมาตรการและแนวทางให้เหมาะสมทันสมัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในห้องผ่าตัดเป็นหลัก (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

3.3 บทบาทของบุคลากรในทีมผ่าตัด

การผ่าตัดแต่ละชนิดมีความพิเศษแตกต่างกัน ทีมผ่าตัดเป็นกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และทักษะเป็นอย่างดี ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยทั่วไป และบุคลากรอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเงินเปล และพนักงานทำความสะอาด ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆที่เข้ามาในห้องผ่าตัดเป็นครั้งคราว เช่น รังสีเทคนิค ห้อง Lap เป็นต้น ซึ่งบุคลากรในทีมผ่าตัด มีดังนี้ (เรณู อาจสาถิ, 2553)

1. ศัลยแพทย์ (surgeon) หมายถึง แพทย์ทำหน้าที่ตรวจ รักษา ให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมรักษาด้วยการผ่าตัดจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมสื่อสาร และตัดสินใจในการผ่าตัดผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย วางแผนจำหน่ายติดตามประเมินผลการผ่าตัด จนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย หรือตายอย่างสมศักดิ์ศรี

2. ผู้ช่วยศัลยแพทย์ (Assistant surgeon) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยศัลยแพทย์ทำผ่าตัด จนกระทั่งการผ่าตัดรายนั้นเสร็จสิ้น อาจช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย วางแผนจำหน่ายติดตามประเมินผลการผ่าตัด จนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย หรือตายอย่างสมศักดิ์ศรี อาจเป็นแพทย์แพทย์ประจำบ้าน (Resident) แพทย์ฝึกหัด (Extern) นักศึกษาแพทย์ และพยาบาลที่ได้รับการฝึกหัดเป็นพิเศษเป็นผู้ช่วยผ่าตัด เป็นต้น

3. วิทยาศาสตร์แพทย์ (Anesthesiologist) หมายถึง แพทย์ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบให้ยาระงับปวดและยาห่อนกล้ามเนื้อให้ยาสลบแล้วดูแลต่อทางเดินหายใจเพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซได้พอเพียง เครื่องตรวจวัดการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ประเมินการสูญเสียโลหิตและสารน้ำแล้วให้เลือดและให้สารน้ำทดแทน ให้ยา ดูแลให้ระบบการไหลเวียนโลหิตทำงานได้อย่างปกติและจะเตือนศัลยแพทย์ทันทีเมื่อเกิดอาการภาวะแทรกซ้อนขึ้น

4. พยาบาลประจำการห้องผ่าตัด หมายถึง เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดสำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยให้ใช้ ห้องผ่าตัด 1 ทีม อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วย เท่ากับ 2.5 : 1 (ราชกิจจานุเบกษา : 2544) มีความเชี่ยวชาญทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะก่อน ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนช่วยสอน หรือเป็นที่ปรึกษาสอนงาน แก่นักศึกษาพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้มาศึกษาดูงานแบ่งตามหน้าที่หลักได้ 3 ประเภท คือ

4.1 พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) เป็นผู้จัดเตรียมเครื่องมือและส่งเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดแต่ละชนิดให้ถึงมือศัลยแพทย์

4.2 พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulator or circulating nurse) เป็นสมาชิกสำคัญของทีมผ่าตัด เป็นผู้ประสานงานกับทุกๆ คนในทีม ให้การสนับสนุนและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

5. วิทยาศาสตร์พยาบาล (Nurse Anesthetist) หมายถึง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาระงับความรู้สึก ทำหน้าที่คล้ายวิทยาศาสตร์แพทย์ ภายใต้การควบคุมดูแลของวิทยาศาสตร์แพทย์

6. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายถึง ทำหน้าที่ช่วยพยาบาลในเรื่องการรับ - ส่งผู้ป่วยช่วยดูแลผู้ป่วย ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ และจัดห่อส่งเครื่องมือไปทำให้ปลอดเชื้อ เป็นต้น

7. พนักงานรับส่งผู้ป่วยและพนักงานทำความสะอาด หมายถึง เป็นบุคลากรที่ช่วยรับส่งผู้ป่วยด้วยรถนอน ทำความสะอาดห้องผ่าตัด และช่วยทั่วไปตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

8. บุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลวิทย์ฯ และห้อง Lap เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพจึงจะทำให้งานบริการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัด และพันธกิจด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ผลลัพธ์ที่ดี มีคุณภาพประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเป็นที่ยังพอใจของผู้ใช้บริการ

3.4 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 3 ด้านคือ (กองการพยาบาล, 2550)

3.4.1 ด้านการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการดูแลภายในหน่วยงานหรือองค์กร ตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและตามมาตรฐานเพื่อประกันคุณภาพของการให้บริการ

3.4.2 ด้านวิชาการ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งมีส่วนร่วมในการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

3.4.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การใช้ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด รวมทั้งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ และส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคของผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับบริการห้องผ่าตัด (เรณู อางสาลี, 2553)

3.5 หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดทำหน้าที่ให้การพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และมีมาตรฐานในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และหลังผ่าตัดกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว เพื่อให้การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด แบ่งเป็น 9 มาตรฐาน แต่ที่เน้นและนำมาใช้ในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 1) มาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) มาตรฐานการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด 3) มาตรฐานการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

3.5.1 มาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1) การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

(1) ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วย ทีมวิสัญญี ศัลยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการผ่าตัด

(2) เยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทำความรู้จักตัวผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์อภิปรายและวางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดพร้อมทบทวนปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามหรือระบายความรู้สึก แจ้งข้อมูลให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยเมื่อมีสิ่งผิดปกติ

(3) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและแผนการผ่าตัด ตรวจสอบความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วยตามแผนการรักษา ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร ประเมินความพร้อมด้านจิตใจและดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่อการผ่าตัด

(4) บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลในประเด็นที่สำคัญหรือภาวะเสี่ยงที่พบ

2) การเตรียมความพร้อมพยาบาลห้องผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือ

(1) ตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัด

(2) ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องใช้ไฟฟ้า เครื่องดูดสารคัดหลั่ง ไฟผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ภาวะฉุกเฉิน ให้สามารถใช้งานได้

(3) เตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องผ้าที่ปราศจากเชื้อ และเครื่องมือพิเศษตามชนิดการผ่าตัดนั้นๆ

(4) ตรวจสอบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อครบตามขั้นตอน และมาตรฐาน ทั้งวันผลิต วันหมดอายุ และเปิดเครื่องมือด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

(5) ตรวจสอบนับเครื่องมือ ผ้าซับเลือด ก๊อช ของมีคม พร้อมบันทึกและตรวจเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

(6) ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเตียง

(7) เตรียมตัวเข้าร่วมทีมผ่าตัดตามเทคนิค และขั้นตอนการเตรียมตัวตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

(8) จัดเตรียมโต๊ะผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อม ความครบถ้วนของเครื่องมือเครื่องใช้ ตามแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงาน

3.5.2 มาตรฐานการพยาบาลขณะผ่าตัด

1) ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2) อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด ผ้า และเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อ (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

3) แนะนำการปฏิบัติตัว และวิธีสื่อสารกับทีมผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัด (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

4) จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัด และระงับการเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด

5) ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ

6) ร่วมตรวจนับ และเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับเลือด ก่อนการผ่าตัด และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

7) อำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือก่อนผ่าตัด และปฏิบัติการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือ

8) สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัดและจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา

9) เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

10) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

11) เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง ในรายที่ต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ

12) ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด และตามหลักการมาตรฐานการป้องกัน

13) ช่วยผ่าตัดด้วยความระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้ง และ

ดูแลให้บริเวณผ่าตัดปราศจากเชื้อตลอดเวลา

14) สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา

15) เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

16) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มเติม

17) ตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับเลือด ก่อนการปิดแผลตามแนวทางและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

18) ดูแลความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วย อุ่นสารน้ำก่อนใช้กับผู้ป่วย ใช้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นตลอดระยะเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังการผ่าตัด

3.5.3 มาตรฐานการพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด

1) ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ/สายยางให้อาหาร และอุปกรณ์ที่ติดกับตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายจากเตียงผ่าตัด

2) ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นลื้อ และส่วนของร่างกายที่อาจมีผลกระทบจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดทำ

3) ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย

4) ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/แพทย์ และพนักงานเปลเพื่อเตรียมพร้อมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

- 5) ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย
- 6) บันทึกข้อมูลทางการแพทย์และบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 7) รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ ทำความสะอาด และส่งทำให้ปราศจากเชื้อ

ตามมาตรฐานการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดนั้นต้องมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ และปลอดภัยจากการบริการ มีการนำกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานมาใช้เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุม ซึ่งจากที่กล่าวมาผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและรายละเอียดของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์แล้ว จึงจะนำไปสู่วิธีดำเนินการวิจัยซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไปในบทที่ 3



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มศึกษาที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 30 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มศึกษาทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปี จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 กลุ่มศึกษาที่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน

1.2.2 กลุ่มศึกษาที่ร่วมสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มศึกษา กลุ่มที่ 1 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน (ชาย โทชิตา, 2550) อย่างไรก็ตามมีผู้ร่วมศึกษาไม่ประสงค์ให้ข้อมูล 1 คน ดังนั้นจึงมีผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนาจำนวน 5 คน

1.2.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มศึกษา มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มศึกษา 2 กลุ่ม ผู้ศึกษาดำเนินการ ดังนี้

1) การพิทักษ์สิทธิกลุ่มศึกษาที่ตอบแบบสอบถาม มีดังนี้

(1) ผู้ศึกษาทำบันทึกเพื่อเสนอขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระเสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(2) กลุ่มศึกษาได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาให้กลุ่มศึกษารับทราบ และกลุ่มศึกษามีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มศึกษาทั้งสิ้น พร้อมทั้งผู้ศึกษาคำเนิการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มศึกษาที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น

(3) กลุ่มศึกษาไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล และสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้ตามความเป็นจริง หากข้อคำถามใดที่กลุ่มศึกษารู้สึกลำบากใจในการให้ข้อมูลก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อได้

(4) ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น เมื่อสิ้นสุดการทำการศึกษาและสรุปผลการศึกษารูปเล่มแล้ว ผู้ศึกษาจะทำลายแบบสอบถามทั้งหมดและเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

2) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มศึกษาที่ร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาคำเนิการดังนี้

(1) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มศึกษาที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ทราบ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และเมื่อได้รับความยินยอมจึงให้ลงลายชื่อให้ความยินยอมไว้เป็นหลักฐานในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการศึกษา และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีสิทธิในการงคตอบคำถาม รวมทั้งมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มศึกษาทั้งสิ้น

(2) การรักษาความลับของข้อมูลจากกลุ่มศึกษา ผู้ศึกษานำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อบุคคล ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์ของกลุ่มศึกษา หน่วยงานและโรงพยาบาลของกลุ่มศึกษาเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ตามแนวคิดของ National Patient Safety Agency, 2004 อ้างถึงในจวีวรรณ งามหัตถิ (2553) แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ภาคผนวก จ)

2.1.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) เป็นข้อคำถามความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ภาคผนวก ฉ)

2.2 การสร้างเครื่องมือ

2.2.1 **ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด** จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2.2.2 **สร้างเครื่องมือในการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด** ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และตามแนวทางของวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

1) **เครื่องมือชุดที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ตอบแบบสอบถาม มีรายละเอียดเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัด แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด และบทบาทประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำข้อความและตัวเลขมีข้อความจำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน (National Patient Safety Agency, 2004 ดัดแปลงมาจาก นวีวรรณ งามหัตถิ) รวมทั้งหมด 37 ข้อ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ

ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ

แบบสอบถามในแต่ละข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบบ 5 ระดับ โดยตั้งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นบ่อยที่สุด

หรือเกิดขึ้นร้อยละ 81 – 100

4 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นบ่อยมาก

หรือเกิดขึ้นร้อยละ 61 – 80

- 3 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 41 – 60
- 2 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นนานๆครั้ง
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 21 – 40
- 1 หมายถึง กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นน้อยมาก
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 0 – 20

เกณฑ์การแปลผลการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลการให้ความหมายค่าเฉลี่ย การแปลผลความหมายการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้น $(5-1) / 5 = 0.8$ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
4.21 – 5.00	หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก
2.61 – 3.40	หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

2) เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

สร้างจากแนวคิดขั้นตอนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency, 2004 ดัดแปลงมาจาก ฅวีวรรณ งามหัตถิ, 2553) ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบันประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัด แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด และบทบาทประสบการณ์/การอบรม

เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำข้อความและตัวเลขมีข้อความจำนวน 8 ข้อ

แนวทางในการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามลำดับ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ร่างแนวทางการสนทนากลุ่มตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น
3. นำแนวทางการสนทนากลุ่มเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา
 4. แก้ไขปรับปรุงแนวทางการสัมภาษณ์ ก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล ตอนที่ 2 หัวข้อแนวคำถามในการสนทนากลุ่มได้แก่
 1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
 2. ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัย ของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
 3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความตรง (Validity)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ (National Patient Safety Agency, 2004 ดัดแปลงมาจากทวิวรรณ งามหัตถิ, 2553) เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้อง ประเด็นสนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1, 2, 3, 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการวัด
- ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องน้อยกว่าเนื้อหาที่ต้องการวัด
- ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด
- ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัดคำนวณค่า

ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร (Content Validity Index : CVI) ของแต่ละข้อ ใช้สูตร ดังนี้ (Walz, Strickland and Lenz. 2010)

สูตร CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

แบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่า CVI รายข้อประเมินจากความสอดคล้องของระดับความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาเลือกข้อที่มีค่า CVI ที่ถูกประเมินระดับ 3 หรือ 4 ขึ้นไป และได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือดังนี้ (อิศรภรณ์ รินไชสง, 2557)

1) เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 37 ข้อ คงเดิม

2) เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 3 ข้อ คงเดิม

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป จึงจะสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ แบบสอบถามคำนวณหาค่าเฉลี่ยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเท่ากับ 0.97

3.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวมาตรวจวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรม

คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยง 0.95 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวมาตรวจวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยง 0.95

3.3 การสนทนากลุ่ม 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม ประเด็นคำถามที่ผู้ศึกษาใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา สรุปตามกรอบแนวคิดและตามแนวคำตอบในการสนทนากลุ่ม 2) ผู้ศึกษาได้ผ่านการศึกษาค้นคว้าการสนทนากลุ่มจากสื่อต่างๆด้วยตนเอง และฝึกทักษะการสนทนากลุ่มรวมทั้งใช้แนวทางการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากเดือนพฤษภาคม 2558 – สิงหาคม 2559 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษามีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

4.1.1 ขออนุญาตทำบันทึกเพื่อเสนอขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระเสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามลำดับ

4.1.2 ขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พร้อมเสนอโครงร่างวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือและที่อยู่พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ศึกษาที่สามารถติดต่อได้ เพื่อพิจารณาการอนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4.1.3 ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โดยอธิบาย และชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มศึกษาในใบยินยอมการตอบรับแบบสอบถาม พร้อมส่งมอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มศึกษาโดยส่งมอบกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือตัวแทนด้วยตนเอง และรับกลับคืนด้วยตนเองภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้จัดทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม 1 เดือน

4.1.4 เก็บรวบรวมแบบสอบถามที่นัดหมายไว้พร้อมตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

4.1.5 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

4.2 การเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์โดยใช้การสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษามีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์โดยใช้การสนทนากลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มศึกษากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน (ชาย โภชิตา, 2550) อย่างไรก็ตามมีผู้ร่วมศึกษาไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล 1 คน ดังนั้นจึงมีผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนาจำนวน 5 คน และยินดีให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

4.2.1 ขั้นเตรียมการ

1) เตรียมแนวทางการสัมภาษณ์โดยใช้การสนทนากลุ่ม (interview guideline for focus groups discussion) โดยผู้ศึกษาเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด จากงานวิจัย และตำราแล้วนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา

2) ฝึกทักษะการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3) เตรียมเนื้อหา ผู้ศึกษาและผู้ช่วย (พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน) เก็บข้อมูลทำความเข้าใจประเด็นที่จะศึกษาให้ชัดเจน

4) เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ สมุด เทปบันทึกเสียง บอร์ด ปากกาสำหรับบันทึกข้อมูล เตรียมของว่างและของสมนาคุณตามสมควรแก่กรณี เพื่อทดแทนการเสียเวลา

5) เตรียมสถานที่ โดยใช้ห้องประชุมห้องสมุดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถควบคุมเสียงจากภายนอกห้อง และไม่สามารถสังเกตเห็นได้

6) เตรียมผู้ช่วยในการสนทนากลุ่ม โดยอธิบายบอกขั้นตอนการดำเนินงานในการสนทนากลุ่มพอสังเขป และซักซ้อมทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยในการสนทนากลุ่ม เช่น การจดบันทึก การควบคุมเครื่องบันทึกเสียงและเปลี่ยนเทปขณะที่สนทนา และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้เข้าร่วมการสนทนา

7) เตรียมผู้ร่วมกลุ่มสนทนา โดยเลือกจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

4.2.2 ดำเนินสนทนากลุ่ม การดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาได้เป็นผู้ดำเนินการในการสนทนากลุ่มหลังจากทุกคนมาพร้อมกัน รับประทานอาหารว่าง เครื่องดื่ม และพูดคุยเรื่องทั่วไปโดย

เน้นการทำความรู้จักกันให้มากขึ้น ผู้นำกลุ่มเชิญมานั่งเป็นวงกลม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม โดยประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีขั้นตอนการสนทนาตามรายละเอียดดัง (ภาคผนวก จ)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) มีวิธีการดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลจากแบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นประเด็นคำถามได้จากการสนทนากลุ่มใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (สุภางค์ จันทวนิช, 2553) มีขั้นตอน ดังนี้

- 1) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำมาพิมพ์ลงในตารางสรุปการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม
- 2) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปให้เข้าใจ
- 3) ดึงถ้อยคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมาให้ได้มากที่สุด
- 4) นำประโยคที่ได้มาจัดกลุ่มประเด็นต่างๆ
- 5) การตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับ โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาจำนวน 5 คน

การศึกษาเรื่องการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในบทนี้ได้กล่าวถึง วิธีการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล และจะนำไปสู่การนำเสนอผลศึกษานี้ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไปในบทที่ 4

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาจากการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการศึกษาแบบพรรณนา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มศึกษา

ตอนที่ 2 การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม

1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

เป็นการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มศึกษาพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	10.0
หญิง	27	90.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
2. เพศ		
ชาย	3	10.0
หญิง	27	90.0
3. อายุ (ปี)		
21 – 30 ปี	9	30.0
31 – 40 ปี	7	23.3
41 – 50 ปี	11	36.7
51 – 60 ปี	3	10.0
อายุ ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 58 ปี ค่าเฉลี่ย 38.0		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.57		
4. วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	30	100.0
5. ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	15	50.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	14	46.7
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	1	3.3
6. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด		
1 - 10 ปี	14	46.7
11 - 20 ปี	8	26.7
21 - 30 ปี	7	23.3
31- 40 ปี	1	3.3
ประสบการณ์ ต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 28 ปี		
ค่าเฉลี่ย 9.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.10		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัด		
ผู้บริหาร	1	3.3
หัวหน้าแผนก/ รองหัวหน้าแผนก	4	13.3
ผู้ปฏิบัติ (Scrub nurse)	25	83.3
8. แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด		
ส่งกล่องทางเดินอาหารและทวารหนัก	4	13.3
ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	3	10.0
ศัลยกรรมทั่วไป	7	23.3
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	6	20.0
สูตินรีเวชกรรม	5	16.7
จักษุ และ หู คอ จมูก	5	16.7
9. มีบทบาทและประสบการณ์/การอบรม		
เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย (Safety)		
มี	20	66.7
ไม่มี	10	33.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มศึกษาพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) ทั้งหมดมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.0 ปี ปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนาน 1-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) เฉลี่ย 9.80 ปี บทบาทหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 83.3) ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 23.3) และประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย (ร้อยละ 66.7)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 5) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
1. เพศ	
หญิง	5
2. อายุ (ปี)	
41 – 50 ปี	3
51 – 60 ปี	2
อายุ ต่ำสุด 43 ปี สูงสุด 53 ปี	
3. วุฒิการศึกษา	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5
4. ตำแหน่งปัจจุบัน	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	4
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	1
5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด	
21 – 30 ปี	4
31 – 40 ปี	1
7. แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด	
ส่งกล้องทางเดินอาหารและทวารหนัก	1
ศัลยกรรมทั่วไป	2
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	1
สูตินรีเวชกรรม	1
8. มีบทบาทและประสบการณ์/การอบรม	
เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย (Safety)	
ในงานห้องผ่าตัด	
มี	5

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มศึกษาพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คนในห้องผ่าตัด โรงพยาบาล กภาพสินธุ์ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในงานห้องผ่าตัด มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 3 คน (อายุต่ำสุด 43 ปี สูงสุด 53 ปี) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนาน 21 - 30 ปีมากที่สุด จำนวน 4 คน โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 31 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุดจำนวน 4 คน บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัดเป็นระดับหัวหน้าแผนก/รองหัวหน้าแผนกมากที่สุดจำนวน 3 คน และปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุดจำนวน 2 คน

ตอนที่ 2 การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกภาพสินธุ์

ผลการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกภาพสินธุ์ ตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนดังแสดงในตารางที่ 4.3 ถึง ตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกภาพสินธุ์ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 30)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด	\bar{X}	SD	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	4.34	0.59	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร	4.35	0.65	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	4.37	0.60	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	4.33	0.58	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม	3.83	0.76	สูง
ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย	4.35	0.61	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย	4.47	0.54	สูงมาก
รวม	4.29	0.79	สูงมาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.29$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของขั้นตอนที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย ($\bar{X} = 4.47$) ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.37$) ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร ($\bar{X} = 4.35$) ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.35$) ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.34$) ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ($\bar{X} = 4.33$) และขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 3.83$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย จำแนกเป็นรายข้อและโดยภาพรวม ($n = 30$)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดใน ขั้นตอนของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานส่งเสริม วัฒนธรรม ความปลอดภัยอย่างเปิดเผยและเป็น ธรรมในการสื่อสาร ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์	4.57	0.50	สูงมาก
2. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานแสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญใน ลำดับแรกและผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม	4.67	0.47	สูงมาก
3. หน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านสนับสนุน ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ผู้ป่วยที่ปลอดภัย	4.20	0.71	สูง
4. หน่วยงานและโรงพยาบาลมีการประสาน กระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมิน องค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและ อุบัติการณ์ทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ	4.40	0.62	สูงมาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดใน ขั้นตอนของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	\bar{X}	SD	ระดับ
5. หน่วยงานและโรงพยาบาลมีการรายงาน อุบัติการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยและชี้แจง แนวโน้มของความเสี่ยงตลอดจนให้ความสนใจ กับการรายงานอุบัติการณ์ และการตัดสินใจที่ใช้ ในการทำให้เกิดความปลอดภัย	4.57	0.74	สูงมาก
6. หน่วยงานและโรงพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมรับรู้ในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ตน โดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการนำบทเรียนที่ได้รับไป ใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ	4.07	0.50	สูง
7. หน่วยงานและโรงพยาบาลให้การรับรองผล การสืบสวนอุบัติการณ์เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการเรียนรู้และพัฒนาระบบ	4.17	0.74	สูง
8. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานเสริมสร้าง สูง ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยง การใช้วิธีที่ต้องพึ่งพาความจำ และการปฏิบัติที่ ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก	4.13	0.62	สูง
รวม	4.34	0.59	สูงมาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่า การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.34$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X} อยู่ระหว่าง 4.40 - 4.67) ยกเว้นข้อที่หน่วยงานและโรงพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมรับรู้ในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน โดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ ข้อที่ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานเสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีที่ต้องพึ่งพาความจำและ

การปฏิบัติที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก และข้อที่หน่วยงานและโรงพยาบาลให้การรับรองผลการสืบสวนอุบัติเหตุเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้และพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.07$, $X = 4.13$ และ $X = 4.17$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร จำแนกเป็น รายชื่อและโดยภาพรวม ($n = 30$)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของมีการนำและสนับสนุนบุคลากร	\bar{X}	SD	ระดับ
1. หน่วยงานแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ	4.50	0.57	สูงมาก
2. ผู้บริหารในหน่วยงานมีการพบปะกับผู้นำบุคลากร และผู้ป่วยเพื่อหารือประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น	4.33	0.66	สูงมาก
3. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานสร้างกลไก การสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากร เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ	4.17	0.59	สูง
4. หน่วยงานจัดให้มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความ ปลอดภัยในองค์กรก่อนเริ่มการปฏิบัติงานประจำวัน หรือขณะส่งเวร	4.30	0.79	สูงมาก
5. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานให้ข้อมูลย้อน กลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับ เพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการเสนอความเห็น	4.43	0.56	สูงมาก
6. หน่วยงานมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	4.60	0.56	สูงมาก
7. โรงพยาบาลมีการจัดการประกวดหน่วยงานดีเด่น ด้านการจัดบริการที่ปลอดภัยและให้รางวัลแก่ ผู้ชนะเลิศ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากรปฏิบัติตาม ระบบการจัดการความเสี่ยงขณะทำงานตลอดเวลา	4.20	0.76	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของมีกรนำและสนับสนุนบุคลากร	\bar{X}	SD	ระดับ
8. ผู้บริหารโรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรได้รับ การอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.30	0.65	สูงมาก
9. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานสร้างกระบวนการ เรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการ ปฏิบัติงานติดตามและประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง	4.33	0.75	สูงมาก
รวม	4.35	0.65	สูงมาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนมีกรนำและสนับสนุนบุคลากรในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.35$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X} อยู่ระหว่าง 4.30 - 4.60) ยกเว้นข้อที่ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านสร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ และข้อที่โรงพยาบาลของท่านมีการจัดการประกวดหน่วยงานดีเด่นด้านการจัดบริการที่ปลอดภัย และให้รางวัลแก่ผู้ชนะเลิศเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากรปฏิบัติตามระบบการจัดการความเสี่ยงขณะทำงานตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.17$ และ $\bar{X} = 4.20$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด
ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง
จำแนกเป็นรายชื่อและโดยภาพรวม (n = 30)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของการบูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	\bar{X}	SD	ระดับ
1. หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิด มากการสูญเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร	4.43	0.62	สูงมาก
2. หน่วยงานมีการประเมินความรุนแรงและความถี่ มากของการเกิดอุบัติเหตุเพื่อควบคุมป้องกันและ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	4.47	0.57	สูงมาก
3. หน่วยงานมีการจัดการความเสี่ยงโดยการป้องกัน มากหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติเหตุทุก ประเภทที่อาจเกิดขึ้น	4.47	0.62	สูงมาก
4. หน่วยงานมีการกำหนดตัวบ่งชี้ความปลอดภัยของ หน่วยงานสำหรับใช้ในการประเมินผลการบริหาร ความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.53	0.63	สูงมาก
รวม	4.37	0.60	สูงมาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนของการ
บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ย
โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X} = 4.37) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่าค่าเฉลี่ย (\bar{X} อยู่ระหว่าง 4.43 –
4.53) ได้แก่ ข้อที่หน่วยงานมีการกำหนดตัวบ่งชี้ความปลอดภัยสำหรับใช้ในการประเมินผลการ
บริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย หน่วยงานมีการประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิด
อุบัติเหตุเพื่อควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หน่วยงานมีการจัดการความเสี่ยงโดยการ
ป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติเหตุทุกประเภทที่อาจเกิดขึ้น และข้อที่หน่วยงานมีการ
ค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยใน
ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์
จำแนกเป็นรายข้อและโดยภาพรวม (n = 30)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานมีการสนับสนุน บุคลากรทุกคนให้มีการรายงานอุบัติการณ์หรือปัญหา เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.60	0.49	สูงมาก
2. หน่วยงานมีการติดตามและเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลอื่นๆ	3.97	0.71	สูง
3. หน่วยงานของท่านตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรง ของผลกระทบจากอุบัติการณ์ และวางแผนปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดซ้ำ ในทุกการตายที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ ของความไม่ปลอดภัย	4.43	0.56	สูงมาก
รวม	4.33	0.58	สูงมาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนของการ
สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ย
โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.33$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X}
อยู่ระหว่าง 4.43 – 4.60) ได้แก่ ข้อที่ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานมีการสนับสนุนบุคลากรทุก
คนให้มีการรายงานอุบัติการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และข้อที่หน่วยงาน
ตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์และวางแผนปฏิบัติเพื่อป้องกันการ
เกิดซ้ำในทุกการตายที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของความไม่ปลอดภัย แต่ยกเว้นข้อที่หน่วยงานมีการ
ติดตามและเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลอื่นๆค่าเฉลี่ยอยู่ใน
ระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$)

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารและให้ผู้ป่วย และชุมชนมีส่วนร่วม
จำแนกเป็นรายชื่อและโดยภาพรวม (n = 30)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของการสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. หน่วยงานกำหนดและเผยแพร่ นโยบายและจัดอบรม แนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ	3.93	0.82	สูง
2. คณะกรรมการบริหารหน่วยงานและโรงพยาบาลให้ การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยชุมชนเข้า มามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการ ทางสุขภาพ	3.83	0.75	สูง
3. หน่วยงานเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาเมื่อเกิด อุบัติการณ์แล้ว	3.73	0.74	สูง
รวม	3.83	0.76	สูง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนของการ
สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่าค่าเฉลี่ย (\bar{X} อยู่ระหว่าง 3.73
- 3.93) ได้แก่ ข้อที่หน่วยงานกำหนดและเผยแพร่ นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสาร
ปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ คณะกรรมการบริหารหน่วยงานและ
โรงพยาบาลให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความ
ปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ และข้อที่หน่วยงานเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
ในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์แล้ว

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 6 การเรียนรู้และแลกเปลี่ยน บทเรียนเกี่ยวกับความ
ปลอดภัย จำแนกเป็นรายชื่อและ โดยภาพรวม ($n = 30$)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. หน่วยงานมีการค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ของอุบัติการณ์จากบันทึกข้อมูลการ รักษาพยาบาลและรายงานอุบัติการณ์	4.33	0.66	สูงมาก
2. หน่วยงานของท่าน ได้กำหนดให้ทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า ของอุบัติการณ์ (root cause analysis) วิเคราะห์สาเหตุของ อุบัติการณ์ร่วมกับทีมหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์	4.50	0.57	สูงมาก
3. ทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์นำบทเรียนจาก อุบัติการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันก่อนปรับเปลี่ยนเป็นแผน นโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.30	0.65	สูงมาก
4. ผู้บริหารหน่วยงานมีการทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับทีมวิเคราะห์ สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ ล่วงหน้า	4.30	0.59	สูงมาก
รวม	4.35	0.61	สูงมาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนของการ
เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัยในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.35$) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่าค่าเฉลี่ย (\bar{X}) อยู่
ระหว่าง 4.30 – 4.50) ได้แก่ ข้อที่หน่วยงานได้กำหนดให้ทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์
(root cause analysis) วิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ร่วมกับทีมหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ
อุบัติการณ์ ข้อที่หน่วยงานมีการค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ของ
อุบัติการณ์จากบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลและรายงานอุบัติการณ์ ผู้บริหารหน่วยงานมีการ
ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้
ล่วงหน้า และข้อที่ทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์นำบทเรียนจากอุบัติการณ์มา
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันก่อนปรับเปลี่ยนเป็นแผน นโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการจัดการ
ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัย ผ่าตัด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในขั้นตอนที่ 7 การลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกัน การเกิด
อันตราย จำแนกเป็นรายชื่อและ โดยภาพรวม ($n = 30$)

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอน ของการลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. หน่วยงานกำหนดให้ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และ รายงานความเสี่ยงอื่นๆประกอบการกำหนดแนวทางจัดการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.63	0.49	สูงมาก
2. หน่วยงานมีการออกแบบระบบรายงานการดูแลผู้ป่วยตาม แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ช่วยให้พยาบาลและบุคลากร ทีมสุขภาพอื่นๆสามารถปฏิบัติจริงได้ง่าย	4.40	0.56	สูงมาก
3. หน่วยงานมีการกำหนดระยะเวลาในการตรวจสอบ ประสิทธิภาพของระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น	4.20	0.66	สูง
4. หน่วยงานของท่านกำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลและทีม สุขภาพอื่นๆให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายตามแนวทางปฏิบัติเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.40	0.56	สูงมาก
5. ท่านปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย	4.57	0.50	สูงมาก
6. หน่วยงานของท่านมีการจัดทำมาตรฐานของกิจกรรมการ จัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ เมื่อกิจกรรมนั้น สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างเป็นรูปธรรมและอย่างต่อเนื่อง	4.63	0.49	สูงมาก
รวม	4.47	0.54	สูงมาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดในขั้นตอนของการลง
มือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.47$) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่าการบริหารความ
ปลอดภัยของผู้ป่วยในขั้นตอนของการลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายส่วนใหญ่
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (\bar{X} อยู่ระหว่าง 4.40 – 4.63) ได้แก่ ข้อที่หน่วยงานกำหนดให้ใช้ข้อมูล
จากรายงานอุบัติการณ์และรายงานความเสี่ยงอื่นๆประกอบการกำหนดแนวทางจัดการความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย หน่วยงานมีการจัดทำมาตรฐานของกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติเมื่อกิจกรรมนั้นบุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หน่วยงานมีการออกแบบระบบรายงานการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ สามารถปฏิบัติจริงได้ง่าย และข้อที่หน่วยงานกำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายตามแนวทางปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยกเว้นข้อที่หน่วยงานมีการกำหนดระยะเวลาในการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.20$)

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ของกลุ่มศึกษาที่ร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 5 คน สัมภาษณ์ตามแนวคำถามในภาคผนวก จ แบ่งผลการวิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1) การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ 3) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดังนี้

1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพจะได้ประเด็นการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ดังนี้

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยคือกระบวนการจัดการความปลอดภัย เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยนำหลักการ การจัดการความปลอดภัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดอย่างครบคลุ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...นำหลักการ 7 ขั้นตอนของการบริหารความปลอดภัย ของ *National Patient Safety* และนำหลักการความปลอดภัยในเรื่อง *Surgical Safety Checklist (WHO)* ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมาใช้ ” (F1-1-02)

“...หน่วยงานเห็นความสำคัญความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรกจึงสร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน (Work In) การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละเรื่องตามตัวชี้วัดของห้องผ่าตัด เช่น แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง แนวปฏิบัติการตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือและของมีคมที่ใช้ในการผ่าตัดเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น ”

(F1-1-01, F1-1-03)

นอกจากนี้ในห้องผ่าตัดสิ่งที่ทำมากที่สุดคือ การบริหารความเสี่ยง โดยมีการนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้ พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า การบริหารความเสี่ยง คือ การศึกษาหรือค้นหาแบบหรือวิธีดำเนินงานที่เหมาะสมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยมีการค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความเสียหายขึ้น รวมทั้งให้ความสำคัญในการสนับสนุนการรายงาน การเขียนรายงานอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...หน่วยงานของเรามีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ซึ่งทำตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ” (F1-1-04)

“...หน่วยงานมีการส่งเสริมสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดคอยกระตุ้นการเขียนรายงาน ตรวจสอบ ร่วมแก้ปัญหาและสรุปการเขียนรายงานอุบัติการณ์ประจำวันและประจำเดือน รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์ วางแผนปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และติดตามเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ เช่น การติดตามรายงานการเกิดอุบัติการณ์ตามดัชนีชี้วัดของห้องผ่าตัด ได้แก่ รายงานการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ พบการรายงานผ่าตัดตาผิดข้างจำนวน 1 รายในปี 2555 และยังมีเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ในการผ่าตัดตาผิดข้างจำนวน 3 รายในแต่ละปี 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ และรายงานการลืมนับอุปกรณ์เครื่องมือหรือสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยจากการผ่าตัด เป็นต้น ” (F1-1-05)

2. ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วยหลัก 4 ด้าน คือ 1) โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน 2) งบประมาณเพียงพอ 3) การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร 4) ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน

พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ ห้องผ่าตัดที่ดีและมีมาตรฐานต้องมีการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกต้อง มีห้องต่างๆให้ครบถ้วนในการใช้งานตามความจำเป็นและเหมาะสมในการผ่าตัด โดยการออกแบบต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ควบคุมความเสี่ยงของการติดเชื้อ การเกิดไฟ การสัมผัสกับสารเคมี เครื่องมือไฟฟ้า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ให้เป็นระบบ การระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศที่ได้มาตรฐาน ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...ในเรื่องนโยบายด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่ชัดเจน เช่น ห้องผ่าตัดมีทั้งหมดจำนวน 9 ห้องเพียงพอต่อการใช้งานผ่าตัดผู้ป่วยในแต่ละวัน มีการแบ่งเขตพื้นที่ห้องผ่าตัดชัดเจนเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ขนาดของห้องผ่าตัดได้มาตรฐานสะดวก และเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ” (F1-1-02)

2.2 งบประมาณเพียงพอ

ด้านงบประมาณเพียงพอเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด คือ การมีงบประมาณเข้ามาสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ และได้มาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต้องเพียงพอและพร้อมต่อการใช้งานในการผ่าตัดจึงจะทำให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดีและผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ซึ่งห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ถูกจัดสรรงบประมาณตามการเขียนแผนงบประมาณประจำปี 2559 เพื่อใช้ในการจัดซื้อจัดจ้างการบริหารซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับให้บริการผู้ป่วย มีการตรวจ สอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ และมีเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉินใช้อย่างเพียงพอ ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...หัวหน้าแจ้งในการประชุมของห้องผ่าตัดว่าปี 2559 มีงบประมาณสำหรับการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่าปีที่แล้ว และสิ่งที่เราจะได้ในปีนี้ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์ 1 เครื่อง สำหรับแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ เครื่องอัลตราซาวด์สำหรับผ่าตัดต่อกระดูก 1 เครื่อง สำหรับแผนกจักษุ เครื่องเจาะกะโหลกศีรษะ 1 ชุด เครื่องจีไฟฟ้า 2 เครื่อง และเครื่องสำหรับทำขบนิ้ว 1 เครื่อง เป็นต้น ” (F1-1-01)

“...ในห้องผ่าตัดมีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแต่ละแผนกอย่างสม่ำเสมอโดยตัวแทนจากบริษัทและช่างเทคนิคของโรงพยาบาล ตรวจสอบเครื่องมือทุก 3 หรือ 6 เดือน และถ้าเครื่องมือที่ใช้ในแผนกนั้นชำรุดหรือนำไปส่งซ่อมทางบริษัทจะนำเครื่องมือมาให้ยืมใช้จนกว่าเครื่องมือที่ส่งซ่อมจะซ่อมเสร็จ เช่น กล้อง Gastroscope กล้อง Rhinoscope ” (F1-1-02)

2.3 การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด คือ การที่องค์กรยกย่องชมเชยให้กำลังใจบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี ซึ่งทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพงานทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้บริหารห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เช่น การให้รางวัล การให้คำยกย่องชมเชย เป็นต้น ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...ดิฉันได้ทุนไปศึกษาต่อหลักสูตรการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาท 4 เดือน รู้สึกดีใจมากค่ะ” (F1-1-04)

“...ดิฉันก็ตั้งใจเหมือนกัน เพราะเมื่อเช้าหัวหน้าแจ้งว่าปีนี้ดิฉันได้ถูกคัดเลือกให้เป็นพยาบาลดีเด่นระดับปฏิบัติการของหน่วยงานเราค่ะ” (F1-1-05)

2.4 ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดอีกประการหนึ่ง คือ ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทีมผ่าตัดต้องเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และทักษะเป็นอย่างดี ทีมต้องร่วมมือและใช้ความสามารถเพื่อการรักษาผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สมาชิกในทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ (surgeon) พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) พยาบาลช่วยรอบนอก (circulating nurse) และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลทั้ง 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลา ก่อนผ่าตัด ระยะเวลาขณะผ่าตัด และระยะเวลาหลังผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดมีประสิทธิภาพใช้ความรู้ความสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความปลอดภัย ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...หน่วยงานของเราดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ นำมาตรฐานการพยาบาลทั้ง 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะเวลาหลังผ่าตัด มาใช้ในผู้ป่วยทุกราย เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และการนำ Surgical safety checklist ในการประเมินผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะเวลาหลังผ่าตัด” (F1-1-01)

“...ห้องผ่าตัดของเรามีทีมผ่าตัดที่ดีมีประสิทธิภาพ เพราะเดี๋ยวนี้มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละแผนกจำนวนเพิ่มมากขึ้น และพยาบาลส่งเครื่องมือจบการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนมีความเชี่ยวชาญในแผนกนั้นๆ จำนวนมากขึ้น เช่น แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แผนกส่องกล้องทางเดินอาหารและทวารหนัก แผนกจักษุ แผนกสูตินรีเวชกรรม เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการที่มีทีมผ่าตัดที่มีความรู้ความสามารถและมีทักษะเป็นอย่างดีในการผ่าตัด” (F1-1-03)

3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาล

กาพลินธุ์

จากการสนทนากลุ่มพบว่าสิ่งที่ส่งผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาพลินธุ์อีกอย่าง คือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ด้าน คือ 1) บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 2) อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ 3) นโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารไม่ชัดเจน 4) การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

3.1 บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก็เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้องปฏิบัติตามการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและศาสตร์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการใช้ทักษะ ความตระหนัก และประสบการณ์ความชำนาญสูงในการปฏิบัติการประกอบกันเป็นองค์ความรู้มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้มีความปลอดภัย ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...ในปี 2559 - 2560 เพื่อเพิ่มศักยภาพให้พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีการเขียนแผนประจำปีของงานพัฒนาบุคลากรให้ส่งพยาบาลห้องผ่าตัดไปอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนในแผนกต่างๆ ของห้องผ่าตัดดังนี้ 1) แผนกศัลยกรรมทางระบบประสาท 1 คน เพื่อรองรับแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางระบบประสาทที่จะจบมาในปี 2560 ซึ่งเป็นแผนกที่จะเปิดขึ้นใหม่ 2) แผนกศัลยกรรมกระดูก และข้อ 2 คน และ 3) แผนกสูติกรรมอีก 1 คน” (F1-1-03)

“...สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่หรือพยาบาลน้องใหม่ยังขาดความรู้ ประสบการณ์ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดจึงควรมีการสอนงานและระบบพี่เลี้ยงสำหรับน้องใหม่ ในขณะที่ปฏิบัติงานในลักษณะ “พี่สอนน้อง” โดยพยายามกระตุ้นและฝึกให้น้องใหม่เห็นความสำคัญของความปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดเป็นลำดับแรก ปฏิบัติตามมาตรฐานในการดูแลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ” (F1-1-01)

3.2 อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ

อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอก็เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด คือ อัตรากำลังต้องมีความสัมพันธ์เหมาะสมกับภาระงาน ซึ่งตามภาระงานอัตรากำลังบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาพลินธุ์ต้องมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด

จำนวน 39 คนแต่ปัจจุบันมีจำนวน 33 คน เมื่อนำอัตรากำลังของพยาบาลมาเทียบกับภาระงานที่ทำ และหน้าที่พิเศษของแต่ละคนที่ได้รับการมอบหมายงานจากหัวหน้า แล้วเทียบเคียงกับโรงพยาบาลใกล้เคียงยังถือว่ามียัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานต่อจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...จากสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดจำแนกตามแผนกผ่าตัดภาพรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือน 1,200 ราย และแต่ละแผนกส่วนใหญ่มีแนวโน้มจะสูงขึ้น แต่เมื่อภาระงานเทียบกับอัตรากำลังของพยาบาลแล้วถือว่ายังไม่เพียงพอ และอีกอย่างต้องใช้เวลา 6 เดือนในการฝึกพยาบาลน้องใหม่เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้ตามมาตรฐาน” (F1-1-05)

“...คิดว่าในด้านอัตรากำลังยังไม่เพียงพอเพราะตามภาระงานต้องมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 39 คน แต่ปัจจุบันมีจำนวน 33 คน ทำให้ตารางของการขึ้นเวรถี่มากและอีกอย่างถ้าเวรไหนผู้ป่วยผ่าตัดมีจำนวนมากพยาบาลก็จะมีความเครียด ความง่วง ความเพลียอ่อนล้า แล้วลงเวรก็ไม่ได้หยุดพักต้องมาต่อเวรเข้าอีก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพเพียงพอ” (F1-1-02)

3.3 นโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารไม่ชัดเจน

พยาบาลมีความเห็นว่า เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้นในห้องผ่าตัดหากผู้บริหารไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้รับทราบถึงข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาพร้อมกันของการเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว เพราะกลัวการถูกฟ้องร้อง ก็ยอมเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเช่นกัน ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงขึ้นในห้องผ่าตัด จะไม่มีการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้รับทราบถึงข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาพร้อมกันเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การผ่าตัดผิดข้าง การลืมหุ่นตกค้างจากการผ่าตัด เพราะผู้บริหารกลัวการถูกฟ้องร้องจึงไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจน” (F1-1-04)

“...จากการสังเกตพบว่า เมื่อไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจนจากผู้บริหารทำให้สามารถปกปิดข้อเท็จจริงเมื่อกระทำผิด บุคลากรจึงขาดความตระหนักและให้ความสำคัญในกลไกการสื่อสารแบบ Two way น้อย เช่น การทวนข้อมูลย้อนกลับโดยใช้ Surgical safety checklist ถามในการผ่าตัดทุกรายทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดคือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จึงทำให้อุบัติการณ์จากการผ่าตัดผิดพลาดเกิดขึ้นได้อีก” (F1-1-04)

3.4 การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ในเรื่องโรคนั้นๆทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือสภาพการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมาสามารถดูแลตนเองได้ ร่วมกับไม่มีญาติดูแลหรือทั้งผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ก็เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ดังข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มการสนทนา

“...ดิฉันเคยไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมา ส่วนใหญ่จะบอกว่า นอนไม่ค่อยหลับ เพราะวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดในวันพรุ่งนี้ ซึ่งผู้ป่วยบอกไม่มีความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเลย ” (F1-1-01)

“...ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมถึงญาติที่มาดูแล เพราะถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และไม่มีความรู้หลังการผ่าตัดก็จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นได้ ” (F1-1-05)

จากผลศึกษาเรื่องการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำให้ได้ผลทราบถึงบริบทของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัยและขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากตามลำดับ ยกเว้นขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มประกอบด้วย การรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ได้แก่ การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ได้แก่ ด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัด ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร นโยบายด้านการสื่อสาร และด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งล้วนแล้วมีผลต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และเพื่อให้เห็นความชัดเจนในโรงพยาบาลดังกล่าวในบทที่ 5 จะเป็นการสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ต่อไป

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดของการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

1. สรุปการศึกษา

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.1.1 เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1.2 วิธีดำเนินการศึกษา

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตอบแบบสอบถาม จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มสนทนาได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มศึกษากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัด แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด และบทบาทประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมข้อความและตัวเลขมีข้อความ 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีองค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน (National Patient Safety Agency, 2004 ดัดแปลงมาจาก ฅวีวรรณ งาหัตถิ) รวมทั้งหมด 37 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหา ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อความถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 15 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์รายข้อและหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม เท่ากับ 0.97 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามดังกล่าวไปวิเคราะห์รายข้อและหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เท่ากับ 0.95

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ได้แก่ การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษารายละเอียดของวิธีการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มศึกษาโดยตรง แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งและเก็บแบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2559 ได้ข้อมูลกลับคืนครบถ้วนจำนวน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการทำสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาจัดบันทึกการสนทนาของผู้ร่วมสนทนากลุ่มและถอดจากการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มที่ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตบันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่มแล้ว

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติในการประมวลผลข้อมูลซึ่งมีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1.4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ปัจจัยที่สนับสนุนการ

จัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

1.5 ผลการศึกษา

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการศึกษาจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มได้ดังนี้

1.5.1 การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.79$) โดยผลการศึกษารายด้านที่อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.54$) ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.60$) ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.65$) ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.61$) ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.59$) และขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.58$) ส่วนรายด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.76$) ตามลำดับ

1.5.2 ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า มีดังนี้

- 1) โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน
- 2) งบประมาณเพียงพอ
- 3) การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร
- 4) ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

1.5.3 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า มีดังนี้

- 1) บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
- 2) อดร่ากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ
- 3) นโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารไม่ชัดเจน
- 4) การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

2. อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นำมาสู่การอภิปรายประกอบด้วย 1) การศึกษาการจัดการความปลอดภัยใน

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2) ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2.1.1 ผลการศึกษา พบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.29$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับรู้ว่ามีจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดตั้งแต่ขั้นที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย จนถึงขั้นที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายได้สูงมาก ซึ่งขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยทั้งโดยรวมและรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก (ตารางที่ 4.3) ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับการประกันคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ระดับ 3 และมีการเยี่ยมสำรวจประเมินซ้ำ (Re-accreditation) เพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอแต่ยกเว้นขั้นตอนสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้บริหารของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารยังไม่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติน้อย ในการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์แล้ว เพราะกลัวการถูกฟ้องร้องมากกว่า

2.1.2 ผลการศึกษารายด้านของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด พบว่า

1) **ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในห้องผ่าตัด** โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.34$) (ตารางที่ 4.4) อธิบายได้ว่า ผู้บริหารและบุคลากรในห้องผ่าตัดให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก ผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างเปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ มีการรายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยและชี้แจงแนวโน้มของความเสี่ยงตลอดจนให้ความสนใจกับการรายงานอุบัติการณ์และการตัดสินใจที่ใช้ในการทำให้เกิดความปลอดภัย มีกระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ และในด้านห้องผ่าตัดและโรงพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมรับรู้ในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน โดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ รับรองผลการสืบสวนอุบัติการณ์ และผู้บริหาร บุคลากรในห้องผ่าตัดเสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีที่ต้องพึ่งพาความจำและการปฏิบัติที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก มีการดำเนินการอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัดดี (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล

ชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เรมวณ นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ ที่พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง

2) *ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากรในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์* พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.35$) (ตารางที่ 4.5) อธิบายได้ว่า ห้องผ่าตัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร มีการแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและทั่วทั้งองค์กรต้องให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้บริหารและบุคลากรให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับ มีการพบปะกับผู้นำบุคลากรและผู้ป่วย มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงานติดตามและประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในองค์กรก่อนเริ่มการปฏิบัติงานประจำวันหรือขณะส่งเวร ผู้บริหารโรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และในด้านผู้บริหารและบุคลากรในห้องผ่าตัดสร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ มีการจัดการประกวดหน่วยงานดีเด่นด้านการจัดบริการที่ปลอดภัยและให้รางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ มีการดำเนินการอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2550) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องมีภาวะผู้นำ มีการทำงานเป็นทีมในการปฏิบัติงานสามารถบริหารจัดการงานในความรับผิดชอบและหาแนวทางมาพัฒนางานให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน โดยใช้ข้อมูลความรู้และวิธีการที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงานผู้บริหารหรือผู้นำทีมจะต้องสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนในทีมรายงานอุบัติการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเปิดเผย เพื่อตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์ และวางแผนปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวีวรรณ งาหัดดี (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า มีการนำและการสนับสนุนบุคลากรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ใจโปร่ง (2554) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 17 ที่พบว่า การสื่อสารมีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

3) **ขั้นตอนที่ 3** **บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัด**
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.37$) (ตารางที่ 4.6) อธิบายได้ว่า ห้องผ่าตัดมีการกำหนดตัวบ่งชี้ความปลอดภัยสำหรับการประเมินผลการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์ มีการจัดการความเสี่ยงโดยการป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ทุกประเภทที่อาจเกิดขึ้น และมีการค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรซึ่งค่าเฉลี่ยรายชื่อแต่ละด้านก็มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากทุกข้อ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เอี่ยมพร ชมพูวิ (2551) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งามหัตถิ (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า มีการนำและการสนับสนุนบุคลากรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร วชิรเมธารัตน์ และรัตพงษ์ สอนสุภาพ (2559) ได้ศึกษา การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่พบว่า การประเมินความเสี่ยงโดยบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมเป็นการจัดการความเสี่ยงที่ดี คือสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนให้บุคลากรสามารถประเมินสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายได้

4) **ขั้นตอนที่ 4** **สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล**
กาฬสินธุ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.33$) (ตารางที่ 4.7) อธิบายได้ว่า ผู้บริหารและบุคลากรในห้องผ่าตัดมีการสนับสนุนบุคลากรทุกคนให้มีการรายงานอุบัติการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของ มีการตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์ และวางแผนปฏิบัติ และในด้านห้องผ่าตัดมีการติดตามและเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลอื่นๆ มีการดำเนินการอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์ จันท์หอม (2554) ได้ศึกษา กาวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่พบว่า การค้นหาความเสี่ยงค้นพบได้โดยการทบทวนเวชระเบียน การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด และการรายงานอุบัติการณ์เช่นกัน

5) **ขั้นตอนที่ 5** **สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม ในห้องผ่าตัด**
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.83$) (ตารางที่ 4.8) อธิบายได้ว่า ห้องผ่าตัดกำหนดและเผยแพร่ นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ มีคณะกรรมการบริหารห้องผ่าตัดและโรงพยาบาล

ให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์แล้วซึ่งค่าเฉลี่ยรายข้อแต่ละด้านก็มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ คล้ายสุบรรณ (2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 ที่พบว่า ทักษะในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด

6) *ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์* พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.35$) (ตารางที่ 4.9) อธิบายได้ว่า ห้องผ่าตัดได้กำหนดให้ทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์ (root cause analysis) วิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ร่วมกับทีมหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ มีการค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ของอุบัติการณ์จากบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลและรายงานอุบัติการณ์ ผู้บริหารมีการทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า และมีทีมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของอุบัติการณ์นำบทเรียนจากอุบัติการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันก่อนปรับ เปลี่ยนเป็นแผนนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งค่าเฉลี่ยรายข้อแต่ละด้านก็มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์ (2558) ได้ศึกษา การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกัน ผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ ที่พบว่า การบริหารความเสี่ยงป้องกัน ผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

7) *ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์* พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.47$) (ตารางที่ 4.10) อธิบายได้ว่า ห้องผ่าตัดกำหนดให้ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และรายงานความเสี่ยงอื่นๆ ประกอบการกำหนดแนวทางจัดการความปลอดภัยของ มีการจัดทำมาตรฐานของกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ เมื่อกิจกรรมนั้นสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างเป็นรูปธรรมและอย่างต่อเนื่อง บุคลากรในห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงาน มีการออกแบบระบบรายงานการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ สามารถปฏิบัติจริงได้ง่าย กำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายตามแนวทางปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และในด้านห้องผ่าตัดมีการ

กำหนดระยะเวลาในการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น มีการดำเนินการอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ (2554) ได้ศึกษา การจัดการความเสี่ยงต่อการถูกเข็มหรือของมีคมตำ ที่พบว่า นโยบายและมาตรการควบคุมตรวจสอบและป้องกันสามารถลดอันตรายหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้

2.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีดังนี้

2.2.1 ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย

1) **โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน** จากการสนทนากลุ่ม พบว่า โครงสร้างห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน ย่อมเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากห้องผ่าตัดที่ดีและมีมาตรฐานต้องมีการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกต้อง มีห้องต่างๆให้ครบถ้วนในการใช้งานตามความจำเป็นและเหมาะสมในการผ่าตัด โดยการออกแบบต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ควบคุมความเสี่ยงของการติดเชื้อ การเกิดไฟ การสัมผัสกับสารเคมี เครื่องมือไฟฟ้า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ให้เป็นระบบ การระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลเฟรดส์ดอตเต บียอนดอตเต (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2012) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ที่พบว่า โครงสร้างของห้องผ่าตัดและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) **งบประมาณเพียงพอ** จากการสนทนากลุ่ม พบว่า งบประมาณเพียงพอย่อมเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากการมีงบประมาณเข้ามาสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและได้มาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต้องเพียงพอและพร้อมต่อการใช้งานในการผ่าตัดจึงจะทำให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดีและผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวิวรรณ งามหัตถิ (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า การขาดงบประมาณก็เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ฉาไธสง (2556) ได้ศึกษา การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นความถี่สูงในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่พบว่า การมีวัสดุการแพทย์ที่เพียงพอและ

จำนวนที่เหมาะสมในการผ่าตัดต่อกระจกแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยแม้จะเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนที่สูงแต่เมื่อเทียบกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ผู้ป่วยได้รับ

3) *การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร* จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากการที่องค์กรยกย่องชมเชยให้กำลังใจบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี ซึ่งทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพงานทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ เช่น การให้รางวัล การให้คำยกย่องชมเชย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ได้ศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า การสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรมีความสัมพันธ์กับการบริหารความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิตา ปิ่นทองคำ (2556) ได้ศึกษา ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

4) *ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ* จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจาก ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และทักษะเป็นอย่างดี ทีมต้องร่วมมือและใช้ความสามารถเพื่อการรักษาผ่าตัด และเมื่อทีมผ่าตัดมีประสิทธิภาพใช้ความรู้ความสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมบูรณ์ สุโฆสิต (2557) ได้ศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ ที่พบว่า การทำงานเป็นทีมของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง

2.2.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย

1) *บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด* จากการสนทนากลุ่ม พบว่า บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ย่อมเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้องปฏิบัติตามพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและศาสตร์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการใช้ทักษะ ความตระหนัก และประสบการณ์ความชำนาญสูงในการปฏิบัติการประกอบกันเป็นองค์ความรู้มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้มีความปลอดภัย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสัมพันธ์กับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า บุคลากรที่ได้รับการอบรมและมีความรู้เรื่องการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่นกัน และสัมพันธ์กับการศึกษาของ เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ ที่พบว่า การสร้างความตระหนักในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

2) *อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ* จากการสนทนากลุ่ม พบว่าอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ ย่อมเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากอัตรากำลังต้องมีความสัมพันธ์เหมาะสมกับภาระงาน หากการจัดอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอทำให้เกิดภาระงานที่เกิน ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า อัตรากำลังของบุคลากรที่ไม่เพียงพอก็เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช บุญยัง และศศิธร พุ่มดวง (2554) ได้ศึกษา กลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันของผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ ที่พบว่า การวิเคราะห์อัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานที่เป็นจริงจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลเฟรดส์ ดอตเต และคณะ (Alfredsdottir et al. 2012) พบว่า อัตรากำลังของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เพียงพอมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการขยายบทบาทของพยาบาลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในไอแลนด์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บลูแมนและคณะ (Baumann et al. 2012) พบว่า อัตรส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้พยาบาลเหน็ดเหนื่อยเครียดไม่พอใจในงานและลาออกจากการงาน

3) *นโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารไม่ชัดเจน* จากการสนทนากลุ่ม พบว่า นโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารไม่ชัดเจน เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นหากผู้บริหารไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติเพื่อมารับทราบถึงข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาาร่วมกันของการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว เพราะกลัวการถูกฟ้องร้อง ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถิ (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า นโยบายการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่

ชัดเจนจะส่งผลให้การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ประสบผลสำเร็จได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ คล้ายสุบรรณ (2555) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 ที่พบว่า ทักษะในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4

4) การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ย่อมเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ในเรื่องโรคนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือสภาพการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมาสามารถดูแลตนเองได้ ร่วมกับไม่มีญาติดูแลหรือทั้งผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาก็จะเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นวิวรรณ งาหัตถิ (2553) ได้ศึกษา การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า สภาพการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมาสามารถดูแลตนเองได้ ร่วมกับไม่มีญาติดูแลก็เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มาณิกา อยู่สำราญ และ ปราณี ศรีพลแทน (2556) ได้ศึกษา การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ ความกลัว การไม่ได้รับข้อมูลตามความต้องการ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ การวินิจฉัยการรักษา และประสบการณ์การผ่าตัด ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุมตลอดจนสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาพบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.29$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 7 ขั้นตอน พบว่า การลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากตามลำดับ ยกเว้นขั้นตอนการสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งตามปกติแล้วในทางปฏิบัติห้องผ่าตัดควรจะมีขั้นตอนของการจัดการความปลอดภัยให้อยู่ในระดับสูงมากทุกขั้นตอน และไม่ควรจะเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นเลย ดังนั้นผู้บริหารควรมีการเสริมสร้างขั้นตอนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดของผู้ป่วย ดังนี้

การสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม โดยรวมและรายชื่ออยู่ในระดับสูง ดังนั้นผู้บริหารทุกฝ่ายและทุกระดับของโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมการเสริมสร้างและพัฒนาขั้นตอนการสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมต่อไปนี้มากขึ้น ได้แก่ ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ 1) การกำหนดและเผยแพร่นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ 2) การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ 3) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์แล้ว ทั้งนี้จะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเกิดความพึงพอใจและลดข้อร้องเรียนในการให้บริการได้

ถึงอย่างไรก็ตามแม้กระบวนการจัดการความปลอดภัยอีก 6 ขั้นตอนตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จะมีการดำเนินการอยู่ในระดับสูงมากแล้วก็ตาม แต่ก็ควรมีแนวทางปฏิบัติในการเสริมสร้างและพัฒนาขั้นตอนการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อไป เพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้นไป และการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปสนับสนุน เผยแพร่ให้บุคลากรในห้องผ่าตัดและสหสาขาวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดให้มีความปลอดภัย โดยใช้การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า สามารถนำมาเป็นต้นแบบของการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้เกิดต่อเนื่องเพื่อเป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2.2 จากผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีหลายประการ ดังนั้นควรทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เชิงปริมาณ

3.2.3 จากผลการศึกษาพบว่า สามารถเป็นแนวทางการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้ ดังนั้นผู้บริหารควรศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

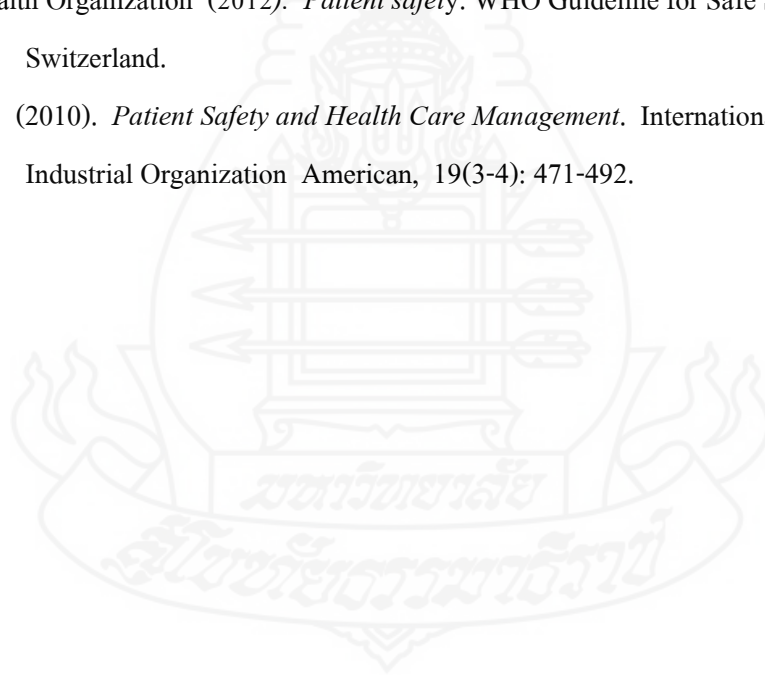
- กัญญาลักษณ์ ฌ รังสี. (2556). ความปลอดภัยผู้ป่วย. *Thammasat Medical Journal*, 12(1) : 201-206
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2555). งานข้อมูลและความเสี่ยง 2555–2557. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2557). งานข้อมูลและสารสนเทศ กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล: ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาล*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ข้อมูลฐานสุขภาพมูลนิธิมอชาวบ้าน. (2554). *สารนะรู้สุขภาพสำนักพิมพ์มอชาวบ้านกรุงเทพฯ*.
- งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์. (2554). *การจัดการความเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคม*. กลุ่มการพยาบาล, รพพยาบาลธรรมศาสตร์.
- ชาย โพธิ์ธิดา. (2550). *การสนทนากลุ่ม Focus Group Discussion*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ งาหัตถิ. (2553). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). นนทบุรี, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธนาวดี ต้นดิทวิวัฒน์ และคณะ. (2554). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร. *สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*, 43(43), 67-77.
- นนุช บุญยัง และศศิธร พุ่มดวง. (2554). *กลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันและกลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในอนาคตของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 20(15), 34-44.

- ประภัสสร นาวเหนียว. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภูษา. (2555). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้ โปรแกรม SPSS for Windows*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- พจนานุกรมทางการแพทย์ออนไลน์. (2011). *การบริหารความปลอดภัยสถาบันการแพทย์แผนไทยกรรมการแพทย์*. กรุงเทพฯ.
- พรพรรณ คล้ายสุบรรณ. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน. (2556). *การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 10(8), 60-70.
- รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ม.ป.ป. *งานข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์*.
- เรณู อาจสาถิ. (2553). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- เรมวาล นันท์ศุภวัฒน์. (2557). *วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วาสนา ดาวมณี. (2545). *การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2555). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดกระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สมพร เจษฎาญาณเมธา. (2550). *ความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาล ศูนย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

- สมบุญ สุกโสมิต. (2557). วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจวารสารพยาบาลตำรวจ, 6(1), 219-229.
- สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. (2551). ปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์. (การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุพัตรา ใจโปร่ง. (2554) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สุพัตรา ฉาไชสง. (2556). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการผ่าตัดสลายดี้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สุภาพร วชิรเมธารัตน์ และรัตพงษ์ สอนสุภาพ. (2559). การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพฯ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2553). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์. (2558). การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการอุบัติการณ์ ผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3(2), 58-63.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2553). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จีระการพิมพ์.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด. กรุงเทพฯ.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ.
- สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. (2558). ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎรจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์.
- ศิตา ปิ่นทองคำ. (2556). ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสามพรานอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐม. (สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). วิทยาลัยทองสุข, กรุงเทพฯ.

- ศิรินาถ ศรีวัฒนพงศ์. (2554). *การสร้างแผนการพยาบาลมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาราช*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิติถาวร. (2553). วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3), 117-125.
- อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อนงค์ จันทร์หอม. (2554). *การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ห้องคลอดโรงพยาบาลลับแลจังหวัดอุตรดิตถ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล. (2553). *Patient Safety ในมุมมองของ พรพ.HA Update 2007*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี.
- เอี่ยมพร ชมพู่วี. (2551). *การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- Alfredsdottir, Bjornsdottir. (2012). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.
- Atkinson & Kohn. (2011). *Introduction to operating room technique*. New York: McGraw-Hill.
- Bauman et.al, (2012). Nursing Workload and Patient care. *The Canadian Federation of Nurse Unions*, 12(2), 1-98.
- Brennan. et al. (1991). "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of Harvard medical practice study" I. *N Engl J Med*. 324: 370-6.
- Carayon.et al. (2013). Work system design for patient safety: the SEIP S model. *Qual Saf Health Care. Dec; 15 Suppl 1: i50-8*.
- Geneva. (2012). *World alliance for patient safety*. World Health Organization. Switzerland.
- Emanuel L. (2011). *Patient safety management*. VTT Technical Research Centre of Finland. City of Chicago.

- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety the full reference guide*. second print August 2004, Available at http://www.npsa.nhs.uk/seven_steps.
- Nigro & Nigro. (2010). *Manging the risk; Health and Safety at Work, 18-20*. Public Administration Review. American.
- Paul Bowel. (2010). *Building a safety and improvement culture in primary care Practice Nurses Presented at American College of Surgeons 96th Annual Clinical Congress Washington*. American.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizational: JCAHO. (2011). *Patient safety*. Switzerland.
- SP Kelly and Jalil Bolton. (2011). *Wrong intraocular lens implant; learning from reported patient safety incidents.publishedonline 25 February*. England.
- World Health Organization. (2012). *Surgical Care Program*. Switzerland.
- World Health Organization (2012). *Patient safety: WHO Guideline for Safe Surgery*. Switzerland.
- Wolinsky. (2010). *Patient Safety and Health Care Management*. International Journal of Industrial Organization American, 19(3-4): 471-492.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่งและสังกัด
1. อาจารย์แพทย์หญิงขวัญพจน์ สดใส	นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ผู้เยี่ยมชมสำรวจสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (สรพ.) ของประเทศ
2. อาจารย์นายแพทย์เป็นเอก ชงทอง	นายแพทย์ระดับชำนาญการ เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมจักษุตกแต่งและ เสริมสร้าง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. อาจารย์บังอร ศรีสงคราม	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ขอนแก่น
4. อาจารย์ธีรภัทร นวลแก้ว	อาจารย์พยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขออนุญาต หนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ



ที่ ศธ 0522.26/ 119



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

28 มกราคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์

ด้วยนางสาววรรณวิมล ทুমมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์” โดยมี อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ นางสาววรรณวิมล ทুমมี ใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่ง
เป็นแบบวัดการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย National Patient Safety Agency, 2004 เรียบเรียงโดย
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ
และมีความเหมาะสมในการทำการศึกษาการค้นคว้าอิสระ จึงขออนุญาตให้นักศึกษานำเครื่องมือมาพัฒนาใช้ใน
การทำการศึกษาการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์”

ทั้งนี้เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นจะขออนุญาตลงนามท่านในกิตติกรรมประกาศของการศึกษาค้นคว้า
อิสระนี้ และจะจัดส่งผลงานที่สำเร็จแล้วมา 1 เล่มด้วย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนักศึกษาดตาม
หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 965 4362 (นางสาววรรณวิมล ทুমมี)

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดร.ชนมฉินดี

11 กพ 59

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-25048036-7

โทรสาร 0-25032620

โทรศัพท์ 081 - 965 4362 (นางสาววรรณวิมล ทুমมี)

ที่ ศธ 0522.26/ 113



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

2๘ มกราคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์

ด้วยนางสาววรรณวิมล ทুমมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์” โดยมี อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ นางสาววรรณวิมล ทুমมี ใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่ง
เป็นแบบวัดการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย โดย National Patient Safety Agency, 2004 เรียบเรียงโดย
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และ ศาสตราจารย์ ดร.วิมา จิระแพทย์ เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ
และมีความเหมาะสมในการทำการศึกษาการค้นคว้าอิสระ จึงขออนุญาตให้นักศึกษานำเครื่องมือมาพัฒนาใช้ใน
การทำการศึกษาการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์”

ทั้งนี้เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นจะขออนุญาตลงนามท่านในกิตติกรรมประกาศของการศึกษาค้นคว้า
อิสระนี้ และจะจัดส่งผลงานที่สำเร็จแล้วมา 1 เล่มด้วย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนักศึกษาตาม
หมายเลขโทรศัพท์ 081 – 965 4362 (นางสาววรรณวิมล ทুমมี)

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร 0-25048036-7
โทรสาร 0-25032620
โทรศัพท์ 081 – 965 4362 (นางสาววรรณวิมล ทুমมี)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๑๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๗ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน อาจารย์แพทย์หญิงขวัญพจน์ สดใส

ด้วย นางสาววรรณวิมล ทุมมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์” โดยมีอาจารย์ ดร.พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษา
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-965-4362 (นางสาววรรณวิมล ทุมมี)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๑๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

24 มกราคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน อาจารย์นายแพทย์เป็นเอก รงทอง

ด้วย นางสาววรรณวิมล ทুমมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง "การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์" โดยมีอาจารย์ ดร.พิทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษา
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-965-4362 (นางสาววรรณวิมล ทুমมี)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๑๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มกราคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน อาจารย์บังอร ศรีสงคราม

ด้วย นางสาววรรณวิมล ทุมมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง "การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์" โดยมีอาจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-965-4362 (นางสาววรรณวิมล ทุมมี)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๑๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๗ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน อาจารย์ธีรภัทร นวลแก้ว

ด้วย นางสาววรรณวิมล ทุมมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในท้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์” โดยมีอาจารย์ ดร.พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษา
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-965-4362 (นางสาววรรณวิมล ทุมมี)



ที่ ศธ 0522.26/ว 318

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ด้วย นางสาววรรณวิมล ทুমมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง "การจัดการความปลอดภัยในท้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์" โดยมีอาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็น
โรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียด ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620



ที่ ศธ 0522.26/ว 31๘

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ด้วย นางสาววรรณวิมล ทুমมี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ
เรื่อง “การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์” โดยมีอาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยใช้
แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานใน
สังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียด ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-965-4362 (นางสาววรรณวิมล ทুমมี)

ภาคผนวก ค
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
 School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
 Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 10/2559

ชื่อโครงการวิจัย การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
 เลขที่โครงการ/รหัส 2565100027
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาววรรณวิมล ทুমมี
 ที่ทำงาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซ.กาฬสินธุ์ ต.กาฬสินธุ์ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
 (อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
 (รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 19 มี.ค. 2559

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา



หนังสือแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว)นามสกุล.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ก่อนที่จะยินยอมลงนามให้ความร่วมมือในการทำวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
 ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมวิจัยนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใด
 ก็ได้

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะเป็นความลับ และจะเปิดเผย
 เฉพาะในภาพรวมที่เป็นผลการวิจัย หรือเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ
 ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำการศึกษา

(.....)

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา



แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำแนะนำในการกรอกแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

แบบสอบถามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 37 ข้อ

ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ

ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงของการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม

3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการศึกษาครั้งนี้และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและหน่วยงานห้องผ่าตัดต่อไป

4. ข้อมูลทั้งหมด จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น จะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆของท่าน

5. ท่านสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้หากไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล

ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

นางสาววรรณวิมล ทুমมี

(นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช)

ดร. พัทยา แก้วสาร

(อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ)

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ของแต่ละข้อ
เพียงช่องเดียวตามความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1.1 เพศ

() ชาย

() หญิง

1.2 ปัจจุบันอายุปี

1.3 วุฒิกการศึกษา

()ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

()ปริญญาโท

()ปริญญาเอก

() อื่นๆ โปรดระบุ

1.4 ตำแหน่งปัจจุบัน

() พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

() พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

() พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

1.5 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดปี

(เศษของเดือนมากกว่า 5 ปีให้นับเพิ่มขึ้น)

1.6 บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัด

() ผู้บริหาร

() หัวหน้าแผนก/ รองหัวหน้าแผนก

() ผู้ปฏิบัติ ระบุ.....

1.7 แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด

() ส่องกล้องทางเดินอาหารและทวารหนัก

() ศัลยกรรมทั่วไป

() ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

() ศัลยกรรมกระดูกและข้อ

() สูตินรีเวชกรรม

() จักษุ และ หู คอ จมูก

1.8 มีบทบาทและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย (Safety) ในงาน
ห้องผ่าตัดหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบุ

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และกาเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่วงมีความหมาย ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นบ่อยที่สุด
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 81 – 100 |
| 4 | หมายถึง | กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นบ่อยมาก
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 61 – 80 |
| 3 | หมายถึง | กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 41 – 60 |
| 2 | หมายถึง | กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น เกิดขึ้นมากนานๆ ครั้ง
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 21 – 40 |
| 1 | หมายถึง | กิจกรรมที่ระบุในข้อความนั้น น้อยมากหรือไม่ เกิดขึ้นเลย
หรือเกิดขึ้นร้อยละ 0 – 20 |

ข้อคำถาม	ระดับความเห็น				
ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	5	4	3	2	1
1. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างเปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์					
2. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญในลำดับแรกและผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม					
3. หน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย					
4. หน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านมีการประสานกระบวนการจัดการความเสี่ยงและประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติการณ์ทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ					
5. หน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านมีการรายงาน					
6. หน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วย					
7. หน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านให้การรับรองผลการ					
8. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านเสริมสร้าง					

ข้อคำถาม	ระดับความเห็น				
พึงพาความจำ และการปฏิบัติที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก	5	4	3	2	1
<p style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ 2 มีการนำเสนอและการสนับสนุนบุคลากร</p> <p>9. หน่วยงานของท่านแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ</p>					
10. ผู้บริหารในหน่วยงานของท่านมีการพบปะกับผู้นำบุคลากรและผู้ป่วย เพื่อหารือประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น					
11. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านสร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ					
12. หน่วยงานของท่านจัดให้มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในองค์กร ก่อนเริ่มการปฏิบัติงานประจำวันหรือขณะส่งเวร					
13. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับ เพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการเสนอความเห็น					
14. หน่วยงานของท่านมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร					
15. โรงพยาบาลของท่านมีการจัดการประกวดหน่วยงาน					
16. ผู้บริหารโรงพยาบาลของท่านสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย					
17. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านสร้าง					

ข้อคำถาม	ระดับความเห็น				
ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง 18. หน่วยงานของท่านมีการค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร	5	4	3	2	1
19. หน่วยงานของท่านมีการประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์เพื่อควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น					
20. หน่วยงานของท่านมีการจัดการความเสี่ยงโดยการป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ทุกประเภทที่อาจเกิดขึ้น					
21. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดตัวบ่งชี้ความปลอดภัยของหน่วยงานสำหรับใช้ในการประเมินผลการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย					
ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ 22. ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานของท่านมีการ					
23. หน่วยงานของท่านมีการติดตามและเทียบเคียง					
24. หน่วยงานของท่านตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรง					
ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม 25. หน่วยงานของท่านกำหนดและเผยแพร่นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ					

ข้อคำถาม	ระดับความเห็น				
	5	4	3	2	1
26. คณะกรรมการบริหารหน่วยงานและโรงพยาบาลของท่านให้การสนับสนุนการสื่อสารและการให้ผู้ป่วย ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ					
27. หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหามือเกิดอุบัติการณ์แล้ว					
ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย					
28. หน่วยงานของท่านมีการค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) ของอุบัติการณ์จากบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลและรายงานอุบัติการณ์					
29.					
30.					
31.					
ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย					
32. หน่วยงานของท่านกำหนดให้ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และรายงานความเสี่ยงอื่นๆประกอบการกำหนด					
33.					
34.					
35.					
36.					
37. หน่วยงานของท่านมีการจัดทำมาตรฐานของกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ เมื่อกิจกรรมนั้นสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างเป็นรูปธรรมและอย่างต่อเนื่อง					

แนวทางการสัมภาษณ์โดยใช้การสนทนากลุ่ม
งานการศึกษาการค้นคว้าอิสระเรื่องการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คำแนะนำในการตอบแบบสัมภาษณ์

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย

1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์

3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4. แนวทางที่เสริมสร้างการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ ควรมีอะไรบ้าง อย่างไร

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงของการตอบแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนก่อนตอบแบบสัมภาษณ์

3. โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่านสามารถ
ใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการศึกษาครั้งนี้และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและ
หน่วยงานห้องผ่าตัดต่อไป

4. ข้อมูลทั้งหมด จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น จะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และไม่มีผล
ต่อการปฏิบัติงานใดๆของท่าน

5. ท่านสามารถปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ได้หากไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล

ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

นางสาววรรณวิมล ทุมมี

(นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช)

ดร. พัทยา แก้วสาร

(อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย ลงใน () ของแต่ละข้อเพียงช่องเดียวตามความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1.1 เพศ

() ชาย

() หญิง

1.2 ปัจจุบันอายุ ปี

1.3 วุฒิการศึกษา

()ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

()ปริญญาโท

()ปริญญาเอก

() อื่นๆ โปรดระบุ

1.4 ตำแหน่งปัจจุบัน

() พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

() พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

() พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ () อื่นๆ โปรดระบุ

1.5 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดปี

(เศษของเดือนมากกว่า 5 ปีให้นับเพิ่มขึ้น)

1.6 บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัด

() ผู้บริหาร

() หัวหน้าแผนก/ รองหัวหน้าแผนก

() ผู้ปฏิบัติ ระบุ.....

1.7 แผนกที่ประจำในห้องผ่าตัด

() ส่องกล้องทางเดินอาหารและทวารหนัก () ศัลยกรรมทั่วไป

() ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ () ศัลยกรรมกระดูกและข้อ

() สูติรีเวชกรรม () จักษุ และ หู คอ จมูก

1.8 มีบทบาทและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย (Safety) ในงานห้องผ่าตัดหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบุ

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

1. ขั้นเตรียมการ

1) เตรียมแนวทางการสัมภาษณ์โดยใช้การสนทนากลุ่ม (interview guideline for focus groups discussion) โดยผู้ศึกษาเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด จากงานวิจัย และตำราแล้วนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา

2) ฝึกทักษะการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3) เตรียมเนื้อหา ผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำความเข้าใจประเด็นที่จะศึกษาให้ชัดเจน

4) เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ สมุด เทปบันทึกเสียง บอร์ด ปากกาสำหรับบันทึกข้อมูล เตรียมของว่างและของสมนาคุณตามสมควรแก่กรณี เพื่อทดแทนการเสียเวลา

5) เตรียมสถานที่ โดยใช้ห้องประชุมห้องสมุดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถควบคุมเสียงจากภายนอกห้อง และไม่สามารถสังเกตเห็นได้

6) เตรียมผู้ช่วยในการสนทนากลุ่ม โดยอธิบายบอกขั้นตอนการดำเนินงานในการสนทนากลุ่มพอสังเขป และซักซ้อมทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยในการสนทนากลุ่ม เช่น การจดบันทึก การควบคุมเครื่องบันทึกเสียงและเปลี่ยนเทปขณะที่สนทนา และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้เข้าร่วมการสนทนา

7) เตรียมผู้ร่วมกลุ่มสนทนา โดยเลือกจากเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

2. ดำเนินสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาได้เป็นผู้ดำเนินการในการสนทนากลุ่มหลังจากทุกคนมาพร้อมกัน รับประทานอาหารว่าง เครื่องดื่ม และพูดคุยเรื่องทั่วไปโดยเน้นการทำความรู้จักกันให้มากขึ้น ผู้นำกลุ่มเชิญมานั่งเป็นวงกลม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มโดยประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีขั้นตอนการสนทนากลุ่มดังนี้

1) เริ่มการสนทนากลุ่ม โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เริ่มจากการพูดทักทายแนะนำตนเอง และผู้ช่วยผู้ศึกษาในการดำเนินการสนทนากลุ่ม แจ้งเป้าหมายของการสนทนากลุ่มและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคน

2) ขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ลงบนเทปบันทึกเสียง และบอกข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าจะใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษาโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลและสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

3) บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยผู้ดำเนินการสนทนาและผู้ร่วมสนทนา

4) ให้ผู้ร่วมสนทนาแต่ละท่านแนะนำตนเองต่อกลุ่ม

5) ใช้คำถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ

6) โยงการสนทนาสู่เรื่องที่ต้องการสัมภาษณ์ตามลำดับ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi structured interview) ผู้ศึกษาจะสัมภาษณ์ตามร่างคำถามที่มีความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการสัมภาษณ์ คำถามจะมีความยืดหยุ่นพร้อมจะปรับเปลี่ยนถ้อยคำให้สอดคล้องกับผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแต่ละคนและสถานการณ์สัมภาษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งประเด็นคำถามที่ผู้ศึกษาใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์จะเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พร้อมทั้งกระตุ้นผู้ร่วมการสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและผู้ช่วยสังเกตปฏิบัติการของผู้ร่วมสนทนากลุ่มรับฟังและซักถามเพื่อความกระจ่างแล้วบันทึกการสนทนาเพื่อการวิเคราะห์

7) เมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แล้ว สรุปประเด็นที่สำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

8) กล่าวขอบคุณผู้ร่วมการสนทนากลุ่มอีกครั้ง ยืนยันถึงคุณค่า และประโยชน์ของสิ่งที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ แล้วปิดการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามโดยการใช้สนทนากลุ่ม การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ลำดับ	หัวข้อเรื่อง	คำตอบ	สังเกตปฏิบัติ
1.	<p>การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ในปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่ มีขั้นตอนอย่างไร</p>		
2.	<p>ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>		
3.	<p>ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยขัดขวางหรือบั่นทอนการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>		

ภาคผนวก ฉ
ตารางสรุปการสนทนากลุ่ม



ข้อมูลการสนทนากลุ่มการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 16 มิถุนายน 2559 โดยใช้ห้องประชุม ห้องสมุดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถควบคุมเสียงจากภายนอกห้องและไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เวลา 13.30 น. – 14.45 น. ใช้ระยะเวลาในการประชุม 1 ชั่วโมง 15 นาที เป็นการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันและเลือกประเด็นข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ อีกครั้งในการประชุมระดมสมองกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์

การดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาได้เป็นผู้ดำเนินการในการสนทนากลุ่มหลังจากทุกคนมาพร้อมกัน รับประทานอาหารว่าง เครื่องดื่ม และพูดคุยเรื่องทั่วไปซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มในการสนทนาครั้งนี้รู้จักและคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีทำให้บรรยากาศในการสนทนาเป็นกันเองเสมือนเป็นการปรึกษาหารือกันเพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และศึกษาแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มเชิญสมาชิกมานั่งเป็นวงกลมเพื่อเริ่มการสนทนากลุ่มต่อไป ผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มดี พูดจาจะฉานเสียงดังฟังชัด บางคนพูดน้อยแต่เวลาแสดงความคิดเห็นให้ข้อมูลชัดเจนและตรงประเด็น บางคนพูดไปหัวเราะไป และสมาชิกทุกคนเวลาพูดแสดงความคิดเห็นหรือพูดสนับสนุนข้อมูลของสมาชิกในกลุ่มมีการสบตาและยกมือทุกครั้งเพื่อขออนุญาตในการแสดงความคิดเห็นร่วม

เมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แล้ว ผู้ดำเนินการกลุ่มสรุปประเด็นที่สำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มอีกครั้ง พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนายืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้รับจากการสนทนาแล้วปิดการสนทนากลุ่ม ซึ่งรายละเอียดประเด็นการสนทนา ข้อมูลที่ได้ และประเด็นสำคัญ สรุปตามตารางการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ตารางสรุปการสนทนากลุ่ม

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาล กภาพสินธุ์</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ในปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่ มีขั้นตอนอย่างไร</p>	<p>F1-1-02 “ นำหลักการ 7 ขั้นตอนของการบริหารความปลอดภัย ของ National Patient Safety และนำหลักการความปลอดภัยในเรื่อง Surgical Safety Checklist (WHO) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมาใช้ ”</p>	<p>1. นำหลักการ 7 ขั้นตอนของการบริหารความปลอดภัยของ National Patient Safety และ Surgical Safety Checklist (WHO) มาใช้</p>
	<p>F1-1-05 “ หน่วยงานมีการส่งเสริมสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ หรือปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดคอยกระตุ้นการเขียนรายงาน ตรวจสอบ รวมทั้งปัญหาและสรุปการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ประจำวันและประจำเดือน รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์ วางแผนปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และติดตามเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ เช่น การติดตามรายงานการเกิดอุบัติการณ์ตามดัชนีชี้วัดของห้องผ่าตัด ได้แก่ รายงานการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ พบการรายงานผ่าตัดตาผิดข้างจำนวน 1 รายในปี 2555 และยังมีเหตุการณ์เกือบพลาด</p>	<p>1. มีการส่งเสริมสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคอยกระตุ้นการเขียนรายงาน ตรวจสอบ รวมทั้งปัญหาและสรุปการเขียนรายงานอุบัติการณ์</p> <p>2. มีการติดตามเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ เช่น การติดตามรายงานการเกิดอุบัติการณ์ตามดัชนีชี้วัดของห้องผ่าตัด</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ในปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่ มีขั้นตอนอย่างไร</p>	<p>(near miss) ในการผ่าตัดตาคัดข้างจำนวน 3 รายในแต่ละปี 2556 , 2557 และ 2558 ตามลำดับ และรายงานการลืมนอุปกรณ์เครื่องมือหรือสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยจากการผ่าตัด เป็นต้น ”</p>	
	<p>F1-1-04 “ หน่วยงานของเรามีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ซึ่งทำตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ”</p>	<p>1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในรูปแบบการบริหารความเสี่ยงกระบวนการเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล</p>
	<p>F1-1-03 “ หน่วยงานเห็นความสำคัญความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรกจึงสร้าง แนวปฏิบัติตามมาตรฐาน (Work In) การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละเรื่องตามตัวชี้วัดของห้องผ่าตัด เช่น แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง แนวปฏิบัติการตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือและของมีคมที่ใช้ในการผ่าตัดเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น”</p>	<p>1. เห็นความสำคัญความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก</p> <p>2. สร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน (Work In) การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละเรื่องตามตัวชี้วัดของห้องผ่าตัด</p>
	<p>F1-1-01 “ มี โดยหน่วยงานของเรามีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยการบริหารความเสี่ยงจะมีหน้าที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการ การดูแลผู้ให้บริการมีการเฝ้า</p>	<p>1. มีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบการบริหารความเสี่ยง</p> <p>2. การบริหารความเสี่ยงจะมีหน้าที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการ</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>1. การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ประจําการห้องผ่าตัด โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ แนวคำถาม - ในปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่ มีขั้นตอนอย่างไร</p>	<p>ระวางคิดตามอย่างสม่ำเสมอและใช้ในการทบทวนเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบแบบแผน เช่น ติดตามการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือและของมีคมที่ใช้ในการผ่าตัดเพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น”</p>	<p>3. การดูแลผู้ใช้บริการมีการเฝ้าระวังคิดตามอย่างสม่ำเสมอและใช้ในการทบทวนเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบแบบแผน</p>
<p>2. ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด แนวคำถาม - ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยใน หน่วยงานของท่าน</p>	<p>F1-1-02 “ ในเรื่องนโยบายด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่ชัดเจน เช่น ห้องผ่าตัดมีทั้งหมดจำนวน 9 ห้องเพียงพอต่อการใช้งานผ่าตัดผู้ป่วยในแต่ละวัน มีการแบ่งเขตพื้นที่ห้องผ่าตัดชัดเจนเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ขนาดของห้องผ่าตัดได้มาตรฐานสะดวกและเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น”</p>	<p>1. ในเรื่องนโยบายด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่ชัดเจน 2 มีการแบ่งเขตพื้นที่ห้องผ่าตัดชัดเจนเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ. 3. ขนาดของห้องผ่าตัดได้มาตรฐาน</p>
	<p>F1-1-01 “ หัวหน้าแจ้งในการประชุมของห้องผ่าตัดว่าปี 2559 มีงบประมาณสำหรับการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่าปีที่แล้ว และสิ่งที่เราจะได้ในปีนี้ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์ 1 เครื่องสำหรับแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ เครื่องอัลตราซาวด์สำหรับผ่าตัด”</p>	<p>1. มีงบประมาณสำหรับการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่าปีที่แล้ว</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>2. ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>	<p>F1-1-02 “ ในห้องผ่าตัดมีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแต่ละแผนกอย่างสม่ำเสมอโดยตัวแทนจากบริษัทและช่างเทคนิคของโรงพยาบาล ตรวจสอบเครื่องมือทุก 3 หรือ 6 เดือน และถ้าเครื่องมือที่ใช้ในแผนกนั้นชำรุดหรือนำไปส่งซ่อมทางบริษัทจะนำเครื่องมือมาให้ยืมใช้จนกว่าเครื่องมือที่ส่งซ่อมจะซ่อมเสร็จ เช่น กล้อง Gastroscope กล้อง Rhinoscope ”</p>	<p>1. การตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแต่ละแผนกอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. ถ้าเครื่องมือที่ใช้ในแผนกนั้นชำรุดหรือนำไปส่งซ่อมทางบริษัทจะนำเครื่องมือมาให้ยืมใช้จนกว่าเครื่องมือที่ส่งซ่อมจะซ่อมเสร็จ</p>
	<p>F1-1-04 “ ดิฉันได้ทุนไปศึกษาต่อหลักสูตรการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาท 4 เดือน รู้สึกดีใจมากค่ะ ”</p>	<p>1. รู้สึกดีใจที่ได้ทุนไปศึกษาต่อหลักสูตรการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาท</p>
	<p>F1-1-05 “ ดิฉันก็ดีใจเหมือนกัน เพราะเมื่อเช้าหัวหน้าแจ้งว่าปีนี้ดิฉันได้ถูกคัดเลือกให้เป็นพยาบาลดีเด่นระดับปฏิบัติการของหน่วยงานเราค่ะ ”</p>	<p>1. รู้สึกดีใจที่ได้ถูกคัดเลือกให้เป็นพยาบาลดีเด่นระดับปฏิบัติการของหน่วยงาน</p>
	<p>F1-1-01 “ หน่วยงานของเราดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ นำมาตรฐานการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมาใช้ในผู้ป่วยทุกราย เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และการนำ Surgical safety checklist ในการประเมินผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ”</p>	<p>1. มีการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>2. นำมาตรฐานการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมาใช้ในผู้ป่วยทุกราย</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>2. ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>	<p>F1-1-03 “ ห้องผ่าตัดของเรามีทีมผ่าตัดที่ดีมีประสิทธิภาพ เพราะเดี๋ยวนี้มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละแผนกจำนวนเพิ่มมากขึ้น และพยาบาลส่งเครื่องมือออบการฟีกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนมีความเชี่ยวชาญในแผนกนั้นๆจำนวนมากขึ้น เช่น แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แผนกส่องกล้องทางเดินอาหารและทวารหนัก แผนกจักษุ แผนกสูตินรีเวชกรรม เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการที่มีทีมผ่าตัดที่มีความรู้ความสามารถและมีทักษะเป็นอย่างดีในการผ่าตัด ”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีทีมผ่าตัดที่ดีมีประสิทธิภาพ 2. มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละแผนกจำนวนเพิ่มมากขึ้น 3. มีพยาบาลส่งเครื่องมือออบการฟีกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนมีความเชี่ยวชาญในแผนกนั้นๆจำนวนมากขึ้น
<p>3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยขัดขวางหรือบั่นทอนการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>	<p>F1-1-03 “ ในปี 2559 – 2560 เพื่อเพิ่มศักยภาพให้พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีการเขียนแผนประจำปีของงานพัฒนาบุคลากรให้ส่งพยาบาลห้องผ่าตัดไปอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนในแผนกต่างๆของห้องผ่าตัดดังนี้ 1) แผนกศัลยกรรมทางระบบประสาท 1 คน เพื่อรองรับแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางระบบประสาทที่จะจบมาในปี 2560 ซึ่งเป็นแผนกที่จะเปิดขึ้นใหม่ 2) แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2 คน และ 3) แผนกสูติกรรมอีก 1 คน ”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มศักยภาพให้พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 2. มีการเขียนแผนประจำปีของงานพัฒนาบุคลากรให้ส่งพยาบาลห้องผ่าตัดไปอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนในแผนกต่างๆของห้องผ่าตัด

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยขัดขวางหรือบั่นทอนการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>	<p>F1-1-01“ สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่หรือพยาบาลน้องใหม่ยังขาดความรู้ ประสบการณ์ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดจึงควรมี การสอนงานและระบบพี่เลี้ยงสำหรับน้องใหม่ในขณะที่ปฏิบัติงานใน ลักษณะ “พี่สอนน้อง” โดยพยายามกระตุ้นและฝึกให้น้องใหม่เห็น ความสำคัญของความปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดเป็นลำดับแรก ปฏิบัติ ตามมาตรฐานในการดูแลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือ ระยะก่อน ผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ”</p>	<p>1. มีการสอนงานและใช้ระบบพี่เลี้ยงสำหรับ เจ้าหน้าที่ใหม่หรือพยาบาลน้องใหม่ยังขาด ความรู้ ประสบการณ์ และความตระหนักใน การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด</p> <p>2. กระตุ้นและฝึกให้น้องใหม่เห็น ความสำคัญของความปลอดภัยในผู้ป่วย ผ่าตัดเป็นลำดับแรก</p>
	<p>F1-1-05 “ จากสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดจำแนกตามแผนกผ่าตัด ภาพรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือน 1,200 ราย และแต่ละแผนกส่วนใหญ่มีแนวโน้มจะสูงขึ้น แต่เมื่อภาระงาน เทียบกับอัตรากำลังของพยาบาลแล้วถือว่ายังไม่เพียงพอ และอีก อย่างต้องใช้เวลา 6 เดือนในการฝึกพยาบาลน้องใหม่เพื่อให้สามารถ ปฏิบัติงานการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้ ”</p>	<p>1. สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดจำแนกตาม แผนกผ่าตัดแต่ละแผนกส่วนใหญ่มีแนวโน้ม จะสูงขึ้น</p> <p>2. ภาระงานเทียบกับอัตรากำลังของพยาบาล แล้วถือว่ายังไม่เพียงพอ</p>
	<p>F1-1-02 “ คิดว่าในด้านอัตรากำลังยังไม่พอ เพราะตามภาระงานต้องมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล กาฬสินธุ์จำนวน 39 คนแต่ปัจจุบันมีจำนวน 33 คนทำให้ตาราง ของการขึ้นเวรถี่มากและอีกอย่างถ้าเวรไหนภาระงานมากพยาบาล</p>	<p>1. ด้านอัตรากำลังยังไม่พอ เพราะตามภาระ งานต้องมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมดในห้องผ่าตัดจำนวน 39 คนแต่ ปัจจุบันมีจำนวน 33 คน</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยขัดขวางหรือบั่นทอนการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>	<p>ก็จะมีความเครียด ความง่วง ความเพลียอ่อนล้า แล้วลงเวรตึกก็ไม่ได้หยุดพักต้องมาต่อเวรเช้าอีก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึงและไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ”</p>	<p>2. ภาระงานมากส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึงและไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ</p>
	<p>F1-1-04 “ จากการสังเกตพบว่า เมื่อไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจนจากผู้บริหารทำให้สามารถปิดข้อเท็จจริงเมื่อกระทำผิด บุคลากรจึงขาดความตระหนักและให้ความสำคัญในกลไกการสื่อสารแบบ Two way น้อย เช่น การทวนข้อมูลย้อนกลับโดยใช้ Surgical safety checklist ถามในการผ่าตัดทุกรายทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดคือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จึงทำให้อุบัติการณ์จากการผ่าตัดผิดพลาดเกิดซ้ำได้อีก ”</p>	<p>1. ผู้บริหารไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจน</p> <p>2. บุคลากรขาดความตระหนักและให้ความสำคัญในกลไกการสื่อสารแบบ Two way น้อย</p>
	<p>F1-1-03 “ เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหายขึ้นในห้องผ่าตัด จะไม่มีการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อมารับทราบถึงข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาาร่วมกันเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เช่น การผ่าตัดผิดข้าง การลืมสิ่งตกค้างจากการผ่าตัด เพราะผู้บริหารกลัวการถูกฟ้องร้องจึงไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจน ”</p>	<p>1. เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นไม่มีการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติมารับทราบถึงข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน</p> <p>2. ผู้บริหารกลัวการถูกฟ้องร้องจึงไม่มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจน</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้	ดัชนี
<p>3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด</p> <p>แนวคำถาม</p> <p>- ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยขัดขวางหรือบั่นทอนการจัดการความปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน</p>	<p>F1-1-01 “ คิฉินเคยไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมา ส่วนใหญ่จะบอกว่านอนไม่ค่อยหลับ เพราะวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดในวันพรุ่งนี้ ซึ่งผู้ป่วยบอกไม่มีความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเลย ”</p>	<p>1. ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เพราะไม่มีความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด</p>
	<p>F1-1-05 “ ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมถึงญาติที่มาดูแล เพราะถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และไม่มีญาติดูแลหลังการผ่าตัดก็จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นได้ ”</p>	<p>1. ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติที่มาดูแล</p> <p>2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้และไม่มีญาติดูแลหลังการผ่าตัดก็จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นได้</p>



การเผยแพร่ผลงานวิจัย

วรรณวิมล ทูมมี, พัทยา แก้วสาร และอารี ชิวเกษมสุข. (2560). การจัดการความปลอดภัยใน
ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 10(1) (มกราคม – เมษายน 2560)
ฐาน TCI กลุ่ม 1 ลำดับที่ 384 ผ่านการรับรองคุณภาพ 28 ก.พ. 2558 - 31 ธ.ค. 256



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาววรรณวิมล ทุมมี
วัน เดือน ปีเกิด	11 เมษายน 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 2545
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

