



ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสาร
เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด
Effects of the Simulation-Based Learning Program Toward Knowledge and
Communication Skills for Patient Safety of Perioperative Nurses

นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์
Nantachon Phetprasit

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
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

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสาร
เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด
Effects of the Simulation-Based Learning Program Toward Knowledge and
Communication Skills for Patient Safety of Perioperative Nurses

นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์
Nantachon Phetprasit

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
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

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะ
การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด
ผู้เขียน นางสาวนันท์ชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์
สาขาวิชา การบริหารทางการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตีวรรณ ปุรินทรภิบาล)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการ
พยาบาล

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกกิง วงศ์ศิริโชติ)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ

(นางสาวนันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาวนันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด
ผู้เขียน	นางสาวนันท์ชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์
สาขาวิชา	การบริหารทางการพยาบาล
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลต้งจำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด 3 สถานการณ์ ที่ผ่านการให้ความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบสังเกตทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยแบบประเมินความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI ที่ 0.81 ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยง 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.836, p = .005$) โดยคะแนนความรู้ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมาคือด้านการประสานความร่วมมือ และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นเท่ากันคือร้อยละ 83.33 และหลังการร่วมโปรแกรมสถานการณ์จำลองพบว่าพยาบาลมีคะแนนทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วยและด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องมากที่สุดร้อยละ 100 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน ส่วนคะแนนด้านทักษะการประสานความร่วมมือคือร้อยละ 83.33

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองสามารถส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

Thesis title	Effects of the Simulation-Based Learning Program Toward Enhancing Knowledge and Communication Skills for Patient Safety of Perioperative Nurses
Author	Miss Nantachon Phetprasit
Major Program	Nursing Administration
Academic year	2022

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of using a simulation-based learning (SBL) program toward enhancing knowledge and communication skills for patient safety of perioperative nurses. Twelve professional nurses working in the operating room, Trang Hospital, were purposively recruited. The instruments used in the research were 1) the experimental instrument consisting of SBL program to enhance knowledge and communication skills among perioperative nurses in 3 scenarios, validated by 5 experts and 2) the tools used to collect data: demographic questionnaires, safety communication knowledge assessment, and communication skill observation for patient safety. The communication knowledge assessment was validated by 5 experts. The content validity index was 0.81. The reliability test was done using Kuder-Richardson 20 and yielded a value of 0.80. Data were analyzed using frequency and Wilcoxon Signed Rank Test.

The result showed that the knowledge and communication skill of perioperative nurses after using the SBL program was significantly increased at .05 ($Z = -2.836, p = .005$). Among perioperative nurses had 91.67 percent had an increase in knowledge on cooperation and 83.33 percent had increased on promotion of continuous care. After using the SBL program for enhancing knowledge and communication skills required for safety, all nurses had full scores on practice of all

items of “patient monitoring” and “maintaining continuity of care during care transition”; and 83.33 percent had full scores on the “aspect of coordination of care”.

This research shows that SBL program can enhance perioperative nurses’ knowledge and communication skills for patient safety.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง แนะนำแหล่งค้นคว้าหาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ตลอดของการดำเนินการวิจัย อีกทั้งติดตามความก้าวหน้าของวิทยานิพนธ์อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาและชี้แนะแนวทางในการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 10 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข ดร. เกียรติยศ กุลเดชชัย ชาญ นายแพทย์รัฐพล กล่อมพงษ์ นายแพทย์ตุลกันต์ มัคคั่น พว.ปวีณา แนนหนา พว.ศิริทร ทัพบิม สุวรรณ พว.วารุณี เริ่มอรุณรอง พว.ธนพรรณ กุณาละศิริ พว.รัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง และพว.นิชนันท์ กิจเรืองโรจน์ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในโปรแกรมการเรียนรู้ออนไลน์ การจำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรม และเครื่องมือวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ซึ่งทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรัง หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัยที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้มาศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณหัวหน้างานห้องผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือกรุณาทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และที่สำคัญยิ่งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว รวมทั้งเพื่อนๆ ผู้วิจัยที่ปลุกฝังและสนับสนุนให้ความสำคัญของการศึกษา ให้ความรัก ความเข้าใจ กำลังสติปัญญา และเป็นกำลังใจอย่างดีเยี่ยมเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี

นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
สารบัญตาราง.....	(12)
สารบัญภาพ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
บริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลต้งและบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ห้องผ่าตัด.....	12
บริบทของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลต้ง.....	12
บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	12
บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse)	13
บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลรอบนอก (circulating nurse)...	14
ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด.....	15
แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด.....	15
อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด.....	19
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด...	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพัฒนาทักษะไม่ใช่เทคนิคของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	20
ความสำคัญของทักษะไม่ใช่เทคนิคของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	21
ทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	22
ความหมายและความสำคัญของทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้อง ผ่าตัด.....	22
สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านทักษะการสื่อสาร.....	24
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	28
การประเมินทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	29
การส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารโดยการใช้สถานการณ์จำลอง.....	31
แนวคิดการพัฒนาและการประเมินบุคลากรของพยาบาลห้องผ่าตัด	31
การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง.....	33
องค์ประกอบของโปรแกรมโดยการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง...	33
การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริม	38
ทักษะการสื่อสาร.....	38
กระบวนการดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง.....	39
การวิจัยกึ่งทดลอง.....	41
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	51
ผลการวิจัย.....	51
อภิปรายผลการวิจัย.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะ.....	66
เอกสารอ้างอิง.....	67
ภาคผนวก.....	74
ก รายนามและประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ.....	75
ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	76
ค เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
ประวัติผู้เขียน.....	97

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน(คน) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 12).....	51
2	ผลการวิเคราะห์คะแนนหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยก่อนและหลังด้วย Wilcoxon Signed Rank Test (n = 12).....	52
3	จำนวนและร้อยละของความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดจำแนกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อ (n = 12).....	53
4	จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองของพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 12).....	56
5	คะแนนที่ได้ปฏิบัติและร้อยละทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (n = 12).....	57

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีความก้าวหน้าทางวิชาการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดซึ่งมีความซับซ้อน และต้องใช้เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น ทีมผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีประสบการณ์สูงในแต่ละการผ่าตัดจึงจะสามารถทำให้การผ่าตัดสำเร็จได้ (ดาร์วีนและคณะ, 2563) การผ่าตัดที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเนื้องอกไขสันหลัง การปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ การผ่าตัดขนาดเล็ก (minimally-invasive surgery) และการผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ (microsurgery) ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ความรู้และทักษะความชำนาญเฉพาะทางในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาด้วยการผ่าตัด (สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554) ควบคู่กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังควรมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ (จิรัชยา, ปรัชญานันท์, และปราโมทย์, 2563) ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องเป็นผู้ที่พัฒนาตนเองอยู่เสมอ และนำความรู้ความสามารถและคุณสมบัติส่วนบุคคลที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ (สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุสำคัญส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือข้อผิดพลาดในการทำงาน นอกจากความรู้หรือทักษะเทคนิค (technical skill) ความผิดพลาดที่เกิดจากการขาดทักษะไม่ใช่เทคนิค (non-technical skills) (Kang, Massey & Gillespie, 2015) เป็นความผิดพลาดจากการสื่อสาร ขณะการปฏิบัติงานร่วมกันร้อยละ 80 (Braaf, Riley & Manias, 2015) ระหว่างศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด รวมถึงการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วย (กษณาและธวัชวรรณ, 2562) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากการขาดความสามารถในการลำดับการสื่อสาร ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Braaf et al., 2012)

การสื่อสารในห้องผ่าตัดต้องมีความถูกต้องและครอบคลุมทั้งเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และการจัดการงานระหว่างทีมผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (สุภิตา, มะลิวรรณ, และอารียา, 2563) เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัดทำการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเป็นจุดเน้นที่สำคัญของบริบทงานห้องผ่าตัด (นันธิตาและราตรี, 2560) เป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานด้านความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Healthcare Accreditation: HA) และจากการที่ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตและมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้สูงและอาจเกิดปัญหาเฉพาะหน้าได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนหรือคาดการณ์การผ่าตัดไว้ล่วงหน้าก็ตาม พยาบาลที่ปฏิบัติงานพยาบาลผ่าตัดต้องปฏิบัติงานด้วยความรวดเร็ว มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่สูง (ศยามล และวรรณชนก, 2561) ความผิดพลาดในทีมผ่าตัดเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การสื่อสารผิดพลาด การไม่สื่อสารภายในทีม การสื่อสารผิดพลาดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Braaf et al., 2012) การไม่ได้ตระหนักถึงสถานการณ์ความเสี่ยงจนทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ตลอดจนความเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงย้อนหลัง 5 ปี ใน พ.ศ. 2558 - 2563 พบว่ามีกรณีร้องเรียนจากการรักษาผิดพลาด ผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และพบการร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลการพยาบาลผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติจำนวน 6 ราย และความเสี่ยงระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง จำนวน 14 ราย (โรงพยาบาลตรัง, 2563) ในต่างประเทศพบการร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ โดยมีสาเหตุมาจากระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษายาบาลผู้ป่วยผิดพลาด (Braaf, Riley & Manias, 2015) เช่น สื่อสารคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน ล่าช้า ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากความผิดพลาดในการสื่อสาร เพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วยร้อยละ 90 (Aebersold, Tschannen & Sculli, 2013) สาเหตุอื่นที่เกี่ยวกับการสื่อสาร ได้แก่ 1) รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยไม่ตรงกับใบทะเบียนผ่าตัด 2) ย้ายผู้ป่วยผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดผิดห้อง 3) บันทึกลักษณะแผลผ่าตัดไม่ตรงกับผู้ป่วย 4) บันทึกรายการหัตถการผ่าตัดไม่ตรงกับใบคำสั่งการรักษาแพทย์ 5) ดิสตีกเกอร์ชื่อผู้ป่วยที่ถูกต้องขึ้นเนื้อผิดคน 6) บันทึกรายการหัตถการผ่าตัดผู้ป่วยผิดคน 7) หอผู้ป่วยส่งผู้ป่วยผ่าตัดผิดคน (โรงพยาบาลตรัง, 2563) เป็นปัญหาด้านการสื่อสารไม่ชัดเจนร้อยละ 43 (Gawande et al., 2003) ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียแก่ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลเกิดการร้องเรียนฟ้องร้องประเด็นความผิดพลาดของการพยาบาล (Leape, 1997)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมทักษะด้านสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญ และจำเป็นต่อการจัดบริการของห้องผ่าตัด ซึ่งนอกจากจะพบว่าทั้งประสบการณ์และอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

การสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด (วรรณวิมลและคณะ, 2562) จากองค์ประกอบของการสื่อสาร ตั้งแต่ผู้ส่งสาร (sender) สาร (message) ช่องทางการสื่อสาร (channel) และผู้รับสาร (receiver) (David, 1970) จะเห็นว่านอกจากผู้ส่งสารและผู้รับสารต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีแล้ว ผู้ส่งสารต้องให้ความสำคัญกับการเลือกรูปแบบ เข้าใจสารที่สื่อตรงกันโดยอาศัยช่องทางที่เหมาะสม (Braaf, Riley & Manias, 2015) ต้องพิจารณาลักษณะการทำงาน ความสัมพันธ์ของบุคคล ข่าวสารที่ต้องมีความชัดเจน ผู้รับสารต้องได้รับข้อมูลข่าวสารถูกต้องครบถ้วนและตอบสนองได้ทันที่ (ธนพรรณ, 2557) โดยเฉพาะการสื่อสารระหว่างทีมศัลยแพทย์กับพยาบาลในห้องผ่าตัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย การสื่อสารของพยาบาลในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การสื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) การเสนอความคิดเห็นในการแก้ไขการปฏิบัติงานอย่างสร้างสรรค์ 3) การรับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่เหมาะสม 4) การสื่อสารทีมผ่าตัดด้วยความสุภาพ 5) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแล 6) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่ายเพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างทีม เข้าใจตรงกันโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย (พรานภาและอารีย์วรรณ, 2557) และ 7) การส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย (จิรัชยา, ปรัชญานันท์, และปราโมทย์, 2563)

จากการทบทวนความผิดพลาดที่พบในห้องผ่าตัด พบว่าเกิดจากการจัดการบุคลากรไม่เหมาะสม (Braaf et al., 2012) การปฐมนิเทศและฝึกอบรมไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพไม่เหมาะสม พยาบาลขาดความรู้ขาดความชำนาญในการปฏิบัติงาน (Braaf et al., 2012) โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ (novice) ที่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน หรือมีสมรรถนะที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และพยาบาลเริ่มมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (advanced beginner) ที่สามารถเรียนรู้ จดจำประสบการณ์และมองเห็นประเด็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาได้ (Benner, 1984) ข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้การฝึกฝนในสถานการณ์จริงกลายเป็นพื้นที่การเรียนรู้ที่เข้าถึงไม่ได้และบางครั้งอาจไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้เรียนที่เป็นมือใหม่ (Grossman et al., 2009) ในส่วนของพยาบาลที่จบใหม่การปฏิบัติงานต้องปรับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยจึงถูกคาดหวังในเรื่องของความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่พบบนพยาบาลจบใหม่ยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานความชำนาญในการคิดวิเคราะห์และการวางแผนการพยาบาลส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน (นพรรณ, 2564) สถานการณ์จำลองเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยให้พยาบาลจบใหม่ส่งเสริมการเรียนรู้และทักษะอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่ม

ประสบการณ์การทำงาน (Cook, 2014) จึงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากประสบการณ์ในวิชาชีพที่ต่างกันจะมีความรู้ความสามารถในระดับที่แตกต่างกันและอาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการผ่าตัด ขาดความร่วมมือของผู้ป่วยและความต่อเนื่องของการรักษา (ดาร์รัตน์และคณะ, 2563) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียรายได้หรือต้องหยุดพักงานนานขึ้น 2) ด้านองค์กร เกิดการร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ หน่วยงานและโรงพยาบาลถูกฟ้องร้อง เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการดำเนินการโรงพยาบาลเสียชื่อเสียง และ 3) ด้านวิชาชีพพยาบาลขาดความน่าเชื่อถือ ขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน (แสง, 2558) การพัฒนาทักษะการสื่อสารจึงเป็นวิธีการที่ดีในการส่งเสริมความปลอดภัยในบริการการผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดยังขาดการฝึกฝนและขาดความตระหนักถึงปัญหาด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการพัฒนาทักษะการสื่อสารมีหลายวิธีการ เช่น การสอดแทรกอยู่ในกระบวนการเรียนการสอนและถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นอย่างไม่เป็นทางการ หรือโดยเรียนรู้จากการเห็นต้นแบบ (role model) คือ อาจารย์ รุ่นพี่ และเพื่อนร่วมงาน หรือได้ฝึกฝนลงมือทดลองถูก หรือการทำกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สถานการณ์จำลอง การแสดงบทบาทสมมติ (Heitzmann et al., 2019) ฝึกปฏิบัติอภิปรายกลุ่มและระดมสมองในการค้นหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Olga et al., 2020) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในการพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning : SBL) ที่เป็นการจัดการเรียนรู้แบบพหุทักษะที่เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์ในภาคทฤษฎีและการปฏิบัติเข้ากันด้วยดีโดยมีนัยสำคัญในเชิงบวกอย่างมากที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ (Brubacher et al., 2015) สามารถเพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ผู้เรียนได้รับความรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีผ่านการสะท้อนคิด (Newell & Newell, 2018) มีโอกาสเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษาการใช้ทักษะการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยจนเกิดความเข้าใจและไว้วางใจ ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาล เช่น ชักประวัติข้อมูลเจ็บป่วย เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามมาตรฐานสากลของ Joint Communication International (JCI) โดยเฉพาะพยาบาลใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานทุกคนจากการฝึกอบรมทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิคสำหรับห้องผ่าตัด : การศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลองและการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการสอนมีคะแนนที่ต้องปรับปรุงมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$) (Guilherme et al., 2015) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นความปลอดภัยในผู้ป่วย คงไว้ซึ่งการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจในการพยาบาลผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมนำไปสู่การเป็นที่ยอมรับทั้งระดับวิชาชีพและองค์กร

(Abildgren, Lebahn-Hadidi & Mogensen, 2022) สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สูงขึ้น และเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลผ่าตัดให้กับผู้บริหารต่อไป ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถานการณ์จำลองจะเป็นรูปแบบการสอนที่เน้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นศูนย์กลาง เพื่อเปิดโอกาสให้ได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลสัมฤทธิ์ในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำถามการวิจัย

การใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นหลังการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยก่อนการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาและออกแบบกรอบแนวคิดที่มีการเชื่อมโยงกับการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองก่อนและหลังในกระบวนการผ่าตัดผู้ป่วย โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทั้งหมด 3 แนวคิด มาบูรณาการร่วมกันดังนี้

1. แนวคิดของชูสเตอร์และไนโกลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย (monitoring) คือ มีความรู้ มีทักษะและทัศนคติในการติดต่อสื่อสาร สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ความเอาใจใส่ สามารถช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นการสื่อสารกับสมาชิกในทีมการพยาบาลในการเฝ้าระวัง การสื่อสารเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในทีมการพยาบาล มีความตระหนักในความถูกต้องของการสื่อสารและการสร้างปฏิสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่

1.2 ด้านการประสานความร่วมมือ (coordination of care) คือ มีความรู้ มีทักษะและสามารถประสานความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

1.3 ด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง (maintaining continuity of care during care transition) คือ มีความรู้ มีทักษะและสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูล การดูแลรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือการให้ข้อมูลกับโรงพยาบาลที่ได้ส่งต่ออย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและทันท่วงทีเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

2. แนวคิดของโอซี (O'shea, 1998) ได้เสนอแนวคิดของทักษะในการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล ซึ่งกล่าวว่าจะต้องมีทักษะในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร โดยครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ทักษะในการฟัง (listening skill) หมายถึง ความสามารถในการฟังข้อมูลข่าวสารในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและการที่จะตัดสินใจได้ถูกต้องจะต้องมีการฟังที่ดี การฟังเป็นทักษะที่สัมพันธ์กับการสื่อสารมากที่สุด ต้องเรียนรู้ที่จะฟังเป็นทักษะที่อาจฝึกฝนและปรับปรุงให้ดีขึ้นได้

2.2 ทักษะการถ่ายทอดข่าวสารที่ชัดเจน (giving clear information skill) หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้การสื่อสารมาใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารรูปแบบที่ได้อย่างสมบูรณ์ชัดเจน มีลำดับขั้นตอนที่ดีทั้งด้วยวิธีการสื่อที่ใช้วาจาและไม่ใช้วาจาให้สารออกมาได้ชัดเจน

หลีกเลี่ยงการสื่อที่ก่อให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อบรรลุเป้าหมาย และรักษาสัมพันธภาพ การให้เกียรติและให้ความไว้วางใจแก่กัน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการสื่อสารระหว่างบุคคล

2.3 ทักษะการรับข่าวสารที่ปราศจากอคติ (getting unbiased information skill) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องมีความระมัดระวังในการรับข้อมูลข่าวสาร โดยการกลั่นกรองข้อมูลตรวจสอบข้อมูล

2.4 ทักษะการสื่อสารแบบเปิด (foster open communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารที่ช่วยให้สามารถแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตนเองออกมาได้อย่างเต็มที่ มีการส่งผ่านข้อมูลไปสู่ผู้อื่นอย่างราบรื่น

3. ทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) (Kolb, 1984) เป็นกระบวนการที่ดำเนินเป็นวงจร ซึ่งแต่ละขั้นของการเรียนรู้ส่งเสริมการเรียนรู้ของขั้นต่อไป และการปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน ดังนี้

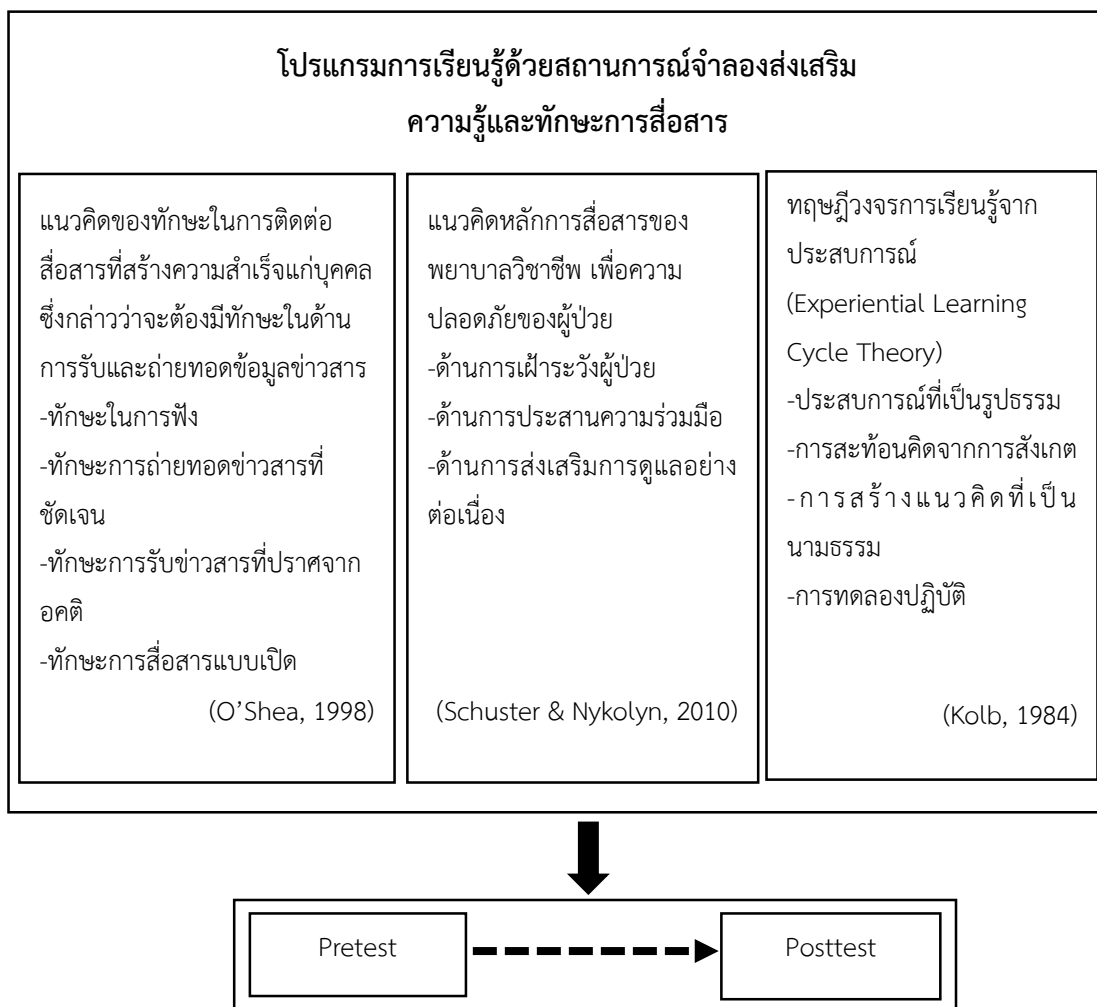
ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไป มีส่วนร่วม และรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึก และ ยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น การเรียนรู้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยผู้เรียนที่มีโอกาสได้รับประสบการณ์แล้วได้รับการกระตุ้นให้สะท้อนสิ่งต่างๆ ที่ได้จากประสบการณ์และสามารถนำพาความคิดของตนออกมาเพื่อพัฒนาทักษะใหม่ๆ หรือวิธีคิดใหม่ๆ

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต การไตร่ตรองเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่าง รอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา

ขั้นที่ 3 การสร้างแนวคิดที่เป็นนามธรรมเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียน ใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปขยายอดเป็นหลักการต่างๆ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้

ในการสื่อสารกับทีมผ่าตัดและทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย ดังภาพนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมสถานการณ์จำลอง หมายถึง วิธีจัดการส่งเสริมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสบการณ์ทางการพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง บรรยากาศการเรียนรู้ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย สามารถฝึกฝนทักษะปฏิบัติต่างๆ ภายใต้การได้รับข้อมูลย้อนกลับทันทีจากผู้สอนผ่านการสะท้อนคิดการเรียนรู้ ซึ่งสถานการณ์ช่วยให้ผู้เรียนประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ จนเกิดความมั่นใจและมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วยและคุณภาพทางการพยาบาล

ความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง ความเข้าใจ ความตระหนัก ความพร้อมเข้าสู่ในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดที่จะดำเนินกระบวนการถ่ายทอดข่าวสาร ข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความต้องการจากผู้ส่งสาร โดยผ่านสื่อต่างๆ ที่เป็นการพูด การเขียน สัญลักษณ์อื่น การแสดงหรือการจัดกิจกรรมต่างๆ ไปยังผู้รับสาร ทั้งทางสีหน้า ท่าทาง วาจา หรือวิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดการส่งและรับข้อมูลเป็นการแลกเปลี่ยนให้ทั้งผู้รับสารและส่งสารมีความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้ป่วย ทีมผ่าตัดและเทคโนโลยีของเครื่องมือผ่าตัด สร้างความรู้ความเข้าใจของพื้นฐานทักษะการสื่อสารและพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถพัฒนาฝึกฝนตนเองได้ โดยประเมินจากหลักการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย ด้านการประสานความร่วมมือ และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประเมินโดยแบบวัดความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการใช้คำพูดและแสดงออกมาทางสีหน้า ท่าทางและทางวาจาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อสร้างความสำเร็จให้บุคคลมีทักษะด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร การฟัง การบันทึกทางการพยาบาล การถ่ายทอดข่าวสารที่ชัดเจน การรับข่าวสารที่ปราศจากอคติ การสื่อสารแบบเปิด โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยทางการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ใช้กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest -posttest design) เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. บริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลต้งและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 1.1 บริบทของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลต้ง
 - 1.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 1.2.1 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse)
 - 1.2.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลรอบนอก (circulating nurse)
 - 1.3 ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
 - 1.3.1 แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
 - 1.3.2 อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
 - 1.3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
2. การพัฒนาทักษะไม่ใช่เทคนิคของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 2.1 ความสำคัญของทักษะไม่ใช่เทคนิคของพยาบาลห้องผ่าตัด
3. ทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญของทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 3.2 สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการสื่อสาร
 - 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 3.4 การประเมินทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด
4. การส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารโดยการใช้สถานการณ์จำลอง
 - 4.1 แนวคิดการพัฒนาและการประเมินบุคลากรของพยาบาลห้องผ่าตัด
 - 4.2 การเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลอง
 - 4.3 องค์ประกอบของโปรแกรมโดยการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง
 - 4.4 การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร
 - 4.5 กระบวนการดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง
5. การวิจัยกึ่งทดลอง

บริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรังและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

บริบทของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง

โรงพยาบาลตรัง เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่ 600 เตียง มีจำนวนเตียงให้บริการผ่าตัด 10 เตียง มีบุคลากรทั้งหมด 79 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 41 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 18 คน และพนักงานเปลจำนวน 20 คน ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในสาขาต่างๆ ได้แก่ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมประสาท สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมหู คอ จมูก ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ศัลยกรรมตกแต่ง และส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ และบริการสลายนิ่ว ตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและหูด และนัดผ่าตัดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัด รวมถึงผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง สามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเนื้องอกไขสันหลัง การปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ การผ่าตัดผ่านกล้อง (minimally-invasive surgery) และการผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ (microsurgery) โดยใช้ความรู้และทักษะความชำนาญเฉพาะทางในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีในการรักษาด้านการผ่าตัด มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านต่างๆ ได้แก่ สาขาปริศัลยกรรมศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด เวชปฏิบัติทางตา และส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร และเป็นสถานที่รับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลภาคีเครือข่าย สามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนใช้เทคโนโลยีที่มีความทันสมัยมาช่วยในการผ่าตัด มีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านต่างๆ ให้บริการอย่างครบถ้วน และเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านวิชาการและเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษางานสุขภาพด้านอื่นๆ

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

พยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลจบใหม่เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1 - 2 ปี (novice) ซึ่งยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน หรือมีสมรรถนะที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจะเริ่มเรียนรู้ ศึกษาเกี่ยวกับระบบงาน การรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด การประสานงาน เรียนรู้ตามสมรรถนะพยาบาลของห้องผ่าตัดรอบนอก 1 เดือน ระยะเวลา 2 - 6 เดือน เริ่มเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลส่งผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอก โดยเป็นบุคลากรเสริมของห้องผ่าตัด ระยะเวลา 7-11 เดือน เริ่มมีบทบาทเต็มตัวในทีมผ่าตัด และเริ่มขึ้นปฏิบัติงานจริงเมื่อผ่านการฝึกฝนระยะเวลา 1 ปี และยังคงหมั่นเรียนในการเรียนรู้การผ่าตัดทุกแผนก เริ่มจากแผนกที่มีกระบวนการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ร่วมจัดทำผู้ป่วยผ่าตัด โดยมีพยาบาลเชี่ยวชาญดูแลรายบุคคล และเมื่อเริ่มมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเวลา 3-5 ปี (advanced beginner) ที่สามารถเรียนรู้ จุดจำประสบการณ์และมองประเด็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาได้ สามารถปฏิบัติงานได้ทุกแผนกผ่าตัด ผ่าตัดฉุกเฉิน ยกเว้นห้องผ่าตัดพิเศษ เช่น ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ห้องนัดผู้ป่วยผ่าตัด ห้องบริการสลายนิ่ว และห้องตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและหูด เป็นต้น

พยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัด ทั้งในบทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลรอบนอก รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนรับการผ่าตัด เตรียมทีมงานผ่าตัดที่มีความรู้ความชำนาญในแต่ละประเภทของการผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ระหว่างการผ่าตัดจะรับผิดชอบในการส่งเครื่องมือ และช่วยแพทย์ระหว่างทำการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย (นพวรรณ, 2564) ตลอดจนเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดภายหลังได้รับการผ่าตัดทันทีเพื่อประเมินอาการและให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องด้วยความปลอดภัย การดำเนินการประกอบด้วย การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ปัญหาและให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพร่างกายและจิตใจ การส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องสมบูรณ์ ต้องอาศัยการสื่อสารและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพตลอดเวลา ตั้งแต่การนัดผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จและส่งผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse)

พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด มีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับ หรือช่วยแพทย์ผ่าตัดให้สามารถทำผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี (พราวณาและอารีย์วรรณ, 2557) มีความรู้และเชี่ยวชาญทราบขั้นตอนการผ่าตัดนั้นๆ เพื่อสามารถวางแผนการส่งผ่าตัดได้ถูกต้อง และรวดเร็ว เหมาะสมกับเหตุการณ์ เก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งบอกชื่อสิ่งส่งตรวจให้พยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัดทราบ มีการนับผ้าซับโลहितพร้อมกับพยาบาลช่วยเหลือทีมผ่าตัด ให้ครบถ้วนทุกครั้ง ก่อนการเย็บปิดแผลผ่าตัด และตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ของมีคมให้ครบถ้วน ก่อนเริ่มผ่าตัด ขณะผ่าตัด และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัด มีสติในการทำงานตลอดเวลา เพื่อให้สามารถแก้ไขหรือช่วยเหลือได้อย่างทันทีและสิ่งสำคัญคือการยึดหลักปราศจากเชื้อจากการทำการผ่าตัด (จิรัชยา, ปรัชญานันท์, และปราโมทย์, 2563)

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลรอบนอก (circulating nurse)

พยาบาลรอบนอกเป็นพยาบาลผู้ช่วยเหลือทีมผ่าตัด มีบทบาทสำคัญในการดูแลความเรียบร้อยและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ติดต่อประสานงาน ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่นๆ นับผ้าซับโลहितร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และลงบันทึกในแบบบันทึก ทางการพยาบาล ช่วยเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง สังเกตการผ่าตัด ให้ความช่วยเหลือต่างๆ เมื่อทีมผ่าตัดต้องการ ควบคุมอุณหภูมิให้พอเหมาะ และรักษาความปลอดภัย ในห้องผ่าตัด รวมถึงการจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการผ่าตัดในแบบบันทึกทางการพยาบาล คอยสังเกตและระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียง หรืออันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด ดูแลความปลอดภัย ความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด

พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลรอบนอกจะทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งสองบทบาท มีความรับผิดชอบและหน้าที่ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การทำงานตั้งแต่ก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) เป็นการประเมินปัญหา ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เริ่มจากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัดประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทีมวิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการผ่าตัด และการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด ห้องผ่าตัด และสิ่งแวดล้อมต่างๆ 2) ระยะผ่าตัด (intraoperative phase) เป็นการพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะ

การผ่าตัดอย่างปลอดภัย ได้แก่ การสื่อสารกับทีมผ่าตัด การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การอธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ดูแลจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัด การตรวจนับยืนยันในการตรวจสอบเครื่องมือและผ้าซับโลहितก่อนผ่าตัดและก่อนปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและบันทึกในแผนการรักษาทางการพยาบาลและกระดานบันทึกผ่าตัดประจำผู้ป่วย การจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินในการช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้อาจชำรุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่ม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาวิทยาอย่างถูกต้อง และ 3) ระยะเวลาหลังผ่าตัด (postoperative phase) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การตรวจสอบบาดแผล ท่อระบายสารคัดหลั่ง สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด ตรวจสอบบริเวณร่างกายผู้ป่วยที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าอาจมีรอยไหม้ของผิวหนัง และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดทำ ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล แพทย์และพนักงานเปลเพื่อความพร้อมของผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด บันทึกข้อมูลการพยาบาล และเก็บอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด เพื่อทำความสะอาดและปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน (นงเยาว์และคณะ, 2558)

กล่าวโดยสรุป พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบสื่อสารในการนำกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และนำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติและมีการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะเวลา ได้แก่ การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการประสานงาน การส่งต่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการผ่าตัดและผู้ป่วยปลอดภัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมนโยบาย ด้านความปลอดภัยเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งมีการกำหนดความหมายตามตัวย่อ โดยแนวทางปฏิบัติในห้องผ่าตัด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน, 2561) ดังนี้

S (safe surgery) คือ มาตรฐานความปลอดภัยในการผ่าตัดตั้งแต่กระบวนการในทีมผ่าตัดตลอดไปจนถึงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

S 1. Safe Surgery and Invasive Procedure คือ การมีกระบวนการผ่าตัดที่ความปลอดภัย ดังนี้

S 1.1. Surgical Safety Checklist คือ เครื่องมือในการสื่อสารสำหรับตรวจสอบ และประเมินความพร้อมให้เกิดความมั่นใจ ความพร้อม ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ลดข้อผิดพลาด ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการผ่าตัดโดยนำหลักคิดจากองค์การอนามัยโลกซึ่งพบว่าการตรวจสอบดังกล่าวสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายหรือข้อผิดพลาดที่เกิดจากกระบวนการผ่าตัดได้และต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมผ่าตัด (ประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญี พยาบาล) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ดำเนินการร่วมทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาลในทุกระยะการตรวจสอบ (World Health Organization [WHO], 2010)

S 1.2. Surgical Site Infection (SSI) Prevention คือ การป้องกันและลดการติดเชื้อที่เกิดขึ้นบริเวณผ่าตัดตั้งแต่ในระดับต้นไปจนถึงระดับลึก เช่น ชั้นกล้ามเนื้อ หรืออวัยวะภายใน โดยการติดเชื้อนี้จะเกิดขึ้นภายใน 30-90 วัน หลังจากการผ่าตัดตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ และ 1 ปี หลังการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เทียมเข้าไปในร่างกาย การติดเชื้อบริเวณผ่าตัดเป็นภาวะที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้แนวทางในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ 1) ระยะเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยโดยการอาบน้ำชำระร่างกายด้วยสบู่ 1 วัน ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดปริมาณแบคทีเรีย โดยเฉพาะในบริเวณที่ผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจจะเกิดจากการผ่าตัดโดยแนะนำให้ก่อนลงมีด 30-120 นาที ขึ้นอยู่กับค่าครึ่งชีวิตของยาแต่ละชนิด เพื่อให้ยามีระดับความเข้มข้นที่พอดีในขณะที่ยังมีดหรือก่อนที่จะเกิดการปนเปื้อนเชื้อ ทำความสะอาดล้างมือด้วยน้ำยาหรือสบู่ฆ่าเชื้อเพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและเชื้อโรค (WHO, 2009) ก่อนการใส่ถูลูกมือ เพื่อลดการปนเปื้อนให้น้อยที่สุดหากถูลูกมือรั่วหรือฉีกขาด 2) ระยะระหว่างการผ่าตัด มีการ

ประเมินสภาพ ร่างกายผู้ป่วย การควบคุมระดับของออกซิเจนให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานขณะที่ผ่าตัด ตั้งแต่ดมยาสลบจนกระทั่ง 2-6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มีรายงานพบว่าสามารถลดการติดเชื้อ บริเวณที่ผ่าตัดได้รับการควบคุมระดับอุณหภูมิให้มากกว่า 36 องศาเซลเซียส การใช้ผ้าปูปราศจากเชื้อคลุมร่างกายให้เหลือเฉพาะส่วนที่ทำการผ่าตัดและให้มีการใส่เสื้อกาวน์ ถุงมือ ผ้าปิดปากเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ การปิดแผลด้วยแรงดันลบในแผลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น แผลเปิดหน้าท้องที่ปิดไม่ได้ แผล ไหมเย็บแผลที่มีการเคลือบด้วยสารฆ่าเชื้อบนผิวของไหมเย็บ และ 3) ระยะเวลาหลังการผ่าตัด การไม่ให้ยาฆ่าเชื้อซ้ำหลังผ่าตัด เชื่อว่าการได้รับก่อนการผ่าตัดถือว่าเพียงพอแล้วเพราะหากให้ต่อเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดการดื้อยาได้ แต่ในกรณีที่ระยะเวลาในการผ่าตัดนานสามารถให้ซ้ำได้ในระหว่างที่ผ่าตัดหรือในกรณีที่ผู้ป่วยต้องคาสายระบาย (drain) ควรให้ยาฆ่าเชื้อจนกว่าจะนำสายระบายออก ไม่ให้เปิดแผลก่อน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (อุษาวดี, 2561) ยกเว้นในกรณีที่มีการปนเปื้อนมากเพราะเชื่อว่าการเปิดแผลจะเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคได้มาก การทำความสะอาดของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทุกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

S 1.3. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) คือ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัดเพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมที่สุดตามศักยภาพและทรัพยากรที่มีและให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล

S 1.4. Venous Thrombo Embolism (VTE) คือ การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ฉับพลันและรุนแรงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (WHO, 2016) โดยในกระบวนการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ศัลยแพทย์ต้องประเมินความเสี่ยง และสื่อสารให้ทีมผ่าตัดร่วมกันวางแผนการป้องกันดูแล

S 2. Safe Anesthesia คือ ความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึกและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โดยมีคำแนะนำตามราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ดังนี้ 1) สนับสนุนให้มีวิสัญญีแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป 2) สนับสนุนให้วิสัญญีพยาบาลได้มีโอกาสปฏิบัติการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 50 รายต่อปี 3) การมีแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกตามมาตรการการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉพาะอย่าง เช่น การป้องกันการสำลักจากการคลื่นไส้อาเจียน และมาตรการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ ได้แก่ การจัดทีม บุคลากรให้มีความพร้อมในเรื่องความเชี่ยวชาญ มีการประเมินความเสี่ยงทั้งทางด้านวิสัญญีและทางด้านศัลยกรรมในกรณีที่มีการใช้เทคนิคใหม่ การประเมินและการวางแผนร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่น ที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือได้รับยาบางอย่าง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในการให้ความยินยอมในการ

ระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการเลื่อน/หลุดของสายต่างๆ การร่วมกันระบุตัวผู้ป่วยในทีมผ่าตัด เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก 4) แนวทางการจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด สถานการณ์ฉุกเฉิน มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผ่าตัด การมีสติขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่สามารถช่วยเหลือได้ มีการบันทึกเหตุการณ์ เพื่อนำไปสู่การวางแผนทางในการจัดการปัญหาที่อาจจะเกิดซ้ำอีก การติดตามดูแลสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 5) ผู้ที่จะให้ยากระดับความรู้สึกในระดับที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะมาระดับหนึ่งเท่านั้น และ 6) ให้บริการทางวิสัญญีตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและในระดับนานาชาติ

S 3. Safe Operating Room คือ ความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ดังนี้

S 3.1: Safe environment คือ การวางนโยบายและการปฏิบัติในเรื่องความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน การจัดอบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงาน การวางระบบโครงสร้างตามมาตรฐาน ระบบงานให้มีความปลอดภัย ตรวจสอบประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์จากสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด วิเคราะห์หาสาเหตุ กำหนดแนวทางการแก้ไขอย่างเป็นระบบเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือมีแนวโน้มเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

S 3.2: Safe Surgical Instrument and Device คือ การกำหนดนโยบายให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อจากกระบวนการผ่าตัด

S 3.3: Safe Surgical Care Process คือ กระบวนการมาตรฐานผ่าตัดที่ครอบคลุมเพื่อให้อุปกรณ์เกิดความปลอดภัย (Association of Perioperative Registered Nurses [AORN], 2017)

จะเห็นได้ว่าการดำเนินตามหลักความปลอดภัยในห้องผ่าตัดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมี กระบวนการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วยในการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง การทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ถูกต้อง (mark site) การร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด (sign in) การป้องกันอันตรายจากการระงับความรู้สึก การเตรียมการสำหรับการเสียเลือด การซักประวัติในเรื่องการแพ้ยาของผู้ป่วย การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการใช้ยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนการลงมีด การมีกระบวนการนับเครื่องมืออุปกรณ์ทุกอย่างที่เสี่ยงต่อการตกค้างในร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มการผ่าตัด และนับตรวจสอบความครบถ้วนก่อนเย็บปิดชั้นผิวหนัง พร้อมทั้งมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อความสะดวกในการตรวจสอบ และการจัดการกับสิ่งส่งตรวจพร้อมทั้งมีการยืนยันด้วยวาจาจากทีมผ่าตัด (นงเยาว์และคณะ, 2558)

อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

จากแนวทางในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ามีความครอบคลุมในทุกขั้นตอน แต่ยังคงพบข้อผิดพลาดในห้องผ่าตัดที่กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของข้อผิดพลาดพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่า การขาดทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ (Yule et al., 2006) ได้แก่ การขาดความตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย และการขาดทักษะการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัด (จิรัชยา, ปรีชญานันท์, และปราโมทย์, 2563) ร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดจากการผ่าตัดและความผิดพลาดที่สามารถป้องกันได้ (WHO, 2010) อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดมากที่สุด คือ การผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (Hughes, 2008) จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า การสื่อสารที่ผิดพลาดเข้ามาเป็นสาเหตุหนึ่งเสมอ ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์ ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกช่วงเวลาโดยที่ไม่ได้คาดคิดในการดูแลผู้ป่วย เกิดการส่งต่อสื่อสารข้อมูลไม่ถูกจังหวะเวลา ทำให้ไม่สามารถรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (กษณาและธวัชรณ, 2562)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ประกอบด้วย

1. ด้านองค์กรหรือการจัดการองค์กร สร้างระบบกระบวนการมีวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) จากการสื่อสาร เช่น หน่วยงานห้องผ่าตัดควรมีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในช่วงที่มีการผ่าตัด มีภาระงานมากในกรณีที่มีจำนวนทีมผ่าตัดไม่เพียงพอ ต้องมีทีมเสริมมาช่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ปฏิบัติงานมีความคล่องตัวมีความรวดเร็วและลดโอกาสเกิดความผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยเนื่องจากความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน (ธนพรรณ, 2558)

2. ด้านกลุ่มงานหรือทีมงาน โดยมีลักษณะของการทำงานเป็นทีม ที่มีโครงสร้างและกระบวนการทำงานที่ชัดเจน รวมถึงการสื่อสารในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์ เช่น คำสั่งการรักษาจากแพทย์ทางโทรศัพท์ หรือลายมือแพทย์เขียนไม่ชัดเจน คำย่อที่ใช้ไม่สากล ไม่มีการส่งต่อระหว่างบุคคลในทีมเมื่อมีคำสั่งการรักษาเปลี่ยนแปลงและอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอต่อภาระงานการดูแลผู้ป่วย การใช้สัดส่วนของพยาบาลต่อการ

ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยใช้พยาบาลจากหน่วยงานอื่น การมอบหมายงานหรือลักษณะงานที่ซับซ้อนไม่เหมาะสมต่อบุคคลที่ขาดความรู้และขาดประสบการณ์

3. ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานต้องมีองค์ความรู้ และทักษะของความตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ (situation awareness) การตัดสินใจ (decision making) และพบว่าปัจจัยบุคคล (human factor) ที่ทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้ เช่น ชีตความสามารถของบุคคลที่มีจำกัด และพยาบาลใหม่เป็นผู้ที่กระทำผิดพลาดได้ง่าย ในสถานการณ์ที่ขาดประสบการณ์ พยาบาลมีความเครียด ความอ่อนเพลีย ความเหนื่อยล้าในขณะที่ต้องปฏิบัติงาน ความหิว และความเจ็บป่วย (WHO, 2010)

4. ด้านปัจจัยสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ ในการทำงานและอันตรายต่างๆ ซึ่งพบมากในช่วงการรับส่งเวร หรือภาระงานที่หนักเกินกำลัง การมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยไม่มีบุคลากรเสริม การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้อต่อการปฏิบัติงานและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลที่ปลอดภัย การใช้งานอุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน อุปกรณ์ชำรุดหรือไม่ได้มาตรฐาน ไม่เหมาะสมต่อสภาพของผู้ป่วย เป็นต้น

การพัฒนาทักษะไม่ใช่เทคนิคของพยาบาลห้องผ่าตัด

ภายหลังเหตุการณ์เครื่องบินตกที่รัฐโอเรกอนเมื่อปี ค.ศ. 1978 มีการกล่าวถึงความล้มเหลวของทักษะไม่ใช่เทคนิค จากการวิเคราะห์เหตุการณ์ครั้งนั้นพบเชื้อเพลิงหมด และขณะที่นักบินกำลังตรวจสอบปัญหาการทำงานผิดพลาดของระบบการลงจอด เกิดความผิดพลาดในการรับข้อมูลจากกัปตันสู่ลูกเรือและความเข้าใจในสถานการณ์ของลูกเรือ ทำให้เกิดสถานการณ์เครื่องบินตกต่อมาในปี ค.ศ. 1979 องค์การสอบสวนอากาศยานอุบัติเหตุของกองทัพอากาศสหรัฐ หรือ The US National Transportation Safety Board (NTSB) ได้มีการเรียกร้องให้มีการจัดหลักสูตรสอนทักษะไม่ใช่เทคนิคภายในห้องคนขับให้แก่นักบิน โดยเนื้อหาจะเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล ความเป็นผู้นำ การตัดสินใจภายในห้องคนขับ การรับรู้จุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง การจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญอื่น เช่น จากลูกเรือ จากผู้โดยสาร ความขัดข้องทางเทคนิคอื่น เป็นต้น ปี ค.ศ. 1981 หลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน จึงเริ่มถูกพูดถึงมากขึ้นในวงการนักบินและกลายเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการฝึกอบรมในวงการนักบิน ปี ค.ศ. 1999 มีการนำ CRM ไปใช้ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง เช่น อุตสาหกรรมนิวเคลียร์ เป็นต้น ปี ค.ศ. 2010 มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ได้มีการนำการจัดการฝึกอบรมบุคลากรการบิน (Crew Resource Management: CRM) มาปรับใช้ในการจัดการของวิสัญญีเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ

ในปี ค.ศ. 2004 และ ค.ศ. 2008 ได้มีการนำแนวคิดทักษะไม่ใช่เทคนิคเข้าสู่ระบบสุขภาพด้านวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ ตามลำดับ หลังจากนั้นมีการวิจัยพัฒนาเพื่อให้ได้แนวทางการประเมินที่ชัดเจนในการประเมินทักษะไม่ใช่เทคนิค ในบุคลากรอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน การพัฒนาปรับปรุงแนวคิดด้านการบินมาเป็นทางสุขภาพ มาจากการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบินที่สร้างโปรแกรมการสอนการปฏิบัติงาน เพื่อลดความผิดพลาดทางการบินที่เกิดจากบุคคล ด้วยรูปแบบหลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน ด้านทักษะไม่ใช่เทคนิค ไม่มีรูปแบบแนวทางที่จำเพาะ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับองค์กรอื่นได้หลากหลาย รวมถึงในระบบบริการสุขภาพ (Flin, 2013)

ความสำคัญของทักษะไม่ใช่เทคนิควิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด

จากการประมาณการผ่าตัดทั่วโลกมีประมาณ 234 ล้านครั้ง สำหรับการผ่าตัดใหญ่พบเกิดภาวะแทรกซ้อน 7 ล้านครั้ง และอีก 1 ล้านครั้ง เสียชีวิต (Weiser et al., 2008) ค่าประมานนี้รวมไปถึงการปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ การผ่าตัดเปลี่ยนตำแหน่งเนื้อเยื่อเพื่อจัดการกับการสูญเสียทางอุบัติเหตุ การผ่าตัดขนาดเล็ก (minimally-invasive surgery) การผ่าตัดส่องกล้อง การผ่าตัดโดยหุ่นยนต์และการผ่าตัดแบบเทคนิค microsurgery การผ่าตัดดังกล่าว้วนเป็นการผ่าตัดที่ทีมผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีประสบการณ์สูงในแต่ละการผ่าตัดจึงจะสามารถทำให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จากค่าประมานดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงไม่สามารถจะยืนยันได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับความปลอดภัยตลอดการผ่าตัดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการรายงานพบโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เสียชีวิต 44,000-98,000 คนต่อปี ต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ มีงานวิจัยในประเทศอังกฤษ พบว่าเกิดอันตรายจากความผิดพลาดทางการแพทย์มากกว่า 850,000 รายต่อปี มีอีกหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการมีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ มีความสำคัญต่อผลลัพธ์งานบริการห้องผ่าตัด มีการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ทั้งหมดตั้งแต่ปี 2010-2013 พบสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากการขาดทักษะไม่ใช่เทคนิค ถึง 34 ราย (คิดเป็น 46.6% ของการเสียชีวิตจากการผ่าตัด) การเสียชีวิตจากการขาดทักษะวิชาชีพพบเพียง 4 ราย จากการศึกษาครั้งนี้พบการเสียชีวิตเกิดจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจ และการทำงานเป็นทีมมากที่สุด และยังพบงานวิจัยที่รายงานการเสียชีวิตจากการขาดทักษะไม่ใช่เทคนิค ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ถึง 112 รายจากการศึกษา 257 ราย (Uramatsu et al., 2017) จึงเป็นความสำคัญของทักษะไม่ใช่เทคนิคที่จะต้องมีความรู้กับการมีทักษะเฉพาะทางวิชาชีพของแต่ละสาขาที่

เชี่ยวชาญ (Kang et al., 2015) ด้วยลักษณะของทักษะไม่ใช่เทคนิคเป็นทักษะเฉพาะแต่ละบุคคล เกิดจากการฝึกฝน การสร้างสมประสบการณ์ บุคคลแต่ละคนจะมีการแสดงออกไม่เท่ากัน เป็นทักษะอิสระสามารถไปปรับใช้ได้ในทุกหน่วยงาน บุคคลที่มีทักษะนี้มากขึ้นทำให้มีทัศนคติด้านความปลอดภัยมากขึ้น (McCulloch et al., 2009) โดยเฉพาะลักษณะของพยาบาลที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จากบทบาทของพยาบาลที่ต้องสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นนับตั้งแต่นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัด การมีทักษะที่รู้เท่าทันสถานการณ์ ทำให้ตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วนำไปสู่ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความหมายของทักษะการสื่อสารทางพยาบาล

ทักษะการสื่อสาร (communication skill) คือ กระบวนการถ่ายทอดและเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ส่งสาร/ผู้ส่งข่าวและผู้รับสาร/ผู้รับข่าวสารตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป (นุชรี, 2555) แสดงปฏิสัมพันธ์กันโดยการแสดงออกทั้งทางสีหน้า กิริยาท่าทาง วาจา การสัมผัสต่างๆ หรือวิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร การสื่อสารมีตั้งแต่การสื่อสารทางเดียว โดยเป็นลักษณะการมีผู้ส่งสารแต่ผู้รับสารไม่สามารถตอบสนองกลับได้ทันทีแต่สามารถส่งข้อมูลป้อนกลับในภายหลังได้ และการสื่อสารในแบบสองทางซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีการตอบสนองกลับทันทีมายังผู้ส่งสารมีการผลัดเปลี่ยนเป็นทั้งผู้รับสาร (จิรัชยา, ปรัชญา นันท์, และปราโมทย์, 2563) ผู้สื่อสารต้องมีเจตคติ ความรู้และเลือกวิธีการส่งสารได้เหมาะสมกับผู้รับสาร สภาพสังคมและวัฒนธรรม การสื่อสารมีความสำคัญในบริการพยาบาลที่ต้องมีการประสานงานกันระหว่างทีม เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมาย สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยปราศจากอันตรายที่สามารถป้องกันได้ (Schuster & Nykolyn, 2010)

การสื่อสารในหน่วยงานผ่าตัดเริ่มจากการจัดตารางการผ่าตัด โดยทีมแพทย์ติดต่อสื่อสารกับหัวหน้าทีมพยาบาล หัวหน้าทีมพยาบาลทำการติดต่อสื่อสารและตรวจสอบข้อมูลไปยังหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับโรค การรักษา สภาพผู้ป่วยและข้อจำกัดต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูล ประเมินและวางแผนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและเตรียมการในห้องผ่าตัด จากนั้นหัวหน้าทีมพยาบาลดำเนินติดต่อสื่อสารกับทีมวิสัญญีและทีมพยาบาลติดต่อสื่อสารกับหอผู้ป่วยเพื่อส่งผู้ป่วยมาทำการผ่าตัด ติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานรับส่งผู้ป่วยและพนักงานเปลเพื่อ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด หัวหน้าทีมพยาบาลติดต่อสื่อสารกับห้องเลือด ห้องยาและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการตรวจชิ้นเนื้อ ห้องปฏิบัติการตรวจเลือด และจากนั้นจึงมีการจัดทีมในแนวราบ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพ ทำการปฏิบัติงานตามที่หัวหน้าทีมในแต่ละสาขาวิชาชีพมอบหมาย เพื่อปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่ทำการผ่าตัด โดยทีมในแนวราบนี้ มีการติดต่อสื่อสารกันภายในทีม ในการวางแผนการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การรายงานปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการผ่าตัด และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด พยาบาลในหน่วยงานผ่าตัดติดต่อสื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานรับส่งผู้ป่วยและพนักงานเปล เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด แพทย์ พยาบาล และวิสัญญี ติดต่อสื่อสารส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดสภาพผู้ป่วย ปัญหา คำสั่งการรักษาและข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานหลังผ่าตัด ได้แก่ หอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด (ธนพรรณ, 2558)

ความสำคัญของการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด

การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย (ลัทธพรรณ, 2561) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับวิธีการและตำแหน่งของการผ่าตัด รวมทั้งการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ดังนั้นการสื่อสารจึงสำคัญในการสื่อความเข้าใจข้อมูลต่างๆ หากสื่อสารได้ดี มีประสิทธิภาพ นอกจากจะสามารถประสานงานต่างๆ สร้างบรรยากาศที่ดีและลดช่องว่างในระบบบริการผ่าตัด ยังทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องหรือเลือกรับบริการได้อย่างเหมาะสม การสื่อสารจึงมีความสำคัญกับการพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งในด้านการบริหารการพยาบาลและด้านการบริการพยาบาล

จากกรที่พยาบาลวิชาชีพต้องทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสาร อำนวยความสะดวก และประสานงานกับทีมผ่าตัดและมอบหมายงานการเตรียมการสำหรับภาวะฉุกเฉิน ซึ่งงานเหล่านี้ถ้าขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้การบริหารงานไม่สามารถดำเนินไปสู่จุดหมายได้ ความสำคัญของการสื่อสารในการบริหารมีจุดมุ่งหมาย 5 ประการ คือ 1) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการ 2) เพื่อให้เกิดการมอบอำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบเป็นไปอย่างมีระบบ มีการบันทึกและรายงานผลอย่างมีระเบียบแบบแผน 3) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมการปฏิบัติงานตามขอบเขต สายการบังคับบัญชา 4) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจที่ตรงกันทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานช่วยสร้างเจตคติที่ดีต่อกันนำมาซึ่งความไว้วางใจกระตุ้นให้ผู้บริหาร ผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดการประสานงานที่ดีร่วมมือร่วมใจพร้อมที่จะปฏิบัติงาน และ 5) เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ การที่บุคลากรของหน่วยงานทุกระดับสามารถสื่อสารได้อย่างเสรี มีความไว้วางใจกัน

และมีความกล้าที่จะสื่อสาร ย่อมนำไปสู่การแสดงความคิดเห็นที่สร้างสรรค์ ทำให้การบริหารงานดำเนินไปสู่จุดมุ่งหมายได้

ความสำคัญของการสื่อสารต่อการบริการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพให้บริการพยาบาลผู้ป่วยติดต่อกันตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 3 เวนและมีการรายงานเปลี่ยนเวรหรือรับและส่งต่อข้อมูลรวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อการประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วย ปัญหาความต้องการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับไปแล้วในเวรก่อนหน้าให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับรายงานรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการสื่อสาร

การสื่อสารกับทีมผ่าตัดและทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในงานวิจัยนี้ นำแนวคิด 3 แนวคิดมาบูรณาการ ได้แก่

1) แนวคิดของชูสเตอร์และไนโกลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) ที่มีความจำเป็นสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย ดังนี้

1. การสื่อสารเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วย (monitoring) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นการประเมินผลการพยาบาลของพยาบาล เพื่อนำข้อมูลผู้ป่วยขณะนั้นมาวิเคราะห์และตัดสินใจวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีแนวทางการตรวจสอบและสื่อสารซึ่งครอบคลุมเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย (สุภิตา, มะลิวรรณ, และอาริยา, 2563) รวมถึงการตรวจสอบสภาวะของผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการผิดปกติเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ กรณีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในการประเมินสภาพด้านร่างกาย เช่น การประเมินสภาพผิวหนัง การประเมินดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อแผลกดทับในขณะผ่าตัดที่ใช้เวลานานกว่า 3 ชั่วโมง เพื่อนำข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการจัดทำผ่าตัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำ และต้องประเมินแผลกดทับแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดมากขณะผ่าตัด ทีมผ่าตัดสามารถสื่อสารในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดอุปกรณ์หนีบเส้นเลือด สามารถส่งไหมเย็บปิดเส้นเลือดหรืออวัยวะอื่นๆ และใช้สารห้ามเลือด (hemostatic agent) ได้ทันเวลา ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ในการรับสารและส่งสารที่จำเป็นด้วยความเร่งรีบ มีความรอบคอบในการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลอย่างรวดเร็ว และการบันทึกอาการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะต้องดำเนินการประสานงาน (ศรีเวียงแก้วและเบญจมาภรณ์, 2559)

2. การสื่อสารเพื่อการประสานความร่วมมือ (coordination of care) เป็นการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยในการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ทันเหตุการณ์ ต้องมีการวางแผนการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น การประสานงานระยะก่อนผ่าตัดกับนักรังสีการแพทย์ในการตรวจ CT scan เป็นการตรวจหาความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ขนาดก้อนเนื้องอก การอุดตันของเส้นเลือด ตำแหน่งและปริมาณเลือดคั่งในสมอง รอยแตกหักของกระดูกในตำแหน่งที่ต้องผ่าตัด การปรึกษารายงานแพทย์เฉพาะทางต่างแผนก (consult) ขณะผ่าตัดเพื่อวางแผนการดำเนินการเปลี่ยนแผนการรักษาและจะต้องมีการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ ด้วย การสื่อสารในเวลาที่ไม่ดีผลและให้การรักษาที่ไม่ถูกต้อง เป็นการประสานการรักษาที่ล่าช้ามีผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายได้

3. การสื่อสารเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง (maintaining continuity of care during care transition) โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการเยี่ยมหลังผ่าตัดให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน เพื่อไม่ให้กลับมาผ่าตัดซ้ำหลังผ่าตัด การให้คำแนะนำและเปิดโอกาสซักถามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อการเตรียมตัวก่อนมาผ่าตัดในกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) รวมถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง โดยพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการสื่อสารในเรื่องอาการในปัจจุบัน แผนการรักษาของผู้ป่วย (รัตนและเบญจมาภรณ์, 2559)

2) แนวคิดทักษะการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคลของโอชี (O'Shea, 1998) พิจารณาถึงความเป็นบุคคลที่ต้องเป็นผู้รับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต้องมีทักษะต่างๆ ดังนี้

1. ทักษะในการฟัง (listening skill) เป็นทักษะที่สัมพันธ์กับการสื่อสารมากที่สุด ต้องสามารถฟังข้อมูลข่าวสารในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน เช่น ระยะก่อนผ่าตัด ถ้าทีมผ่าตัดไม่รับฟังซึ่งกันและกันในการวางแผนผ่าตัด การเตรียมผ่าตัดอุปกรณ์เครื่องมือที่จะผ่าตัดให้พร้อมใช้ หรือฟังไม่ครบถ้วน ทีมผ่าตัดจะไม่สามารถผ่าตัดสำเร็จลุล่วงได้ โดยขั้นตอนแรกที่สำคัญคือ ต้องเรียนรู้ที่จะฟัง ซึ่งอาจใช้การตัดสินใจที่ทำการจดบันทึกในสิ่งที่ผู้อื่นพูดคือต้องเรียนรู้ที่จะเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ นักวิชาการด้านพฤติกรรมมองว่าการเชื่อว่าการฟังเป็นทักษะที่อาจฝึกฝนและปรับปรุงให้ดีขึ้นได้จึงได้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 การฟังแต่ละครั้งต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน พยายามอย่าฟังเฉพาะเรื่องที่ยาก ฟังหรือเฉพาะเรื่องที่เราเห็นด้วยเท่านั้น ควรฟังเรื่องที่ทุกคนพูด ไม่ฟังแต่เรื่องที่เราสนใจเพราะการฟังไม่ทำให้ใครเสียประโยชน์ และบางครั้งอาจมีประโยชน์ในอนาคตได้

1.2 รับฟังเรื่องราวต่างๆทั้งหมดก่อนที่จะตัดสินใจ ไม่ควรเร่งรีบไม่ตัดสินใจโดยรับรู้ ข้อมูลเพียงครึ่งๆกลางๆ ไม่ปะติดปะต่อกัน

1.3 ให้ความสนใจกับบุคคลที่กำลังพูด ไม่ควรด่วนสรุปหรือขัดจังหวะ โดยรอให้ผู้พูด พูดจบก่อนแล้วจึงสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือแสดงข้อโต้แย้ง

1.4 ควรยอมรับความรู้สึกของผู้พูด ในขณะที่ฟังควรพยายามปรับตัวให้เข้าใจถึง แนวคิด รวมทั้งความรู้สึกของผู้พูดในขณะนั้นด้วย เป็นการฟังทั้งสาระและความรู้สึก ไม่ควรจับผิดผู้พูด

1.5 แสดงความสนใจและกระตือรือร้นที่จะฟัง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้พูดมีกำลังใจที่จะถ่ายทอดสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้เราฟัง

1.6 พยายามขจัดสิ่งรบกวนต่างๆ ที่จะเป็นเครื่องทำลายสมาธิในการฟังให้หมดไป เพื่อให้การสื่อสารข้อความเป็นไปโดยราบรื่น

1.7 ควรฟังโดยใช้วิจารณญาณ และควรสังเกตภาษาท่าทางประกอบที่ผู้พูดสื่อเพราะ ภาษาท่าทางนั้นช่วยบอกรายละเอียดของการพูดนั้นๆ ด้วย

1.8 ผู้ฟังควรมีความพยายามและความอดทนพอสมควร เพราะเมื่อเราฟังถึงตอนที่ ยากหรือเป็นเรื่องนามธรรม มีความซับซ้อนแล้วหากเรามีความพยายามและอดทนจะทำให้เราสามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้

1.9 การฟังที่ดี ควรจับประเด็นความคิดที่เป็นสาระสำคัญและสามารถสรุปความคิดรวบยอดในเรื่องนั้นได้

2. ทักษะการถ่ายทอดข่าวสารที่ชัดเจน (giving clear information skill) ความสามารถในการประเมินสถานการณ์กำหนดเป้าหมายเพื่อสามารถให้ข้อมูลข่าวสารได้ตรงตามที่ต้องการมีความชัดเจนเข้าใจง่ายตรงประเด็นสมบูรณ์มีลำดับขั้นตอนที่ดี ทั้งด้วยวิธีการสื่อที่ใช้วาจาและไม่ใช้วาจาให้สารออกมาได้ชัดเจน หลีกเลี่ยงการสื่อที่ก่อให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือความต้องการที่ตั้งไว้ และรักษาสัมพันธภาพ การให้เกียรติและให้ความไว้วางใจแก่กัน เช่น ระยะเวลาผ่าตัด ศัลยแพทย์ขอเครื่องมือผ่าตัด โดยใช้สัญลักษณ์ท่าทางด้วยมือ แต่เมื่อรับทราบที่กำลังปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัดจบใหม่ จึงเรียกชื่อเครื่องมือผ่าตัดที่ต้องใช้ด้วยวาจาเพิ่มเติม (ศรีเวียงแก้วและเบญจมาภรณ์, 2559)

3. ทักษะการรับข่าวสารที่ปราศจากอคติ (getting unbiased information skill) ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องมีความระมัดระวังในการรับข้อมูลข่าวสาร โดยการกลั่นกรองข้อมูลตรวจสอบข้อมูล เมื่อมีการสื่อสารจากบุคคลหนึ่งโดยใช้คำถามโดยตรงโดยอ้อมและคำถามสะท้อนคิด การตรวจสอบทำความเข้าใจข้อมูล และสรุปข้อตกลงของข้อมูลข่าวสารนั้น ก่อนยุติการสื่อสาร

4. ทักษะการสื่อสารแบบเปิด (fostering open communication skill) ความสามารถในการสื่อสารที่ช่วยให้สามารถแสดงความรู้สึกความคิดเห็นของตนเองออกมาได้อย่าง

เต็มที่ โดยสามารถสร้างบรรยากาศการสื่อสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพสูงมีคุณค่าเหมาะสมกับเวลา สถานการณ์ การส่งผ่านข้อมูลข่าวสารระหว่างคู่สื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สื่อสารด้วยกัน และความคิดเห็นออกมาอย่างเปิดเผย เช่น การสรุปกิจกรรมก่อนลงมือปฏิบัติ (pre-task brief) ในการผ่าตัดเพื่อให้ทีมผ่าตัดมีความเข้าใจตรงกันก่อนเริ่มลงมือปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีหลายแนวทางปฏิบัติ (กษณาและธวัชรณ, 2562)

3) แนวคิดทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) (Kolb, 1984) เป็นกระบวนการที่ดำเนินกันไปเป็นวงจร แต่ละขั้นของการเรียนรู้จะส่งเสริมการเรียนรู้ของขั้นต่อไป และกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วม และรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึก และ ยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น การเรียนรู้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยผู้เรียนที่มีโอกาสได้รับประสบการณ์แล้วได้รับการกระตุ้นให้สะท้อนสิ่งต่างๆ ที่ได้จากประสบการณ์และสามารถนำพาความคิดของตนออกมาเพื่อพัฒนาทักษะใหม่ๆ หรือวิธีคิดใหม่ๆ

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต การไตร่ตรองเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่าง รอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา

ขั้นที่ 3 การสร้างแนวคิดที่เป็นนามธรรมเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียน ใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปขยายอดเป็นหลักการต่างๆ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดของชูสเตอร์และไนโกลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) ที่มีความจำเป็นสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย ร่วมกับแนวคิดของโอซี (O' Shea, 1998) และแนวคิดทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) (Kolb, 1984) เป็นกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของบุคคล ที่สามารถใช้ครอบคลุมทุกสถานการณ์กระบวนการห้องผ่าตัดทำให้เกิดความผิดพลาดน้อยลง เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทีมผ่าตัด ซึ่งช่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กรสุขภาพด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด

การสื่อสารจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างมีผลทำให้การส่งข้อมูลการแปลความหมายของข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันดังนี้

1. ด้านเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน คือ เพศหญิงมีพฤติกรรมอ่อนไหว ละเอียดอ่อน ประณีประนอมและหยิ่งถึงจิตใจของคนมีแนวโน้มและความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารได้ดีกว่าเพศชาย แต่เพศชายนอกจากการส่งและรับข่าวสารแล้วยังต้องการสร้างความสัมพันธ์อันดีจากการรับข่าวสารจะให้เหตุผลและจำข่าวสารได้มากกว่าเพศหญิง (กัญญ์รินทร์, ศราวิน, และสุชาดา, 2560)

2. ด้านอายุ ทำให้คนมีความแตกต่างด้านความคิดและพฤติกรรม คือ บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการสื่อสารแตกต่างจากคนอายุน้อย โดยทั่วไปคนที่มีอายุน้อยมักมีความคิดเสรีนิยม (liberal) ยึดอุดมการณ์ (dealistic) ใจร้อน (impatient) และมองโลกในแง่ดี (optimistic) มากกว่าคนที่มีอายุมากและจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนคนที่มีอายุมากมีความคิดแบบอนุรักษ์นิยม (conservative) ยึดถือปฏิบัติ (pracmatic) ระมัดระวัง (caution) มีความคิด ทศนคติและมองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่มีอายุน้อยเพราะมีประสบการณ์ในชีวิต (บุศรินทร์, 2558)

3. ด้านระดับการศึกษา ทำให้การรับรู้แตกต่างกัน คือ การศึกษาช่วยให้บุคคลมีเหตุผลสามารถพิจารณา มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและปฏิกิริยาการแสดงออกของบุคคลอื่นได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาที่ต่ำกว่า (กัญญ์รินทร์, ศราวิน, และสุชาดา, 2560)

4. ด้านประสบการณ์การทำงาน คือ การรอบรู้ หรือรู้รอบด้านจากการได้เห็น ได้สัมผัส ได้ลงมือปฏิบัติบ่อยๆ ปฏิบัติงานระยะเวลาในการทำงานนาน เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจะทำงานผิดพลาดน้อย จะมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานสามารถนำความคิดรวบยอดที่เคยได้รับจากประสบการณ์ต่างๆ มาใช้ในการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ ทำให้ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 1-5 ปี ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย มักจะขาดความเข้าใจในสภาพการปฏิบัติงาน ขาดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน (Benner, 1984) ความรู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ทำให้การปฏิบัติงานสื่อสารผิดพลาดเนื่องจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ จึงมักมีปัญหาในการปฏิบัติงาน (จิตาภา, สมใจ, และนวลชนิษฐ์, 2559)

5. ด้านสภาพแวดล้อม การสื่อสารต้องมีการใช้พื้นที่ในการประชุมบุคลากร หรือประชุมย่อยในการวางแผนการพยาบาล โดยส่วนใหญ่ไม่มีพื้นที่จัดไว้เป็นส่วน มีพื้นที่จำกัดจึง

ต้องเข้าไปใช้พื้นที่ในห้องผ่าตัด และมีเสียงรบกวนในกระบวนการสื่อสารในห้องผ่าตัด การรบกวนจากโทรศัพท์ภายในและภายนอกขณะทำผ่าตัด (ธนพรรณ, 2558)

การประเมินทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด

วิธีการแบบประเมินทักษะการสื่อสารพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นการสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยใช้การประเมินตนเองในการทำความเข้าใจพฤติกรรมบ่งชี้ให้ชัดเจน ว่าต้องการพัฒนาทักษะการสื่อสารในทีมการพยาบาลมากน้อยเพียงใด และที่เล็งประเมินผลของ พฤติกรรมจากการปฏิบัติงานด้วยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมายที่ ต้องการ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนเป้าหมายขององค์กรในทักษะสื่อสารที่ดี การแก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง การมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานเป็นทีม การตรวจสอบการยินยอมผ่าตัด การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย การให้ข้อมูล ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะก่อน ผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดตามความต้องการแก่ผู้ป่วยและญาติ (สมาคมพยาบาลห้อง ผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554) ในการประเมินพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ควรประเมิน ระหว่างพยาบาลกับพยาบาล ในลักษณะการสื่อสารของทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน อย่างต่อเนื่อง เช่น การรับส่งเวร ต้องมีการจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสารก่อนทำการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ ซึ่งเข้าใจง่าย รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ต้องใช้ทักษะการฟังเป็นอย่างมากในการติดต่อกับผู้ป่วย ระหว่าง พยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ ในการประสานงานดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และการรักษาสัมพันธภาพระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ (เปรมฤดีและกันตติยา, 2562) และในการรับรู้บทบาทเป็นผู้ติดต่อสื่อสารของวิชาชีพ การพยาบาล การประเมินการสื่อสารแบบวัจนภาษาของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การพูดเพื่อแสดง ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้อื่น การพูดแสดงการยอมรับ การพูดเพื่อแสดงความเห็นใจเข้าใจ ในความรู้สึกของผู้อื่น การพูดเพื่อแสดงความเชื่อถือไว้วางใจ และการพูดเพื่อแสดงการดูแลใส่ใจ (ขวัญจิต, ลัดดาวัลย์, และจรรยา, 2557)

ในการวิจัยนี้นำแนวคิดการประเมินการฝึกอบรมตามเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick, 1975) โดยประเมินความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจระหว่างการฝึกอบรม และติดตามประเมิน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงหลังการฝึกอบรมเป็นระยะๆ ซึ่งคือเป็นรูปแบบการ ประเมินที่เป็นระบบที่น่าสนใจนำไปใช้อย่างยิ่งรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับวิธีการประเมินผลการ เรียนรู้ของผู้เข้าอบรม โดยการวัดผลก่อน-หลังการอบรม การวัดผลหลังการอบรม และการวัดผล ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น ทั้ง 3 วิธี สามารถใช้ได้กับการประเมินผลการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติ นอกจากนี้การเลือกใช้

เครื่องมือที่เหมาะสม การใช้มาตรฐานในการปฏิบัติงานเหมาะสมสำหรับการวัดผลการเรียนรู้ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบผลงานที่วัดได้กับมาตรฐานที่ตั้งไว้ได้อย่างชัดเจน ทั้งในแง่ของปริมาณและคุณภาพ (ธรรมศักดิ์, 2561) ในการวิจัยนี้ ได้ออกแบบการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้แบบตรวจสอบรายการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การโทรศัพท์ระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลหอผู้ป่วย การใช้แบบบันทึกความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยนอกที่มานัดผ่าตัด มีการใช้กระดาษสื่อสารเพื่อระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อการทำผ่าตัด ข้างที่ทำผ่าตัด และบันทึกการนับอุปกรณ์ผ่าตัด เช่น ผ้าซับโลหิต ไหมเย็บแผล เป็นต้น และนำเครื่องมือแนวทางสื่อสารสภาวะผู้ป่วยด้วย Identify, Situation, Background, Assessment, & Recommendation (ISBAR) ของสถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ (เปรมฤดีและกันตिया, 2562) โดย I (identify) คือการระบุชื่อผู้รายงาน หน่วยงานที่ผู้รายงานกำลังรายงาน และระบุตัวผู้ป่วย เช่น ระยะก่อนผ่าตัด ฟังและซักถามข้อมูลผู้ป่วยจากพยาบาลห้องฉุกเฉินตามแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ ข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด ปัญหาและอาการสำคัญ ตรวจสอบยาและสารน้ำที่ได้รับอยู่ ยาที่นำมาห้องผ่าตัดพร้อมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด S (situation) เป็นการสรุปสถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน ระบุเหตุผลที่รายงานสั้นๆ เวลาที่เกิดความรุนแรง เช่น ระยะผ่าตัด แพทย์ผ่าตัดรายงานทีมผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเสียโลหิตมาก หลังเปิดกะโหลกศีรษะของผู้ป่วย พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดมอบหมายให้พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมจี bipolar bone wax สารห้ามเลือด และรอคำสั่งพร้อมเปิดใช้ B (background) เป็นการรายงานข้อมูลภูมิหลังสำคัญ เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย การวินิจฉัยแรกรับ วันที่รับไว้และแผนการรักษา ผลการตรวจที่สำคัญและผลการตรวจครั้งที่แล้วเพื่อเปรียบเทียบ เช่น ระยะหลังผ่าตัดติดตามผลส่งตรวจชิ้นเนื้อ ผลตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการใช้คลื่นเสียงกำลังสูงสะท้อนให้เกิดภาพ และข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ A (assessment) คือการประเมินสถานการณ์ของพยาบาลและสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นในขณะนั้น เช่น รายงานอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดครบถ้วนแก่ทีมผ่าตัดด้วยน้ำเสียงดังชัดเจน การหาอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดที่ไม่ครบบริเวณพื้นที่ผ่าตัด R (recommendation) เป็นข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาลในการแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย เช่น ระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทบทวน order หลังผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ post operative diagnosis post operation ยาที่ได้รับ วันตัดไหม และนัด follow up ออกใบนัดหลังผ่าตัด เพื่อตามอาการ และให้คำแนะนำหลังผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติที่ติดตามมาด้วย ได้แก่ ไหมที่ใช้เย็บปิดแผล การสังเกตดูแลแผลผ่าตัด วันตัดไหมและสถานที่ตัดไหม ยาที่ได้รับ วันนัดหลังผ่าตัดเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ การลำดับหมายเลขถัดไปเพื่อยื่นเอกสารการรักษา ห้องรับยา และเน้นข้อความสำคัญด้วยปากกาไฮไลต์ ได้แก่ วันที่และสถานที่นัดหลังผ่าตัด

จะเห็นได้ว่าทักษะด้านการสื่อสารในงานพยาบาล เป็นทักษะไม่ใช่เทคนิคสามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติงานทุกงานรวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย แต่แต่ละบุคคลจะมีทักษะนี้แตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของบุคคล พฤติกรรมการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับทีมพยาบาล โดยการสื่อสารของทีมพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างต่อเนื่อง เช่น ในการรับส่งเวร มีการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งองค์กรที่มีวัฒนธรรมการสื่อสารแบบเปิด จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกปลอดภัยในการที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เนื่องจากภาระงานของพยาบาลมีมากและพยาบาลเป็นตัวกลางประสานงานเรื่องต่างๆ แต่ด้วยลักษณะการปฏิบัติงานที่บ่อยครั้งต้องทำงานบนความเร่งรีบ เมื่อมีการสื่อสารทั้งกับทีมพยาบาลและกับสหวิชาชีพอาจทำให้การสื่อสารขาดรายละเอียด เกิดความไม่ชัดเจนในการให้ข้อมูลข่าวสารและขาดการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลการสื่อสารที่ชัดเจน ดังนั้นการประเมินทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลด้านบุคคลากรการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารโดยการใช้สถานการณ์จำลอง

แนวความคิดการพัฒนาและการประเมินบุคลากรของพยาบาลห้องผ่าตัด

การเรียนรู้ การอบรม และการพัฒนาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาบุคลากรขององค์กร การเรียนรู้ในกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความรู้ใหม่ มีทักษะใหม่ มีความสามารถใหม่ รวมทั้งมีทัศนคติที่ต่างจากเดิม การฝึกอบรมเป็นการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมทักษะให้มีความสามารถนั้นๆเพิ่มขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงานที่รับผิดชอบมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาจะมุ่งเน้นเพิ่มพูนความสามารถหลายด้านของบุคคลในทักษะต่างๆ เพื่อให้มีศักยภาพความรับผิดชอบงานในอนาคต การพัฒนาต้องการความต่อเนื่องและใช้เวลา มีรูปแบบและชนิดของการฝึกอบรมหลายลักษณะ ได้แก่ 1) การอบรมแบบปฏิบัติงานจริง เป็นวิธีการที่ใช้กันมากในองค์กรต่างๆ โดยผู้เข้ารับการอบรมยังทำงานตามปกติ และรับรู้ว่าจะอยู่ในระหว่างได้รับการอบรม การสอนงาน ระหว่างผู้นิเทศกับบุคลากร เป็นการอบรมแบบปฏิบัติงานจริง ได้แก่ การสอนหน้างาน การหมุนเวียนการปฏิบัติงาน การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้สิ่งที่ต้องใช้ในการทำงานจริง 2) การอบรมแบบห้องเรียน เป็นการฝึกอบรมภายนอกพื้นที่งาน ผู้เข้าอบรมมีเวลาเรียนได้เต็มที่ไม่วุ่นวายขัดจังหวะการเรียนรู้ สามารถใช้เทคนิคและสื่อสารสอนงานต่างๆ ได้ ซึ่งต้องใช้เทคนิคในการสอนผสมผสาน ได้แก่ การบรรยาย การอภิปราย การใช้สื่อมัลติมีเดีย การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในการวิเคราะห์กรณีศึกษา บทบาทสมมติ เกม สถานการณ์จำลอง และ 3) การฝึกอบรมรายบุคคล เพื่อตอบสนองความสามารถการเรียนรู้ที่แตกต่าง

ของบุคคล ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การฝึกอบรมด้วยบทเรียนและทางอินเทอร์เน็ต การพัฒนาเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ เป็นความพยายามต่อเนื่องในการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้สูงขึ้น เพื่อความก้าวหน้าในงานควรตอบสนองความต้องการขององค์กร บุคลากร และสังคมที่มีการวางแผนพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ โดยผู้บริหารมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา (อนันต์ชัย, 2557)

วิธีการพัฒนาตนเองประยุกต์ตามแนวคิดของโคเวีย (Covey, 2004) ประกอบด้วย 1) ต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทำก่อน (be proactive) รู้จักเริ่มเปลี่ยนแปลงตัวเอง โดยตนเองต้องมีความกระตือรือร้นที่จะฝึกฝน ไม่ควรรอว่าต้องเกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานแล้วจึงค่อยหาแนวทางแก้ไข เช่น การสื่อสารพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดตามกำหนดวันเวลาได้ โดยไม่เกิดการงด/เลื่อนผ่าตัด หรือผู้ป่วยดมยาสลบขณะที่เครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อม และสร้างแรงจูงใจ แรงบันดาลใจ ที่จะทำให้อยากเรียนรู้อยากเป็น อยากทำ และมีความเอาใจใส่ที่จะเริ่มต้นทำ 2) เริ่มต้นโดยมีเป้าหมายชัดเจน (begin with the end in mind) มีการวางแผนการว่าต้องการพัฒนาตนเอง ด้วยวิธีการในการพัฒนาการเรียนรู้จากต้นแบบไม่ว่าจะเป็นทีมพยาบาลด้วยกัน หัวหน้างาน หรือจากต้นแบบทางอินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุม การอบรม ระยะเวลาที่ใช้ และผลการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลการสื่อสารนั้นชัดเจน เช่น ไม่เกิดการผิดพลาดในการกระบวนการนับสิ่งของตกค้างร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในการรับส่งเวรผ่าตัด การเก็บส่งชิ้นเนื้อส่งต่อพยาบาลช่วยรอบนอก (นงเยาว์ และคณะ, 2558) และ 3) ฝึกฝนตนเองให้พร้อมเสมอ เพื่อพัฒนาตนเองสื่อสารข้อมูลที่แสดงออกโดยการพูด และเขียนโดยสื่อให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน รวมถึงการแสดงกิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหว การสัมผัส การแสดงออกทางสีหน้า และการประสานสายตา น้ำเสียงที่พูด การสื่อสารด้วย ภาษาท่าทางสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ที่ไม่สามารถอธิบายเป็นคำพูดและการเขียนได้อยู่เสมอ (แพรวภัทร, 2553) โดยมีแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามเพื่อให้เกิดทักษะการสื่อสารที่ดีในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่สร้างตามแนวคิดของเดวิตโต (Devito, 2003) ประกอบด้วย 7 ทักษะ ได้แก่ 1) การเป็นคนเปิดเผย 2) การเห็นอกเห็นใจ 3) การสื่อสารทางบวก 4) การร่วมรู้สึก 5) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน 6) การแสดงออก และ 7) การให้ความสำคัญกับบุคคลอื่น โดยค้นหาแนวทางในการปฏิบัตินำไปทดลองปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง

จากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสาร หมายถึง แผนการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการที่จัดขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งมีองค์ประกอบของสถานการณ์จำลอง อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เกี่ยวข้องและสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นให้มีลักษณะเหมือนจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติฝึกการวิเคราะห์การตัดสินใจและการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด (วงเดือน, อรพิน, และจิตติอาภา, 2559) ให้เกิดทักษะการสื่อสารที่ดีในทีมบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย 7 ทักษะ คือ การเปิดรับฟังความคิดของผู้อื่น การเห็นอกเห็นใจ การสื่อสารทางบวก การร่วมรู้สึก การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การแสดงออก การให้ความสำคัญกับบุคคลอื่น โดยการทำกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สถานการณ์จำลอง การแสดงบทบาทสมมติ ฝึกปฏิบัติอภิปรายกลุ่มและระดมสมองในการค้นหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Devito, 2003) เป็นการเรียนรู้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโดยผ่านประสบการณ์จากการเรียนรู้ที่แท้จริง ได้แก่ 1) การจัดประสบการณ์เรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม 2) การสังเกตอย่างใคร่ครวญ 3) การสร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม และ 4) การประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (David, 1970)

องค์ประกอบของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง

ในการจัดการเรียนรู้ทางการแพทย์โดยใช้สถานการณ์จำลอง มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน (Jeffries, 2008) ได้แก่

1. ผู้สอน ต้องมีบทบาทของผู้สอนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง คือ ผู้สอนมีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน บทบาทของผู้สอนอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ต้องให้การสนับสนุนผู้เรียนตามที่ต้องการผู้สอนต้องทำหน้าที่ตั้งแต่การออกแบบสถานการณ์ การใช้เทคโนโลยีและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้สามารถใช้งานได้ ในขณะเดียวกันผู้สอนต้องได้รับการเตรียมความพร้อม ซึ่งพบว่าการเตรียมผู้สอนให้มีประสบการณ์ความรู้สึกเหมือนผู้เรียนขณะที่อยู่ในสถานการณ์ สามารถทำให้ผู้สอนวิเคราะห์ การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนรู้ในสถานการณ์ได้

2. ผู้เรียน ต้องมีความรับผิดชอบต่อการเรียนของตนเองเป็นพื้นฐาน โดยต้องกระตุ้นและจูงใจตนเองขณะที่เรียน การแข่งขันเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจมากขึ้น แต่การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองไม่สนับสนุนให้เกิดการแข่งขัน เนื่องจากทำให้ผู้เรียนมีความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น ผู้เรียนจะมีบทบาทสมมติในหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไปซึ่งผู้เรียนควรทราบ

ล่วงหน้า และบทบาทเหล่านั้นควรได้มีการหมุนเวียนหรือสลับเปลี่ยนให้ผู้เรียนแต่ละคนได้รับบทบาทที่หลากหลาย ผู้เรียนควรได้รับการประเมินความก้าวหน้าของตนเองตลอดช่วงเวลา que แสดงบทบาท (เกษมาและธวัชรณ, 2562)

3. ลักษณะการจัดการฝึกปฏิบัติ มีลักษณะสำคัญ (Hallmark, Thomas, & Gantt, 2014) ดังนี้

3.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน (faculty-student interaction) องค์ประกอบที่สำคัญ มีผลต่อการคงอยู่ของความรู้ และความเชื่อมั่นในตนเอง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้เชิงลึกสำหรับผู้เรียน สามารถพัฒนาการคิดผู้เรียนให้สูงขึ้นได้ ในขณะที่เดียวกันอาจเพิ่มระดับความเครียดของผู้เรียนด้วย

3.2 การเรียนรู้ด้วยตนเอง (active learning) การจัดการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องเรียนรู้ที่จะอธิบายสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ เชื่อมโยงกับความรู้หรือประสบการณ์ที่ผ่านมา จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนที่ดีระหว่างเรียน จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้และสามารถพัฒนาผู้เรียนไปสู่การเรียนรู้ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นได้

3.3 การเรียนรู้แบบร่วมมือ (collaborative learning) เป็นการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มย่อยของผู้เรียนโดยอาศัยความถ้อยทีถ้อยอาศัย การแก้ปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และเป็นเทคนิคในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนผู้เรียนจะเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น

3.4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ (high expectation) การที่ผู้สอนคาดหวังให้ผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จตามความคาดหวังหรือเกินกว่าความคาดหวัง โดยผู้เรียนควรบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลองและสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้ตามคำแนะนำของผู้สอน การออกแบบสถานการณ์จำลองที่ดีควรสร้างให้มีมาตรฐานสูงสำหรับผู้เรียน และต้องจัดเตรียมสิ่งสนับสนุนสำหรับช่วยผู้เรียนให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3.5 การเรียนรู้ที่หลากหลาย (diverse learning) เป็นความหลากหลายของผู้เรียนในการเรียนรู้ทักษะจากรูปแบบการเรียนรู้ เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้เรียนสามารถใช้ตาสังเกต หูฟังเสียง และอุปกรณ์ต่างๆ ตามที่ผู้สอนออกแบบสถานการณ์จำลอง

3.6 เวลาในการจัดการเรียนรู้ (time on task) ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองและจำนวนครั้งที่เข้าเรียนมีผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยพบว่าจำนวนชั่วโมงเรียนที่เพิ่มขึ้นและการได้ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองซ้ำหลายๆครั้ง ทำให้ระดับความรู้และการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียนเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ว่าจำนวนครั้ง

หรือระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร แต่พบว่าเวลาที่ใช้ในการเข้าเรียนในสถานการณ 25 นาที และเวลาที่ใช้ในการอภิปรายสรุปและสะท้อนคิด 10 นาที

3.7 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เป็นลักษณะของข้อมูล เฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวกับการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ได้จากการสังเกตการกระทำของผู้ปฏิบัติกับ มาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีทักษะการปฏิบัติที่ดีขึ้น จะเกิดประสิทธิผลเมื่อการให้ข้อมูลที่ เจาะจงกับผู้เรียนแต่ละคนในการปฏิบัติเฉพาะรายที่ปฏิบัติทักษะที่กำหนดครบถ้วนแล้ว ใช้เวลาใน การปฏิบัติเหมาะสม และผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นผลจากตัวบุคคลมากกว่าเป็นผลมาจากอุปกรณ์ ทุนจำลอง หรือโปรแกรม

4. ด้านการออกแบบสถานการณ์จำลอง การออกแบบเค้าโครงสถานการณ์ จำลองของผู้ป่วย หรือสถานการณ์จำลองของสิ่งแวดล้อมในคลินิก รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องมือทาง การแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนทั้งสิ้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Groom, Henderson & Sittner, 2014) ดังนี้

4.1 วัตถุประสงค์ (objective) วัตถุประสงค์เป็นส่วนหนึ่งของการ ออกแบบสถานการณ์จำลองซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการใช้สถานการณ์จำลองโดยการตั้ง วัตถุประสงค์ต้องประกอบด้วย ความสามารถของผู้เรียนในการคิดวิเคราะห์หรือความสามารถทาง ปัญญา (cognitive) การแสดงออกของผู้เรียนหรือความสามารถทางทักษะ (psychomotor) และ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงอื่นๆ

4.2 ความเหมือนจริง (fidelity) การออกแบบสถานการณ์จำลอง ให้เหมือนจริงสามารถช่วยให้ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนดีขึ้นได้ จะต้องมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง ทั้งตัวสถานการณ์ อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ หรือ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ความเหมือนจริงของสถานการณ์จำลองมีหลายระดับ ดังนั้นการออกแบบ หรือเลือกใช้สถานการณ์จำลองแบบไหนจึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ผู้สอนต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้เรียน

4.3 การแก้ปัญหา (problem solving) การออกแบบสถานการณ์ จำลองมีความซับซ้อนที่แตกต่างกัน สถานการณ์จำลองที่มีความซับซ้อนมากถือเป็นสถานการณ์ จำลองที่มีการวางแผนอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้เรียนเนื่องจากสามารถสะท้อน กระบวนการคิดวิเคราะห์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้เรียนได้ องค์ความรู้จะเกิดขึ้นเมื่อ ผู้เรียนสามารถแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลองที่ซับซ้อน สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถตัดสินใจ ทางคลินิกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับพื้นฐานความรู้และประสบการณ์

4.4 การสนับสนุนผู้เรียน (student support) สิ่งสนับสนุนผู้เรียน ประกอบด้วยข้อมูลจากผู้ป่วย หรือแหล่งอื่นๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผู้ป่วย การตอบสนองของผู้ป่วยหรือการไม่ตอบสนอง และความรู้ของผู้เรียน การออกแบบสถานการณ์

จำลอง ผู้สอนจะต้องจัดให้มีสิ่งสนับสนุนผู้เรียน เพื่อช่วยให้การดำเนินสถานการณ์จำลองบรรลุเป้าหมาย การปฐมนิเทศหรือการสรุปโดยย่อก่อนเริ่มสถานการณ์จำลองช่วยสนับสนุนผู้เรียน โดยให้ข้อมูลผู้เรียนเพื่อทบทวนความรู้ตามสถานการณ์จำลองที่ได้รับผู้สอนแจ้งสิ่งที่ผู้เรียนต้องพบในสถานการณ์และอธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือรวมถึงแหล่งทรัพยากรอื่นๆ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลทางคลินิกของผู้เรียนได้

4.5 การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิด (debriefing) เป็นการอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกสถานการณ์จำลองร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ต้องทำหลังจากผู้เรียนฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสร็จสิ้นทันที หรือในช่วงที่ผู้เรียนยังสามารถจำเกี่ยวกับเหตุผลการคิด การตัดสินใจ รวมถึงความรู้สึกที่เกิดในขณะฝึกสถานการณ์จำลองได้ ระหว่างการสะท้อนคิดจะมีการทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและการเรียนรู้ที่ปรากฏ ผู้สอนจะกระตุ้นหรือชี้แนะผู้เรียนให้เกิดกระบวนการคิดที่นำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ และนำความรู้ทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการฝึกสถานการณ์จำลอง ในขั้นตอนนี้จะต้องจัดสถานที่และใช้เวลาให้เหมาะสม ผู้สอนจะต้องกระตุ้นผู้เรียนในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และผู้สอนต้องให้ความสำคัญกับความถูกต้องในการปฏิบัติ และอธิบายกรณีที่มีการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมการสะท้อนคิดเป็นวิธีการประเมินความสามารถของผู้เรียนระหว่างเข้าฝึกสถานการณ์จำลองนำไปสู่การพัฒนาการคิดวิเคราะห์ การใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติทางคลินิกตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เกษณาและธวัชรธร, 2562)

5. ผลลัพธ์การเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจะเกิดขึ้นกับผู้เรียนเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองประกอบด้วย

5.1 ความรู้ (knowledge) ที่เกิดจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง มักมีความจำเพาะเจาะจงกับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่จัดให้ผู้เรียน ต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าความรู้ของผู้เรียนเกิดจากกิจกรรมการเรียนรู้ของสถานการณ์จำลองที่จัดขึ้นจริง ซึ่งพบว่าความรู้ของผู้เรียนที่เกิดจากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองไม่แตกต่างจากความรู้ที่ได้จากการศึกษาในรูปแบบอื่น แต่ทำให้จดจำความรู้นั้นได้นานกว่าความรู้ที่ได้จากการบรรยาย

5.2 ทักษะที่แสดงออก (skills performance) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถพัฒนาผู้เรียนในเรื่องทักษะพิสัย (psychomotor skills) ความสามารถด้านเทคโนโลยี ทักษะทางด้านเทคนิคทางการพยาบาล (technical skills) เช่น การส่งเครื่องมือผ่าตัด การช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะที่ไม่ใช่เทคนิคทางการพยาบาล (non-technical skills) เช่น การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการสื่อสาร (O'Donnell et al., 2014)

5.3 ความพึงพอใจ (learner satisfaction) เป็นการตอบสนองของผู้เรียนต่อประสบการณ์ที่จัดให้ในมิติต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกต่อกิจกรรมการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง การ

เปลี่ยนทัศนคติของผู้เรียน วิธีดำเนินการและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

5.4 การคิดวิเคราะห์ (critical thinking) เป็นการคิดเชิงวิพากษ์ วิจารณ์ การคิดเชิงเหตุผลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิก เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีจุดมุ่งหมาย ในการแยกแยะ วิเคราะห์ ประเมินหรือการหาข้อสรุป เพื่ออธิบายเหตุการณ์ แนวคิดหรือวิธีการ ตลอดจนเป็นความสามารถของผู้เรียนในการลำดับความสำคัญ และวิเคราะห์ความผิดปกติได้

5.5 ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการตัดสินใจทางคลินิก และจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ในเรื่องการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหา และระดับความมั่นใจในตนเองมีผลต่อความสามารถในการแสดงทักษะที่ถูกต้อง

การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองถูกนำมาใช้ในการจัดการศึกษาทางการพยาบาลอย่างหลากหลาย การเรียนรู้มีลักษณะช่วยเปิดโอกาสให้ได้ฝึกประสบการณ์ในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นไม่บ่อยหรือเป็นภาวะวิกฤต ในสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยและสามารถควบคุมได้ เปิดโอกาสให้ฝึกปฏิบัติได้อย่างไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง ทั้งสามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกที่ต้องการของผู้เรียนได้เร็วขึ้น เนื่องจากผู้เรียนมีโอกาสได้ฝึกหรือทำซ้ำได้มากตามที่ต้องการ ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทำกิจกรรม เกิดการตื่นตัว กระตือรือร้น การให้ความร่วมมือและกล้าแสดงความคิดเห็น ฝึกการแก้ปัญหาแม้จะผิดพลาดแต่ก็ไม่ทำให้เกิดผลเสียหายและผู้เรียนได้มองเห็นสถานการณ์ด้วยตนเองในสถานการณ์ที่เป็นนามธรรมสามารถเข้าใจและทำให้เป็นจริงขึ้นมาได้ (ปภาพิต, 2561) และช่วยพัฒนาทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อสาร การตัดสินใจการแก้ปัญหา และการคิดวิเคราะห์ การรับรองได้ผู้เรียนทุกคนได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองที่เหมือนกัน ช่วยลดความแตกต่างของสิ่งที่ใช้ฝึกผู้เรียน ทำให้การจัดการเรียนรู้มีมาตรฐานมาก เกิดการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดของผู้เรียนและได้ข้อมูลย้อนกลับที่ผู้สอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย และฝึกการปรับตัวของผู้เรียนก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริงในเรื่องความเครียดและความกลัว (ทิตนา, 2557)

อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองอาจมีข้อจำกัดที่ควรคำนึงถึงและต้องเน้นย้ำสำหรับผู้เรียน ได้แก่ หุ่นมนุษย์จำลองไม่สามารถแสดงอาการหรืออาการแสดงที่เหมือนมนุษย์จริงได้ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองเรื่องจิตใจอารมณ์ และความรู้สึกจริงที่จะเกิดกับผู้ป่วย การจัดการเรียนรู้โดยวิธีนี้ให้มีประสิทธิภาพต้องมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบ (วงเดือน และคณะ, 2559) และผู้สอนต้องวิเคราะห์ผู้เรียนว่าได้เรียนรู้ไปพร้อมกันในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ เนื่องจากผู้เรียนอาจมีความรู้และทัศนคติพื้นฐานที่แตกต่างกัน ต้องหาจุดที่เป็นปัญหาซึ่งเกิดการเปลี่ยนทัศนคติ นำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เพิ่มเติมได้อีกมาก (กษณาและฉวีวรรณ, 2562) ผู้สอนเตรียมสถานการณ์จำลองเพื่อใช้ในการเพิ่มทักษะ ต้องใช้เวลาในการเตรียมจึงไม่จูงใจให้ผู้สอนใช้วิธีนี้ในการสอน การอภิปราย และสรุปผล เป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องอาศัยประสบการณ์ความชำนาญของผู้สอน จึงจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง ต้องมีเวลาเพียงพอในการดำเนินกิจกรรมและอภิปรายสรุปผล (ภาพิต, 2561)

กระบวนการดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมกระบวนการดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความต้องการ (needs assessment) การวิเคราะห์เหตุไม่พึงประสงค์จากรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากบุคคลขาดทักษะการสื่อสาร การสอบถามสามารถทำได้โดยแบบสอบถามการสัมภาษณ์เดี่ยวและกลุ่ม เพื่อได้ทราบทัศนคติและความเข้าใจเบื้องต้นของบุคคล การสังเกตกระบวนการซึ่งทำการสังเกตการสื่อสารของบุคคลในสถานการณ์จริงจากการปฏิบัติงาน

2. วางแผนการจัดการเรียนรู้ (training development) รูปแบบการสอนแบ่งได้เป็น 3 แบบ ดังนี้ 1) การถ่ายทอดข้อมูล เป็นการมุ่งเน้นผู้สอนและข้อมูลที่ต้องการถ่ายทอดสามารถทำได้ในกลุ่มใหญ่และจัดได้ง่าย เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีพื้นฐานน้อย แต่ไม่สามารถทำให้เชื่อมั่นได้ว่าผู้เรียนรู้ส่งเสริมทักษะการสื่อสารจะได้รับสิ่งที่ถ่ายทอด เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนบรรยายฝ่ายเดียว โดยที่ผู้เรียนมักไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการคิดวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ 2) การสอนผ่านกรณีศึกษาจากเรื่องเล่า คลิปเหตุการณ์ตัวอย่าง การแสดงบทบาทสมมุติ โดยให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์และวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ และกรณีศึกษานี้อาจเป็นเรื่องนอกเหนือวงการแพทย์ ซึ่งจะดึงความสนใจจากผู้เรียนได้ง่าย เนื่องจากมักเป็นเหตุการณ์ที่คนให้ความสนใจ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของผู้เรียนโดยตรงจะทำให้เชื่อมโยงความรู้ในส่วนงานที่เกี่ยวข้องได้ง่ายและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และ 3) การสอนให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ เป็นการเรียนกลุ่มย่อย โดย

ผู้สอนต้องมีทักษะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม (facilitation) (กษณาและธวัชวรรณ, 2562) เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยสอนให้ผู้เรียนเปลี่ยนทัศนคติได้และนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้สอนต้องมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดี มีทักษะการใช้คำถามที่กระตุ้นให้คิดร่วมกับกิจกรรมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และมีการควบคุมทิศทางของการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (simulation) คือ การสร้างสถานการณ์จำลอง ในประเด็นที่สำคัญในชีวิตจริง เช่น การสอนภาวะห้ามเลือดในช่องท้องขณะผ่าตัด กรณีพยาบาลจบใหม่เริ่มปฏิบัติงาน ซึ่งมีประเด็นที่ต้องเรียนรู้ทั้งความรู้ การตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหา การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม หลังจากจบการเรียนรู้ผู้สอนจะทบทวนกิจกรรมแก่ผู้เรียน เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ และแก้ไขจุดผิดพลาดที่เกิดขึ้นอย่างตรงประเด็น เมื่อผู้เรียนได้ออกไปพบประสบการณ์จริงก็จะคิดวิเคราะห์สถานการณ์จริงได้อย่างเป็นระบบ

3. การประเมินผล (evaluation) เป็นกระบวนการหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง โดยใช้ Kirkpatrick model 4 ชั้น ดังนี้ (ธรรมศักดิ์, 2561)

1. ชั้นประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction evaluation) หมายถึง การวัดผลเพื่อทราบว่าผู้เรียนรับการอบรมมีปฏิกิริยาต่อภาพรวมของการจัดการฝึกอบรม มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนมีความรู้สึกต่อการฝึกอบรม พอใจหรือไม่ ต่อสิ่งที่ได้รับการฝึกอบรม เช่น หลักสูตร เนื้อหาสาระ วิทยากร เอกสาร สถานที่ โสตทัศนอุปกรณ์ระยะเวลา ฯลฯ และพอใจมากน้อยเพียงใด การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองนั้น ต้องการได้รับข้อมูลที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้ารับการอบรมที่มีความหมายและมีความเป็นประสิทธิผลของการฝึกอบรมเป็นอันดับแรก

2. ชั้นประเมินการเรียนรู้ (learning evaluation) หมายถึง การวัดการเพิ่มขึ้นของความรู้ ความสามารถ ทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม ซึ่งความรู้ไม่ได้ครอบคลุมถึงความรู้ในงานที่ทำ แต่เป็นความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจและทักษะ มีเจตคติที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้เพราะความรู้ ทักษะ เจตคติ ล้วนเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของผู้เข้ารับการอบรมในโอกาสต่อไป

3. ชั้นประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปหลังการอบรม (behavior evaluation) หมายถึง การประเมินว่าผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมในการทำงาน เพื่อตรวจสอบว่าผู้เรียนได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงานไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ซึ่งการประเมินผลขั้นนี้ค่อนข้างยากและใช้เวลานาน ผู้เรียนจึงควรวัดพฤติกรรมการทำงานของผู้เรียนทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรมและระยะเวลาระหว่างการฝึกอบรมกับการประเมินผลหลังการฝึกอบรมนั้น ควรจะให้ห่างกันพอสมควร เพื่อให้แน่ใจว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานได้เกิดขึ้นจริงๆ ควรประเมินหลายๆ ครั้งเป็นระยะๆ เช่น ประเมินทุก 3 เดือน เป็นต้น

4. ชั้นประเมินผลลัพธ์ที่เกิดต่อองค์กร (result evaluation)

หมายถึง การประเมินถึงผลสัมฤทธิ์ที่ได้รับจากการฝึกอบรมได้ผลดีต่อหน่วยงาน เช่น การลดค่าใช้จ่าย การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน อัตราการลาออกลดลง เป็นต้น ซึ่งนับว่าเป็นการประเมินผลที่ยากที่สุด เพราะในความเป็นจริงนั้นมีตัวแปรอื่นๆ อีกมากมายนอกเหนือจากการฝึกอบรมที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน

ดังนั้นการประเมินผลการฝึกอบรมในระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงานเป็นเรื่องที่ทำได้ยากลำบากมากกว่าการประเมินปฏิกิริยาหรือประเมินผลการเรียนรู้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้เรียนจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงานอาจขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายประการ ความต้องการในการปรับปรุงตนเองการยอมรับในข้อบกพร่องของตนเองบรรยากาศในการทำงานที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความชำนาญเรื่องพฤติกรรมที่ได้รับโอกาสในการทดลองแนวคิดใหม่ๆ ของตนเอง (เกษณาและธัชวรรณ, 2562)

การวิจัยกึ่งทดลอง

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ออกแบบโดยให้เกิดความเที่ยงตรงภายใน โดยมีวิธีการสร้างการควบคุมประเภทต่างๆ เพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรภายนอกต่างๆ แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีหลายประเภท ซึ่งแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่นิยมใช้ ได้แก่ การวิจัยที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ในการศึกษาในห้องทดลอง ในภาคสนาม ในสถานการณ์ในชีวิตจริงที่มีการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระได้โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่ตามสภาพจริงตามธรรมชาติ ซึ่งบางครั้งก็ไม่มีกลุ่มควบคุม (สุปรีชา, อรุณทัย, และนเรศศักดิ์, 2563) มีการควบคุมสถานการณ์ที่มากระทบต่อผล ที่เกิดจากการทดลองและตัวแปร ที่ไม่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดผลสูงสุด อันเนื่องมาจากตัวแปรทดลอง จึงมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน หรือสถานการณ์เงื่อนไขต่างๆ ที่ไม่ต้องการศึกษาและอาจจะมีผลต่อการทดลอง ซึ่งทำให้ผลการทดลองผิดพลาดหรือผิดเพี้ยนไป ดังนั้นเพื่อให้ผลการทดลองถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ต้องมีการควบคุมสถานการณ์ ที่มากระทบกระเทือนต่อการวิจัย

ข้อดีและข้อจำกัด

ข้อดีของแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้

1. พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยที่จะทำการควบคุมการทดลองได้อย่างสมบูรณ์ ที่ศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในเชิงสถานการณ์จริง และตัวแปรบางตัวไม่สามารถจัดหรือควบคุมได้ เช่น จริยธรรมหรือสิทธิมนุษยชน
2. เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถสรุปอ้างอิงผลไปใช้ในสถานการณ์จริงทั่วไปได้
3. การวิจัยที่ใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองได้ โดยเฉพาะการวิจัยภาคสนามต่างๆ และการประเมินโครงการต่างๆ ที่กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเข้าไปร่วมอยู่ในโครงการ ทำให้ไม่สามารถสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อจำกัดของแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้

1. ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ทำให้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการจัดกระทำ การทดลองมีผลต่อผลการทดลองได้โดยเฉพาะปัญหาความเที่ยงตรงภายในของการทดลอง
2. การวิจัยกึ่งทดลองบางครั้งมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะ ทำให้การวิจัยกึ่งทดลองนั้นอาจมีปัญหาเรื่องความเที่ยงตรงภายนอก ภายใน และการสรุปอ้างอิงผล
3. แบบการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีการใช้วิธีการหลายอย่างที่จะทำให้มั่นใจได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกัน เช่น เก็บข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้านความปลอดภัยของสถานพยาบาลทุกหน่วยงาน รวมถึงงานบริการห้องผ่าตัด ซึ่งให้ความสำคัญในกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ครอบคลุมถึงการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง มีความรับรู้ถึงบทบาท และหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสาร ของพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นจากประสบการณ์ ทางคลินิกภายใต้สิ่งแวดล้อมที่จำลองให้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยบูรณาการจากแนวคิด ของซุสเตอร์และไนโกลินในการสื่อสารด้านการเฝ้าระวัง ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านส่งเสริม การดูแลอย่างต่อเนื่อง แนวคิดของไอซีทักษะการติดต่อสื่อสารด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล และแนวคิดของโคล์บเป็นทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้จนกว่ามีทักษะการสื่อสารที่ต้องการฝึกปฏิบัติได้อย่างไม่มีข้อจำกัด โดยไม่มี ความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดของผู้เรียนและผู้สอน เกิดความมั่นใจใน การนำความรู้ไปใช้เพื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยผ่าตัดในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research design) กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลต้ง มีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 41 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติของกลุ่มที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี มีจำนวน 12 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 12 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์ฉุกเฉินซับซ้อนที่เกิดบ่อยครั้งในห้องผ่าตัด ภายใต้ 3 แนวคิดที่บูรณาการร่วมกันของซุสเตอร์และไนโกลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) ในการสื่อสารด้านการเฝ้าระวัง ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง แนวคิดของโอชี (O'Shea, 1998) เป็นแนวคิดของ

ทักษะการติดต่อสื่อสารในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด และแนวคิดของโคลบ (Kolb, 1984) เป็นทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อการเรียนรู้ โดยนำเสนอ power point และการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อดำเนินการใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลห้องผ่าตัด และระดับการศึกษาสูงสุด

2) แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งบูรณาการ 3 แนวคิด ประกอบด้วยแนวคิดของชูสเตอร์และไนโกลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) ที่เป็นแนวคิดหลักการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย แนวคิดของโอชี (O'Shea, 1998) เกี่ยวกับทักษะในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร และแนวคิดของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ มีข้อความถามรูปแบบการเลือกตอบถูกและผิดเติมลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้การสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะเวลาการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวัง 6 ข้อ ด้านการประสานความร่วมมือ 5 ข้อ ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5 ข้อ

3) แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดรูปแบบรายการ checklist จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย 11 ข้อ ด้านการประสานความร่วมมือ 6 ข้อ และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ

4) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ ใช้รูปแบบสอบถามปลายเปิด 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ความรู้สึกในการเรียน 2) สิ่งที่ได้เรียนรู้ 3) ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการใช้สถานการณ์จำลอง และ 4) การนำไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวัง ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อหน่วยงาน ปัญหาและอุปสรรค โดยร่วมสะท้อนคิด (debriefing) ของพยาบาลห้องผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณดังนี้

1. การตรวจสอบความเป็นไปได้ (feasibility) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยนำโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดและแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาสถานการณ์ที่เกิดบ่อยครั้งในห้องผ่าตัด และจากการทบทวนวรรณกรรมแนวปฏิบัติการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน และหลังจากนั้นนำมาเสนอต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย 1 ท่าน 2) หัวหน้างานพยาบาลห้องผ่าตัด 3 ท่าน และ 3) อาจารย์ด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ 1 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนในการใช้ภาษาและปรับแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยนำเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน 2) พยาบาลห้องผ่าตัดหัวหน้าแผนกศัลยกรรมประสาท 3 ท่าน และ 3) อาจารย์สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนในการใช้ภาษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด ได้เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (บุญใจ, 2553)

3. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความคงที่ภายในโดยใช้เครื่องมือด้วยการวิเคราะห์แบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) ซึ่งค่าความเที่ยงที่ได้ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (บุญใจ, 2553)

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ออกแบบสถานการณ์จำลองฉุกเฉินซับซ้อนที่เกิดบ่อยครั้งในห้องผ่าตัด 3 สถานการณ์ และแบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดรูปแบบรายการ checklist จากการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติ โดยผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 สร้างแบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด ข้อคำถามรูปแบบการเลือกตอบถูกและผิด และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดในรูปแบบสอบถามปลายเปิด และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

1.3 เสนอโครงการทำวิจัยนำวิทยานิพนธ์ เอกสารข้อมูลโครงการวิจัย เสนอต่อศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณา

1.4 นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อหาข้อบกพร่องโดยผู้วิจัยบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นนำมาสู่การปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม และวัดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และได้นำมาทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 20 ราย และวิเคราะห์ความคงที่ภายในโดยใช้เครื่องมือคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนเก็บข้อมูลจริง

1.5 ทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1.6 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.7 การเตรียมผู้วิจัย ก่อนนำไปโปรแกรมไปใช้ ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมในโครงการ How to teach non - technical skills ประจำปี 2564 วันที่ 1 - 2 เมษายน 2564 ผ่านระบบ Webinar ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อฝึกทักษะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม (facilitation) เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยสอนให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนทัศนคติได้และนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยต้องมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดี มีทักษะการใช้คำถามที่กระตุ้นให้คิดร่วมกับกิจกรรมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่ชี้แจงบรรยายสถานการณ์ วางแผนการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง สังเกตขณะดำเนินสถานการณ์จำลอง และสะท้อนคิดการเรียนรู้หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลองและสังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้สถานการณ์จำลอง

1.8 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลประจำการหน่วยงานห้องผ่าตัด 2 คน เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมากกว่า 10 ปี ทำหน้าที่พูดกระตุ้นขณะกลุ่มตัวอย่างดำเนินการในสถานการณ์จำลอง ร่วมสะท้อนคิดการเรียนรู้หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง และมีบทบาทในสถานการณ์จำลองแต่ละสถานการณ์ดังนี้ สถานการณ์ที่ 1) ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 แสดงบทบาทสมมติเป็นพยาบาลวิสัญญี และคนที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน สถานการณ์ที่ 2) ระยะเวลาผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 แสดงบทบาทสมมติเป็นพยาบาลวิสัญญี และคนที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเป็นแพทย์ผ่าตัด และ สถานการณ์ที่ 3) ระยะเวลาการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 แสดงบทบาทสมมติเป็นแพทย์ผ่าตัด และคนที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วยผ่าตัด

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายกลุ่ม หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันกำหนดวัน เวลา สถานที่ รวมถึงรูปแบบการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขณะดำเนินการวิจัยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง (pre-test) ในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

2.3 กลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมฟังการบรรยายโปรแกรมสถานการณ์จำลอง ส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด และให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมความพร้อมก่อนเข้าฝึกสถานการณ์จำลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดย

การจับฉลากหมายเลข 1 และ 2 เข้ากลุ่มตามหมายเลขที่จับได้ แล้วแบ่งบทบาทต้องแสดง ได้แก่ พยาบาลช่วยรอบนอก 1 คน พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 1 คน ผู้สังเกตสถานการณ์ 4 คน โดยสังเกตสถานการณ์จำลองที่ดำเนินการทั้งหมด ตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ต้องเรียนรู้สถานการณ์จำลองทั้ง 3 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ที่ 1 ระยะเวลาก่อนผ่าตัด สถานการณ์ที่ 2 ระยะเวลาผ่าตัด และสถานการณ์ที่ 3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด ซึ่งกลุ่มหมายเลข 1 ต้องเริ่มเข้าเรียนรู้ตามโปรแกรมครบ 3 สถานการณ์ทั้งหมดอย่างต่อเนื่องเสร็จสิ้น กลุ่มหมายเลข 2 จึงเข้าเรียนรู้ตามโปรแกรม ตามลำดับ ในการดำเนินสถานการณ์จำลองพร้อมสะท้อนคิด (debriefing) ร่วมกันทั้ง 2 กลุ่ม

2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง (post-test) ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการฝึกสถานการณ์จำลอง และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

2.5 สังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้สถานการณ์จำลอง

3. ชั้นสรุปผล

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย โดยนำผลการวิเคราะห์แปลผลข้อมูลและข้อเสนอแนะ มาจัดทำรายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด จึงนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิจารณาถึงความเสี่ยงด้านจริยธรรมในการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาการดำเนินการทำวิจัยและพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รหัสโครงการ PSU IRB 2022-St- Nur 010 (Internal) จึงทำการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยแนบบทแบบการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ไปพร้อมกับแบบสอบถามการวิจัยทุกชุด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบถึงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลเมื่อได้รับแบบสอบถามคืน โดยไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด และทำลายทิ้งหลังจากที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. ข้อมูลการประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเฝ้าระวัง 2) ด้านการประสานความร่วมมือ และ 3) ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- 2.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทดสอบการเปลี่ยนแปลงสถิติไร้พารามิเตอร์ (nonparametric statistics) ที่มีการแจกแจงแบบอิสระ (free distribution) โดย

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูล 2 ชุด จากกลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ได้จากการทดสอบก่อนและหลัง วิเคราะห์ประสิทธิผลหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดด้วย Wilcoxon Signed Rank Test

2.2 คะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารเป็นรายชื่อ ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงจำนวนและร้อยละ

2.3 คะแนนความรู้หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงจำนวนและร้อยละ

3. ข้อมูลสังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเฝ้าระวัง 2) ด้านการประสานความร่วมมือ และ 3) ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง โดยแสดงคะแนนที่ปฏิบัติและร้อยละ

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้ 1) ความรู้สึกในการเรียน 2) สิ่งที่ได้เรียนรู้ 3) ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการใช้สถานการณ์จำลอง และ 4) การนำไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวัง การประสานความร่วมมือ และการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด นำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

จำนวน (คน) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 12$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	25
หญิง	9	75
อายุ (ปี) ($M = 24.58$)		
22 – 25	9	75
> 25	3	25
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	12	100
ระยะเวลาปฏิบัติงาน ($M = 2.58$)		
น้อยกว่า 6 เดือน – 3 ปี	7	58.3
4 – 5 ปี	5	41.7

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 24.58 ปี โดยมีในอายุระหว่าง 22 -25 ปี ร้อยละ 75 และอายุ 25 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25 ทั้งหมดจบการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 2.58 ปี โดยระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 เดือน - 3 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 58.3

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้ การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

ตาราง 2

ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยด้วย Wilcoxon Signed Rank Test ($n = 12$)

		N	Mean Rank	Sum of Rank	Wilcoxon Signed Rank Test	
					Z	Asymp Sig. (2-tailed)
posttest -	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00		
pretest	Positive Rank	10 ^b	5.50	55.0	-2.836 ^b	.005
	Ties	2 ^c				
	Total	12				

a. posttest < pretest

b. posttest > pretest

c. posttest = pretest

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนการทดสอบความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยก่อนและหลังด้วย Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ($Z = -2.836$, $p = .005$)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดจำแนกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อ (n = 12)

ความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลห้องผ่าตัด	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง	
	จำนวนคน ที่ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวนคน ที่ตอบถูก	ร้อยละ
การเฝ้าระวังผู้ป่วย				
1. ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดใช้วิธีเซ็นชื่อในแบบประเมิน สภาพผู้ป่วยผ่าตัดก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด	4	33.3	5	41.7
2. การตรวจรับผู้ป่วยฉุกเฉิน on ET tube, on O2 mask พยาบาลห้องผ่าตัดต้องบันทึก ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก	5	41.7	6	50
3. การระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด ปัญหาและอาการสำคัญเป็นข้อมูลที่พยาบาล ห้อง ผ่าตัดต้องทำให้เสร็จสิ้นก่อนการผ่าตัด	12	100	12	100
4. ห้องรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้อง ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับอย่างรวดเร็ว	11	91.7	12	100
5. การ set ผ่าตัดลงโปรแกรม HosXp ของ โรงพยาบาลเป็นการรับข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนที่สุด	5	41.7	7	58.3
6. พยาบาลห้องผ่าตัดทำการทบทวน post operative diagnosis, post operation หลังผ่าตัด ร่วมกับทีมผ่าตัดเท่านั้น	3	25	6	50

ความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลห้องผ่าตัด	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง	
	จำนวน คนที่ ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวน คนที่ ตอบถูก	ร้อยละ
การประสานความร่วมมือ				
7. ก่อนทำ time out พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดและร่วมตรวจนับกับ พยาบาล ช่วยรอบนอกทุกครั้ง	11	91.7	12	100
8. เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ลำดับแรกที่พยาบาล ห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติคือการ sign in ร่วมกับทีม ผ่าตัดทุกครั้ง	12	100	12	100
9. พยาบาลห้องผ่าตัดจะทำ sign out กับทีมผ่าตัด เมื่อแพทย์กล่าวเย็บปิดช่องท้องผู้ป่วย, เย็บปิด กะโหลกศีรษะ เป็นต้น	8	66.7	11	91.7
10. พยาบาลห้องผ่าตัดทำ time out ทันทีขณะ แพทย์ผ่าตัดลงมีดผ่าตัดและพยาบาลกำลัง ส่ง เครื่องมือผ่าตัด	4	33.3	6	50
11. ขณะผ่าตัดเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น bleeding พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด มอบหมาย ให้พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมอุปกรณ์ทันที	12	100	12	100

ความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลห้องผ่าตัด	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง	
	จำนวนคน ที่ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวนคน ที่ตอบถูก	ร้อยละ
การส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง				
12. พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ใบนัดผ่าตัด เป็นเอกสาร สำคัญในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด	5	41.7	12	100
13. กรณีผู้ป่วยไม่พร้อมรับฟังคำแนะนำเนื่องจาก ปวดแผลผ่าตัด, หูตึง เป็นต้น พยาบาล ห้องผ่าตัด ควรแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด, วันนัดพบแพทย์ ครั้งต่อไปกับญาติทันทีเป็นอันดับแรก	3	25	12	100
14. ควรอธิบายไหมที่ใช้เย็บปิดแผล, การสังเกตดูแล แผลผ่าตัด, วันตัดไหมและสถานที่ตัด ไหม, ยาที่ ได้รับแก่ผู้ป่วยและญาติหลังผ่าตัดทุกครั้ง	11	91.7	11	91.7
15. ควรให้ใบคำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย สูงอายุเท่านั้น	12	100	12	100
16. ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อสอบถาม เพิ่มเติมทางเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลต่อ ห้อง ผ่าตัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	8	66.7	11	91.7

จากตาราง 3 คະแนนความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อพบว่า 1) การเฝ้าระวังผู้ป่วย หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง มีคะแนนเพิ่มทุกข้อ ยกเว้นข้อ “การระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด ปัญหาและอาการสำคัญ เป็นข้อมูลที่พยาบาล ห้องผ่าตัดต้องทำให้เสร็จสิ้นก่อนการผ่าตัด” 2) การประสานความร่วมมือ หลังการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองมีคะแนนเพิ่มทุกข้อ ยกเว้นข้อ “เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ลำดับแรกที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติคือการ sign in ร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้ง” และข้อ “ขณะผ่าตัด เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น bleeding พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด มอบหมาย ให้พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมอุปกรณ์ทันที” และ 3) การส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองมีคะแนนเพิ่มทุกข้อ ยกเว้นข้อ “ควรอธิบายไหมที่ใช้เย็บปิดแผล การสังเกตดูแลแผลผ่าตัด วันตัดไหมและสถานที่ตัดไหม ยาที่ได้รับแก่ผู้ป่วยและญาติหลังผ่าตัดทุกครั้ง” และข้อ “ควรให้ใบคำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น ที่มีค่าคะแนนคงเดิม”

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อของพยาบาลห้องผ่าตัด ($n = 12$)

ความรู้การสื่อสาร เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย	เพิ่มขึ้น		เท่าเดิม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเฝ้าระวังผู้ป่วย	11	91.67	1	8.33
การประสานความร่วมมือ	10	83.33	2	16.67
การส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง	10	83.33	2	16.67

จากตาราง 4 พบว่าการเฝ้าระวังผู้ป่วย พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 การประสานความร่วมมือ และการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์

ตาราง 5

คะแนนที่ได้ปฏิบัติและร้อยละทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (n = 12)

ทักษะการสื่อสาร	ปฏิบัติ (ข้อ)	ร้อยละ
การเฝ้าระวังผู้ป่วย 11 ข้อ	11	100
การประสานความร่วมมือ 6 ข้อ	5	83.33
การส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ	4	100

จากตาราง 5 ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์ ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนการปฏิบัติตามทักษะการสื่อสารการเฝ้าระวังผู้ป่วย และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องมากที่สุดร้อยละ 100 ทั้ง 2 ด้าน ส่วนด้านการประสานความร่วมมือ พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนการปฏิบัติตามทักษะการสื่อสารร้อยละ 83.33

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อหน่วยงาน ปัญหาและอุปสรรคพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้

1. ความรู้สึกในการใช้สถานการณ์จำลองในการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้วยประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตื่นเต้นและการใช้สถานการณ์จำลองสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความมั่นใจในการสื่อสารของตนเอง ทำให้มีทักษะในการสื่อสารที่ดีขึ้นและเข้าใจกระบวนการปฏิบัติงานแต่ละระยะผ่าตัดมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ได้ฝึกการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริงในเรื่อง

ความเครียดและความกลัว การใช้สถานการณ์จำลองให้มีลักษณะเหมือนจริง เพื่อกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติฝึกการวิเคราะห์การตัดสินใจและการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

2. สิ่งที่ได้เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง เป็นการได้รับผู้ป่วยผ่าตัดกรณี emergency ในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเข้าผ่าตัด บริเวณห้องรับส่ง การใช้กระบวนการของ surgical safety checklist ได้แก่ sign in time out และ sign out สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ ที่ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้าง เช่น การเสียเลือดขณะผ่าตัด และต้องเตรียมเปิดอุปกรณ์ผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดเพิ่ม การสังเกตสถานการณ์และแก้ปัญหาภายในทีม ภายใต้ทักษะการสื่อสารของทีมผ่าตัดและผู้ป่วยในการดูแลรักษาต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลองที่ซับซ้อน กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับพื้นฐานความรู้และประสบการณ์

3. การนำสถานการณ์จำลองทั้ง 3 สถานการณ์ ไปประยุกต์ใช้กับการสื่อสาร เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยการสื่อสารที่ทำให้อีกฝ่ายต่างเข้าใจกัน ทั้งสองฝ่ายการพูดที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดและเข้าใจผิดกันภายในทีม ภายใต้ใช้กระบวนการของ surgical safety checklist มาเป็นหลักในการสื่อสารของทีมผ่าตัด ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นการประเมินผลการพยาบาล มีการนำข้อมูลผู้ป่วยขณะนั้นมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีแนวทางการตรวจสอบและสื่อสารซึ่งครอบคลุมเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) การประสานความร่วมมือ ในการมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคน ให้ชัดเจนว่าการทำอะไร เวลาไหน อย่างไร ต้องมีการ pre-conference ก่อนเริ่มปฏิบัติผ่าตัดจริง และหัวหน้าทีมควรใช้คำพูดที่เสียงดังชัดเจนด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะ เพื่อให้สมาชิกทีมเข้าใจในคำสั่งและเต็มใจพร้อมปฏิบัติตามคำสั่งของหัวหน้าทีม และการสื่อสารโดยเขียน case ผู้ป่วยผ่าตัดบนกระดานบันทึกผ่าตัด เพื่อให้ทีมห้องผ่าตัดรับรู้ร่วมกัน เป็นการดูแลผู้ป่วยในการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ทันเหตุการณ์ ต้องมีการวางแผนการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3) การส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ในการแนะนำสามารถอธิบายเป็นลำดับที่ชัดเจนเข้าใจง่าย พูดทบทวนซ้ำ และการเขียนบันทึกในใบนัด ใบรายงานทางการแพทย์ชัดเจน และสอบถามความเข้าใจเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้คำแนะนำและเปิดโอกาสซักถาม รวมถึงติดตามอาการปัจจุบัน แผนการรักษาของผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง

4. ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการใช้สถานการณ์จำลอง ในระยะเวลาการใช้สถานการณ์จำลองรวดเร็วเกินไป และควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกฝนเพื่อให้มีเวลาสังเกตและฝึกทักษะเพิ่มขึ้น และควรมีการกระตุ้นในการฝึกทักษะการสื่อสารเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลทุก 1 เดือน จัดการใช้สถานการณ์จำลองทุก 3 เดือน และควรใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองในการฝึกทักษะแก่พยาบาลจบใหม่ในแต่ละการผ่าตัดในสาขาต่างๆของงานห้องผ่าตัด ได้แก่ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมประสาท สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมหู คอ จมูก ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ศัลยกรรมตกแต่ง หัตถการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร และการนัดผ่าตัดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัด รวมถึงควรเป็นสถานการณ์จำลองผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนและฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน

อภิปรายผลการวิจัย

หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ฝึกการเรียนรู้ การพูด การฟัง การเขียน ตลอดจนการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้เรียนรู้เห็นข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองที่ควรปรับปรุงทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อการช่วยเหลือกันในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายและได้รับข้อมูลต่างๆ จากสมาชิกทีมเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพดังนี้

1. ความรู้และทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด หลังการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง ไม่เกิน 5 ปี มีความรู้และทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดร้อยละ 100 ได้แก่ 1) การระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด ปัญหาและอาการสำคัญเป็นข้อมูลที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำให้เสร็จสิ้นก่อนการผ่าตัด และ 2) ห้องรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับอย่างรวดเร็ว ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนผลการศึกษาของสาหร่าย (2560) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมกับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่ง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.33$, $SD=4$) แสดงถึงการสื่อสารด้านความปลอดภัยเป็นการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารไปยังบุคลากรทุกระดับในองค์กรซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้และ

เข้าใจถึงเป้าหมายของงานสามารถนำข้อมูลต่างๆที่ได้รับไปเชื่อมโยงและช่วยให้การดำเนินการปฏิบัติ ด้านความปลอดภัยเป็นไปในทางเดียวกัน

2. ความรู้และทักษะการสื่อสารด้านการประสานความร่วมมือเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองมีคะแนนสูง ได้แก่ 1) ก่อนทำ time out พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดและร่วมตรวจนับกับพยาบาลช่วยรอบนอกทุกครั้ง 2) เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ลำดับแรกที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติ คือการ sign in ร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของลัทพรธ (2561) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการประสานงานระหว่างทีม เข้าใจกฎระเบียบและขั้นตอนการประสานเป็นอย่างดี เนื่องจากการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ตามสภาพปัญหาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ปัญหาที่รวดเร็ว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง ซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องติดต่อกับบุคคลทั้งภายในทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ขณะผ่าตัดเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น bleeding พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดมอบหมายให้พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมอุปกรณ์ทันที และสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของ กนกขวัญ ดวงมกล และสมใจ (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ชีตความสามารถด้านความปลอดภัยกับการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาลัยในกำกับของรัฐ พบว่าลักษณะงานของพยาบาลจะต้องใช้การสื่อสารในการติดต่อประสานงานกับบุคคลหลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานตลอดเวลา ทำให้พยาบาลได้รับการพัฒนาฝึกฝนทักษะในการติดต่อสื่อสารในสถานการณ์ต่างๆ เพิ่มขึ้น

3. ความรู้และทักษะการสื่อสารด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลอง มีคะแนนสูง ได้แก่ 1) พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ใบนัดผ่าตัด เป็นเอกสารสำคัญในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2) กรณีผู้ป่วยไม่พร้อมรับฟังคำแนะนำเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด หูตึง เป็นต้น พยาบาลห้องผ่าตัดควรแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไปกับญาติทันทีเป็นอันดับแรก และ 3) ควรให้ใบคำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของลัทพรธ (2561) ที่พบว่า การให้ข้อมูลสำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยที่ย้ายไปต่างแผนกและใช้เวลาพยาบาลต่างแผนกซักถาม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=4.29, SD=.66$) และการให้ความรู้ผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดหรือพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=4.29, SD=.70$) พบว่าการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพต้องมีการเตรียมวางแผนตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็น

กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อเกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ในการตอบสนองของบุคคลและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทั้งทางด้านกาย จิต สังคม สามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

4. ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์ ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เป็นรายการตรวจสอบ checklist หลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองส่งเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการใช้ทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วยและด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกข้อปฏิบัติ (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโอดอนเนลและคณะ (O'Donnell et al., 2014) ที่ศึกษาทักษะที่แสดงออก (skills performance) ด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถพัฒนาผู้เรียนในทักษะไม่ใช่เทคนิคทางการพยาบาล (non-technical skills) เช่น การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา โดยผลการศึกษาคั้งที่ 1 ด้านการประสานความร่วมมือและด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติ ร้อยละ 66.66 และ 83.33 และคั้งที่ 2 มีการปฏิบัติ ร้อยละ 75 และ 100 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนพรรณ (2557) ที่ศึกษาทักษะการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล ซึ่งมีทักษะในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสาร มีองค์ประกอบของการสื่อสาร ดังนี้ 1) ผู้ส่งสาร (sender) และ 2) ผู้รับสาร (receiver) บุคคลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ทำหน้าที่ในการส่งและรับสารโดยมีการสลับบทบาทกันในกระบวนการสื่อสารกับทีมผ่าตัด เช่น ระยะก่อนผ่าตัด มีความสามารถในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นลำดับขั้นตอนแนวทางสื่อสารสภาวะผู้ป่วยโดยใช้ ISBAR สอดคล้องกับผลการศึกษาของเปรมฤดี และกันติยา (2562) ที่พบว่าระยะผ่าตัดพยาบาลวิชาชีพใช้ทักษะการสื่อสารผ่านการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด ลงกระดานบันทึกผ่าตัด 3) สาร (message) ข่าวสารที่ใช้ในห้องผ่าตัดได้บันทึกส่งต่อได้แก่ 1) ใบ set case ผ่าตัด 2) แฟ้มประวัติผู้ป่วยผ่าตัด 3) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด 4) ใบทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด 5) ใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด 6) ป้ายชื่อมือชื่อผู้ป่วย 7) กระดานบันทึกผ่าตัด และ 8) ใบนัดหลังผ่าตัด การสื่อสารข้อมูลหลายทอดทำให้ข้อมูลตกหล่น ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือมีการเบี่ยงเบนไปจากข่าวสารเดิม ซึ่งในการสื่อสารข้อมูลใช้ช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบจึงควรเลือกการส่งสารที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ เช่น การ set case ผ่าตัด ระหว่างพยาบาลวิสัญญีกับพยาบาลห้องฉุกเฉิน บันทึกข้อมูลผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ การจัดทำผ่าตัด ลงใบ set case ผ่าตัด ส่งต่อพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อลงข้อมูลโดยผ่านระบบ HosXp ของโรงพยาบาล เป็นต้น และ 4) ช่องทางการสื่อสาร (channel) มีวิธีหลากหลาย ดังนี้ 1) การสื่อสารโดยวาจาสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคลต่อบุคคล เพื่อแจ้งข้อมูลรายละเอียดการผ่าตัด นำข้อมูลไปใช้ในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด

และการส่งต่อข้อมูลในการส่งเวรของ تیمพยาบาล 2) การสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ ใช้กรณีส่งสารและ ผู้รับสารไม่เผชิญหน้ากันโดยตรงในกรณีเร่งด่วน เพื่อต้องการสื่อสารเพิ่มเติมหรือเน้นย้ำข้อมูลที่มีความสำคัญ 3) การสื่อสารแบบเป็นลายลักษณ์อักษรที่มีการลงบันทึก โดยบุคลากรในทีมผ่าตัดเขียน บันทึกลงในเอกสารเวชระเบียน เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและสื่อสารไปยังทีมผู้เกี่ยวข้องโดยการ สื่อสารช่องทางนี้ใช้แจ้งเป็นข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมในการรักษาและการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยก่อนและ หลังผ่าตัด และ 4) การสื่อสารผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตโดยผ่านระบบ HosXp เครือข่าย ภายในโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อให้ทีมหน่วยงานผ่าตัดรับทราบข้อมูลผู้ป่วยและการผ่าตัด โดยมีการกำหนดกลุ่มผู้ส่งสารและผู้รับสารเข้าถึงข้อมูล มีการตั้งรหัสเฉพาะในการเข้าถึง ข้อมูล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้ และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) กลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลต้ง มีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 41 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลต้ง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี มีจำนวน 12 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ระยะเวลาผ่าตัด 2) ระยะเวลาตัด และ 3) ระยะเวลาดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดในห้องผ่าตัด ภายใต้ 3 แนวคิด ที่บูรณาการร่วมกันของชุสเตอร์และไนโกลิน (Schuster & Nykoly, 2010) ในการสื่อสารด้านการเฝ้าระวัง ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง แนวคิดของโอซี (O'Shea, 1998) ซึ่งเป็นแนวคิดของทักษะในการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล ซึ่งกล่าวว่าจะต้องมีทักษะในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร และแนวคิดของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นแนวปฏิบัติส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด และตรวจสอบรายการ checklist โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย 11 ข้อ ด้านการประสานความร่วมมือ 6 ข้อ และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความเป็นไปได้ (feasibility) ของเครื่องมือ ซึ่งผ่านการตรวจคุณภาพโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลห้องผ่าตัด และระดับการศึกษาสูงสุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่สร้างตามแนวคิด 3 แนวคิดบูรณาการร่วมกันของแนวคิดของชุสเตอร์และไนโกลลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) ในการสื่อสารด้านการเฝ้าระวัง ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง แนวคิดของโอซี (O'Shea, 1998) เกี่ยวกับทักษะในการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล และแนวคิดของโคลบ (Kolb, 1984) เป็นทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งต้องมีทักษะในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ผ่านการตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ 0.81 มีข้อคำถามรูปแบบการเลือกตอบถูกและผิดในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ความรู้สึกในการเรียน 2) สิ่งที่ได้เรียนรู้ 3) ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการใช้สถานการณ์จำลอง และ 4) การนำไปประยุกต์ใช้ในด้านการเฝ้าระวัง ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้ตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 20 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์แบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) ได้เท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การหาค่าจำนวน ร้อยละ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 22 - 25 ปี (ร้อยละ 75) และอายุ 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 24.58 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดน้อยกว่า 6 เดือน - 3 ปี (ร้อยละ 58.3) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 2.58 ปี

2. ผลการประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสถานการณ์เรียนรู้ด้วยการจำลองมีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ($Z = -2.836, p = .005$) เมื่อแยกตาม

รายด้านพบว่า 1) ด้านการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 2) ด้านการประสานความร่วมมือ และ 3) ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 เท่ากัน

3. ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์ ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เป็นรายการตรวจสอบ checklist หลังใช้โปรแกรมสถานการณ์การเรียนรู้ด้วยจำลองส่งเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติตามทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วยและด้านการประสานความร่วมมือร้อยละ 100 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน ส่วนด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติตามทักษะการสื่อสารร้อยละ 83.33

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในช่วงดำเนินการวิจัยเป็นช่วงที่ยังมีสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินการปฏิบัติตามทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองตาม checklist ได้ เนื่องจากในขณะนั้นการใช้ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามประกาศมาตรการรองรับกรณีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 19 ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาเลือดคั่งในสมองออก และการผ่าตัดที่มีลักษณะสถานการณ์คล้ายคลึงกัน เช่น การผ่าตัดผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (blunt abdominal injury) ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแนวทางในการพัฒนาของพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการที่จับใหม่ เพื่อให้นำไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีทักษะในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น โดยอาจทำในกลุ่มงานพยาบาลด้านอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองออกแบบสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาเลือดคั่งในสมองออกและการผ่าตัดที่มีลักษณะสถานการณ์คล้ายคลึงกัน เช่น การผ่าตัดผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (blunt abdominal injury) ในครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดลง จึงควรมีการติดตามผลต่อไป และสามารถออกแบบการวิจัยโดยการเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเป็น 3 เดือนหรือ 6 เดือน เพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. เนื้อหาโปรแกรมสถานการณ์จำลองควรออกแบบและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับทุกแผนกการผ่าตัดซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์กรในทุกด้าน ได้แก่ การตระหนักสถานการณ์ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ เป็นต้น โดยเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการทำงานที่มีประสิทธิผลมากขึ้น

3. ควรออกแบบวิธีการดำเนินวิจัยโดยศึกษาเป็น 2 กลุ่ม (pretest and posttest experimental design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้สถานการณ์จำลองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- กนกขวัญ เผ่าทิพย์จันทร์, ดวงกลม ปิ่นเฉลียว และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ชีตความสามารถ ด้านความปลอดภัยกับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 210-222.
- กษณา รักษมณี และธัชวรรณ จิระติวานนท์. (2562). *Non-technical Skills* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญ์รินทร์ สีภาศรี, ศราวิณ เทพย์สถิตภรณ์ และสุชาดา กรเพชรปาณี. (2560). ความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้อารมณ์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. *วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 15(2), 69-79.
- ขวัญจิต ศรีทวีกุล, ลัดดาวัลย์ แดงเถิน และจรรยา สันตยากร. (2557). อิทธิพลของการรับรู้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลต่อพฤติกรรมการสื่อสารแบบวจนภาษาของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(2), 48-58.
- จิตาภา รอดโพธิ์ทอง, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา. (2559). การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง สำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(2), 66-82.
- จิรัชยา ศิวารุช, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา และปราโมทย์ ทองสุข. (2563). ทักษะนอกเหนือจากทักษะชีวิตที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 47(4), 458-469.
- ดารารัตน์ ชวงค์อินทร์, ฤชดา โมเหล็ก, กมลชนก บุญประจักษ์, มาริษา สมบัติบุรณ์ และเบญจมาศ ปรีชาคุณ. (2563). การสื่อสารทางการพยาบาลในยุคการแพทย์เปลี่ยนวิถี. *วารสารราชวิทยาลัยจุฬารักษ์*, 2(2), 25-38.
- ทิตนา แคมมณี. (2557). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนพรรณ กุณาละสิริ. (2558). *รูปแบบการสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์*. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.

- ธรรมศักดิ์ รัตนธัญญา. (2561). *แนวทางการใช้งบประมาณให้คุ้มค่าสำหรับการฝึกอบรมประชาชน เพื่อสนับสนุนงานของหน่วยงานภาครัฐ*. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ, กรุงเทพมหานคร.
- นันทิดา พันธุ์ศาสตร์ และราตรี ทองอยู่. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 10(2), 1-13.
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, นเรนทร์ โชติรสนิรมิตร, สมใจ ศิระกมล, และปาริชาติ ภัควิภาส. (2558). *คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โครงการวิจัยพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 5(1), 1-12.
- บุศรินทร์ จงใจสุธรรม. (2558). *การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.
- ปภาพิต ศรีสว่างวงศ์. (2561). การพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่มีต่อรายวิชาการบัญชีสำหรับธุรกิจอาหารเรื่องหลักการบัญชีที่นำมาประยุกต์ใช้ในธุรกิจอาหารของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 สาขาธุรกิจอาหารและโภชนาการมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามโดยการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลอง. *วารสารศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ*, 5(1), 10-20.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลิ่มประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 138-147.
- พรารณา ภูรัตนกรกุล, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(1), 114-128.
- แพรวภัทร ยอดแก้ว. (2553). *7 อุปนิสัยของผู้ที่ทรงประสิทธิผลยิ่ง*. ค้นจาก <https://www.gotoknow.org/blog/the7habits>
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด : การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 22(1), 13-24.
- โรงพยาบาลตรัง. (2563). *สถิติรายงานความเสี่ยงประจำปี 2559-2563*. ตรัง.
- ลัทพรธณ ชูทอง. (2561). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้*. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วรรณวิมล คงสุวรรณ, รัตติมา ศิริโหราชัย, ธนพรรณ กุณาละสิริ, มนันทพัทธ์ ทองบุญเกื้อ และ
วาทัญญา เวียรชัย. (2562). ทักษะที่ไม่ใช่เชิงเทคนิคของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่
เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาศาสตร์การพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 37(4), 42-53.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมุลี, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้
สถานการณ์จำลอง สำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-13.
- ศยามล ภูเขมา และวรรณชนก จันทชุม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยกับคุณภาพบริการการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 51-60.
- ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). *การพยาบาลปริศัลยกรรม =
Perioperative nursing*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2554). *สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร:
สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพ ฉบับที่ 4*. กรุงเทพมหานคร: ดีวัน จำกัด.
- สาหร่าย จันสา. (2560). อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการ
ด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง
ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (ฉบับพิเศษ), 299-307.
- สุปรีชา แก้วสวัสดิ์, อรุทัย อับดุลหะ, นเรศศักดิ์ แก้วห้วย. (2563). การวิจัยกึ่งทดลอง : งานประจำสู่
การวิจัยกึ่งทดลอง สำหรับนักสาธารณสุข. *วารสารสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข*, 35(1), 30-39.
- สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ อังคนิตย และอารียา สอนบุญ. (2563). สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด
และปฏิบัติบริการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 51-61.
- อนันตชัย คงจันทร์. (2557). *Human resource management: การจัดการทรัพยากรมนุษย์*.
กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2561). *ความก้าวหน้าทางการพยาบาลปริศัลยกรรม = Advances in
perioperative nursing*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Abildgren, L., Lebahn-Hadidi, M., Mogensen, C.B., Toft, P., Nielsen, A.B., Frandsen, T.F., Steffensen, S.V., & Hounsgaard, L. (2022). The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: A systematic review. *Advances in Simulation*, 7(12), 1-18. doi: 10.1186/s41077-022-00207
- Aebersold, M., Tschannen, D., & Sculli, G. (2013). Improving nursing student s' communication skills using crew resource management strategies. *Journal of Nursing Education*, 52(3), 125-130.
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2017). *Guidelines for Perioperative Practice 2017 edition*. Denver, CO: AORN
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California, NY: Addison-Wesley.
- Braaf, S., Manis, E., Finch, S., Riley, R., & Munro, F. (2012). Communication failure across the perioperative pathway. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 2(4), 698-706.
- Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1874-1884. doi: 10.1111/jocn.12809
- Brubacher, S. P., Powell, M., Skouteris, H., & Guadagno, B. (2015). The effect of e-simulation interview training on teachers' use of open-ended questions. *Child Abuse & Neglect*, 43(1), 95-103. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.04
- Cook, D. A. (2014). How much evidence does it take? A cumulative meta-analysis of Outcomes of simulation-based education. *Medical Education*. *Med Educ*, 48(8), 750-760. doi: 10.1111/medu.12473
- Covey, S.R. (2004). *The seven habits of highly effective people*. New York: Simon and Schuster.
- David, C. M. (1970). Testing for competency rather than for "intelligence". *American Psychologists*, 17(7), 57-83.
- Devito, J. A. (2003). *Human communication: The basic course*. 9thed. Boston, MA: Pearson Education.

- Flin, R. (2013). Non-technical skills for anaesthetists, surgeon and scrub practitioners. *The health foundation*, 1-9.
- Gawande A. A, Michael J. Z, David M. S, & Troyen A. B. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgical outcomes research*, 133(6), 614-21.
- Groom, J. A., Handerson, D., & Sittner, B.J. (2014). NLN/Jeffries simulation framework state of science project: Simulation design characteristic. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 337-344.
- Grossman, P., Compton, C., Igra, D., Ronfeldt, M., Shahan, E., & Williamson, P. (2009). Teaching practice: A cross-professional perspective. *Teachers College Record*, 111(9), 2055-2100.
- Guilherme Pena, Meryl Altree, John Field, AStat c DavidSainsbury, Wendy Babidge, Peter Hewett, Guy Maddern. (2018). Nontechnical skills training for the operating room: A prospective study using simulation and didactic workshop. *Surgery*, 158(1), 300-309. doi: 10.1016/j.surg.2015.02.008
- Hallmark, B.F., Thomas, C.M., & Gantt, L. (2014). The educational practices construct of the NLN/Jeffries simulation framework : State of science project: Simulation design characteristic. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(1), 345-352.
- Heitzmann, N., Seidel, T., Opitz, A., Hetmanek, A., Wecker, C., Fischer, M., Ufer, S., Schmidmaier, R., Neuhaus, B., Siebeck, M., Stürmer, K., Obersteiner, A., Reiss, K., Girwidz, R., Fischer, F. (2019). Facilitating diagnostic competences in simulations: A conceptual framework and a research agenda for medical and teacher education. *Frontline Learning Research*, 7(4), 1–24. doi: 10.14786/flr.v7i4.384
- Hughes. R. G. (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality, US: Rockville.
- Jefferies, P. R. (2008). Getting in S.T.A.P. with simulation: Simulations take educator preparation. *Nurse ducperspect*, 29(2), 70-73.
- Kang, E., Massey, D., & Gillespie, B. M. (2015). Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: A prospective study. *Advance Nursing*, 71(12), 2846-2857. doi: 10.1111/ jan.12743

- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Retrieved from <http://academic.regis.edu/ed205/Kolb.pdf>
- Kirkpatrick, D. L. (1975). *Techniques for Evaluating, Training Program. Evaluating Training Program*. San Francisco: American Society for Training and Development.
- Leape, L. L. (1997). A systems analysis approach to medical error. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(3), 213-222. doi: 10.1046/j.1365-2753.1997.00006.x
- McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G., & Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2), 109-115.
- Newell, M., Newell, T. S. (2018). Analyzing the effect of consultation training on the development of consultation competence. *Contemporary School Psychology*, 22(1), 40–50. doi: 10.1007/s40688-017-0151-0
- O'Donnell, J. M., Decker, S., Howard, V., Levett-Jones, T., & Miller, C. W. (2014). NLN/Jeffries simulation framework state of the science project: simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 373-382.
- Olga, C., Nicole, H., Matthias, S., Doris, H., Tina S., & Frank, F. (2020). Simulation-Based Learning in Higher Education: A Meta-Analysis. *Journal Indexing and Metrics*, 90(4), 499–541. doi: 10.3102/0034654320933544
- O'shea. (1998). *Relationship-building skill*. Boston, MA: McGraw Hill Irwin.
- Schuster, P. M. H., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses: How to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia, PA: Davis Co.
- Uramatsu, M., Fujisawa, Y., Mizuno, S., Souma, T., Komatsubara, A., & Miki, T. (2017). Do failures in non-technical skills contribute to fatal medical accidents in Japan A review of the 2010-2013 national accident reports. *BMJ Open*, 7(2), e013678. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013678.

- Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *The Lancet*, *372*(9633), 139-144.
- World Health Organization. (2009). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Retrived from <http://www.who.int/gpsc/SSI-outline.pdf>
- World Health Organization. (2010). *WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2016). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Retrived from <http://www.who.int/gpsc/SSI-outline.pdf>
- Yule S., Flin R., Paterson-Brown S., Maran N. & Rowley D. (2006). Development of a rating system for surgeons' non-technical skills, *Medical education*, *40*(11), 1057-1150.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามและประวัติผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ที่ใช้ในการทดลอง (สถานการณ์จำลอง)	ตำแหน่ง
1. ดร. เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ	อาจารย์วิจัยศูนย์ความเป็นเลิศด้านด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ
2. นพ.ตุลกันต์ มักคู้	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลตรัง
3. พว. ศิริทร ทับทิมสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกศัลยกรรม ประสาทงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช
4. พว. ปวีณา แน่นหนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. พว. วารุณี เริ่มอรุณรอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรัง

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

1. นพ. รัฐพล กล่อมพงษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แพทย์ศาสตร์บัณฑิตประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง
2. ผศ. ดร. ปราโมทย์ ทองสุข	อาจารย์สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ. สงขลา
3. พว. ธนพรรณ กุณาละสิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกศัลยกรรมประสาท งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช
4. พว. รัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. พว. นิชนันท์ กิจเรืองโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกศัลยกรรม ประสาทงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง

ภาคผนวก ข



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ:	2022 - St - Nur -015 (Internal)
ชื่อโครงการ:	ผลการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด
รหัสหนังสือรับรอง:	PSU IRB 2022 - St -Nur 010 (Internal)
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางสาวนันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์
หน่วยงานที่สังกัด:	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
เอกสารที่รับรอง:	1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย 2. เครื่องมือวิจัย 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง:	18 เมษายน 2565
วันที่หมดอายุ:	18 เมษายน 2567

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม).....

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

สถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาล ห้องผ่าตัด

สถานการณ์จำลองเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สร้างขึ้นนี้เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จำนวน 3 สถานการณ์ ใช้สำหรับฝึกประสบการณ์ทางการพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง บรรยายภาศการเรียนรู้ที่ส่งเสริมปลอดภัยต่อผู้ป่วย

บริบทสถานการณ์

หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง ให้บริการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดที่มีความเร่งด่วนและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) พยาบาลห้องผ่าตัดขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าเวลา 8.00 น. ถึงเวลา 16.30 น. เวรบ่ายเวลา 16.30 น. ถึงเวลา 00.30 น. จัดทีมผ่าตัด 3 ทีม จำนวน 7 คน ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปี 3 คน พยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัด 6 – 10 ปี จำนวน 2 คน และพยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี จำนวน 2 คน และขึ้นปฏิบัติงานเวรตีกลางเวลา 00.30 น. ถึงเวลา 08.30 น. จัดทีมผ่าตัด 1 ทีม จำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน พยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัด 6 – 10 ปี จำนวน 1 คน และพยาบาลปฏิบัติงานห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี จำนวน 1 คน

เป้าหมายการเรียนรู้

เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดกับทีมดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้ป่วย การประสานความร่วมมือ และการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

หลังสิ้นสุดการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยได้เหมาะสมดังนี้

1. สื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดกับทีมดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้ป่วย และการประสานความร่วมมือ ในระยะก่อนผ่าตัดได้เหมาะสมกับสถานการณ์
2. สื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดกับทีมผ่าตัด เกี่ยวกับ surgical safety checklist 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ในระยะผ่าตัดได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติของงานห้องผ่าตัด
3. สื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดกับทีมดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัดได้เหมาะสมกับสถานการณ์

ระยะเวลา (50 นาที)

บรรยายสถานการณ์ ชักถามและวางแผนการปฏิบัติ	10 นาที
ดำเนินสถานการณ์จำลอง	30 นาที
การสะท้อนคิดการเรียนรู้ (รวมกลุ่มใหญ่)	10 นาที

บทบาทผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในสถานการณ์จำลอง

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ชี้แจงบรรยายสถานการณ์ วางแผนการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง สังเกตขณะดำเนินสถานการณ์จำลอง และสะท้อนคิดการเรียนรู้ หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง

2. ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ทำหน้าที่พูดกระตุ้นขณะผู้อบรมดำเนินการในสถานการณ์จำลอง ร่วมสะท้อนคิดการเรียนรู้หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง และมีบทบาทในสถานการณ์จำลองแต่ละระยะดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 แสดงบทบาทสมมติเป็นพยาบาลวิสัญญี และคนที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน

สถานการณ์ที่ 2 ระยะผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 แสดงบทบาทสมมติเป็นพยาบาลวิสัญญี และคนที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเป็นแพทย์ผ่าตัด

สถานการณ์ที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 แสดงบทบาทสมมติเป็นแพทย์ผ่าตัด และคนที่ 2 แสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วยผ่าตัด

บทบาทของผู้เรียนในสถานการณ์จำลอง

สถานการณ์ที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด

1. พยาบาลช่วยรอบนอก 1 คน
2. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 1 คน
3. ผู้สังเกตสถานการณ์ 3 คน โดยสังเกตสถานการณ์จำลองที่ดำเนินการทั้งหมด

สถานการณ์ที่ 2 ระยะผ่าตัด

1. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 1 คน
2. พยาบาลช่วยรอบนอก 1 คน
3. ผู้สังเกตสถานการณ์ 3 คน โดยสังเกตสถานการณ์จำลองที่ดำเนินการทั้งหมด

สถานการณ์ที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด

1. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 1 คน
2. พยาบาลช่วยรอบนอก 1 คน
3. ผู้สังเกตสถานการณ์ 3 คน โดยสังเกตสถานการณ์จำลองที่ดำเนินการทั้งหมด

การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการสถานการณ์

สถานการณ์ที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด

1. ใบ set case ผ่าตัด
2. แฟ้มประวัติผู้ป่วยผ่าตัด
3. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด
4. ใบทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด
5. ใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด
6. ป้ายชื่อมือชื่อผู้ป่วย

สถานการณ์ที่ 2 ระยะผ่าตัด

1. ใบทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด
2. ใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด
3. กระดานบันทึกผ่าตัด

สถานการณ์ที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด

1. แฟ้มประวัติผู้ป่วยผ่าตัด
2. ใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด
3. ใบนัดหลังผ่าตัด

การดำเนินสถานการณ์จำลอง

พยาบาลห้องฉุกเฉินได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล case เด็กผู้หญิง ชื่อสายน้ำ สุดจิตร HN. 123456 อายุ 9 ขวบ มารดาให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงที่ผ่านมา ขณะวิ่งเล่นกับเพื่อน แล้วลื่นล้มศีรษะกระแทกขอบปูน มีศีรษะบวมปูด บ่นปวดศีรษะ ถามตอบรู้เรื่อง ซึมลง เรียกไม่รู้สีกตัว จึงพามาโรงพยาบาล มีอาเจียน 1 ครั้งในรถ แรกรับประเมินสภาพผู้ป่วย E₂V₂M₄ pupil 2 m.m. V/S : BT 36.7 ° C. BP 99/60 mmHg. HR 68 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที O₂sat 98% มีศีรษะข้างซ้ายบวม 5x5 เซนติเมตร แพทย์พิจารณา on ET tube E₂V₇M₄ on dilantin 250 mg. + 0.9% NSS 50 ml. IV drip in 1 ชั่วโมง และส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลต้ง รัยย้ายผู้ป่วย E₂V₇M₄ LE pupil 5 m.m. RE pupil 2 m.m. ปฏิเสธโรคประจำตัว แพ้ยอาหาร V/S : BT 36.7 ° C. BP 103/68 mmHg. HR 60 ครั้ง/นาที O₂sat 100% ให้ cefazolin 1gm. IV. stat เตรียม Lab : CBC BUN/Cr Electrolyte PT/PTT ไม่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโควิดและไปพื้นที่เสี่ยง ตรวจ ATK ผล negative และ RT-PCR รอผล ทำ CT brain on foley catheter และ โคนผม แพทย์วินิจฉัย Fx. Lt. temporal skull, Epidural hematoma at Lt. fronto parieto temporal lobe set OR Lt. craniotomy c remove clot Stat

สถานการณ์ที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด

สถานการณ์/สภาพผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
<p>เหตุการณ์เริ่มเวลา 00.40 น. ห้องรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด หลังจากพยาบาลห้องฉุกเฉิน โทรศัพท์ประสานกับพยาบาลวิสัญญี เพื่อ set case Lt. craniotomy with remove clot stat และแจ้งพยาบาลช่วยรอบนอก</p> <p>เวลา 01.00 น. เมื่อจัดเตรียมห้องและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดพร้อมใช้ พยาบาลช่วยรอบนอกโทรศัพท์ประสานกับพยาบาลห้องฉุกเฉินเพื่อส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดทันที</p>	<p>พยาบาลช่วยรอบนอก ปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 set ผ่าตัดลงโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาล 2. มอบหมายพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด 3. ตรวจสอบเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด 4. ฟังและซักถามข้อมูลผู้ป่วยจากพยาบาลห้องฉุกเฉินตามแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> -ข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด -ปัญหาและอาการสำคัญ -ตรวจสอบยาและสารน้ำ ที่ได้รับอยู่ -ยานำมาห้องผ่าตัด 5. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและไปบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด 	<p><u>บทบาทของผู้ช่วย</u></p> <p><u>-บทบาทพยาบาลวิสัญญี</u> พุดกระตุ้นว่า “ผู้ป่วย coma score ไม่ดี เดียวเตรียมไม่ทันเวลา 30 นาที ที่พยาบาลห้องฉุกเฉินมาส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด จะมอบหมายให้เตรียมห้องผ่าตัดห้องไหนคะ ”</p> <p><u>-บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉิน</u> พุดกระตุ้นว่า “ต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มอีกไหมคะ”</p> <p><u>สิ่งที่ขับเคลื่อนสู่สถานการณ์ต่อไป</u></p> <p>-ผู้เรียนบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอกและพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด สามารถประสานงาน ซักถาม รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นและเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดได้ครบถ้วน</p>

สถานการณ์/สภาพะผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
<p>เวลา 01.05 น. ขณะพยาบาลห้อง ฉุกเฉินนำผู้ป่วยมาถึง ณ ห้องรับส่ง จุดซักประวัติผู้ป่วยอาการซีมลง coma score E₁V₊M₂ V/S BP 50/40 mmHg. HR 40 ครั้ง/นาที O₂sat 80%</p>	<p>6. ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับอย่างรวดเร็ว ได้แก่ coma score แผลบริเวณศีรษะ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทบทวนข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลช่วยรอบ นอก</p>	

สถานการณ์ที่ 2 ระยะผ่าตัด

สถานการณ์/สภาพผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
<p>เหตุการณ์เริ่มเวลา 01.15 น. ณ ห้องผ่าตัด 7 หลังจากย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด โดยพยาบาลช่วยรอบนอก ทำหน้าที่ sign in ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกพร้อมกับแพทย์ผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลวิสัญญี</p>	<p>พยาบาลช่วยรอบนอก ปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เริ่มทำการ sign in ได้แก่ การพูดระบุตัวผู้ป่วย หัตถการผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด หมายเลขห้องผ่าตัด วันที่ ห้องผ่าตัด เวลาที่เข้าผ่าตัด และลงกระดานบันทึกผ่าตัด 2. เปิดชุดอุปกรณ์ผ่าตัดและทำการตรวจนับอุปกรณ์ผ่าตัดบนโต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัดพร้อมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 2 รอบ และบันทึกอุปกรณ์ผ่าตัดบนกระดานผ่าตัด ได้แก่ gauze4x4 , gauze4x8 , needle , blade , cottonoids , Raney clips , suture 3. พอกทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด 	<p><u>บทบาทของผู้ช่วย</u> <u>-บทบาทแพทย์ผ่าตัด</u> หากผู้อบรมยังไม่ทำการ sign in ให้พูดกระตุ้นว่า “ห้องผ่าตัด 7 เตรียมผ่าตัดอะไรคะ”</p>

สถานการณ์/สภาพของผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
<p>เวลา 01.25 น.</p> <p>หลังจากพยาบาลวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย แพทย์ผ่าตัดร่วมจัดทำผู้ป่วย และพยาบาลช่วยรอบนอกทำหน้าที่ time out ก่อนแพทย์ผ่าตัดลงมีดผ่าตัด และก่อนพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด</p>	<p>4. เป็นผู้นำกระบวนการทำ time out ได้แก่ การพูดระบุตัวผู้ป่วย หัตถการผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด เวลาที่เริ่มผ่าตัด และลงกระดานบันทึกผ่าตัด</p> <p>พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทำหน้าที่ดังนี้</p> <p>1. จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด และร่วมตรวจนับพร้อมกับพยาบาลช่วยรอบนอก</p>	<p>-<u>บทบาทแพทย์ผ่าตัด</u> หากผู้อบรมยังไม่ทำการ time out ให้พูดกระตุ้นว่า “เครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัดพร้อมไหม , หมาจะลงมีดผ่าตัดได้ยัง”</p> <p><u>สิ่งที่ขับเคลื่อนสู่สถานการณ์ต่อไป</u></p> <p>-ผู้เรียนบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอกและพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด สามารถทำ sign in และ time out ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p>

สถานการณ์/สภาพผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
<p>เวลา 01.50 น. แพทย์ผ่าตัดรายงานทีมผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วย เสียโลหิตมาก หลังเปิดกะโหลกศีรษะของผู้ป่วย</p>	<p>พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ปฏิบัติดังนี้ มอบหมายให้ พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมจี้ bipolar , bone wax , สารห้ามเลือด และรอคำสั่งพร้อมเปิดใช้</p> <p>พยาบาลช่วยรอบนอก ทบทวนข้อมูลที่ได้รับ มอบหมายจากพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และ จัดเตรียมทันที</p>	<p>หากผู้อบรมไม่มีการมอบหมายละทบทวนข้อมูล ให้ผู้ช่วยวิจัยใบบทบาทแพทย์ผ่าตัด พุดกระตุ้นว่า “จะเปิดกะโหลกศีรษะแล้วนะ , จี้ bipolar พร้อม มี”</p> <p>-บทบาทพยาบาลวิสัญญี พุดกระตุ้นว่า “V/S BP 180/90 mmHg. HR 100 ครั้ง/นาที O₂sat 85% ไม่ดี ติดตาม hematocrit ล้ำสุด 20% เอา PRC เพิ่ม 2u นะคะ”</p> <p><u>สิ่งที่ขับเคลื่อนสู่สถานการณ์ต่อไป</u> -ผู้เรียนบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอกและ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด สามารถเฝ้าระวังและ ประสานงานได้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น สามารถมอบหมายในการเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัด เพิ่มเติม ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้</p>

สถานการณ์/สภาพของผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
<p>เวลา 02.20 น.</p> <p>แพทย์ผ่าตัดรายงานทีมผ่าตัด เตรียมเย็บปิดแผลผ่าตัด แต่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดนับ cottonoid ไม่ครบ ก่อนแพทย์เย็บปิดแผลผ่าตัด</p>	<p>พยาบาลช่วยรอบนอก ปฏิบัติดังนี้</p> <p>1. ทำการตรวจนับอุปกรณ์ผ่าตัดบนโต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 2 รอบ และดูบันทึกอุปกรณ์ผ่าตัดบนกระดานผ่าตัด ได้แก่ gauze4x4 , gauze4x8 , needle , blade , cottonoid , Raney clips , suture</p> <p>พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด การทำ sign out ก่อนแพทย์เย็บปิดแผล และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบุตัวผู้ป่วย หัตถการผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด 2. ตรวจนับพร้อมกับพยาบาลช่วยรอบนอก และดูบันทึกอุปกรณ์ผ่าตัดบนกระดานผ่าตัด ได้แก่ gauze4x4 , gauze4x8 , needle , blade , cottonoid , Raney clips , suture 2 รอบ 3. รายงานอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดครบถ้วนแก่ทีมผ่าตัดด้วยน้ำเสียงดังชัดเจน 4. ทำการหาอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดที่ไม่ครบบริเวณพื้นที่ผ่าตัด 	<p><u>บทบาทของผู้ช่วย</u></p> <p>-<u>บทบาทแพทย์ผ่าตัด</u> พูดกระตุ้นว่า “เตรียมเย็บปิดแผลผ่าตัด , ตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด ยัง เครื่องมือครบไหมคะ”</p> <p>-<u>บทบาทพยาบาลวิสัญญี</u> พูดกระตุ้นว่า “ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 300 ml. ประเมินจากขวระบายเลือดและผ้าซับเลือดคะ และจงหอบุหรี่ผู้ป่วยหนัก เตรียมเครื่องช่วยหายใจเรียบร้อยคะ ”</p> <p><u>สิ่งที่ขับเคลื่อนสู่สถานการณ์ต่อไป</u></p> <p>-ผู้เรียนบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอกและพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด สามารถทำ sign out ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p>

การดำเนินการชันสูตรการณัจำลอง

ณ ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยมารับใบนัดผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดซักประวัติของผู้ป่วย ดูการบันทึกการตรวจตามแนวทางการรักษาของแพทย์ในโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาล และออกใบนัด excisional biopsy of breast Rt. under local anesthetics พร้อมออกใบนัดตรวจ RT-PCR ก่อนรับการผ่าตัด

ณ ห้องผ่าตัด 8 หลังจากผู้ป่วยทำผ่าตัด excisional biopsy of breast Rt. under local anesthetics

สถานการณ์ที่ 3 ระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด

สถานการณ์/สภาพะผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
เหตุการณ์เริ่มเวลา 09.30 น. ณ ห้องรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยทำผ่าตัดเสร็จ รอสังเกตอาการหลังผ่าตัดครึ่งชั่วโมงและรอรับใบนัดหลังผ่าตัด	พยาบาลช่วยรอนอก ปฏิบัติดังนี้ 1. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด 2. ร่วมทบทวน order หลังผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัด 3. ออกใบนัดหลังผ่าตัดเพื่อตามอาการ และให้คำแนะนำหลังผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติที่ติดตามมาด้วย ได้แก่ ไหมที่ใช้เย็บปิดแผล , การสังเกตดูแลแผลผ่าตัด , วันตัดไหมและสถานที่ตัดไหม , ยาที่ได้รับ , วันนัดหลังผ่าตัดเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ , ลำดับหมายเลขถัดไปเพื่อยื่นเอกสารการรักษา , ห้องรับยาและเน้น	<u>หากผู้อบรมไม่มีการตรวจสอบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ให้ผู้ช่วยวิจัยในบทบาทแพทย์ผ่าตัด</u> พุดกระตุ้นว่า “หมอสั่งยาในโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาล ไม่ได้กำลังปรับปรุง , หมอเขียนสั่งยา , วันที่ติดตามอาการและฟังผลชิ้นเนื้อในใบสั่งยาแทนนะ” <u>-บทบาทผู้ป่วย</u> พุดกระตุ้นว่า “ ป้าต้องรอรับเอกสารอะไรอีกไหม , ป้าตกใจและจำไม่ได้ ึ่งมากเลย”

สถานการณ์/สภาพของผู้ป่วย	การปฏิบัติของผู้อบรม	หมายเหตุ
	<p>ข้อความสำคัญด้วยปากกาไฮไลท์ ได้แก่ วันที่และสถานที่นัดหลังผ่าตัด</p> <p>พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทบทวน order หลังผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ post operative diagnosis , post operation , ยาที่ได้รับ , วันตัดไหม และนัด follow up</p>	<p><u>สิ่งที่ขับเคลื่อนสู่สถานการณ์ต่อไป</u></p> <p>-ผู้เรียนบทบาทพยาบาลช่วยรอบนอกและพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด สามารถส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้ใช้ยาเฉพาะที่ได้เหมาะสมและครบถ้วน</p>

แนวคำถามที่ใช้ในการสะท้อนคิดการเรียนรู้

1. ผู้เรียนรู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้น (ทั้งที่เป็นผู้รับบทบาทและผู้สังเกตการณ์)
2. สรุปบทบาทของสมาชิกทีมสถานการณ์จำลองนี้
3. จากสถานการณ์จำลองกลุ่มตัวอย่างได้ใช้เครื่องมือ แนวคิด และทักษะอะไร
4. ผู้เรียนพบปัญหาและอุปสรรคระหว่างการใช้สถานการณ์จำลองอะไรบ้าง และมีวิธีการแก้ไขสถานการณ์อย่างไร
5. จากสถานการณ์จำลองผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้การปฏิบัติได้อย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม เรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้สำหรับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปีที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรัง

2. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองในการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

3. แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวนทั้งหมด 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ

4. ในการตอบแบบสอบถามขอความกรุณาท่านตอบให้ครบทุกข้อ ทุกส่วนให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และผู้วิจัยจะเก็บรักษาคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ดังนั้นจึงไม่มีผลใดๆต่อการปฏิบัติงานของท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาวนันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์

นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่านโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุดหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

1.ปริญญาตรี

2.ปริญญาโท

4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

1. น้อยกว่า 6 เดือน - 3 ปี

2. 4 - 5 ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย \surd และ X ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย
<p>_____ 1. ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดใช้วิธีเช่นชื่อในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด</p> <p>_____ 2. การตรวจรับผู้ป่วยฉุกเฉิน on ET tube , on O₂ mask พยาบาลห้องผ่าตัดต้องบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก</p> <p>_____ 3. การระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด ปัญหาและอาการสำคัญ เป็นข้อมูลที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำให้เสร็จสิ้นก่อนการผ่าตัด</p> <p>_____ 4. ห้องรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว</p> <p>_____ 5. การ set ผ่าตัดลงโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาลเป็นการรับข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนที่สุด</p> <p>_____ 6. พยาบาลห้องผ่าตัดทำการทบทวน post operative diagnosis , post operation หลังผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัดเท่านั้น</p>
ด้านการประสานความร่วมมือ
<p>_____ 7. ก่อนทำ time out พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดและร่วมตรวจนับกับพยาบาลช่วยรอบนอกทุกครั้ง</p> <p>_____ 8. เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ลำดับแรกที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติคือการ sign in ร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้ง</p> <p>_____ 9. พยาบาลห้องผ่าตัดจะทำ sign out กับทีมผ่าตัด เมื่อแพทย์กล่าวเย็บปิดช่องท้องผู้ป่วย , เย็บปิดกะโหลกศีรษะ เป็นต้น</p> <p>_____ 10. พยาบาลห้องผ่าตัดทำ time out ทันที ขณะที่แพทย์ผ่าตัดลงมีดผ่าตัดและพยาบาลกำลังส่งเครื่องมือผ่าตัด</p> <p>_____ 11. ขณะผ่าตัดเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น bleeding พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดมอบหมายให้พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมอุปกรณ์ทันที</p>

ด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

_____ 12. พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ใบนัดผ่าตัด เป็นเอกสารสำคัญในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

_____ 13. กรณีผู้ป่วยไม่พร้อมรับฟังคำแนะนำเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด , หูตึง เป็นต้น พยาบาลห้องผ่าตัดควรแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด , วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป กับญาติทันทีเป็นอันดับแรก

_____ 14. ควรอธิบายใหม่ที่ใช้เย็บปิดแผล, การสังเกตดูแลแผลผ่าตัด, วันตัดไหมและสถานที่ตัดไหม, ยาที่ได้รับ แก่ผู้ป่วยและญาติหลังผ่าตัดทุกครั้ง

_____ 15. ควรให้ใบคำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น

_____ 16. ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมทางเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลต่อห้องผ่าตัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

1. ความรู้สึกในการใช้สถานการณ์จำลองในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร
2. สิ่งที่ท่านได้เรียนรู้จากการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง
3. ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการใช้สถานการณ์จำลอง
4. ท่านคิดว่าจะใช้การสื่อสารในการเฝ้าระวังได้อย่างไรบ้าง
5. ท่านคิดว่าจะใช้การสื่อสารในการประสานความร่วมมืออย่างไรบ้าง
6. ท่านคิดว่าจะใช้การสื่อสารในการดูแลอย่างต่อเนื่องได้อย่างไรบ้าง

แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติ

หมายเลข 1 ด้านการเฝ้าระวัง

หมายเลข 2 ด้านการประสานความร่วมมือ

หมายเลข 3 ด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
ระยะก่อนผ่าตัด			
1. set ผ่าตัดลงโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาล (2)			
2. มอบหมายพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด (2)			
3. ตรวจสอบเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด (1)			
4. ฟังและซักถามข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด (1)			
5. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด (1)			

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
ระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)			
6. ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับอย่างรวดเร็ว (1)			
7. ทบทวนข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด (3)			
ระยะผ่าตัด			
1. การทำ sign in เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และก่อนพยาบาลวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึก (1)			
2. จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัดที่ได้รับมอบหมาย (1)			
3. เปิดชุดอุปกรณ์ผ่าตัดและทำการตรวจนับอุปกรณ์ผ่าตัดบนโต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัดพร้อมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 2 รอบ และบันทึกอุปกรณ์ผ่าตัดบนกระดานผ่าตัด (1)			
4. การทำ time out ก่อนแพทย์ผ่าตัดลงมีดผ่าตัด และก่อนพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (1)			
5. ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ได้มอบหมายเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดเพิ่มเติม (2)			
6. การทำ sign out ก่อนแพทย์เย็บปิดแผล และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (1)			

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
ระยะผ่าตัด (ต่อ)			
7. ระบุตัวผู้ป่วย หัตถการผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด (1)			
9. ตรวจสอบพร้อมทั้งพยาบาลช่วยรอบนอก และดูบันทึกอุปกรณ์ผ่าตัดบนกระดานผ่าตัด (2)			
10. รายงานอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดครบถ้วนกับทีมผ่าตัดด้วยน้ำเสียงดังชัดเจน (2)			
11. ทำการหาอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดที่ไม่ครบบริเวณพื้นที่ผ่าตัด (1)			
ระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด			
1. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงแบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและใบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด (2)			
2. ทบทวน order หลังผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัด (3)			
3. ออกใบนัดหลังผ่าตัดเพื่อตามอาการผู้ป่วย (3)			
4. ให้คำแนะนำหลังผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติที่ติดตามมา (3)			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวนันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6310420015

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	2552

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ประจำปีงบประมาณ 2565 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หน่วยงานห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง