



ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย  
ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย  
Non-technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety  
in Tertiary Hospital, Thailand

จิรัชยา ศิวาวุธ

Jiratchaya Siwawut

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 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

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย  
ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย  
Non-technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety  
in Tertiary Hospital, Thailand

จิรัชยา ศิวาวุธ  
Jiratchaya Siwawut

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 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

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ .....

(ดร. ปราโมทย์ ทองสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ .....

(นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ .....

(นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย
ผู้เขียน	นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ
สาขาวิชา	การบริหารทางการพยาบาล
ปีการศึกษา	2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย โดยเดลฟายเทคนิค ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 27 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เคยผ่านการอบรมทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และ 3) อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพหรือด้านความปลอดภัยผู้ป่วย วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพระดับสูง 4 คน เกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 23 คน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อความถามแต่ละข้อ ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีทั้งหมด 6 ด้าน รวม 45 ข้อ โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ มีรายละเอียดดังนี้ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) 12 ข้อ ทักษะการสื่อสาร (communication) 7 ข้อ ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork) 6 ข้อ ทักษะการจัดการงาน (task management) 7 ข้อ ทักษะความเป็นผู้นำ (leadership) 6 ข้อ และทักษะการตัดสินใจ (decision making) 7 ข้อ

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

<b>Thesis Title</b>	Non-technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety in Tertiary Hospital, Thailand
<b>Author</b>	Miss Jiratchaya Siwawut
<b>Major Program</b>	Nursing Administration
<b>Academic Year</b>	2018

### ABSTRACT

The purpose of this research is to identify non-technical skills to improve patient safety for perioperative nurses in tertiary hospital using Delphi technique. Subjects included 27 experts from among nursing administrators in tertiary hospitals, registered nurses in operation room, doctors, nursing educators and academics. The Delphi technique consisted of 3 steps. Step 1: 4 highly experienced experts in non-technical skills were selected to describe non-technical skills for perioperative nurses in tertiary hospital. Step 2: data were analyzed and developed into a rating scales questionnaire. All items in the questionnaire were ranked by importance in non-technical skills by 23 experts. Step 3: data were analyzed using median and interquartile range which was then used to develop a new version of the questionnaire. The new questionnaire was sent to previous experts to confirm the previously ranked items. Data were analyzed again using median and interquartile range to summarize the study.

Results showed that non-technical skills to improve patient safety for perioperative nurses comprised 6 skills and 45 elements as follows: 1) situation awareness with 12 elements, 2) communication with 7 elements, 3) teamwork with 6 elements, 4) task management with 7 elements, 5) leadership with 6 elements, and 6) decision making with 7 elements.

It is recommended that administration nurses should use these results to promote non-technical skills of perioperative nurses to improve patient safety.

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ยิ่งตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยสามารถมาถึงความสำเร็จในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข และ ดร.วรรณวิมล คงสุวรรณ ที่ช่วยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 27 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องและอีกหลายบุคคลที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จครั้งนี้

จิรัชยา ศิวาวุธ



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
แนวคิด/ ทฤษฎี.....	4
นิยามศัพท์การวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 บรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	6
บริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	8
บริบทของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.....	8
บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	9
บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse).....	11
บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลรอบนอก (circulating nurse).....	11
สมรรถนะด้านทักษะวิชาชีพ (technical skills) ของพยาบาลห้องผ่าตัด..	14
ความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด.....	20
ความหมาย.....	20
ความสำคัญ.....	20
ความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวคิดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.....	21

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills).....	26
ความหมายของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ.....	26
พัฒนาการของการศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ.....	27
ความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ.....	28
ความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้อง ผ่าตัด.....	29
ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพกับความ ปลอดภัยผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะนอกเหนือ จากทักษะวิชาชีพ.....	31
ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในวิชาชีพต่างๆ.....	31
ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด.....	36
วิธีการวิจัยโดยเดลฟายเทคนิค.....	38
ความหมายและพัฒนาการ.....	38
คุณลักษณะและองค์ประกอบที่สำคัญ.....	39
กระบวนการวิธีการวิจัย การกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือ และจำนวนรอบที่เหมาะสมในการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค.....	39
จุดเด่นและข้อจำกัด.....	43
รูปแบบการวิจัย.....	43
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	48

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	59
ผลการวิจัย.....	59
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	84
เอกสารอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	94
ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	95
ข เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	111
ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	126
ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
ประวัติผู้เขียน.....	160

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม.....	37
2	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3 .....	64
3	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3 .....	66
4	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการทำงานเป็นทีมที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3 .....	67
5	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการจัดการงานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3 .....	69
6	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะความเป็นผู้นำที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3 .....	70
7	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการตัดสินใจที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3.....	72
8	สรุปผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย.....	73

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นผลลัพธ์สำคัญของระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยส่งเสริมให้ทุกประเทศร่วมกันสร้างกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนา สร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (WHO, 2006) สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาลทุกระดับและทุกหน่วยงาน รวมถึงงานบริการห้องผ่าตัด

จากรายงานอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในประเทศต่างๆ มีเพิ่มขึ้น จากการรายงานของคณะกรรมการสากล พบว่าอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดมากที่สุด คือ การผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (JCI cited in Mulloy, & Hughes, 2008) โดยในปี ค.ศ.1998 มีจำนวน 15 ราย ในปี ค.ศ.2007 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 592 ราย ส่วนข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (2009) พบว่า อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการผ่าตัดในประเทศอุตสาหกรรม มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 3-22 และมีอัตราการตายร้อยละ 0.4-0.8 และร้อยละ 50 ของอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดดังกล่าวเป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้ (Vincent, 2004)

ในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี มีการรายงานการทบทวนเวชระเบียนของสำนักงานประกันสังคมตั้งแต่ พ.ศ.2544 จำนวน 384 รายงาน พบว่า มีภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดมากที่สุดร้อยละ 60 โดยร้อยละ 38 เป็นการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ร้อยละ 23.8 เป็นความล้มเหลวของการผ่าตัด และร้อยละ 9.5 เป็นภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติการณ์การผ่าตัด (ปัตพงษ์, ศุภสิทธิ์, และวีรศักดิ์, 2546) ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีการรายงานตัวเลขที่ชัดเจน (Hintong, Chau-in, Thienthong, & Nakcharoenwaree, 2005)

การบริหารความปลอดภัยในห้องผ่าตัดมีแนวทางในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดอันตรายในระดับหน่วยงาน ที่มีลักษณะการทำงานหรือปฏิบัติงานของบุคลากรที่ต้องใช้วัตุดิบคม การสัมผัสเลือด ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน การใช้เทคโนโลยีที่หลากหลาย และอื่นๆ อีกทั้งมีการทำงานร่วมกันหลายฝ่าย หลายสายอาชีพ (สุทธิมาภรณ์, ปรัชญานันท์, และปราโมทย์, 2553) ในห้อง

ผ่าตัดจึงต้องมีการจัดการตั้งแต่ระดับนโยบายที่มีการเน้นย้ำในระดับผู้บริหารให้เห็นความสำคัญในการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ส่งเสริมให้มีความปลอดภัยในสถานที่ สิ่งแวดล้อม มีการทบทวนระบบงานหลังเกิดความผิดพลาด การเตรียมบุคลากรให้มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยทั้งต่อตนเองและต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาของวีเซอร์และคณะ (Weiser et al., 2008) พบว่าทั่วโลกมีการผ่าตัดมากกว่า 234 ล้านครั้ง และมีรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปีละประมาณ 7 ล้านครั้ง ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนและหลังผ่าตัด โดยสาเหตุสำคัญเป็นความผิดพลาดจากการทำงานระหว่างทีม ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด มากกว่าความผิดพลาดจากเทคนิคการผ่าตัด ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ.2008 มีรายงานความสูญเสียที่เกิดจากความผิดพลาดทางการรักษาเป็นมูลค่า 17,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็น 0.72% ของ 2.39 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ที่สูญเสียด้านอื่นในระบบสาธารณสุข) โดยสองในสามของข้อผิดพลาดดังกล่าว เกิดจากการติดเชื้หลังผ่าตัดและแผลกดทับ (The Lancet, 2011) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่าความผิดพลาดในห้องผ่าตัด เกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาดถึง 43% และ 27% จากการด้อยทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพและความผิดพลาดในการวินิจฉัย (Gawande et al., 2003) ผลกระทบจากการเกิดข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ทำให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตทั้งกายและใจ ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อมชื่อเสียงของหน่วยงาน (Dawn, 2017) จะเห็นได้ว่า การมีทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการทำงานได้ (Gordon et al., 2014)

จะเห็นได้ว่าทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากทักษะเชิงวิชาชีพหรือทักษะทางเทคนิคแล้ว ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills) เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นต้น ต้องมีควบคู่กับการมีทักษะเชิงวิชาชีพของแต่ละสาขาที่เชี่ยวชาญ (technical skills) (Kang et al., 2014) เพราะทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นทักษะเฉพาะแต่ละบุคคล เกิดจากการฝึกฝน การสร้างสมประสบการณ์ บุคคลแต่ละคนจะมีการแสดงออกไม่เท่ากัน เป็นทักษะอิสระสามารถไปปรับใช้ได้ในทุกองค์กร เมื่อมีทักษะนี้มากขึ้นทำให้มีทัศนคติด้านความปลอดภัยมากขึ้น (McCulloch et al., 2009) จึงแสดงให้เห็นว่าความผิดพลาดหรือความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ให้บริการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (Yule et al., 2006)

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นทักษะที่ไม่ได้จำเพาะในตำแหน่งงานหรือบริบท สิ่งแวดล้อมการทำงานนั้น (Ahmad et al., 2011) แต่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกงานหรือปรับใช้กับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย แต่ละบุคคลจะมีทักษะนี้แตกต่างกันขึ้นกับความเฉพาะของบุคคล ในด้านการสื่อสาร การจัดการ ทักษะทางสังคม ประสบการณ์ที่ได้รับและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น (กษณา,

2558) โดยเริ่มแรกทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพได้ถูกบรรจุในหลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน (Crew Resource Management Skills: CRM) จนปัจจุบันได้รับการยอมรับในวิชาชีพต่างๆ มีการถอดบทเรียนจากหลักสูตรเพื่อวิเคราะห์ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับอาชีพนั้น ตั้งแต่หน่วยงานภาคอุตสาหกรรมจนถึงหน่วยงานด้านสุขภาพ

หน่วยงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นสถานที่ที่ให้การบริการการผ่าตัด เพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาโรคที่มีความยากและซับซ้อน โดยในห้องผ่าตัดจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพตั้งแต่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาล นักเทคนิค (ผู้มีความเชี่ยวชาญในอุปกรณ์เฉพาะทาง) ด้วยลักษณะการทำงานที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแต่ละสาขาร่วมกันทำการผ่าตัดแต่ก็ไม่สามารถทำงานแยกกันได้ ต้องมีการประสานงาน มีการสื่อสาร การบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เพราะแท้จริงแล้วความปลอดภัยไม่ได้ขึ้นกับความชำนาญหรือเชี่ยวชาญของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น (Corinne & Mathilde, 2013)

จากการศึกษางานวิจัยในห้องผ่าตัดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น Proquest, Pubmed เป็นต้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 - พ.ศ.2561 พบความผิดพลาดทางการผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่าการขาดทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะทางวิชาชีพ (Yule et al., 2006) โดยความผิดพลาดส่วนใหญ่จะเกิดจากการขาดความตระหนักรู้ในสถานการณ์นำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย รองลงมา คือ การขาดทักษะการสื่อสารระหว่างทีม ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อบทบาทการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด (Flin, 2013) ด้วยทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นทักษะส่วนบุคคล จึงทำให้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพ (Kang, Massey & Gillespie, 2015) วัฒนธรรมความเป็นอยู่ของแต่ละประเทศยังแสดงให้เห็นว่าความจำเป็นในทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความแตกต่างกัน (Evelyn, Brigid & Debbie, 2014) จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย ด้วยการให้บริการการผ่าตัดเฉพาะทาง ทีมผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญด้านความซับซ้อนของโรค และมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการผ่าตัดนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพใดบ้างที่จำเป็นสำหรับการเป็นส่วนหนึ่งของทีม เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความปลอดภัยแม้จะเป็นการผ่าตัดที่ยุงยากซับซ้อนและเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย

## คำถามการวิจัย

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยมีกี่ด้าน อะไรบ้าง และแต่ละด้านมีกี่ข้อ อะไรบ้าง

## แนวคิด/ทฤษฎี

แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด (safe surgery) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วยของประเทศไทย (Patient Safety Goals: SIMPLE) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทงานห้องผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แนวคิดในส่วนของ S (safe surgery and invasive procedure) คือ การป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัด มีการกำหนดแนวทางตามองค์การอนามัยโลก (WHO) คือ มีการตรวจสอบเพื่อยืนยันผู้ป่วย ตำแหน่ง การผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์เตรียม การนับอุปกรณ์ที่เสี่ยงกับการตกค้างในผู้ป่วย ผ้าซับโลหิต เข็ม ก่อนการเริ่มผ่าตัดและก่อนการเย็บปิดแผลผ่าตัด การขอเวลานอก (time out) ในการตรวจสอบเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง (surgical checklist) โดยให้มีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ป่วยและทีมผ่าตัด การดูแลความปลอดภัยในห้องผ่าตัดทั้งสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ การผ่าตัดตามมาตรฐานและการป้องกันแผลติดเชื้อจากการผ่าตัด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ, 2561)

## นิยามศัพท์การวิจัย

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด หมายถึง ทักษะอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด แต่จำเป็นต้องมีควบคู่กับทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้มาโดยดำเนินการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค



## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เดลฟายเทคนิคเพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2561 – มีนาคม พ.ศ.2562

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยแบบเดลฟายเทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. บริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด
  - 1.1 บริบทของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
  - 1.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด
    - 1.2.1 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse)
    - 1.2.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลรอบนอก (circulating nurse)
  - 1.3 สมรรถนะด้านทักษะวิชาชีพ (technical skills) ของพยาบาลห้องผ่าตัด

#### 2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 ความสำคัญ
- 2.3 ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดตามแนวคิดสถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล

#### 3. ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills)

- 3.1 ความหมายของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ
- 3.2 พัฒนาการของการศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ
- 3.3 ความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด
  - 3.3.1 ความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ
  - 3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพกับความปลอดภัย

ความปลอดภัยผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ

- 3.4 ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในวิชาชีพต่างๆ
- 3.5 ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด

#### 4. วิธีการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค

- 4.1 ความหมายและพัฒนาการ
- 4.2 คุณลักษณะและองค์ประกอบ

4.3 กระบวนการวิธีการวิจัย การกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือและ  
จำนวนรอบที่เหมาะสมในการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค

4.4 จุดเด่นและข้อจำกัด

4.5 รูปแบบการวิจัย

5. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

## บริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

### บริบทของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

การบริการสุขภาพในปัจจุบันครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลตลอดจนการฟื้นฟูสภาพหลังภาวะความเจ็บป่วย โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) ตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการสุขภาพ 3 เกณฑ์ คือ 1) การแบ่งระดับสถานบริการสุขภาพตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ 2) ตัวชี้วัดในการกำหนดระดับบริการสุขภาพระดับต่างๆ เช่น ระยะทางจากศูนย์กลางตำบล เวลา ประชากรขั้นต่ำ เป็นต้น และ 3) เกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข (จำนวนบุคลากรสาธารณสุข : ประชากร) แต่ระดับบริการสุขภาพมีบทบาทหน้าที่ต่างกัน และเชื่อมโยงด้วยระบบการส่งต่อ (referral system) นอกจากนี้จะจัดบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพแล้ว ยังช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับความซับซ้อนระดับพื้นที่ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

หน่วยบริการระดับตติยภูมิ สามารถจำแนกเป็น 2 ระดับตามเกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการสุขภาพตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ คือ

1. หน่วยบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง รวมถึงโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง และหน่วยบริการอื่นทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน โดยขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่ต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (sub-specialty) เช่น สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ (แพทย์อายุรศาสตร์ที่ชำนาญทางโรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด โรคตจวิทยา โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เป็นต้น) สาขาต่อยอดศัลยศาสตร์ (แพทย์ศัลยศาสตร์เฉพาะทางหลอดเลือด หัวใจและทรวงอก ศัลยศาสตร์ตกแต่ง เป็นต้น) สาขาต่อยอดกุมารเวชศาสตร์ และสาขาอื่นๆ เช่น พยาธิวิทยา พยาธิวิทยากายวิภาค มะเร็ง รังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ เป็นต้น

2. หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง หรือ excellent center หมายถึง โรงพยาบาลที่มีโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง หรือโรงพยาบาลอื่นในบริการภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งให้เป็นศูนย์การบริการรักษาเฉพาะโรค 4 ศูนย์หลักที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง นอกเหนือการบริการในระดับตติยภูมิ เช่น ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ ศูนย์อุบัติเหตุ (เน้นแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นิติเวช กุมารศัลยศาสตร์) ศูนย์โรคหัวใจ (เน้นแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์

โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ) ศูนย์มะเร็ง (เน้นแพทย์เฉพาะทางสาขารังสีรักษา รังสีวินิจฉัย กายวิภาค อายุรศาสตร์หลอดเลือด เวชศาสตร์นิวเคลียร์ พยาธิวิทยา) โดยแต่ละสาขาแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ชีตความสามารถขั้นสูง ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยในสาขานั้นได้เกือบทั้งหมด เทียบเคียงการดูแลโดยโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) ครอบคลุมพื้นที่ระดับภาค หรือกลุ่มเขต

ระดับ 2 เน้นรองรับการส่งต่อ มีขีดความสามารถรองจากระดับ 1

ระดับ 3 เน้นการดูแลในจังหวัด ดังนั้นโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะถูกพัฒนาเป็นอย่างน้อยระดับ 3 ของศูนย์ผู้เชี่ยวชาญระดับสูงทั้ง 4 สาขา เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในจังหวัดมีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการพื้นฐาน

หน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการการผ่าตัดรักษาและวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในสาขาต่างๆ ที่มีความง่ายจนไปถึงในรายที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีความเฉพาะทาง ด้วยการนำเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยมาช่วยในการผ่าตัด และนอกจากนี้ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิยังเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านวิชาการแก่นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลอีกด้วย (พรวานภา และอารีย์วรรณ, 2557) โดยปกติห้องผ่าตัดจะให้บริการการผ่าตัดในเวลาราชการ (8.00-16.00 น.) นอกช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นการผ่าตัดในรายที่มีความเร่งด่วน และฉุกเฉินอันตรายต่อชีวิตเท่านั้น จึงกล่าวได้ว่าบุคลากรที่ทำงานในห้องผ่าตัดต้องทำงานต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

### บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

สมาคมห้องผ่าตัดนานาชาติ (The Association of Perioperative Registered Nurse: AORN) เป็นองค์การที่ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1959 มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และสนับสนุนให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความชำนาญเฉพาะทาง ให้ความหมายของพยาบาลห้องผ่าตัด คือ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยใช้ความรู้และความชำนาญทางเทคนิคในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ตลอดระยะทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (AORN, 2015)

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดให้การดูแลตามหลักการทางการพยาบาล โดยปรับการดูแลให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด สามารถปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมที่เกิดกับผู้ป่วย โดยคำนึงประโยชน์ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องมีความรู้เข้าใจลักษณะทางด้านพฤติกรรม ด้านจิตวิทยา ด้านสังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยแต่ละ

ราย ให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีทักษะความรู้ การตัดสินใจ และทักษะพื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ มีจริยธรรม มีเหตุผล และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบที่จะเรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะของตนเองอยู่เสมอ และกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยแบ่งเป็น มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดระดับทั่วไปและระดับผู้เชี่ยวชาญ รวม 15 ข้อ มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดระดับการบริหาร เพิ่มมาตรฐานการเป็นผู้แทนอีก 1 ข้อ รวม 16 ข้อ ครอบคลุมการพยาบาลตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การระบุผลลัพธ์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ การศึกษา การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ การมีวิสัยทัศน์กับสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การมีคุณธรรม จริยธรรม การนำงานวิจัยมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า การมีภาวะผู้นำ การเป็นผู้แทน (AORN, 2015)

พยาบาลห้องผ่าตัด ถือเป็นบุคลากรสำคัญของทีมผ่าตัด (surgical team) โดยบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สำคัญ มีสองส่วน คือ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) และ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลช่วยรอบนอก (circulating nurse) (สุภาพร, 2549) การทำงานร่วมกันเป็นทีมของทั้งสองบทบาทที่มีความรับผิดชอบและหน้าที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การทำงานตั้งแต่ก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดี (พราวนภา และอารีย์วรรณ, 2557)

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วยพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ต้องทำงานครอบคลุมการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ คือ การช่วยแพทย์ผ่าตัดให้สามารถทำการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี (พราวนภา และอารีย์วรรณ, 2557) มีความรู้และความเชี่ยวชาญในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ ขั้นตอนต่างๆ ในการทำผ่าตัดเพื่อให้สามารถช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัด มีสติในการทำงานตลอดเวลาเพื่อให้สามารถแก้ไขหรือช่วยเหลือได้อย่างทันที และสิ่งสำคัญคือการยึดหลักปราศจากเชื้อตลอดการทำผ่าตัด

2. บทบาทของพยาบาลรอบนอก คือ บทบาทสำคัญในการดูแลความเรียบร้อย และเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ติดต่อประสานงานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกห้องผ่าตัดในการเตรียมความพร้อมสถานที่และผู้ป่วยให้พร้อมทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด (พราวนภา และอารีย์วรรณ, 2557) สามารถจัดหาเครื่องมือที่ต้องการเพิ่มเติมได้ทันทีระหว่างที่ทำการผ่าตัด ไม่ทำให้การผ่าตัดต้องหยุดชะงัก ดูแลความปลอดภัย ความต้องการ ความสุขสบายของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด และยึดหลักปราศจากเชื้อตลอดการทำผ่าตัด

หน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลรอบนอก ระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด (สุภาพร, 2549)

### 1. ระยะก่อนผ่าตัด (perioperative phase)

พยาบาลห้องผ่าตัดจะประเมินปัญหาและความต้องการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อนำมาวางแผนเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม หรือระบายความรู้สึก ประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนการผ่าตัดที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วย เพื่อพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถเตรียมความพร้อมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยตามความจำเป็นในผู้ป่วยแต่ละราย

#### 1.1 หน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ ประกอบด้วย

- เตรียมตัวเข้าร่วมกับทีมผ่าตัดตามเทคนิค ขั้นตอนโดยยึดหลักปราศจากเชื้อและตามแนวปฏิบัติและข้อกำหนดของหน่วยงาน

- จัดเตรียมโต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อม ความครบถ้วนของอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด ตามแนวปฏิบัติและข้อกำหนดของหน่วยงาน

#### 1.2 หน้าที่ของพยาบาลช่วยรอบนอก ประกอบด้วย

- เตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด ทั้งในเรื่องความสะอาดภายในห้องผ่าตัด แสงสว่าง อุณหภูมิตามมาตรฐานที่กำหนด

- เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์ช่วยจัดทำทาง เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องมือสำรองในกรณีฉุกเฉิน ให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบเครื่องมือต่างๆ ที่ทำให้ปราศจากเชื้อ ว่าครบตามขั้นตอนตามมาตรฐานหรือไม่ ตรวจสอบวันผลิตและหมดอายุ เปิดเครื่องมือปราศจากเชื้อด้วยหลัก sterile technique

- ตรวจสอบผ้าซับลอหิต เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด ความพร้อมของเครื่องมือ ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ พร้อมบันทึกไว้เป็นหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา

### 2. ระยะระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase)

พยาบาลห้องผ่าตัด จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะการทำผ่าตัด ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 หน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ ประกอบด้วย

- ส่งเครื่องมือให้ถูกต้องตามขั้นตอน และยึดหลักปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ (standard precaution) เป็นสำคัญ

- คอยดูแลตรวจสอบระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของ retractor เครื่องจี การติดตั้งตำแหน่ง plate จีให้ถูกต้องตามหลักและปลอดภัยกับผู้ป่วย

- สังเกตความก้าวหน้ากระบวนการผ่าตัด สามารถทำนายหรือคาดการณ์เหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ความต้องการของแพทย์ผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการในการผ่าตัด

- มีความพร้อมเสมอหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยทันที จัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเมื่อเกิดความผิดปกติได้

- ตรวจนับ ยืนยันจำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล มีการตรวจสอบการส่งตรวจต่างๆ กับแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลรอบนอก และให้พยาบาลรอบนอก บันทึกเป็นหลักฐานเสมอ

## 2.2 หน้าที่ของพยาบาลช่วยรอบนอก ประกอบด้วย

- ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด  
- อธิบายเบื้องต้นให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

- แนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย ในการสื่อสารกับทีมผ่าตัด กรณีที่ให้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่

- ร่วมกับแพทย์ผ่าตัด ในการจัดทำทางผู้ป่วยให้พร้อมและเหมาะสมสำหรับการผ่าตัด ระวังการเปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น

- ดูแลไม่ให้อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ปราศจากเชื้อ เกิดการปนเปื้อน  
- ร่วมตรวจนับและเป็นพยานในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของพยาบาลส่งเครื่องมือก่อนที่จะเริ่มการผ่าตัด และบันทึกเป็นหลักฐาน

- ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์ต่างๆ  
- สังเกตความก้าวหน้าของการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของแพทย์ผ่าตัด เตรียมความพร้อมล่วงหน้า เพื่อให้สามารถสนองความต้องการของแพทย์ผ่าตัดได้ทันที

- เตรียมความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วย หรือเครื่องมือที่ชำรุด มีการสำรองเครื่องมือหรือวิธีการแก้ไขเครื่องมือเมื่อเกิดความผิดปกติ

- ทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการส่งตรวจต่างๆ  
- เก็บชิ้นเนื้อที่ต้องส่งตรวจได้อย่างถูกต้อง ในกรณีที่มีการส่งตรวจวินิจฉัย

เพิ่มเติม



### 3. ระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase)

พยาบาลห้องผ่าตัดจะมีการประเมินและส่งต่อข้อมูล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความสบาย ปลอดภัยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด จนกระทั่งย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น

#### 3.1 หน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ ประกอบด้วย

- ตรวจสอบแผลผ่าตัด ท่อระบายต่างๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย และอุปกรณ์อื่นก่อนทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ว่าอยู่ในสภาพดี ไม่หลุด หรือตั้งรั้ง

- ตรวจสอบ ประเมินร่างกายผู้ป่วย บริเวณที่ถูกกดทับ ตำแหน่งที่ติด plate ไข้

- ดูแลความสะอาด ความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย

- ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ออกจากห้องผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

- รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อนำไปทำความสะอาดตามขั้นตอนของ

หน่วยงาน

#### 3.2 หน้าที่ของพยาบาลรอบนอก ประกอบด้วย

- ตรวจสอบ และส่งตรวจ specimen ตามแนวทางปฏิบัติและข้อกำหนดของหน่วยงาน

- ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ ในการดูแลความพร้อม ความสะอาด และความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

- ส่งต่อข้อมูลระหว่างการผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด มี 2 บทบาท คือ พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ที่มีความรู้และทักษะความชำนาญเฉพาะทาง โดยมีหน้าที่สำคัญในการดูแลกระบวนการผ่าตัดให้สามารถดำเนินไปจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งสามระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด โดยจะมีการประเมินสภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ มีการเตรียมความพร้อมร่วมกับสหวิชาชีพและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และสิ่งสำคัญคือ การเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเพาะในแต่ละการผ่าตัด และเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย ระยะระหว่างการผ่าตัด เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลรอบนอกให้กระบวนการผ่าตัดเป็นไปด้วยดี มีความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ระยะหลังการผ่าตัด มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ระหว่างการผ่าตัด แผลผ่าตัด ท่อ/สายระบายต่างๆที่ออกจากตัวผู้ป่วย ก่อนจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด หลักสำคัญในการทำงานทั้งสามระยะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการ

ผ่าตัด คือ การตระหนักในความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตามก็ไม่ควรที่จะลืมหลักสำคัญดังกล่าวอยู่เสมอ

### สมรรถนะด้านทักษะวิชาชีพ (technical skills) ของพยาบาลห้องผ่าตัด

สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะภายในตัวแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะเชิงพื้นฐาน เช่น แรงจูงใจ อุปนิสัยส่วนตัว ทักษะ องค์ความรู้ เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นคุณลักษณะภายในที่จะผลักดันให้เกิดการแสดงออก การปฏิบัติงาน หรือการสร้างสรรค์ผลงานเพื่อให้หน่วยงานได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง (Boyatzis, 1982; David, 1970; Spencer & Spencer, 1993) ดังนั้น สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด คือ ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการนำทักษะ ความรู้ ประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ (สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554) โดยแบ่งเป็นสมรรถนะหลักหรือพฤติกรรมที่ทุกคนในหน่วยงานต้องมีขึ้นกับข้อกำหนดแต่ละหน่วยงาน และสมรรถนะตามสายงานหรือคุณลักษณะที่บุคคลที่ปฏิบัติงานแต่ละตำแหน่งควรมีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ (จิรประภา, 2549) คณะกรรมการจัดทำสมรรถนะสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยจึงจัดทำสมรรถนะตามสายงานของพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ทั้งหมด 4 ด้านดังนี้ (สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554)

#### สมรรถนะ ที่ 1 สมรรถนะการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย

##### 1. สมรรถนะการป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากสารเคมี

การประเมินประวัติแพ้ เช่น การแพ้ยา อาหาร สารเคมี วัสดุปิดแผล และอื่นๆ เป็นต้น สื่อสารให้ทีมผ่าตัดทราบเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะความเสี่ยงดังกล่าว รวมถึงการป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากน้ำยา โดยเลือกใช้น้ำยาให้เหมาะสมกับสภาพผิว บริเวณและชนิดการผ่าตัด ปฏิบัติตามขั้นตอนในการใช้น้ำยาแต่ละชนิดอย่างเคร่งครัด ประเมินอาการและอาการแสดงการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการใช้สารเคมีพร้อมบันทึกและส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

##### 2. สมรรถนะการป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจี้ไฟฟ้า

อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการตัด/หยุดเลือดของเนื้อเยื่อในระหว่างการผ่าตัด ก่อนเริ่มผ่าตัดตรวจสอบก่อนเสมอว่าอุปกรณ์พร้อมใช้งาน ประเมินสภาพผิวหนังตำแหน่งที่เหมาะสมในการติดแผ่นนำกระแสไฟฟ้าที่ตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงในการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เช่น ผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (pacemaker) เครื่องประดับจำพวกกำไลข้อมือไฟฟ้า ต้องนำออกหรือเลือกอุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้าประเภทอื่นที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ประเมินอาการและอาการแสดงหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด หากพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้การพยาบาลเบื้องต้นก่อนบันทึกข้อมูลและส่งต่อเพื่อติดตามให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 3. สมรรถนะการป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากรังสี

ประเมินประวัติตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการได้รับรังสีรักษาและวินิจฉัย ภาวะการตั้งครรภ์ สภาพผิวหนังผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษาจากรังสี ป้องกันโดยการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมบริเวณอวัยวะสำคัญให้กับผู้ป่วย เช่น ไทรอยด์ เต้านม อวัยวะเพศ หากผู้ป่วยกำลังตั้งครรรภ์ต้องใส่อุปกรณ์ที่ป้องกันการตกในครรภ์ด้วย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติและแนวทางป้องกันที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงาน มีการใช้เครื่องบันทึกปริมาณรังสีเพื่อตรวจสอบไม่ได้รับเกินมาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนด และไม่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ตั้งครรรภ์ปฏิบัติงานในห้องที่ใช้รังสีรักษา

### 4. สมรรถนะการป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการเคลื่อนย้าย

ประเมินข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเพื่อเลือกใช้อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายที่เหมาะสมและถูกต้อง ประเมินอาการและอาการแสดงจากการบาดเจ็บผิวหนัง ความผิดปกติจากการเคลื่อนย้าย บันทึกและส่งต่อข้อมูลหากพบความผิดปกติ

### 5. สมรรถนะการป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการจัดท่า

ประเมินภาวะเสี่ยงจากการจัดท่าตามกลุ่มอายุ ข้อจำกัดของร่างกาย เตรียมและเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและชนิดการผ่าตัด เคลื่อนย้ายและจัดท่าถูกต้องตามมาตรฐานป้องกันการกดทับเส้นประสาท ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินอาการและอาการแสดงทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดพร้อมบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

### 6. สมรรถนะการป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเลเซอร์

เตรียมความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์เลเซอร์ อุปกรณ์ป้องกันสำหรับผู้ป่วย และบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและหลัง บันทึกข้อมูลการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการผิดปกติจากการใช้เลเซอร์

### 7. สมรรถนะการป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องรัดห้ามเลือด

ประเมินผิวหนังบริเวณที่ต้องการใช้เครื่องรัดห้ามเลือด ตรวจสอบว่าเครื่องพร้อมใช้งาน การเลือกใช้อุปกรณ์รัด ความดันและระยะเวลาที่เหมาะสม หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดต้องมีการประเมินผิวหนังบริเวณนั้นทุกครั้ง เพราะแรงดันและระยะเวลาที่มากเกินไปก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะส่วนที่ต่อจากบริเวณที่รัดห้ามเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงได้ หากพบความผิดปกติต้องมีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 8. สมรรถนะการป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์อื่น

ตรวจสอบความถูกต้องร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดและผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องร่วมตรวจสอบกับญาติหรือบุคคลในครอบครัว ดูแลความพร้อมห้องผ่าตัดให้ได้มาตรฐาน อุณหภูมิความชื้นที่เหมาะสม สภาพปลอดภัยของอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ประเมินภาวะเสี่ยงในการ

ใช้อุปกรณ์ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ระมัดระวังการใช้อุปกรณ์ที่ร้อนหรือเย็นเกินจนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง

#### 9. สมรรถนะการป้องกันอันตรายจากสาเหตุอื่น

9.1 สมรรถนะการป้องกันอันตรายจากการใช้ยา ตรวจสอบการแพ้ยาหรือสารต่างๆ ให้ยาตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง ประเมินภาวะไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยหลังได้รับยาทุกครั้ง

9.2 สมรรถนะการส่งสิ่งส่งตรวจ ปฏิบัติตามแนวทางข้อปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจของแต่ละหน่วยงานอย่างเคร่งครัด มีการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและสิ่งส่งตรวจว่าถูกต้องตรงกันหรือไม่

9.3 สมรรถนะการป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด มีการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างทีมผ่าตัดและผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (sign in) ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง ภาวะความเสี่ยง ความพร้อมของอุปกรณ์ระหว่างทีมผ่าตัดก่อนเริ่มลงมีด (time out) ตรวจสอบร่วมกันอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด (sign out) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

9.4 สมรรถนะการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย มีการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของมีคมอย่างน้อย 3 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มผ่าตัด ก่อนปิดโพรงหรือโพรงชั้นใน ก่อนเย็บแผลชั้นนอก และเมื่อเปลี่ยนทีมพยาบาล โดยต้องมีการนับและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน หากไม่ครบถ้วนต้องรีบแจ้งให้ศัลยแพทย์ทราบทันที

#### สมรรถนะ ที่ 2 สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกาย

##### 1. สมรรถนะการป้องกันการติดเชื้อ

- 1.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ
- 1.2 การประเมินภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้ป่วย
- 1.3 การจำแนกแผลผ่าตัดได้ถูกต้องตามมาตรฐาน
- 1.4 การเตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด
- 1.5 การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค โดยการแต่งกายตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัด การปฏิบัติตามการแบ่งเขตความสะอาดในห้องผ่าตัด การสัญจรในห้องผ่าตัด สุขอนามัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด การคัดแยกอุปกรณ์และเครื่องมือที่สะอาดและปนเปื้อน
- 1.6 การวางแผนล่วงหน้าเพื่อลดเวลาในการผ่าตัด
- 1.7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 1.8 การสอนและแนะนำผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
- 1.9 การดูแลแผลผ่าตัด มีการปิดแผลอย่างถูกต้อง ไม่เกิดการปนเปื้อนเชื้อ ประเมินและสังเกตอาการของแผลติดเชื้อ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

## 2. สมรรถนะการดูแลการกำซาบของเนื้อเยื่อ

มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง ประเมินภาวะการไหลเวียนโลหิตทั้งขณะและหลังผ่าตัด เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้ป่วย บันทึกข้อมูลและมีการรายงานหากพบภาวะผิดปกติ

## 3. สมรรถนะการดูแลอุณหภูมิกาย

ประเมินปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยต่อภาวะร่างกายอุณหภูมิต่ำ การเลือกใช้สารน้ำและอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นที่เหมาะสม ติดตามและเฝ้าระวังอุณหภูมิผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

## 4. สมรรถนะการดูแลภาวะสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรดต่าง

ประเมินปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังติดตามการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา เช่น ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ภาวะกรดต่าง สมดุลอิเล็กโทรไลต์ ความผิดปกติของระบบหายใจ ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เป็นต้น ให้การดูแลแก้ไขเมื่อเกิดภาวะความผิดปกติตามแผนการรักษา

## 5. สมรรถนะการดูแลการทำงานระบบหัวใจและหลอดเลือด

ประเมินสภาวะการทำงานหัวใจก่อนผ่าตัดและตลอดระยะเวลาในการผ่าตัด ประเมินการหายใจ ระดับการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง รายงานเมื่อเกิดภาวะความผิดปกติ

## 6. สมรรถนะการจัดการความปวด

ประเมินความปวด ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดที่เหมาะสม ประเมินผู้ป่วยเพื่อใช้ทางเลือกอื่นในการระงับความปวดนอกเหนือจากการใช้ยาตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินความปวดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม

### สมรรถนะ ที่ 3 สมรรถนะการพยาบาลเพื่อตอบสนองผู้ป่วยด้านพฤติกรรม

#### 1. สมรรถนะการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการสื่อสาร เช่น อายุ พัฒนาการ ความเข้าใจในภาษา ความสามารถในการรับและส่งสาร อุปกรณ์ที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสื่อสาร เป็นต้น ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ความรู้ ความสามารถในการเผชิญกับภาวะต่างๆ เพื่อเลือกแนวทางให้ความรู้/ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม

#### 2. สมรรถนะด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

##### 2.1 การตรวจสอบการยินยอมผ่าตัด

2.1.1 กรณีผู้ป่วยยินยอมผ่าตัด ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย ประเมินความรู้การรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการรักษาตามความเหมาะสมและอยู่ในบทบาทวิชาชีพ

2.1.2 กรณีผู้ป่วยผ่าตัดเร่งด่วน พยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ขอความยินยอมการผ่าตัดจากผู้ปกครองหรือญาติผู้มีสิทธิตัดสินใจตามกฎหมายและบันทึกเป็นหลักฐาน

2.1.3 กรณีผู้ป่วยยังไม่ยินยอมการผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสม ประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ ประสานงานระหว่างทีมผ่าตัดเพื่อดำเนินการให้ผู้ป่วยเห็นใบยินยอมตามกฎหมาย บันทึกเป็นหลักฐาน

2.1.4 กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะไร้ความสามารถ สร้างสัมพันธภาพและสื่อสารกับญาติด้วยวิธีการที่เหมาะสม ประเมินระดับความรู้ จิตสังคม การรับรู้ของผู้ป่วย ทวนสอบความเข้าใจญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ซักถาม กรณีไม่มีญาติให้ดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาล

2.2 การให้ความสำคัญและความต้องการของผู้ป่วย การประเมินความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ ปัจจัยด้านความเชื่อและคุณค่าของผู้ป่วย ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงศาสนา ความเชื่อ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนและหลังผ่าตัด

2.3 การวางแผนจำหน่ายโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม กระตุ้นให้ญาติดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจ ประเมินความพร้อมของญาติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และแหล่งสนับสนุน ให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินความคาดหวังของญาติและพิจารณาความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ที่ได้

2.4 การให้ข้อมูลและอธิบายแนวปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย

2.5 การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางตามมาตรฐานที่กำหนด ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการผ่าตัด

2.6 การรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การไม่เปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรม และคุณค่าของผู้ป่วย รักษาความลับของผู้ป่วย โดยการจำกัดการเข้าถึงและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น ขออนุญาตก่อนจะกระทำการใดต่อผู้ป่วยเสมอ

2.7 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยยึดหลักจริยธรรม และมาตรฐานกฎหมาย ไม่คำนึงถึงสถานะความรวยความจน ศาสนาหรือความเชื่อ วัฒนธรรม อายุและเพศ ให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วย ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับการปฏิบัติที่ไม่ได้มาตรฐาน

2.8 การดูแลอย่างเสมอภาค ปราศจากอคติ และเหมาะสมกับสถานการณ์ ให้การดูแลและให้การพยาบาลอย่างเท่าเทียม เคารพในเอกสิทธิ์ ศักดิ์ศรี ปราศจากอคติตามมาตรฐาน

2.9 การยอมรับและให้ความสำคัญในระบบคุณค่า วิถีชีวิต วัฒนธรรม เชื้อชาติ ของผู้ป่วย มีการประเมินผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย สื่อสารกับทีมผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

#### สมรรถนะ ที่ 4 สมรรถนะพยาบาลด้านระบบสุขภาพ

1. ความเป็นวิชาชีพ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและมีการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง แสดงออกด้านความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยหรือการปฏิบัติ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

2. การปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานของหน่วยงาน เข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตน ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงาน

3. การสนับสนุนเป้าหมายของหน่วยงาน การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การสื่อสารร่วมกัน การร่วมแก้ปัญหาความขัดแย้งในหน่วยงาน ปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ มีความรับผิดชอบเรื่องการใช้งบประมาณ ปฏิบัติงานร่วมกับทีมอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

#### ความหมาย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) หมายถึง การลดความเสี่ยงทั้งระหว่างการไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาด้วยวิธีอื่นที่เกิดขึ้นจากอันตรายที่ไม่ควรเกิด ให้เกิดน้อยที่สุดบนพื้นฐานของทรัพยากร ความรู้ และบริบทที่เกี่ยวข้อง (ปิยวรรณ, 2557) ความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด คือ การที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปราศจากอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการรักษาหรือการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยตาย พิการ หรือเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นโดยมิได้คาดคิดมาก่อน เช่น การเกิดอุบัติเหตุหรือความผิดพลาดจากการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากการรักษาทำให้ต้องพักรักษาในสถานพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น (สายสมร, พรนภา, และสมพิศ, 2557)

#### ความสำคัญ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญ ดังนี้ (ปรัชญานันท์, 2562)

1. ความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่ต้องการ คือ การได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ให้บริการ จากรายงานสถิติการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 - พ.ศ.2559 พบคดีการฟ้องร้องทั้งสิ้น 499 คดี มากกว่าครึ่งสาเหตุเกิดจากการรักษาและวินิจฉัยที่ผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย รองลงมาคือ ไม่เอาใจใส่ แพทย์ รักษาผิดมาตรฐาน อุปกรณ์มีปัญหา ตามลำดับ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

2. ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดกับผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานเสียขวัญกำลังใจ และหน่วยงานเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง จากสถิติพบแนวโน้มในการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์สูงขึ้น (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบปีละประมาณ 7 ล้านครั้งต่อการผ่าตัดมากกว่า 234 ล้านครั้ง และพบว่าภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดจากความผิดพลาดจากการทำงานร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดมากกว่าเทคนิคการผ่าตัด (Weiser et al., 2008) ทั้งหมดล้วนเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ (อนุชา, 2556) การที่ระบบบริการสุขภาพมีการจัดการด้านความปลอดภัยสามารถลดอัตราการเกิดความผิดพลาด มีแนวทางในการป้องกันและจัดการเมื่อเกิดความผิดพลาด เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน (จุฬารัตน์ และ ณิชกานต์, 2560) ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการลดอัตราการฟ้องร้อง ไม่เกิดความสูญเสียที่เกิดจากความผิดพลาด

3. ความสำคัญต่อสถานพยาบาล การที่ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลนั้นได้รับการยอมรับ ได้รับความไว้วางใจ หากเกิดความผิดพลาดบ่อยจะส่งผลให้ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในสถานพยาบาลลดลง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยลดลงกระทบต่อรายได้และสถานภาพของสถานพยาบาลนั้น

4. ความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล หากมีความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องได้ ปัจจุบันจำนวนการฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพจากสาเหตุความไม่ปลอดภัยระหว่างการรักษาพยาบาลมีเพิ่มขึ้น (ปิยวรรณ, 2557) ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไม่ไว้วางใจ

5. ความสำคัญต่อประเทศชาติโดยรวม ในกรณีที่เกิดอันตรายจากการรักษาพยาบาลและนำไปสู่ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ถือเป็นภาระสูญเสียด้านเศรษฐกิจ (Vincent, 2010) ในขณะเดียวกันหากเหตุการณ์นำไปสู่การฟ้องร้อง สถานบริการของรัฐบาลหรือเอกชนมีโอกาสที่จะต้องเสียค่าสินไหมทดแทนในวงเงินที่สูง ส่งผลถึงภาพลักษณ์ที่ไม่ดีในระบบสุขภาพของประเทศ



## ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดตามแนวคิดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในสถานพยาบาล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการด้านสุขภาพเป็นแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือ SIMPLE ซึ่งมีการกำหนดความหมายตามตัวย่อ (สรพ., 2561) โดยแนวทางปฏิบัติในห้องผ่าตัด คือ

S (safe surgery) คือ มาตรฐานความปลอดภัยในการผ่าตัดตั้งแต่กระบวนการในทีมผ่าตัดตลอดไปจนถึงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

### S 1: Safe Surgery and Invasive Procedure

S 1.1: Surgical Safety Checklist คือ เครื่องมือในการสื่อสารสำหรับตรวจสอบและประเมินความพร้อมให้เกิดความมั่นใจ ความพร้อม ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ลดข้อผิดพลาด ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการผ่าตัดโดยนำหลักคิดจากองค์การอนามัยโลกซึ่งพบว่า การตรวจสอบดังกล่าวสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายหรือข้อผิดพลาดที่เกิดจากกระบวนการผ่าตัดได้ (WHO, 2008)

การดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสามารถปรับให้สอดคล้องกับการทำงานตามความเหมาะสม (สรพ., 2561) และต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมผ่าตัด (ประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ดำเนินการร่วมทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาลในทุกกระบวนการตรวจสอบ (WHO, 2008)

S 1.2: Surgical Site Infection (SSI) Prevention คือ การป้องกันและลดการติดเชื้อที่เกิดขึ้นบริเวณผ่าตัดตั้งแต่ในระดับต้นไปจนถึงระดับลึก เช่น ชั้นกล้ามเนื้อ หรือ อวัยวะภายใน โดยการติดเชื้อนี้จะเกิดขึ้นภายใน 30-90 วันหลังจากการผ่าตัดตามตำแหน่งที่ติดเชื้อ และ 1 ปีหลังการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เทียมเข้าไปในร่างกาย ภาวะการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดเป็นภาวะที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ แนวทางในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดจะประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด (preoperative period) เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยโดยการอาบน้ำชำระร่างกายด้วยสบู่ 1 วันก่อนการผ่าตัดเพื่อลดปริมาณแบคทีเรียโดยเฉพาะในบริเวณที่ผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดจากการผ่าตัดโดยแนะนำให้ก่อนลงมีด 30-120 นาที ขึ้นอยู่กับค่าครึ่งชีวิตของยาแต่ละชนิด (Bratzler et al., 2013) เพื่อให้ยามีระดับความเข้มข้นที่พอดีในขณะที่ลงมีดหรือก่อนที่จะเกิดการปนเปื้อนเชื้อ ในการผ่าตัดลำไส้ต้องมีการเตรียมลำไส้โดยการทำความสะอาด ลดปริมาณอุจจาระในลำไส้ ชนิดยาปฏิชีวนะที่ให้

ต้องมีคุณสมบัติดูดซึมผ่านลำไส้เล็กน้อยเพื่อให้ความเข้มข้นของยาในเลือดสูง การกำจัดขุ่นให้ทำเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้นเพื่อลดการบาดเจ็บจากการโกน (Tanner, Norrie & Melen, 2011) ทำความสะอาดล้างมือด้วยน้ำยาหรือสบู่ฆ่าเชื้อเพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและเชื้อโรค (WHO, 2009) ก่อนการใส่ถุงมือเพื่อลดการปนเปื้อนให้น้อยที่สุดหากถุงมือรั่วหรือฉีกขาด

2. ระยะระหว่างการผ่าตัด (intraoperative period) มีการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ภาวะขาดสารอาหารจะส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อหลังการผ่าตัดได้สูง (Diaz and Becker, 2010) ระยะเวลาในการฟื้นตัวช้า จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมก่อนการผ่าตัด การควบคุมระดับของออกซิเจนให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานขณะที่ผ่าตัดตั้งแต่ดมยาสลบจนกระทั่ง 2-6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มีรายงานพบว่าสามารถลดการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัดได้ การควบคุมระดับอุณหภูมิให้มากกว่า 36 องศาเซลเซียส (Torossian, 2008) ควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย การใช้ผ้าปูปราศจากเชื้อคลุมร่างกายให้เหลือเฉพาะส่วนที่ทำการผ่าตัดและให้มีการใส่กาวนุ้มนิ้วมือ ผ้าปิดปากเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ (Rutala and Weber, 2001) การปิดแผลด้วยแรงดันลบในแผลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น แผลเปิดหน้าท้องที่ปิดไม่ได้ แผลกระดูกหักชนิดแผลเปิด เป็นต้น นวัตกรรมไหมเย็บแผลที่มีการเคลือบด้วยสารฆ่าเชื้อบนผิวของไหมเย็บ

3. ระยะหลังการผ่าตัด (postoperative period) การไม่ให้ยาฆ่าเชื้อซ้ำหลังผ่าตัด เชื่อว่าการได้รับก่อนการผ่าตัดถือว่าเพียงพอแล้วเพราะหากให้ต่อเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดการดื้อยาได้ แต่ในกรณีที่ระยะเวลาในการผ่าตัดนานสามารถให้ซ้ำได้ในระหว่างที่ผ่าตัดหรือในกรณีที่ผู้ป่วยต้องคาสายระบาย (drain) มีคำแนะนำว่าควรให้ยาฆ่าเชื้อจนกว่าจะนำสายระบายออกไม่ให้เปิดแผลก่อน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ยกเว้นในกรณีที่มีการปนเปื้อนมากเพราะเชื่อว่าการเปิดแผลจะเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคได้มาก (Owen et al., 2015)

นอกจากนี้การรักษาความสะอาดของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดสามารถลดการติดเชื้อจากการผ่าตัดได้ ห้องผ่าตัดจึงต้องมีการทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ก่อนเริ่มการผ่าตัดและหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด (Health Technical Memorandum, 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะการติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยแผลติดเชื้อ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น ต้องมีการทำความสะอาดห้อง วางเครื่องฟอกอากาศเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่น

S1.3: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) คือ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล โดยนำขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้กับผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัดเพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมที่สุดตามศักยภาพและทรัพยากรที่มี และให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

S1.4: Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis คือ การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ฉับพลันและรุนแรงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (WHO, 2016) โดยในกระบวนการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ศัลยแพทย์ต้องประเมินความเสี่ยงและสื่อสารให้ทีมผ่าตัดทราบถึงความเสี่ยงและร่วมกันวางแผนการดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าว

S2: Safe Anesthesia คือ ความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โดยมีคำแนะนำตามราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ดังนี้

1. สนับสนุนให้มีวิสัญญีแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อให้ดูแลผู้ป่วย ASA PS III-V
2. สนับสนุนให้วิสัญญีพยาบาลได้มีโอกาสปฏิบัติการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 50 รายต่อปี
3. การมีแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก
  - 3.1 มาตรการการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉพาะอย่าง เช่น การป้องกันการสำลักจากการคลื่นไส้อาเจียน
  - 3.2 มาตรการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ ได้แก่ การจัดทีมบุคลากรให้มีความพร้อมในเรื่องสถานะและความเชี่ยวชาญ มีการประเมินความเสี่ยงทั้งทางด้านวิสัญญีและทางด้านศัลยกรรมในกรณีที่มีการใช้เทคนิคใหม่ การประเมินและการวางแผนร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือได้รับยาบางอย่าง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในการให้ความยินยอมในการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการเลื่อน/หลุดของสายต่างๆ การร่วมกันระบุตัวผู้ป่วยในทีมผ่าตัด เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก
  4. แนวทางการจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด สถานการณ์ฉุกเฉิน มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผ่าตัด การมีสติขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่สามารถช่วยเหลือได้ มีการบันทึกเหตุการณ์เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการจัดการปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นอีก การติดตามดูแลสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
5. ผู้ที่จะให้ยากดระดับความรู้สึกในระดับที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะมาระดับหนึ่งเท่านั้น
6. ให้บริการทางวิสัญญีตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และในระดับนานาชาติ

S3: Safe Operating Room ความปลอดภัยในห้องผ่าตัด

S3.1: Safe environment คือ การวางนโยบายและการปฏิบัติที่ทำให้มั่นใจในเรื่องความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ทั้งการจัดอบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงานเรื่องความปลอดภัย

การวางระบบโครงสร้างตามมาตรฐาน ระบบงานให้มีความปลอดภัย ตรวจสอบประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์จากสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด วิเคราะห์หาสาเหตุ กำหนดแนวทางการแก้ไขอย่างเป็นระบบเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือมีแนวโน้มเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AORN, 2017)

S3.2: Safe Surgical Instrument and Device คือ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อจากกระบวนการผ่าตัด โดยกำหนดนโยบายให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญ

S3.3: Safe Surgical Care Process คือ กระบวนการดูแลตามมาตรฐานครอบคลุมตลอดกระบวนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย (AORN, 2017)

การดำเนินการตามหลักความปลอดภัยในห้องผ่าตัดตามแนวทางของ S : Safe surgery จาก SIMPLE ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกจะประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 10 ประการ (อนุวัฒน์, 2012)

1. การผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง เป็นกระบวนการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วย ทั้งตัวบุคคล ตำแหน่ง และบริเวณที่จะทำการ การทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ถูกต้อง การขอเวลานอกในการร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด เป็นขั้นตอนที่อยู่ในระดับจำเป็นต้องทำสำหรับผู้ป่วยทุกคน

2. การป้องกันอันตรายจากการระงับความรู้สึก ได้แก่ การได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญ ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะ การติดตามระดับออกซิเจน การหายใจ การไหลเวียนเลือด การวัดอุณหภูมิร่างกาย มีการประเมินระดับความรู้สึกของการระงับความรู้สึกอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. การเตรียมการและการดูแลทางเดินหายใจ ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ การวางแผนและเตรียมพร้อมรับมือเมื่อพบสภาวะการติดขัดทางเดินหายใจ การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม การดูแลให้อาหารก่อนได้รับการระงับความรู้สึก การบันทึกและประเมินผลตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก เป็นต้น

4. การเตรียมการสำหรับการเสียเลือด ได้แก่ การเตรียม intravenous access ที่เหมาะสม หากมีระดับความเสี่ยงในการที่จะสูญเสียเลือดสูง การยืนยันความพร้อมของเลือดหากจำเป็นต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน

5. การป้องกันการแพ้ยา มีการทำความเข้าใจด้านเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของยาที่จะใช้กับผู้ป่วย การเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การซักประวัติให้ได้ซึ่งประวัติที่ถูกต้องในเรื่องการแพ้ยาหรือการแพ้ยาของผู้ป่วย มีระบบการจัดเก็บยาและการบันทึกข้อมูลที่ได้มาตรฐาน การหลีกเลี่ยงบรรจุภัณฑ์ที่มีความคล้ายคลึงกัน ป้องกันความสับสนและผิดพลาดจากการหยิบยาผิด

6. การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การใช้ยาฆ่าเชื้อหรือยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนการลงมีด การปรับขนาดยาให้มีความเหมาะสมในกรณีที่มีระยะเวลาในการผ่าตัดนาน กระบวนการทำงานที่ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด การได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ อุณหภูมิร่างกายที่ปกติ การใช้ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมในการเตรียมผิวหนังให้สะอาดก่อนการลงมีด การดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีระบบการถ่ายเทอากาศที่ดี ผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมและความรู้ที่เหมาะสม เป็นต้น

7. การป้องกันการลื่นเครื่องมือและผ้าซับโลหิตในร่างกายผู้ป่วย ต้องมีกระบวนการในการนับเครื่องมือ อุปกรณ์ทุกอย่าง เช่น เข็ม ของมีคม ที่เสี่ยงต่อการตกค้างในร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่มุ่งเริ่มต้นการผ่าตัด และนับตรวจสอบความครบถ้วนก่อนเย็บปิดชั้นผิวหนัง พร้อมทั้งมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อการสะดวกในการตรวจสอบ

8. การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ การเขียนชื่อผู้ป่วย ชื่อสิ่งส่งตรวจ ตำแหน่ง ประเภทของการส่งตรวจ พร้อมทั้งมีการยืนยันด้วยวาจาจากอีกบุคคลหนึ่งและแพทย์ผู้ส่งตรวจเสมอ

9. การสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญ ทีมผ่าตัดต้องมีความเข้าใจที่ตรงกัน เป้าหมายและแนวทางที่มีร่วมกัน โอกาส ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ภายในทีมได้มีการเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

10. การเฝ้าระวังศักยภาพ ปริมาณ และผลลัพธ์ของการผ่าตัดในระบบสาธารณสุข ได้แก่ การติดตามข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังทางศัลยกรรม เช่น จำนวนห้องผ่าตัด ชนิดหรือรูปแบบของการผ่าตัด จำนวนบุคลากรในทีมผ่าตัด อัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากทีมผ่าตัด เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการ

เป้าหมายความปลอดภัยโดยใช้กรอบ SIMPLE เป็นเครื่องมือที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่ว่าจะบทบาทการทำงานจะอยู่ตำแหน่งหน้าที่ไหนก็สามารถที่จะนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบทบาทของตนได้ เช่นเดียวกับงานในห้องผ่าตัด ควรนำหลักการของการป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การดูแลความปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้รับการระบุความรู้สึกมาใช้ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้หลักของความปลอดภัยไม่ใช่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามแม้จะมีแนวทางในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจน แต่ยังคงพบข้อผิดพลาดในห้องผ่าตัดที่กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของการหาข้อผิดพลาดดังกล่าวว่าสามารถเกิดจากสาเหตุใดได้บ้าง และพบว่าข้อผิดพลาดในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่าการขาดทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ (Yule et al., 2006) โดยความผิดพลาดส่วนใหญ่จะเกิดจากการขาดความตระหนักรู้ในสถานการณ์นำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย รองลงมาคือการขาดทักษะการ

สื่อสารระหว่างทีม จึงเป็นที่มาของความสำคัญในการศึกษาเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในพยาบาลห้องผ่าตัด

### **ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills)**

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ หรือ non-technical skills เป็นส่วนหนึ่งของทักษะทั่วไป (general skills) ทักษะชีวิต (generic/life skills) ทักษะที่ไม่ได้จำเพาะในตำแหน่งงานหรือบริบทสิ่งแวดล้อมการทำงานนั้น (Ahmad et al., 2011) แต่สามารถนำไปใช้ได้ในทุกงานหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Zubaidah et al., 2006) แต่แต่ละบุคคลจะมีทักษะนี้แตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของบุคคล ในด้านการสื่อสาร การจัดการ ทักษะทางสังคม ประสบการณ์ที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ของบุคคลนั้น ตลอดจนถึงกระบวนการคิดซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (เกษณา, 2558) โดยทักษะดังกล่าวจะใช้ควบคู่กับทักษะวิชาชีพ (technical skills) ของแต่ละบุคคล (Flin, 2013) เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงาน หรือในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ได้ถูกกล่าวขึ้นครั้งแรกในวิชาชีพนักบิน ในชื่อของ การบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน (Crew resource management skills: CRM) ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในวิชาชีพนักบินประกอบด้วย การบริหารภาระงานเกิน (workload management) การตัดสินใจ (decision making) การสื่อสาร (communication) การร่วมมือ (coordination) การจัดการภาวะคุกคามและข้อผิดพลาด (threat and error management) พฤติกรรมความเป็นผู้นำและทีม (leadership and team behavior) การใช้เครื่องจักรแทนคน (automation) ความสามารถและข้อจำกัด (human performance and limitation) วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ความผิดพลาดจากมนุษย์ (human error) ภาวะเครียดและเหนื่อยล้า (stress and fatigue) การตระหนักรู้ (situation awareness) การตระหนักรู้ส่วนบุคคล (personality awareness) ความแน่วแน่ (assertiveness) ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม (cultural difference) การบริหารจัดการผู้โดยสาร (management of the passenger) ปัจจัยด้านมนุษย์ (human factors) การรายงานความปลอดภัย (cabin safety reporting)

### **ความหมายของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ**

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลและทักษะด้านสังคม (social and personal skills) เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะทางปัญญา (cognitive skills) เช่น การตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) โดยทักษะดังกล่าว

ทั้งหมดจะต้องควบคู่กับทักษะเฉพาะทาง (technical skills) และทักษะทางด้านคลินิก (clinical skills) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน จากการสำรวจพบความผิดพลาดในโรงพยาบาล พบ 70% ของเหตุการณ์เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (Anna et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าขณะนี้ยังไม่มีระบบการประเมินพฤติกรรม (behavioral rating system) สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด การระบุทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็น เป็นการพัฒนาแนวคิดของ แอนทิสต์ (Anesthetists' non-technical skills : ANTs) และ โนทิสต์ (Non-technical skills for surgeon : NOTSS) เกิดเป็น สปรินซ์ (Scrub practitioners' intraoperative non-technical skills : SPLINTS) (Flin, 2013) แม้เครื่องมือทั้งสามตัวจะมีผลรายงานว่าสามารถพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ของศัลยแพทย์ วิทยุแพทย์และพยาบาลได้ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนว่าเครื่องมือดังกล่าวจะทำให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วย (Uramatsu et al., 2017)

สปลินซ์ (SPLINTS) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด (พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลรอบนอก) โดยเริ่มต้นที่ประเทศสกอตแลนด์ และมีการพัฒนาต่อไปยังประเทศอื่นๆ (Anna et al., 2014) ซึ่งประกอบด้วย 3 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การรับรู้และทำความเข้าใจข้อมูล และการคาดการณ์ล่วงหน้า 2) ทักษะการสื่อสารและทำงานเป็นทีม (communication and teamwork) ประกอบด้วย การแสดงออกอย่างตั้งใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการประสานงานกับผู้อื่น 3) ทักษะการจัดการงาน (task management) ประกอบด้วย การวางแผนและการเตรียม การให้บริการและการรักษามาตรฐาน การรับมือภาวะกดดัน (Flin, 2013) ส่วนทักษะอื่น เช่น ทักษะภาวะผู้นำ (leadership) และทักษะการตัดสินใจ (decision-making) ยังไม่มีงานวิจัยใดแสดงให้เห็นว่าเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็น สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด (Evelyn et al., 2014)

### พัฒนาการของการศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ

ภายหลังเหตุการณ์เครื่องบินตกที่รัฐโอเรกอนเมื่อปี ค.ศ. 1978 มีการกล่าวถึงความล้มเหลวของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ จากการวิเคราะห์เหตุการณ์ครั้งนั้นพบเชื้อเพลิงหมด และขณะที่นักบินกำลังตรวจสอบปัญหาการทำงานผิดพลาดของระบบการลงจอด เกิดความผิดพลาดในการรับข้อมูลจากกัปตันผู้ถูกเรือและความเข้าใจในสถานการณ์ของลูกเรือ ทำให้เกิดสถานการณ์เครื่องบินตก ต่อมาในปี 1979 องค์การสอบสวนอากาศยานอุบัติเหตุของกองทัพอากาศสหรัฐ หรือ (The US National Transportation Safety Board: NTSB) ได้มีการเรียกร้องให้มีการจัดหลักสูตร

สอนทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพภายในห้องคนขับให้แก่นักบิน โดยเนื้อหาจะเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล ความเป็นผู้นำ การตัดสินใจภายในห้องคนขับ การรับรู้จุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง การจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญอื่น เช่น จากลูกเรือ จากผู้โดยสาร ความขัดข้องทางเทคนิคอื่น เป็นต้น ปี ค.ศ.1981 หลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน หรือ Crew Resource Management Skills (CRM) จึงเริ่มถูกพูดถึงมากขึ้นในวงการนักบินและกลายเป็นหัวใจสำคัญในการเทรนนิ่งในวงการนักบิน ปี 1999 มีการนำ CRM ไปใช้ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง เช่น อุตสาหกรรมการนิวเคลียร์ เป็นต้น ปี ค.ศ.2010 มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ได้มีการนำ CRM มาปรับใช้ในการจัดการของวิสัญญีเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ

ในปี ค.ศ. 2004 และ ค.ศ. 2008 ได้มีการนำแนวคิดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ เข้าสู่ระบบสุขภาพด้านวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ ตามลำดับ หลังจากนั้นมีการวิจัยพัฒนาเพื่อให้ได้แนวทางการประเมินที่ชัดเจนในการประเมินทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ในบุคลากรอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (Flin, 2013) การพัฒนาปรับปรุงแนวคิดด้านการบินมาเป็นทางสุขภาพ มาจากหลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบินที่สร้างโปรแกรมการสอนการปฏิบัติงานเพื่อลดความผิดพลาดทางการบินที่เกิดจากบุคคล ด้วยรูปแบบหลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบินด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ไม่มีรูปแบบแนวทางที่จำเพาะ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับองค์กรอื่นได้หลากหลาย รวมถึงในระบบบริการสุขภาพด้วย (Flin, 2013)

### ความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมีความสำคัญต่อวิชาชีพนักบิน เพราะนักบิน คือ ผู้ที่มีหน้าที่บังคับอากาศยาน ผู้ควบคุมการบิน เพื่อการขนส่งโดยสารทั้งบุคคลหรือสิ่งของ เพื่อการรบหรือวัตถุประสงค์อื่นๆ ด้วยลักษณะของงานด้านการบิน เป็นงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยง การทำงานกับเทคโนโลยี ผู้ที่จะเป็นนักบินที่ดี (airmanship) ได้จึงต้องมีกระบวนการในการฝึกฝนทักษะทั้งศาสตร์ด้านการบินและศิลป์ด้านการดำรงชีวิต การตระหนักและมีจิตสำนึกด้านความปลอดภัย (คณินทร์ และรัตนพงษ์, 2557) การรู้จักศักยภาพตัวเองและทีม มีวิจารณญาณสามารถตัดสินใจได้เหมาะสมและถูกต้องในสถานการณ์ที่ผิดจากปกติ (ประจิตต์, ปิยะ, และสุวรรณ, 2551) ดังนั้นการเป็นนักบินที่ดีจำเป็นต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ ฝีมือ (proficiency) ประสบการณ์/ความชำนาญ (skill) วินัยในการบิน (discipline) ความรู้ (knowledge) (Tony, 1997) โดยความรู้จะครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้ตัวเอง อุปกรณ์ เครื่องบิน ผู้ร่วมทีม ตลอดจนสภาวะแวดล้อมขณะนั้น และความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดข้อผิดพลาดได้ตลอดเวลา



ด้วยลักษณะการทำงานของวิชาชีพนี้ ที่อยู่ภายใต้ภาวะความกดดันจากปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ (คินินท์ และรัตนพงษ์, 2557) เช่น สภาพแวดล้อม สภาพอากาศ ทักษะวิชาชีพ ความเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศ การทำงานบนอากาศที่ต้องเคลื่อนที่ตลอดเวลา เป็นต้น ปัจจัยที่พยายามจะควบคุมให้ได้ เช่น ความพร้อมของนักบิน ลูกเรือ เครื่องบิน เครื่องอำนวยความสะดวกทางอากาศที่ช่วยในการบิน (navigation aids) รวมไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด แนนอน สิ่งเหล่านี้จะต้องเปลี่ยนแปลงเมื่อเริ่มบินในแต่ละครั้ง นักบินทุกคนจึงต้องพยายามเสริมสร้างคุณสมบัติในการเป็นนักบินที่ดี (airmanship) ให้เร็วที่สุดและคงคุณสมบัตินี้ตลอดช่วงอายุการทำงาน ในปัจจุบันจึงมีการสอนหลักสูตรการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน (Crew Resource Management : CRM) หรือ ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในทุกประเทศทั่วโลก เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่ระบุในระเบียบการบินพลเรือน ปี พ.ศ.2553 ให้บังคับใช้หลักสูตรนี้กับผู้ประจำหน้าที่ในอากาศ (นักบิน ต้นหน นายช่างประจำอากาศยาน และพนักงานอำนวยความสะดวกการบิน) และพนักงานต้อนรับในอากาศยานทุกคน

### **ความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด**

จากการประมาณการผ่าตัดทั่วโลกมีประมาณ 234 ล้านครั้ง สำหรับการผ่าตัดใหญ่ พบเกิดภาวะแทรกซ้อน 7 ล้านครั้ง และอีก 1 ล้านครั้ง เสียชีวิต (Weiser et al., 2008) ค่าประมาณนี้รวมไปถึงการปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ การผ่าตัดเปลี่ยนตำแหน่งเนื้อเยื่อเพื่อจัดการกับการสูญเสียทางอุบัติเหตุ การผ่าตัดขนาดเล็ก (minimally-invasive surgery) การผ่าตัดส่องกล้อง การผ่าตัดโดยหุ่นยนต์และการผ่าตัดแบบเทคนิค Microsurgery การผ่าตัดดังก้าวล่วงเป็นการผ่าตัดที่ทีมผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีประสบการณ์สูงในแต่ละการผ่าตัดจึงจะสามารถทำให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จากค่าประมาณดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงไม่สามารถจะยืนยันได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับความปลอดภัยตลอดการผ่าตัดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการรายงานพบโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เสียชีวิต 44,000-98,000 คนต่อปี ต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ (Institute of Medicine, 1999) มีงานวิจัยในประเทศอังกฤษ พบว่าเกิดอันตรายจากความผิดพลาดทางการแพทย์มากกว่า 850,000 รายต่อปี (Vincent et al., 2001) มีอีกหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการมีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้

1. ความสำคัญต่อผลลัพธ์งานบริการห้องผ่าตัด มีการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมดตั้งแต่ปี 2010-2013 พบสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ถึง 34 ราย (คิดเป็น 46.6% ของการเสียชีวิตจากการผ่าตัด) การเสียชีวิตจากการขาดทักษะ

วิชาชีพพบเพียง 4 ราย จากการศึกษาครั้งนี้พบการเสียชีวิตเกิดจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจ และการทำงานเป็นทีมมากที่สุด และยังพบงานวิจัยที่รายงานการเสียชีวิตจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ถึง 112 รายจากการศึกษา 257 ราย (Uramatsu et al., 2017) จึงเป็นความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ที่จะต้องมีควบคู่กับการมีทักษะเฉพาะทางวิชาชีพของแต่ละสาขาที่เชี่ยวชาญ (technical skills) (Kang et al., 2014) ด้วยลักษณะของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ เป็นทักษะเฉพาะแต่ละบุคคล เกิดจากการฝึกฝน การสร้างสมประสบการณ์ บุคคลแต่ละคนจะมีการแสดงออกไม่เท่ากัน เป็นทักษะอิสระสามารถไปปรับใช้ได้ในทุกหน่วยงาน บุคคลที่มีทักษะนี้มากขึ้นทำให้มีทัศนคติด้านความปลอดภัยมากขึ้น (McCulloch et al., 2008) โดยเฉพาะลักษณะของพยาบาลที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัย เหตุการณ์ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จากบทบาทของพยาบาลที่ต้องสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัด เช่น การตระหนักว่าการผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกรานมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บระบบทางเดินปัสสาวะได้ จึงเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการซ่อมแซมระบบทางเดินปัสสาวะไว้พร้อมใช้งานหากเกิดการบาดเจ็บขึ้นมา ศัลยแพทย์สามารถขออุปกรณ์เพื่อผ่าตัดซ่อมแซมได้ทันที หรือการสังเกตและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อ ในเขตปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย เป็นต้น การมีทักษะที่รู้เท่าทันสถานการณ์ ทำให้ตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ทั้งในปัญหาที่เกิดขึ้นและยังไม่เกิดได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือหากเกิดความไม่ปลอดภัยก็สามารถควบคุมจัดการให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

2. ความสำคัญต่อสัมพันธภาพของผู้ปฏิบัติงาน เมื่อกล่าวถึงความปลอดภัยในการทำงาน ในระบบสุขภาพที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเกิดจากความล้มเหลวต่อเนื่องของระบบป้องกันความผิดพลาด (control layer) เมื่อเปรียบองค์กรเป็นดั่งแผ่นเนยแข็งที่มีรูกระจายตัวกระจายแตกต่างกันวางซ้อนกันหลายๆ แผ่นอย่างเป็นระเบียบ เมื่อเกิดความผิดพลาดมาจากรูโหว่เนยแข็งแผ่นแรกหรือระบบการควบคุมแรกไปเจอแผ่นเนยแข็งรูโหว่ที่สอง แต่รูโหว่ของแผ่นที่สองไม่ตรงกับแผ่นแรก ความผิดพลาดที่เกิดในแผ่นแรกจะไม่สามารถผ่านระบบควบคุมที่สองไปได้ แต่หากเมื่อใดที่รูโหว่เกิดตรงกันทั้งหมดหรือความหละหลวมเกิดขึ้นตรงกันในทุกหน่วยงาน ความผิดพลาดก็จะแสดงออกมาให้เห็น (trajectory of accident opportunity) ทฤษฎีนี้ได้ถูกกล่าวถึงในปี ค.ศ.2000 โดยริสัน (James T. Reason) เพื่อใช้อธิบายความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในระดับองค์กร การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ดีส่งผลให้

การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดข้อผิดพลาดจากทำงาน

3. ความสำคัญต่อบรรยากาศองค์กร เกิดองค์กรที่น่าอยู่ มีความไว้วางใจต่อกัน รับผิดชอบหน้าที่ตนเองและเคารพบทบาทหน้าที่ของผู้อื่น มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

### **ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพกับความปลอดภัยผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ**

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญสูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย หนทางที่จะนำไปสู่ความปลอดภัยไม่ได้มีแค่ในเรื่องของความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเท่านั้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นร่วมด้วยโดยเฉพาะปัจจัยด้านมนุษย์ (Panesar, Carson & Salvilla, 2014) ความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์เป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด เมื่อก้าวถึงความผิดพลาดที่เกิดในห้องผ่าตัดพบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ (Rogers et al., 2006) เช่น การสื่อสารผิดพลาด การไม่สื่อสารภายในทีม การไม่ได้ตระหนักถึงสถานการณ์ความเสี่ยงจนทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ตลอดจนความเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ความผิดพลาดเหล่านี้คือผลของการขาดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพโดยส่วนใหญ่ความเชี่ยวชาญในด้านเทคนิคหรือทักษะวิชาชีพเกิดจากการได้เรียนรู้และการฝึกฝนปฏิบัติบ่อยๆ เมื่อมีการฝึกฝนจนชำนาญจะไม่ทำให้เกิดความผิดพลาด แต่ที่ยังพบข้อผิดพลาดเชื่อว่าเกิดจากการขาดการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ดี (Flin, 2013)

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นทักษะที่มีความเฉพาะแต่ละบุคคล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลและลักษณะบุคลิกของบุคคลนั้น กล่าวได้ว่าการแสดงออกทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม นโยบายหน่วยงาน ผู้ร่วมทีม ลักษณะผู้ป่วย เป็นต้น (Kang, Massey & Gillespie, 2015) ความแตกต่างของปัจจัยทั้งสองจะหล่อหลอมให้บุคคลแสดงออกทางด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในห้องผ่าตัดที่ต่างกัน

### **ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในวิชาชีพต่างๆ**

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นทักษะส่วนบุคคล เกิดจากการสร้างสม พัฒนาตามประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคล ทำให้แต่ละบุคคลมีการแสดงทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่แตกต่างกัน รวมไปถึงบริบทของแต่ละวิชาชีพที่แตกต่างกันทำให้ทักษะนอกเหนือจากทักษะ

วิชาชีพที่จำเป็นของแต่ละวิชาชีพต่างกันไป จากการทบทวนวรรณกรรม พบทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพโดยทั่วไป มี 6 ทักษะดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) คือ การใช้ความรู้ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหรืออาจจะต้องเผชิญในอนาคต เพื่อให้เกิดการตัดสินใจว่าจะเลือกกระทำหรือไม่กระทำการใด ให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการในสถานการณ์นั้นๆ การตระหนักรู้ต่อสถานการณ์สามารถพบได้ในงานที่ต้องการความปลอดภัยสูง เช่น เครื่องบินอากาศยาน ธุรกิจการบิน การดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ เป็นต้น ทั้งนี้ได้มีการจัดระดับความตระหนักรู้ต่อสถานการณ์เป็น 3 ระดับ (Endsley, 1995) ได้แก่ ระดับของการรับรู้ (perception) เป็นขั้นตอนแรกของการตระหนักรู้ คือ การรับรู้ถึงสถานะ คุณลักษณะ สิ่งแวดล้อมที่เกิดความเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้มักขึ้นอยู่กับประสบการณ์แต่ละคนที่เคยเผชิญ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในสถานการณ์นั้นย่อมตระหนักรู้ถึงเปลี่ยนแปลงได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ระดับของความเข้าใจ (comprehension) คือ เข้าใจในสถานการณ์ขณะนั้นว่าเกิดอะไร คืออะไร หรือเป็นอย่างไร ระดับของการฉายภาพ (projection) คือ การคาดการณ์ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น หรือการทำนายอนาคต ทั้งสามขั้นตอนจะนำไปสู่กลไกการตัดสินใจที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

การตระหนักรู้ในสถานการณ์ในเรื่องความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ถือเป็นทักษะสำคัญในห้องผ่าตัด ที่มีลักษณะงานที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของคน เพราะการตระหนักรู้คือ การรับรู้และเข้าใจ มีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าหากเกิดเช่นนี้ จะเป็นผลอย่างไรในอนาคต กล่าวได้ว่ากระบวนการตระหนักรู้ที่ดีจะช่วยลดหรือไม่เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เช่น การที่พยาบาลตระหนักรู้ว่าการไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยร่วมกับทีมผ่าตัดอาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาด เช่น การผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดคนได้ พยาบาลจึงเป็นผู้นำในการตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง หากไม่ได้ตรวจสอบร่วมกันจะขอพิทักษ์ในตัวผู้ป่วยโดยไม่ให้การผ่าตัด หรือการที่พยาบาลสามารถทำนายเหตุการณ์ได้ว่า การผ่าตัดก่อนเนื่องอกในสมองเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมากในระหว่างการผ่าตัดต้องมีการเตรียมอุปกรณ์การห้ามเลือดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อให้เวลาแพทย์ผ่าตัดขอใช้ สามารถส่งให้ได้ทันที เป็นต้น ดังนั้นทักษะการตระหนักรู้จึงเหมือนกรอบที่สำคัญในการที่จะให้แต่ละบุคคลสามารถปฏิบัติตนให้เกิดความปลอดภัย

2. ทักษะการตัดสินใจ/ แก้ปัญหา (decision making/ problem solving) หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากการไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยสามารถแบ่งทฤษฎีการตัดสินใจได้ 2 ประเภท คือ 1) ทฤษฎีบรรทัดฐาน ซึ่งจะคำนึงถึงแนวทางการตัดสินใจว่าจะทำอะไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามต้องการ กระบวนการตัดสินใจขึ้นอยู่กับวิจรรย์ญาณของแต่ละบุคคลทำให้การตัดสินใจในเรื่องเดียวกันจะมีความแตกต่างกันไป 2) ทฤษฎีพรรณนา เป็นกระบวนการตัดสินใจโดยไม่ใช้ความรู้สึกนึกคิดมากำหนด มุ่งเน้นการตัดสินใจที่อยู่บนหลักการและ

เหตุผลให้เกิดการยอมรับในทุกคน สรุปล การตัดสินใจ คือ ผลลัพธ์ของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผลในการเลือกแนวทางในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ทรัพยากร และบุคคล ณ ขณะนั้น อีกทั้งยังสามารถแบ่งชนิดของการตัดสินใจ ได้แก่ การตัดสินใจที่กำหนดไว้ล่วงหน้า หมายถึง การตัดสินใจที่เป็นไปตามระเบียบที่เคยปฏิบัติกันมาในสถานการณ์ที่แน่นอน และการตัดสินใจที่ไม่ได้กำหนดหรือไม่มีแบบอย่างล่วงหน้า จะเป็นการตัดสินใจที่ยากลำบากสำหรับผู้ตัดสินใจ เพราะเป็นเรื่องที่ไม่เคยเกิดมาก่อน (Simon, 1950) การตัดสินใจเป็นกระบวนการต่อการกระทำที่ตระหนักรู้ เมื่อตระหนักรู้แบบนี้จะต้องตัดสินใจอย่างไรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือตามที่ต้องการ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ บุคคล สภาพสิ่งแวดล้อม และลักษณะของสถานการณ์ที่เกิด (นิตยา, 2545) ซึ่งทั้งสามปัจจัยทำให้เกิดการแสดงออกด้านการตัดสินใจที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่คาดการณ์ได้ยาก เช่น ในหน่วยงานห้องผ่าตัด ที่บางสถานการณ์เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด การตัดสินใจที่รวดเร็ว จะทำให้เกิดแนวทางขึ้นในการกระทำตามสิ่งที่ได้ตัดสินใจไว้ได้ทันที การรอเวลาอาจทำให้เกิดการสูญเสียที่มากขึ้นได้ แต่ทั้งนี้การที่จะมีทักษะการตัดสินใจที่ฉับไวและปลอดภัยนั้น ต้องขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ และข้อจำกัดในบทบาทของบุคคลนั้นด้วย

3. ทักษะความเป็นผู้นำ (leadership) หมายถึง ความสามารถในการชักจูง ชี้นำ ทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์ให้บุคคลอื่นปฏิบัติตามให้ตามความต้องการของตนเอง มีการอธิบายถึงทฤษฎีหน้าที่ของภาวะผู้นำในลักษณะการปฏิบัติเชิงพฤติกรรมหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.1 พฤติกรรมผู้นำแบบเผด็จการ เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ยึดความเห็นของตนเองเป็นหลัก ความสัมพันธ์จะเป็นแบบผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นลักษณะการสื่อสารแบบทางเดียว ผลลัพธ์ที่ได้จะเกิดผลผลิตในงานสูง แต่ผู้ใต้บังคับบัญชาจะขาดแรงจูงใจและอิสระในการทำงาน ผู้นำลักษณะนี้เหมาะสมสำหรับในภาวะวิกฤติ หรือต้องตัดสินใจอย่างเร่งด่วน

3.2 ผู้นำแบบประชาธิปไตย เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญในผู้ใต้บังคับบัญชา เปิดโอกาสเสรีในการแสดงออกด้านความคิดเห็น เป็นผู้นำที่เสริมสร้างพลังอำนาจสนับสนุนให้คำปรึกษา ความสัมพันธ์จะเป็นแบบลักษณะผู้ร่วมงาน มีการสื่อสารแบบสองทาง

3.3 พฤติกรรมผู้นำแบบปล่อยตามสบาย หรือแบบเสรีนิยม เป็นลักษณะพฤติกรรมที่อนุญาตให้ผู้ตามมีอิสระในการทำอะไรได้ตามใจชอบ ไม่มีการติดตามหรือควบคุม จึงทำให้ผู้ตามไม่เกิดแรงจูงใจในการทำงาน แต่ในกรณีที่ผู้ตามมีความรับผิดชอบที่เพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของงานที่มีประสิทธิภาพสูงได้

3.4 พฤติกรรมของผู้นำมุงงาน (initiating structure) เป็นลักษณะของผู้นำที่กำหนดโครงสร้าง สร้างช่องทาง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในหน่วยงานได้สำเร็จ มีการนำศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ใต้บัญชาให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Fleishman, 1953: Robbins, 1996)

3.5 พฤติกรรมผู้นำแบบมุงสัมพันธ์/ มุงคน เป็นลักษณะของผู้นำที่ปฏิบัติต่อบุคคล

อื่นด้วยความเป็นมิตร ให้การสนับสนุน การเอาใจใส่ รับฟังความเห็น ให้การยอมรับนับถือ เพื่อให้ผู้อื่นมีความรู้สึกร่วมที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างเดียวกัน (Yukl, 1998: Fleishman, 1953)

3.6 พฤติกรรมผู้นำแบบมีส่วนร่วม เป็นลักษณะผู้นำที่มีพฤติกรรมที่ควบคุมการทำงานเป็นแบบรายกลุ่มมากกว่าแบบรายบุคคล มีการแสดงพฤติกรรมการสนับสนุนในด้านต่างๆ ชี้แนะให้ข้อเสนอแนะแนวทางที่สร้างสรรค์ เน้นการให้กลุ่มร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

กล่าวโดยสรุปแล้ว ผู้นำ คือ บุคคลที่คอยนำและขับเคลื่อนหน่วยงานไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยผู้นำต้องมีการแสดงออกด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในขณะนั้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการทำงาน

4. ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork) หมายถึง การประสานงาน การช่วยเหลือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในทีม การมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ (building blocks) มีลักษณะสำคัญ 11 ประการ (Woodcoch, 1989) ดังนี้

1. การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คือ การที่บุคคลภายในทีมมีจุดมุ่งหมายหรือต้องการผลลัพธ์ที่เหมือนกัน มีการวางวัตถุประสงค์หรือแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติให้ไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. การเปิดเผยและการเผชิญหน้ากันเพื่อแก้ปัญหา คือ มีการกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นต่อกันอย่างตรงไปตรงมา ช่วยกันแก้ปัญหาอย่างจริงจัง เชื่อถือกันและกัน เข้าใจในพฤติกรรมทัศนคติของผู้อื่น

3. การสนับสนุนความไว้วางใจต่อกัน คือ การสนับสนุนบุคคลภายในทีมในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ท้าทาย โดยมีความเชื่อทั้งตนเองและบุคคลในทีมว่าสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปได้

4. การร่วมมือและการใช้ความขัดแย้งในเชิงสร้างสรรค์ คือ กระบวนการที่บุคคลในทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างตรงไปตรงมา ใช้ปัญหาอุปสรรคในการร่วมการเรียนรู้และหาหนทางแก้ไขร่วมกัน

5. กระบวนการตัดสินใจและการทำงานที่ถูกต้อง บุคคลภายในทีมต้องมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางหรือกฎระเบียบที่ใช้ในการตัดสินใจ เพื่อเป็นแนวทางให้สามารถตัดสินใจให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

6. ภาวะผู้นำที่เหมาะสม คือ การผลัดเปลี่ยนกันเป็นผู้นำตามความสามารถและความเหมาะสมกับงาน เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรบุคคลให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดในการจัดการงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

7. การทบทวนแนวทางในการปฏิบัติงาน เป็นบทบาทของบุคคลภายในทีมร่วมกันใน

การเรียนรู้จากประสบการณ์นำมาปรับปรุงแนวทางการทำงานให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

8. การพัฒนาตนเอง เป็นแนวทางที่สำคัญในการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ
9. ความสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม บุคคลภายในทีมมีการสื่อสารหรือมีสัมพันธ์ที่ดี สามารถแสดงความคิดเห็นได้อิสระ เข้าใจในความต่างของบุคคลภายในทีม
10. การกำหนดบทบาทที่ชัดเจน เพื่อให้บุคคลในทีมสามารถรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ มีกรอบกำหนดที่ชัดเจนว่าสามารถทำอะไรได้บ้าง เพื่อไม่ให้เกิดข้อขัดแย้งหรือข้ามบทบาทหน้าที่ระหว่างกัน
11. การติดต่อสื่อสาร เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานเป็นทีม ที่ต้องมีการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน การขาดการสื่อสารที่ดี จะทำให้เกิดความผิดพลาด ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ

กล่าวได้ว่าทีมที่มีประสิทธิภาพเกิดจากองค์ประกอบหลายอย่าง การสร้างทีมที่มีประสิทธิภาพจึงต้องใช้ความเข้าใจและความร่วมมือจากทุกคนภายในทีม เพื่อให้เกิดเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายเดียวกัน เช่นเดียวกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัดที่เกิดจากการร่วมมือกันในหลายทีม โดยทุกทีมมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด หากในทีมมีความขัดแย้ง ไม่รวมมือกัน หรือมีเป้าหมายที่ต่างกัน มีโอกาสเสี่ยงอย่างมากที่จะเกิดความผิดพลาดหรือความไม่ปลอดภัยในผู้ป่วย

4. ทักษะการสื่อสาร (communication) หมายถึง สิ่งที่แสดงออกหรือปรากฏออกมาทั้งทางสีหน้า ท่าทางและทางวาจา เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร การสื่อสารมีตั้งแต่การสื่อสารทางเดียว โดยเป็นลักษณะการมีผู้ส่งสารแต่ผู้รับสารไม่สามารถตอบสนองกลับได้ทันที แต่สามารถส่งข้อมูลย้อนกลับในภายหลังได้ และการสื่อสารในแบบสองทาง ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีการตอบสนองกลับทันทีมายังผู้ส่งสาร มีการผลัดเปลี่ยนเป็นทั้งผู้รับสารและผู้ส่งสาร การสื่อสารที่ดีขึ้นกับลักษณะของผู้สื่อสาร ได้แก่ 1) ทักษะในการสื่อสาร เจตคติหรือการสื่อสารจากความรู้สึกภายใน 2) ความรู้ ผู้ที่ส่งสารต้องมีความรู้ สามารถเลือกวิธี แนวทางในการจะส่งสารได้อย่างเหมาะสม 3) สังคมและวัฒนธรรม ต้องแปรตามความเหมาะสมของคนในสังคมและอื่นๆ เช่น บุคลิกภาพ น้ำเสียง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งและผู้รับสาร

5. ทักษะการจัดการความเครียดและความเหนื่อยล้า (managing stress and fatigue) หมายถึง การมีเทคนิคหรือแนวทางจัดการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อเผชิญกับสภาวะกดดัน ความเครียด หรือการจัดการกับความเหนื่อยล้า เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดระหว่างการทำงานและเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร (ชนกานต์, 2556) สุดท้ายเกิดเป็นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ (วิโรจน์, 2542) การจัดการกับปัญหาความเครียดและความเหนื่อยล้าเป็นส่วนหนึ่งของทักษะการจัดการในการแสดงให้เห็นถึงการวิเคราะห์ตนเองเพื่อให้เกิดแนว

ทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการพิจารณาอะไรคือปัญหา จะมีแนวทางเผชิญหรือแก้ไขได้อย่างไร การมีแนวทางการจัดการ (management) ที่ดีช่วยให้ระบบงานมีความชัดเจน ง่ายในการปฏิบัติ ได้ผลที่ชัดเจนและแน่นอนผลลัพธ์ได้ตามคาดหวัง เช่น งานห้องผ่าตัด หากมีการจัดการที่ดีจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในเรื่องความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills) ดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพโดยทั่วไป ซึ่งในแต่ละวิชาชีพจะมีทักษะแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของอาชีพนั้นๆ เช่น วิชาชีพนักบิน ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการกับสภาวะงานที่มาก ทักษะในการสร้างทีมที่เข้มแข็ง ต่างกับศัลยแพทย์ ที่ต้องมีความเป็นผู้นำและทักษะการทำงานเป็นทีม เพิ่มขึ้น เป็นต้น แม้แต่วิชาชีพจะมีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่แตกต่างกันแต่ทุกวิชาชีพย่อมมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย

### ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดมีการศึกษาในหลายประเทศ ทั้งจากการสัมภาษณ์ การสอบถามจากพยาบาลห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์/ พยาบาล จนเกิดเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดในต่างประเทศและจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งจากหนังสือและเอกสารงานวิจัยพบทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดที่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทักษะการสื่อสาร (communication) คือ กระบวนการติดต่อของคนในองค์กรหรือหน่วยงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลในรูปแบบต่างๆ การสื่อสารถือเป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคล (แพรมาลา, 2559) ทักษะการสื่อสารระหว่างทีมศัลยแพทย์และพยาบาล มีความจำเป็นต่อประสิทธิภาพการทำงานในห้องผ่าตัด (Sexton et al.,2000; Awad et al., 2005; Mills et al., 2008; Flin, 2013)

2. ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork) คือ การทำงานของบุคคลหลายคน หรือหลายกลุ่ม ร่วมกันทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม มีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดี ช่วยเหลือกันทั้งระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือกับพยาบาลรอบนอก และระหว่างพยาบาลกับทีมผ่าตัด (Makery et al., 2006; Flin et al., 2006; Mills et al., 2008; Prati & Piertrantoni, 2013; Flin, 2013)

3. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) คือ การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีการใช้ความรู้ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหรืออาจจะต้อง



เผชิญในอนาคต เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ว่าจะเลือกกระทำหรือไม่กระทำการใดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด (Wauben et al., 2011; Flin, 2013)

4. ทักษะการตัดสินใจ (decision making) พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีกระบวนการการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ ที่รวดเร็วทั้งในสถานการณ์ที่ปกติหรือในสถานการณ์ฉุกเฉิน บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ในการกระทำหรือการพูดเพื่อให้ข้อมูลแพทย์ผ่าตัด กรณีที่แพทย์ผ่าตัดอาจหลงลืม หรือกระทำบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (Gillespie et al., 2013)

5. ทักษะความเป็นผู้นำ (leadership) พยาบาลห้องผ่าตัดผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ต้องเป็นผู้นำให้แก่พยาบาลระดับฝึกหัด ทั้งในด้านการเป็นผู้นำด้านการตัดสินใจแทน กรณีที่พยาบาลฝึกหัดไม่สามารถตัดสินใจเองในขณะนั้นได้ รวมถึงศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อยต้องการคำแนะนำจากพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าในการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยังไม่เคยเผชิญมาก่อน (Gillespie et al., 2009; Evelyn et al., 2014)

6. ทักษะการจัดการงาน (task management) คือ ความสามารถในการวางแผนจัดการทั้งตนเอง การจัดการกับสถานะกดดัน ความเครียดและการบริหารงานทั้งงานตามบทบาทหน้าที่ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดทั้งมาตรฐานและความคุ้มค่าในด้านทรัพยากรและกำลังคน (Flin, 2013)

ผู้วิจัยได้สรุปทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ต้องการในพยาบาลห้องผ่าตัดจากการทบทวนวรรณกรรม ดังตาราง 1

ตาราง 1

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดจากการทบทวนวรรณกรรม

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ	Sexton (2000)	Awad (2005)	Flin (2006)	Makery (2006)	Mills (2008)	Wauben (2011)	Prati&Piertrantoni (2013)	Flin (2013)	Gillespie (2013)	Evelyn (2014)
ทักษะการสื่อสาร	√	√			√			√		
ทักษะการทำงานเป็นทีม			√	√	√		√	√		
ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์						√		√		
ทักษะการตัดสินใจ									√	
ทักษะความเป็นผู้นำ									√	√
ทักษะการจัดการงาน								√		

## วิธีการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค

### ความหมายและพัฒนาการ

เดลฟายเทคนิค (delphi technique) เป็นวิธีการวิจัยโดยการคาดการณ์ผลลัพธ์จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีการวางขั้นตอนและระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะตอบแบบสอบถามอย่างน้อยสองรอบหรือมากกว่า ในแต่ละรอบผู้วิจัยต้องนำความคิดเห็นที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตอบคำถามรอบต่อไปจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คือ มีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

การวิจัยเดลฟายเทคนิคเริ่มต้นครั้งแรกในหน่วยงาน Research and Development ในองค์กรวิจัยและพัฒนาเพื่อคาดการณ์ขีดความสามารถของเทคโนโลยีทางการทหาร ปี ค.ศ.1994 และถูกปิดเป็นความลับตลอด จนต่อมาในปี ค.ศ.1959 ได้มีการพัฒนาและเปิดเผยวิธีการที่ใช้ในการพยากรณ์ความรู้ จากการรวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยนักวิจัยสองคน คือ โอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และ นอร์แมน ดาลกี (Norman Dalkey) เพื่อแก้ปัญหาค่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการทหาร โดยตั้งชื่อโครงการว่า เดลฟาย ตามการเปรียบเปรยว่าวิธีการนี้คล้ายการพยากรณ์หรือการขอคำทำนายในเทวสถานจากเทพ อพอลโล เมืองเดลฟาย ประเทศกรีซ และพัฒนาจนเป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย (ชนิตา, 2551)

การวิจัยเดลฟายเทคนิคมีรูปแบบระเบียบวิธีที่ชัดเจน ก้าวหน้ามากขึ้นนับตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 โดยมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการตัดสินใจ การวางแผน การกำหนดนโยบายในหน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันวิธีวิจัยแบบเดลฟายได้รับความนิยมมากในนักวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ชัชวาลย์, 2553) ลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน โดยการรวบรวมความรู้ ข้อคิดเห็น (Alfred, 1973) ของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น เกิดเป็นข้อสรุปที่เห็นพ้องต้องกัน เป็นการทำนายเรื่องราวในอนาคต เพื่อลดผลกระทบจากการเผชิญหน้าในผู้เชี่ยวชาญในการให้คำตอบที่มีความสอดคล้องและถูกต้องที่สุด (Alex, 1970) ศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต (บุญใจ, 2553) ต้องการทราบความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นไปในทิศทางใด (ชนิตา, 2539) โดยสรุปความหมายของเดลฟายเทคนิค คือ กระบวนการในการรวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดเป็นข้อสรุปหรือมติที่ขอบตรงกันหรือเพื่อใช้ในการตัดสินใจเรื่องราวหรือแนวโน้มเหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคต ทั้งนี้เดลฟายเทคนิคต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ในการเปิดโอกาสผู้เชี่ยวชาญได้แสดงข้อคิดเห็นอย่างอิสระ ไม่มีการเผชิญหน้ากัน ปราศจากการชี้หน้าหรืออิทธิพลทางความคิดจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น และจะมีการ

ตรวจสอบข้อคิดเห็นซ้ำ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับในรอบต่อไปแก่ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทบทวนคำตอบของตนอีกครั้งหลังจากที่ทราบข้อคิดเห็นครั้งก่อนจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

### คุณลักษณะและองค์ประกอบที่สำคัญ

คุณลักษณะของการวิจัยแบบเดลฟาย คือ การศึกษาหาคำตอบความเป็นไปได้หรือแนวโน้มที่จะเกิดในอนาคต โดยเรื่องที่ศึกษาไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีหรือผลการศึกษาในอดีต แต่สามารถหาคำตอบได้โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อสรุปและแนวโน้มความเป็นไปได้อันจะเกิด ความถูกต้องจะมีความน่าเชื่อถือมากเพียงใดขึ้นอยู่กับวิธีการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาหรือไม่ และต้องไม่เปิดเผยว่าผู้เชี่ยวชาญท่านนี้ให้ข้อคิดเห็นอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดอิทธิพลขึ้นต่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจะเก็บอย่างน้อย 3 รอบเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องเชื่อถือได้ และผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมต้องตอบแบบสอบถามทุกขั้นตอน สุดท้ายจึงนำข้อสรุปนั้นมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเบื้องต้นในการแสดงให้เห็นถึงมติเสียงข้างมากที่สอดคล้องกัน (น้ำผึ้ง, 2559) แต่การวิจัยแบบเดลฟายเทคนิคมักประสบปัญหาในเรื่องเวลาที่ไม่ตรงกัน การเดินทาง งบประมาณ ในขั้นแรกในส่วนการระดมสมองหรือการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อได้มาซึ่งข้อมูลที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องอธิบายขั้นตอนการดำเนินการให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความร่วมมือจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

องค์ประกอบสำคัญในการทำวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริงและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล 2) ระยะเวลาในการดำเนินการที่เพียงพอ 3) แบบสอบถามที่ใช้ต้องมีการตรวจสอบว่ามีความเที่ยงตรง ชัดเจนและง่ายต่อการตอบ และ 4) ทีมวิจัยที่มีประสิทธิภาพ มีความละเอียดรอบคอบ มีการวางแผน รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Thiangchanya et al., 2008)

กระบวนการวิธีการวิจัย การกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือและจำนวนรอบที่เหมาะสมในการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค

### กระบวนการวิธีการวิจัย

กระบวนการในการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักดังนี้ (ชัชวาลย์, 2553)

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดข้อคำถาม หรือประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยสงสัยและต้องการใช้  
เดลฟายเทคนิคในการหาคำตอบ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดผู้เชี่ยวชาญโดยมีการพิจารณาถึงคุณสมบัติที่เหมาะสมกับ  
ประเด็นที่จะศึกษา แล้วเสนอรายชื่ออย่างน้อย 17 คนขึ้นไปเพื่อลดอัตราความคลาดเคลื่อนใน  
ประเด็นที่ศึกษา (Macmillan, 1981)

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล โดยจะแบ่งการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด  
3 รอบ หรือมากกว่า ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิดและแบบปลาย  
ปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีการทบทวนความคิดของตนเองได้อย่างอิสระมี  
ความมั่นใจในการแสดงคำตอบหรือความเห็น โดยแต่ละรอบจะมีรายละเอียด ดังนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดกรอบของประเด็นที่ศึกษา อาจได้มาจากการศึกษา  
เอกสารที่เกี่ยวข้องหรือการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแล้วนำมาสร้างเป็นกรอบสำหรับ  
แบบสอบถามในรอบแรก ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา รูปแบบของ  
แบบสอบถามรอบแรกอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ทางโทรศัพท์หรือทางไปรษณีย์ ทั้งนี้  
ขึ้นอยู่กับความสะดวกของทั้งสองฝ่าย คำตอบที่ได้ในรอบแรกจะนำมารวบรวมเป็นแบบสอบถามใน  
รอบที่สอง

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากรอบแรกในการสอบถามผู้เชี่ยวชาญมา  
รวบรวมเข้าด้วยกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน หรือตัดส่วนที่เกินจากรอบที่ศึกษา อาจมีการเรียบเรียงเป็น  
ข้อความใหม่แต่ยังคงไว้ซึ่งความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญ ข้อความที่ได้สุดท้ายจะนำมาเป็น  
แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งกำหนดเป็นสเกลตั้งแต่ 1-5 หรือ 1-6 ขึ้นอยู่กับประเด็นที่  
ศึกษา การประเมินค่าในแบบสอบถามรอบที่ 2 จะเน้นในการจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ หรือ  
ความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ บางครั้งอาจมีการทำนายลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคตด้วย

รอบที่ 3 แบบสอบถามเดิมหรือข้อคำถามที่เหมือนกันกับแบบสอบถามรอบ  
ที่ 2 แต่จะเพิ่มในส่วนของการให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อคิดเห็นของกลุ่ม โดยใช้การแสดงตำแหน่งของ  
ฐานนิยม หรือค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อคำถามแต่ละข้อ รวมทั้งการให้  
รายละเอียดตำแหน่งของคำตอบผู้เชี่ยวชาญคนนั้นที่ตอบในรอบที่ 2 และให้ทบทวนคำตอบอีกครั้งใน  
รอบที่ 3 ว่ายังคงไว้ซึ่งคำตอบเดิมหรือต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ ในกรณีที่คำตอบไม่พ้อง  
กับมติกลุ่มต้องให้เหตุผลประกอบ

รอบที่ 4 ลักษณะแบบเดียวกับรอบที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถามเหมือนกับ  
ในรอบที่ 2 แต่ส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนคำตอบของตนเองอีกรอบ แบบสอบถามในรอบนี้จะไม่  
ทำหากพบว่ามติมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15

ขั้นตอนที่ 4 การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเริ่มตั้งแต่การติดต่อ

ผู้เชี่ยวชาญในการให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย สิ่งที่ต้องระบุ คือ การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม ทุกรอบ การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์คำตอบจากรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เพื่อแสดงให้เห็นถึงตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ หากจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามแต่ละรอบลดลง เป็นจำนวนมาก ย่อมส่งผลกระทบต่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้

โดยสรุปแล้วขั้นตอนเดลฟายเทคนิค สามารถสรุปเป็นขั้นตอนใหญ่ได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหาที่ต้องการศึกษา ออกแบบและจัดส่งแบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงข้อคิดเห็นอย่างอิสระ วิเคราะห์คำตอบที่ได้จากการทำแบบสอบถามจนกว่ามติจะสอดคล้องกันโดยเสียงข้างมาก สรุปผล และเขียนรายงานวิจัย

### *การกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ*

ความตรงและความเที่ยงของเดลฟายเทคนิคขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เชี่ยวชาญและอัตราการเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สิ่งสำคัญของเดลฟายเทคนิค คือ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญมาตอบในประเด็นที่ศึกษา เพราะผลลัพธ์ของเดลฟายเทคนิค คือ คำตอบที่ได้จากการทบทวนให้แน่ชัดของผู้เชี่ยวชาญ หากผู้เชี่ยวชาญมีความมั่นใจในสิ่งที่ตอบจะนำไปสู่ความเที่ยงและความตรงของข้อมูล ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ดังนั้น หลักสำคัญของเดลฟายเทคนิค คือ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถามในเรื่องที่ต้องการศึกษา ผู้ที่จะมาเป็นผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นคนที่ยอมสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับมีความรู้ความสามารถในเรื่องที่ศึกษาจึงจะทำให้ผลสรุปที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ สำหรับจำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่ได้มีการกำหนดที่แน่นอน ถ้ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous group) จำนวน 10-15 คนถือว่าเพียงพอแล้ว แต่หากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความแตกต่างกันมากก็ให้เพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ตามการศึกษาของโทมัส ที แมคมิลแลน (Thomas, 1971) พบว่าหากมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก และจะเริ่มคงที่ คือ 0.02 โดยงานที่ศึกษาจะเกิดความน่าเชื่อถือและถูกต้องมากเพียงใด ขึ้นกับการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญว่ามีความสามารถ ความเชี่ยวชาญในงานที่ศึกษามากน้อยเพียงใด

### เครื่องมือและจำนวนรอบที่เหมาะสมในการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค

แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูลด้วยเดลฟายเทคนิค ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นทั้งคำถามปลายเปิดเพื่อรวบรวมแนวความคิดเห็นแบบกว้างของผู้เชี่ยวชาญ และคำถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ส่วนใหญ่แบบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยข้อคำถามปลายปิดที่ได้จะเกิดจากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามแบบปลายเปิดรอบก่อน (น้ำผึ้ง, 2559) แล้วจึงนำแบบสอบถามปลายปิดส่งให้ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นอีกจนกว่าจะได้มติเสียงข้างมากที่สอดคล้องกัน ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบจะใช้ค่าสถิติที่แสดงให้เห็นถึงมติข้างมากสามารถแบ่งออกได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ประกอบด้วยค่าสถิติ 2 ส่วน ได้แก่ 1) ค่าสถิติที่แสดงความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยมหรือค่าร้อยละ 2) ค่าสถิติที่แสดงการกระจายความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกันของข้อคิดเห็น เช่น ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ การแจกแจงความถี่หรือร้อยละในแต่ละกลุ่มคำตอบ เพื่อเป็นค่าสถิติที่แสดงถึงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบก่อนหน้า โดยจะแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องหรือแตกต่างของคำตอบและจะเปรียบเทียบให้เห็นถึงความต่างของข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนกับของกลุ่ม เป็นต้น

จำนวนรอบในการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับว่ามติที่ได้มีความสอดคล้องโดยเสียงข้างมากมากเท่าใด แต่ควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 2 รอบและไม่ควรเกิน 4 รอบ (Murry and Hammons, 1995) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้เกิดกระบวนการไตร่ตรองความเห็นของผู้เชี่ยวชาญผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งนักวิจัยจะไม่สามารถคาดการณ์จำนวนรอบที่แน่นอนได้ ทั้งนี้ขึ้นกับเรื่องที่ศึกษา

เกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องโดยเสียงข้างมากของผู้เชี่ยวชาญ มีการใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันไป มีการนำค่าสถิติที่ใช้วัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มาใช้ในการพิจารณา โดยจะกำหนดค่ามัธยฐานไว้ไม่น้อยกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ ไม่เกิน 1 และตรวจสอบด้วยสัมประสิทธิ์การกระจายซึ่งได้จากการนำค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหารด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนมากจะกำหนดให้มีค่ามากกว่า 0 แต่ไม่เกิน 1 จึงจะสามารถยุติกระบวนการวิจัยได้ (น้ำผึ้ง, 2559) อีกทั้งมีการใช้เกณฑ์ร้อยละ 66 หรือมากกว่า 2 ใน 3 ของจำนวนผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะต้องให้ค่าระดับ 4 ขึ้นไปจาก 5 ระดับ (Dobbins, 1999) หรือยอมรับในเกณฑ์ที่สอดคล้องกันอย่างน้อยร้อยละ 60 (Flanders, 1989)

### จุดเด่นและข้อจำกัด

การวิจัยโดยทั่วไปจะมีทั้งจุดเด่นและข้อจำกัด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยจะเลือกการวิจัยแบบใดให้เหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการศึกษา เช่นเดียวกับการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิคที่มีทั้งจุดเด่นและข้อจำกัด (น้ำผึ้ง, 2559) ซึ่งผู้วิจัยต้องศึกษาให้ละเอียดเพื่อให้งานวิจัยมีข้อสรุปที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด

จุดเด่น ได้แก่

1. กระบวนการวิจัยแบบเดลฟายเป็นการรวบรวมหาความสอดคล้องความเห็นผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องมีการพบปะหรือเผชิญหน้ากัน
2. การไม่ได้พบปะหรือเผชิญหน้ากันทำให้ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีอิทธิพลทางความคิดจากผู้อื่น
3. กระบวนการในการระดมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถทราบลำดับความสำคัญของข้อมูลและเหตุผลที่ได้จากการแสดงข้อคิดเห็นในแบบสอบถาม
4. ข้อมูลที่ได้จากเดลฟายเทคนิคมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างแท้จริง มีการย้อนถามคำถามเดิมหลายรอบเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

ส่วนข้อจำกัด ได้แก่

1. ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกหากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญหรือมีความสามารถในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง จะทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีความน่าเชื่อถือ
2. ผู้เชี่ยวชาญมีความเบื่อหน่ายและไม่เต็มใจในการตอบแบบสอบถามที่มีหลายรอบ
3. ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้รับแบบสอบถาม เกิดการสูญหายทำให้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้ครบแต่ละรอบเพิ่มขึ้น ขาดความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลเพราะผู้เชี่ยวชาญลืมคำตอบที่เคยตอบในรอบก่อนหน้า
4. ผู้วิจัยมีความลำเอียง ขาดความรอบคอบในการวิเคราะห์คำตอบในแต่ละรอบ

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายจำแนกได้ 2 รูปแบบ คือ 1) แบบดั้งเดิม (Traditional Delphi Technique) และ 2) แบบปรับปรุง (Modified Delphi Technique) ซึ่งรูปแบบปรับปรุงเกิดจาก

การพยายามในการลดเวลาเพื่อให้ได้มติที่สอดคล้องกันได้เร็วที่สุด เพราะแบบเดิมจะใช้เวลาเก็บข้อมูลรอบแรกโดยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้คิดอย่างอิสระ และกระทำซ้ำด้วยคำถามปลายปิดอีกหลายรอบทำให้เกิดความเบื่อหน่าย การตอบกลับน้อย และข้อมูลที่ได้ไม่มีความหลากหลาย จึงมีการคิดวิธีการในการให้ได้มาซึ่งคำตอบในเวลาอันสั้น รูปแบบวิธีการเก็บข้อมูลเดลฟายเทคนิคแบบปรับปรุง มีดังนี้

1. การระดมความคิดแทนการตอบแบบสอบถามแบบปลายเปิดในรอบแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมแนวความคิดจากกลุ่มบุคคลผู้เชี่ยวชาญมาจัดทำเป็นแบบสอบถามปลายปิดในรอบที่ 2 การมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการระดมความคิดจะทำให้มีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม เกิดแนวความคิดและช่วยลดเวลาในการรอแบบสอบถามคืนในรอบแรก

2. การสัมภาษณ์แทนการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรก เป็นเทคนิคที่เรียกว่า EDFR หรือ Ethnographic Delphi Futures Research โดยใช้ในการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ไม่จำกัดความคิดของผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีการชี้นำผู้เชี่ยวชาญเพื่อสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (จุมพล, 2535)

3. การประชุมแบบเดลฟาย (delphi conference) เป็นการเก็บข้อมูลในรูปแบบการประชุม โดยนำเสนอข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากการประชุมในลักษณะของแบบสอบถาม และให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความคิดเห็นของตนอีกครั้ง พร้อมให้มีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม วิธีการนี้ผู้วิจัยสามารถสังเกตพฤติกรรมผู้ให้ข้อมูลได้

4. เดลฟายที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน (computer-based Delphi) เป็นการรวบรวมข้อมูลผ่านทางคอมพิวเตอร์ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลจะสามารถเห็นข้อมูลที่สมาชิกคนอื่นได้ให้ความเห็นในกระบวนการ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่รวดเร็วและประหยัด ไม่ต้องอาศัยการสรุปหรือวิเคราะห์จากผู้วิจัยซึ่งอาจเกิดความลำเอียงได้

5. เดลฟายกลุ่ม (group Delphi) โดยการกำหนดผู้เชี่ยวชาญแล้วเชิญให้มามีส่วนร่วมในการประชุม แล้วส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปให้ก่อนการประชุม หลังจากนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะได้แบบสอบถามฉบับที่ 2 ก่อนหรือหลังการประชุม 3-4 ชั่วโมง เพื่อให้ตอบแบบสอบถาม โดยที่ต้องควบคุมไม่ให้เกิดการอภิปรายภายในกลุ่ม จากนั้นสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบสุดท้ายนำข้อที่มีความเห็นต่างกันมาพิจารณาร่วมกันแบบเผชิญหน้าเพื่อหาข้อสรุป

ดังนั้นผู้ที่ศึกษาต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการจะศึกษา โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1) กำหนดโครงสร้างผ่านเส้นทางการส่งผ่านข้อมูลหรือข้อคิดเห็น 2) การให้ข้อมูลย้อนกลับ 3) การไม่เปิดเผยข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ (น้ำผึ้ง, 2559) ซึ่งทั้งสามหลักการเป็นลักษณะเฉพาะของการวิจัยด้วยเดลฟายเทคนิค



## สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การจัดระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาตลอดจนการฟื้นฟูสภาพหลังภาวะความเจ็บป่วย การจัดบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อการบริการตามบทบาทหน้าที่ที่ต่างกัน ทำให้ใช้ทรัพยากรที่มีให้มีประสิทธิภาพและศักยภาพ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม หน่วยงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหนึ่งหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการผ่าตัด รักษาและวินิจฉัยโรคที่มีความซับซ้อน เฉพาะทางในสาขาต่างๆ และยังเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านวิชาการแก่นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต้องมีทั้งความรู้และความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานตลอดกระบวนการผ่าตัดลดความเสี่ยงหรือปราศจากเหตุการณ์ที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย จากรายงานที่แสดงให้เห็นว่าความผิดพลาดในกระบวนการผ่าตัดเกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่าทักษะทางวิชาชีพ และพบว่าการมีทักษะวิชาชีพควบคู่กับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ดีส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากกว่าการมีเพียงทักษะใดอย่างเดียว พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคคลสำคัญหลักของทีมผ่าตัดที่ช่วยขับเคลื่อนให้กระบวนการผ่าตัดสำเร็จลุล่วง ด้วยลักษณะของการทำงานร่วมกับทีม การที่พยาบาลมีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ดีจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีส่วนส่งเสริมหรือช่วยให้การแสดงทักษะออกมาได้ดีขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องประสบการณ์ในการทำงานทำให้เกิดการตระหนักในสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยได้ไวกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์การทำงาน ซึ่งประสบการณ์ต้องใช้ระยะเวลาจึงจะสามารถตัดสินใจได้ดี และไม่อาจมั่นใจได้ว่าผู้มีประสบการณ์การทำงานมากจะสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากกว่าผู้มีประสบการณ์น้อย พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพควบคู่ไปกับทักษะเฉพาะทางวิชาชีพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย โดยใช้การวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค (delphi technique) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและงานพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าในห้องผ่าตัดหรือสายงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดหรือร่วมงานกับพยาบาลห้องผ่าตัด 3) นักวิชาการทางการแพทย์/ พยาบาล ผู้มีความเชี่ยวชาญงานห้องผ่าตัดหรือด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพหรือด้านความปลอดภัย

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มโดยใช้เทคนิคการบอกต่อ (snowball technique) ในเทคนิคการบอกต่อคนถัดไปนั้น ผู้ที่แนะนำต้องขออนุญาตจากผู้เชี่ยวชาญที่ถูกอ้างชื่อก่อน ผู้วิจัยจึงสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญท่านต่อไปได้โดยตรง จนได้จำนวนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 27 คน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยทั้งสองกลุ่มเป็นผู้มีคุณสมบัติ มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับว่ามีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์งานด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ จำนวน 4 คนเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้มาซึ่งทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต้องมีของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ จำนวน 23 คน ดังนี้

1. ผู้บริหาร หมายถึง บุคคลที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้า หรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้า หรือสายงานห้องผ่าตัด เป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูงในงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเคยผ่านการอบรมด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และหรือการอบรมด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ตรวจการห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องผ่าตัด รองหัวหน้าห้องผ่าตัด รวม 8 คน

2. ผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง บุคคลผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป หรือเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือเคยผ่านการอบรมด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ หรือได้รับรางวัลและเป็นที่ยอมรับระดับโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวม 6 คน

3. นักวิชาการทางการแพทย์/ พยาบาล หมายถึง บุคคลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านงานห้องผ่าตัด หรือด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ หรือด้านความปลอดภัย ซึ่งมีวุฒิระดับปริญญาโทขึ้นไป ได้แก่ อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล รวม 9 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ช่วยพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนในการเลือก ดังนี้

1. ผู้วิจัยตั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญตามหลักเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ได้แก่ มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีวุฒิการศึกษา ระดับปริญญาโทขึ้นไป หรือผ่านการอบรมด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และหรือด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นต้น

2. ผู้วิจัยพิจารณาความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญตามจำนวนที่ต้องการ

3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง เพื่อขอความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในรอบที่ 1 และ 2) แบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าในรอบที่ 2 และ 3 ตามกระบวนการวิจัยตามเดลฟายเทคนิค

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญแต่ละด้านของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย

### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ จำนวน 4 คน ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีรูปแบบการสร้างแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้าแนวคิดเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด จากข้อมูล ตำรา วารสาร เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย เพื่อกำหนดเป็นกรอบแบบสัมภาษณ์ว่า ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย ควรมีกี่ด้าน แต่ละด้านมีอะไรบ้าง

2. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามแนวคิดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด มี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ในการทำงาน วุฒิการศึกษาและความเชี่ยวชาญเฉพาะ ให้ผู้เชี่ยวชาญกรอกรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลในการอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ

ตอนที่ 2 ข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ โดยข้อคำถามที่ใช้มีดังนี้

1. ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย ควรมีกี่ด้าน อะไรบ้าง

2. ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย แต่ละด้านมีอะไรบ้าง

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 คน มาวิเคราะห์เนื้อหาสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อคำถาม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าแต่ละด้าน มีข้อคำถามย่อยที่จำเป็นหรือสำคัญในระดับใด และมีข้อเสนอแนะปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยมีวิธีการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดหมวดหมู่โดยนำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน นำมาจัดหมวดหมู่ได้ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย จำนวน 51 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ มีข้อคำถามย่อยรวม 12 ข้อ 2) ทักษะการสื่อสาร มีข้อคำถามย่อยรวม 8 ข้อ 3) ทักษะการทำงานเป็นทีม มีข้อคำถามย่อยรวม 9 ข้อ 4) ทักษะการจัดการงาน มีข้อคำถามย่อยรวม 8 ข้อ 5) ทักษะความเป็นผู้นำ มีข้อคำถามย่อยรวม 7 ข้อ 6) ทักษะการตัดสินใจ มีข้อคำถามย่อยรวม 7 ข้อ

2. จัดทำแบบสอบถามเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ทั้งหมด 6 ด้าน ข้อย่อยแต่ละด้านรวม 51 ข้อ ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์					
1.1 สอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบความ ต้องการทั้งจากทีมผ่าตัดและผู้ป่วย เหตุผลข้อเสนอแนะ : .....					
.....					
6.7 เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของ การผ่าตัด เหตุผลและข้อเสนอแนะ : .....					

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่ม 2) แสดงความคิดเห็นว่า ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย แต่ละทักษะที่ต้องการให้มีอยู่ระดับใด ตั้งแต่ที่ต้องการให้มีในระดับมากที่สุด ปานกลาง น้อย จนถึงที่ต้องการให้มีในระดับน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

5 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับมาก

3 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับน้อย

1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับน้อยที่สุด

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของข้อความ

4. ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีความชัดเจน นำไปใช้เก็บข้อมูลในรอบที่ 2

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแบบสอบถามในรอบที่ 1 (ชุดที่ 1) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันคำตอบการให้ระดับความสำคัญ โดยมีการเพิ่มตำแหน่งคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและการตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตอบในแบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับนำมาใช้ประกอบการพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1. นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามชุดที่ 1 มาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อ

2. สรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามชุดที่ 1 วิเคราะห์ข้อเสนอแนะพิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ

3. สร้างแบบสอบถามจากข้อความเดิม แต่มีการปรับปรุงข้อความ รวมข้อความและเพิ่มข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตอบในแบบสอบถามชุดที่ 1 คือ

3.1 ปรับข้อความข้อคำถามย่อยด้านทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงาน ทักษะการตัดสินใจและทักษะความเป็นผู้นำ รวมทั้งสิ้น 7 ข้อ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าข้อความกำกวมไม่สามารถให้ระดับคะแนนได้ จึงปรับข้อความโดยยังคงไว้ในความหมายเดิม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถพิจารณาระดับคะแนนได้

3.2 การรวมข้อคำถามย่อยในกรณีที่คุณเชี่ยวชาญเห็นว่า เป็นข้อความที่สื่อความหมายเหมือนกันของด้านทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงาน ทักษะความเป็นผู้นำ

และทักษะการตัดสินใจ เหลือข้อคำถามย่อยรวม 45 ข้อ โดยแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเหมือนรอบที่ 1 แต่เพิ่มคำถาม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพแต่ละด้านยังคงเดิมคือ 6 ด้าน ส่วนข้อคำถามย่อยลดเหลือ 45 ข้อ

4. ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบและตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในแบบสอบถามชุดที่ 2 แสดงไว้ด้วยเครื่องหมายดังตัวอย่างต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน	ใช้สัญลักษณ์ $\Delta$
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ใช้สัญลักษณ์ $\leftrightarrow$
ตำแหน่งคำตอบในรอบที่ผ่านมา	ใช้สัญลักษณ์ $\blacksquare$

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์								
1.1 ใส่ใจข้อมูลต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	$\Delta$ $\leftrightarrow$ •					5	1	
1.2 ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	$\Delta$ $\leftrightarrow$ ▪					5	0	

โดยคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อนั้นหมายความว่า ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ต้องให้เหตุผล



ประกอบ แต่ถ้ำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ข้อคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของกลุ่ม ขอให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผลประกอบในข้อนี้

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปใช้ในการเก็บข้อมูลในรอบต่อไป จนกว่าข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจะมีความสอดคล้องกัน จึงถือว่าสิ้นสุดการวิจัย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบสอบถามปลายปิด โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

#### การหาความตรงของเนื้อหา

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีการหาความตรงของเนื้อหาในรอบที่ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำงานในห้องผ่าตัด 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือ 1 คน

2. แบบสอบถามปลายปิด ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ภายหลังจากนำผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาสกัดเป็นข้อความคำถามในแบบสอบถามปลายปิด มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

2.2 การหาความตรงจากแบบสอบถามปลายปิด ด้วยลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ที่รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้มีโอกาสในการปรับแก้ข้อมูลภาษาและตรวจสอบคำถามของตนเองหลายรอบ ซึ่งหมายถึงได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถาม (จุมพล, 2553) จึงสรุปได้ว่าในงานวิจัยนี้มีการหาความตรงของเนื้อหาในรอบที่ 2 โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ 23 คน

#### การหาความเที่ยง

การหาความเที่ยงของแบบสอบถามปลายปิด ดำเนินการโดย

1. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทุกชุดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมจากผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัย
2. การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ที่รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มากกว่า 1 รอบขึ้นไป ทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นเดิมซ้ำ ซึ่งหมายถึงได้ตรวจสอบความเที่ยงพร้อมกับการตอบแบบสอบถาม (Thiangchanya et al., 2008)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 จัดเตรียมโครงการวิจัย ศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย และการวิจัยด้วยเดลฟายเทคนิคโดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด กำหนดขั้นตอนการวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัย

##### 1.2 ผู้วิจัยร่วมพิจารณาความเหมาะสมผู้เชี่ยวชาญกับอาจารย์ที่ปรึกษา

1.3 ผู้วิจัยเสนอโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เอกสารข้อมูลโครงการวิจัยเสนอต่อศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาการดำเนินการทำวิจัยและพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

##### 2. ขั้นตอนการ

2.1 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยและการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามโครงการวิจัยโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะแบบสอบถามปลายเปิดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน แล้วนำไปสัมภาษณ์เก็บข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย จากผู้เชี่ยวชาญ 4 คน (กลุ่มที่ 1) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 เกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย สรุปการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 คน ใช้

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2561 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2561 ใช้เวลา  
การสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 55 นาที

2.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาจำแนกและจัดกลุ่ม จัดทำเป็น  
แบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ตนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1  
หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 2 รวมทั้งสิ้น 23 คน โดยใช้  
การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและเทคนิคการแนะนำแบบลูกโซ่จากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 ติดต่อ  
ผู้เชี่ยวชาญโดยการแนะนำตัวทางโทรศัพท์ อธิบายเหตุผลและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัย  
เดลฟายเทคนิคโดยสังเขป เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้เชี่ยวชาญยินดีเข้าร่วมวิจัยจึงขอ  
อนุญาตนัดหมายการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญ 11 คน การส่งเอกสารทางไปรษณีย์ 7 คน และทางจดหมาย  
อิเล็กทรอนิกส์ (email) 5 คน เพื่อชี้แจงรายละเอียด การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีการดำเนินการ  
งานวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญลงลายมือชื่อแสดงหลักฐานการยินยอมเข้าร่วม  
วิจัย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
ในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ (รหัสรับรอง PSU IRB 2018-Nst 035) และคณะแพทยศาสตร์ (รหัส  
รับรอง 62-014-19-6) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยนำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ  
การวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค และแบบสอบถามปลายปิดส่งแก่ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ตอบแบบสอบถาม  
โดยผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ และขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่ง  
แบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามและขออนุญาตทางถามทาง  
โทรศัพท์ในกรณีที่เกิดเวลาที่นัดหมาย เพื่อความสะดวกในการจัดส่งกลับผู้วิจัยได้เตรียมซองจดหมาย  
และผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัยแนบไปกับข้อความที่ส่งไป

2.3 ในแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญจะลงมติจัดลำดับความสำคัญของ  
แต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยให้ความหมายตามระดับความคิดเห็น กำหนด  
เป็นค่า 1-5 ซึ่งค่าตัวเลขยิ่งมากหมายถึงเป็นทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย  
ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยที่ต้องการให้มีมาก และแสดง  
ข้อคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของข้อความในแต่ละข้อในตอนท้าย และหากพบข้อความใด  
ไม่ชัดเจน หรือมีความเห็นว่าควรแก้ไขสำนวน ผู้เชี่ยวชาญสามารถเขียนคำแนะนำเพิ่มเติมได้เลย ก่อน  
ส่งกลับคืนผู้วิจัย รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึง 10  
กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

2.4 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 ที่ได้รับคืนจากผู้เชี่ยวชาญมาหาคำมัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2 ก่อนส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ เพื่อเป็นการยืนยันความคิดเห็นเดิมในรอบที่ 1 พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่ามีความคิดเห็นตรงหรือสอดคล้องกับตำแหน่งของคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นแสดงความคิดเห็นหรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอบถามไม่แสดงเหตุผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของคำตอบดังกล่าว แล้วส่งคืนให้ผู้วิจัยภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2562

2.5 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2 ที่ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับ พบว่าคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1) จึงสิ้นสุดการวิจัย

2.6 รายงานผลการวิจัย โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาจัดทำรายงานการวิจัย นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องตามข้อเสนอแนะแล้วจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติจบการศึกษา

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิจารณาถึงความเสี่ยงด้านจริยธรรมในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยจะทำการรักษาความลับของข้อมูลเมื่อได้รับแบบสอบถามคืน และจะทำลายทิ้งหลังจากที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น
3. ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง และการรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่มีการอ้างอิงหรือพาดพิงกลุ่มตัวอย่างคนใดคนหนึ่ง

4. การนำเสนอรายชื่อและข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญในภาคผนวก ผู้วิจัยต้องได้รับความยินยอมจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน หากผู้เชี่ยวชาญไม่ยินยอม ผู้วิจัยจะปิดข้อมูลส่วนนี้เป็นความลับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 3 รอบ ในรอบที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์และตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก รอบที่ 2 และ 3 เป็นการตอบแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีรายละเอียดดังนี้

#### การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน มาตรวจสอบวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ก่อนนำข้อมูลมาสรุปแล้วส่งคืนให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาที่ได้สัมภาษณ์อีกครั้งแล้วจึงนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์เนื้อหา จนได้เนื้อหาที่ถูกต้อง ครอบคลุมทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย สร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งสิ้น 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 51 ข้อ โดยเรียงลำดับแต่ละด้านตามที่คุณเชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุดไปน้อยสุด

#### การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

คำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 1 เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

#### การแปลความหมายค่ามัธยฐาน

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50-5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีทักษะด้านนี้ในระดับมากที่สุด

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีทักษะด้านนี้ในระดับมาก

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 2.50-3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีทักษะด้านนี้ในระดับปานกลาง

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 1.50-2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีทักษะด้านนี้ในระดับน้อย

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 0.50-1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มีทักษะด้านนี้ในระดับน้อยที่สุด

## 2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Dobbins, 1999)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ข้อความดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณมากกว่า 1.00 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ข้อความดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

## การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

คำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จากการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 อีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัย โดยใช้เกณฑ์คำนวณร้อยละ 66 หรือ 2 ใน 3 ของผู้เชี่ยวชาญ 23 คน ต้องได้มาตราส่วนประมาณค่าระดับ 4 ขึ้นไป และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับหรือน้อยกว่า 1.00 ถือว่าผู้เชี่ยวชาญยอมรับข้อความดังกล่าว และปฏิเสธข้อความข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 66 หรือ 2 ใน 3 ของผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าที่ระดับ 2 ลงมาด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับหรือน้อยกว่า 1.00 (Dobbins, 1999)

การสรุปความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อ ผู้วิจัยถือค่ามัธยฐานเป็นหลักในการพยากรณ์แนวโน้มแต่ละข้อ และใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กับค่ามัธยฐานแสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อเพื่อเสริมแนวโน้มอีกทางหนึ่งสรุปเป็นแนวความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค โดยมีวัตถุประสงค์ศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย เป็นการรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 27 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เคยผ่านการอบรมทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล หรือนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และหรือด้านความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวบรวมความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เชี่ยวชาญในเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพระดับสูง 4 คน 1 รอบ และความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 23 คน ในการตอบแบบสอบถาม 2 รอบ โดยได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน (กลุ่ม 1) โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างข้อคำถามทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะความเป็นผู้นำ และทักษะการตัดสินใจ ผลการวิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน ดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ คือ การให้ความสำคัญกับภาวะอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด โดยพิจารณาจากสถานการณ์ที่อยู่รอบตัว ด้วยลักษณะงานที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของคน ความสามารถในการรับรู้และคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดผลลัพธ์ใด จึงถือเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาทักษะนอกเหนือวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ดังตัวอย่างประโยคที่ว่า

“...ผมคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดด้านสุขภาพส่วนใหญ่ เกิดจากการขาดความใส่ใจ ในสถานการณ์ที่ดี การไม่รับรู้สถานการณ์รอบตัวหรือรับรู้ได้ไม่ดี ทำให้เกิดข้อผิดพลาดและใน ข้อผิดพลาดนั้นมักเป็นข้อผิดพลาดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ หากเราไว้ที่จะป้องกันมันก่อน...”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3

“...การให้ความสำคัญต่อสถานการณ์เป็นเรื่องของการรับรู้ เข้าใจ และคาดการณ์ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือสิ่งที่ได้เรียนรู้มาว่าจะเกิดผลลัพธ์เช่นไร การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมี ทักษะการตระหนักรู้ที่ดีจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดได้...”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4

2. ทักษะการสื่อสาร คือ การแสดงออกทั้งทางสีหน้า ท่าทาง วาจา หรือวิธีการต่างๆ เพื่อให้ เกิดการส่งและรับข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนให้ทั้งผู้รับสารและส่งสารมีความเข้าใจที่ตรงกัน การ สื่อสารมีความสำคัญต่อระบบการทำงานเป็นทีมที่ต้องประสานงานกันทั้งภายในและระหว่างทีม เพื่อให้ทั้งทีมมีเป้าหมายร่วมกัน เหมือนกัน เช่นเดียวกับในห้องผ่าตัดที่มีการทำงานร่วมกันหลากหลาย ทีม แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดให้ปลอดภัย ดังตัวอย่างประโยคที่ว่า

“...พยาบาลห้องผ่าตัดจะขาดการสื่อสารไม่ได้ เช่น การแจ้งทีมผ่าตัดหลังการตรวจ นับเครื่องมือว่าครบหรือไม่ครบ เราก็จะรู้ว่าเครื่องมือครบเรียบร้อยแล้วหรือไม่ครบต้องหาตรงไหน หากไม่มีการสื่อสารกันเลยแล้วทำการผ่าตัดนานๆ ไม่รู้ว่าเครื่องมือครบหรือไม่ครบ พยาบาลก็ไม่แจ้ง แบบนี้เราก็จะเครียดต้องเฝ้าระวังเอง แต่หากพยาบาลเขาสื่อสารตลอด เราก็จะสบายใจว่าอย่างน้อยก็ มีคนคอยช่วยตรวจสอบให้ตลอด...”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1

“...การสื่อสารโดยเฉพาะการพูดเป็นเรื่องที่สำคัญมาก คือเราเป็นพยาบาล บทบาท ของเราในห้องผ่าตัดคือการดูแลสิ่งแวดล้อม ทุกอย่างในห้องผ่าตัดให้ได้มาตรฐาน การส่งเครื่องมือ การช่วยเหลือแพทย์ การช่วยเหลือทีม ยิ่งในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่แต่ละทีมก็หลากหลายช่วงอายุ การ เลือกรูปแบบและช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญมาก ไม่ใช่คิดอะไรก็พูด อันนี้เรียกสื่อสารไม่ดี มันไม่มีประสิทธิภาพหรอก คนฟังอาจรับฟังแต่เขาจะไม่ยอมรับในตัวเรา...”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2



3. ทักษะการทำงานเป็นทีม การทำงานในห้องผ่าตัดเป็นลักษณะการทำงานร่วมกันเป็นทีม บุคคลในทีมต้องมีความสามารถในการประสานงาน การช่วยเหลือ รับผิดชอบหน้าที่ตนเอง พร้อมช่วยเหลือระหว่างทีม เข้าใจและความร่วมมือจากทุกคนในทีม เพื่อให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนไปสู่จุดหมายเดียวกันเกิดเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างประโยคที่ว่า

“...ในห้องผ่าตัด แพทย์ พยาบาล วิสัญญี ทำงานร่วมกันตลอด ต่างทีมต่างทำหน้าที่ของตนเองแต่ก็ต้องรู้บทบาทของทีมนั้นด้วยนะ เพราะเมื่อใดก็ตามที่เกิดสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ถ้าเห็นก็ต้องรีบบอก ต้องรีบช่วยเหลือหรือเสนอความคิดเห็นถ้ากลัวว่าจะเป็นกาไปก้าวกว่ายวิชาวชิพอื่น ทุกทีมไม่มีทีมไหนเก่งหรือดีที่สุด ทุกทีมจะมีข้อบกพร่องเหมือนเนยแข็ง แต่การที่ช่วยเหลือกันจะเป็นการช่วยอุดรูของอีกทีมได้ดี ความผิดพลาดมันก็จะไม่เกิดขึ้นหรอก...”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1

4. ทักษะการจัดการงาน เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การมีแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยให้ระบบงานมีความชัดเจนได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง การจัดการงานเกี่ยวเนื่องถึงด้านอารมณ์ ภาวะกดดัน ความเครียด ในสภาพแวดล้อมและบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องเผชิญความท้าทายในการผ่าตัดที่ซับซ้อนเสมอ พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความสามารถในการจัดการภาวะดังกล่าว เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ดังตัวอย่างประโยคที่ว่า

“...ตลอดเวลาที่ทำงานในห้องผ่าตัดมา ช่วงเริ่มทำงานเป็นช่วงที่กดดันและเครียดมากที่สุด มีสิ่งที่ต้องเรียนรู้มากมายส่วนใหญ่เป็นเรื่องการปฏิบัติงาน โตขึ้นมาหน่อยก็เริ่มต้องสอนน้องใหม่ เริ่มเป็นหัวหน้าเวร ก็ต้องเรียนรู้การมอบหมายงานที่เหมาะสม พอใจทั้งผู้มอบงานและผู้รับงาน มันก็เครียดอีกแบบเครียดว่าจะทำอย่างไรให้ทุกคนพอใจ พอเริ่มอายุงานมากขึ้นก็เปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าห้องอันนี้เรียกได้ว่าเครียดที่สุด ต้องสอนงานต้องคุมงานต้องประสานงาน เยอะมาก แต่ทุกครั้งก็เครียดก็จะปล่อยวาง คิดเป็นกลาง พยายามคิดในหลายๆมุม เลยทำให้มีความสุขในการทำงาน แม้ไม่ได้สุขทุกวัน แต่ก็เข้าใจและเรียนรู้ที่จะเผชิญกับมัน...”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2

“...การผ่าตัดมีเยอะและมีทุกวัน แต่ละวันการผ่าตัดก็ไม่เหมือนกัน หมอก็คนละคน พยาบาลห้องผ่าตัดก็จะมีภาระมอบหมายงานแต่ละวันต่างกันซึ่งมันตึงเครียด การมอบหมายให้ตรงความสามารถของคนนั้น พยาบาลเชี่ยวชาญแพทย์ก็ไม่เครียดมาก ทำให้การผ่าตัดราบรื่นขึ้นเยอะ....”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4

5. ทักษะความเป็นผู้นำ คือ ความสามารถของบุคคลในการเป็นผู้นำในสถานการณ์ที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญ ดังตัวอย่างประโยคที่ว่า

“...ด้วยบริบทของพยาบาล การแสดงออกด้านความเป็นผู้นำ ต้องแสดงออกในสถานการณ์ที่เหมาะสม....”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3

“...สามารถแสดงออกในด้านการเป็นผู้นำได้ แต่ต้องมีวิธีการที่เหมาะสม โดยไม่ก้าวล่วงบริบทวิชาชีพอื่น....”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4

6. ทักษะการตัดสินใจ เป็นกระบวนการที่เกิดจากการไตร่ตรอง คិวิเคราะห์ในสถานการณ์ที่เกิด แล้วเลือกแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นทักษะที่ต่อเนื่องจากทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจที่ดีมาจากการมีทักษะการตระหนักรู้ที่ดี ดังตัวอย่างประโยคที่ว่า

“...เมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดมีการตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่ดี ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีหรือได้ผลลัพธ์ที่ดีเหมือนเป็นทักษะที่ต่อเนื่องกัน พยาบาลต้องเร็วในการตัดสินใจเพราะสถานการณ์ในห้องผ่าตัดไม่มีอะไรที่คาดเดาได้ การที่จะให้แพทย์แจ้งทุกครั้งคงเป็นไปได้ ต้องก้าวไปพร้อมกัน ไม่ใช่อีกคนก้าวแล้วค่อยก้าวตาม....”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2

“...ในการตัดสินใจต้องพิจารณาทั้งการดำเนินการและผลลัพธ์ว่าการตัดสินใจแบบไหนเกิดผลดีต่อผู้ป่วยหรือเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด....”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 23 คน (กลุ่ม 2) ในรอบที่ 2 พบว่า

1. ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน จำนวน 37 ข้อ ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4-5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0-1 และพบข้อรายการย่อยที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน จำนวน 8 ข้อ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2 ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและมีการปรับข้อความใหม่ยังคงไว้ซึ่งความหมายเดิม
2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันให้ลดจำนวนข้อย่อยในกรณีที่มีความหมายใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามคำแนะนำเหลือจำนวนข้อย่อยในการตอบแบบสอบถามรอบต่อไปทั้งสิ้น 45 ข้อ

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

จากการรวบรวมความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 23 คน พบว่า มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ระดับมากที่สุด หมายถึงมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป จำนวนข้อรายการย่อย 31 ข้อ และระดับมากหมายถึงค่ามัธยฐานระหว่าง 3.50 – 4.49 จำนวนข้อรายการย่อย 14 ข้อ และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.00 ทุกข้อ ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 เป็นรายด้านเรียงตามลำดับความสำคัญของทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพแต่ละด้านและข้อความย่อย ตามค่ามัธยฐานจากมากไปน้อย สามารถแบ่งทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ได้ 6 ด้าน 45 ข้อ ดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ การที่บุคคลนำความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหรืออาจต้องเผชิญในอนาคตในการเลือกกระทำหรือไม่กระทำการใดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการรับรู้ ระดับความเข้าใจและระดับการฉายภาพ/ การคาดการณ์สิ่งที่เกิดในอนาคต ประกอบด้วย 12 ข้อย่อย คือ 1) ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย 2) ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด 3) ใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด 4) ติดตาม/ สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง 5) แสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อต้องทำงานที่ไม่เชี่ยวชาญโดยการแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ 6) จัดลำดับความสำคัญของงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ 7) รายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอปรับเปลี่ยนหน้าที่เมื่อพบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพและอาจเกิดความเสี่ยงใน

การทำงาน 8) แจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันทีเมื่อเห็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนในบริเวณที่ปลอดภัย 9) ควบคุมอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน 10) ไม่ละเลยในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย 11) ให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวเมื่อต้องส่งเครื่องมือผ่าตัดในการผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อน 12) ให้ความสำคัญกับการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ดังตาราง 2

ตาราง 2

ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3

ข้อ	ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
1	ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
2	ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
3	ใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
4	ติดตาม/สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
5	แสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อต้องทำงานที่ไม่เชี่ยวชาญโดยการแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
6	จัดลำดับความสำคัญของงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
7	รายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอปรับเปลี่ยนหน้าที่เมื่อพบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด

ข้อ	ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
และอาจเกิดความเสี่ยงในการทำงาน							
8	แจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันทีเมื่อเห็นเหตุการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดการปนเปื้อนในบริเวณที่ปลอดเชื้อ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
9	ควบคุมอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
10	ไม่ละเลยในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
11	ให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวเมื่อต้องส่งเครื่องมือผ่าตัดในการผ่าตัดที่ยุ้งยากซับซ้อน	4	1	มาก	4	1	มาก
12	ให้ความสำคัญกับการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ	4	1	มาก	4	1	มาก

จากตาราง 2 พบว่าในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระดับมากที่สุด จำนวน 10 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 2 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้การยืนยันระดับความสำคัญเหมือนกันทุกข้อทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

2. ทักษะการสื่อสาร การแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทาง วาจาหรือสื่อสิ่งความหมายอื่น เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล จุดหมายที่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ประกอบด้วย 7 ข้อย่อย คือ 1) สื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) เสนอความคิดเห็นในการแก้ไขการทำงานอย่างสร้างสรรค์ 3) รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่เหมาะสม 4) สื่อสารทีมผ่าตัดด้วยความสุภาพ 5) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย 7) ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง

ด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยพิเศษ เฉพาะราย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของ ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ดังตาราง 3

ตาราง 3

ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3

ข้อ	ทักษะการสื่อสาร	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
1	สื่อสารกับ ทีมผ่าตัด ทันทีเมื่อเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
2	ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือ สื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแล ผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
3	รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วย การแสดงออกที่เหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
4	สื่อสารกับทีมผ่าตัดด้วยความสุภาพ	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
5	ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลบนหอ ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
6	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วย ลายมือที่อ่านง่าย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
7	เสนอความคิดเห็นในการแก้ไขการทำงาน อย่างสร้างสรรค์	4	1	มาก	4	1	มาก

จากตาราง 3 พบว่าในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยในระดับมากที่สุด จำนวน 6 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 1 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้การยืนยันระดับความสำคัญเหมือนกันทุกข้อ ทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

3. ทักษะการทำงานเป็นทีม การที่บุคคลรับรู้หน้าที่ตนเองและมีการประสานงาน ช่วยเหลือบุคคลอื่นในทีมอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ประกอบด้วย 6 ข้อย่อย คือ 1) ให้ความช่วยเหลือที่มิวิสัยและทีมอื่นๆ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 2) เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่รีรอ 3) แนะนำแพทย์/ พยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ 4) เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานเป็นทีม 5) ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผ่าตัดก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 6) ประสานไปยังทีมผ่าตัดเพื่อการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของทักษะการทำงานเป็นทีมที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ดังตาราง 4

ตาราง 4

ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการทำงานเป็นทีมที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในรอบที่ 2 และ 3

ข้อ	ทักษะการทำงานเป็นทีม	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
1	ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผ่าตัดก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
2	เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่รีรอ	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
3	เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานเป็นทีม	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
4	แนะนำแพทย์/ พยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ	4	2	มาก	4	0	มาก
5	ให้ความช่วยเหลือที่มิวิสัยและทีมอื่นๆ	4	2	มาก	4	1	มาก

ข้อ	ทักษะการทำงานเป็นทีม	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์							
6	ประสานไปยังทีมผ่าตัดเพื่อการส่งต่อ ข้อมูลระหว่างทีม	4	1	มาก	4	1	มาก

จากตาราง 4 พบว่าในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการทำงานเป็นทีมที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยไม่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2) จำนวน 2 ข้อ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นว่าข้อความยังมีความกำกวม ผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อความใหม่โดยคงไว้ซึ่งความหมายเดิม ในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการทำงานเป็นทีมที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยสอดคล้องกันทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้การยืนยันระดับความสำคัญเหมือนกันทุกข้อทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

4. ทักษะการจัดการงาน ความสามารถในการจัดการตนเองและภาระงานตามมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางในการเผชิญและแก้ปัญหาได้เหมาะสมโดยเกิดความปลอดภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ประกอบด้วย 7 ข้อย่อย คือ 1) มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม 2) จัดสรรภาระงานและอัตรากำลังให้สามารถปฏิบัติงานได้ 3) เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลากรณมีปัญหาอัตรากำลัง 4) แจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด 5) ดูแลให้มีการให้ข้อมูลญาติ/ ผู้เกี่ยวข้อง 6) มีวิธีจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการทำงาน 7) ดูแลให้มีการใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของทักษะการจัดการงานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ดังตาราง 5



ตาราง 5

ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะการจัดการงานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3

ข้อ	ทักษะการจัดการงาน	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
1	มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
2	แจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
3	เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลากรณีสมีปัญหาอัตรากำลัง	4	1	มาก	4	1	มาก
4	จัดสรรภาระงานและอัตรากำลังให้สามารถปฏิบัติงานได้	4	1	มาก	4	1	มาก
5	ดูแลให้มีการให้ข้อมูลญาติ/ ผู้เกี่ยวข้อง	4	1	มาก	4	1	มาก
6	วิธีจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการทำงาน	4	1	มาก	4	1	มาก
7	ดูแลให้มีการใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วย	4	2	มาก	4	0	มาก

จากตาราง 5 พบว่าในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการจัดการงานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยไม่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2) จำนวน 1 ข้อ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นว่าข้อความยังมีความกำกวม ผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อความใหม่โดยคงไว้ซึ่งความหมายเดิม ในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการจัดการงานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการจัดการงานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยสอดคล้องกันทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 2 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้การยืนยันระดับความสำคัญเหมือนกันทุกข้อทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

5. ทักษะความเป็นผู้นำ ความสามารถในการชี้แนะทั้งทางศาสตร์และทางศิลป์เพื่อโน้มน้าวให้บุคคลอื่นปฏิบัติตามความต้องการโดยลักษณะที่แสดงออกจะแปรตามสถานการณ์ ณ ขณะนั้น ประกอบด้วย 6 ข้อย่อย คือ 1) เป็นผู้นำของทีมผ่าตัดในการเริ่มตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด 2) ให้คำแนะนำแพทย์/ ผู้เกี่ยวข้องเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเป็อันตรายต่อผู้ป่วย 3) สอนและฝึกหัดพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด 4) เสนอทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 5) ให้เกียรติผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ 6) แสดงความคิดเห็นโดยไม่แสดงการตำหนิตีติเยนเมื่อเกิดสถานการณ์ที่เกิดความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของทักษะความเป็นผู้นำที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญของทักษะความเป็นผู้นำที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3

ข้อ	ทักษะความเป็นผู้นำ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับ ความสำคัญ	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
1	เป็นผู้นำของทีมผ่าตัดในการเริ่มตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
2	แสดงความคิดเห็นโดยไม่แสดงการตำหนิตีติเยนเมื่อเกิดสถานการณ์ที่เกิดความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงาน	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
3	สอนและฝึกหัดพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
4	เสนอทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
5	ให้เกียรติผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
6	ให้คำแนะนำแพทย์/ ผู้เกี่ยวข้องเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเป็อันตรายต่อผู้ป่วย	4	2	มาก	4	1	มาก

จากตาราง 6 พบว่าในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะความเป็นผู้นำที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยไม่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2) จำนวน 1 ข้อ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นว่าข้อความยังมีความกำกวม ผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อความใหม่โดยคงไว้ซึ่งความหมายเดิม ในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะความเป็นผู้นำที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะความเป็นผู้นำที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยสอดคล้องกันทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 1 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้การยืนยันระดับความสำคัญเหมือนกันทุกข้อทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

6. ทักษะการตัดสินใจ ผลลัพธ์ของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเพื่อเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญ โดยผลการตัดสินใจขึ้นกับปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ประกอบด้วย 7 ข้อย่อย คือ 1) เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของการผ่าตัด 2) ขอเปลี่ยนเครื่องมือทันทีเมื่อรู้สึกว่าการปนเปื้อนเชื้อ 3) ยืนยันไม่ส่งอุปกรณ์ปิดแผลให้แพทย์ผ่าตัดเมื่อพบว่าผ้าซับโลहितหรืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่ครบตามจำนวน ยกเว้นกรณีที่แพทย์ผ่าตัดมีเหตุผลจำเป็นด้านความปลอดภัยผู้ป่วย 4) ยืนยันไม่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หากทีมผ่าตัดไม่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง (time out) ก่อนการผ่าตัด 5) ไม่ทิ้งสิ่งที้ออกจากตัวผู้ป่วยจนกว่าจะได้รับการยืนยันจากแพทย์ผ่าตัด เจ้าของผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถทิ้งทำลายได้ 6) ตัดสินใจไม่โทรศัพท์ประสานงานเพื่อแจ้งรับผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะเห็นแพทย์ผ่าตัดเข้ามาในห้องผ่าตัดหรือมีทีมวิสัญญีคอยดูแล 7) ตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของทักษะการตัดสินใจที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ดังตาราง 7

ตาราง 7

ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และระดับความสำคัญทักษะการตัดสินใจที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในรอบที่ 2 และ 3

ข้อ	ทักษะการตัดสินใจ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	IR	ระดับความสำคัญ	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1	ตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
2	ขอเปลี่ยนเครื่องมือทันทีเมื่อรู้สึกว่ามีอุปกรณ์เปื้อนเชื้อ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
3	ยืนยันไม่ส่งอุปกรณ์ปิดแผลให้แพทย์ผ่าตัดเมื่อพบว่าผ้าซับโลหิตหรืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่ครบตามจำนวน ยกเว้นกรณีที่แพทย์ผ่าตัดมีเหตุผลจำเป็นด้านความปลอดภัยผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
4	ยืนยันไม่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หากทีมผ่าตัดไม่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง (time out) ก่อนการผ่าตัด	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
5	ไม่ทิ้งสิ่งที้ออกจากตัวผู้ป่วยจนกว่าจะได้รับการยืนยันจากแพทย์ผ่าตัดเจ้าของผู้ป่วยเท่านั้นว่าสามารถทิ้งทำลายได้	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
6	ตัดสินใจไม่โทรศัพท์ประสานงานเพื่อแจ้งรับผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะเห็นแพทย์ผ่าตัดเข้ามาในห้องผ่าตัดหรือมีที่มิวสิญญี่คอยดูแล	4	1	มากที่สุด	4	1	มาก
7	เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของการผ่าตัด	4	2	มาก	4	1	มาก

จากตาราง 7 พบว่าในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการตัดสินใจที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยไม่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2) จำนวน 1 ข้อ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญบางท่านเห็นว่าข้อความยังมีความกำกวม ผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อความใหม่โดยคงไว้ซึ่งความหมายเดิม ในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการตัดสินใจที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทักษะการตัดสินใจที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยสอดคล้องกันทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ และอยู่ในระดับมาก 2 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้การยืนยันระดับความสำคัญเหมือนกันทุกข้อทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

สรุปผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ทั้งหมด 6 ด้าน 45 ข้อ ดังตาราง 8

ตาราง 8

สรุปผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

ทักษะนอกเหนือจาก ทักษะวิชาชีพ	นิยาม	ข้อความย่อ
1. ทักษะการตระหนักรู้ ในสถานการณ์	การให้ความสำคัญ กับสถานการณ์ ต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่ง ส่งผลต่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัด	1) ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย 2) ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนการผ่าตัด 3) ใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับ ทีมผ่าตัด 4) ติดตาม/ สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง 5) แสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อต้องทำงานที่ไม่เชี่ยวชาญโดยการแจ้ง ผู้เกี่ยวข้องทราบ 6) จัดลำดับความสำคัญของงานโดยคำนึงถึงความ ปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ทักษะนอกเหนือจาก ทักษะวิชาชีพ	นิยาม	ข้อความย่อ
		<p>7) รายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอปรับเปลี่ยนหน้าที่เมื่อพบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพและอาจเกิดความเสี่ยงในการทำงาน</p> <p>8) แจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันทีเมื่อเห็นเหตุการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดการปนเปื้อนในบริเวณที่ปลอดภัย</p> <p>9) ควบคุมอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน</p> <p>10) ไม่ละเลยในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย</p> <p>11) ให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวเมื่อต้องส่งเครื่องมือผ่าตัดในการผ่าตัดที่ยุ้งยากซับซ้อน</p> <p>12) ให้ความสำคัญกับการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ</p>
2. ทักษะการสื่อสาร	<p>การส่งต่อ/ รับข้อมูล ถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีการ/ ช่องทางต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>1) สื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</p> <p>2) ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย</p> <p>3) รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่เหมาะสม</p> <p>4) สื่อสารกับทีมผ่าตัดด้วยความสุภาพ</p> <p>5) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย</p> <p>7) เสนอความคิดเห็นในการแก้ไขการทำงานอย่าง</p>

ทักษะนอกเหนือจาก ทักษะวิชาชีพ	นิยาม	ข้อความย่อ
สร้างสรรค์		
3. ทักษะการทำงาน เป็นทีม	ความสามารถใน การประสานงาน การช่วยเหลือ ระหว่างทีมผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ความปลอดภัยใน การผ่าตัด	1) ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผ่าตัดก่อนเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย 2) เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่รีรอ 3) เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานเป็นทีม 4) แนะนำแพทย์/ พยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ 5) ให้ความช่วยเหลือทีมวิสัญญีและทีมอื่นๆ เมื่อ เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 6) ประสานไปยังทีมผ่าตัดเพื่อการส่งต่อข้อมูล ระหว่างทีม
4. ทักษะการจัดการ งาน	ความสามารถใน การ จัด การ กับ อารมณ์/ เหตุการณ์ ที่เผชิญในระหว่าง การปฏิบัติงาน โดย ไม่เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วย	1) มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม 2) แจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อ เกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด 3) เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลา กรณีมีปัญหาอัตรากำลัง 4) จัดสรรภาระงานและอัตรากำลังให้สามารถ ปฏิบัติงานได้ 5) ดูแลให้มีการให้ข้อมูลญาติ/ ผู้เกี่ยวข้อง 6) วิธีจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการ ทำงาน 7) ดูแลให้มีการใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสมโดย คำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วย
5. ทักษะความเป็นผู้นำ	ความสามารถใน การชี้แนะทีมใน สถานการณ์ที่ตนเอง มีความรู้	1) เป็นผู้นำของทีมผ่าตัดในการเริ่มตรวจสอบความ ถูกต้องก่อนการผ่าตัด 2) แสดงความคิดเห็นโดยไม่แสดงการตำหนิติเตียน เมื่อเกิด สถานการณ์ที่เกิดความผิดพลาดของ

ทักษะนอกเหนือจาก ทักษะวิชาชีพ	นิยาม	ข้อความย่อ
	ความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัย	<p>ผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>3) สอนและฝึกหัดพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด</p> <p>4) เสนอทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย</p> <p>5) ให้เกียรติผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ</p> <p>6) ให้คำแนะนำแพทย์/ ผู้เกี่ยวข้องเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเป็อันตรายต่อผู้ป่วย</p>
6. ทักษะการตัดสินใจ	การเลือกแนวทาง หรือวิธีการปฏิบัติที่ แสดงให้ เห็น ว่า ค ำ นี ง ถึง ค ว า ม ปลอดภัยผู้ป่วยเป็น สำคัญ	<p>1) ตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ</p> <p>2) ขอเปลี่ยนเครื่องมือทันทีเมื่อรู้สึกว่ามี การปนเปื้อนเชื้อ</p> <p>3) ยืนยันไม่ส่งอุปกรณ์ปิดแผลให้แพทย์ผ่าตัดเมื่อพบว่าผ้าซับโลหิตหรืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่ครบตามจำนวน ยกเว้นกรณีที่แพทย์ผ่าตัดมีเหตุผลจำเป็นด้านความปลอดภัยผู้ป่วย</p> <p>4) ยืนยันไม่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หากทีมผ่าตัดไม่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง (time out) ก่อนการผ่าตัด</p> <p>5) ไม่ทิ้งสิ่งที้ออกจากตัวผู้ป่วยจนกว่าจะได้รับการยืนยันจากแพทย์ผ่าตัดเจ้าของผู้ป่วยเท่านั้นว่าสามารถทิ้งทำลายได้</p> <p>6) ตัดสินใจไม่โทรศัพท์ประสานงานเพื่อแจ้งรับผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะเห็นแพทย์ผ่าตัดเข้ามาในห้องผ่าตัดหรือมีทีมวิสัญญีคอยดูแล</p> <p>7) เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของการผ่าตัด</p>



## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยการศึกษาพบว่าทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ประกอบด้วย ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงานสอดคล้องกับสปรินซ์ (SPLINTS) ซึ่งเป็นคู่มือทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดของมหาวิทยาลัยแอร์เบอตันประเทศอังกฤษ ทักษะความเป็นผู้นำและทักษะการตัดสินใจมีการกล่าวถึงในโนทส์ (NOTSS) และแอนทซ์ (ANTS) ซึ่งเป็นคู่มือทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพของศัลยแพทย์และวิสัญญี สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นได้ดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ เป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยในพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวอร์เบนและคณะ (Wauben et al., 2011) และฟลิน (Flin, 2013) ที่ระบุว่าทักษะการตระหนักรู้เป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 พบคดีการฟ้องร้องมากกว่าครึ่งเกิดจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาด และพบภาวะติดเชื้อและแผลกดทับหลังการผ่าตัดมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา (The Lancet, 2011) แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานขาดความตระหนักด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ได้แก่ 1) ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย 2) ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด 3) ใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของสมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN, 2017) และ พิพจน์พงษ์ ฐิติอาภา และปรกรณ์ (2558) ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความสำคัญและตรวจสอบข้อมูลร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้ง (surgical safety checklist) ทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัด มีสติตื่นตัวตลอดเวลาเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด 4) ติดตาม/ สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรานนภาและอารีย์วรรณ (2557) ที่อธิบายไว้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องติดตามการผ่าตัดอย่างจริงจัง เพื่อให้สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน 5) แสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อต้องทำงานที่ไม่เชี่ยวชาญโดยการแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ 6) จัดลำดับความสำคัญของงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ 7) รายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอปรับเปลี่ยนหน้าที่เมื่อพบว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพและอาจเกิดความเสี่ยงในการทำงาน 8) แจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันทีเมื่อเห็นเหตุการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดการปนเปื้อนในบริเวณที่ปลอดภัย 9) ควบคุมอารมณ์และแสดงออก

อย่างเหมาะสมเมื่อถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ระมัดระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความอดทนจัดการกับอารมณ์ และแสดงออกอย่างเหมาะสม คำนึงถึงผลการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ บางครั้งที่มีการผ่าตัดมีความยุ่งยาก ศัลยแพทย์อาจแสดงออกไม่เหมาะสม พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความอดทนไม่แสดงความไม่พอใจ กลับ เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น 10) ไม่ละเลยในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย และ 2 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ในระดับมาก ได้แก่ 11) ให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวเมื่อต้องส่งเครื่องมือผ่าตัดในการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน และ 12) ให้ความสำคัญกับการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ

2. ทักษะการสื่อสาร กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญรองจากทักษะการตระหนักรู้ โดยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การสื่อสารทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นสื่อกลางระหว่างบุคคล มีความจำเป็นในระบบการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของเซกตันและคณะ (Sexton et al., 2000) เอาวาดและคณะ (Awad et al., 2005) มิลส์และคณะ (Mills et al., 2008) และ ฟลิน (Flin, 2013) ที่แสดงให้เห็นว่าทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมศัลยแพทย์กับพยาบาลในห้องผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ 1) สื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย 3) รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่เหมาะสม 4) สื่อสารทีมผ่าตัดด้วยความสุภาพ 5) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของพรานวนภาและอารีย์วรรณ (2557) แสดงให้เห็นว่าการเป็นผู้ประสานงานเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างทีม เข้าใจตรงกันโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย และการสื่อสารช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดต่อผู้ป่วยได้ และ 1 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมาก ได้แก่ 7) เสนอความคิดเห็นในการแก้ไขการทำงานอย่างสร้างสรรค์

3. ทักษะการทำงานเป็นทีม กระบวนการผ่าตัดที่ถูกขับเคลื่อนด้วยทีมผ่าตัด ประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาล กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยให้ความเห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากขาดการประสานงาน ร่วมกันในทีมผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของเมเกอร์ (Makery, 2006) ฟลินและคณะ (Flin et al., 2006) มิลส์และคณะ (Mills et al., 2008) พาติและเพียร์ตันโทนี่ (Prati &

Piertrantoni, 2013) ฟลิน (Flin, 2013) ที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการประสานงานที่ดี ช่วยเหลือกันทั้งระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือกับพยาบาลรอบนอก และระหว่างพยาบาลกับทีมผ่าตัดและสอดคล้องตามทฤษฎีรีสัน (Reason, 2000) ที่อธิบายว่าความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเกิดจากระบบป้องกันความผิดพลาดที่ไม่สมบูรณ์ เปรียบเทียบผ่าตัดเหมือนแผ่นเนยแข็งที่วางซ้อนกัน เมื่อเกิดความผิดพลาดมาจากรูโหว่เนยแผ่นแรกหรือระบบการควบคุมแรกไปเจอรูโหว่ที่สอง หากรูโหว่ของแผ่นที่สองไม่ตรงกับแผ่นแรก ความผิดพลาดที่เกิดในแผ่นแรกก็จะไม่สามารถผ่านระบบควบคุมที่สองไปได้ แต่หากเมื่อใดที่รูโหว่เกิดตรงกันทั้งหมดหรือความหละหลวมเกิดขึ้นตรงกัน ความผิดพลาดก็จะแสดงออกมาให้เห็น การประสานงานร่วมกันระหว่างทีมที่ดีทำให้เกิดการปิดความไม่สมบูรณ์นั้น ความผิดพลาดจะไม่เกิด ประกอบด้วย 3 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ 1) ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผ่าตัดก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2) เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่มีรอ 3) เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานเป็นทีม และ 3 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมาก ได้แก่ 4) แนะนำแพทย์/พยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ 5) ให้ความช่วยเหลือทีมวิสัญญีและทีมอื่นๆ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 6) ประสานไปยังทีมผ่าตัดเพื่อการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม เพราะการผ่าตัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาล ทุกฝ่ายต้องรู้บทบาทของตนเองและสามารถช่วยเหลือทีมได้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน การประสานงานและทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงและมีความปลอดภัย (พรวานภา และอารีย์วรรณ, 2557)

4. ทักษะการจัดการงาน ประกอบด้วย 2 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ 1) มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม 2) แจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด และ 5 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมาก ได้แก่ 3) เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลากรณมีปัญหาล่าช้า 4) จัดสรรภาระงานและอัตรากำลังให้สามารถปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับประกาศของสภาการพยาบาล (2560) ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลทุกคน ควรร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนและหาแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลมีเวลาการทำงานที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนหากต้องทำงานเกินกว่าชั่วโมงการทำงานที่กำหนด 5) ดูแลให้มีการให้ข้อมูลญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของพิพัฒน์พงษ์และคณะ (2558) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำที่จำเป็น ตอบข้อซักถามของผู้ป่วย 6) วิธีจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการทำงาน 7) ดูแลให้มีการใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของฟลิน (Flin, 2013) ที่พบว่าพยาบาล

ต้องมีความสามารถในการวางแผนจัดการทั้งตนเอง การจัดการกับสภาวะกดดัน ความเครียดและการบริหารงานทั้งงานตามบทบาทหน้าที่ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดทั้งมาตรฐานและความคุ้มค่าด้านทรัพยากรและกำลังคน และสอดคล้องกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของนักบินที่ให้ความสำคัญกับการบริหารภาระงานเกิน การจัดการกับภาวะเครียดและความเหนื่อยล้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ความปลอดภัยในการให้บริการ

5. ทักษะความเป็นผู้นำ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลสอดคล้องกับกิลเลสปีและคณะ (Gillespie et al., 2009) และอีฟริน (Evelyn et al., 2014) ที่เชื่อว่าทีมผ่าตัดคือ การทำงานร่วมกันเป็นทีม ไม่ใช่การปฏิบัติตามคำสั่งของทีมใดทีมหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ด้วยความเชี่ยวชาญในห้องผ่าตัดส่วนหนึ่งมาจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ การที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีความกล้าในการเสนอทางเลือกหรือให้คำแนะนำในสถานการณ์ที่เห็นว่าอาจเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สร้างความน่าเชื่อถือและเกิดความเคารพในวิชาชีพจากผู้ร่วมปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 5 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ 1) เป็นผู้นำของทีมผ่าตัดในการเริ่มตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด 2) แสดงความคิดเห็นโดยไม่แสดงการตำหนิตัวคนเดียวเมื่อเกิดสถานการณ์ที่เกิดความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงาน 3) สอนและฝึกหัดพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของบอคดาโนวิช (Bogdanovic et al., 2015) ที่อธิบายว่า พยาบาลผ่าตัดจะมีความชำนาญมากตามประสบการณ์การทำงาน ความราบรื่นและความคล่องตัวจะมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย จึงต้องสอนงานและดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การทำงานราบรื่น 4) เสนอทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 5) ให้เกียรติผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และ 1 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมาก ได้แก่ 6) ให้คำแนะนำแพทย์/ ผู้เกี่ยวข้องเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่คาดว่าจะอันตรายต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของบอคดาโนวิช (Bogdanovic et al., 2015) ผู้นำในทีมผ่าตัดปรับเปลี่ยนไปตามบริบทและสถานการณ์ขณะนั้น ไม่เจาะจงว่าต้องเป็นของทีมใดทีมหนึ่งตลอดการผ่าตัด

6. ทักษะการตัดสินใจ ประกอบด้วย 5 ข้อ ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ 1) ตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ 2) ขอเปลี่ยนเครื่องมือทันทีเมื่อรู้สึกว่าการปนเปื้อนเชื้อ สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดของสมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN, 2017) ที่กำหนดให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อ หากเกิดการปนเปื้อนต้องบริหารจัดการตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดทันที 3) ยืนยันไม่ส่งอุปกรณ์ปิดแผลให้แพทย์ผ่าตัดเมื่อพบว่าผ้าซับโลหิตหรืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่ครบตามจำนวน ยกเว้นกรณีแพทย์ผ่าตัดมีเหตุผลจำเป็นด้านความปลอดภัยผู้ป่วย 4) ยืนยันไม่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หากทีมผ่าตัดไม่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง (time out) ก่อนการผ่าตัด 5) ไม่ทิ้งสิ่งที้ออกจากตัวผู้ป่วย จนกว่าจะได้รับการยืนยันจากแพทย์ผ่าตัดเจ้าของผู้ป่วยเท่านั้นว่าสามารถทิ้งทำลายได้ รวมทั้ง

สอดคล้องกับสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2554) ที่ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านสมรรถนะการป้องกันอันตรายจากสาเหตุอื่นๆ เช่น สมรรถนะการส่งสิ่งส่งตรวจ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทราบและเข้าใจวิธีการเก็บตามแนวปฏิบัติ มีการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของเอกสารและสิ่งส่งตรวจทุกครั้ง สมรรถนะการป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องตรวจสอบความถูกต้องตลอดกระบวนการผ่าตัด หากพบความผิดปกติต้องรายงานกับทีมผ่าตัดทันที สมรรถนะการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย มีการตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของมีคม อย่างน้อย 3 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มผ่าตัด ก่อนปิดช่องหรือโพรงชั้นใน ก่อนเย็บแผลชั้นนอกและเมื่อมีการเปลี่ยนพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด หากพบว่าไม่ครบตามจำนวนต้องแจ้งศัลยแพทย์และดำเนินการตามนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน และ 2 ข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมาก ได้แก่ 6) ตัดสินใจไม่โทรศัพท์ประสานงานเพื่อแจ้งรับผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะเห็นแพทย์ผ่าตัดเข้ามาในห้องผ่าตัดหรือมีทีมวิสัญญีคอยดูแล 7) เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของกิลเลสปีและคณะ (Gillespie et al., 2013) พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีกระบวนการการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ ที่รวดเร็วทั้งในสถานการณ์ที่ปกติหรือในสถานการณ์ฉุกเฉิน บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาลในการกระทำหรือการพูดเพื่อให้ข้อมูลศัลยแพทย์หรือทีมร่วมผ่าตัด กรณีที่อาจหลงลืม หรือกระทำบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อผลที่ดีของการตัดสินใจ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเลือกวิธีการแสดงออกถึงการตัดสินใจนั้นอย่างเหมาะสม โดยเน้นให้เห็นถึงความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดการยอมรับและทีมร่วมผ่าตัดไม่รู้สึกว่าโดนสั่งหรือคุกคามในระหว่างการปฏิบัติงาน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ใช้แนวคิด S: Safe surgery จากคู่มือมาตรฐานความปลอดภัย (patient safety goals: SIMPLE) (สรพ., 2561) เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับสูงที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเชี่ยวชาญด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ จำนวน 4 คน เพื่อตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ รวมทั้งสิ้น 23 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์จำนวน 8 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่เคยผ่านการอบรมทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 6 คน นักวิชาการทางการแพทย์/พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านห้องผ่าตัดหรือด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพหรือด้านความปลอดภัยผู้ป่วย จำนวน 9 คน เพื่อตอบแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่ได้จากสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 1

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตามระเบียบวิธีวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค จำนวน 3 รอบ แบ่งออกเป็น 3 ชุด ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 1 จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความ

ปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย โดยข้อความได้จาก การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 โดยแบบสอบถามชุดนี้จะให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 2 จำนวน 23 คน ประเมินค่าแนวโน้มความสำคัญของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ในลักษณะมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อ คำถาม ทั้งหมด 51 ข้อ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามฉบับเต็มจากชุดที่ 2 แต่มีการปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้ มีความครอบคลุมและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีการเพิ่มค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และ ตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบก่อนหน้าของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อ คำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ก่อนทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือ เปลี่ยนแปลงคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 นำมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยจะพิจารณาคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน คือ ค่ามัธยฐานเกิน 4 ขึ้นไปและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1.00 นำมาสรุปเป็นทักษะนอกเหนือจาก ทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ รวมทั้งสิ้น 203 วัน ระยะเวลารวบรวม ข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2561 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2561 ระยะเวลารวบรวม ข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึง 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 และระยะเวลา รวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2562

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 45 ข้อ มี รายละเอียดดังนี้ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ จำนวน 12 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ ทักษะการทำงานเป็นทีม จำนวน 6 ข้อ ทักษะการจัดการงาน จำนวน 7 ข้อ ทักษะความเป็นผู้นำ จำนวน 6 ข้อ และทักษะการตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ เป็นทักษะพื้นฐานสำคัญ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีการตระหนักรู้ที่ดีส่งผลให้ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงาน ทักษะความเป็นผู้นำ และทักษะการตัดสินใจดีขึ้น ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์มาเป็นแนวทางพื้นฐานในการพัฒนาทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

2. พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สามารถใช้ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพทั้ง 6 ด้าน เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทและศักยภาพตนเองให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมผ่าตัดได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย สามารถนำไปต่อยอดการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย และเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ



## เอกสารอ้างอิง

- กษณา รัชมณี. (2558). การเรียนการสอน Non-technical skills ทางวิสัญญี. *วิสัญญีสาร*, 41(1), 47-52.
- คณินท์ สุพิริยะนันท์, และรัตพงษ์ สอนสุภาพ. (2557). การสร้างนักบินอาชีพของไทย. *วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ*, 4(1), 259-272.
- จิรประภา อัครบวร. (2549). *สร้างคน สร้างงาน*. กรุงเทพมหานคร: ก. พลพิมพ์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2553). เทคนิควิธีการวิเคราะห์เชิงนโยบาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), *เทคนิคการวิจัยขนาดแบบ EDFR*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ ช่วยทวี, และณิกานต์ ทรงไทย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(3), 44.
- ชนิดา รัชกุลเมือง. (2539). เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), *เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา รัชกุลเมือง. (2551). การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), *เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. (2553). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์*, 8(1), 185-223.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การบริหารการพยาบาล*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- น้ำผึ้ง มีสีล. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย: การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. *Veridian E-Journal*, 9(1), 1256-1267.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญมี พันธุ์ไทย. เทคนิคการวิจัยเดลฟาย. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก [http://rlc.nrct.go.th/ewt\\_dl.php?nid=686%20%20%5B29%20%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%99](http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=686%20%20%5B29%20%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%99)

- ปัตพงษ์ เกสรสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย, และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2546). *ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย (โครงการนำร่อง)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (มีนาคม 2557). *คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย*. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการเรื่อง QA to Quality of Life, ปทุมธานี, โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ทรังสิต.
- พรานภา ภูรัตนกรกุล, และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(1), 114-128.
- พิพัฒน์พงษ์ ด่อนแผ้ว, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, และปกรณ์ ประจัญบาน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(3), 86-97.
- แพรมมาลา วัฒนเสถียรสินธุ์. (2559). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการสื่อสารในองค์กร กรณีศึกษา บริษัทยูไนต์ดี แสตนด์การ์ด เทอร์มินัล จำกัด (มหาชน)*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- มนต์ชัย เทียนทอง. (2548). *สถิติและวิธีการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ, และ ชนวรรณ ตั้งสินทรัพย์ศิริ. (2550). *การจัดการและพฤติกรรมมองค์การ*. กรุงเทพมหานคร: ธีระฟิล์ม และไซเท็กซ์.
- สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2554). *สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. กรุงเทพมหานคร: ดีวัน จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2544). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก <http://law.longdo.com/law/535/sub40058>
- สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, และ สมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2), 66-70.

- สุทธิมาภรณ์ หมดสาลี, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และ ปราโมทย์ ทองสุข. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 31(2), 1-16.
- สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2549). แนวทางการปฏิบัติงานบุคลากรห้องผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพส่วนภูมิภาค*, 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร
- อนงค์ ถาวร, พร บุญมี, และ เกษร เกตุชู. (2557). วัฒนธรรมความปลอดภัยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(2), 13-14.
- อนุชา กาศลังกา. (2556). ศึกษาปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการรักษาพยาบาล. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 9(32), 57-69.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2555). ผ่าตัดปลอดภัย (Safe Surgery). *Thammasat Medical Journal*, 12(4), 797-799.
- Agha, R. A., Fowler, A. J., & Sevdalis, N. (2015). The role of non-technical skills in surgery. *Ann Med Surg (Lond)*, 4(4), 422-427.
- Ahmad, N. Md. N., Dayana, F., Muhammad. K. N., & Mohd, S. A. (2011, May). *Technical skills and non technical skills: predefinition concept* Paper presented at the *IETEC'11 Conference*. Malaysia: Kuala Lumpur.
- Alex, J. D. (1970). The possible uses of the delphi technique in i.r. and planning in higher education. *Institutional Research and Communication in Higher Education*. 10.
- Alfred., R. J. (1973). Delphi: a decision-maker's dream. *National School*, 29, 29-35.
- Awad, S. S., Fagan, S. P., & Bellows, C. (2005). Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *American Journal of Surgery*, 190(5), 770-774.

- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2017). *Guideline for perioperative practice 2017 edition*. Denver: AORN
- Bogdanovic, J., Perry, J., Guggenheim, M., & Manser, T. (2015). Adaptive coordination in surgical teams: An interview study. *BMC Health Service Research, 15*, 128.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competence manager: A model for effective performance*. New York: Wiley.
- Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., et al. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surgical Infection (Larchmt), 14*(1), 73-156.
- Cantrill, J. A., Sibbald, B., & Buetow, S. (1996). The Delphi and nominal group techniques in health services research. *International Journal of Pharmacy Practice, 4*, 67-74.
- Corinne, B., & Mathilde, B. (2013). *Trapping safety into rules*. Florida: CRC press taylor & francis group.
- David, C. M. (1970). Testing for competency rather than for "intelligence". *American Psychologists, 17*(7), 57-83.
- Dobbins, T. R. (1999). *Clinical experiences for agricultural teacher education programs in North Carolina, South Carolina, and Virginia*. Published Dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, VA, Retrieved from <https://vtechworks.lob.vt.edu/bitstream/handle/10919/28892/DOBBINS1.PDF?sequence=3&isAllowed=y>
- Endsley, M. R., (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors Journal, 37*(1), 32-64.
- Evelyn, M., Brigid, M. G., & Debbie, M. (2014). *What are the non-technical skills used by scrub nurses?*, Griffith University, Australia: ACORN.

- Flanders, F. B. (1998). Determining curriculum content for nursery/landscape course work in vocational agriculture for the 21<sup>st</sup> century: A futures study utilizing the Delphi technique. Published doctoral dissertation, The University of Georgia, Athens, Retrieved from <https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/28892/DOBBINS1.PDF?sequen>
- Fleishman, E. A. (1953). The Measurement of leadership attitudes in Industry. *Journal of Applied Psychology*, 153-158.
- Flin, R., Yule, S., Mckenzie, L., Paterson-brown, S., & Maran, N. (2006). Attitude to teamwork and safety in the operating theatre. *The surgeon*, 4(3), 145-151.
- Flin, R. (2013). Non-technical skills for anaesthetists, surgeons and scrub practitioners. *The health foundation*, 1-9.
- Fowles, J. (1978). *Handbook of future research*. London: Greenwood Place.
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Fairweather, N., & Chaboyer, W. (2013). Building shared situational awareness in surgery through distributed dialog. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 109-118.
- Gillespie, B., & Hamlin, L. (2009). A synthesis of the literature on “competence” as it applies to perioperative nursing. *AORN Journal*, 90(2), 245-258.
- Gordon, M., Fell, C. W., Box, H., Farrell, M., & Stewart, A. (2017). Learning health 'safety' within non-technical skills interprofessional simulation education: A qualitative study. *Medical Education Online*, 22(1), 1272838.
- Hagen, M., & Bouchard, D. (2016). Developing and Improving student non-technical skills in iT education: A Literature Review and Model. *Informatics*, 3(2), 7.
- Health Technical Memorandum. (2007). *Heating and ventilation of health sector buildings*. Leeds: Department of Health.
- Hintong, T., Chau-in, W., Thienthong, S., & Nakcharoenwaree, S. (2005). An analysis of the drug error problem in the Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study). *Journal of the Medicine Association of Thailand*, 88, 118-127.

- 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), 2846-57. doi:10.1111/jan.12743
- Lancet, T. (2011). Medical errors in the USA: Human or systemic? [Editorial]. *The Lancet, 377*, 1289.
- Larsson, J., & Holmstrom, I. K. (2013). How excellent anaesthetists perform in the operating theatre: A qualitative study on non-technical skills. *British Journal of Anaesthesia, 110*(1), 115-121.
- Linda, T., Kohn, Janet, M., Corrigan, & Molla, S. D. (1999). *To Err Is Human: Building a safer health system*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Macmillan, T. T. (1971). The Delphi Technique. *the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development*, 3-5. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED064302.pdf>
- Makary, M. A., Sexton, J. B., & Freischlag, J. A. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons, 202*(5), 746-752.
- 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.
- Moorthy, K., Munz, Y., Adams, S., Pandey, V., & Darzi, A. (2005). A human factors Analysis of technical and team skills among surgical trainees during procedural simulations in a simulated operating theatre. *Annals of Surgery, 242*(5), 631-639.
- Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: Implication for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons, 206*(1), 107-112.

- Mulloy, F.D., & Hughes, G.D. (2008). Wrong-site surgery: A preventable medical error. In R.G. Hughes. (Ed). *Patient safety and quality: Evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication No.08-0043. (pp. 1-15). Rockville: MD, Agency for Healthcare Research and Quality
- Murphy, T. H., & Terry, R. J. (1998). *Adoption of CALL technologies in education: A national delphi*. Proceedings of the Forty-Fourth Annual Southern Agricultural Education Research Meeting, 112-123.
- Murry, J. W., & Hammons, J. O. (1995). Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research. *The Review of Higher Education*, 18(4), 423.
- Nestel, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perception and experiences of communication in the operating theatre: A focus group interview. *BMC nursing*, 5(1), 1.
- Owens, P., McHugh, S., Clarke-Moloney, M., Healy, D., Fitzpatrick, F., McCormick, P., et al. (2015). Improving surgical site infection prevention practices through a multifaceted educational intervention. *Irish Medical Journal*. 108(3), 78-81.
- Panesar, S. S., Carson, S. A., & Salvilla, S. A., editors. (2014). *Patient safety and healthcare improvement: At a glance*. Chichester (England): Wiley.
- Patey, R. (2015). Human factors and non-technical skills: What do I need to know. *FSBPT annual meeting*. Aberdeen: Federation of state boards of physical therapy.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2013). Attitude to teamwork and safety among Italian Surgeons and operating room nurses. *A Journal of Prevention Assessment and Rehabilitation*. 49(4). 669-677. doi:10.3233/WOR-131702
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, (320), 768-770.
- Robertson, E. R., Hadi, M., Morgan, L. J., Pickering, S. P., Collins, G., New, S., . . . Catchpole, K. C. (2014). Oxford NOTECHS II: A modified theatre team non-technical skills scoring system. *PLoS One*, 9(3), e90320.
- Robbins, S. P. (1996). *Prentice Hall Organization Behavior: Concept, Controversies and Applications*. (7 th ed.) Englewood Cliffs; NJ : Prentice Hall.

- Rogers, SO. Jr., Gawande, A. A., Kwaan, M., Puopolo, A. L., Yoon, C., Brennan, T. A., Studdert, D. M., (2006). Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery*, (140), 25–33. doi:10.1016/j.surg.2006.01.008
- Rutala, W. A., Weber, D. J. (2001). A review of single-use and reusable gowns and drapes in health care. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 22(4), 248-57.
- Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: Obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British Journal Anaesthesia*, 109(1), 3-16.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Hetmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320, 745-749.
- Simon, H. A. (1960). *Administrative Behavior*. New York : The McMillen Company.
- Spencer, M. & Spencer, M. S. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Tanner, J., Norrie, P., Melen, K. (2011). Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Review*. 11. doi: 10.1002/14651858.CD004122.pub4
- Thiangchanya, P., Taboonpong, S., Rattanalert, S., Burks, K. (2008). Nursing quality care indicators for elderly patients who have suffered stroke. *Songkla Medicine Journal*. 26(4), 363-364.
- Torossian, A. (2008). Thermal management during anaesthesia and thermoregulation standards for the prevention of inadvertent perioperative hypothermia. *Best Practice Research Clinical Anaesthesiology*. 22(4), 659-68.
- 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.
- Vincent, C. (2004). Systems approaches to surgical quality and safety: From concept to measurement. *Annals of Surgery*, 239, 475-482.



- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2nd ed.). Singapore: Wiley Blackwell.
- Wauben, L. S. G. L., Doorn, C. D., Wijngaarden, J. V., & Goossens, R. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International journal for quality in health care*, 23(2), 159-166.
- 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. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *WHO surgical safety checklist and implementation manual*. Retrived from [http://www.who.int/patientsafety/safetysurgery/ss\\_checklist/en/](http://www.who.int/patientsafety/safetysurgery/ss_checklist/en/)
- World Health Organization. (2009). *Global guidelines on the prevention of surgical site infection*. Retrived from <http://www.who.int/gpsc/ssi-guidlines/en/>
- World Health Organization. (2016). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Retrived from <http://www.who.int/gpsc/SSI-outline.pdf>
- WHO guidelines on hand hygiene in health care. (2009). Geneva: World Health Organization.
- Yukl, G. A. (1998). *Leadership in organizations*. Englewood Cliffs. New Jersey, NJ: Prentice-Hall.
- 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), 1098-1104.
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature. *Surgery*, 139(2), 140-149.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

## รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จำนวน 27 คน มีรายนามต่อไปนี้

**กลุ่มที่ 1** กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการยอมรับและมีความเชี่ยวชาญด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และหรือเรื่องความปลอดภัย จำนวน 4 คน

### 1.1 กัปตัน นายแพทย์กรพรหม แสงอร่าม

- |                   |   |
|-------------------|---|
| ตำแหน่งปัจจุบัน   | - นักบินที่หนึ่ง/ ศัลยแพทย์โรคหัวใจและทรวงอก  |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | - บริษัทการบินไทย จำกัด มหาชน   |
| วุฒิการศึกษา      | - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<br>- วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป แพทยสภา ปี 2543<br>- วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก แพทยสภา ปี 2545 |

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- วิทยากรฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและ Non-technical skills ตามสถานพยาบาลต่างๆ มากกว่า 7 ปี

### 1.2 รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธวัช ชาญชูญานนท์

- |                   |   |
|-------------------|---|
| ตำแหน่งปัจจุบัน   | - อาจารย์แพทย์ภาควิชาวิสัญญี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<br>- รองคณบดีฝ่ายคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                                      |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | - ผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล<br>- ภาควิชาวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา                                 |
| วุฒิการศึกษา      | - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<br>- วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาวิสัญญีวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล |

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- ผ่านการฝึกอบรม Patient safety curriculum design และ Non-technical skills
- หัวหน้าโครงการและวิทยากรฝึกอบรม Non-technical skill as a quality tool คณะแพทยศาสตร์
- ผู้เชี่ยวชาญด้านประกันคุณภาพโรงพยาบาล
- อดีตผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายประกันคุณภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ผลงานวิจัยด้านวิสัญญีวิทยาที่ได้รับการยอมรับและตีพิมพ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2544-ปัจจุบัน

### 1.3 คุณโกสุมภ์ หมู่ขจรพันธ์

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ข้าราชการบำนาญ พยาบาลเชี่ยวชาญ
- ผู้เยี่ยมสำรวจประเมินและรับรองคุณภาพบริการการพยาบาล และผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล
- คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้
- วิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- อดีตหัวหน้าห้องผ่าตัดและอดีตหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เข้าอบรม Quality management JCAI standard
- เข้าอบรม Lean application in health care, Thailand lean award 2010
- เข้าอบรม Specific clinical risk

- เข้าอบรมการบริหารงานอุดมศึกษาระดับสูงในไทยและ  
สาธารณรัฐเกาหลี
- เข้าอบรมการจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล  
ขั้นสูง
- เข้าอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน  
การปฏิบัติงาน
- เข้าอบรมการทำความเข้าใจผู้ประเมิน Competency เพื่อการ  
พัฒนาบุคลากร
- เข้าอบรมบทบาทและสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลในประเทศไทย
- เข้าอบรม TQA criteria รุ่นที่ 5 และ TQA organization gap  
analysis รุ่นที่ 2
- เข้าอบรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับรองการเยี่ยมสำรวจต่อ  
อายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) และของสภาการ  
พยาบาล
- สัมภาษณ์เยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและผดุง  
ครรภ์

#### 1.4 นายแพทย์สกล สิงหะ

- |                   |   |
|-------------------|---|
| ตำแหน่งปัจจุบัน   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจารย์แพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</li> <li>- ประธานหน่วยชีวนตาภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์</li> <li>- อุปนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> </ul>   |
| สถานที่ปฏิบัติงาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์<br/>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา</li> </ul>   |
| วุฒิการศึกษา      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช)</li> <li>- วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ<br/>เวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</li> <li>- Ph.D. Transplantation Immunology University of<br/>Bristol, United Kingdom</li> </ul> |

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- ผ่านการฝึกอบรม Patient safety curriculum design และ Non-technical skills
- วิทยากรด้านความปลอดภัย (patient safety)

**กลุ่มที่ 2** กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 23 คน

**1. กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 8 คน**

**1.1 คุณคิดชนก อนุชาญ**

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
- หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผ่าตัด
- สถานที่ปฏิบัติงาน - กลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 19 ปี  
- ตำแหน่งระดับบริหาร 16 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสงขลา  
- วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**1.2 คุณวารุณี เรืออรุณรอง**

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ  
- หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 13 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 19 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**1.3 คุณบุปผา ส่งศรีบุญสิทธิ์**

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลหัวหน้าแผนกผ่าตัด 2
- สถานที่ปฏิบัติงาน - แผนกผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 24 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 9 ปี

- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ
- ผ่านการฝึกอบรม เรื่อง Non-technical skills โดยบริษัทการ  
บินไทยและ Patient safety ของคณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การทำงานเป็นทีมและ  
การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย” คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

#### 1.4 คุณวุฒิพร วชิรธนากร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลเชี่ยวชาญ  
- หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด
- สถานที่ปฏิบัติงาน - งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 16 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 12 ปี
- วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลมารดาและ  
ทารก) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

#### 1.5 คุณยุวดี วงศ์ธีรฤทธิ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ  
- หัวหน้าห้องผ่าตัด
- สถานที่ปฏิบัติงาน - งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 22 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 10 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล



## คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- ผ่านการฝึกอบรม เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล
- ผ่านการฝึกอบรมมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม

**1.6 คุณนราพร พุทรวงศ์**

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ตรวจการพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 17 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 13 ปี

วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- ผ่านการฝึกอบรม ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย
- ผ่านการฝึกอบรมเป็น Successor Quality Coach ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

**1.7 คุณเจริญพร เลิศกิจคุณานนท์**

ตำแหน่งปัจจุบัน - Nursing Associate

- ประธาน Patient safety goal safe surgery and procedure at BI
- อนุกรรมการวิชาการ สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด

สถานที่ปฏิบัติงาน - CP Medical center

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 4 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 2 ปี

วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

- คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- อดีตหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
- วิทยากร เรื่อง Patient safety
- วิทยากร เรื่อง Non-technical skills
- วิทยากรในงานห้องผ่าตัด

### 1.8 คุณวรรณวิมล คงสุวรรณ

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ตรวจการพยาบาล และผู้อำนวยการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน - งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 17 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 6 ปี

วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- ผ่านการฝึกอบรม CRM บริษัทการบินไทย

- ผ่านการฝึกอบรม การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

(Situation Awareness) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- ผ่านการฝึกอบรมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Situation

Awareness) สำหรับ Facilitator คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล

- ผลงานวิจัยทางการพยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับการตีพิมพ์ ปี พ.ศ.  
2555

- การนำเสนอโปสเตอร์เกี่ยวกับงานห้องผ่าตัด ที่ประเทศ

สหรัฐอเมริกาปี พ.ศ.2555 และที่ประเทศอังกฤษ ปี พ.ศ.2556

- การนำเสนอผลงาน oral presentation ในงาน Asian perioperative nursing (ASIORNA) conference ปี พ.ศ.2555

## 2. กลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน

### 2.1 คุณวิภาวรรณ ปั่นทอง

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - แผนกผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 7 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ
- ผ่านการฝึกอบรม Non-technical skills ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลปริศัลยกรรม (การผ่าตัด) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2561
  - ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### 2.2 คุณรัตนา จิวังกูร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
- รองหัวหน้าแผนกผ่าตัด 2 และหัวหน้าห้องผ่าตัดย่อยฉุกเฉิน
- สถานที่ปฏิบัติงาน - แผนกผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 19 ปี
- ตำแหน่งผู้บริหาร 2 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- รางวัลพยาบาลดีเด่น ปี 2561 ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำ Surgical safety checklist
- ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### 2.3 คุณไพรสุดา บัวลอย

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลระดับชำนาญการ
- รองหัวหน้าแผนกผ่าตัด 3
- หัวหน้าห้องผ่าตัดย่อยศัลยกรรมทั่วไป

สถานที่ปฏิบัติงาน

- แผนกผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน

- ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 19 ปี
- ตำแหน่งผู้บริหาร 2 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ

- ผ่านการฝึกอบรมเรื่อง Non-technical skills โดยบริษัทการบินไทยและ Patient safety ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- บรรณาธิการหนังสือและร่วมแต่งบทความวิชาการ การพยาบาล ศัลยศาสตร์และห้องผ่าตัดทันยุค

### 2.4 คุณสุชานันท์ บำรุงวงศ์

ตำแหน่งปัจจุบัน

- วิทยากรฝึกอบรมพยาบาลห้องผ่าตัด

สถานที่ปฏิบัติงาน

- ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 7 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 8 ปี  
- อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล 3 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ  
- วิทยากรฝึกอบรมบุคลากรของโรงพยาบาล เรื่อง Non-technical skills 1 ปี  
- วิทยากรฝึกอบรมบุคลากรห้องผ่าตัด 7 ปี  
- Clinical practice guideline : Perioperative prevention pressure injury ใน ASIORNA ปี2016 ประเทศฮ่องกง  
- มีความเชี่ยวชาญในการสอนหัวข้อความตระหนักรู้ในสถานการณ์ Situation awareness และ Threats & Error (TEM)

## 2.5 คุณกฤษมิตลดา จันทร์ขจร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ  
- หัวหน้าแผนกศัลยกรรมผ่าตัดหลอดเลือด
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน : 21 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ  
- ผ่านการฝึกอบรม Non-technical skills ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลปริศัลยกรรม (การผ่าตัด) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2561

## 2.6 คุณนันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน : 9 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตรัง
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ
- ผ่านการฝึกอบรม Non-technical skills ของพยาบาลห้องผ่าตัด ในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลปริศัลยกรรม (การผ่าตัด) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2561

### 3. กลุ่มนักวิชาการทางการแพทย์/พยาบาล จำนวน 9 คน

#### 3.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีลา สำเนา

- ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- อาจารย์แพทย์สาขาศัลยกรรมทั่วไป
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 13 ปี
- ตำแหน่งผู้บริหาร 9 ปี
- วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ
- ผ่านการฝึกอบรม Non-technical skills/communication skills for teacher 1-2 ครั้ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
  - ร่วมเป็นวิทยากร โครงการอบรม Non-technical skills for residents 1-2 ครั้ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
  - ร่วมเป็นกรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา โครงการ IPE ของ คณะแพทย์/ พยาบาล/ เภสัชกร เรื่อง Patient safety 2 ครั้ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### 3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง กษณา รัชมณี

- ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
- อาจารย์แพทย์สาขาวิสัญญีวิทยา
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 15 ปี
- วุฒิการศึกษา - วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมสาขาวิสัญญีวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล  
- ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง (วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก)  
วิชาเอกวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
- Master of Health Professions Education
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ  
- ผ่านการฝึกอบรม CRM บริษัทการบินไทย  
- วิทยากรการฝึกอบรมด้าน Non-technical skills

### 3.3 นายแพทย์วิรัตน์ วศินวงศ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - รองหัวหน้าภาควิชาวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 22 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 13 ปี
- วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
- วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวช  
กรรมสาขาวิสัญญีวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ  
- ผ่านการฝึกอบรม Anesthetic non-technical skills 3 ครั้ง  
- ผ่านการฝึกอบรม Communication skills 2 ครั้ง

### 3.4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปฐมา ภูรยานนทชัย

- ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
- อาจารย์แพทย์ภาควิชาจักษุวิทยา
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ภาควิชาจักษุ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 13 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 10 ปี  
- ประธาน PCT จักษุวิทยา
- วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ  
- อบรมหลักสูตรต่างๆ ของ สรพ. ในเรื่อง HA และ A-HA  
- ผลงานวิจัยที่ได้รับการยอมรับและตีพิมพ์ 3 เรื่อง ปี 2552-  
ปัจจุบัน

### 3.5 นายแพทย์อรุณธร พิเชฐชัยยุทธ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์แพทย์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 10 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 3 ปี
- วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ  
- วิทยากรอบรม Non-technical skills คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### 3.6 ดร. รัตใจ เวชประสิทธิ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 22 ปี  
- นักวิชาการ 5 ปี
- วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
- ปริญญาตรีบัณฑิต (การพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### 3.7 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หทัยรัตน์ แสงจันทร์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์  
- รองคณบดีฝ่ายการศึกษาปริญญาตรี
- สถานที่ปฏิบัติงาน - คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 30 ปี  
- ตำแหน่งผู้บริหาร 6 ปี
- วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
- พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) คณะพยาบาล  
ศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### 3.8 ดร. รุจากร อินทรตุล

- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน : นักวิชาการ 6 ปี  
- พยาบาลวิชาชีพ 2 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) หลักสูตรนานาชาติ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### 3.9 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุษบา สมใจวงศ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์
  - ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ
  - หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
- สถานที่ปฏิบัติงาน
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ประสบการณ์การปฏิบัติงาน
- ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน 22 ปี
  - ตำแหน่งผู้บริหาร 3 ปี
- วุฒิการศึกษา
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยสภากาชาดไทย
  - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
  - พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประสบการณ์การฝึกอบรมและผลงานที่ได้รับการยอมรับ
- ให้ความรู้ทางวิชาการด้านการพยาบาลศัลยกรรมมากกว่า 10 ปี

ภาคผนวก ข

เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(เอกสารแนบ)

ชื่อโครงการวิจัย                      ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ  
 พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย                                นางสาวจิรัชยา ศิวารุช      รหัสนักศึกษา 6010420017

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย                (ที่ทำงาน) ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
 เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิชย์ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110  
 (ที่บ้าน) 182/24 ถ.ประชาธิปไตย อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์ที่ทำงาน 074-451640 โทรศัพท์มือถือ 086-9559922

E-mail : fujiwarambh@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่าวิจัยนี้ทำเพราะเหตุผลใด เกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

### 2. โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านงานพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าในห้องผ่าตัดหรือสายงานห้องผ่าตัดใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดหรือร่วมงานกับพยาบาลห้องผ่าตัด 3) นักวิชาการทางการแพทย์/พยาบาล ผู้มีความเชี่ยวชาญงานห้องผ่าตัดหรือด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพหรือด้านความปลอดภัย

4. การวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้การวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาและรวบรวมข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกและสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (กลุ่มที่ 1) ทั้งหมด 4 คน เกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ว่าควรมีกี่ด้าน แต่ละด้านมีอะไรบ้าง นำบทสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะ นอกเหนือจากทักษะ

วิชาชีพที่ได้นำมาวิเคราะห์รายละเอียด ตัดข้อมูลที่มีการซ้ำซ้อนออก และรวบรวมข้อความเข้าด้วยกัน โดยข้อความที่สร้างขึ้นจะคงไว้ซึ่งความหมายเดิมที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ มาสร้างแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's Five Rating Scale) เกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน แล้วจึงนำแบบสอบถามรอบที่ 1 ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 23 คน (กลุ่มที่ 2) ให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 1 (ชุดที่ 1) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 23 คน (กลุ่มที่ 2) ได้ลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อ พร้อมทั้งให้เหตุผลที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความแต่ละข้อ หากมีข้อความไม่ชัดเจนหรือมีความคิดเห็นที่ต่างออกไป สามารถเขียนเป็นคำแนะนำได้ ซึ่งแบบสอบถามได้กำหนดค่าระดับคะแนนช่วงความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยนำผลการตอบแบบสอบถามที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด หาค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) สร้างแบบสอบถามใหม่ เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามรอบที่ 2 (ชุดที่ 2) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามอีกครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่ามีความคิดเห็นเหมือนหรือแตกต่างกับตำแหน่งของคำตอบของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นและทำการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โดยระบุเหตุผลสั้นๆ ในตอนท้ายแต่ละข้อและหากผู้เชี่ยวชาญไม่ได้แสดงความคิดเห็นในข้อที่ไม่เห็นด้วย ถือว่าเห็นด้วยกับคำตอบของตำแหน่งดังกล่าวและส่งคืนผู้วิจัยในเวลาที่กำหนด แบบสอบถามในรอบนี้จะส่งให้เฉพาะผู้ที่ตอบและส่งคืนแบบสอบถามรอบที่ 1 เท่านั้น (แต่ละรอบใช้เวลาตอบแบบสอบถามไม่เกิน 2 สัปดาห์) ทำซ้ำจนกว่าค่าคำตอบที่ได้มีความสอดคล้องกันตามเกณฑ์ที่กำหนด ถือว่าสิ้นสุดงานวิจัย

5. งานวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เข้าร่วมในการวิจัยต้องสละเวลาส่วนตัวในการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถาม

6. งานวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์โดยรวม คือ

1. ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำผลการวิจัยที่วิเคราะห์ได้ มาใช้เป็นแนวทางในการ

ประเมินตนเองเพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถในการทำงาน

7. หากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ โทรศัพท์หมายเลข 086-9559922 และหากผู้วิจัยได้รับข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะดำเนินการแจ้งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบทันที

8. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว โดยไม่ชักช้า

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## (Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่  
 จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ/หรือได้รับฟังคำอธิบายจากนางสาวจิ  
 รัชยา ศิวาวุธ และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่  
 ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้า ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

และข้าพเจ้า ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอ  
 เป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้า สามารถ  
 ถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ

หากข้าพเจ้ามี ข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวจิ  
 รัชยา ศิวาวุธ ได้ที่ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-451640 (ในเวลา  
 ราชการ) และ 086-9559922 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ  
 ขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะ  
 พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-286422

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้  
 โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย .....


(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม .....

(นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 116 จาก 8 หน้า

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(เพื่อประกอบการตัดสินใจ)

**ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)** ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ  
พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ


สถานที่วิจัย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ให้ทุน ทุนส่วนตัว

ก่อนที่ท่านจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมร่วมวิจัย ท่านควรได้รับทราบว่

- โครงการนี้เป็นโครงการวิจัย ไม่ใช่ การรักษาตามปกติ
- ท่าน ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ท่านพึงได้รับตามสิทธิ
- ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี
- นักวิจัยผู้ขอความยินยอมต้องให้ ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย




	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 2 จาก 8 หน้า

- โรค (ภาวะ หรือเรื่องทำวิจัย).....นี้ เป็นอย่างไร

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ หรือ Non-technical skills ได้ถูกอ้างถึงว่าเป็นส่วนหนึ่งของ ทักษะทั่วไป (General skills), ทักษะชีวิต (Generic/Life skills) ไม่ได้มีความจำเพาะในตำแหน่งงานหรือบริบทสิ่งแวดล้อมการทำงานนั้นๆ แต่สามารถนำไปใช้ในหลายๆงานหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ในแต่ละบุคคลจะมีทักษะนี้แตกต่างกันขึ้นกับความเฉพาะของบุคคล ในด้านการสื่อสาร การจัดการ ทักษะทางสังคม ประสบการณ์ที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ของบุคคลนั้น ตลอดจนถึงกระบวนการคิดซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยทักษะดังกล่าวจะใช้ควบคู่กับทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ (Technical skills) ของแต่ละบุคคลเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงาน หรือในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย โดยทักษะการจัดการได้ถูกกล่าวขึ้นครั้งแรกในวิชาชีพนักบิน ในชื่อของ การบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน (Crew resource management skills : CRM)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความผิดพลาดทางการผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่าการขาดทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ โดยความผิดพลาดส่วนใหญ่จะเกิดจากการขาดความตระหนักรู้ในสถานการณ์นำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย รองลงมาคือการขาดทักษะการสื่อสารระหว่างทีม ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นทักษะการจัดการที่จำเป็นต่อบทบาทการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยทักษะการจัดการเป็นทักษะส่วนบุคคล จึงทำให้แต่ละคนมีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่แตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพ วัฒนธรรมความเป็นอยู่ของแต่ละประเทศยังแสดงให้เห็นว่าความจำเป็นในทักษะนอกเหนือจากทักษะ


	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 3 จาก 8 หน้า

วิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความแตกต่างกัน เหล่านี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ที่มีการให้บริการการผ่าตัดเฉพาะทาง ทีมผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญด้วยความซับซ้อนของโรค และมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการผ่าตัดนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพใดบ้างที่จำเป็นสำหรับการเป็นส่วนหนึ่งของทีม เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความปลอดภัยแม้จะเป็นการผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อนและเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

แบบสอบถามเป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิด จำนวนทั้งสิ้น 6 หัวข้อ (51 ข้อรายการ) โดยจะให้เวลา 2 สัปดาห์นับจากวันที่ได้รับแบบสอบถาม ก่อนส่งคืนให้กับผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบซองจดหมายติดไปรษณียากรพร้อมส่งคืนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

● เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

- ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เพราะ ท่านมีความเชี่ยวชาญในด้านงานการพยาบาลห้องผ่าตัด หรือ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (Non-technical skills) หรือปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
- ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้นของโครงการนี้ ตั้งแต่ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 – มีนาคม 2562 จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นในรอบแรก 4 คน และในรอบการตอบแบบสอบถามปลายปิด 23 คน

	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 4 จาก 8 หน้า

- ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะนำไปทำอะไร


1. ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยมีกี่ด้าน อะไรบ้าง
2. ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยแต่ละด้านมีกี่ข้อ อะไรบ้าง

- ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อท่านเข้าร่วมโครงการ

**กลุ่มที่ 1** ผู้วิจัยจะติดต่อผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัวเพื่อขอสัมภาษณ์เก็บข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยนัดหมายขอเข้าพบหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ตามที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก ใช้เวลาโดยประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในการนี้ผู้วิจัยได้นำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิคส่งแก่ผู้เชี่ยวชาญล่วงหน้าก่อนถึงวันสัมภาษณ์


**กลุ่มที่ 2**

- ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามปลายปิดที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 1 จำนวน 51 ข้อรายการ เพื่อลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยให้ความหมายตามระดับความคิดเห็น กำหนดเป็นค่า 1-5 และแสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างอิสระเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน

	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 5 จาก 8 หน้า

คน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการนี้ผู้วิจัยได้นำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค และแบบสอบถามปลายปิดส่งแก่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ตอบแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ และขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามและขออนุญาตทางถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่นัดหมาย เพื่อความสะดวกในการจัดส่งกลับผู้วิจัยได้เตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัยแนบไปกับข้อความที่ส่งไป

- หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนครบแล้ว ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ได้รับมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2 ก่อนส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ เพื่อเป็นการยืนยันความคิดเห็นเดิมในรอบที่ 1 พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่ามีความคิดเห็นตรงหรือสอดคล้องกับตำแหน่งของคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นแสดงความคิดเห็นหรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอบถามไม่แสดงเหตุผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของคำตอบดังกล่าว แล้วส่งคืนให้ผู้วิจัยภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หากคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันจะถือว่าสิ้นสุดการวิจัย แต่หากยังไม่มี ความสอดคล้องกันจะดำเนินการส่งแบบสอบถามปลายปิดในรอบต่อไปอีกจนกว่าจะได้คำตอบที่มีความสอดคล้องกัน

	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 6 จาก 8 หน้า

- **ประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการเข้าร่วม**


อาสาสมัครอาจจะได้หรือไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัย แต่พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำผลการวิจัยที่วิเคราะห์ได้ มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถในการทำงาน อีกทั้งผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- **ความเสี่ยงและความไม่สะดวกสบายที่อาจจะเกิดจากการเข้าร่วมโครงการ และวิธีการป้องกัน/ แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจมีความเบื่อหน่ายและขอถอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงมีแนวทางการป้องกันโดยมีการอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการเมื่อผู้มีส่วนร่วมวิจัยตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้หลังสิ้นสุดการวิจัย มีการสอบถามติดตามเป็นระยะ และเพื่อความสะดวกในการจัดส่งกลับผู้วิจัยได้เตรียมของจดหมายและผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัยแนบไปกับข้อความที่ส่งไป

- **หน้าที่ของท่านในฐานะของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยให้ความหมายตามระดับความคิดเห็น กำหนดเป็นค่า 5, 4, 3, 2 และ 1 ซึ่งค่าตัวเลขยิ่งมากหมายถึงเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยมาก และแสดงข้อคิดเห็นว่าเป็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของข้อความในแต่ละข้อในตอนท้าย และหากพบข้อความใดไม่ชัดเจน หรือมีความเห็นว่าควรแก้ไข

	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 7 จาก 8 หน้า


สำนวน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถเขียนคำแนะนำเพิ่มเติมได้เลย ก่อนส่งกลับคืนผู้วิจัย ภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม

● ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บไว้อย่างไร และจะมีใครนำไปใช้หรือไม่

- นักวิจัยจะบันทึกข้อมูลการรักษาของท่านลงในแบบบันทึกข้อมูลและเก็บในตู้ที่ล็อคอย่างปลอดภัย (สำหรับไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ของโครงการวิจัยซึ่งต้องใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล) และจะทำลายเอกสารทั้งหมดทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย
- เพื่อรักษาความลับของข้อมูล ในแบบบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ นามสกุล ของท่าน เพื่อไม่ให้ระบุตัวตนได้โดยง่าย นอกจากนี้ จะไม่มีการเผยแพร่ผลการวิจัยที่มีข้อมูลที่ระบุถึงตัวตนของท่าน แต่จะนำเสนอเป็นข้อมูลวิชาการในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการส่งต่อข้อมูลของท่านไปให้กับบุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต

● ท่านมีสิทธิถอนตัวจากโครงการหรือไม่ และต้องทำอย่างไร

- ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยท่านสามารถแจ้งความประสงค์ของท่านต่อนักวิจัยตามที่อยู่ที่ได้ไว้ และลงนามยืนยันการถอนตัวจากโครงการ หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม

	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	AP-025
	รหัสโครงการวิจัย: 62-014-19-6	วันที่ประกาศใช้: 28/03/2019
	Version 2.0, Date 23/03/2562	หน้า 8 จาก 8 หน้า

● ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ และอย่างไร

- ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย เช่น ค่าไปรษณียากรส่งแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าชดเชยการเสียเวลาให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมของที่ระลึกสัญลักษณ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสมุดปฏิทินปี 2562 มอบให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อแสดงความขอบคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม โดยจะมอบให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตอบแบบสอบถามปลายปีรอบที่ 1

หากท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับ นางสาวจรัชยา ศิวาวุธ ใต้ที่ ห้องผ่าตัดใหญ่ ชั้น 3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 074-451640 (ในเวลาราชการ) และ (มือถือ086-9559922) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com

**อาสาสมัครโปรดให้ความสำคัญ**

- ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ 1 ชุด ท่านควรเก็บไว้กับตัวเพื่อเป็นหลักฐานและอ่านเมื่อมีข้อสงสัย
- ส่วนทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ จะต้อง มี 1) ลายมือชื่อของท่าน 2) ลายมือชื่อนักวิจัยที่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการ และ 3) วันที่ที่ลงนาม ซึ่งท่านต้องเป็นผู้ลงวันที่ด้วยตนเอง

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล .....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
.....ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัย เรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ /หรือได้รับฟังคำอธิบายจากนางสาวจิรัชยา ศิวารุช และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ และข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามี ข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ **นางสาวจิรัชยา ศิวารุช** ได้ที่ **ห้องผ่าตัดใหญ่ ชั้น 3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-451640 และ มือถือ 086-9559922** ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ



ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม

.....

(นางสาวจิรัชยา ศิวารุจ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ท่านผู้เชี่ยวชาญด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ

เอกสารที่แนบมาด้วย

1. หนังสือเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ
2. เอกสารชุดที่ 1 โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย
3. เอกสารชุดที่ 2 ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. เอกสารชุดที่ 3 แบบสอบถามปลายปิดในรอบที่ 1

ข้าพเจ้า นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการวิจัย เรื่อง “ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย” พร้อมทั้งจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้ท่านได้พิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ทำการวิจัยโดยคณะกรรมการของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2561 ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ

โทรศัพท์ 086-9559922

รหัสผู้เชี่ยวชาญ .....

## แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ

เรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย  
ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

## ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ  
ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย

1. ชื่อ-นามสกุล.....
2. ตำแหน่งปัจจุบัน.....
3. หน่วยงาน.....
4. ประวัติการศึกษา
  - [ ]ปริญญาตรี.....
  - [ ]ปริญญาโท.....
  - [ ]ปริญญาเอก.....
5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
 

ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน..... ปี ตำแหน่งผู้บริหาร..... ปี

ตำแหน่งอื่นๆ.....
6. ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย/ด้านทักษะนอกเหนือจากวิชาชีพ
 

.....

.....
7. ผลงานที่ได้รับยอมรับ/ได้รับการเผยแพร่/ผลงานทางวิชาการ/ความเชี่ยวชาญ/งานด้าน  
บริหาร
 

.....

.....

## ส่วนที่ 2 : แบบสัมภาษณ์เพื่อสอบถามความคิดเห็น

คำชี้แจง ข้อคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลในการศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่  
จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย

1. ท่านคิดว่าทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้อง  
ผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ควรมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย แต่ละด้านมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

## แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ

### เรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

แบบสอบถามในรอบนี้ เป็นแบบสอบถามปลายปิดซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน ซึ่งในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้อย่างอิสระเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย มีอะไรบ้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยจำนวน 51 ข้อ

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ชื่อ-นามสกุล.....
2. ตำแหน่งปัจจุบัน.....
3. หน่วยงาน.....
4. ประวัติการศึกษา
  - [ ] ปริญญาตรี.....
  - [ ] ปริญญาโท.....
  - [ ] ปริญญาเอก.....
5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
  - ตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน..... ปี ตำแหน่งผู้บริหาร..... ปี
  - ตำแหน่งอื่นๆ.....
6. ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย/ด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ
  - .....
  - .....

7. ผลงานที่ได้รับยอมรับ/ได้รับการเผยแพร่/ผลงานทางวิชาการ/ความเชี่ยวชาญ/งานด้าน  
บริหาร

.....  
.....

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย  
ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านโดยค่าคะแนนมีความหมาย  
ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะ  
วิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย  
ในระดับมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะ  
วิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย  
ในระดับมาก

ระดับ 3 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะ  
วิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย  
ในระดับปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะ  
วิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย  
ในระดับน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะ  
วิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย  
ในระดับน้อยที่สุด

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์					
1.1 ใส่ใจข้อมูลต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ : .....					
1.2 ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
1.3 ใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
1.4 ติดตาม/สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง ข้อเสนอแนะ : .....					
1.5 แสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อต้องทำงาน ที่ไม่เชี่ยวชาญโดยการแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ ข้อเสนอแนะ : .....					
1.6 จัดลำดับความสำคัญของงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ข้อเสนอแนะ : .....					



ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.7 รายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอปรับเปลี่ยนหน้าที่เมื่อพบว่าตนเอง มีปัญหาสุขภาพและอาจเกิดความเสี่ยงในการทำงาน ข้อเสนอแนะ : .....					
1.8 แจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันทีเมื่อเห็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ เกิดการปนเปื้อนในบริเวณที่ปลอดภัย ข้อเสนอแนะ : .....					
1.9 ควบคุมอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูกตำหนิ จากเพื่อนร่วมงาน ข้อเสนอแนะ : .....					
1.10 ไม่ละเลยในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย ข้อเสนอแนะ : .....					
1.11 ให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวเมื่อต้องส่งเครื่องมือผ่าตัดใน การผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน ข้อเสนอแนะ : .....					
1.12 ให้ความสำคัญกับการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ ข้อเสนอแนะ : .....					
2. ทักษะการสื่อสาร					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.1 สื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ข้อเสนอแนะ : .....					
2.2 ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทาง อื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วย พิเศษเฉพาะราย ข้อเสนอแนะ : .....					
2.3 รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยสีหน้าที่เหมาะสม/ แสดงออกทางสีหน้าอย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะ : .....					
2.4 พูดกับทีมผ่าตัดอย่างชัดเจน ชัดคำและใช้ระดับเสียงที่ไม่ดัง เกินไปเมื่อต้องการแจ้งให้ทีมผ่าตัดทราบเกี่ยวกับอุปกรณ์ผ่าตัดที่ ขอไว้พร้อมใช้ ข้อเสนอแนะ : .....					
2.5 สื่อสารด้วยเทคนิค SBAR กับพยาบาลบนหอผู้ป่วยในการ รายงานสถานการณ์เคสหลังการผ่าตัด เช่น แผลกดทับ เป็นต้น ข้อเสนอแนะ : .....					
2.6 โทรศัพท์ประสานงานพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อให้รายละเอียด ของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น แผลกดทับ ข้อเสนอแนะ : .....					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.7 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย ข้อเสนอแนะ : ข้อเสนอแนะ : .....					
2.8 แขนงป้ายที่เปลผู้ป่วยและเน้นย้ำกับผู้ช่วยพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย กลับหอผู้ป่วยในกรณีที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ เช่น การนอนคว่ำ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดน้ำไขสันหลัง ไม่หุบขาในผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียม เป็นต้น ข้อเสนอแนะ : .....					
<b>3. ทักษะการทำงานเป็นทีม</b>					
3.1 ร่วมกับทีมผ่าตัดในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
3.2 ให้ความช่วยเหลือทีมวิสัญญีและทีมอื่นๆ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ ไม่พึงประสงค์ ข้อเสนอแนะ : .....					
3.3 เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่รีรอ ข้อเสนอแนะ : .....					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3.4 แนะนำแพทย์/พยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการ ปนเปื้อนเชื้อ ข้อเสนอแนะ : .....					
3.5 ช่วยถืออุปกรณ์ถ่างผิวหนัง (retractor) ในกรณีที่แพทย์ช่วย ผ่าตัดไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ : .....					
3.6 เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานเป็นทีมให้แก่พยาบาลใหม่ ข้อเสนอแนะ : .....					
3.7 แจ้งทีมวิสัญญีเมื่อเปลและพนักงานเข็นเปลพร้อม ในการส่ง ผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ : .....					
3.8 แจ้งทีมวิสัญญีทราบทันทีเมื่อได้รับแจ้งจากแพทย์ผ่าตัดว่า เลื่อนเวลาผ่าตัดออกไปเนื่องจากติดภารกิจสำคัญ ข้อเสนอแนะ : .....					
3.9 ยอมรับการตัดสินใจของแพทย์ผ่าตัดที่ยืนยันว่าจะเย็บปิดแผล แม้มีเลือดซึมอยู่ ข้อเสนอแนะ : .....					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>4. ทักษะการจัดการงาน</b>					
4.1 มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม <b>ข้อเสนอแนะ :</b> .....					
4.2 แจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะ ฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด <b>ข้อเสนอแนะ :</b> .....					
4.3 เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลากรณมีปัญหา อัตรากำลัง <b>ข้อเสนอแนะ :</b> .....					
4.4 ประกาศและขออัตรากำลังเพิ่มทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ในห้องผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยเกิดหยุดหายใจ (arrest) ผู้ป่วยเสียเลือด มากต้องใช้ทีมเสริมในการช่วยส่งเคส เป็นต้น <b>ข้อเสนอแนะ :</b> .....					
4.5 ดูแลให้มีการให้ข้อมูลญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง <b>ข้อเสนอแนะ :</b> .....					
4.6 วิธีจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการทำงาน <b>ข้อเสนอแนะ :</b> .....					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4.7 ดูแลให้มีการใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ : .....					
4.8 พัฒนาเทคนิคในการจัดการความเครียดของตนเองอย่าง สม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะ : .....					
<b>5. ทักษะความเป็นผู้นำ</b>					
5.1 เป็นผู้นำของทีมผ่าตัดในการเริ่มตรวจสอบความถูกต้อง ความพร้อมก่อนการผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
5.2 ให้คำแนะนำแพทย์ผ่าตัดเพิ่มเติมในกรณีที่มีประสบการณ์ กับเคสผ่าตัดในลักษณะเดียวกัน ข้อเสนอแนะ : .....					
5.3 สอนและฝึกหัดพยาบาลน้องใหม่ ข้อเสนอแนะ : .....					
5.4 เสนอทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่อพบ เหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ : .....					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5.5 ยอมรับการตัดสินใจของพนักงานแม่บ้านที่ขอเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นก่อนที่จะทำความสะอาดห้องหลังการผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
5.6 แสดงความคิดเห็นโดยไม่แสดงการตำหนิติเตียนเมื่อเกิด สถานการณ์ที่เกิดความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ : .....					
5.7 ให้คำแนะนำแพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่คาดว่าจะ เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ : .....					
<b>6. ทักษะการตัดสินใจ</b>					
6.1 ตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ ข้อเสนอแนะ : .....					
6.2 ขอเปลี่ยนเครื่องมือผ่าตัดทันทีเมื่อรู้สึกว่าการปนเปื้อนเชื้อ (contamination) ข้อเสนอแนะ : .....					
6.3 ยืนยันไม่ส่งอุปกรณ์ปิดแผลให้แพทย์ผ่าตัดเมื่อพบว่าผ้าซับ โลหิตหรืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่ครบตามจำนวน ยกเว้นกรณีที่แพทย์					

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ผ่าตัดมีเหตุผลจำเป็นด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ : .....					
6.4 ไม่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หากแพทย์ผ่าตัดไม่ได้มีการตรวจสอบ ความถูกต้อง (time out) กับทีมผ่าตัดก่อนเริ่มลงมือผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
6.5 ไม่ทิ้งชิ้นเนื้อจนกว่าจะได้รับการยืนยันจากแพทย์ผ่าตัด เจ้าของเคสว่าสามารถทิ้งทำลายได้ ข้อเสนอแนะ : .....					
6.6 ไม่โทรศัพท์ประสานงานเพื่อแจ้งรับผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ จนกว่าจะเห็นแพทย์ผ่าตัดเข้ามาในห้องผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					
6.7 เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของการ ผ่าตัด ข้อเสนอแนะ : .....					

ความคิดเห็นเพิ่มเติม :

.....

.....

.....



เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

เรียน .....

ข้าพเจ้า นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 รอบ หรือจนกว่าจะได้มติที่มีความสอดคล้องกันมากที่สุด ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากท่านผู้เชี่ยวชาญไปแล้ว 1 รอบ ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วย ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ทั้งหมด 6 ด้าน 45 ข้อรายการ

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแสดงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามเห็นสมควรจากผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งทางผู้วิจัยได้แนบรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้วิจัยได้รับหรือสามารถเพิ่มเติม/แก้ไขตามผู้เชี่ยวชาญเห็นสมควร และผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญในการส่งแบบสอบถามฉบับนี้คืน ภายในเวลา 2 อาทิตย์หลังได้รับเอกสารฉบับนี้

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัย สามารถติดต่อเป็นการส่วนตัวได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 086-9559922 ผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการบริหารทางการแพทย์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2

เรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

### คำชี้แจง

แบบสอบถามรอบที่ 2 มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 ค่าที่นำเสนอจะประกอบด้วย

1) ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 แทนด้วยสัญลักษณ์ •

2) ค่ามัธยฐาน (Median:  $MD$ ) หรือ ค่ากลางความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แทนด้วยสัญลักษณ์  $\Delta$  ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ในแต่ละข้อความมีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50-5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้มีในระดับมากที่สุด

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้มีในระดับมาก

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 2.50-3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้มีในระดับปานกลาง

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 1.50-2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้มีในระดับน้อย

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 0.50-1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต้องการให้มีในระดับน้อยที่สุด

3) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range:  $IR$ ) คือ เป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่าน ว่าเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย แทนด้วยสัญลักษณ์  $\leftrightarrow$

สามารถแปลค่าได้ดังนี้

3.1 ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ข้อความใดที่มีค่าไม่เกิน 1.00 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้น **สอดคล้องกัน**

3.2 ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.00 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้น **ไม่สอดคล้องกัน**

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต  $\leftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 ท่าน

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขต ↔ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 ท่าน ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดชี้แจงเหตุผลประกอบ

4) เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้ขอความกรุณาในการพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับมาก

ระดับ 3 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อรายการดังกล่าวเป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยในระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
1. ทักษะการตระหนักรู้ใน สถานการณ์								
1.1 ใส่ใจข้อมูลความต้องการ ของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ • ↔ ✓					5	1	

การแปลความหมาย

1. ค่ามัธยฐาน (*MD*) = 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (*IR*) = 1 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า “สอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบความต้องการทั้งจากทีมผ่าตัดและผู้ป่วย” มีระดับความสำคัญมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 1 ของท่าน (■) อยู่ในขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 5 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ที่มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
1. ทักษะการตระหนักรู้ใน สถานการณ์								
1.9 ควบคุมอารมณ์และ แสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูก	Δ ↔		•			5	0	

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
คำหนึจากเพื่อนร่วมงาน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....								

#### การแปลความหมาย

1. ค่ามัธยฐาน ( $MD$ ) = 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ( $IR$ ) = 0 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า “ควบคุมอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูกคำหนึจากเพื่อนร่วมงาน” มีระดับความสำคัญมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 1 ของท่าน (■) อยู่นอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ ( $IR$ ) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ ปานกลาง (3) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยควอไทล์ **ในกรณีนี้ขอความกรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ**

3. คำตอบในรอบที่ 1 ของท่าน (■) อยู่นอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบความคิดเห็นเป็น 5 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยควอไทล์ **ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ**

หมายเหตุ : 1. ในกรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย (■) ในข้อคำถามของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมา ท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนั้น

2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยข้อความ “คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์” ถ้าท่านยืนยันคำตอบเดิม กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้วยสีแดง เพื่อให้สังเกตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2  
เรื่อง ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
<b>1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์</b>								
1.1 ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
1.2 ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
1.3 ใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
1.4 ติดตาม สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
1.5 แสดงออกถึงการรับรู้ ความสามารถของตนเองเมื่อต้อง ทำงานที่ไม่เชี่ยวชาญโดยการ แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....		←→	Δ			3	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน
1.6 ไม่ละเลยในการดูแล สิ่งแวดล้อมให้สะอาดและ ปลอดภัย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	←→	Δ				4	1	
1.7 จัดลำดับความสำคัญของ งาน โดยคำนึงเรื่องความ ปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
1.8 ให้ความสำคัญกับการเตรียม ตัวเมื่อต้องส่งเครื่องมือผ่าตัดใน การผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	←→	Δ				4	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
1.9 แจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันที เมื่อเห็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ เกิดการปนเปื้อนในบริเวณที่ ปลอดภัย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
1.10 ควบคุมอารมณ์ และ แสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูก ตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
1.11 รายงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอ ปรับเปลี่ยนหน้าที่เมื่อพบว่า ตนเองมีปัญหาสุขภาพและอาจ เกิดความเสี่ยงในการทำงาน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
1.12 ให้ความสำคัญกับการใช้ และบำรุงรักษาเครื่องมือ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	1	
<b>2. ทักษะการสื่อสาร</b>								



ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
2.1 สื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
2.2 เสนอความคิดเห็นในการ แก้ไขการทำงานอย่างสร้างสรรค์ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	1	
2.3 รับฟังข้อมูลย้อนกลับจาก ทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่ เหมาะสม เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
2.4 สื่อสารกับทีมผ่าตัดด้วย ความสุภาพ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
2.5 ส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยกับ พยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่าง ครบถ้วนเพื่อการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
2.6 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น ครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย ข้อเสนอแนะ : เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
2.7 ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทาง อื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแล ผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
<b>3. ทักษะการทำงานเป็นทีม</b>								
3.1 แนะนำแพทย์/พยาบาลใหม่ ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการ ปนเปื้อนเชื้อ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด ไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
								ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน
3.2 เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย ฉุกเฉินโดยไม่รื้อรอ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
3.3 ให้ความช่วยเหลือทีมวิสัญญี และทีมอื่นๆ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ ไม่พึงประสงค์ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔	Δ				4	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน
3.4 เป็นแบบอย่างที่ดีในการ ทำงานเป็นทีม เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	
3.5 ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม ผ่าตัดก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
3.6 ประสานไปยังทีมผ่าตัดเพื่อ การส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	1	
<b>4. ทักษะการจัดการงาน</b>								
4.1 มอบหมายงานตามหน้าที่ และความเหมาะสม เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				5	1	
4.2 จัดสรรภาระงานและ อัตรากำลังให้สามารถปฏิบัติงาน ได้ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	1	
4.3 เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการ ทำผ่าตัดนอกเวลากรณีมีปัญหา อัตรากำลัง เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	1	

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
4.4 แจ้งขอความช่วยเหลือกับ ผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะ ฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
4.5 ดูแลให้มีการให้ข้อมูลญาติ/ ผู้เกี่ยวข้อง เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	1	
4.6 วิธีจัดการตนเองในการลด ความเครียดจากการทำงาน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน
4.7 ดูแลให้มีการใช้อุปกรณ์ อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึง ความปลอดภัยผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	↔	Δ				4	2	ความคิด เห็น ข อ ง ผู้ เชี่ยว ขา ณุ ทั้ ง ห ม ด ไ ม่ ส อ ด ค ล้ อ ง กั น ผู้ วิ จั ย ไ ด้ ป ร ิ บ ข อ ะ ม อ น ไ ม่ ป ร อ ด ไ ห้ ค ะ น แ น น

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
<b>5. ทักษะความเป็นผู้นำ</b>								
5.1 เป็นผู้นำของทีมผ่าตัดในการ เริ่มตรวจสอบความถูกต้องก่อน การผ่าตัด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
5.2 ให้คำแนะนำนำแพทย์/ ผู้เกี่ยวข้องเมื่อเห็นเหตุการณ์ที่ คาดว่าจะอันตรายต่อผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....		Δ ↔				4	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน
5.3 สอนและฝึกหัดพยาบาลน้อง ใหม่อย่างใกล้ชิด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	1	
5.4 เสนอทางเลือกที่จำเป็นกับ ทีมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่อพบ เหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิด อันตรายต่อผู้ป่วย เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ↔					5	0	

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
5.5 แสดงความคิดเห็นโดยไม่ แสดงการตำหนิติเตียนเมื่อเกิด สถานการณ์ที่เกิดความผิดพลาด ของผู้ปฏิบัติงาน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ  ←→					5	1	
5.6 แสดงความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะกับทีมผ่าตัด เมื่อ เจอเหตุการณ์เดิมที่เคยทำให้เกิด ข้อผิดพลาดมาก่อน เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ  ←→					5	1	
<b>6. ทักษะการตัดสินใจ</b>								
6.1 เตรียมส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนของ การผ่าตัด เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....		Δ  ←→				4	2	ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดไม่ สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับ ข้อความใหม่ โปรดให้คะแนน

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
6.2 ขอเปลี่ยนเครื่องมือผ่าตัด ทันทีเมื่อรู้สึกว่าการปนเปื้อน เชื้อ  เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ  ↔					5	0	
6.3 ยืนยันไม่ส่งอุปกรณ์ปิดแผล ให้แพทย์ผ่าตัดเมื่อพบว่าผ้าซับ โลหิตหรืออุปกรณ์ผ่าตัดไม่ครบ ตามจำนวน ยกเว้นกรณีแพทย์ ผ่าตัดมีเหตุผลจำเป็นด้านความ ปลอดภัยผู้ป่วย  เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ  ↔					5	1	
6.4 ยืนยันไม่ส่งเครื่องมือผ่าตัด หากทีมผ่าตัดไม่ได้มีการ ตรวจสอบความถูกต้อง (time out) ก่อนการผ่าตัด  เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ  ↔					5	1	
6.5 ไม่ทิ้งสิ่งที้ออกจากตัวผู้ป่วย จนกว่าจะได้รับการยืนยันจาก แพทย์ผ่าตัดเจ้าของผู้ป่วยเท่านั้น ว่าสามารถทิ้งทำลายได้  เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ  ↔					5	0	



ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่ จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิประเทศไทย	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	MD	IR	
6.6 ตัดสินใจไม่โทรศัพท์ที่ ประสานงานเพื่อแจ้งรับผู้ป่วยใส่ เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะเห็น แพทย์ผ่าตัดเข้ามาในห้องผ่าตัด หรือมีทีมวิสัญญีคอยดูแล เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	←→	Δ				4	1	
6.7 ตัดสินใจขอความช่วยเหลือ ทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ : .....	Δ ←→					5	0	

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวจิรัชยา ศิวารุธ

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. คุณดวงรัตน์ หมายดี

หัวหน้าแผนกผ่าตัด 1 หน่วยงานห้องผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ดร.ศศิธร ลายเมฆ

ภาควิชาการบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวจิรัชยา ศิวาวุธ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6010420017

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2557

ทุนการศึกษา

ทุนสำหรับบัณฑิตศึกษา เพื่อการค้นคว้าวิจัยจากมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี ประจำปี 2561

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ประจำปีงบประมาณ 2562 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หน่วยงานห้องผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา