การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

Head Nurses' Work Safety Management, Safety Work Behaviors and Occupational Hazards of Perioperative Nurses in General Hospitals, Southern Thailand

สุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี

Suttimaporn Madsalee

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Prince of Songkla University

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ผู้เขียน นางสาวสุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(อาจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(อาจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้

ผู้เขียน นางสาวสุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

ปีการศึกษา พ.ศ. 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ จำนวน 126 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของฟีน้านเดส-มูเนซ์ มูเตส-ฟอน และวาเกส-ซอนดัส (Fernández-Muñiz, Montes-Peón & Vázquez-Ordás, 2007) (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และ(4) แบบสอบถามอันตรายจากการทำงาน แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความปลอดภัยในการทำงานของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (The Occupational Safety & Health Administration: OSHA, 2007) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.95, 0.96 และ 0.82 ตามลำดับ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.98, 0.89 และ0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.66, SD=0.71) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.23, SD=0.38) ค่าเฉลี่ยของอันตรายจากการทำงานโดยรวมอยู่ใน

ระดับต่ำ (M=0.65, SD=0.51) การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด (r=.46, $p \leq .01$) การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (r=-.07) และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (r=-.18, $p \leq .01$)

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการจัดการความปลอดภัยในการทำงานและส่งเสริมการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน

Thesis Title	Head Nurse's Work Safety Management, Safety Work Behaviors and Occupational Hazards of Perioperative Nurses in General Hospitals, Southern Thailand
Author	Miss Suttimaporn Madsalee
Major Program	Nursing Administration
Academic Year	2010

ABSTRACT

The objectives of this descriptive research were to study head nurse's work safety management perceived by perioperative nurses, safety behaviors and occupational hazards of perioperative nurses and the relationships between head nurse' work safety management perceived by perioperative nurses, safety behaviors and occupational hazards of perioperative nurses in general hospitals, southern Thailand. One hundred and twenty six perioperative nurses were selected by simple random sampling technique. The instrument was a questionnaire developed by the researcher covering 4 parts, namely (1) the demographic data form, (2) the head nurse's work safety management, which was developed by the researcher based on the safety management framework of Fernández-Muñiz, Montes-Peón & Vázquez-Ordás, 2007, (3) the safety behavior of perioperative nurses, and (4) the unsafe event of perioperative nurses. Parts 3 and 4 were developed under the framework of safety in work of the Occupational Safety & Health Administration, 2007. The contents of parts 2, 3, and 4 of the questionnaire were validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of .95, .96 and .82 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson' s product moment correlation coefficient and Spearman correlation coefficient.

The results showed that the mean total score of head nurse's work safety management was at a medium level (M=2.66, SD=0.71). The mean total score of safety behavior of perioperative nurses was at a high level (M=3.23, SD=0.38). The mean total score of occupational hazards of perioperative nurses was at a low level (M=3.33, SD=0.51). Head nurse's work safety management perceived by perioperative nurses was significantly and positively related to safety behavior of perioperative nurses (r=.46) at the .01 level. Head nurse's work safety management

was not significantly related to occupational hazards of perioperative nurses (r=-.07). Safety behavior was negatively related to occupational hazards of perioperative nurses (r=-.18) at the .01 level.

The results of this study can be used for planning and creating safety management in the workplace, promoting safety behavior and decreasing the incidence of occupational hazards that will facilitate high organizational performance.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความเมตตาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร. ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา และอาจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองสุข อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้เสียสละเวลาให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการศึกษาด้วยความเอาใจใส่ ให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยมีความประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพิชญา พรรคทองสุข อาจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และคุณคิดชนก อนุชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ทำให้ได้ข้อคำถามที่ชัดเจน ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัยเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยและขอขอบคุณพยาบาลห้องผ่าตัดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกคนในครอบครัวที่คอยดูแลเอาใจใส่ เป็นกำลังใจให้อย่างดียิ่งมาโดยตลอด ขอขอบคุณหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสตูลที่สนับสนุนเวลาให้แก่ผู้วิจัยสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ และขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสตูลทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ และเป็นห่วงเป็นใยเสมอมา สำหรับคุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกๆท่าน

สุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		(3)
ABSTRACT		(5)
กิตติกรรมประกาศ		(7)
สารบัญ		(8)
รายการตาราง		(10)
รายการภาพ		(12)
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
	คำถามการวิจัย	5
	สมมติฐานการวิจัย	6
	กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	6
	นิยามศัพท์	8
	ขอบเขตการวิจัย	12
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	13
	ระบบงานบริการและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดของห้องผ่าตัด	14
	อันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัด	22
	การจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด	33
	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัด	42
	การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด	51
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	54
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	58
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	60
	การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	62
	ผลการวิจัย	62
	อภิปรายผลการวิจัย	83
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	97
	สรุปผลการวิจัย	98
	ข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม		101
ภาคผนวก		112
ก	เครื่องมือในการวิจัย	113
ข	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	127
ค	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	128
ประวัติผู้เขียน		129

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด (N=126).....	63
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโดยรวมและรายด้าน (N=126)....	66
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการวางแผนของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	67
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	68
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	70
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	71
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	73
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	74
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมและรายด้าน (N=126).....	76
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดจำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	77
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมและรายด้าน (N=126).....	79

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดจำแนกเป็นรายข้อ (N=126).....	80
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (N=126).....	81
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายด้าน(N=126).....	82

รายการภาพ

หน้า

ภาพที่

1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 8

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยจากการทำงานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ (พิมพ์พรรณ, 2548) บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานหรือจากการทำหัตถการแก่ผู้ป่วย อุบัติการณ์หรืออันตรายที่เกิดขึ้นนี้ จะส่งผลแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลกระทบต่อองค์การซึ่งโรงพยาบาลจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ และเพณณินาท์ (2551) พบว่าโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่ายาในการรักษาบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานเป็นเงิน 369,427 บาทต่อปี นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่าจะมีการหลั่งไหลออกนอกวิชาชีพเนื่องจากกลัวภาวะเสี่ยงที่จะต้องสัมผัสผู้ป่วยเอชไอวี จากการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับความต้องการลาออกจากงาน พบว่าสาเหตุของการลาออกคืองานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรคร้อยละ 85.4 (วิมลมาศ และประไพวรรณ, 2539 อ้างตาม จันทร์ธิลา, 2545) ดังนั้นการจัดการความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารต้องตระหนักและดำเนินการเพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ปฏิบัติงาน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546)

ปัจจุบันนี้อันตรายจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลต่างๆ เพิ่มมากขึ้นและเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น นโยบายปรับลดกำลังคนภาครัฐฯที่สวนทางกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากร (กุลยา และส่งศรี, 2541) การใช้เทคโนโลยีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับรังสีและสารเคมีอันตรายเพิ่มขึ้น (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2551) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของภาวะโรค มีโรคติดต่อร้ายแรงและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเกิดขึ้น (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2552) ซึ่งบุคลากรที่มีโอกาสสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งและบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่ คือ พยาบาล โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากการใช้เข็มและของมีคม (เพชรไสว, ประสบสุข, สร้อย, ปิยนุช, อุสาห์ ศุภรพันธ์ และสมจิต, 2546) นอกจากนี้สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน การ

ทำหัตถการ รวมทั้งการไม่ใช้อุปกรณ์ในการป้องกัน หรือใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน ทำให้มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (อุษาวดี, 2547)

จากการศึกษาพบว่าในโรงพยาบาลแต่ละแห่งห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีอัตราการเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของบุคลากรมากกว่าเมื่อเทียบกับหน่วยงานอื่น (จิราภรณ์ และจุฑามาศ, 2547) จากการศึกษาความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดของบุคลากรในห้องผ่าตัดของแจคเกอร์และคณะ (Jagger, Bentley, & Tereskerz, 1998 อ้างตาม อุษาวดี, 2547) พบว่า เครื่องมือที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและทำให้เกิดการบาดเจ็บมากที่สุด คือเข็มเย็บแผล คิดเป็นร้อยละ 15 รองลงมาคือใบมีดผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 11 นอกจากนั้นเกิดจากเข็มฉีดยา ลวดเย็บแผล และเครื่องมืออื่นๆ จากการศึกษายังพบอีกว่า ชนิดการผ่าตัดสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดจากอุบัติเหตุของบุคลากร โดยพบว่าการผ่าตัดหัวใจมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดจากอุบัติเหตุมากที่สุด รองลงมาคือการผ่าตัดศัลกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในต่างประเทศมีรายงานการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสเอดส์ ซึ่งมีสาเหตุจากการถูกของมีคมบาดหรือทิ่มตำ (Bradley, Thomas, Kimberly, Susan, Robert, Kristi and James, 2003) สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลต้องเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นอันตราย (กุลยา และส่งศรี, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะงานในห้องผ่าตัดเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องทางด้านกายภาพหลายลักษณะ เช่น การเคลื่อนย้ายวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือสิ่งของ หรือบุคคลที่มีน้ำหนักมาก รวมทั้งการใช้เวลาในการทำงานที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (เบญจมาศ, 2544) จากการศึกษาพบว่าอันตรายที่เกิดกับบุคลากรห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากสภาพการทำงานในห้องผ่าตัดที่ต้องใช้อุปกรณ์ผ่าตัด เครื่องมือที่เป็นของแหลม ของมีคม อุปกรณ์ไฟฟ้า แรงดันลม รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน เช่น เลเซอร์ การฉายรังสี การใช้สารเคมี ก๊าซ ไอน้ำจากเครื่องนึ่ง (อุษาวดี, 2547) ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและต้องมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น (Lois, 1995)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในการป้องกันและควบคุม การบาดเจ็บที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานโดยครอบคลุมการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยและลดอันตรายขณะปฏิบัติงาน (Neal & Griffin, 1997) รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยต่างๆ ตามช่องทางที่ถูกต้อง (Paker, Axtell, & Turner, 2001) การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดมีประโยชน์แก่โรงพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากเป็นการ

ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บและลดอัตราการขาดงานจากการบาดเจ็บจากการทำงานแล้วยังช่วยทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติงานได้มากขึ้น (Lois, 1995)

อันตรายการทำงานส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพการณ์ทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอันตรายต่างๆ อาจเกิดจากการกระทำของผู้ปฏิบัติงานเองหรือจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ส่งผลถึงภาวะสุขภาพของบุคลากร จากการศึกษาของเบญจมาศ (2544) พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีปัญหาสุขภาพเรื่อง อาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศรีษะ ตาพร่ามัว บางรายเจอปัญหาทางจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ปิดตัวเอง บางรายมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (The Occupational Safety & Health Administration: OSHA, 2007) อธิบายว่าอันตรายจากการทำงานเกิดจากสิ่งคุกคามในด้านต่างๆได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงาน

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอันตรายการทำงานในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานและอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ (Travers, 1988; Labar, 1996 cited in Phyllis & Brain, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยจากองค์การมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของบุคลากรด้วย เช่น ความอิสระในงาน ความกดดันในการปฏิบัติงาน ปัญหาการติดต่อสื่อสาร ปัญหาการประสานงาน บรรยากาศองค์การ การฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรและการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร (Parker, Axtellan & Turner, 2001) จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคลากรและการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของผู้บริหาร

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการบริหารงาน เพราะนอกจากจะเป็นการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ในด้านการเงิน ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณของหน่วยงานและเป็นส่วนสำคัญในการบำรุงรักษาบุคลากร ทำให้ขวัญและกำลังใจของบุคลากรดีขึ้น (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2550) การจัดการความปลอดภัยในการทำงานมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยจากการทำงาน มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและสามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้บริหารทุกหน่วยงานจะต้องมุ่งเน้นการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรในการทำงานที่ดี (อนุวัฒน์, 2541) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

(สรพ) เห็นความสำคัญในเรื่องนี้จึงกำหนดให้การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการและบุคลากรในทุกหน่วยงานเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินเพื่อรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลใดมีการจัดการความปลอดภัยไม่ได้มาตรฐาน มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของบุคลากรจากการทำงาน จะทำให้โรงพยาบาลนั้นไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ (สรพ, 2549) ผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานจึงมีความรับผิดชอบโดยตรงในการจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์การ รวมทั้งต้องจูงใจให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน และมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมากขึ้น (Keller, 1999) ดังนั้นการจัดการให้เกิดความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องตระหนักและดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และเพื่อส่งเสริมความปลอดภัย และป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรในห้องผ่าตัด

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานโดยทั่วไป ประกอบด้วยการจัดการในด้านต่างๆ ได้แก่ การจัดการด้านบริหาร ด้านสถานที่ทำงาน และด้านผู้ปฏิบัติงาน(วิทยา, 2544) อย่างไรก็ตาม การจัดการความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพต้องดำเนินการตั้งแต่การกำหนดนโยบาย จนถึงกระบวนการควบคุม ดังแนวคิดของฟีน้านเดส-มูเนซ์, มูเตส-ฟอน และวาเกส-ซอนดัส (Fernández-Muñiz, Montes-Peón & Vázquez-Ordás, 2007) ที่อธิบายว่าการจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การวางแผน การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม การฝึกอบรมและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล และการควบคุม และทบทวนกิจกรรมต่างๆ

จากการศึกษางานวิจัยในห้องผ่าตัดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น Thailis, E-Thesis ตั้งแต่ปี พศ. 2542 - พศ. 2552 พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่ศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาการเกิดอันตรายของบุคลากรจากการถูกของมีคมทิ่มตำ รวมทั้งศึกษาวิธีการต่างๆ ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการถูกของมีคม การใช้เครื่องป้องกันและพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (อุษาวดี, 2547) ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบน้อย เช่น ภาวนา (2544) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความอิสระในงาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทสนับสนุน กับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการ

ทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัยและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้
3. เพื่อศึกษาอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย กับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้อยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ อยู่ในระดับใด
3. อันตรายจากการทำงาน ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้อยู่ในระดับใด
4. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

5. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

6. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

2. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

3. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

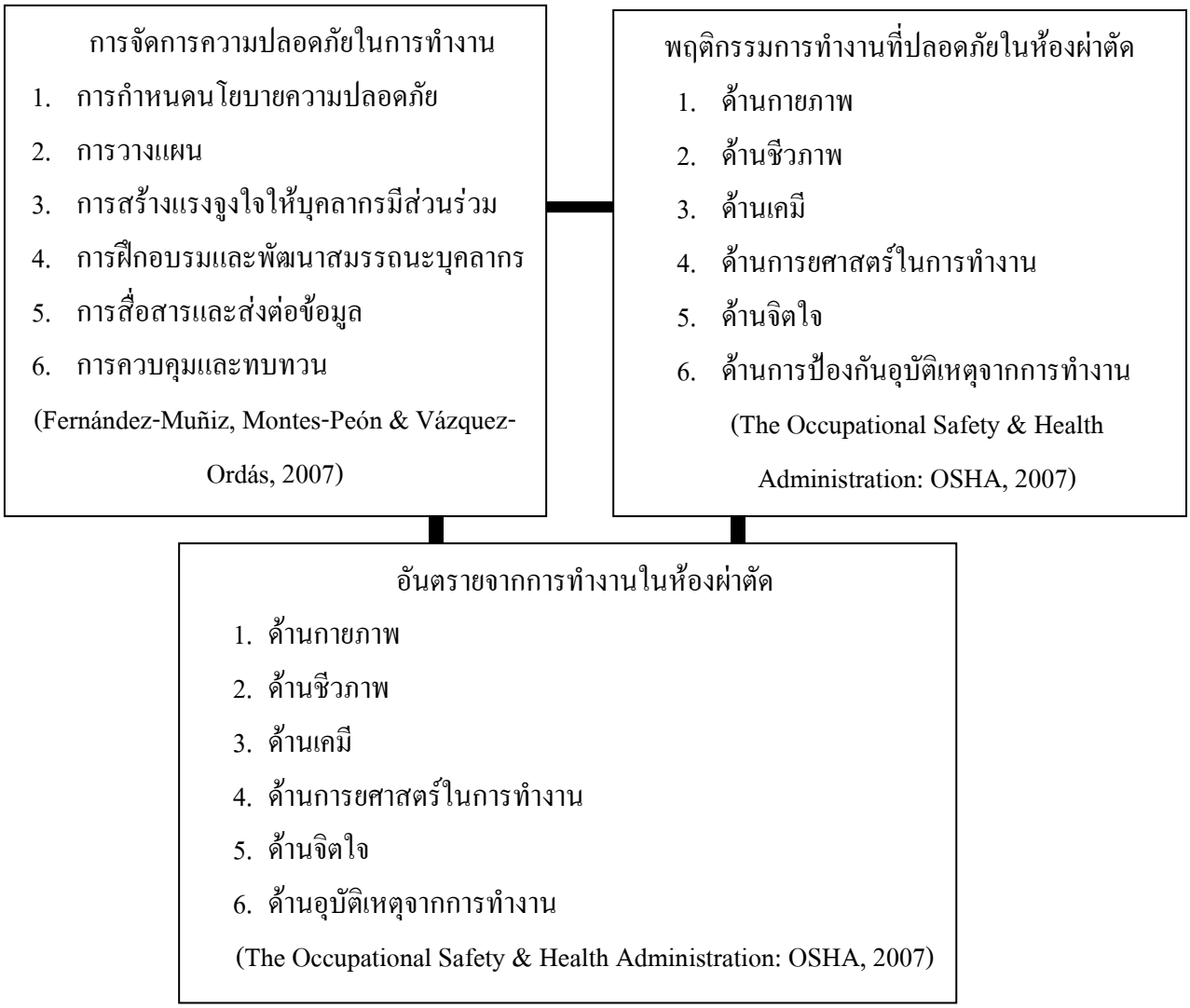
แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ แนวคิดการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) แนวคิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) ที่แบ่งประเภทพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานเป็น 6 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจและอุบัติเหตุจากการทำงาน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. แนวคิดการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) ซึ่งอธิบายว่า การจัดการความปลอดภัยในองค์การเป็นกลไกสำคัญที่ผู้บริหารต้องบูรณาการเข้าไปในการทำงานและต้องทำให้เกิดผลดีกับภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การวางแผน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ

2. แนวคิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์มาจากกรอบของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) โดยแบ่งประเภทของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเป็น 6 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

3. แนวคิดอันตรายจากการทำงานที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์มาจากกรอบของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) โดยแบ่งประเภทของอันตรายจากการทำงานเป็น 6 ด้าน คือ ด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี ท่าทางในการทำงาน จิตใจ และอุบัติเหตุจากการทำงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ 3 แนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากแนวคิดการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ(Fernández-Muñiz et al., 2007) เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องดำเนินการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน และบุคลากรต้องให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบที่องค์การได้กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยอย่างชัดเจน และแนวคิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานภายใต้กรอบของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) เป็นหน่วยงานด้านความปลอดภัยในการทำงานของกระทรวงแรงงานประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน้าที่กำหนดและดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งกำหนดมาตรฐานทางด้านสุภาพอนามัยและความปลอดภัย ที่ครอบคลุมอันตรายหรือสิ่งคุกคามจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานซึ่งสอดคล้องกับบริบทการทำงานของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของห้องผ่าตัด หมายถึง การดำเนินการของหัวหน้าห้องผ่าตัดในการทำให้เกิดความปลอดภัยในขณะทำงานของบุคลากรห้องผ่าตัด ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การวางแผน การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล และการควบคุมและการทบทวน

ประเมินโดยการใช้แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การกำหนดนโยบายความปลอดภัย (development of a safety policy) หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผ่าตัดกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หลักการ กลยุทธ์ กฎระเบียบ และแนวปฏิบัติต่างๆ ที่ชัดเจนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งนำเสนอให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบอย่างเป็นทางการ

2. การวางแผน (planning) หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผ่าตัดกำหนดแนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การวางแผนป้องกัน (preventing plan) และการวางแผนดำเนินการในภาวะฉุกเฉิน (emergency plan)

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร (incentives employee participation) หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผ่าตัดโน้มน้าวให้บุคลากรเห็นความสำคัญของความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรมความปลอดภัยของหน่วยงาน

4. การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย (training and development of staff competency) หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผ่าตัดจัดให้มีการจัดฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานตามความสามารถและทักษะที่บุคลากรต้องการหรือการส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม

5. การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล (communication and transfer of information) หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผ่าตัดจัดหรือส่งเสริมให้มีการส่งต่อข่าวสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน เพื่อให้มีการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่างๆ

6. การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ (control and review of activities) หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผ่าตัดมีการเฝ้าระวังและการทบทวนกิจกรรมความปลอดภัยในองค์การให้เป็นไปตามนโยบายและแผนที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การควบคุมภายใน (internal control) และการเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่น (benchmarking) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการจัดการความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติงานหรือมีพฤติกรรมการทำงานที่ป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอันตรายโดยตรง ซึ่งถ้าละเลย หรือไม่ปฏิบัติตาม

อาจเกิดผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยได้ในทันที หรือสะสมไว้จนปรากฏผลในอนาคต การปฏิบัติกิจกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่จำเป็น และก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่บุคลากร การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยยึดตามแนวทางที่กำหนดโดยสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) ประกอบด้วย ด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงาน รวมทั้งการปฏิบัติเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้น เช่น การรายงานอุบัติการณ์ตามช่องทางที่กำหนด ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานทั้งของตนเองและเพื่อนร่วมงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านกายภาพ หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัย และความสะดวกสบายในการปฏิบัติงาน เช่นมีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนการใช้งาน ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะ เครื่องเอ็กซเรย์แบบเคลื่อนที่ เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างปฏิบัติงาน

2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อจากตัวผู้ป่วย การทำงานที่ต้องเร่งรีบในบางเวลา อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และอาจได้รับเชื้อต่างๆ เช่น ไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เป็นต้น

3. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านเคมี หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงาน ที่ป้องกันตัวเองเพื่อไม่ให้ได้รับอันตรายจากเคมี สารเคมีบางอย่างเป็นอันตรายต่อตา เยื่อบุผิวหนัง พิษต่อตับ ไต บางชนิดทำให้เซลล์กลายพันธุ์เกิดเป็นมะเร็งได้ การป้องกันอันตรายจากสารเคมีที่สำคัญ คือ จะต้องมีการสื่อสารที่ถูกต้อง หรือจัดทำคู่มือสื่อถึงอันตรายของสารเคมีต่างๆที่มีอยู่ในห้องผ่าตัด เขียนป้ายชื่อของสารเคมีให้ชัดเจน แยกประเภทของการเตือนถึงอันตรายของสารเคมีอย่างถูกต้อง

4. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการยศาสตร์ในการทำงาน หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานด้วยท่าทาง และมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง ก่อนและหลังการเข้าช่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดควรจะนั่งพัก ถ้าต้องทำงานในลักษณะนั่ง ควรปรับเก้าอี้ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม อาการเคล็ดขัดยอกเกิดขึ้นได้ง่ายๆกับหลัง แขน หรือไหล่ จากการที่ต้องยกผู้ป่วยหรือเคลื่อนย้ายเครื่องมือ ควรให้ความสนใจในลักษณะของการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการบาดเจ็บ

5. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านจิตใจ หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย และการดูแลสภาพจิตใจของพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ให้เกิดความเครียดในขณะทำงาน

6. การป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดรับทราบแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และได้รับการแก้ไขทันที

อันตรายจากการทำงาน หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับผลกระทบจากการมีสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ประเมินโดยการใช้แบบสอบถามความไม่ปลอดภัยจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อันตรายด้านกายภาพ (physical hazards) หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับอันตรายสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพจากการทำงานที่เกิดกับร่างกายโดยตรง เช่น ถูกของมีคมทิ่มตำ อันตรายจากรังสีรักษา เสียง และการสั่นสะเทือนที่มีค่ามากเกินมาตรฐาน

2. อันตรายด้านชีวภาพ (biological hazards) หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับอันตรายจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง หรือเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อโรคของผู้ป่วย

3. อันตรายด้านเคมี (chemical hazards) หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับอันตรายจากการสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยการสูดดม การสัมผัสยาอันตรายและน้ำยาต่างๆ

4. อันตรายด้านการยศาสตร์ในการทำงาน (ergonomics hazards) หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับอันตรายจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเครื่องมือที่มีน้ำหนักมาก การมีท่าทางในการทำงานที่ผิดปกติจนมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง

5. อันตรายด้านจิตใจ (psychological hazards) หมายถึง การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับผลกระทบทางจิตใจจากการทำงาน มีผลทำให้เสียสุภาพจิตจากการสูญเสียขวัญและกำลังใจ ขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าทำงาน เกิดความเครียด ความอ่อนเพลีย

6. อันตรายด้านอุบัติเหตุ (accidental hazards) หมายถึง การปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่อันตราย ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุเป็นอุบัติการณ์ทุกชนิดที่ไม่มีการคาดคิดมาก่อน เช่น

การพลัดตกหกล้ม ชนโคมไฟผ่าตัด ไฟฟ้าช๊อต

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในพยาบาลประจำการของห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารห้องผ่าตัดและผู้เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ตลอดจนเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น

บทที่ 2
วรรณคดี ที่ เกี่ ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

1. ระบบงานบริการและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดของห้องผ่าตัด
   - 1.1 นโยบายและวัตถุประสงค์งานบริการห้องผ่าตัด
   - 1.2 ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
   - 1.3 การจัดระบบงานบริการห้องผ่าตัด
   - 1.4 การจัดแบ่งพื้นที่ห้องผ่าตัด
   - 1.5 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด
2. อันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัด
   - 2.1 ความหมายและสาเหตุของอันตรายจากการทำงาน
   - 2.2 ประเภทและผลกระทบของอันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัด
3. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด
   - 3.1 ความหมายของการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน
   - 3.2 ความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน
   - 3.3 องค์ประกอบของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด
4. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัด
   - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย
   - 4.2 ความสำคัญของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย
   - 4.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัด
5. การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด

ระบบงานบริการและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดของห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ให้บริการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมศัลยแพทย์ ทีมการพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี รวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (สำนักการพยาบาล, 2551)

นโยบายและวัตถุประสงค์งานบริการห้องผ่าตัด

โดยทั่วไปงานบริการห้องผ่าตัด มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล สำหรับการบริการได้นำความรู้มาประยุกต์การจัดระบบงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการผ่าตัดที่ถูกต้อง รวดเร็ว ราบรื่น และปลอดภัย โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ให้การสนับสนุนงานวิชาการ การเรียนการสอน เผยแพร่ความรู้ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานทุกระดับ รวมทั้งมีการริเริ่มและสนับสนุนงานวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยและสุขภาพจิตดี รวมทั้งพัฒนาบริการเทคนิคการพยาบาลให้ดี และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

งานบริการห้องผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค โดยการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยทุกประเภทที่จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยและรักษา การรักษาความสะอาดในห้องผ่าตัด ยึดหลักการป้องกันและกีดกั้นเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ลดอัตราการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยขั้นวิกฤต และให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการให้การพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้อง เหมาะสม ทุกขั้นตอน ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษาป้องกันโรคแทรกซ้อน ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตภายหลังการรักษาได้อย่างปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2544)

ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดกรอบลักษณะแผนงานของบริการและความสัมพันธ์ภายในและภายนอกของงานบริการผู้ป่วยผ่าตัด ดังนี้

1. ลักษณะพื้นฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

1.1 ผู้บริหารจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือการพยาบาลและผดุงครรภ์เป็นอย่าง และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ยังไม่หมดอายุ และมีประสบการณ์ด้านการบริหารงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

1.2 การกำหนดลักษณะพื้นฐานของห้องผ่าตัด ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ วัฒนธรรมของห้องผ่าตัด เป้าประสงค์หลักที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และเป้าหมายขององค์การพยาบาล พันธกิจและค่านิยมของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

1.3 กำหนดขอบเขตการบริการของหน่วยงานเป็นปัจจุบัน และครอบคลุมการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโรคต่างๆด้วยวิธีการผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดแก้ไขความพิการ ความเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุและให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆที่ใช้เทคโนโลยีชั้นสูงทั้งในภาวะปกติ ฉุกเฉินและวิกฤต ครอบคลุมการป้องกัน การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและเทคนิคเฉพาะทางห้องผ่าตัด ที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

1.4 กำหนดขอบเขตการบริหารงานครอบคลุมการให้บริการพยาบาลในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การกำหนดนโยบายและทิศทางการจัดการบริการ และแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด การจัดการและการพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาล การจัดการทรัพยากรเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่และงบประมาณ การบริหารจัดการต้นทุน การติดตาม กำกับการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การจัดการความปลอดภัย การวิจัยและพัฒนาวิชาการพยาบาล การสนับสนุนการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การสนับสนุนการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรในชุมชนและสังคม และการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยงาน

1.5 กำหนดแนวทางและกระบวนการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่ครอบคลุมการบริการพยาบาล ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

1.6 ระบุลักษณะโดยรวมบุคลากรทางการพยาบาลตามความเป็นจริงในปัจจุบัน เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของงาน โดยกำหนดให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ จำนวนช่วงอายุ เพศ วุฒิการศึกษา ความหลากหลายของบุคลากรในสายงานและหน้าที่ และข้อกำหนดพิเศษทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอื่นๆ เช่น บุคลากรที่ปฏิบัติในพื้นที่โรคติดต่อ จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.7 กำหนดทรัพยากรด้านการจัดการที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

บริการในความรับผิดชอบของงานให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น อาคารและสถานที่ จุดให้บริการต่างๆ เครื่องใช้สำนักงาน และเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องมือทางการแพทย์ เทคโนโลยีต่างๆและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และทรัพยากรด้านการจัดการอื่นๆที่สำคัญของแต่ละแห่ง

1.8 กำหนดกฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญ รวมทั้งกฎหมายต่างๆที่หน่วยงานใช้ กฎระเบียบพิเศษ และมีความสำคัญต่องานหลักของหน่วยงานที่ไม่รวมกับกฎระเบียบทั่วไปที่บังคับกับทุกส่วนราชการ โดยครอบคลุมกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2540 แนวทางปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรทางการพยาบาล แนวทางปฏิบัติด้านสิทธิผู้ป่วยสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล กฎระเบียบและข้อบังคับอื่นๆที่สำคัญสำหรับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น การรับรอง ใบรับรองของหน่วยงานที่ต้องมี

ลักษณะงานห้องผ่าตัดเป็นงานที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนบุคลากรและผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องเข้าใจระบบงานจึงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภาวนา, 2544)

2. ความสัมพันธ์ภายในและภายนอกของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2.1 กำหนดแผนภูมิโครงสร้างการบริหารการพยาบาลเป็นปัจจุบัน ระบุหน่วยงานในความรับผิดชอบ สายบังคับบัญชา และสายการประสานงานของหน่วยงานในความรับผิดชอบ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงการกำกับดูแลตนเองที่ดี และเป็นการสร้างหลักประกันด้านความรับผิดชอบของหัวหน้างานบริการผู้ป่วยผ่าตัด ต่อการดำเนินงานภายในหน่วยงานที่มีความโปร่งใส และปกป้องผลประโยชน์ของประเทศและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.2 ระบุหน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกันตามกฎหมายเฉพาะเรื่อง หรือหน่วยงานส่วนกลางที่ทำงานเกี่ยวข้อง เช่น การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รวมทั้งกำหนดสิ่งที่งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่างๆให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ ชื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อกำหนดที่สำคัญในการปฏิบัติงานที่งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกำหนดร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ กลไกการสื่อสารระหว่างงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น

2.3 กำหนดกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของงานครบถ้วน ผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน

2.4 กำหนดความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น การได้รับบริการที่รวดเร็ว การได้รับบริการที่สุภาพ การได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นต้น

2.5 กำหนดกลไกการสื่อสารระหว่างงานกับกลุ่มผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของงาน ทั้งการสื่อสารผ่านบุคคล ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านเอกสาร และอื่นๆ

การจัดระบบงานบริการห้องผ่าตัด

จากนโยบาย วัตถุประสงค์ รวมทั้งมาตรฐานการบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้กำหนดแนวทางการจัดระบบงานของห้องผ่าตัด สรุปได้ดังนี้

1. การจัดรายการผ่าตัดประจำวัน กรณีที่มีการเตรียมก่อนล่วงหน้าควรนัดก่อนอย่างน้อย 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ในกรณีฉุกเฉินสามารถให้บริการผ่าตัดได้ตลอดเวลา

2. การรับส่งผู้ป่วยจะต้องมีใบรับส่งและใบตรวจเช็คที่เขียนโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งรายละเอียดต่างๆมีระบุอยู่ในใบเตรียมผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นคนตรวจเช็คให้ครบถ้วนและแจ้งหอผู้ป่วยรับทราบก่อนจะไปรับอย่างน้อย 15-30 นาที เพื่อให้พยาบาลหอผู้ป่วยมีเวลาในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งมายังห้องผ่าตัด สำหรับการรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยมาส่งทุกครั้งและการส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จต้องมีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หรือพยาบาลห้องผ่าตัดไปส่ง

3. ระบบพัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ มีการจัดเก็บคงคลัง และสถิติการใช้ เพื่อให้มีการเบิกจ่ายของเพียงพอ

4. การบริหารทรัพยากรบุคคล มีการจัดระบบตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากร มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและเพียงพอ

5. การมอบหมายงานพิเศษให้กับบุคลากร ให้จัดตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคลและมีการส่งเสริมด้านคุณธรรม จริยธรรมและการพัฒนาตนเอง

6. การพิจารณาความดีความชอบ ควรพิจารณาผลงานโดยเน้นคุณภาพและปริมาณงานเป็นหลัก และวิธีปฏิบัติของคณะกรรมการฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล

7. สวัสดิการของบุคลากร ควรจัดอำนวยความสะดวกในเรื่องห้องพักผ่อน ห้องรับประทานอาหาร และห้องเวรนอกเวลาราชการแก่บุคลากรอย่างเหมาะสม

8. การประสานงานกับภายในและภายนอกหน่วยงาน มีจุดประสงค์เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถปฏิบัติงานและช่วยเหลือผู้ป่วยได้คล่องตัว ทั้งกรณีไม่เร่งด่วน ผิดปกติ และกรณีฉุกเฉิน

การจัดแบ่งพื้นที่ห้องผ่าตัด

ภายในห้องผ่าตัดประกอบด้วยพื้นที่สำหรับผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ บุคลากรของห้องผ่าตัด และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน จึงมีการแบ่งพื้นที่ภายในห้องผ่าตัดเป็นเขตต่างๆ ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549)

1. เขตทั่วไป (unrestricted area) หมายถึง บริเวณที่บุคคลภายนอกที่สวมใส่ชุดทำงานทั่วไปสามารถผ่านไปมาได้ เป็นบริเวณที่อนุญาตให้บุคคลภายนอกสามารถพบปะกับบุคลากรภายในห้องผ่าตัดได้ แต่ต้องมีทางเดินหรือเส้นแบ่งเขตระหว่างภายนอกกับภายในห้องผ่าตัดอย่างชัดเจน และห้ามบุคคลภายนอกที่ยังไม่ได้เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด ผ่านเข้าไปภายในห้องผ่าตัด การสัญจรในบริเวณนี้ยังไม่มีการจำกัด แต่ต้องได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังจากเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันบุคคลภายนอกที่ยังไม่ได้เปลี่ยนเสื้อผ้าผ่านเข้าไปภายในห้องผ่าตัด บริเวณที่เป็นเขตทั่วไป ได้แก่ บริเวณที่พักคอยเข้าห้องผ่าตัด

2. เขตรอยต่อ (transitional area) หมายถึง บริเวณที่บุคคลภายนอก หรือ บุคลากรของห้องผ่าตัด เตรียมที่จะผ่านเข้ามาภายในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นบริเวณเขตกึ่งควบคุม (semi restricted area) และบริเวณเขตควบคุม (restricted area) โดยบุคคลภายนอกที่จะผ่านเข้ามาในบริเวณทั้ง 2 เขตดังกล่าว ต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเสียก่อน บริเวณที่เป็นเขตรอยต่อ ได้แก่ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า บริเวณเปลี่ยนรถนอนหรือรถนั่งของผู้ป่วย เป็นต้น

3. เขตกึ่งควบคุม (semi restricted area) หมายถึง บริเวณที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดผ่านเข้าไปได้ โดยต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด และสวมหมวกคลุมผมให้มิดชิด เขตนี้ได้แก่ ห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัด ห้องให้ยาระงับความรู้สึก บริเวณทางเดินหน้าห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น การสัญจรในเขตนี้จำกัดเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเท่านั้น ผู้ป่วยที่เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดผู้ป่วยของห้องผ่าตัด สวมรองเท้าและสวมหมวกคลุมผมแล้ว ถูกเคลื่อนย้ายเข้ามาในเขตนี้ได้โดยบุคลากรของห้องผ่าตัด

4. เขตควบคุม (restricted area) หมายถึง ห้องทำผ่าตัด หรือห้องที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด เป็นบริเวณที่จำกัดให้เฉพาะบุคลากรที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า เป็นชุดของห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมผมมิดชิด และต้องผูกผ้าปิดปากและจมูกเรียบร้อย หรือบุคลากรที่สวมชุดกาวน์ผ่าตัดเรียบร้อยและพร้อมจะเข้าสู่การผ่าตัดเท่านั้นที่จะเข้ามาในบริเวณนี้ได้ โดยห้องทำผ่าตัดจะมีประตูที่ได้รับการควบคุมให้ปิดอยู่ตลอดเวลา และความดันอากาศภายในห้องนี้จะต้องสูงกว่าความดันอากาศภายนอกห้องเสมอ

5. เขตปนเปื้อน (contaminated area) หมายถึง ห้องหรือบริเวณที่จัดไว้สำหรับล้างทำความสะอาดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดที่สกปรกหรือปนเปื้อนแล้ว

โดยสรุปการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต้องสอดคล้องกับนโยบาย วัตถุประสงค์ และลักษณะงาน รวมทั้งต้องเคร่งครัดในระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบงาน พื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

สมาคมห้องผ่าตัดนานาชาติ (The Association of Perioperative Registered Nurses: AORN) ได้กำหนดให้มีการใช้คำว่า Perioperative Nursing Practice แทนคำว่า Operating Room Nursing และได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และความชำนาญทางเทคนิคในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยนำเอากระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิต สังคมและวิญญาณและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (AORN, 2003; สำนักการพยาบาล, 2551)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการร่วมทีมผ่าตัด คือ การส่งเครื่องมือผ่าตัดและการอำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัด โดยทำหน้าที่ในขณะร่วมผ่าตัด โดยแบ่งบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดตามลักษณะงานของห้องผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (เรณู, 2540; กันยา, 2542; วันทนีย์, 2549)

1. ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) พยาบาลห้องผ่าตัดจะประเมินสภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลในแต่ละระยะของการผ่าตัดตามความต้องการของผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อมและมีเพียงพอก่อนการผ่าตัด

2. ระยะระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase) พยาบาลห้องผ่าตัดมี 3 หน้าที่ คือ พยาบาลส่งเครื่องมือ มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่ปลอดเชื้อสำหรับใช้ในการผ่าตัดให้พร้อม ดูแลบริเวณพื้นที่ผ่าตัดให้ปลอดเชื้อ ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัด และวางแผนให้การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะผ่าตัดตลอดเวลา ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ช่วยเหลือแพทย์ มีหน้าที่ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการทำผ่าตัด และพยาบาลช่วยรอบนอก มีหน้าที่ประสานงานและอำนวยความสะดวกให้กับทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

โดยคำนึกถึงหลักการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย

3. ระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase) พยาบาลห้องผ่าตัดจะประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ประเมินการให้การพยาบาลขณะผ่าตัด และให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้มีการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ กองการพยาบาล (2544) กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในทีมผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ต้องได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นพิเศษและสามารถประยุกต์ศาสตร์ต่างๆ และศิลปะทางการพยาบาล มีความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสรีรวิทยา เทคนิคการทำผ่าตัด การตรวจวินิจฉัยด้วยอุปกรณ์พิเศษ หรือเครื่องมือพิเศษมาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วย ในฐานะที่พยาบาลทีมผ่าตัดเป็นผู้ดำรงบทบาทผู้ชำนาญการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนา และขยายบทบาท โดยมีจุดเน้นที่การดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ต้องครอบคลุมการให้บริการแก่ครอบครัวและญาติรวมทั้งการประสานงานกับทีมสุขภาพ (กฤษดา, 2542)

หน้าที่หลักพยาบาลวิชาชีพที่กำหนดโดยกองการพยาบาล (2544) ได้แก่

1. การประเมินผู้ป่วยผ่าตัด/ผู้ใช้บริการ (patient assessment) ดังนี้

1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในความดูแล ติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแลจนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

1.2 รวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลตามที่กำหนด โดยข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแลรวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

2. จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (symptom distress management) หมายถึง การช่วยเหลือขจัด หรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิต และอาการรบกวนความสุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิตกกังวล กลัว เป็นต้น

3. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย (provision for patient safety) หมายถึงการปฏิบัติดังนี้

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสง และเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกยึด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทาง

การแพทย์ รวมทั้งป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.2 การจัดการดูและอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัดให้มีเพียงพอ พร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้ในการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

3.3 การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (prevention of complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค/อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการผ่าตัดด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยา ให้เลือด ให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/อวัยวะด้วยวิธีการต่างๆเป็นต้น

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (continuing of care) หมายถึง การจัดการให้การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงาน หรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อ ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล/หน่วยงานภายนอก รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยผ่าตัด/ครอบครัว (supporting self care) หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด ทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่ออื่นๆด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ตลอดจนการแจ้งข่าวร้ายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดเสียชีวิต

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยผ่าตัด (enhancement of patient satisfaction) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพ มีการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยผ่าตัด และญาติ ด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม การช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเหมาะสม

จากบทบาทหน้าที่ตามข้อกำหนดที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด คือ การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยการผ่าตัด ขอบเขตของการพยาบาล

ครอบคลุมการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัด จึงเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจรับการตรวจวินิจฉัย หรือรักษาด้วยการผ่าตัด และให้การดูแลที่ต่อเนื่อง จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และครอบครัว โดยใช้ความรู้และทักษะที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ศาสตร์ และศิลปะทางการพยาบาล รวมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสรีรวิยา วิทยาศาสตร์ประยุกต์ พฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคการผ่าตัด ทักษะการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การผ่าตัดให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน การควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความเหมาะสมสำหรับการผ่าตัด สามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ มีทักษะด้านการสื่อสาร และประสานงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความราบรื่น มีการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และมีบทบาทที่สำคัญในการร่วมทีมผ่าตัดโดยทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัด และช่วยเหลือทีมผ่าตัด

อันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัด

ความหมายและสาเหตุของอันตรายจากการทำงาน

อันตรายจากการทำงาน เป็นอันตรายต่อผู้ที่ต้องสัมผัสกับอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานในสถานประกอบการ ในโรงงานอุตสาหกรรม การประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น ด้านธุรกิจการบริการ การทำเหมืองแร่ การขนส่ง โรงพยาบาล เป็นต้น

อันตรายจากการทำงานอาจมีสาเหตุมาจากหลายๆประการ หรือสาเหตุเพียงอย่างเดียว แต่ที่เกิดขึ้นจากการทำงานโดยทั่วไปมักจะเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ ความผิดพลาดเชิงบุคคล และความผิดพลาดเชิงระบบ (Reason, 1997) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากร จึงเป็นความคาดหวังที่องค์การต้องการให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติเพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยจากการทำงานและลดอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน องค์การทุกแห่งจึงให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการทำงานของคน จะต้องมีการจัดการความปลอดภัยเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากร

รีสัน (Reason, 1997 อ้างตาม วีณาและเกรียงศักดิ์, 2550) ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดอันตรายจากการทำงานไว้ 2 ประการ คือ ความผิดพลาดเชิงบุคคล และความผิดพลาดเชิงระบบ

1. ความผิดพลาดเชิงบุคคล (person error) หมายถึง การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคคล มีสาเหตุเริ่มต้น (origin of error) มาจากความบกพร่องในกระบวนการทางความรู้สึกนึกคิด (mental process) เช่น การลืม ความไม่เอาใจใส่ ขาดแรงจูงใจ ความสะเพร่า ความละเลย หรือความประมาทเลินเล่อ เป็นต้น มนุษย์มีความอิสระและสามารถเลือกที่จะมีพฤติกรรมที่ปลอดภัย และพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ความผิดพลาดจึงเป็นประเด็นจริยธรรมส่วนบุคคล ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาด บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องรับผิดชอบการกระทำของตนเอง

2. ความผิดพลาดเชิงระบบ (system error) หมายถึง บุคคลมีความผิดพลาดได้แม้จะอยู่ในองค์การที่มีการจัดการที่ดีที่สุด และความผิดพลาดของบุคคลมีสาเหตุหลักจากปัญหาระดับองค์การ ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยได้จำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์การ ด้วยแบบจำลองเนยสวิส (Swiss Cheese Model of accidents) เพื่ออธิบายการทำหน้าที่ของแนวป้องกันกับกระบวนการเกิดอุบัติเหตุ โดยนำไปเปรียบเทียบกับเนยสวิส ซึ่งเมื่อนำเนยมาตัดตามขวาง พบว่าเนยแต่ละแผ่นจะมีรูพรุนของอากาศอยู่ แผ่นเนยแข็งตัดขวางเปรียบเสมือนชั้นปราการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และรูบนแผ่นเนยคือโอกาสเกิดกระบวนการความล้มเหลวในระบบปกติ เมื่อนำแผ่นเนยมาวางเรียงซ้อนกัน โอกาสที่รูบนแผ่นจะเรียงตรงกันเป็นสิ่งที่ยาก แต่หากรูบนแผ่นเนยตั้งแต่แผ่นแรกจนถึงแผ่นสุดท้ายเรียงตัวตรงกัน จะเกิดช่องโหว่ทะลุตรงกัน เปรียบเสมือนการเกิดความผิดพลาดที่สามารถหลุดรอดช่องโหว่ของระบบป้องกันไปก่อให้เกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น จึงเป็นความผิดพลาดเชิงระบบของการเกิดอุบัติเหตุ ที่เกี่ยวข้องขององค์การกับการทำงานที่ผิดพลาดของบุคคล

วิทยา (2549) ได้สรุปสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในงานอุตสาหกรรม ว่าเกิดจาก 2 สาเหตุหลักคือ เกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และเกิดจากสภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย

1. การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act*)* หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติงานของคนมีผลทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับตนเองและผู้อื่น เช่น การทำงานขาดความรอบคอบ ขาดความระมัดระวัง การไม่ใช้เครื่องป้องกันอันตราย หรือเครื่องกั้นของเครื่องจักรที่จัดไว้ให้ หรือการยกของด้วยท่าทาง/ วิธีการที่ผิดธรรมชาติ จนเกิดอันตรายแก่ร่างกาย เช่น หลังหัก หรือเมื่อยล้า ใช้เครื่องมือเครื่องใช้ไม่ถูกต้องกับลักษณะของงานที่ทำ เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด การก้าว การปีนป่าย การหยอกล้อในระหว่างการทำงาน การลื่นหกล้ม

2. สภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe condition) หมายถึง สภาพของโรงงานอุตสาหกรรม สภาพเครื่องจักร สภาพกระบวนการผลิต เครื่องจักร เครื่องยนต์ อุปกรณ์การผลิตไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ ส่งผลทำให้ผู้ทำงานเกี่ยวข้องต้องเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การตาย เช่น การออกแบบโรงงานไม่สมบูรณ์ ระบบความปลอดภัยไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีอุปกรณ์ในด้านความปลอดภัย ขาดการบำรุงรักษาที่ดี การจัดเก็บสารเคมีที่เป็นอันตรายไม่ดี แสงสว่างน้อยเกินไป เสียง

ดัง ฝุ่นละอองออกมากเกินมาตรฐาน สภาพบริเวณสถานที่ทำงานสกปรก สภาพอากาศผิดปกติและขาดการระบายอากาศ เป็นต้น

ส่วนทราเวิร์ส (Travers, 1988) ได้สรุปปัจจัย 3 ประการ ที่เป็นสาเหตุของอันตรายจากการทำงาน ดังนี้

1. การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) เป็นผลให้เกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ คือ การปฏิบัติ เช่น การใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้ได้ การใช้อุปกรณ์เครื่องมือด้วยความเร็วเกินความปลอดภัย การไม่เชื่อฟังกฎระเบียบ ความปลอดภัย หรือไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น การเล่นหยอกล้อกันในขณะที่ปฏิบัติงาน การไม่ดูแลเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องมือให้ดี ยืนอยู่ในแนวทางที่เป็นอันตราย และปฏิบัติงานในสภาพร่างกายไม่ดี เช่น อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของยา แอลกอฮอล์ หรือเหนื่อยล้าอย่างมาก

2. สภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe conditions) เป็นผลจากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับอุณหภูมิ แสงสว่าง หรือเสียง เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ พื้นลื่น หรือความต้องการผลผลิตขององค์การมากขึ้น รวมถึงอุปกรณ์วางสุมกันอยู่อย่างไม่ถูกต้อง ถ้าน้ำหนักไม่มั่นคง สามารถตกลงมาได้ ระบบถ่ายเทอากาศไม่ดี ทำให้การปฏิบัติงานภายนอกองค์การมีอันตรายมากขึ้น งานที่ทำประจำไม่ดี หรือสภาพการทำงานที่ต้องอยู่เวร พักผ่อนไม่เพียงพอ เครื่องมืออุปกรณ์ ไม่มีการเตรียมพร้อมอย่างถูกต้อง, การใช้สารเคมี หรือสารอื่นๆที่เป็นอันตรายขณะทำผ่าตัดโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงความต้องการในงาน เช่น บุคลากรจำเป็นต้องเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยในการผ่าตัด ไม่มีความเชี่ยวชาญในอุปกรณ์ดังกล่าว และปรับปรุงคุณภาพ

3. การเกิดร่วมกันของการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (connection) โดยภัยที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากบุคลากรขาดความระมัดระวัง หรือสภาพการณ์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายได้ ภายใต้ความระมัดระวัง สภาพการณ์ที่ดีบุคลากรก็อาจได้รับบาดเจ็บ และสภาพการณ์ปกติก็สามารถทำให้มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ การมอบหมายที่ไม่เหมาะสมให้แก่บุคลากร สามารถสร้างสภาพการณ์เกิดอุบัติเหตุ การพยายามของบุคลากรที่มีความอ่อนแอกว่า เพื่อปฏิบัติงานจะเหนื่อยเร็วกว่าบุคลากรที่มีความแข็งแรง เป็นที่ยอมรับกันว่าความเหนื่อยล้าทำให้ไวต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บได้มากขึ้น บุคลากรเข้าใหม่จะรู้สึกกดดันที่ต้องรีบเร่งปฏิบัติงาน เพื่อแข็งขันกับคนที่มีประสบการณ์มากกว่า หัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ควบคุมจำเป็นที่จะต้องจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ เพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัด การออกแบบห้องผ่าตัดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ควบคุมความเสี่ยงของการติดเชื้อ การเกิดไฟ การสัมผัสสารเคมี เครื่องมือไฟฟ้า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ให้เป็นระบบ การระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศที่ได้มาตรฐาน การหมุนเวียนอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศแบะมีความดันเป็นบวก (positive pressure) ระบบถ่ายเทอากาศผ่านทางเดียวเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด เครื่องสำรองไฟฟ้าอัตโนมัติที่ใช้ได้ทันทีที่ไฟฟ้าดับ ระบบก๊าซทางท่อ เช่น ออกซิเจน ไนตรัสออกไซด์ ต้องสามารถเปิดใช้ได้ถ้ามีปัญหา พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันภัยที่อาจเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในห้องผ่าตัดมีโอกาสเกิดอันตรายได้หลายลักษณะที่เกิดจากพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากร เช่น การถูกของแหลมทิ่มตำและของมีคมบาด จากการศึกษาความไม่ปลอดภัยจากการสัมผัสเลือดของบุคลากรในห้องผ่าตัดของจักเกอร์และคณะ (Jagger et al., 1998) พบว่า เครื่องมือที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บมากที่สุด คือ เข็มเย็บแผล รองลงมาคือใบมีดผ่าตัด นอกจากนั้นความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรในห้องผ่าตัดสามารถเกิดได้จากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การติดโรคต่างๆเช่น วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมากขึ้น

ประเภทและผลกระทบจากอันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัด

สิ่งแวดล้อมในการทำงาน คือทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวบุคคลขณะทำงาน ซึ่งอาจมีอันตรายต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยในการทำงาน การหาทางควบคุมป้องกันและปรับปรุงให้สิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ดี จะช่วยให้มีความปลอดภัยในการทำงาน

ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย หรือความไม่ปลอดภัยแก่บุคลากรได้ โดยสามารถเกิดอันตรายจากการทำงานจากพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรเอง หรือได้รับบาดเจ็บที่เป็นผลจากสถานที่ทำงานมีการออกแบบไม่ดี ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการตึงตัวของกล้ามเนื้อหลัง แขน ขา หกล้ม ฟกช้ำ สำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) เป็นหน่วยงานนานาชาติที่กำหนดมาตรฐานการควบคุมความปลอดภัย และภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณสถานที่ประกอบการ ควบคุมและป้องกันการสัมผัสต่อสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดโรค และระดับของการสัมผัสกับสารพิษในสิ่งแวดล้อมที่มีผลโดยตรงต่อบุคลากรในห้องผ่าตัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ด้าน คือ

1. อันตรายด้านกายภาพ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพจากการทำงานที่เกิดกับร่างกายโดยตรง มีการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีความร้อน ความเย็น เสียงดัง ความสั่นสะเทือน แสงสว่าง รังสี ความกดบรรยากาศสูง ระบบไฟฟ้า เลเซอร์ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพคนทำงาน ความไม่ปลอดภัยด้านกายภาพในห้องผ่าตัด ได้แก่

1.1 รังสี เป็นพลังงานที่แพร่กระจากออกมาในลักษณะของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในความยาวของคลื่นแตกต่างกัน พลังงานดังกล่าวจะถูกปล่อยออกจากอะตอมในหลายรูปแบบ เช่น แสง ความร้อน คลื่นวิทยุ คลื่นโทรทัศน์ กัมมันตรังสี เป็นต้น เมื่อสารรังสีอยู่ภายนอกร่างกายจะแผ่รังสีชนิดต่างๆเข้าสู่ร่างกาย ผลที่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของรังสี และความแรงของรังสี อายุ และเพศ เช่น รังสีแกรมมา รังสีเอกซ์ มีผลต่อภายนอกร่างกายมากกว่ารังสีแอลฟ่า รังสีเบต้า ดังนั้น ป้องกันโดยกำหนดให้อยู่ในระดับที่ต่ำสุดที่จะสามารถกระทำได้ (As Low As Resonably Achievable: ALARA)(กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

เมื่อสารรังสีอยู่ในร่างกาย ผู้ที่มีโอกาสได้รับมากที่สุด คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานกับรังสีชนิดเปิดผนึก ซึ่งสามารถระเหย และฟุ้งกระจายเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย รังสีที่มีผลต่อภายในร่างกายมากสุด คือ รังสีแอลฟา รังสีเบต้า เนื่องจากจะมีการสะสมภายในอวัยวะต่างๆและทำลายอวัยวะภายในกฎหมายกำหนดไว้ว่า ผู้ปฏิบัติงานทางด้านรังสี รับรังสีได้ไม่เกิน 5 Rem/ปี หรือ 50 mSv/ปี หรือ 2.5 mrem/ชั่วโมง (กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

ความปลอดภัยจากรังสีที่มีอยู่รอบบริเวณห้องผ่าตัดศัลยกรรมหลายชนิด มีการใช้รังสีในระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทำให้เพิ่มการสัมผัสกับรังสีมากขึ้น การถ่ายภาพรังสีที่ใช้บ่อยจะทำลายเนื้อเยื่อ และทำให้เกิดผลระยะยาว ผลจากการฉายแสงขึ้นอยู่กับขนาดของรังสี ถ้าใช้มากจะมีการสะสม และถ้าใช้บ่อยและขนาดสูง ยิ่งเพิ่มอัตราเสี่ยงมากจากผลการฉายแสง

1.2 เลเซอร์ (laser) ปัจจุบันได้มีการนำเลเซอร์มาใช้ทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย ทั้งเพื่อการรักษาและศัลยกรรมตกแต่ง ในการทำผ่าตัดด้วยเลเซอร์ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากคนหนึ่งในการช่วยผ่าตัด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเลเซอร์ อันตรายและการป้องกันอันตรายจากเลเซอร์เป็นอย่างดี เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและทีมผ่าตัด หลักการของเลเซอร์ คือ การใช้พลังงานไฟฟ้ากระตุ้นก๊าซเฉื่อย เช่น อาร์กอน คริปตอน คาร์บอนไดออกไซด์ หรือสารที่เป็นของแข็ง เช่น ทับทิม Aluminium แล้วทำให้เกิดพลังงานความร้อนในรูปของแสงที่มีความยาวคลื่นในช่วงต่างๆกัน และมีพลังงานมาก อันตรายจากเลเซอร์ แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ แสงเลเซอร์ (laser wavelengths) ควัน (laser smoke) และ

ความร้อน (thermal injury)

ผลกระทบของเลเซอร์ต่อตา กลุ่มของแสงที่นัยน์ตามองเห็นและสัมผัสได้ (visible light) 400-750 นาโนเมตร เป็นอันตรายต่อจอประสาทตา (retina) อาจทำให้ตาบอดได้ กลุ่มแสงที่นัยน์ตามองเห็นและสัมผัสได้ (visible light) คือ ที่ขนาด 290-400 นาโนเมตรและ 750-10,000 นาโนเมตร เป็นอันตรายต่อกระจกตา (cornea) และเลนส์ตา (lens) อาการแสดงเมื่อตาได้รับอันตรายจากแสงเลเซอร์ ปวดศีรษะ น้ำตาไหล เห็นเงาดำลอยไปมา (floater) รู้สึกระคายเคืองเหมือนมีผงเข้าตา (cornea burn)

อันตรายจากควันเลเซอร์ (laser smoke) ควันที่เกิดจาการเผาไหม้เนื้อเยื่อ 1 กรัม เทียบได้กับควันบุหรี่ที่ไม่ได้กรองถึง 6 มวน เมื่อเนื้อเยื่อถูกแสงเลเซอร์ จะเกิดการระเหยของเซลล์ไป 95% อีก 5% ที่เหลือ คือ อนุภาพที่ยังมีชีวิตอยู่ และอยู่ได้นานถึง 72 ชั่วโมง จากการเพาะเชื้อที่ตกค้างในท่อดูดควัน พบว่ามีเชื้อแบคทีเรีย เช่น สแตปฟิโลคอคคัส ออเรียส (Staphylococcus aureus) เชื้อไมโคแบบทีเรียม (Mycobacterium) เชื้อเฮส ไอ วี (HIV) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่ามีการแพร่เชื้อฮิวแมนปาปิลโลม่าไวรัส (human papilloma virus) จากผู้ป่วยไปสู่บุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างการใช้เลเซอร์ อันตรายากควันเลเซอร์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อันตรายทางชีวภาพ (biological hazards) เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และอันตรายทางเคมี (chemical hazards) พบว่ามีสารเคมี มากกว่า 600 ชนิดในควันเลเซอร์ เช่น เบนซิน (Benzene) คาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbon monoxide) คาร์ซิโนเจน (Carcinogen) เอทธีลีน (Ethylene) และฟอร์มาลดีไฮล์ (Formaldehyde) ซึ่งสารเหล่านี้มีผลระคายเคืองต่อตา จมูก ระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้มีอาการปวดศีรษะ ง่วงซึม ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ทำลาย ตับ ไต เป็นสารก่อมะเร็ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์

2 อันตรายด้านชีวภาพ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อโรคของผู้ป่วย การทำงานสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีเชื้อจุลินทรีย์ เช่น แบคทีเรีย รา ไวรัส ปาราสิต เป็นต้น ซึ่งเชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้ ส่วนหนึ่งอาจแพร่มาจากผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่มารับการรักษาพยาบาล และเกิดการแพร่เชื้อสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ โรคจากการทำงานในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากเชื้อจุลินทรีย์มีมากมาย เช่น การอยู่ในหอผู้ป่วยที่แออัดหรือมีการระบายอากาศที่ไม่ดี ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ลักษณะการทำงานกับของแหลมคม เช่น เข็ม ใบมีด กรรไกร อุปกรณ์เครื่องมือที่ทำด้วยแก้ว และการทำงานที่เร่งรีบในบางสถานการณ์หรือบางหน่วยงานย่อมส่งเสริมต่อการเกิดอุบัติเหตุ และเพิ่มความเสี่ยงต่อบุคลากรมากขึ้น

การติดต่อ และแพร่กระจายเชื้อจุลชีพมาสู่บุคลากรมีหลายทาง ได้แก่ ทางเลือดและสารคัดหลั่ง ทางการหายใจ ทางการสัมผัส ทางเดินอาหาร สำหรับห้องผ่าตัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามทางชีวภาพจากเลือดและสารคัดหลั่ง ซึ่งโรคติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่ง ได้แก่

2.1 ไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีผู้ที่เป็นพาหะโรคนี้ทั่วโลกไม่ต่ำกว่า 400 ล้านคน โดยมีแหล่งระบาดอยู่ในประเทศทางเอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ (ยง, 2544 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความชุกของโรคนี้สูง ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งระบาด และไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับอักเสบเฉียบพลัง ตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ จากการศึกษาพบว่า บุคลากรในหน่วยล้างไต และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ศัลยกรรมช่องปาก พยาธิแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และห้องฉุกเฉิน หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องชัณสูตร ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าบุคลากรหน่วยงานอื่น (ปัทมาวดี, 2541 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548)

2.2 ไวรัสตับอักเสบซี พบได้ทั่วโลก เป็นปัญหาสำคัญรองลงมาจากไวรัสตับอับเสบบี ประมาณกันว่าขณะนี้มีผู้ติดเชื้อไวรับตับอับเสบซีทั่วโลกประมาณ 170 ล้านคน การป่วยเป็นตับอักเสบแบบเฉียบพลันพบได้น้อยมาก การติดเชื้อประมาณ 3 ใน 4 จะเป็นแบบเรื้อรัง และทำให้เกิดปัญหาตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับได้ (ยง, 2544 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548) สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและสารคัดหลั่งสูง จากการศึกษาพบว่าบุคลากรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีหลังจากถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเชื้อนี้บาด หรือทิ่มตำเท่ากับ 1.8% โดยเฉพาะเข็มกลวงจะทำให้มีการปนเปื้อนเชื้อมากขึ้น การติดเชื้อที่เกิดจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งกับเยื่อบุพบได้น้อย และยังไม่เคยพบรายงานในบุคลากร (Lamphear, Linnemann, Cannon, Deronde, Pendy, & Kerley, 1994; Mitsui, Iwano, & Masuko, 1992; Puro, Petrosilo, & Ippolito, 1995 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548)

2.3 เอชไอวี จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย เมื่อ 31 มกราคม 2552 สำนักระบาดวิทยา รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้น จำนวน 345,196 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 93,034 ราย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการจำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจาการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน ในเดือนมิถุนายน ค.ศ.2000 ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริการายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการติดเชื้อเอชไอวี 56 ราย จาการสัมผัสสารคัดหลั่ง และเลือดจากผู้ติดเชื้อ บุคลากรเหล่านี้ไม่มีประวัติเสี่ยงอื่นๆต่อการติดเชื้อ พบว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.3 แต่ถ้าบุคลากรถูกเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่เยื่อบุ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชื้อ

เอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.9 นอกจากนี้ความเสี่ยงของการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการปนเปื้อนของเลือดที่สัมผัสกับอุปกรณ์ หรือของมีคมที่บาดหรือตำ เข็มที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งแทงเข้าไปโดยตรงในเส้นเลือดดำหรือแดงของผู้ป่วย ความลึกของบาดแผลที่เกิดขึ้น และอุปกรณ์มีคมนั้นสัมผัสกับเลือดผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะสุดท้าย (Center for Disease Control and Prevention, 2001) สำหรับห้องผ่าตัดพบว่ามีโอกาสสัมผัสเชื้อเอชไอวีร้อยละ 12.8 รองจากหอผู้ป่วยใน (ชาดากานต์, 2544)

2.4 วัณโรค ในปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อวัณโรคเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าจะมีผู้ติดเชื้อวัณโรคแล้วเพิ่มขึ้นปีละ 8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปีละ 3 ล้านคน ถ้าสถานการณ์วัณโรคยังไม่ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน จะมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคในสิบปีข้างหน้ากว่า 30 ล้านคน และระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมานี้ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มีแนวโน้มว่าจะลดลงกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ภาสกร, 2542 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีการติดเชื้อวัณโรคจากการที่ระบบภูมิต้านทานลดลง และมีการเพิ่มของวัณโรคที่ดื้อต่อยาหลายชนิด และจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องถูกรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลที่มีระบบระบายอากาศที่ไม่ได้มาตรฐาน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจะเป็นไปได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณที่ให้บริการผู้ป่วย หรือรับผู้ป่วย อากาศถ่ายเทไม่ดี เชื้อวัณโรคจึงสามารถลอยหมุนเวียนอยู่ภายในห้องโดยไม่ถูกระบายออกสู่ภายนอก ทำให้ปัญหาการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การแพร่ดังกล่าวมีได้ทั้งผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย และผู้ป่วยสู่บุคลากร บุคลากรทางการแพทย์จึงมีความเสี่ยงมากขึ้นต่อการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไป (มนัส, 2542 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548)

3 อันตรายด้านเคมี หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายจากการสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล รวมไปถึงการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีการใช้สารเคมีในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการทำงาน และมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน สารเคมีที่ใช้ในห้องผ่าตัด ได้แก่ ก๊าซดมยาสลบ ควันพิษ จากแก๊ส หรือเครื่องจี้ไฟฟ้า น้ำยาฆ่าเชื้อโรค น้ำยาทำความสะอาด ยารักษามะเร็ง ฟอร์มาลิน แก๊สใช้ในการทำลายเชื้อโรค เช่น เอทธีลีนอ๊อกไซด์

3.1 ฟอร์มาลดีไฮด์ (Formaldehyde) เป็นสารเคมีที่ใช้ในการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นสารที่มีคุณสมบัติกัดกร่อนอย่างรุนแรง มีฤทธิ์ในการระคายเคืองผิวหนัง และตา ในปริมาณที่สูงมากจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว ปอดบวม และตายได้ ฟอร์มาลดีไฮด์ จัดเป็นสารก่อมะเร็ง การใช้จึงต้องระมัดระวัง ฟอร์มาลดีไฮด์ที่ใช้ในปัจจุบันอยู่ในรูปสารละลาย มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัส สำหรับในห้องผ่าตัดใช้แช่ชิ้นเนื้อ

เพื่อส่งตรวจ

3.2 กลูตาราลดีไฮด์ (Glutaraldehyde) ใช้ในการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อกับเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สารเคมีนี้สามารถดูดซึมเข้าร่างกายโดยทางการหายใจ รับประทาน และสัมผัสทางผิวหนัง เนื่องจากสารเคมีนี้มีความเป็นพิษสูง มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อผิวหนังและเยื่อบุ และมีปัญหาต่อระบบประสาท บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการใช้น้ำยานี้ควรสวมเครื่องป้องกันทั้งแว่นตา และถุงมือยาว และเก็บน้ำยาในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด เก็บไว้ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และระดับกลูตาราลดีไฮด์ ในอากาศที่ปลอดภัยจะต้องไม่เกิน 0.2 ppm. เป็นน้ำยาทำลายเชื้อระดับสูงที่มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อแบคทีเรีย เชื้อสูโดโมเนส (Pseudomonas) เชื้อรา เชื้อไวรัส รวมทั้งเชื้อเอชไอวี และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

3.3 เอทเธอลีน ออกไซด์ (Ethylene oxide: EO) เป็นสารเคมีที่ใช้ในการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ทนความร้อนและความชื้นไม่ได้ สามารถทำลายเชื้อ และสปอร์ของแบคทีเรีย เป็นก๊าซพิษ ไม่มีสี ที่ความเข้มข้นต่ำจะไม่มีกลิ่น แต่ที่ความเข้มข้นมากกว่า 700 ppm. จะมีกลิ่นคล้ายอีเธอร์ มีอันตรายต่อผิวหนังและเยื่อบุของร่างกาย การหายใจเอาก๊าซเอทเธอลีน ออกไซด์เข้าสู่ร่างกาย จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินหายใจ นอกจากนี้การสัมผัสเอทเธอลีน ออกไซด์เกินมาตรฐานเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เพราะเอทเธอลีน ออกไซด์เป็นสารก่อมะเร็ง อาจทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือด เป็นสารที่ทำให้เกิดการการเปลี่ยนแปลงของยีน อาจทำให้แท้ง เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรม เนื่องจากการทำลายโครโมโซม และการทำลายความผิดปกติของระบบประสาท

3.4 ก๊าซที่ใช้เป็นยาสลบ การสัมผัสก๊าซในห้องผ่าตัด เกิดจากการรั่วระหว่างที่มีการต่ออุปกรณ์เข้าด้วยกัน หรือถอดออก ก๊าซที่ให้มากเกินไปอาจซึมออกมารอบหน้ากากครอบจมูกผู้ป่วย ก๊าซดมยาที่ออกมากับลมหายใจของผู้ป่วยขณะพักฟื้น การรั่วไหลของก๊าซจากระบบท่อหายใจ และระบบขับก๊าซไม่ถูกต้อง จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ก๊าซนี้จะมีผลต่อร่างกายของคน ทำให้เกิดโรคตับและไต และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและภูมิต้านทานของร่างกาย หลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสัมผัสก๊าซนี้จะทำให้เกิดการแท้งบุตร และเด็กในครรภ์มีความผิดปกติ การควบคุมทางวิศวกรรมที่ดี เช่น จัดให้มีการระบายอากาศและระบบขับก๊าซที่ดี ประกอบกับเทคนิคการปฏิบัติที่เหมาะสม จะช่วยลดการสัมผัสก๊าซลงได้ (รัชนีกร, 2542; Roger, 1997)

3.5 เมทธิล เมทตาไซเลท (Methyl methacrylate) ใช้ในการประสานหรือเชื่อม เพื่อให้เกิดความมั่นคงของกระดูก เช่น ใช้ในการแทนที่กระส่วนสะโพก เพิ่มความแข็งแรง การยึดติดหรือประสิทธิภาพของโลหะยึดกระดูกกับกระดูกของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานจะสัมผัสสารนี้ขณะที่กำลังผสมสารนี้ให้เป็นเนื้อเดียวกัน อันตรายของเมทธิล เมทตาไซเลทจะทำให้เกิดต่อระบบประสาท มี

การระคายเคืองต่อผิวหนังและเยื่อบุ ผู้ป่วยที่สัมผัสสารนี้จะทำให้เกิดการทำงานของหัวใจผิดปกติ และเกิดความดันโลหิตต่ำแบบเฉียบพลัน การผสมเมธิล เมตาไครเลท ควรทำในบริเวณที่มีระบบดูดอากาศเฉพาะที่ เพื่อจะดูดเอาไอของเมทธิล เมทตาไซเลทออกไปหรืออาจทำในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี (รัชนีกร, 2542)

3.6 ลาเท็กซ์ เป็นยางที่ใช้ทำถุงมือ ซึ่งจะเกิดปัญหาขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัด ซึ่งจำเป็นที่จะต้องใช้ถุงมือเพื่อทำการผ่าตัด ลาเท็กซ์เป็นส่วนประกอบของยางแท้ และน้ำเป็นส่วนใหญ่ และมีส่วนประกอบของเรซิน โปรตีน น้ำตาล และแร่ธาตุ ตัวที่ทำให้เกิดอาการแพ้คือ โปรตีน การได้รับสารตัวนี้อาจเกิดจากการสัมผัสโดยตรง หรือสูดดมเข้าไป พบว่าในกระบวนการผลิตจะมีการคลุกแป้งกับถุงมือ ซึ่งจะทำให้โปรตีนติดอยู่กับแป้ง และเมื่อมีการใช้ถุงมือที่มีโปรตีนติดอยู่กับแป้งจะกระจายออกไป และเมื่อสูดดมเข้าไปอาจทำให้มีอาการแพ้อาจเป็นเพียงการระคายเคืองที่ผิวหนัง หรือมีอาการมากจนกระทั่งช้อคได้ (Meding, Wrangsjo, & Hasellhorn, 1999 อ้างตาม จิตตาภรณ์, 2548)

4 อันตรายด้านการยศาสตร์ในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเครื่องมือที่มีน้ำหนักมาก การมีท่าทางในการทำงานที่ผิดปกติ ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากท่าทางการทำงานที่ผิดปกติ หรือฝืนธรรมชาติ การทำงานซ้ำซาก การทำงานที่กล้ามเนื้อออกแรงมากเกินความสามารถในการรับน้ำหนัก การนั่ง หรือการยืนทำงานที่หน่วยงานออกแบบไม่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน การใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ออกแบบไม่ดี การยก เคลื่อนย้ายของอย่างไม่ถูกต้อง ผลจากการทำงานในลักษณะดังกล่าวเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดความไม่สบาย การบาดเจ็บ และการเจ็บป่วยได้ ความไม่ปลอดภัยด้านการยศาสตร์ที่พบบ่อย ได้แก่ (คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล, 2550)

4.1 การยก เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือวัสดุ สิ่งของอย่างไม่เหมาะสม ถือเป็นการเคลื่อนย้ายวัสดุซึ่งจะต้องกระทำโดยมีท่าทาง โดยท่าทางและการเคลื่อนไหวร่างกายนั้น ไม่ควรเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่สบาย หรือเจ็บปวด ท่าทางนั้นควรกระทำได้อย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวในลักษณะกระตุกหรือกระชากทันที และในระหว่างการเคลื่อนย้ายวัสดุ ควรหลีกเลี่ยงการก้ม โค้ง บิดเอว หรือเอื้อมจนสุดบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อต้องทำงานเป็นระยะเวลานานๆ หรือทำในลักษณะซ้ำกันบ่อยๆ เพราะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกอันเนื่องมากจากการเคลื่อนย้ายวัสดุได้ ท่าทางระหว่างทำการเคลื่อนย้ายวัสดุที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ หลีกเลี่ยงการเอื้อมแขนสูงกว่าระดับไหล่ การก้มโค้งไปข้างหน้า การบิดเอี้ยวลำตัว การก้มโค้งไปทางด้านข้าง

4.2 การยืนทำงานเป็นเวลานาน การยืนทำงานอยู่ในท่าทางเดิมติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมง เช่น ศัลยแพทย์ใสห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายกลางที่จัดเตรียมเครื่องมือ เจ้าหน้าที่โรงครัว จะมีปัญหาความล้าของกล้ามเนื้อ และเกิดปัญหาเส้นเลือดขอด นอกจากนี้ การยืนทำงานบนพื้นคอนกรีตซึ่งเป็นพื้นผิวที่แข็งจะทำให้รู้สึกเจ็บเท้า

4.3 การนั่งทำงานเป็นเวลานาน การนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน แม้ว่ามีการออกแรงของกล้ามเนื้อน้อยกว่าการทำงานอย่างอื่น แต่ก็พบว่ามีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของกล้ามเนื้อได้ เช่น อาการปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และพบรายงานเส้นเลือดขอด คอแข็ง และขาหมดความรู้สึกในผู้ที่นั่งทำงานเป็นเวลานาน มากกว่าพบในผู้ที่ออกแรงทำงานหนักอื่นๆ

5 อันตรายด้านจิตใจ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติได้รับผลกระทบทางจิตใจการทำงาน มีผลทำให้เสียสุภาพจิตจากการสูญเสียขวัญและกำลังใจ ขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าทำงาน เกิดความเครียด ความอ่อนเพลีย รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่มีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นวัตถุหรืองาน สภาพการบริหารภายในองค์กร ความรู้ความสามารถของบุคลากร ความต้องการพื้นฐาน วัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรม ตลอดจนสภาพแวดล้อมนอกงานที่ทำให้เกิดการรับรู้ และประสบการณ์ สิ่งเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวตลอดเวลา ยังผลทำให้เกิดผลงาน ความพึงพอใจในงาน สุขภาพทางกาย และจิตใจ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยข้างต้น การตอบโต้ ความต้องการต่างๆ ที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อร่างกาย เรียกว่า ความเครียด ระดับของความเครียดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความสามารถของคนที่ปรับร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพสมดุลเพียงใด โดยทั่วไปหากมีความเครียดมาก จะมีผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงตามมา

พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรในทีมผ่าตัดที่มีลักษณะงานแตกต่างไปจากหอผู้ป่วย โดยเป็นงานที่เสี่ยงกับชีวิตของผู้ป่วย ต้องทำงานด้วยความถูกต้อง รวดเร็วและประณีต จึงมีโอกาสที่จะเกิดความเครียดได้ สาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความเครียด คือ ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน การบริหารและการสนับสนุนภายในหน่วยงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดความเครียดได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ภาระครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นต้น (ขจิตพรรณ, 2545)

6 อันตรายด้านอุบัติเหตุ หมายถึง การปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุเป็นอุบัติการณ์ทุกชนิดที่ไม่มีการคาดคิดมาก่อน เช่น การพลัดตกหกล้ม ชนโคมไฟผ่าตัด ไฟฟ้าช๊อต สำหรับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในสถานที่ทำงานนั้นมาจาก 2 สาเหตุหลัก คือ เกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (วิทยา, 2549) อุบัติเหตุระหว่างการทำงานที่พบในห้องผ่าตัด เช่น อุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำ พลัดตกหกล้ม อัคคีภัย ไฟฟ้าลัดวงจร ศีรษะกระแทกโคมไฟผ่าตัด เป็นต้น

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด

ความหมายของการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน (work safety management) หมายถึง การควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยการกำหนดให้มีหน่วยงานปฏิบัติและมีวิธีดำเนินงาน เพื่อลดหรือขจัดสภาพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และโรคที่เกิดจากการทำงาน โดยระดมความรู้จากภายในและภายนอกองค์การ และกำหนดหน้าที่ให้ทุกหน่วยงานทุกระดับชั้น ภายในองค์การได้ทราบอย่างชัดเจน และนำไปปฏิบัติได้จริง (แก้วฤทัย, 2548) การจัดการความปลอดภัยในการทำงานเป็นกรรมวิธีเกี่ยวกับการวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคลากร การเป็นผู้นำ และการควบคุม โดยความร่วมมือของบุคลากรในองค์การ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (วิทยา, 2549) ระบบการจัดการความปลอดภัยสามารถทำความเข้าใจได้ด้วยการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ การปฏิบัติการ แนวทางปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมในงานที่กำหนดเกี่ยวกับความปลอดภัย (Kirwan, 1998) การจัดการความปลอดภัยต้องเป็นระบบจัดการที่สามารถปฏิบัติได้จริง ไม่ใช่เป็นนโยบาย หรือแนวทางปฏิบัติที่เขียนขึ้นมาแต่ไม่ได้ลงมือกระทำ (Mearn, Whitaker, & Flin, 2003) กลไกการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยจะต้องอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การ และมีการออกแบบเพื่อควบคุมสิ่งคุกคามที่อาจจะมีผลต่อการทำงานและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน (Labodová, 2004)

ความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานที่ดีจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างความปลอดภัยเข้าไปในกระบวนการทำงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง โดยมีวิธีการจูงใจให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านความปลอดภัย และมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด เป็นการจัดการในระดับหน่วยงาน โดยลักษณะงานด้านบริการพยาบาลผ่าตัดมีโอกาสเกิดความเสี่ยง หรือความไม่ปลอดภัยได้ง่าย โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความไม่ปลอดภัยได้ เช่น การใช้วัตถุมีคม การสัมผัสเลือดจำนวนมาก การส่งผ่าตัดในระยะเวลานาน การปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย การทำงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่าย จึงอาจจะทำให้เกิดผลอัน

ไม่พึงประสงค์ต่อบุคลากร และหน่วยงานได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งหมด ดังนั้นการจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด ในการระบุถึงสิ่งที่อาจจะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย การดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย จึงมีความสำคัญในการป้องกันและลดความสูญเสียที่จะเกิดกับผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสูญเสียของหน่วยงานที่อาจจะเกิดขึ้น (Powell, 2000 อ้างตาม จิราภรณ์, 2547)

การสร้างความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นกระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันความผิดพลาด ด้วยการค้นหา การจำแนก และการจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง การสร้างความตระหนัก การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับในองค์การอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ และสามารถตอบสนองเป้าหมาย 4 ประการ คือ ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดอุบัติการณ์และอุบัติเหตุทั้งในทางตรงและทางอ้อม บรรลุความรับผิดชอบทางกฎหมายต่อการจัดการความปลอดภัย เพิ่มผลผลิตของการจัดบริการต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการสร้างจุดขายของการมีมาตรฐานขององค์การด้านความปลอดภัย (วีณาและเกรียงศักดิ์, 2550)

โดยสรุป การจัดการความปลอดภัยในการทำงานมีความสำคัญต่อบุคลากร และองค์การอย่างมาก ซึ่งหากองค์การมีนโยบายหรือมาตรการในการดูแลความปลอดภัยจากการทำงานของบุคลากร ทำให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรเจ็บป่วยจากการทำงานน้อยลง ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาภาวะเจ็บป่วยของบุคลากร ปัญหาจากการขัดอัตรากำลังลดลงเนื่องจากมีจำนวนบุคลากรทำงานเหมาะสม มีอัตรากำลังในการปฏิบัติงานเพียงพอ ทำให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน หรือลดลง

องค์ประกอบของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด

องค์ประกอบของการจัดการของหน่วยงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานในการทำงานนั้นมีหลายแนวคิด ดังนี้

วิทยา (2549) นำเสนอวิธีการจัดการด้านความปลอดภัยในสถานที่ทำงานไว้ 3 องค์ประกอบ คือ

1. การจัดการด้านบริหาร (management) กำหนดให้ฝ่ายบริหารหรือฝ่ายจัดการ เจ้าของกิจการจะต้องให้ความสนใจในงานด้านนี้ ต้องเป็นผู้ริเริ่มดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัย กำหนด

นโยบายการทำงานหน้าที่หลักที่ควรจะทำ คือ ต้องเป็นผู้เริ่มวางรากฐานหรือนโยบายเกี่ยวกับงานความปลอดภัย ต้องเห็นถึงความสำคัญของงานด้านความปลอดภัยโดยให้ความสำคัญเท่าๆกับงานด้านการผลิต โดยการจัดปรับปรุงสถานที่ทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัยที่สุด จะต้องจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบงานนี้ขึ้นมา และจัดหาบุคลากรที่จะมาทำงานนี้เป็นงานหลัก ไม่นำงานนี้ไปฝากหรืออิงไว้กับหน่วยงานอื่น จะทำให้งานนี้เป็นงานรองลงไป ต้องพยายามจัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยขึ้นในองค์การ ซึ่งจะเป็นการกระจายความรับผิดชอบให้กับหน่วยงานต่างๆ โดยทำหน้าที่ประสานงานกัน จะต้องมีการวางนโยบายเกี่ยวกับการให้การศึกษาอบรม เกี่ยวกับงานด้านความปลอดภัยให้กับบุคลากรทุกระดับ ต้องจัดให้มีการตรวจตราเกี่ยวกับความปลอดภัย (safety inspection) จะต้องให้ความสำคัญของการบันทึก และรายงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ จะต้องมีการติดตาม ประเมินผลอยู่ตลอดเวลา และต้องให้ความช่วยเหลือสนับสนุนงานด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

2. การจัดการด้านสถานที่ทำงาน (workplace) ระบบการทำงานต้องมีการปรับปรุง และดูแลสิ่งแวดล้อมที่ทำงานให้ปลอดภัยต่อการทำงานอยู่เสมอ โดยการจัดการควบคุมสภาพอันตราย เช่น การปรับปรุงป้องกันอันตรายจากเครื่องจักร เครื่องมือต่างๆ ติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันอันตรายของเครื่องจักรให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูง จัดการเกี่ยวกับความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงาน เตรียมอุปกรณ์เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายวัสดุต่างๆ โดยต้องเลือกให้ถูกต้องกับชนิดของงาน สะดวก ปลอดภัย ต้องมีการบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องจักรให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ปลอดภัยต่อการทำงาน อุปกรณ์ไฟฟ้าต้องไม่ชำรุด มีการตรวจตราอย่างใกล้ชิด เช่น สายไฟ สายดิน พื้นจะต้องสะอาด ไม่ลื่น

การปรับปรุงป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การจัดหาเครื่องแต่งกาย หรืออุปกรณ์ในการป้องกันอันตรายให้กับผู้ปฏิบัติงาน จะต้องพยายามควบคุมสารพิษต่างๆ ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย มีการควบคุมดูแลการผลิต การใช้สารเคมีเป็นพิษอย่างใกล้ชิด อุณหภูมิและความชื้นต่างๆต้องอยู่ในสภาพปกติ แสงสว่างในที่ทำงานต้องพอดี มีการควบคุมป้องกันเสียงที่ดัง การจัดการด้านสถานที่ทำงานให้ปลอดภัยนั้น สามารถใช้หลักการทางวิศวกรรมในการป้องกันควบคุม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บเนื่องจากการทำงาน เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิต เครื่องจักร เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆนั้น วิธีการทางด้านวิศวกรรมมีขั้นตอนการทำงาน ดังนี้ (วิทยา, 2549)

2.1 การทบทวนระบบงาน (engineering revision) ระบบการทำงานต่างๆในสถานประกอบการต้องมีการทบทวนแผนการผลิต ขั้นตอนการทำงาน การติดตั้งเครื่องจักร เครื่องมือ การทดลองหาระบบงานใหม่ๆที่ทันสมัยมาใช้ โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสีย

2.2 การทดลองเปรียบเทียบกรรมวิธีต่างๆ (trial) คือเรานำวิธีการที่คัดเลือกเบื้องต้นได้แล้วนำมาทดลองทำดู หาข้อบกพร่องโดยมีการทดสอบประสิทธิภาพการทำงาน อาจจะจำลองขนาดลงมา (pilot models) ทดสอบหาข้อดีข้อเสีย

2.3 การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม (final safe method) เมื่อได้ผลการทดลองเปรียบเทียบแล้วก็ต้องตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดนำมาใช้ ซึ่งวิธีการที่เลือกใช้นี้จะต้องได้รับความเห็นชอบจากทุกๆฝ่ายเป็นอย่างดี

2.4 การฝึกอบรมและสอนงาน (training and instruction) ภายหลังที่ตัดสินใจเลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งแล้ว ระหว่างที่เริ่มดำเนินโครงการต้องมีการจัดเตรียมหน่วยงานที่รับผิดชอบขึ้นมาโดยจัดเตรียมบุคลากรฝึกอบรม สอนงานคนที่จะมารับผิดชอบให้มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีก่อน โดยผู้ที่รับผิดชอบโครงการต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

2.5 การเตรียมบุคลากร (selection) โครงการจะสำเร็จได้ด้วยดีนั้น ต้องมีบุคลากรเข้าไปดำเนินการ โดยมีการเตรียมบุคลากรที่เหมาะสมกับงานไว้ล่วงหน้า

2.6 การติดตามประเมินผล (evaluation) เมื่อมีการทำงานแล้ว ต้องมีการติดตามผลงาน วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียที่ติดตามมา และหาวิธีการแก้ไข หรือไปทบทวนระบบงานใหม่

3. การจัดการด้านผู้ปฏิบัติงาน (employee) ความร่วมมือในการทำงาน บุคลากรทุกกลุ่ม เช่น ผู้ปฏิบัติงาน ลูกจ้าง มีความสำคัญ เพราะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงในการควบคุมอันตรายจากการทำงาน ถ้าขาดความร่วมมือจะทำให้งานด้านความปลอดภัยไม่ประสบความสำเร็จ สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ การคัดเลือกบุคลากรอย่างรอบคอบก่อนเข้าทำงาน คือ พิจารณาความเหมาะสมกับลักษณะงานที่จะทำตลอดจนแนวทางการสับเปลี่ยนหมุนเวียน และทดแทนกัน เช่น ในรายใดที่ได้รับพิษมาก หรือได้รับอุบัติเหตุต้องหางานทดแทนกันได้ ต้องมีแนวทางการจัดอัตรากำลังทดแทนในกรณีฉุกเฉิน มีการอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องกันตลอดเวลา เช่น ก่อนเข้าทำงาน หลังทำงาน ขณะทำงาน และมีการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของความปลอดภัยในการทำงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยขึ้น โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน

จิตตาภรณ์ (2548) ได้แบ่งองค์ประกอบการดูแลความปลอดภัยจากการทำงานในโรงพยาบาลออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลความปลอดภัยด้านบุคลากร โดยการให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการทำงานและการป้องกันอันตรายจากการทำงาน เนื่องจากปัจจุบันการทำงานด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีเทคโนโลยีใหม่ๆเพิ่มมากขึ้น บุคลากรจึงควรได้รับความรู้ตามลักษณะงานนั้นๆ สิ่งสำคัญในการให้ความรู้คือ บุคลากรสามารถนำความรู้นั้นไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ถูกต้อง วิธีการ

ให้ความรู้แก่บุคลากรมีหลายวิธี ต้องเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบุคลากร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานที่ถูกต้อง การให้ความรู้มีหลายวิธี เช่น การให้ความรู้แบบอภิปราย และการให้ความรู้แบบสาธิต (สุวัฒน์, 2544) กิจกรรมการให้ความรู้แก่บุคลากรที่ควรดำเนินการ คือ ประเมินความต้องการในการพัฒนา ฝึกอบรม และเสริมความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัยอย่างน้อยปีละครั้ง และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเสริมความรู้ให้ตรงกับปัญหาความต้องการ รวมทั้งพิจารณาเนื้อหาวิธีการฝึกอบรมให้ตรงตามหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละประเภท โดยเนื้อหาในการอบรม ได้แก่ นโยบาย และแนวทางในการทำงานที่ปลอดภัย การป้องกันและควบคุมอันตรายที่เกิดจากสิ่งคุกคามทางชีวภาพ เคมี กายภาพ และจิตสังคม การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เป็นต้น (วันทนีย์, 2542) ในการดูแลความปลอดภัยของบุคลากรอาจทำในรูปแบบของกิจกรรมวิชาการ ได้แก่

1.1 ให้ความรู้บุคลากรที่เข้าปฏิบัติงานใหม่เกี่ยวกับนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการทำงานที่ปลอดภัย

1.2 ให้ความรู้แก่บุคลากรขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยจัดให้มีการนิเทศงาน การสอน จัดให้มีการประชุมวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนความรู้ หรือประสบการณ์ จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน

1.3 จัดทำคู่มือการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรระดับต่างๆของโรงพยาบาล ให้มีแนวทางปฏิบัติไปทางเดียวกัน

1.4 ค้นคว้า จัดหา รวบรวมเอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรได้ศึกษาค้นคว้า และอ้างอิง

ดังนั้นผู้บริหารหรือผู้ดูแลความปลอดภัยขององค์การจะต้องเป็นมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือสิ่งคุกคามในสถานที่ทำงานนั้นๆ เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย และเน้นเตือนให้ผู้ปฏิบัติงานได้รายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน เรียนรู้วิธีที่จะลดอันตราย และจัดให้บุคลากรทุกระดับ ได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสม และตระหนักถึงสถานการณ์ที่อันตราย และพร้อมที่จะแก้ไขเหตุอันตรายต่างๆในสถานที่ทำงาน สำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลในเรื่องความปลอดภัย จะต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวกับวิธีการที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้น เพื่อสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

2. การดูแลความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวคนขณะทำงาน ซึ่งอาจมีอันตรายต่อสุขภาพ หรือความปลอดภัยในการทำงาน การหาทาง

ควบคุมป้องกัน และปรับปรุงให้สิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ดี จะช่วยให้มีความปลอดภัยในการทำงาน การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมควรให้ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ กายภาพ เคมี และจิตสังคม

แก้วฤทัย (2548) เสนอแนวทางในการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตเคมีภัณฑ์แห่งหนึ่ง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การจัดองค์การ หมายถึง การจัดโครงสร้าง และหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในองค์การ เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัย ในเรื่องขงการจัดทำคู่มือดำเนินความปลอดภัย คณะกรรมการความปลอดภัย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การกำหนดกฎ ระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน การแสดงสถิติการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน และการรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น

2. การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน หมายถึง การจัดที่ทำงานให้เกิดความปลอดภัยในเรื่องการจัดพื้นที่การทำงาน การทำความสะอาดที่ทำงาน ความร้อน แสงสว่าง เสียง ทางเดิน ทางออกฉุกเฉิน การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ และการตรวจสภาพที่ทำงาน

3. การป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน หมายถึง การดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในเรื่อง การจัดให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไปควบคุมการทำงาน การจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การติดประกาศ ป้ายเตือนในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ การตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องจักร การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย รวมถึงการศึกษาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเพื่อหาทางป้องกัน

4. การจัดการด้านสารเคมี หมายถึง การจัดเตรียมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีให้กับพนักงาน ในเรื่อง การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลของสารเคมีทุกชนิดที่มีอยู่ในโรงงาน การกำหนดวิธีการจัดเก็บ สถานที่ในการเก็บสารเคมี รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการความปลอดภัยของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) ได้นำเสนอองค์ประกอบการจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ไว้ 6 ด้านที่ผู้บริหารจะต้องดำเนินการ ได้แก่ การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การวางแผน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล และการควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดนี้เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการจัดการความปลอดภัยเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องดำเนินการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

และบุคลากรต้องให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบที่องค์การได้กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการทำงานที่ปลอดภัย องค์ประกอบการจัดการความปลอดภัย ได้แก่

1. การกำหนดนโยบายความปลอดภัย (development of a safety policy) หมายถึง การที่ผู้บริหารกำหนดนโยบายความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อผูกพันขององค์การเกี่ยวกับความปลอดภัย โดยระบุวัตถุประสงค์ หลักการ กลยุทธ์ และแนวทางปฏิบัติที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ การทำงานของบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้สร้างความมั่นใจ และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้บุคลากร โดยนโยบายความปลอดภัยของหน่วยงานจะต้องอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนา และมีการนำเสนอนโยบายความปลอดภัย ให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบอย่างเป็นทางการ

ในห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรในด้านต่างๆ เช่น ความปลอดภัยด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี เป็นต้น โดยมีการประกาศนโยบายและนำไปใช้ สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล มีการประเมินตัวชี้วัดความปลอดภัยมาเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางและแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด โดยบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายความปลอดภัย

2. การวางแผน (planning) หมายถึงการที่ผู้บริหารกำหนดแนวทางการป้องกันเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน ประกอบด้วยการวางแผนป้องกัน (preventing planning) และการวางแผนในกรณีฉุกเฉิน (emergency planning) การวางแผนป้องกันเป็นการวางแผนในภาวะปกติ โดยระบุถึงสิ่งคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรือการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น การวิเคราะห์ความเสี่ยงจะช่วยป้องกันและตรวจสอบกระบวนการเกี่ยวกับความปลอดภัยได้ การลำดับความสำคัญของการวางแผนจะทำให้สามารถสร้างวิธีปฏิบัติในการป้องกันและปกป้องมาตรการที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นขั้นตอน ส่วนการวางแผนในกรณีฉุกเฉินเป็นการเข้าไปมีส่วนกำหนดผู้รับผิดชอบและอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผนปฐมพยาบาล (first aids plan) การป้องกันอัคคีภัย (fire fighting plan) และแผนอพยพต่าง ๆ (evacuation of workers plan)

ในห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดเป็นผู้กำหนดแผนป้องกันอันตรายหรือความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในห้องผ่าตัด เช่น แผนป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน แผนป้องกันอัคคีภัย มีการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดไว้อย่างชัดเจน โดยในแต่ละแผนต้องมีการฝึกซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมหากเกิดสถานการณ์จริง บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกซ้อมแผนดังกล่าว นอกจากนี้หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องกำหนดแผนการตรวจสุขภาพของบุคลากร

เพื่อค้นหาสาเหตุของภาวะสุขภาพของบุคลากรว่าสอดคล้องกับการทำงานหรือไม่ รวมทั้งมีการวางแผนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ส่งเสริมความปลอดภัยในทุกๆด้าน

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร (incentives employee participation) หมายถึง การที่ผู้บริหารโน้มน้าวให้บุคลากรเห็นความสำคัญของความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของหน่วยงาน โดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพ มีการสร้างแรงจูงใจหลายๆ แบบ เช่น การให้รางวัล เพื่อจะทำให้บุคคลากรมีความตระหนักในความปลอดภัยของตนเอง และนำไปสู่การมีค่านิยมความปลอดภัยในองค์การจนเกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและนำองค์การไปสู่การเป็นองค์การที่มีความปลอดภัย (safety organization)

ในห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยภายในห้องผ่าตัด จัดกิจกรรมทบทวนปัญหาทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์อันตรายจากการทำงาน พร้อมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเพื่อสร้างความปลอดภัย นอกจากนี้หัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีการเสริมแรงแก่บุคลกรที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานและเป็นแบบอย่างให้กับบุคลากรคนอื่นให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยต่อไป

4. การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย (training and development of staff competency) หมายถึง การที่ผู้บริหารจัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย โดยมุ่งไปที่การเพิ่มความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติงานที่จำเป็นในการทำงาน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงในการทำงานและการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย ในขณะเดียวกันจะทำให้บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อความปลอดภัยและเห็นความสำคัญว่าความปลอดภัยเป็นส่วนสำคัญในการทำงาน การทีบุคลากรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะเรื่องความปลอดภัยทำให้เกิดโอกาสในการสร้างสรรค์กิจกรรมใหม่ๆที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในที่ทำงาน

ในห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องมีการประเมินความต้องการฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากร เพื่อวางแผนในการส่งบุคลากรไปฝึกอบรมเพื่อพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะในด้านความปลอดภัย ส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรสร้างผลงานคุณภาพ นวัตกรรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน

5. การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล (communication and transfer of information) การที่ผู้บริหารจัดหรือส่งเสริมให้มีสื่อสารข่าวสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่างๆในสถานที่ทำงานให้บุคลากรรับทราบ

เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนในองค์การมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัย และรับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยของหน่วยงาน

ในห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดมีการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลความปลอดภัยแก่บุคลากรได้โดยการประชาสัมพันธ์ด้วยวิธีการติดป้ายประกาศ หรือหนังสือเวียน สร้างความตระหนักแก่บุคลากรเรื่องความปลอดภัยในการทำงานโดยจัดให้มีป้ายรณรงค์ เช่น การล้างมือ มีการส่งต่อข้อมูลทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์อันตรายจากการทำงาน เพื่อให้บุคลากรรับทราบทั่วกัน หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องเน้นย้ำให้บุคลากรเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และรายงานทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์อันตรายจากการทำงาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก

6. การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ (control and review of activities) หมายถึงการที่ผู้บริหารมีการเฝ้าระวังและการทบทวนกิจกรรมความปลอดภัยในองค์การให้เป็นไปตามนโยบายและแผนที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การควบคุมภายใน (internal control) และการเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่น (benchmarking) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการจัดการความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง การควบคุมภายในเป็นการประเมินและวิเคราะห์สภาพการทำงาน สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย โดยมีการระบุ วินิจฉัย ตรวจสอบ รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนการควบคุมโดยเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่น เป็นกระบวนการประเมินความสามารถของตนเองและนำผลไปเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่นๆที่อยู่ในระดับเดียวกัน อาจเป็นการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ กระบวนการจัดการ และการปฏิบัติต่าง เช่น วิธีการควบคุมงาน วิธีการวินิจฉัยอุบัติการณ์ การออกแบบงาน โปรแกรมฝึกอบรม เป็นค้นหาจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุงขององค์การ

ในห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัดมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของบุคลากรและนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน นอกจากนี้หัวหน้าห้องผ่าตัดยังมีหน้าที่นิเทศการทำงานของบุคลกรห้องผ่าตัดให้เป็นไปตามนโยบาย กฎระเบียบ และข้อบังคับความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด และให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อพบว่าบุคลากรไม่ปฏิบัติตามนโยบาย กฎระเบียบความปลอดภัย หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัย และมีการไปเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงงาน

จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบการจัดการความปลอดภัยตามแนวคิดของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) ที่ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การวางแผน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลและการควบคุมและการทบทวนกิจกรรม มีความ

ครอบคลุมขั้นตอนการจัดการความปลอดภัยที่สอดคล้องกับสภาพการทำงานในปัจจุบันของห้องผ่าตัดและสอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยของห้องผ่าตัด 3 ด้านตามกรอบของฟูเลอร์และวาสเซย์ (Fuller & Vassie, 2004 อ้างตาม วรุณยุพา, 2551) ได้แก่

1. มาตรฐานด้านสิ่งนำเข้า (input standards) เช่น บุคลากรห้องผ่าตัดต้องมีการกำหนดสมรรถนะ หรือความสามารถของบุคลากรในแต่ละหน้าที่เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด การออกแบบห้องผ่าตัด การติดตั้งอุปกรณ์ห้องผ่าตัดและการคงไว้ซึ่งสภาพที่พร้อมใช้ รวมทั้งการให้ข้อมูลในเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยในห้องผ่าตัดให้มีความเป็นปัจจุบัน โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2. มาตรฐานด้านสถานที่ทำงาน (workplace standards) การที่โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน เช่น นโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด การมีคำแนะนำในเรื่องระบบการจัดเก็บและขนส่งของที่มีอันตราย เช่น สารเคมี แก๊ส การมีแผนการจัดการหากเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัดหรือการที่ห้องผ่าตัดมีแผนรองรับในกรณีเกิดภัยพิบัติหรืออุบัติเหตุหมู่

มาตรฐานด้านผลผลิต (output standards) เช่น การบรรจุเครื่องมืออุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อและการจัดเก็บ การกำจัดขยะปนเปื้อน การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เป็นต้น

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัด

ความหมายของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของพนักงานบุคคล โดยอยู่ในสภาวะที่ปราศจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ พิการ ตาย เกิดโรคจากการทำงาน ทรัพย์สินเสียหาย และมีสุขภาพอนามัยที่ดี (แก้วฤทัย, 2548) มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของหน่วยงาน (พิมพ์จันทร์, 2544) การลดผลผลิตมีสัญญาณเตือนภัย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่างๆ อันตรายที่อาจเกิดขณะปฏิบัติงาน (Neal & Griffin, 1997)

ความสำคัญของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

การมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์การเป็นอย่างยิ่ง ทำให้ได้งานที่มีคุณภาพสูง และปริมาณผลผลิตมาก (Barling, Kelloway, & Iverson, 2001) และยังช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุในการทำงาน การได้รับบาดเจ็บ หยุดงานเนื่องจากอุบัติเหตุ และลดต้นทุนในการฝึกอบรมบุคลากรใหม่ที่เข้ามาทดแทนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ พิการจากการทำงาน การมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจะช่วยลดความผิดพลาดต่างๆที่ยังไม่ถึงขั้นการเกิดอุบัติเหตุ (ภาวนา, 2544) การเกิดอุบัติเหตุก่อให้เกิดความสูญเสีย หรือค่าใช้จ่ายจำนวนมาก การลงทุนเพื่อการป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุจึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นการลดต้นทุนในการผลิตวิธีหนึ่ง (วิฑูรย์และวีรพงษ์, 2537)

ในแต่ละปีมีอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานก่อให้เกิดผลกระทบที่เห็นได้อย่างชัดเจนต่อผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงาน องค์การ และประเทศชาติ กล่าวคือ หากบุคลากรต้องประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน ย่อมทำให้เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากร ปริมาณการผลิต และการบริการลดลง และยังส่งผลไปถึงการสูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวและถาวรในการปฏิบัติงานได้ หรือเครื่องมือที่ใช้เกิดความเสียหายจาการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย การมีพฤติกรรมการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้น วิธีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และความสูญเสียต่างๆจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง และวิธีการที่จะป้องกันอุบัติเหตุที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็คือ การส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อสร้างลักษณะนิสัยในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน

องค์ประกอบของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปภายในห้องผ่าตัดประกอบไปด้วยสิ่งคุกคามต่อการทำงานและเป็นอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งต้องมีความสามารถที่จะจัดการอันตรายต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเข้าใจสาเหตุของการบาดเจ็บ สามารถจัดการอันตรายจากแหล่งที่มีความเสี่ยง หรือสิ่งคุกคามต่อความไม่ปลอดภัยที่อาจส่งผลต่อตัวเอง และเพื่อนร่วมงาน เมื่อพิจารณาแนวทางการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวคิดของเนลและกริฟฟิน (Neal & Griffin, 1997) สามารถสรุปได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย (safety compliance) หมายถึงการปฏิบัติงานหรือมีพฤติกรรมการทำงานที่ป้องกันตนเองก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ตัวผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ซึ่งถ้าละเลย หรือไม่ปฏิบัติตาม อาจเกิดผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยได้ในทันที หรือสะสมไว้จนปรากฏผลในอนาคต การปฏิบัติกิจกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่จำเป็น และก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่บุคลากรโดยตรง โดยการเข้าร่วม ยอมรับ เชื่อฟัง กฎระเบียบความปลอดภัย ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติความปลอดภัยที่ถูกต้อง และปฏิบัติงานในลักษณะท่าทางที่ปลอดภัย การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวอย่างเหมาะสม เพื่อรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (Neal & Griffin, 1997) รวมทั้งมีการรายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยตามช่องทางที่กำหนดไว้อย่างถูกต้อง (Paker, Axtell, & Turne, 2001) กิจกรรมเหล่านี้เป็นการแสดงความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย จะช่วยลดการบาดเจ็บ และอุบัติการณ์ที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยได้ (Barlin, Kelloway, & Iverson, 2001)

2. ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย (safety participation) การปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดนอกเหนือจากการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับความปลอดภัย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง แต่เป็นการปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดมีความปลอดภัยมากขึ้นโดยการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของหน่วยงาน (Neal & Griffin, 1997) กิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้สภาพแวดล้อมมีความปลอดภัยมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่น กิจกรรม 5 ส. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กิจกรรมพัฒนาคุณภาพจะมีเรื่องเกี่ยวกับความปลอดภัยในสภาพแวดล้อมการทำงาน และเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาไปในทางที่ดี นอกจากนี้การดูแลสภาพแวดล้อมทั่วๆไปถึงแม้จะไม่ได้อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบ แต่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ส่วนรวม การเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ช่วยให้เกิดความคล่องตัว และปลอดภัยในการปฏิบัติงาน รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย โดยคำแนะนำ หรือเข้าช่วยเหลือด้วยตัวเอง ซึ่งถือว่าเป็นการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยได้เช่นกัน

การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามแนวคิดของบาร์ลิงและซาชารา (Barling & Zachara, 2001) หมายถึง การปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยแต่ตัวบุคลากรโดยตรง ถ้าละเลย หรือไม่ปฏิบัติตาม จะเกิดผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยในทันที หรือถ้าสะสมไว้จะปรากฏผลในอนาคตทาง สำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) ได้กำหนดแนวทางป้องกันอันตรายในการทำงานและการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับ

บุคลากรในทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะสถานให้บริการทางสุขภาพ แนวทางนี้ ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง ได้นำมาปรับเพื่อเป็นแนวปฏิบัติด้วยดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549)

1. พฤติกรรมการป้องกันทางกายภาพ การมีพฤติกรรมการทำงานที่ป้องกันทางกายภาพ มีปัจจัยหลายอย่างที่ช่วยส่งเสริมความสะดวกสบายในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การระบายอากาศ กลิ่น แสง สี และเสียงรบกวน ซึ่งเสียงต่างๆในห้องผ่าตัดมีหลายอย่าง ได้แก่ เสียงจากกระดาษ ถุงมือ ล้อเลื่อน เครื่องมือชนกัน การตอกเหล็กดามกระดูก การตรวจวัด เครื่องดูดเสมหะ เครื่องมือในการผ่าตัดกระดูกที่ใช้แรงดันลม บุคลากรควรมีความใส่ใจในเรื่องเหล่านี้ ระวังอย่าให้ของกระทบกัน หากไม่ใช้เครื่องดูดเสมหะให้ปิด และเปิดเท่าที่จำเป็น พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกควรปิดประตูห้องผ่าตัดทุกครั้งเพื่อป้องกันเสียงดังรบกวนจากภายนอก เมื่อต้องการเทของเหลวไม่ควรเทห่างๆ ซึ่งการทำงานในสภาพแวดล้อมที่เงียบจะเกิดความล้าน้อยกว่า และประสิทธิภาพในการทำงานดีกว่าการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน

1.1 พฤติกรรมการป้องกันรังสี ปัจจัยสำคัญของความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากรังสีขึ้นอยู่กับระยะเวลา ระยะห่าง โดยมีการป้องกันดังนี้

1.1.1 กำหนดระยะเวลาการทำงานสำหรับบุคลากรเพื่อการหลีกเลี่ยงการได้รับรังสีมากเกินไปโดยไม่จำเป็น ควรมีการหมุนเวียนงานของบุคลากรที่มีส่วนในการได้รับรังสี หลีกเลี่ยงบุคลากรที่ตั้งครรภ์ไม่ควรปฏิบัติงานในห้องที่ใช้รังสี ปิดการใช้งานของหลอดเอ็กซเรย์และเครื่องส่องตรวจทันทีเมื่อไม่ได้ใช้ ควรเก็บสารกัมมันตภาพรังสีใส่ภาชนะที่ป้องกันจนกระทั่งพร้อมที่จะใช้งาน หยิบจับด้วยคีมโดยเฉพาะเร็วที่สุดเท่าที่จะทำให้ได้ ซึ่งการทำงานกับสารกัมมันตภาพรังสีควรใช้บุคลากรที่ผ่านการอบรมมาแล้วเท่านั้น จำกัดเวลาการเข้าหาผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางรังสี และเนื้อเยื่อร่างกาย ของเหลวจากผู้ป่วยร่วมกับสารกัมมันตภาพรังสีที่ปล่อยออกมาต้องกำจัดโดยเร็ว

1.1.2 กำหนดระยะห่างของบุคลากรจากต้นกำเนิดรังสีให้ห่างเท่าที่จะทำได้ หากไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องผ่าตัดที่ใช้รังสีรักษาให้ออกไปจากห้องผ่าตัด บุคลากรที่ไม่สามารถออกจากห้องผ่าตัดขณะเอ็กซเรย์ควรยืนห่างจากตัวผู้ป่วยอย่างน้อย 6 ฟุตถ้าเป็นไปได้ และยืนออกนอกแนวลำรังสีเอ็กซ์ขณะเอ็กซเรย์ การยืนให้ยืนข้างหลังหรือมุมขวาของลำรังสีข้างผู้ป่วย ด้านข้างหรือด้านเฉียงรังสีเอ็กซ์จะเพิ่มการแผ่รังสีการวางตำแหน่งของแกนในแนวตั้งกับสะโพกหรือต้นขาจะช่วยลดการกระจายของรังสี

1.1.3 อุปกรณ์ป้องกันตัวที่ทำด้วยตะกั่วควรหนาอย่างน้อย 0.5 มิลลิเมตร ใช้ได้ผลดีกับการป้องกันรังสีแกมม่า และรังสีเอ็กซ์ อุปกรณ์ป้องกันรังสีประกอบด้วย ฉากทำด้วย

ตะกั่ว สำหรับสมาชิกทีมผ่าตัดที่ไม่สามารถออกจากห้องผ่าตัด ให้ยืนอยู่ข้างหลังฉากขณะเอ็กซเรย์ โดยฉากตะกั่วควรวางข้างหลังตลับฟิล์มเอ็กซเรย์ สำหรับอุปกรณ์ป้องกันรังสีส่วนบุคคล บุคลากรสามารถเลือกสวมใส่ได้ ประกอบด้วย เสื้อตะกั่ว อุปกรณ์ป้องกันไทรอยด์ โดยเมื่อใช้เสร็จควรแขวนหรือวางราบ ไม่ควรพับหรือบิดงอ เพราะจะทำให้ตะกั่วแตกไม่สามารถป้องกันรังสีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเลเซอร์ ความไม่ปลอดภัยจากการใช้เลเซอร์ขณะผ่าตัดอาจเกิดขึ้นได้ หากไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ถูกต้อง แม้ว่าเลเซอร์จะไม่ใช่รังสี แต่ก็ต้องระวังอย่าให้เข้าตา และสัมผัสผิวหนังโดยตรง การป้องกันดวงตาให้ใช่อุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้องตรงกับชนิดของเลเซอร์ที่ใช้ เพราะดวงตาเป็นอวัยวะที่ไวต่ออันตรายจากเลเซอร์มากที่สุด ซึ่งแสงเลเซอร์ที่มีความยาวคลื่นต่างกันจะมีผลต่อดวงตาแตกต่างกัน สำหรับการป้องกันผิวหนังบุคลากรต้องไม่สวนใส่เครื่องประดับที่เป็นโลหะ เพราะโลหะสามารถดูดซับความร้อน หรือสะท้อนแสงเลเซอร์ หรืออาจสวนใส่อุปกรณ์ป้องกันไฟในขณะทำงาน

2 พฤติกรรมการป้องกันทางชีวภาพ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ หมายถึงการที่ผู้ปฏิบัติมีพฤติกรรมการทำงานในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อจากตัวผู้ป่วย การทำงานที่ต้องเร่งรีบในบางเวลา อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และอาจได้รับเชื้อต่างๆเช่น ไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เป็นต้น

2.1 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคแบบครอบจักรวาล การป้องกันการติดเชื้อโรคแบบครอบจักรวาล (universal precaution) เป็นการระมัดระวังป้องกันตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดทุกคนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อที่อาจจะติดต่อได้ในระหว่างปฏิบัติงาน เช่นเลือด และสารน้ำจากร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ถือว่าผู้ป่วยทุกรายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ไม่ต้องมีการตรวจเลือด

หลักปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อโรคแบบครอบจักรวาลมีหลักสำคัญคือ การมีสุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ดี โดยมีการจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีสุขลักษณะอนามัยที่ดี สะอาดเรียบร้อย ไม่สกปรก รวมทั้งมีการใช้น้ำยาทำลายเชื้อและวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสมในการฆ่าเชื้อกับเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ สำหรับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เป็นการเลือกใช้เครื่องป้องกันตัวที่เหมาะสม เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท หมวก แว่นตา ผ้าปิดจมูกและปากเป็นต้น การใช้เครื่องป้องกันเหล่านี้ จะทำให้เพิ่มความปลอดภัยของร่างกายและเยื่อบุต่างๆของบุคลากรในการปฏิบัติงาน บุคลากรที่มีแผลหรือผิวหนังบกพร่องควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง

2.2 พฤติกรรมการควบคุมการติดเชื้อ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทุกคนมีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงานจากการติดเชื้อที่มีอยู่ภายในสภาพแวดล้อมของห้อง

ผ่าตัด ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในห้องผ่าตัดทุกคนต้องกระทำ คือ การสวมเครื่องแต่งกายสำหรับห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่หมวก เพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคจากเสื้อผ้าของพยาบาลส่งเครื่องมือ จากผมหรือรังแค หมวกจะต้องสะอาดไม่เป็นขน คลุมผมทั้งศีรษะ ทั้งหมดรวมถึงผมบริเวณด้านหน้า จากนั้นสวมเสื้อคลุมห้องผ่าตัด และสวมรองเท้าที่มีความสบาย ปิดนิ้วเท้า เปลี่ยนรองเท้าเมื่อเกิดการฉีกขาด หรือเปียกน้ำ และถอดออกเมื่อถอดชุดคลุมผ่าตัด ใช้ผ้าปิดจมูกและปากเพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคจากการหายใจในสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ผ้าปิดจมูกและปากต้องสวมใส่ในบริเวณที่มีการเปิดเครื่องมือปลอดเชื้อ และบริเวณที่มีพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดอยู่ ผ้าปิดจมูกและปากจะต้องคลุมจมูกและปากทั้งหมด เมื่อถอดผ้าปิดจมูกและปากออก ควรได้รับการป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคของมือ ไม่ควรสัมผัสบริเวณส่วนที่ปิดจมูกและปากของผ้าที่ใช้แล้ว ส่วนการใช้เครื่องกำบังหน้าและแว่นตาป้องกัน บุคลากรทุกคนที่อยู่ใกล้ชิดบริเวณทำผ่าตัดควรสวมใส่เพื่อป้องกันการกระเด็น หรือการกระจายของของเหลวที่อาจจะเข้าสู่เยื่อบุของปาก จมูก และตาได้ สำหรับเครื่องแต่งกายของห้องผ่าตัดไม่ควรสวมออกภายนอกห้องผ่าตัด เพราะจะเกิดการแลกเปลี่ยนเชื้อโรคจากภายในและภายนอกห้องผ่าตัดได้ (ภาวนา, 2544)

2.3 พฤติกรรมการใส่ถุงมือเพื่อป้องกันตัว สิ่งที่บุคลากรห้องผ่าตัดควรปฏิบัติในการใส่ถุงมือเพื่อป้องกันตัว คือให้สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อต้องสัมผัสกับสิ่งที่เป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น เยื่อบุเมือกของผู้ป่วย หรือผิวหนังที่ผิดปกติ เมื่อถุงมือฉีกขาด ให้รีบเปลี่ยนทันที และต้องล้างมือทุกครั้งหลังถอดถุงมือ สำหรับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องสวมถุงมือสองชั้นระหว่างการทำผ่าตัด จากงานวิจัยพบว่า ถุงมือไม่ได้ป้องกันการถูกเข็มทิ่มตำ แต่มีการลดจำนวนของเลือดบนเข็ม เนื่องจากถูกเช็ดออกเมื่อเข็มทะลุผ่านถุงมือ จำนวนของเชื้อโรคที่ผ่านเข้าไปในผิวหนังถูกทำให้น้อยลง ซึ่งถุงมือสามารถลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากการถูกเข็มตำ (Lois, 1995)

3 พฤติกรรมการป้องกันทางเคมี เนื่องบุคลากรห้องผ่าตัดมีโอกาสได้รับอันตรายจากสารเคมีตลอดระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในห้องผ่าตัด สารเคมีบางอย่างเป็นอันตรายต่อตา เยื่อบุผิวหนัง พิษต่อตับ ไต บางชนิดทำให้เซลล์กลายพันธุ์เกิดเป็นมะเร็งได้ การป้องกันอันตรายจากสารเคมีที่สำคัญ คือ จะต้องมีการสื่อสารที่ถูกต้อง หรือจัดทำคู่มือสื่อถึงอันตรายของสารเคมีต่างๆที่มีอยู่ในห้องผ่าตัด เขียนป้ายชื่อของสารเคมีให้ชัดเจน แยกประเภทของการเตือนถึงอันตรายของสารเคมีอย่างถูกต้อง

4 พฤติกรรมด้านการยศาสตร์ในการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการยศาสตร์ในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมการทำงานด้วยท่าทาง และมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง ก่อนและหลังการเข้าช่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดควรจะนั่งพัก ถ้าต้องทำงานในลักษณะนั่ง ควรปรับเก้าอี้ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม อาการเคล็ดขัดยอกเกิดขึ้นได้ง่ายๆกับหลัง

แขน หรือไหล่ จากการที่ต้องยกผู้ป่วย หรือเคลื่อนย้ายเครื่องมือ ควรให้ความสนใจในลักษณะของการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการบาดเจ็บ

4.1 พฤติกรรมการเคลื่อนย้ายโดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ สาเหตุหลักที่ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่มีอาการปวดหลัง ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการเคลื่อนไหวหรือการยกผู้ป่วย (พิมพ์พรรณ, 2543) มีการประมาณว่า พยาบาลทุก 1 ใน 4 คนต้องลาหยุดเนื่องจากอาการบาดเจ็บที่หลังจากการปฏิบัติงาน (Shell, 1995 อ้างตาม ภาวนา, 2544)

สมาคมปวดหลังนานาชาติ (The National Back Pain Association: NBPA, 1997) ได้กำหนดวิธีการเคลื่อนย้ายโดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือภายในห้องผ่าตัด ดังนี้

4.1.1 บุคลากรในห้องผ่าตัดทุกคนต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการเคลื่อนย้ายโดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ

4.1.2 วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไปยังเตียงผ่าตัด คือการเคลื่อนไปด้านข้างโดยใช้แผ่นรองที่แข็ง และสามารถทำความสะอาดได้ทันทีหลังจากการใช้งาน

4.1.3 เก็บถาดที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่หนักไว้ที่ระดับเอว

4.1.4 กระจายน้ำหนักบนถาดเครื่องมือให้ทั่ว เมื่อทำการยกหรือเคลื่อนย้าย ถามจะมีน้ำหนักไม่มากเกินไป

4.1.5 ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมเพื่อช่วยยกหรือเคลื่อนย้ายเครื่องมือที่มีน้ำหนักมาก

4.1.6 ใช้วิธีกลิ้งผู้ป่วยโดยใช้ผ้ารองจากด้านล่างลำตัว แทนการยกหรือการเลื่อนไปด้านข้าง

4.1.7 ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อรองรับแขนหรือขาของผู้ป่วยขณะดมยาสลบ แทนการใช้เจ้าหน้าที่ช่วยยก เพราะผู้ช่วยในการดมยาสลบจะต้องยกแขนหรือขาเป็นเวลาค่อนข้างนานในขณะเตรียมพื้นที่ผิวบริเวณนั้นเพื่อเตรียมผ่าตัด

4.1.8 วางแผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยคำนึงถึงอุปกรณ์ต่างๆ สายยาง หรือท่อระบายต่างๆซึ่งอาจติดอยู่กับผู้ป่วยในระหว่างที่อยู่ในระยะพักฟื้น

4.1.9 เนื่องจากลำตัว ศีรษะ และแขนมีน้ำหนักรวมกันประมาณร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว หากผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ ให้ยกผู้ป่วยในท่านั่ง แล้วให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวเอง ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ จะต้องมีการประเมินความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้น แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดที่จะลดระดับความไม่ปลอดภัยลงให้เหลือน้อยที่สุด

4.2 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง ในห้องผ่าตัด อาการปวดหลังเป็นสาเหตุของการเสียเวลางาน ซึ่งลักษณะงานในห้องผ่าตัดเป็นงานที่มีความซ้ำซาก มีการเคลื่อนย้ายวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ สิ่งของหรือบุคคลหนักๆ และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ (พิมพ์พรรณ, 2543)

การยืนเป็นเวลานานๆ ในท่าทางที่ผิดเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการปวดหลัง หากต้องยืนผ่าตัดในเวลานานๆ ให้ยืนโดยส้นเท้าห่างกัน สามารถลดความเมื่อยล้าลงได้ การทำให้น้ำหนักถ่ายเทลงเท้าเพียงข้างเดียวจะทำให้เกิดความเมื่อยล้าเพิ่มขึ้น ควรปรับประดับเตียงผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับทีมผ่าตัด ระดับที่เหมาะสมไม่ควรอยู่สูงกว่าระดับข้อศอก เพื่อที่จะได้ไม่ต้องยกมือเวลาทำงาน เก้าอี้สำหรับยืนควรกว้างและยาวพอที่จะยืนแยกเท้าได้

ท่านั่งที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับการทำงาน ขณะนั่งให้หลังพิงพนักหรือนั่งหลังตรง หากต้องโน้มตัวไปข้างหน้าให้โน้มจากสะโพก ไม่ใช่จากไหล่หรือเอว จะช่วยลดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ เอ็น และอวัยวะภายในได้ ก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดควรนั่งพัก ถ้าต้องทำงานในลักษณะนั่ง ควรปรับเก้าอี้ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ลักษณะการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ถูกต้อง จะช่วยลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้ หากต้องยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือเครื่องมือ จัดให้อยู่ให้ใกล้ที่สุด และหลังตรง การยกให้ใช้ขาและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ไม่ใช้หลัง งอเข่าและใช้ขาดันขึ้นโดยเท้าแนบพื้น ยกขึ้นช้าๆ อย่าให้เกิดแรงกดดันที่หลัง การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมสามารถป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้เช่นกัน เช่น แผ่นสำหรับยกผู้ป่วย จะช่วยลดอาการปวดจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ป่วยที่อ้วนมากๆ อย่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเหล่านี้โดยลำพัง อาจจะต้องมีผู้ช่วยในการจัดท่าผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด

5 พฤติกรรมการป้องกันทางจิตใจและสังคม จากสภาพของห้องผ่าตัดและลักษณะงานในห้องผ่าตัดที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วย การทำงานที่มากเกินกว่าที่ได้กำหนดไว้ มีช่วงหยุดรับประทานอาหารในเวลาสั้นๆและต้องเร่งรีบ การผ่าตัดที่มีระยะเวลายาวนานต้องยืนติดต่อกันหลายชั่วโมง การเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่มักจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการผ่าตัด รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบสูงต่องานที่ได้รับมอบหมาย จึงทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีโอกาสเกิดความเครียด หรือผลกระทบทางจิตใจได้ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการต่อผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น มีพฤติกรรมการทำงานที่เหมาะสม ไม่หนักเกินไป ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ มีภาระงานที่เหมาะสมกับความสามารถทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ ไม่เกิดความเครียดระหว่างปฏิบัติงาน

6 การป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติรับทราบแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และได้รับการแก้ไขทันที

6.1 พฤติกรรมป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า การใช้ไฟฟ้าในห้องผ่าตัดอาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยจากการช็อต หมดกำลัง และไฟไหม้ได้ อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ผิดปกติอาจเป็นสาเหตุของไฟฟ้าลัดวงจร การปฏิบัติงานที่ป้องกันอันตรายจากไฟฟ้าจะต้องมีการตรวจสอบสายของอุปกรณ์

เครื่องมือไฟฟ้าต่างๆก่อนใช้งานทุกครั้ง และมีการต่อสายดินอย่างถูกต้อง เมื่อพบอุปกรณ์เครื่องมือไฟฟ้าผิดปกติให้หยุดใช้งานทันที และรายงานความผิดปกติที่พบ สำหรับอุปกรณ์เครื่องมือไฟฟ้าที่มีกำลังไฟฟ้าสูง เช่น เครื่องเอ็กซเรย์ เครื่องเลเซอร์ เครื่องสลายต้อกระจก ควรมีการตรวจสอบอุปกรณ์เหล่านี้อย่างละเอียด ขณะทำงานไม่ควรวางของเหลวใกล้อุปกรณ์ไฟฟ้า เพราะหากมีการกระเด็นของของเหลวอาจเป็นสาเหตุของการเกิดไฟฟ้าลัดวงจรภายในเครื่องได้ อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิดควรปิดเครื่องก่อนการเสียบปลั๊กไฟ และการถอดปลั๊กไฟให้ดึงจากตัวปลั๊กไฟ ไม่ควรดึงที่สายไฟเพราะจะทำให้สายไฟชำรุดได้ อุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องผ่าตัดทุกชนิดต้องได้รับการตรวจสอบก่อนเริ่มใช้งานครั้งแรก โดยแผนกอุปกรณ์ช่างทางการแพทย์ และมีการตรวจสอบประสิทธิภาพการใช้งานทุกเดือน หรืออย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้งาน และบุคลากรควรใช้งานตามคำแนะนำของคู่มือการใช้งาน

6.2 พฤติกรรมการจัดการกับของมีคม บุคลากรห้องผ่าตัดมีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บทางผิวหนังมากกว่าบุคลากรแผนกอื่นๆในโรงพยาบาล (Lois, 1995) ซึ่งการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากถูกเข็มเย็บแผลตำมากที่สุด การบาดเจ็บอื่นๆที่เกิดขึ้น เช่น การบาดเจ็บจากเครื่องจี้ไฟฟ้า มีดบาด ลวดตำ เครื่องมือหรือกระดูกของผู้ป่วยที่แตกทิ่มตำ ดังนั้นเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว บุคลากรห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติดังนี้

6.2.1 การสวมปลอกเข็มฉีดยาหลังจากเลิกใช้งานให้ใช้เพียงมือเดียว หรือใช้อุปกรณ์ช่วยจับปลอกเข็มให้ตรึงกับที่เพื่อสะดวกต่อการใส่เข็มลงในปลอกได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุทิ่มตำ

6.2.2 ของมีคมทุกอย่างที่ใช้แล้วต้องใส่ในภาชนะของมีคมที่ป้องกันการทะลุออกมา มีป้ายชัดเจนหรือมีแถบสีสัญลักษณ์

6.2.3 ภาชนะสำหรับใส่ของมีคม ต้องมีเตรียมพร้อมในบริเวณที่ทำงาน เปลี่ยนภาชนะเป็นประจำ และไม่ใส่ของมีคมจนแน่นมากเกินไป เพราะอาจจะเสี่ยงต่อการถูกของมีคมทิ่มตำ

6.2.4 ภาชนะใส่ของมีคมที่ใช้แล้วทิ้งต้องมีฝาปิดแน่นหนา เพื่อป้องกันการล้นทะลักออกมาขณะเคลื่อนย้าย

6.2.5 ในขณะทำผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีการจัดการกับของมีคมต่างๆ เช่น เข็มเย็บแผล ไม่ควรจับเข็มด้วยมือโดยตรง ให้ใช้คีมจับเข็มแทน หลังจากที่ใช้เข็มเย็บแผลครั้งแรกแล้วให้ซ่อนปลายเข็มโดยใช้คีมจับเข็มจับใกล้บริเวณปลายเข็มแล้ววางไว้ เข็มเย็บแผลที่นำกลับมาใช้อีกให้แช่น้ำยาฆ่าเชื้อตามนโยบายของโรงพยาบาล แล้วจึงล้างทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อก่อนนำมาใช้ สำหรับของมีคมชนิดอื่นๆ ให้ใส่ถาดหรือภาชนะเล็กเพื่อส่งให้บุคคลอื่น

แทนการส่งผ่านด้วยมือโดยตรง ไม่วางส่วนแหลมคมยื่นออกนอกภาชนะรองรับ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ให้วางส่วนคมราบขนานกับภาชนะ เพื่อป้องกันส่วนแหลมคมเกี่ยวถูกภาชนะหรือเกี่ยวมือบุคลากร ก่อนถอดให้แช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคพร้อมด้ามมีด การถอดใบมีดผ่าตัดให้ใช้คีมจับช่วยถอด สำหรับบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกของมีคมทิ่มตำ หรือเยื่อบุตาสัมผัสกับเลือด สารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยในขณะปฏิบัติงาน ให้หยุดการกระทำทุกสิ่งที่ทำอยู่ให้เร็วที่สุด บีบเค้นผิวหนังบริเวณที่ถูกของมีคมทิ่มตำ เพื่อขับเลือดและสิ่งปนเปื้อนออกมา ทำความสะอาดแผล หรือล้างตาที่ได้รับบาดเจ็บ ใส่ยาทันที และรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับ

6.3 พฤติกรรมการปฏิบัติกับหม้อนึ่งเครื่องมือ

6.3.1 ตรวจสอบวงจรของการนึ่งว่าสมบูรณ์เรียบร้อยหรือไม่ก่อนการเปิดประตูหม้อนึ่งทุกครั้ง

6.3.2 เปิดประตูหม้อนึ่งเพียงเล็กน้อย เพื่อให้ไอน้ำร้อนพุ่งออกมา โดยบุคลากรห้องผ่าตัดยืนหลบในที่ปลอดภัยเพื่อไม่ให้ถูกไอน้ำร้อน แล้วจึงเปิดประตูหม้อนึ่งให้กว้างจนหมด

6.3.3 ใช้ที่จับของหรือสวมถุงมือป้องกันความร้อน และไฟฟ้ารั่วไหล เพื่อยกถาดใส่เครื่องมือออกจากหม้อนึ่ง และคอยระวังไม่ให้ผิวหนังสัมผัสกับหม้อนึ่ง

6.3.4 ปิดประตูหม้อนึ่งหลังจากนำเครื่องมือออกหมดแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นได้รับบาดเจ็บจากการสัมผัสประตูหม้อนึ่งที่ยังร้อนอยู่หรือเดินชนประตู (Lois, 1995)

สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเต็มไปด้วยอันตรายที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะจัดการอันตรายต่างๆ เช่น การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด สาเหตุและวิธีการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน และแหล่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสำหรับตนเองและผู้อื่น

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด

ลักษณะงาน กระบวนการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดของพยาบาลมีโอกาสเกิดอันตรายในระหว่างทำงานได้ ซึ่งอาจจะมีผลต่อผู้ปฏิบัติรู้สึกเหนื่อยหน่าย และอาจจะส่งผลต่อความรู้สึกต้องการลาออกจากงาน (พิมพ์พรรณ, 2543) อีกทั้งลักษณะงานที่ทำแฝงไปด้วยอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จากลักษณะงานที่ใช้แรงกาย ขณะเดียวกันมีการติดต่อประสานงาน หรือทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ รวมถึงการให้บริการที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย อีกทั้งปัญหาการขาดอัตรากำลัง และปริมาณงานที่ไม่เหมาะสมกับกระบวนการ

ทำงาน ซึ่งมีทั้งลักษณะที่ต้องการความเร่งด่วน ควบคู่ไปกับความซ้ำซากของท่าทางในการปฏิบัติงาน จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้บริหารจะต้องเร่งแก้ไขเกี่ยวกับโครงสร้างอัตรากำลังสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในลักษณะเช่นนี้

มาตรฐานการปฏิบัติงานกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติงานพยาบาลให้ได้มาตรฐานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในหน้าที่ไม่ถูกทอดทิ้ง และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากองค์การ หรือหน่วยงานต้นสังกัด มิฉะนั้นระบบการพยาบาลจะอยู่ในลักษณะของการถูกควบคุม เข้มงวด กวดขันให้ปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐาน แต่สภาพของการจัดองค์การ โครงสร้างของหน่วยงาน ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของระบบปฏิบัติไม่ได้มาตรฐานไม่มีคุณภาพ ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพได้ ดังนั้นเพื่อให้มีมาตรฐานการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานของงานของพยาบาลในห้องผ่าตัดให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานพยาบาลต้องมีคุณภาพด้วย กล่าวคือ มีการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย สามารถดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติได้ดี ส่งผลให้บุคลากรมีความมั่นคง ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากการทำงาน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีได้เช่นกัน

ความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด ทุกคนจะต้องมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง รู้หลักในการยกผู้ป่วยหรือสิ่งของที่หนัก ร่างกายที่แข็งแรงมีพลังในการทำงานได้ดี ต้องศึกษาถึงการใช้เครื่องมือ และป้องกันการบาดเจ็บได้ เช่น การเกิดแผลไหม้จากหม้อนึ่ง เครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้า บาดเจ็บที่ผิวหนังจากเครื่องมือ หรือการดีดกลับของประตู บาดแผลจากมีด เข็ม ไหมเย็บ จากการทำงาน เป็นต้น ซึ่งการเกิดอุบัติการณ์เหล่านี้ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในห้องผ่าตัดทั้งสิ้น

เพื่อความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรห้องผ่าตัด จำเป็นที่จะต้องมีการตรวจสอบอันตรายจากสภาพการทำงาน ลักษณะงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อทำงานประเมินและค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญไม่ว่าจะเป็นการสำรวจอันตรายจากการทำงานทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี จิตใจ การยศาสตร์ รวมไปถึงอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สภาพการทำงานไม่เสี่ยงต่อสุขภาพ และความปลอดภัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ รวมไปถึงการสร้างขวัญและกำลังใจขณะปฏิบัติงาน ซึ่งกระบวนการทำงานที่เหมาะสมจะทำให้ระบบงานพยาบาลจูงใจให้ผู้อยู่ในวัยแรงงานมีความสนใจในวิชาชีพนี้ต้องเข้าสู่ระบบงานพยาบาล ส่งผลให้งานพยาบาลได้บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และบุคลิกภาพเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

สรุป

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติการพยาบาลตลอดเวลาของการให้การพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วยการพยาบาล 3 ระยะคือ การให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอาจเกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานการจัดการความปลอดภัยในการทำงานจึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการจัดการปลอดภัยในห้องผ่าตัด ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ นโยบายความปลอดภัย แรงจูงใจสำหรับบุคลากรในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัย การฝึกอบรมและการพัฒนาสมรรถนของบุคลากร การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล การวางแผน และการควบคุม ซึ่งทางสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังได้กำหนดให้การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสำหรับบุคลากรในหน่วยงานของโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลการจัดการปลอดภัยให้ได้มาตรฐานนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ แต่มีปัจจัยสำคัญก็คือ ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องพฤติกรรมการทำงาน ดังนั้นเมื่อมีการจัดการความปลอดภัยที่ได้คุณภาพ บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โอกาสที่จะเกิดอันตรายจากการทำงานย่อมน้อยลง ซึ่งพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานตามแนวคิดของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) ได้แบ่งสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และโอกาสความไม่ปลอดภัยจากการทำงานมีผลต่อผู้ปฏิบัติในด้านต่างๆออกเป็น 6 ด้านได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และอุบัติเหตุในการทำงาน ดังนั้นหากมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่ได้ตามมาตรฐาน ส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและลดอันตรายจากการทำงานได้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนในการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ จำนวน 13 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลเกาะสมุย โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลเบตง และ โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก จำนวน 217 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ และมีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไป

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.25 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก เนื่องจากจำนวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และ

อันตรายจากการทำงานที่ผ่านมายังมีน้อย จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน (Polit & Beck, 2008)

3. การสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในภาคใต้มีโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 10 แห่ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลละ 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ ประกอบด้วย 13 ข้อ คือคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด แผนกผ่าตัดที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ลักษณะการเข้าเวรการปฏิบัติงานพิเศษ/งานล่วงเวลาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอื่น สุขภาพโดยรวม การตรวจสุขภาพประจำปี การลาป่วย ประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และการมีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/โรงพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด เป็นแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของฟีน้านเดส-มูเนซ์ และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) มี 6 องค์ประกอบ รวม 42 ข้อ

1. การกำหนดนโยบายความปลอดภัย	ข้อที่ 1-7
2. การวางแผน	ข้อที่ 8-14
3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร	ข้อที่ 15-21
4. การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย	ข้อที่ 22-28
5. การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล	ข้อที่ 29-35
6. การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ	ข้อที่ 36-42

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีความหมายของคะแนนดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมากที่สุด
3	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมาก
2	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดปานกลาง
1	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดน้อย
0	กิจกรรมนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติงานหัวหน้าห้องผ่าตัด

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนี้ (ประกาย, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการจัดการความปลอดภัย
0.00 - 1.33	การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ
1.34 - 2.67	การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง
2.68 - 4.00	การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยทั้ง 6 ด้านของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) รวม 25 ข้อ

1. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านกายภาพ	ข้อที่ 1-4
2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ	ข้อที่ 5-10
3. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านเคมี	ข้อที่ 7 และ 11
4. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการยศาสตร์ในการทำงาน	ข้อที่ 12-13
5. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านจิตใจ	ข้อที่ 14-19
6. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	ข้อที่ 20-25

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีความหมายของคะแนนดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติทุกครั้งขณะทำงาน
3	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ขณะทำงาน
2	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นบางครั้งขณะทำงาน
1	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นส่วนน้อยขณะทำงาน
0	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดไม่เคยปฏิบัติขณะทำงาน

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนี้ (ประกาย, 2542)

เกณฑ์เฉลี่ยในการแปลผลคะแนนระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมการทำงาน
0.00 - 1.33	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ
1.34 - 2.67	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง
2.68 - 4.00	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความไม่ปลอดภัยจากการทำงานทั้ง 6 ด้านของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007) รวม 20 ข้อ

1. อันตรายจากการทำงานด้านกายภาพ	ข้อที่ 1-2
2. อันตรายจากการทำงานด้านชีวภาพ	ข้อที่ 3-5
3. อันตรายจากการทำงานด้านเคมี	ข้อที่ 6-9
4. อันตรายด้านการยศาสตร์ในการทำงาน	ข้อที่ 10-13
5. อันตรายจากการทำงานด้านจิตใจ	ข้อที่ 14-17
6. อันตรายด้านอุบัติเหตุจากการทำงาน	ข้อที่ 18-20

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีความหมายของคะแนนดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นประจำ
3	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
2	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัด 3-4 ครั้ง/เดือน
1	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัด 1-2 ครั้ง/เดือน
0	เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัด

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนี้ (ประกาย, 2542)

เกณฑ์เฉลี่ยในการแปลผลคะแนนระดับความไม่ปลอดภัยจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน
0.00 - 1.33	อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ
1.34 - 2.67	อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง
2.68 - 4.00	อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด แบบวัดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบวัดอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ โดยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) หัวหน้าห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย และ3) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในห้องผ่าตัดและการสร้างเครื่องมือวิจัย ภายหลังตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้วนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95, 0.96 และ 0.82 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มาหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) และผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้

1. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโดยรวม เท่ากับ 0.98
2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวม เท่ากับ 0.89
3. อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2553 โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ทั้ง 13 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานให้ผู้ประสานงานเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดวิธีเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมและส่งแบบสอบถามกลับมาที่ผู้วิจัย

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ไปทางไปรษณีย์ถึงผู้ประสานงาน ผ่านหัวหน้าพยาบาล

2.2 ผู้ประสานงานสุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 10 คน รวม 130 คน แจกแบบสอบถามพร้อมซองเปล่าให้กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยผู้วิจัยได้แนบจดหมายถึงกลุ่มตัวอย่างทุกคน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามในซองปิดผนึกส่งกลับคืนให้ผู้ประสานงาน

2.3 ผู้ประสานงานรวบรวมซองแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

2.4 ภายหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละฉบับ แบบสอบถามที่ได้รับคืนมาและมีความครบถ้วนสมบูรณ์เท่ากับ 126 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.92

2.5 ผู้วิจัยบรรณาธิกรข้อมูล และนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ และเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง และมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ระบุชื่อ นามสกุล เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ให้บรรจุแบบสอบถามในซองปิดผนึกที่เตรียมมาให้เรียบร้อย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นคะแนนเฉลี่ยและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่ชี้เฉพาะ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงาน และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆทั้งสิ้น ทั้งต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงาน ซึ่งแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ (ภาคผนวก ข)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อและรายด้าน

3. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยพยาบาลห้องผ่าตัด โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อและรายด้าน

4. วิเคราะห์ข้อมูลความไม่ปลอดภัยจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อและรายด้าน

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient) และได้ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติโดยการทดสอบสถิติ One-sample kolmogorov-smirnov test

6. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient) และได้ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติโดยการทดสอบสถิติ One-sample kolmogorov-smirnov test

7. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient) และได้ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติโดยการทดสอบสถิติ One-sample kolmogorov-smirnov test

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด 2) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด 3) อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด และ6) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยโดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ส่วนที่ 4 อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด (N = 126)

ข้อมูลส่วนบุคคล		M	SD	Max	Min	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย					5	3.97
	หญิง					121	96.03
อายุ		38.35	7.95	59	23		
	21- 25 ปี					11	8.73
	26-30 ปี					7	5.55
	31-35 ปี					33	26.19
	36-40 ปี					23	18.25
	41 ปีขึ้นไป					51	40.48
สถานภาพสมรส							
	โสด					43	34.13
	สมรส					81	64.29
	ม่าย/ หย่า/ แยก					2	1.58
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด							
	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า					122	96.82
	ปริญญาโท					3	2.38
	ปริญญาเอก					1	0.80
ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด		13.76	8.64	38	1		
	1-5 ปี					30	23.81
	6-10 ปี					15	11.90
	11-15 ปี					30	23.81
	16-20 ปี					18	14.29
	21 ปีขึ้นไป					33	26.19

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แผนกผ่าตัดที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน		
ศัลยกรรมทั่วไป	8	6.35
ศัลยกรรมจักษุ	2	1.59
ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก	3	2.38
สูติ-นรีเวชกรรม	1	0.79
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	8	6.35
หมุนเวียนทุกแผนก	102	80.95
ลักษณะการเข้าเวร*		
เวรเช้า	125	99.21
เวรบ่าย	106	84.13
เวรดึก	105	83.33
เวร on call	87	69.05
การปฏิบัติงานพิเศษ/ ล่วงเวลาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอื่น		
ไม่ปฏิบัติ	123	97.62
ปฏิบัติ	3	2.38
สุขภาพโดยรวม		
แข็งแรงดี	103	81.75
เจ็บป่วยเล็กน้อย	10	7.94
มีโรคประจำตัว	13	10.31
การตรวจสุขภาพ		
ไม่เคยตรวจ	-	-
เคยตรวจ	126	100.00
ผลการตรวจปกติ	109	86.51
ผลการตรวจผิดปกติ	17	13.49

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การลาป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่ลา	60	47.62
ลา	66	52.38
ประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	96	76.19
เคยได้รับ	30	23.81
การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/โรงพยาบาล		
ไม่มี	84	66.66
มี	42	33.34

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.03 มีอายุเฉลี่ย 38.35 ปี (SD=7.95) อยู่ในช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.48 รองลงมามีอยู่ในช่วง 31-35 ปี ร้อยละ 26.19 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 64.29 รองลงมามีสถานภาพโสดร้อยละ 34.13 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดปริญญาตรีร้อยละ 96.82 ระดับปริญญาโทร้อยละ 2.38 และระดับปริญญาเอกร้อยละ 0.8 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 13.76 ปี (SD=8.64) โดยมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 26.19 รองลงมา ได้แก่ 1-5 ปี และ 11-15 ปี ร้อยละ 23.81 เท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโดยการหมุนเวียนทุกแผนกร้อยละ 80.95 รองลงมาปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อร้อยละ 6.35 เท่ากัน ลักษณะการเข้าเวรปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานเวรเช้าร้อยละ 99.21 รองลงมาเวรบ่ายร้อยละ 84.13 เวรดึกร้อยละ 83.33 และเวร on call ร้อยละ 69.05 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติงานพิเศษ/ล่วงเวลาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอื่นร้อยละ 97.62 มีเพียงร้อยละ 2.38 ที่มีการปฏิบัติงานล่วงเวลาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอื่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพโดยรวมแข็งแรงคิดเป็นร้อยละ 81.75 รองลงมามีโรคประจำตัวร้อยละ 10.31 และ ร้อยละ 7.94 เจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีผลการตรวจสุขภาพปกติร้อยละ 86.51 และมีผลการตรวจสุขภาพผิดปกติร้อยละ 13.49 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีการลาป่วยระหว่างการทำงานถึงร้อยละ 52.38

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานเพียงร้อยละ 23.81 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.34 มีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด โดยรวมและรายด้าน (N = 126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด	M	SD	ระดับ
1. การวางแผน	2.91	0.76	สูง
2. การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล	2.76	0.75	สูง
3. การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ	2.74	0.79	สูง
4. การกำหนดนโยบายความปลอดภัย	2.70	0.76	สูง
5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร	2.54	0.84	ปานกลาง
6. การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย	2.32	0.88	ปานกลาง
รวม	2.66	0.71	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.66, SD=0.71) และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ในด้านการวางแผน (M=2.91, SD=0.76) การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล (M=2.76,

SD=0.75) การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ (M=2.74, SD=0.79) การกำหนดนโยบายความปลอดภัย (M=2.70, SD=0.76) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดในด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร(M=2.54, SD=0.84) และด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย (M=2.32, SD=0.88) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการวางแผนของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N = 126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการวางแผน	M	SD	ระดับ
1. กำหนดแผนตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรไว้ในแผนปฏิบัติของห้องผ่าตัด เช่น การ x – ray ปอด การเจาะเลือด	3.37	0.87	สูง
2. กำหนดแผนป้องกันความไม่ปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรห้องผ่าตัดในภาวะปกติด้านต่างๆ เช่น แผนป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน แผนป้องกันอัคคีภัยของห้องผ่าตัด	2.97	0.87	สูง
3. วางแผนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์ที่ส่งเสริมความปลอดภัยด้านกายรศาสตร์ในการทำงานของบุคลากร เช่น เตียงที่เหมาะสมกับการผ่าตัดแต่ละชนิด แผ่นสไลด์ช่วยยกตัวผู้ป่วย	2.97	0.78	สูง
4. กำหนดแผนการป้องกันความไม่ปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรที่อาจเกิดในภาวะฉุกเฉิน เช่น แผนเคลื่อนย้ายในกรณีเกิดไฟไหม้	2.95	0.92	สูง
5. กำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในการปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดไว้ล่วงหน้า เช่น การปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย	2.92	0.96	สูง

ตาราง 3 (ต่อ)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการวางแผน	M	SD	ระดับ
6. กำหนดแผนฝึกซ้อมในกรณีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น เช่น การซ้อมแผนอัคคีภัย	2.71	1.13	สูง
7. กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เหมาะสมกับความรู้/ ความสามารถเพื่อลดความเครียดจากการทำงาน	2.51	0.97	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ในด้านการวางแผน 6ใน7 ข้ออยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยลำดับสูงสุด คือ กำหนดแผนตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรไว้ในแผนปฏิบัติของห้องผ่าตัด เช่น การ x–ray ปอด การเจาะเลือด (M=3.37, SD=0.87) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 1 ข้อ คือ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เหมาะสมกับความรู้/ ความสามารถเพื่อลดความเครียดจากการทำงาน (M=2.51, SD=0.97)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N = 126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล	M	SD	ระดับ
1. แจ้งให้บุคลากรทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เช่น เมื่อถูกอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	3.17	0.77	สูง
2. กำหนดให้มีการส่งเวรทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นห้องผ่าตัดเพื่อให้บุคลากรรับทราบทั่วกัน	2.93	0.93	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล	M	SD	ระดับ
3. เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นในโรงพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัดจะสื่อสารข้อมูลให้บุคลากรในห้องผ่าตัดรับทราบเพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เกิดขึ้น	2.89	0.92	สูง
4. จัดให้มีการติดป้ายรณรงค์และสร้างความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการทำงานในพื้นที่ต่างๆ ของห้องผ่าตัด เช่น ป้ายรณรงค์ล้างมือ	2.88	0.92	สูง
5. เน้นย้ำให้บุคลากรในห้องผ่าตัดเห็นความสำคัญของท่าทางในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เช่น ท่าทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/อุปกรณ์ขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักมาก	2.67	1.01	ปานกลาง
6. ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร วิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การติดป้ายประกาศ/หนังสือเวียน	2.45	0.90	ปานกลาง
7. นำความรู้ใหม่ๆ/ ผลการวิจัย/ นวัตกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดมานำเสนอให้บุคลากรทราบอย่างสม่ำเสมอ	2.38	0.99	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ในด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล อยู่ในระดับสูง 4 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับสูงสุด คือ แจ้งให้บุคลากรทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เช่น เมื่อถูกอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ (M=3.17, SD=0.77) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ นำความรู้ใหม่ๆ/ผลการวิจัย/นวัตกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดมานำเสนอให้บุคลากรทราบอย่างสม่ำเสมอ (M=2.38, SD=0.99)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ	M	SD	ระดับ
1. กระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในความปลอดภัย เช่น ตรวจสอบถังดับเพลิงในห้องผ่าตัด	2.90	0.93	สูง
2. ติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด เช่น อัตราการเกิดของมีคมทิ่มตำ	2.85	0.91	สูง
3. รวบรวมข้อมูลความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของบุคคลากรห้องผ่าตัด	2.79	0.94	สูง
4. นำข้อมูลการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดของบุคลากรมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน	2.76	0.90	สูง
5. นิเทศการทำงานของบุคลากรให้เป็นไปตามนโยบาย/กฎระเบียบ/ข้อบังคับความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด เช่น การช่วยผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อ HIV	2.72	0.96	สูง
6. นำผลการประเมินตนเองด้านการจัดการความปลอดภัยไปเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงงาน	2.60	1.01	ปานกลาง
7. ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรเมื่อไม่ปฏิบัติตามนโยบาย/กฎระเบียบ/ข้อบังคับความปลอดภัย เช่น การไม่สวมเสื้อตะกั่วขณะใช้รังสีรักษา	2.55	0.92	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ในด้านการควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ อยู่ในระดับสูง 5 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อโดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยลำดับสูงสุด คือ กระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในความปลอดภัย เช่น ตรวจสอบถังดับเพลิงในห้องผ่าตัด (M=2.90, SD=0.93) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับต่ำสุด คือ ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรเมื่อไม่ปฏิบัติตามนโยบาย/ กฎระเบียบ/ ข้อบังคับความปลอดภัย เช่น การไม่สวมเสื้อตะกั่วขณะใช้รังสีรักษา (M=2.55, SD=0.92)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัย	M	SD	ระดับ
1. กำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด เช่น แนวปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อ แนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามหลักการยศาสตร์ (การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีผู้ช่วย หรืออุปกรณ์ผ่อนแรง)	3.01	0.83	สูง
2. โน้มน้าวให้บุคลากรทุกระดับเห็นความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายของการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัดในการประชุมของห้องผ่าตัด	2.76	0.87	สูง
3. ประกาศในที่ประชุมเพื่อให้บุคลากรรับทราบเกี่ยวกับนโยบายความปลอดภัยในการทำงานห้องผ่าตัดในด้านต่างๆ เช่น ด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี	2.73	0.86	สูง
4. นโยบายความปลอดภัยที่หัวหน้าห้องผ่าตัดประกาศให้บุคลากรทราบสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล	2.71	0.87	สูง

ตาราง 6 (ต่อ)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัย	M	SD	ระดับ
5. นำข้อคิดเห็นของบุคลากรจากการประชุมมาเป็นแนวทางในการกำหนดเป็นนโยบายการจัดการความปลอดภัยของห้องผ่าตัด	2.59	0.88	ปานกลาง
6. กำหนดนโยบาย/ เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรของห้องผ่าตัดในด้านต่างๆ เช่น ด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี เป็นต้น	2.57	0.89	ปานกลาง
7. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตัวชี้วัดความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัดในรอบปีที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายความปลอดภัยของปีปัจจุบัน	2.57	0.88	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ในด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัย อยู่ในระดับสูง 4 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับสูงสุด คือ กำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด เช่น แนวปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อ แนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามหลักการยศาสตร์ (การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีผู้ช่วยหรืออุปกรณ์ผ่อนแรง) (M=3.01, SD=0.83) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับต่ำสุด คือ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตัวชี้วัดความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัดในรอบปีที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายความปลอดภัยของปีปัจจุบัน (M=2.57, SD=0.88)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร	M	SD	ระดับ
1. โน้มน้าวให้บุคลากรรับรู้ว่าทุกคนในห้องผ่าตัดมีส่วนรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตนเองและเพื่อนร่วมงาน	2.83	0.98	สูง
2. กระตุ้นให้บุคลากรในห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงวิธีทำงานเพื่อสร้างปลอดภัย เช่น การให้สัญญาณก่อนส่งอุปกรณ์มีคม	2.76	0.95	สูง
3. กระตุ้นให้บุคลากรห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการการทำงานเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างทำงาน เช่น การจัดกิจกรรมทบทวนปัญหาที่เป็นเหตุให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน	2.76	0.88	สูง
4. มอบหมายให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบดูแลด้านความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด	2.75	0.94	สูง
5. เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด	2.67	0.97	ปานกลาง
6. จัดแสดงสถิติการเกิดความไม่ปลอดภัย/ อุบัติเหตุในการทำงานให้บุคลากรรับทราบ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีความระมัดระวังในการทำงาน	2.21	1.09	ปานกลาง
7. ให้การเสริมแรงแก่ผู้บุคลากรที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เช่น ให้รางวัล/ คำชมเชยแก่บุคลากรที่ใส่ถุงมือ 2 ชั้นในการส่งเครื่องมือ	1.83	1.26	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ในด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร อยู่ในระดับสูง

4 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยลำดับสูงสุด คือ โน้มน้าวให้บุคลากรรับรู้ว่าทุกคนในห้องผ่าตัดมีส่วนรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตนเองและเพื่อนร่วมงาน (M=2.83, SD=0.98) สำหรับการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดในด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ 2ข้อ โดยมีข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับต่ำสุด คือ ให้การเสริมแรงแก่ผู้บุคลากรที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เช่น ให้รางวัล/ คำชมเชยแก่บุคลากรที่ใส่ถุงมือ 2 ชั้นในการส่งเครื่องมือ (M=1.83, SD=1.26)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรดานความปลอดภัย	M	SD	ระดับ
1. นำเหตุการณ์ผิดพลาด/ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงานมาทบทวนและ/หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2.75	0.99	สูง
2. กระตุ้นให้บุคลากรห้องผ่าตัดนำเสนอผลงาน/ นวัตกรรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในเวทีคุณภาพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	2.46	1.01	ปานกลาง
3. สนับสนุนเวลา/ ทรัพยากร/ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับบุคลากรที่ต้องการพัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน	2.35	1.05	ปานกลาง
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรห้องผ่าตัดเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานที่จัดโดยหน่วยงานภายนอก	2.22	1.01	ปานกลาง
5. ประเมินความต้องการฝึกอบรมเพื่อการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดของบุคลากรห้องผ่าตัด	2.18	1.01	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรดานความปลอดภัย	M	SD	ระดับ
6. จัดหาข้อมูล หนังสือ ตำรา และสื่ออื่นๆ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ในการทำงานห้องผ่าตัดให้บุคลากรได้อ่านอย่างทั่วถึงและเพียงพอ	2.18	0.95	ปานกลาง
7. จัดกิจกรรมประชุม/อบรม/สัมมนาทางวิชาการให้บุคลากรห้อง ผ่าตัดเกี่ยวกับความรู้ด้านการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง	2.16	1.03	ปานกลาง

จากตาราง 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ในด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงเพียง 1 ข้อ คือ นำเหตุการณ์ผิดพลาด/ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงานมาทบทวนและ/หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (M=2.75, SD=0.99) สำหรับการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดในด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อ โดยมีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับต่ำสุด คือ จัดกิจกรรมประชุม/อบรม/สัมมนาทางวิชาการให้บุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับความรู้ด้านการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง (M=2.16, SD=1.03)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมและรายด้าน (N =126)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด	M	SD	ระดับ
1. ด้านชีวภาพ	3.62	0.41	สูง
2. ด้านกายภาพ	3.49	0.51	สูง
3. ด้านเคมี	3.43	0.65	สูง
4. การยศาสตร์ในการทำงาน	3.43	0.56	สูง
5. การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน	3.00	0.54	สูง
6. ด้านจิตใจ	2.81	0.59	สูง
รวม	3.23	0.38	สูง

จากตาราง 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวม (M=3.23, SD=0.38) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ (M=3.62, SD=0.41) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านกายภาพ (M=3.49, SD=0.51) และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านเคมี (M=3.43, SD=0.65) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านจิตใจ (M=2.81, SD=0.59

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N =126)

	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด	M	SD	ระดับ
1.	เมื่อทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ท่านจะทำความสะอาดห้องผ่าตัดตามแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อ	3.86	0.37	สูง
2.	สวมถุงมือ 2 ชั้น ขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด	3.79	0.50	สูง
3.	เมื่อพบเครื่องมือ/ อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ชำรุด ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบทราบทันที	3.73	0.46	สูง
4.	เมื่อต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น แว่นตา เสื้อตะกั่ว รองเท้าบูท	3.71	0.55	สูง
5.	วางอุปกรณ์/ เครื่องมือเครื่องใช้/ สารเคมี ในห้องผ่าตัดในตำแหน่งที่กำหนด	3.64	0.54	สูง
6.	ดูแลความสะอาดบริเวณที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด	3.62	0.54	สูง
7.	เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน เช่น ของมีคมทิ่มตำ ท่านรายงานด้วยวาจาให้ผู้รับผิดชอบรับทราบทันที	3.60	0.71	สูง
8.	เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ผ่อนแรง และใช้ทีมในการเคลื่อนย้ายมากกว่า 2 คน	3.60	0.55	สูง
9.	ตรวจสอบประสิทธิภาพ/ ความพร้อมของอุปกรณ์/ เครื่องมือในห้องผ่าตัดก่อนปฏิบัติงาน	3.60	0.52	สูง
10.	เต็มใจแลกเปลี่ยนเวร/ ปฏิบัติงานแทนเมื่อเพื่อนร่วมงานมีปัญหาสุขภาพ	3.49	0.59	สูง
11.	สวมแว่นตา ขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด	3.41	0.76	สูง
12.	ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานเมื่อต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก	3.38	0.59	สูง
13.	เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน เช่น สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อกระเด็นเข้าตาท่านเขียนรายงานอุบัติการณ์	3.37	0.46	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด	M	SD	ระดับ
14. เมื่อต้องยืนส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นเวลานาน ท่านจะยืนแยกเท้า ถ่ายน้ำหนักตัวลงเท้าทั้ง 2 ข้างเท่าๆกัน และถ่ายน้ำหนักสลับขากันเป็นระยะๆ	3.27	0.78	สูง
15. ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานโดยไม่ต้องร้องขอ	3.22	0.63	สูง
16. ให้คำแนะนำทันทีเมื่อเพื่อนร่วมงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย	3.21	0.73	สูง
17. เมื่อต้องปฏิบัติเกี่ยวกับสารเคมี เช่น การผสมไซเด็กซ์ (Cidex) ท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันครบชุด (แว่นตา ถุงมือ หน้ากาก)	3.16	0.98	สูง
18. ไม่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ชำรุด	3.12	1.26	สูง
19. เมื่อพบสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่ออันตรายในการปฏิบัติงาน เช่น ปริมาณแก๊สดมยาสลบเกินค่ามาตรฐาน ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบทราบทันที	2.99	1.25	สูง
20. มีส่วนร่วมในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นในห้องผ่าตัดเพื่อหาวิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย	2.85	0.72	สูง
21. มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดให้มีปลอดภัยมากขึ้น	2.75	0.84	สูง
22. จัดสรรเวลาเพื่อการพักผ่อนที่เพียงพอเพื่อจะได้ไม่ง่วง/ เหนื่อยล้า ขณะปฏิบัติงาน	2.58	1.09	ปานกลาง
23. เสนอหัวหน้าห้องผ่าตัดให้ปรับปรุงสถานที่ จัดเก็บอุปกรณ์/ เครื่องมือผ่าตัดให้หยิบใช้ได้สะดวกและปลอดภัย	2.52	1.01	ปานกลาง
24. เมื่อเกิดความเมื่อยล้าขณะทำงานท่านจะหยุดพักสักครู่แล้วจึงทำงานต่อ	2.21	1.20	ปานกลาง
25. เมื่อพบว่าเพื่อนร่วมงานมีความเครียดจากการปฏิบัติงานท่านจะแจ้งหัวหน้าห้องผ่าตัดทราบทันที	1.98	1.18	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ อยู่ในระดับสูง 21 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก เรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เมื่อทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ท่านจะทำความสะอาดห้องผ่าตัดตามแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อ (M=3.86, SD=0.37) สวมถุงมือ 2 ชั้น ขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด (M=3.79, SD=0.50) เมื่อพบเครื่องมือ/ อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ชำรุด ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบทราบทันที (M=3.73, SD=0.46) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุด ระดับปานกลาง คือ เมื่อพบว่าเพื่อนร่วมงานมีความเครียดจากการปฏิบัติงานท่านจะแจ้งหัวหน้าห้องผ่าตัดทราบทันที (M=1.98, SD=1.18)

ส่วนที่ 4 อันตรายจากการทำงาน ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมและรายด้าน (N=126)

อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด	M	SD	ระดับ
1. ด้านการยศาสตร์ในการทำงาน	1.34	0.84	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	1.01	1.02	ต่ำ
3. ด้านการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	0.48	0.62	ต่ำ
4. ด้านเคมี	0.30	0.56	ต่ำ
5. ด้านกายภาพ	0.21	0.51	ต่ำ
6. ด้านชีวภาพ	0.19	0.43	ต่ำ
รวม	0.65	0.51	ต่ำ

จากตาราง 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอันตรายจากการทำงานโดยรวม (M=3.33, SD=0.51) อยู่ในระดับต่ำ และรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีเพียงค่าคะแนนเฉลี่ยของอันตรายจากการทำงานด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง (M=2.62, SD=0.85)

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (N=126)

อันตรายจากการทำงาน	M	SD	ระดับ
1. ได้รับเชื้อไข้หวัด 2009	0.08	0.34	ต่ำ
2. ไอน้ำร้อน/ ความร้อนจากหม้อนึ่งไอน้ำลวก	0.14	0.46	ต่ำ
3. สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ กระเด็นเข้าตา	0.18	0.46	ต่ำ
4. ลื่นล้มขณะปฏิบัติงานหรือสะดุดสิ่งของในห้องผ่าตัดจนหกล้ม	0.19	0.56	ต่ำ
5. ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น เสื้อตะกั่ว ปลอกคอเมื่อทำงานที่เกี่ยวข้องกับรังสี	0.23	0.58	ต่ำ
6. ผิวหนังสัมผัสกลูตารอลดีไฮด์ (Glutaraldehyde) หรือ ไซเด็กซ์ (Cidex)โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน	0.26	0.50	ต่ำ
7. ลาป่วยเนื่องจากอาการปวดหลัง	0.28	0.73	ต่ำ
8. หน้ามืด/ เป็นลม เนื่องจากการระบายอากาศในห้องผ่าตัดไม่ดี	0.29	0.76	ต่ำ
9. มีอาการแพ้น้ำยา scrub มือ เช่น คัน มีผื่น	0.31	0.93	ต่ำ
10. ของมีคมทิ่มตำระหว่างปฏิบัติงาน	0.33	0.77	ต่ำ
11. มีอาการแพ้ลาเท็กซ์ (ยางที่ทำถุงมือ) เช่น คัน มีผื่น	0.44	1.01	ต่ำ
12. ศีรษะชนโคมไฟ หรืออุปกรณ์ อื่นๆหล่นใส่	0.60	0.84	ต่ำ
13. อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เครื่องใช้ในการผ่าตัด กระแทก/ หนีบ/ บาด	0.66	0.94	ต่ำ
14. ไม่สามารถตัดสินใจ และแก้ปัญหาในการทำงานของตนเอง	0.72	1.10	ต่ำ
15. เครียดจากการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา	1.02	1.21	ต่ำ
16. ช่วยแพทย์ในการผ่าตัดด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม	1.10	1.26	ต่ำ
17. เครียดจากภาระงานที่มากจนมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ	1.15	1.30	ต่ำ
18. รู้สึกว่าต้องทำงานที่มีมากจนเกินความสามารถ	1.18	1.30	ต่ำ
19. อุ้ม/ ยก/ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก	1.85	1.40	ปานกลาง
20. ส่งเครื่องมือ/ ยืนช่วยแพทย์ผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมง	2.17	1.41	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อของอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้อยู่ในระดับต่ำ 18 ข้อ โดย และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ ได้แก่ ได้รับเชื้อไข้หวัด 2009 (M=0.08, SD=0.34) ไอน้ำร้อน/ความร้อนจากหม้อนึ่งไอน้ำลวก (M=0.14, SD=0.46) สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ กระเด็นเข้าตา (M=0.18, SD=0.46)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้

ตาราง 13

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (N =126)

ตัวแปร	SM	SB	OH
การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน (SM)	1		
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย (SB)	.46**	1	
อันตรายจากการทำงาน (OH)	-.07	-.18*	1

** $p \leq .01$, *$p \leq .05$

จากตาราง 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.46, $p \leq .01$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด กับอันตรายการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับอันตรายจากการทำงานโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัด (r=-.07)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย กับอันตรายจากการทำงาน ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า พฤติกรรมการทำงานที่

ปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอันตรายจากการทำงานโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.18, p≤.01)

ตาราง 14

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายด้าน (N =126)

ตัวแปร/พฤติกรรมการทำงานด้าน	กายภาพ	ชีวภาพ	เคมี	การยศาสตร์	จิตใจ	อุบัติเหตุ
อันตรายด้านกายภาพ	-.05					
อันตรายด้านชีวภาพ		-.20*				
อันตรายด้านเคมี			-.09			
อันตรายด้านการยศาสตร์				-.06		
อันตรายด้านจิตใจ					-.18*	
อันตรายด้านอุบัติเหตุ						-.03

*p<.05

จากตาราง 14 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดรายด้าน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านกายภาพ เคมี การยศาสตร์ และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์กับอันตรายจากการทำงานในด้านเดียวกัน และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพและจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในด้านเดียวกัน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 6 ประการ คือ 1) ศึกษาการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด 2) ศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด 3) ศึกษาอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย 5) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด และ 6) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ การอภิปรายผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

1. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด

1.1 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ โดยรวม (M=2.70, SD=0.76) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2) อภิปรายได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีการรับรู้ว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดมีการจัดการความปลอดภัยในการทำงานอยู่บ้าง โดยอาจเป็นการสังเกตพฤติกรรมการทำงานโดยทั่วๆไป ทั้งนี้อาจมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้มีการจัดการความปลอดภัยในการทำงานดังต่อไปนี้

1.1.1 นโยบายประกันคุณภาพโรงพยาบาล ภายหลังปฏิรูประบบสุขภาพในปี พ.ศ.2540 และมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่ปีพ.ศ.2542 ทำให้โรงพยาบาลตื่นตัวในการพัฒนามาตรฐานการทำงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อผลักดันให้โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานให้เป็นที่ยอมรับและผ่านตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่จัดทำขึ้น เพื่อรับรองมาตรฐานในโรงพยาบาล โดยในรายละเอียดของแนวทางการประเมินได้กำหนดให้มีเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลรวมอยู่ด้วย การดำเนินการของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลส่งผลให้โรงพยาบาลทุกแห่งให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรฐานการดูแลความปลอดภัยของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ต่อมาในปีพ.ศ. 2550 กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนางานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาลให้ก้าวไปสู่มาตรฐานการบริการของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าหน่วยงานเหล่านี้มีหน้าที่ในการตรวจสอบผลการปฏิรูปเป็นระยะ เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงงานบริการและให้บรรลุเป้าหมายของการจัดการและการปฏิรูประบบบริการในที่สุด (วันเพ็ญ, 2545) ดังนั้นการจัดการความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล จึงเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และบุคลากรสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลในการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยให้กับบุคลากร (อนุวัฒน์, 2543)

1.1.2 ยุทธศาสตร์การพยาบาลระดับประเทศ สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพยาบาลระดับประเทศ ปี พ.ศ.2551-2555 โดยกำหนดให้มีการจัดการความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากร เพื่อคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิภาพของบุคลากร รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและมีเหมาะสมในการทำงาน ดังนั้นการจัดการความปลอดภัยเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องดำเนินการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน และบุคลากรต้องให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบที่องค์การได้กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการทำงานที่ปลอดภัย (Fernández-Muñiz et al., 2007) หัวหน้าห้องผ่าตัดจะต้องตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบและมีการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีการปฏิบัติงานต่างๆได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับการศึกษาของแสงมณี (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นแผนกพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์กลางนครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ระดับการปฏิบัติกิจกรรม การบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการบริหารการพยาบาลเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดวัตถุประสงค์ และนโยบาย ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานต่างๆสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ส่งผลให้การทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร จากการศึกษาของชูศรี (2548) พบว่าสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คือด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร ด้านคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านกลไกการทำงาน ด้านการสนับสนุนจากองค์การ และด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ผู้บริหารจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญ

ไม่ว่าจะเป็นการจัดความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ มีระบบการควบคุมความปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดคุณภาพของงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโดยตรง (ชูศรี, 2548)

แต่อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน คือ บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาล ถึงแม้ว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับต้นที่นำนโยบายจากผู้บริหารโรงพยาบาลลงไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ แต่บทบาทในการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดอาจจะไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปเกือบทุกแห่งมีการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลโดยงานอาชีวอนามัย (วรรณา, 2547) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลภาวะสุขภาพของบุคลากร และสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงอาจทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องรับรู้บทบาทในการปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่ชัดเจนมากนัก

1.2 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 ด้านคือ ด้านการวางแผน (M=2.91, SD=0.76) และ ด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล (M=2.76, SD=0.75) อภิปรายได้ดังนี้

1.2.1 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการวางแผน

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ด้านการวางแผนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M=2.91, SD=0.76) (ตาราง 2) อภิปรายได้ว่า หัวหน้าห้องผ่าตัดให้ความสำคัญในการวางแผนงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของบุคลากร อีกทั้งหัวหน้าห้องผ่าตัดถือเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีประสบการณ์ในด้านการบริหาร ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวางแผน และการวางแผน ถือเป็นงานอันดับแรกของกระบวนการบริหารและเทคนิคพื้นฐานที่สำคัญของการบริหาร (ฟาริดา, 2542; นิตยา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภนาฎ (2553) พบว่า การจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในด้านการวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบและการปรับปรุง อยู่ในระดับสูง จากตาราง (3) พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้ว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดได้กำหนดแผนการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรไว้ในแผนปฏิบัติของห้องผ่าตัด (M=3.37, SD=0.87) มีการกำหนดแผนป้องกันความไม่ปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรห้องผ่าตัดทั้งในภาวะปกติ (M=2.97, SD=0.87) และภาวะฉุกเฉิน (M=2.95, SD=0.92) รวมทั้งมีการวางแผน

งบประมาณในการจัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์ที่ส่งเสริมความปลอดภัยด้านการยศาสตร์ในการทำงาน (M=2.97, SD=0.78) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ, 2545) ได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่รอรับการประเมินและผ่านการประเมินคุณภาพต้องมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของบุคลากร ทำให้หัวหน้าห้องผ่าตัดซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นของกลุ่มการพยาบาลต้องมีบทบาทโดยตรงในการนำนโยบายด้านการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรไปจัดการในระดับหน่วยงานทั้งในด้านการวางแผน การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย จะเห็นได้ว่าการจัดการความปลอดภัยในการทำงานภายในองค์การจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ดังนั้นหน้าที่การบริหารที่จำเป็นอันดับแรก คือ การวางแผน ซึ่งเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยงาน ผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องจัดการทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณให้เกิดคุณภาพสูงสุด อันจะส่งผลถึงการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน

1.2.2 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ ในด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M=2.76, SD=0.75) (ตาราง 2) อภิปรายได้ว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดมีการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลที่ดี (ตาราง 4) โดยหัวหน้าห้องผ่าตัดได้ให้ความสำคัญในเรื่องการแจ้งขั้นตอนเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย (M=3.17, SD=0.77) กำหนดให้มีการส่งเวรทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย (M=2.93, SD=0.93) เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในระดับโรงพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัดจะสื่อสารข้อมูลให้บุคลากรในห้องผ่าตัดรับทราบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในหน่วยงาน (M=2.89, SD=0.92) และมีการติดป้ายรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการทำงานในพื้นที่ต่างๆภายในห้องผ่าตัด (M=2.88, SD=0.92) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย เป็นการแสดงความห่วงใยและต้องการที่จะสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมการทำงานให้มีความปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้

สอดคล้องกับโอบเอื้อ (2542) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ รับรู้การติดต่อสื่อสารในกระบวนการบริหาร อยู่ในระดับมาก ความสามารถในการสื่อสารถือเป็นความสามารถที่จำเป็นต่อการบริหารงานที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล เนื่องจากทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้และเข้าใจถึงเป้าหมายของงาน สามารถนำข้อมูลต่างๆไปเชื่อมโยง และช่วยให้การตัดสินใจวางแผน และการปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน สำหรับผู้บริหารจะสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของบุคลากรได้ หากการสื่อสารไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบงานและคุณภาพบริการ และก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นผู้บริหารต้องสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพแก่บุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัย จากนโยบาย การปฏิบัติ และแนวทางปฏิบัติ อย่างเป็นทางการ เพื่อแสดงความห่วงใยและต้องการสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย

จากการศึกษาพบว่า องค์การที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคลากรกับหัวหน้า และบุคลากรด้วยกัน ทำให้บุคลากรมีความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างสมบูรณ์ สามารถรับรู้การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและปฏิเสธการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเรียนรู้และป้องกันอุบัติการณ์จากการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย (Weick, 1987 cited in Baring et al., 2001) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อจากผลการวิจัยยังพบว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน (M=2.45, SD=0.90) และการนำความรู้ใหม่ๆ ผลการวิจัย นวัตกรรมในการทำงานที่ปลอดภัย (M=2.38, SD=0.99) มานำเสนอให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาระบบสารสนเทศของแต่ละโรงพยาบาลกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนา ดังนั้นหัวหน้าห้องผ่าตัดจึงกำลังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้ อีกทั้งหัวหน้าห้องผ่าตัดมีประสบการณ์และทักษะในการใช้เทคโนโลยีน้อย เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลมาใช้ในระยะเวลาไม่นานนัก การวางระบบยังไม่สมบูรณ์และการวางระบบในช่วงแรกส่วนใหญ่มักใช้ในการบริการ ซึ่งระบบสำหรับการบริหารยังไม่เด่นชัด และมักทดลองใช้ในงานผู้ป่วยนอก ก่อนที่จะนำระบบเข้ามาใช้ในหอผู้ป่วยนอกจากนี้ยังพบว่าการเข้าถึงข้อมูลยังล่าช้า ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการใช้งาน (จันทนา, 2545) อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน เทคโนโลยีสารสนเทศกลายเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในระบบสุขภาพ ดังนั้นหัวหน้าห้องผ่าตัดควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงไปสู่การกระตุ้นให้มีการทำวิจัยและสร้างนวัตกรรมขึ้น เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ในหน่วยงาน นอกจากนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นที่จะกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ด้วย เพื่อทำให้การสื่อสารการประชาสัมพันธ์ของหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ดาวขจร, 2547 อ้างตามวันทนีย์, 2549)

2 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

2.1 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=2.70, SD=0.76) อภิปรายได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 76.19 ถือว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ โดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานนานขึ้นได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุและความเจ็บป่วยจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเบนเนอร์ (Benner, 1984) กล่าวว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3-5 ปี เป็นระยะที่มีประสบการณ์สามารถมองสถานการณ์ได้ในภาพรวม มีความสามารถในการตัดสินใจ มีความสามารถในการสังเกต ทำให้มีประสบการณ์ที่เพียงพอต่อการคิด วิเคราะห์หรือตัดสินใจ ดังที่ กันยา (2544) กล่าวว่า ผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความตระหนักรู้ในตนเอง มีความอดทนในการเผชิญปัญหา มีการพัฒนาสมรรถภาพและสติปัญญา จึงทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของภาวนา (2544) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 71.1 สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร (2548) ที่ศึกษาความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า คะแนนความปลอดภัยในงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ที่ยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในช่วง 16-20 ปี และปฏิบัติงานในหลายแผนกถึงร้อยละ 66 ในขณะที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในช่วง 1-6 ปี ปฏิบัติงานในหลายแผนกเพียงร้อยละ 43.1 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด 6 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.19 และมีการปฏิบัติงานในลักษณะหมุนเวียนทุกแผนกร้อยละ 80.95 (ตาราง 1)

2.2 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดรายด้าน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน อภิปรายได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เพราะเป็นการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เนื่องจากการบาดเจ็บ และการติดเชื้อโดยตรง และสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพอยู่ในระดับสูงสุด (M=3.62, SD=0.41) ทั้งนี้เนื่องจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานมีผลต่อพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง จึงเป็นสิ่งจูงใจให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เพราะผลที่เกิดขึ้นคือ ร่างกายมีความปลอดภัย โดยสังเกตจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อ เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัว (M=3.71, SD=0.55) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ผ่อนแรง (M=3.60, SD=0.55) การตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนการปฏิบัติงาน (M=3.60, SD=0.52) รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการปฏิบัติงาน (M=3.60, SD=0.71) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประภัสสร (2550) ที่พบว่าพยาบาลประจำการมีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์จากหัวหน้าอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากการรายงานอุบัติการณ์ หรือการรายงานเหตุการณ์เป็นวิธีการหนึ่งในขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยง และอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การลดความผิดพลาดตลอดจนหาแนวทางในการจัดการความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้น การรายงานอุบัติการณ์จึงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหา และทำให้ทุกคนตระหนักว่า การรายงานทำให้รู้สถานการณ์ของตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รับรู้ว่างานของตนมีความเสี่ยงอะไร รู้มาตรการป้องกัน เกิดความตื่นตัวที่จะรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และทำงานด้วยความระมัดระวัง (อนุวัฒน์, 2543)

นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยมีผลให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่ก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง (Neal & Griffin, 1997) เพราะลักษณะการทำงานในห้องผ่าตัดต้องอาศัยความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม ไม่สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จโดยบุคคลเพียงคนเดียว ดังเช่นการศึกษาของสมสมร (2547) ศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การรับผิดชอบร่วมกัน และความไว้วางใจ การมีประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมจะเป็นไปได้ด้วยดีเพียงใดนั้นจึงมีความสำคัญ

ส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน จากการศึกษาของภาวนา (2544) พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นการส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานให้มีความปลอดภัย รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานให้ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งหากพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ปฏิบัติให้สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัย หรือเพื่อนร่วมงานไม่ได้รับการช่วยเหลือและได้รับบาดเจ็บจนต้องหยุดงาน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดที่เหลืออยู่ต้องปฏิบัติงานหนักเพิ่มมากขึ้น หรืออาจได้รับอันตรายจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกให้มีความสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (เบญจมาศ, 2544) รวมไปถึงการบริหารเพื่อลดอันตรายในห้องผ่าตัด เนื่องจากการรับรองคุณภาพนั้น นอกจากจะรับรองความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพแล้ว ยังต้องทำให้กระบวนการเป็นมาตรฐานและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (ภาวนา, 2544)

แต่อย่างไรก็ตามแม้พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดจะอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ มีบางข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การจัดสรรเวลาในการพักผ่อน (M=2.58, SD=1.09) การไม่ได้พักเมื่อเกิดความเมื่อยล้าในการปฏิบัติงาน (M=2.21, SD=1.20) สาเหตุอาจเนื่องมาจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์การพยาบาลทุกระดับในปัจจุบันประสบกับภาวะการขาดแคลนอัตรากำลัง บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนยังมีจำนวนไม่เพียงพอ (เบญจา, 2545) จากสถิติปีพ.ศ.2544 ของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีจำนวนพยาบาลวิชาชีพลาออก โอนย้ายเท่ากับ 644 คน ร้อยละ 7.76 ทำให้งานบริการพยาบาลประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมากขึ้น (พัทนัย, ธัญลักษณ์ และณัฐณิชา, 2549) จากสภาพการณ์ดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลมีภาระงานที่มากขึ้น บุคลากรต้องทำงานหนักขึ้นโดยอัตรากำลังยังคงเดิม ทำให้พยาบาลเกิดความเบื่อหน่ายในวิชาชีพจากลักษณะของงานที่อยู่ท่ามกลางความเจ็บป่วยทุกข์ร้อนของบุคคล การเข้าเวรบ่าย ดึก จึงทำให้เกิดการละเลยในการปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัยในบางข้อได้

3 อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

3.1 อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (M=3.33, SD=0.51) โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อภิปรายได้ว่า การเกิดอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความเหมาะสม มีอุบัติการณ์ต่างๆเกิดขึ้นน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด 6 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.19 และมีการปฏิบัติงานในลักษณะหมุนเวียนทุกแผนกร้อยละ 80.95 (ตาราง 1) กล่าวได้ว่า ความสามารถในการจัดการส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์ในการทำงาน ดังคำกล่าวของลาชแมน (Lachman, 1984 อ้างตาม วาสนา, 2545) ที่กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์ จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาความคิด สร้างความมั่นใจในการพิจารณาไตร่ตรองหาเหตุผลต่างๆด้วยความรอบคอบ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากย่อมมีความรู้ความเข้าใจในงานที่ตนเองปฏิบัติหรือรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในลักษณะหมุนเวียนทุกแผนก (ร้อยละ 80.95) จะทำให้ได้มีโอกาสรับรู้ และนำเอาสิ่งที่ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้สึกจากสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลเข้ามาจัดระเบียบและตีความหมายโดยอาศัยประสบการณ์เดิม ผลลัพธ์ที่ได้คือ ความรู้ ความเข้าใจ ที่เกิดขึ้นจริงในตนเอง การเกิดอันตรายจากการทำงานจึงอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การเกิดอันตรายจากการทำงานในด้านชีวภาพอยู่ในระดับต่ำสุด (ตาราง 11) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานในด้านนี้อยู่ในระดับดีมาก ทำให้เกิดอันตรายจากการทำงานในด้านเดียวกันอยู่ในระดับต่ำ โดยสังเกตจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ได้แก่ การได้รับเชื้อโรค เช่น ไข้หวัด 2009 (M=0.08, SD=0.34) สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อกระเด็นเข้าตา (M=0.18, SD=0.46) การถูกของมีคมทิ่มตำระหว่างปฏิบัติงาน (M=0.33, SD=0.77) อยู่ในระดับต่ำทุกข้อ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดตระหนักถึงความปลอดภัยส่วนบุคคล รู้จักป้องกันตัวเองจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างการทำงาน มีความตื่นตัวและได้รับความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกระดับทราบหลักการป้องกันอุบัติเหตุและแนวทางปฏิบัติหลังเกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งผู้ป่วย (สุรพล และยุวดี, 2544) ประกอบกับโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการดำเนินงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งแผนการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรเป็นประจำ รวมทั้งมีการให้ความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่ ซึ่ง

แผนการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานถือเป็นเกณฑ์ชี้วัดหนึ่งในการรับรองคุณภาพด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรด้วย (นงนภัส, 2546)

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเกิดอันตรายจากการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นอันตรายจากการทำงานในด้านการยศาสตร์พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (M=1.34, SD=0.84) (ตาราง 11) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับท่าทางในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ เพราะลักษณะการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องมีการอุ้ม/ยก/เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก (M=1.85, SD=1.40) (ตาราง 12) รวมทั้งการส่งเครื่องมือ/ยืนช่วยแพทย์ผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมงและต่อเนื่องโดยไม่หยุดพัก (M=2.17, SD=1.41) (ตาราง 12) ซึ่งในระยะยาวอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิมพ์พรรณ (2543) พบว่าพยาบาลประจำการที่เจ็บป่วย ลาหยุดจากอาการปวดหลังในรอบ 1 ปีถึงร้อยละ 35 และพบกลุ่มพยาบาลที่ได้ลาออกจากวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากอาการปวดหลังเพียงอย่างเดียวร้อยละ 30.36 ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้พยาบาลปวดหลัง ส่วนใหญ่เนื่องมาจากการเคลื่อนไหวหรือการยกผู้ป่วย ขณะเดียวกันการเคลื่อนไหว ยก แบก ลากจูงอุปกรณ์หรือวัสดุหรือรถเข็นต่างๆ ตลอดจนท่าทางการทำงานในขณะที่ให้การพยาบาล เช่น การยกผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอกจากนั้นการศึกษาของจิริสุดา (2550) พบว่าสาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในบริเวณหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยทางกายภาพในเรื่องท่าทางการทำงาน ได้แก่ การทำงานในท่าทางที่รู้สึกไม่สบาย ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาล หรือหัวหน้าห้องผ่าตัดจึงควรมีการป้องกันและแก้ไขด้วยการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์ในการทำงาน ได้แก่ สาธิตการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและวัสดุที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ รวมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องทุ่นแรงในการช่วยยกหรือเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องแก่พยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อ และควรมีการตรวจประเมินทางการยศาสตร์ในโรงพยาบาลทั้งในเรื่องสภาพแวดล้อมในการทำงาน และท่าทางการทำงานที่ปฏิบัติบ่อยและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งทำการแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน และมีระบบการติดตามประเมินผล สนับสนุนให้มีการแก้ไขอย่างจริงจัง (จิริสุดา, 2550)

นอกจากนี้จากผลการวิจัยยังพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีอัตราการลาป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 52.38 (ตาราง 1) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐต้องรองรับจำนวนผู้รับบริการที่มีเพิ่ม

มากขึ้นและไม่สามารจำกัดจำนวนผู้รับบริการให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากร และเพื่อตอบสนองนโยบายประกันคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติงานหลายด้าน ทั้งงานด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารจัดการ ด้านการให้การปรึกษาและการวิจัย พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล มีการบริหารความเสี่ยง รวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้บริการผ่าตัด ทำให้ต้องมีงานด้านเอกสารเพิ่มมากขึ้น จากภาระงานที่มากขึ้นนี้ จึงอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดในงานได้ เกิดความเบื่อหน่ายในงาน ไม่อยากปฏิบัติงาน จึงทำให้อัตราการลาป่วยอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการวิจัย พบว่าการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.46$, $p \leq .01$) (ตาราง 13) แสดงว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วฤทัย (2548) ที่พบว่า การรับรู้การจัดการความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากก่อนการเกิดพฤติกรรมมนุษย์จะต้องมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อนแล้วจึงนำการรับรู้นั้นมาคิดและตัดสินใจ จากนั้นจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรม (สุรพล, 2541 อ้างตาม แก้วฤทัย, 2548) บุคลากรมีการรับรู้อยู่ในระดับดีมากทำให้แปลความหมายสิ่งเร้าต่างๆได้ดี ซึ่งสิ่งเร้าในที่นี้คือ การจัดการความปลอดภัย รวมทั้งการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ดังนั้นเมื่อบุคลากรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดีมากด้วย แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.19) มีประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานน้อย ประกอบกับไม่ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยใน

การทำงาน (ตาราง 8) ค่าเฉลี่ยการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.32, SD=0.88) ทั้งในประเด็นของการส่งบุคลากรไปรับการอบรมจากภายนอกและการจัดกิจกรรมวิชาการภายในห้องผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2547) พบว่า บุคลากรกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยสูงกว่าบุคลากรกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมความปลอดภัย การส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นองค์การควรมีการกำหนดนโยบาย และการวางแผนเกี่ยวกับการฝึกอบรมความปลอดภัยอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาวนา (2544) พบว่าการสนับสนุนจากหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานหรือการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าในระดับสูง จะทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในระดับสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งหมายถึงองค์การที่ผู้นำมีความยึดมั่นต่อความปลอดภัย มีพฤติกรรมของผู้นำที่ให้การสนับสนุน แสดงความเอาใจใส่ต่อความปลอดภัยของบุคลากร เปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร สามารถแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน จะเป็นการจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานที่ปลอดภัยสูงขึ้น (Barling, Kelloway, & Iverson, 2001)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

จากผลการวิจัย (ตาราง 13) พบว่าการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r=-.07$, $p>0.5$)ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายของพยาบาลห้องผ่าตัดอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด แม้ว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดมีการจัดการสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยในการปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด หากพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ย่อมส่งผลให้เกิดอันตรายจากการทำงานได้ จากการศึกษาของเพชรไสวและคณะ (2546) เกี่ยวกับการสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล พบว่า อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุขึ้นอยู่กับความเร่งรีบใน

การปฏิบัติงาน การทำหัตถการ รวมทั้งการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน หรือใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน ทำให้มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง จะเห็นได้ว่าแม้อุบัติเหตุหรือความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นกับบุคลากรที่ขาดความระมัดระวัง หรืออยู่ในสภาวการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายได้ ภายใต้ความระมัดระวัง และสภาพการณ์ที่ดี บุคลากรก็อาจได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานได้ ดังเช่นแนวคิดของทราเวิร์ส (Travers, 1988) ได้สรุปปัจจัยการเกิดความไม่ปลอดภัยจากการทำงานไว้ 3 ประการ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัยที่เกิดจากตัวบุคคลไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัย สภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัยที่เป็นผลจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานรวมไปถึงลักษณะการทำงานที่ต้องอยู่เวร และการเชื่อมต่อของการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากบุคลากรขาดความระมัดระวังหรือสภาพการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายได้

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย กับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

จากการวิจัย (ตาราง 13) พบว่า พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งโดยรวม ($r=-.18$, $p\leq.05$) และรายด้าน อภิปรายได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยสูง แต่อาจจะเกิดหรือไม่เกิดอันตรายจากการทำงานได้ แม้ว่าบุคลากรมีความตระหนักในเรื่องสิทธิและโอกาสเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของตนเอง เพราะหากบุคลากรต้องประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน ย่อมทำให้ขาดแคลนบุคลากร ทำให้ปริมาณการผลิต และบริการลดลง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของพิมพ์จันทร์ (2544) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้สภาพการทำงานที่เป็นอันตรายและการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงานฝ่ายบริการลานอากาศยาน บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) พบว่าการรับรู้สภาพการทำงานที่เป็นอันตรายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของพิมพ์พรรณ และเบญจมาศ (2546) เกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า อัตรากำลังในการทำงานเป็นช่วยให้เกิดการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เพราะจำนวนบุคลากรที่พอเพียงนำมาซึ่งความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลและผู้ใช้บริการ ปริมาณงานที่มาก ทำให้ผู้ปฏิบัติต้องเร่งรีบขาดความระมัดระวัง ก่อให้เกิดอุบัติเหตุอันตรายจากการปฏิบัติงานได้ แม้ว่าจะมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยก็ตาม ทั้งนี้อาจอภิปรายได้ว่า ในสภาพการทำงานของห้องผ่าตัด เช่น ในขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด การช่วยเหลือแพทย์ผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด

เหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องดำเนินการและตัดสินใจด้วยตนเองตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งในบางราย การตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน ทำให้เกิดความเร่งรีบ ส่งผลให้เกิดอันตรายจากการทำงานได้ ซึ่งเป็นไปตามสาเหตุของการเกิดความไม่ปลอดภัยตามแนวคิดของรีสัน (Reason, 1997) ที่อธิบายว่าความไม่ปลอดภัยจากการทำงานของบุคลากรเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ ความผิดพลาดเชิงบุคคล และความผิดพลาดเชิงระบบ ดังนั้นสิ่งที่เกี่ยวข้องจึงอาจเกิดจากตัวบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนได้

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ และ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย กับความไม่ปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้

ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยสถิติสหสัมพันธ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของฟีน้านเดส-มูเนซ์และคณะ (Fernández-Muñiz et al., 2007) (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด และ (4) แบบสอบถามอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSHA, 2007)

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.95, 0.96 และ 0.82 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจสอบความสอดคล้องภายในของคำถาม ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ

แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบสอบถามอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด เท่ากับ 0.98, 0.89 และ0.79 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลระดับการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และระดับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย กับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’ s product moment correlation coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน(Spearman correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.03 มีอายุเฉลี่ย 38.35 ปี (SD=7.95) สูงสุด 59 ปี ต่ำสุด 23 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 92.1 มีระดับการศึกษาขั้นสูงสุดปริญญาตรีร้อยละ 96.82 ระดับปริญญาโทร้อยละ 2.38 และระดับปริญญาเอกร้อยละ 0.8 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 13.76 ปี (SD=8.64) สูงสุด 38 ปี ต่ำสุด 1 ปี ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 23.81 มีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/ โรงพยาบาล ร้อยละ 33.34

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.66, SD=0.71) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการวางแผน (M=2.91, SD=0.76) ด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล (M=2.76, SD=0.75) ด้านการควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ (M=2.74, SD=0.79) ด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัย (M=2.70, SD=0.76) และด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร (M=2.54, SD=0.84)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ (M=3.62, SD=0.41) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านกายภาพ (M=3.49, SD=0.51) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านเคมี (M=3.43, SD=0.65) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการยศาสตร์ในการทำงาน (M=3.43, SD=0.56) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (M=3.00, SD=0.54) และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านจิตใจ (M=2.69, SD=0.65)

อันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ แต่ด้านการยศาสตร์ในการทำงานที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.62, SD=0.85)

การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r=.46$, $p\leq.01$)

การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r=-.07$, $p>0.5$)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r=-.18$, $p\leq.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารระดับสูงขององค์การพยาบาลควรมีการนำข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน มีการตรวจสอบติดตาม ทบทวน สภาพการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสภาพการทำงาน ลักษณะงาน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และโครงสร้างของห้องผ่าตัด

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงานของห้องผ่าตัด โดยแต่งตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าห้องผ่าตัด

และสมาชิกทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อช่วยกันสำรวจความเสี่ยงและอันตรายจากการทำงานในด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และอุบัติเหตุจากการทำงาน เพื่อให้สามารถระบุได้ว่าผู้ปฏิบัติได้ดำเนินกิจกรรมภายนอกขอบเขตภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ภายใต้โครงสร้างการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน

3. จากผลการวิจัยพบว่าการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำที่สุด ผู้บริหารควรมีการจัดฝึกอบรมบุคลากรในด้านการส่งเสริมการทำงานที่ปลอดภัย รวมทั้งการสำรวจความต้องการในการฝึกอบรมของบุคลากร

4. จากผลการวิจัยพบว่าอันตรายจากการทำงานด้านการยศาสตร์ของพยาบาลห้องผ่าตัดมีระดับปานกลาง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของบุคลากร ดังนั้นผู้บริหารควรมีการประเมินทางการยศาสตร์ในการทำงาน เพื่อมาปรับปรุงการทำงานและสภาพการทำงานรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด

2. จากผลการวิจัยพบว่าอันตรายจากการทำงานด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบในการใช้ท่าทางในการทำงานที่ปลอดภัยแก่พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน

บรรณานุกรม

กันยา สุวรรณแสง. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพฯ: รวมสาสน์ จำกัด.

กันยา ออประเสริฐ. (2542). การพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (4)*, 1-4.

กาญจนา จันทร์ไทย. (2540). *การเรียนการสอนทางการพยาบาลห้องผ่าตัด.* เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ฯ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร.

กฤษดา แสวงดี, ธีรพร สถิรอังกูร, สุวิภา นิตยางกูร, เรวดี ศิรินคร และมนทกานติ ตระกูลดิษฐ์. (2542). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.

กฤษฎา แสวงดี. (2552). วิจัย 50 ปี กับพยาบาล 5,000 คน. *วารสารNursing Time*, *1*(12), 6-8.

กณิกนันต์ นรินทรกุล ณ อยุธยา. (2547). เลเซอร์และการป้องกันอันตรายจากการใช้แสงเลเซอร์ในห้องผ่าตัด. *วารสารชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 7*(9), 49-53.

กิตติ อินทรานนท์. (2544). *วิศวกรรมความปลอดภัย : พื้นฐานของวิศวกร.* กรุงเทพมหานคร: สมาคมวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย.

กุศลธิดา โสมพงษากุล. (2551). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานต่อการปฏิบัติและอุบัติการณ์สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

กุลยา ตันติผลาชีวะ, และส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. (2541). วิชาชีพการพยาบาลในยุคเศรษฐกิจถดถอย. *สารสภาการพยาบาล, 13*(1), 1-7.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *คู่มือการพัฒนางานห้องผ่าตัด.* กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานจัดทำแนวทางการพัฒนางานห้องผ่าตัด.

กองการพยาบาล. (2540). *เกณฑ์การกำหนดตำแหน่งในสายงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล.* กรุงเทพฯ: โครงการตำรากองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.

กองการพยาบาล. (2544). *การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการผู้ป่วยผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2550). *ความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทต่างๆ ในโรงพยาบาล*.

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการของประเทศไทย ณ วันที่ 31 มกราคม 2552*. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา, กรุงเทพมหานคร.

แก้วฤทัย แก้วชัยเทียน. (2548). *การรับรู้การจัดการความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

ขจิตพรรณ เหลืองวิรุจน์กุล. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานกับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

จิริสุดา ธานีรัตน์. (2550). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพยาบาลในโรงพยาบาลปทุมธานี. *วารสารวิชาการเขต 12. 18*(4.2), 1-11.

จิราภรณ์ ศานติสุข, และจุฑามาศ ค้าแพรดี. (2547). *การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด : ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด 2*. (หน้า 79-87) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

จันทนา ชื่นวิสิทธิ์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ สภาพแวดล้อมภายในองค์การกับความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จันทร์ธิลา ศรีกระจ่าง. (2545). *ผลของการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ฉันทนา ผดุงทศ. (2545). ตรวจสุขภาพสาวโรงงาน. *วารสารคลินิก*, *208*(18), 271-276.

ชไมพร เป็นสุข, สีลม แจ่มอุลิตรัตน์, และถวัลย์ เบญจวัง. (2549). ผลของแผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากของมีคมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร. 24*(4), 305-313.

ชลอ น้อยเผ่า. (2544). *การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ชาดากานต์ ผโลประการ. (2544). การดูแลรักษาบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสเชื้อ HIV จากการปฏิบัติงาน. *วชิรเวชสาร, 45*(3), 237-242.

ชูศรี มโนการ. (2548). *การวิเคราะห์ตัวประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

เทพนม เมืองแมน, และสวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมองค์การ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

ธัญญลักษณ์ โอบอ้อม. (2540). *พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร

นิตยา โพธิ์ศรีขาม. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ การรับรู้ความเสี่ยง กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานระดับปฏิบัติการ : ศึกษากรณีโรงงานประกอบรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ*.วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร

นงนภัส แดงฉ่ำ. (2546). *การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจมาศ ทิวทอง. (2544). กิจกรรมการบริหารของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เบญจมาศ หล่อสุวรรณ. (2544). ปัจจัยคัดสรร ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ : กรณีศึกษาพยาบาลในห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เบญจา มุกสกุล. (2545). *สภาพแวดล้อมในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ประกาย วิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล แนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติ*. นนทบุรี: บริษัทสร้างสื่อจำกัด.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภัสสร นาวเหนียว. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพมหานคร.

ปัทมาวดี กฤษณามระ. (2541). *โรคตับอักเสบจากไวรัสบี*. ใน วิชัย โชควิวัฒน์ (บรรณาธิการ). โรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาใหม่: 3 คู่มือโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ (หน้า 72-79). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรจำกัดแห่งประเทศไทย.

พรพิมล ผดุงสงฆ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความอิสระในงาน กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

พิมพ์จันทร์ เทียงเสวต. (2544). *การรับรู้สภาพการทำงานที่เป็นอันตราย และการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงานฝ่ายบริการลานจอดอากาศยาน บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน)*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์หาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, กรุงเทพมหานคร.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2548). *แนวคิด หลักการการพยาบาลอาชีวอนามัย: ทฤษฎีและการปฏิบัติ.* กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ. (2546). ความเสี่ยงทางสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล.*วารสารการพยาบาล. 49*(3).151-156.

พัทนัย แก้วแพง, ธัญลักษณ์ ขวัญสุข, และณัฐณิชา ไชยเอียด. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร.24*(2).111-116.

เพชรไสว ลิ้มตระกูล, ประสบสุข ศรีแสนปาน, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ปิยนุช บุญเพิ่ม, อุสาห์ ศุภรพันธ์ และสมจิต แดนสีแก้ว. (2546). การสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 26*(3).53-60.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2542). *สาระการบริหารการพยาบาล.* โครงการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.

ภาวนา ประดิษฐ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความอิสระในงาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทสนับสนุน กับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ภาสกร อัครเสวี. (2552).*วัณโรค: ปัญหาการควบคุมและรักษาในปัจจุบัน.* ใน หมอประจำครอบครัว ชุดที่ *13* (หน้า 18-32). เชียงใหม่ : คณะแพทยศาตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มนัส วงษ์เสงี่ยม. (2542). *การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์.* ใน บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ), วัณโรค (พิมพ์ครั้งที่ 4) (หน้า 618-640). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยง ภู่วรวรรณ. (2544).*สัมนาวิชาการเรื่องโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ : ไวรัสตับอักเสบในศตวรรษใหม่.* วันที่ 3-5 เมษายน 2544 .กรุงเทพมหานคร: กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

รัชนีกร ชมสวน. (2542). *อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล.* กรุงเทพมหานคร: โอวิทย์.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรณู อาจสาลี. (2542). พยาบาลห้องผ่าตัด: บทบาทและหน้าที่. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2) 19-20.*

เรณู อาจสาลี. (2550). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด*: *Perioperative Nursing*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส.

ลักขณา สรีวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.* กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2551). ความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 1*(2). 61-66.

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2545). *ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

วันทนีย์ คุปวานิชพงษ์. (2549). *การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการปฏบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.

วันทนีย์ พันธ์ประสิทธิ์. (2542). สุขศาสตร์อุตสาหกรรม.ใน สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวัง, และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ), *ตำราอาชีวเวชศาสตร์* (หน้า 65-81). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. (2545). การจัดการทางการพยาบาล กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ: ประเด็นและแนวโน้มเกี่ยวกับการจัดการทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิยมวิทยา.

วิทยา อยู่สุข. (2549). *สาระการเรียนรู้วิชา อาชีวอนามัย และความปลอดภัย Occupational Health and Safety.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรการพิมพ์.

วิทยา อยู่สุข. (2544). *อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรการพิมพ์.

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก.* กรุงเทพมหานคร: บริษัทด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.

วรรณา จงจิตรไพศาล. (2547). *การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐ ในประเทศไทย พ.ศ.*

2547. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรมหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ศุภนาฏ ยินเจริญ. (2553). *การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานที่ทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). *Patient Safety concept and practice: ระบบกับความปลอดภัย.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์ จำกัด.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. หน้า 42-55.*

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). แนวทางการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. เอกสารประกอบคำบรรยายในการประชุม *Thai Patient Safety Goals* วันที่ 10-14 มีนาคม 2551. กรุงเทพมหานคร: เมืองทองธานี.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, และพินทุสร เหมพิสุทธิ์. (2544). *กลไก นโยบาย และบทบาทของส่วนต่างๆในสังคม เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.* เอกสารประกอบการบรรยาย, สถาบันการวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมพร เจษฎาญาณเมธา. (2548). ความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

สมสมร เรืองวรบูรณ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

แสงมณี คำบุญเฮือง. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นแผนกพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์กลาง นครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2541). การพยาบาลในห้องผ่าตัด: จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม.

วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร, 4 (2), 204-212.

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2544). *จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: ธีระป้อมวรรณกรรม.

สุรพล สุวรรณกูล, และยุวดี ตันติวัฒนาไพบูลย์. (2544). *การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาล: โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3 สำนักพิมพ์ แอล ที เพรส: กรุงเทพมหานคร.

เสาวลักษณ์ ฟูปินวงศ์, และเพณณินาท์ โอเบอร์เดอร์เหอร์. (2551). ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลจากการปฏิบัติงานของบุคลากรที่สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง. *จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย,18*(1),5-12.

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2551). คู่มือประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล.

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. (2552). *โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่*. วันที่ค้นข้อมูล 16 ตุลาคม 2552 จากเวบไซต์ http://beid.ddc.moph. .th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=2110271&Itemid=242.

อดุลย์ บัณฑุกุล. (2544). ความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล. คู่มืออาชีวเวชศาสตร์ 2000. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเทคโนโลยี.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2541). *การบริหารความเสี่ยง*. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2541 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคม. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไวร์จำกัด.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล*. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร.

อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2543). บทความทางวิชาการ: หัวข้อวิจัยในห้องผ่าตัดในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 5*(2): 42-50.

อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2547). *ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด 2*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

โอบเอื้อ หิรัญรัศ.(2542). *การติดต่อสื่อสารในกระบวนการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

Barlin , J., and Zacharators, A. (2001). *Human resource management and occupational safety.* School of Business, Queen's University, Kin ton, Ontario.

Barlin , J., Kelloway, K.E., and Iverson, R.D. (2001). *High quality work, employee morale and occupational injuries*. School of Business, Queen's University, Kin ton, Ontario.

Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursin practice. California, N.Y.: Addison-Wesley.

Bradley, N. D., Thomas, E. V., Kimberly, D. M., Susan, E. B., Robert, F. W., Kristi, J. F., and James, C. T. (2003). Percutaneous Injury, Blood Exposure, and Adherence to Standard Precautions: Are Hospital-Based Health Care Providers Still at Risk?. Clinical Infectious Diseases 2003. (37). 1006–1013.

Burns, N., & Grove, S. K. (1997). The practice of nursin research: Conduct, critique, & utilization (3 nd ed.). Philadelphia, P.A.: W.B. Saunders.

Center for Disease Control and Prevention. (2001). *Updated U.S. Public Health Service Guideline for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendation for Posexposure Prophylaxis. Morbidity Moprtality Weekly report*, 50 (RR-11), 1-42.

Fernández-Muñiz, Montes-Peón & Vázquez-Ordás. (2007). Safety mana ement system: Development and validation of a multidimensional scale. *Journal of loss prevention in the process industries 20*, 52-68.

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, Recommendation of CDC Practices Advisory Committee (HICPAC), 2003.

Hind, M., and Wicher, P. (2000). *Principles of Perioperative Practice*. Edinbur h : Churchill Livin stone.

Ja er, J., Bentley, M., &Tereskerz, P. (1998). A study of patterns and prevention of blood exposures in OR personnel. *AORN Journal, 67*, 979, 981, 983-984.

Joanna, K. F. (2005). *Chapter 14 Environmental Hazards*. Sur ical Technolo y : Principles and Practice. Fourth Edition volume 1, 271-291.

Keller, R.L., & Rackley, W.P. (1999). *Safety manager's handbook*. Wisconsin: J.J. Keller and Associate.

Kirwan, B. (1998). Safety mana ement assessment and risk analysis: A missin link? In A Hale, & M.Baram (Eds.). Safety mana ement: The challen e of chan e. (pp.67-92). Oxford: Elsevier.

Labodová, A. (2004). Implementin inte rated mana ement systems usin a risk analysis based approach. *Journal of Cleaner Production, 12,* 571-580.

Lamphear, B.P., Linnemann, C.C.J.R., Cannon, C.G., Deronde, M.M., Pendy, L., & Kerley, L.M. (1994).*Hepatitis C Virus infection in health care worker : Risk of exposure and infection*. Infection Control and Hospital Epidemiolo y, 15, 745-50.

Lois, M.B. (1995). Environmental safety in the sur ical suite: Preoperative nursin core curriculum. Philadelphia, P.A.: W.B. Saunders.

Mearns, K., Whitaker, S. M., &Flin, R. (2003). Safety climate, safety mana ement practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science. 41*, 641-680.

Medin , B., Wran sjo, K., & Hasellhorn, H. M. (1999). *Occupational dermatomes among health care. workers. In H.M. Hasselhorn, A.Toomingas, M.lageratrom (Eds),* Occupational Health for Health Care Worker (pp.103-110). Stockholm: Elsevier.

Mitsui, T., Iwano, K., & Masuko, K. (1992). *Hepatitis C virus infection in medical personal after needlestick accident. Hepatology*, *16*(10), 9-14.

Nancymarie Fortunato Phillips, (2000). *Berry & Kohn operating room technique. (10 th ed.),* Mosby Elsevier Health Sciences, St. Louis , MO.

Neal, A.& Griffin, M.A. (1997). *Perception of safety at work: Developing a model to link organizational safety climate and individual behavior.* Paper presented to the 12th Annual conference of the society for industrial and or anizational psycholo y, St. Louis.

Occupational Safety and Health Administration. (2007). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers.* Retrived May 10, 2009 from : http://www.osha. ov/Publications/OSHA3148/osha3148.html.

Parker,S. K., Axtell, C. M., & Turner, N. (2001). Desi nin a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of Occupational Health Psychology, 6*(3): 221-228.

Phyllis, A. A., and Brain, H. K. (2000). New development concernin mana in human factors for safety. *Management Research News, 23*(7/8): 18-23.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.*(8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Reason, J. (1997). *Managing the risk of organization accidents*. En land: Ash a ate Publishin Limited.

Ro er, B.(1997). Health hazards in nursin and health care: An overview. *American Journal of Infection Control, 25*,248-261.

Travers, A. W. (1988). Supervision techniques and new dimensions. New Jersey, N.J.: Prentice-Hall.

Zohar, D (1980). Safety climate in industrial or anizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology, 65*: 96-102.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 42 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ

   [ ] 1. ชาย [ ] 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. สถานภาพ

   [ ] 1. โสด [ ] 2. สมรส

   [ ] 3. ม่าย/หย่า/แยก [ ] 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

   [ ] 1. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

   [ ] 2. ปริญญาโท สาขา.....

   [ ] 3. ปริญญาเอก สาขา.....

5. ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด.....ปี.....เดือน

6. แผนกผ่าตัดที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน

   [ ] 1. ศัลยกรรมทั่วไป [ ] 2. ศัลยกรรมจักษุ [ ] 3. ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

[ ] 4. ศัลยกรรมประสาท[ ] 5. ศัลยกรรมตกแต่ง [ ] 6. ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก

[ ] 7. สูติ-นรีเวชกรรม [ ] 8. ศัลยกรรมกระดูกและข้อ

[ ] 9. ศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ [ ] 10. หมุนเวียนไปทุกแผนก

7. ลักษณะการเข้าเวรของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ] 1. เวรเช้า [ ] 2. เวรบ่าย [ ] 3. เวรดึก [ ] 4. เวร on call

8. การปฏิบัติงานพิเศษ/ ล่วงเวลาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอื่น

[ ] 1. ไม่ปฏิบัติ

[ ] 2. ปฏิบัติ เฉลี่ยสัปดาห์ละ.....ชั่วโมง

9. สุขภาพโดยรวมของท่าน

[ ] 1. แข็งแรงดี

[ ] 2. เจ็บป่วยเล็กน้อย

[ ] 3. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

10. การตรวจสุขภาพประจำปี

[ ] 1. ไม่เคยตรวจ

[ ] 2. เคยตรวจ ……ครั้ง หลังสุดเมื่อ.....

ผลการตรวจสุขภาพครั้งหลังสุดเป็นอย่างไร

[ ] 1. ปกติ

[ ] 2. ผิดปกติ…….. ……

11. การลาป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

[ ] 1. ไม่ลา

[ ] 2. ลา .....วัน เนื่องจาก.....

12. ประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

[ ] 1. ไม่เคย

[ ] 2. เคยได้รับ.....ครั้ง

1) เรื่อง.....

2) เรื่อง.....

13. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/ โรงพยาบาล

[ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. มี

1) เรื่อง.....

2) เรื่อง.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 42 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงแต่ละข้อความมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

คะแนน	ความหมาย
4	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมากที่สุด
3	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมาก
2	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดปานกลาง
1	กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดน้อย
0	กิจกรรมนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติงานหัวหน้าห้องผ่าตัด

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
การกำหนดนโยบายความปลอดภัย หัวหน้าห้องผ่าตัดของท่าน 1. กำหนดนโยบาย/ เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรของห้องผ่าตัดในด้านต่างๆ เช่น ด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี เป็นต้น					
2. นโยบายความปลอดภัยที่หัวหน้าห้องผ่าตัดประกาศให้บุคลากรทราบสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล					
3. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตัวชี้วัดความ					

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
ปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัดในรอบปีที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายความปลอดภัยของปีปัจจุบัน					
4. นำข้อคิดเห็นของบุคลากรจากการประชุมมาเป็นแนวทางในการกำหนดเป็นนโยบายการจัดการความปลอดภัยของห้องผ่าตัด					
5. ประกาศในที่ประชุมเพื่อให้บุคลากรรับทราบเกี่ยวกับนโยบายความปลอดภัยในการทำงานห้องผ่าตัดในด้านต่างๆ เช่น ด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี					
6. โน้มน้าวให้บุคลากรทุกระดับเห็นความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายของการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัดในการประชุมของห้องผ่าตัด					
7. กำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด เช่น แนวปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อ แนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามหลักการยศาสตร์ (การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีผู้ช่วย หรืออุปกรณ์ผ่อนแรง)					
การวางแผน หัวหน้าห้องผ่าตัดของท่าน 8. กำหนดแผนป้องกันความไม่ปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรห้องผ่าตัดในภาวะปกติด้านต่างๆ เช่น แผนป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน แผนป้องกันอัคคีภัยของห้องผ่าตัด					
9. กำหนดแผนการป้องกันความไม่ปลอดภัยในการ					

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
ทำงานของบุคลากรที่อาจเกิดในภาวะฉุกเฉิน เช่น แผนเคลื่อนย้ายในกรณีเกิดไฟไหม้					
10. กำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนในการปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดไว้ล่วงหน้า เช่น การปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย					
11. กำหนดแผนฝึกซ้อมในกรณีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น เช่น การซ้อมแผนอัคคีภัย					
12. กำหนดแผนตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรไว้ในแผนปฏิบัติของห้องผ่าตัด เช่น การ x – ray ปอด การเจาะเลือด					
13. วางแผนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์ที่ส่งเสริมความปลอดภัยด้านกายรศาสตร์ในการทำงานของบุคลากร เช่น เตียงที่เหมาะสมกับการผ่าตัดแต่ละชนิด แผ่นสไลด์ช่วยยกตัวผู้ป่วย					
14. กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เหมาะสมกับความรู้/ความสามารถเพื่อลดความเครียดจากการทำงาน					
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร หัวหน้าห้องผ่าตัดของท่าน 15. เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานในห้องผ่าตัด					
16. มอบหมายให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบดูแลด้านความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด					
17. กระตุ้นให้บุคลากรห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการการทำงานเพื่อป้องกันความไม่					

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างทำงาน เช่น การจัดกิจกรรมทบทวนปัญหาที่เป็นเหตุให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน					
18. กระตุ้นให้บุคลากรในห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงวิธีทำงานเพื่อสร้างปลอดภัย เช่น การให้สัญญาณก่อนส่งอุปกรณ์มีคม					
19. โน้มน้าวให้บุคลากรรับรู้ว่าทุกคนในห้องผ่าตัดมีส่วนรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตนเองและเพื่อนร่วมงาน					
20. จัดแสดงสถิติการเกิดความไม่ปลอดภัย/อุบัติเหตุในการทำงานให้บุคลากรรับทราบ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีความระมัดระวังในการทำงาน					
21. ให้การเสริมแรงแก่ผู้บุคลากรที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เช่น ให้รางวัล/ คำชมเชยแก่บุคลากรที่ใส่ถุงมือ 2 ชั้นในการส่งเครื่องมือ					
การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย หัวหน้าห้องผ่าตัดของท่าน 22. ประเมินความต้องการฝึกอบรมเพื่อการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดของบุคลากรห้องผ่าตัด					
23. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรห้องผ่าตัดเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานที่จัดโดยหน่วยงานภายนอก					
24. จัดกิจกรรมประชุม/อบรม/สัมมนาทางวิชาการให้บุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับความรู้ด้านการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง					

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
25. จัดให้มีการนำเหตุการณ์ผิดพลาด/ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงานมาทบทวนและ/หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้					
26. จัดหาข้อมูล หนังสือ ตำรา และสื่ออื่นๆ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานห้องผ่าตัดให้บุคลากรได้อ่านอย่างทั่วถึงและเพียงพอ					
27. สนับสนุนเวลา/ ทรัพยากร/ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับบุคลากรที่ต้องการพัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน					
28. กระตุ้นให้บุคลากรห้องผ่าตัดนำเสนอผลงานคุณภาพ/ นวัตกรรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในเวทีต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล					
การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล หัวหน้าห้องผ่าตัดของท่าน 29. ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร วิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การติดป้ายประกาศ/ หนังสือเวียน					
30. จัดให้มีการติดป้ายรณรงค์และสร้างความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการทำงานในพื้นที่ต่างๆ ของห้องผ่าตัด เช่น ป้ายรณรงค์ล้างมือ					
31. กำหนดให้มีการส่งเวรทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นห้องผ่าตัดเพื่อให้บุคลากรรับทราบทั่วกัน					
32. แจ้งให้บุคลากรทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย					

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เช่น เมื่อถูกอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ					
33.เน้นย้ำให้บุคลากรในห้องผ่าตัดเห็นความสำคัญของท่าทางในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เช่น ท่าทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ อุปกรณ์ขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักมาก					
34. นำความรู้ใหม่ๆ/ ผลการวิจัย/ นวัตกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดมานำเสนอให้บุคลากรทราบอย่างสม่ำเสมอ					
35. เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นในโรงพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัดจะสื่อสารข้อมูลให้บุคลากรในห้องผ่าตัดรับทราบเพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เกิดขึ้น					
การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ หัวหน้าห้องผ่าตัดของท่าน 36. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของบุคคลากรห้องผ่าตัด					
37. นำข้อมูลการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดของบุคลากรมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน					
38. นิเทศการทำงานของบุคลากรห้องผ่าตัดให้เป็นไปตามนโยบาย/ กฎระเบียบ/ ข้อบังคับความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด เช่น การช่วยผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อ HIV					
39.ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรเมื่อไม่ปฏิบัติตามนโยบาย/ กฎระเบียบ/ ข้อบังคับความปลอดภัย เช่น การไม่สวมเสื้อตะกั่วขณะใช้รังสีรักษา					

กิจกรรม	ระดับข้อคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
	4	3	2	1	0
40. กระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในความปลอดภัย เช่น ตรวจสอบถังดับเพลิงในห้องผ่าตัด					
41. ติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด เช่น อัตราการเกิดของมีคมทิ่มตำ					
42. นำผลการประเมินตนเองด้านการจัดการความปลอดภัยไปเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงงาน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 25 ข้อ

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

คะแนน	ความหมาย
4	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติทุกครั้งขณะทำงาน
3	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ขณะทำงาน
2	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นบางครั้งขณะทำงาน
1	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นส่วนน้อยขณะทำงาน
0	ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดไม่เคยปฏิบัติขณะทำงาน

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	ระดับพฤติกรรม				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติส่วนใหญ่	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติส่วนน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
	4	3	2	1	0
เมื่อทำงานในห้องผ่าตัด ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด					
1. ดูแลความสะอาดบริเวณที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด					
2. วางอุปกรณ์/ เครื่องมือเครื่องใช้/ สารเคมี ในห้องผ่าตัดในตำแหน่งที่กำหนด					
3. เมื่อพบเครื่องมือ/ อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ชำรุด ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบทราบทันที					
4. เมื่อพบสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่เสี่ยงต่ออันตรายในการปฏิบัติงาน เช่น ปริมาณแก๊สดมยาสลบเกินค่ามาตรฐาน ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบทราบทันที					
5. สวมถุงมือ 2 ชั้น ขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด					
6.สวมแว่นตา ขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด					
7. เมื่อต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น แว่นตา เสื้อตะกั่ว รองเท้าบูท					
8. เมื่อทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ท่านจะทำความ					

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	ระดับพฤติกรรม				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติส่วนใหญ่	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติส่วนน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
	4	3	2	1	0
สะอาดห้องผ่าตัดตามแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อ					
9. เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน เช่น ของมีคมทิ่มตำ ท่านรายงานด้วยวาจาให้ผู้รับผิดชอบรับทราบทันที					
10. เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน เช่น สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อกระเด็นเข้าตาท่านเขียนรายงานอุบัติการณ์					
11. เมื่อต้องปฏิบัติเกี่ยวกับสารเคมี เช่น การผสม Cidexท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันครบชุด (แว่นตา ถุงมือ หน้ากาก)					
12. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ผ่อนแรง และใช้ทีมในการเคลื่อนย้ายมากกว่า 2 คน					
13. เมื่อต้องยืนส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นเวลานาน ท่านจะยืนแยกเท้า ถ่ายน้ำหนักตัวลงเท้าทั้ง 2 ข้างเท่าๆกัน และถ่ายน้ำหนักสลับขากันเป็นระยะๆ					
14. จัดสรรเวลาเพื่อการพักผ่อนที่เพียงพอเพื่อจะได้ไม่ง่วง/เหนื่อยล้า ขณะปฏิบัติงาน					
15. เมื่อเกิดความเมื่อยล้าขณะทำงานท่านจะหยุดพักสักครู่แล้วจึงทำงานต่อ					
16. ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานด้วยความเต็มใจโดยไม่ต้องร้องขอ					
17. ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานเมื่อต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก					
18. เต็มใจแลกเปลี่ยนเวร/ ปฏิบัติงานแทนเมื่อเพื่อนร่วมงานมีปัญหาสุขภาพ					

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	ระดับพฤติกรรม				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติส่วนใหญ่	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติส่วนน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
	4	3	2	1	0
19. เมื่อพบว่าเพื่อนร่วมงานมีความเครียดจากการปฏิบัติงานท่านจะแจ้งหัวหน้าห้องผ่าตัดทราบทันที					
20. ตรวจสอบประสิทธิภาพ/ ความพร้อมของอุปกรณ์/ เครื่องมือ ในห้องผ่าตัดก่อนปฏิบัติงาน					
21. ไม่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ชำรุด					
22. ให้คำแนะนำทันทีเมื่อเพื่อนร่วมงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย					
23. เสนอหัวหน้าห้องผ่าตัดให้ปรับปรุงสถานที่จัดเก็บอุปกรณ์/ เครื่องมือผ่าตัดให้หยิบใช้ได้สะดวกและปลอดภัย					
24. มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดให้มีปลอดภัยมากขึ้น					
25. มีส่วนร่วมในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นในห้องผ่าตัดเพื่อหาวิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

คะแนน	ความหมาย
4	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นประจำ
3	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
2	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัด 3-4 ครั้ง/เดือน
1	เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัด 1-2 ครั้ง/เดือน
0	เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับพยาบาลห้องผ่าตัด

อันตรายจากการทำงาน	เป็นประจำ	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	3-4 ครั้ง/เดือน	1-2 ครั้ง/เดือน	ไม่เกิดขึ้น
	4	3	2	1	0
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านขณะปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากน้อยเพียงใด					
1. ไอน้ำร้อน/ ความร้อนจากหม้อนึ่งไอน้ำลวก					
2. หน้ามืด/ เป็นลม เนื่องจากการระบายอากาศในห้องผ่าตัดไม่ดี					
3. ของมีคมทิ่มตำระหว่างปฏิบัติงาน					
4. สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ กระเด็นเข้าตา					
5. ได้รับเชื้อไข้หวัด 2009					
6. ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น เสื้อตะกั่ว ปลอกคอเมื่อทำงานที่เกี่ยวข้องกับรังสี					
7. ผิวหนังสัมผัสกลูตารอลดีไฮด์ (Glutaraldehyde) หรือ ไซเด็กซ์ (Cidex) โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน					
8. มีอาการแพ้น้ำยา scrub มือ เช่น คัน มีผื่น					
9. มีอาการแพ้ลาเท็กซ์ (ยางที่ทำถุงมือ) เช่น คัน มีผื่น					

อันตรายจากการทำงาน	เป็นประจำ	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	3-4 ครั้ง/เดือน	1-2 ครั้ง/เดือน	ไม่เกิดขึ้น
	4	3	2	1	0
10. ช่วยแพทย์ในการผ่าตัดด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม					
11. อุ้ม/ ยก/ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก					
12. ส่งเครื่องมือ/ ยืนช่วยแพทย์ผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมง/ ต่อเนื่องโดยไม่มีเวลาพัก					
13. ลาป่วยเนื่องจากอาการปวดหลัง					
14. รู้สึกว่าต้องทำงานที่มีมากจนเกินกำลังความสามารถ					
15. เครียดจากภาระงานที่มากจนมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ					
16. เครียดจากการทำงานร่วมกับทีมสห-สาขา					
17. ไม่สามารถตัดสินใจ และแก้ปัญหาในการทำงานของตนเอง					
18. อุปกรณ์/ เครื่องมือ/ เครื่องใช้ในการผ่าตัด กระแทก/หนีบ/บาด					
19. ลื่นล้มขณะปฏิบัติงานหรือสะดุดสิ่งของในห้องผ่าตัดจนหกล้ม					
20. ศีรษะชนโคมไฟ/ อุปกรณ์อื่นๆหล่นใส่					

ด้วยความขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง จาก ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภาควิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

ดิฉัน นางสาวสุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ ท่านเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการทำแบบสอบถามตามความเป็นจริงซึ่งคำตอบจากแบบสอบถามที่ท่านได้ให้ข้อมูล จะได้รับการเปิดเผยในภาพรวม และจะไม่มีผลเสียต่อหน้าที่การงานที่ท่านปฏิบัติ รวมทั้งข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปใช้อ้างอิงในการวิจัย และจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ท่านมีสิทธิ์เลือกในการเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้ดำเนินการวิจัยทราบก่อนจะสิ้นสุดการวิจัย

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณท่านมาในโอกาสนี้ด้วย กรณีมีข้อสงสัยสอบถามได้ที่เบอร์โทร 083-1908802

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี)
...../...../.....

สถานที่ติดต่อ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสตูล
เลขที่ 55/1 ถ.หัตถกรรมศึกษา ต.พิมาน
อ.เมือง จ.สตูล 91000

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1.	ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพิชญา พรรคทองสุข	อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน หน่วยงานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
3.	คุณคิดชนก อนุชาญ	หัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวสุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5110421096

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2545

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสตูล