



## ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย

### Non-technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety in Tertiary Hospital, Thailand

จิรัชยา	ศิวารุช *	Jiratchaya	Siwawut *
ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา **	Pratyanan	Thiangchanya **
ปราโมทย์	ทองสุข **	Pramot	Thongsuk **

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย โดยเดลฟายเทคนิค ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 27 คน รวม 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เคยผ่านการอบรมทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และ 3) อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล นักวิชาการที่เกี่ยวข้องชาญในเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพหรือด้านความปลอดภัยผู้ป่วย วิธีการดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ 1) สัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพระดับสูง 4 คน เกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 23 คน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ และ 3) นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มี 6 ด้าน 45 ข้อ โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ 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

ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำทักษะที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารองค์กรวิชาชีพในการกำหนดนโยบายและหารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ, พยาบาลห้องผ่าตัด, ประเทศไทย

\* พยาบาลระดับปฏิบัติการ ปริญญาโท สาขาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 \* master's degree/Faculty of Nursing Prince of Songkla University, fujiwarambh@gmail.com  
 \*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 \*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing Prince of Songkla University  
 วันที่รับบทความ 14 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 9 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 12 มิถุนายน 2562

## 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.

Nurse administration can apply the components of non-technical skill to be a guideline to identify policy and platform for nursing human resource development in order to improve patient safety outcome.

**Keywords:** *Non-technical skills, Perioperative nurses, Thailand*

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นผลลัพธ์สำคัญของระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลก กำหนดให้ทุกประเทศร่วมกันสร้างกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนา สร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากร เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (World Health Organization [WHO], 2006) สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาลทุกระดับ และทุกหน่วยงาน รวมถึงงานห้องผ่าตัด

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ.2008 มีรายงาน ความสูญเสียที่เกิดจากความผิดพลาดทางการรักษา

เป็นมูลค่า 17,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 0.72 ของ 2.39 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ที่สูญเสีย ด้านอื่นในระบบสาธารณสุข) (The Lancet, 2011) สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2557 พบรายงานอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 เพิ่มขึ้นมาก (Limpanyalert, 2015) สำหรับอุบัติการณ์ จากการผ่าตัด มีการศึกษาของ Weiser et al., 2008 โดยเฉลี่ยแล้วทั่วโลกมีการผ่าตัดมากกว่า 234 ล้านครั้ง โดยมีรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปี ละประมาณ 7 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนและ หลังผ่าตัด เมื่อวิเคราะห์หาต้นตอของความผิดพลาดเคลื่อน พบว่า สาเหตุสำคัญ คือ ความบกพร่องด้านทักษะ นอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non - technical

skills) ไม่ตระหนักในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา (situation awareness) การตัดสินใจผิดพลาดมากกว่าสาเหตุจากเทคนิคการผ่าตัด (Edelstein, Stevenson, & Broad, 2005) ในระยะต่อมา มีรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งแต่ปี 2010-2013 พบสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากวิชาชีพ 34 ราย (คิดเป็น 46.6% ของการเสียชีวิตจากการผ่าตัด) และมีวิจัยที่รายงานการเสียชีวิตจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกและข้อถึง 112 รายจากรายงานการศึกษา 2560 (Uramatsu et al., 2017) เช่น ความผิดพลาดในการสื่อสารในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ตลอดจนการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ปฏิบัติงาน ในงานของวิสัญญีพบว่า อุบัติการณ์ที่รายงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความผิดพลาดของบุคคลากร (human error) มากถึงร้อยละ 80 (Kirk, 2007) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ผลที่เกิดขึ้นนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลในด้านความไว้วางใจ ภาพลักษณ์ และค่าใช้จ่ายของประเทศโดยรวม (WHO, 2006)

จะเห็นได้ว่าทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากทักษะเชิงวิชาชีพหรือทักษะทางเทคนิค (clinical/non-technical skills) แล้ว ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills) ก็มีความสำคัญไม่แตกต่างกัน ทักษะนี้เกิดจากการฝึกฝนและการสร้างสมประสบการณ์ แต่ละคนจะมีการแสดงออกไม่เท่ากัน สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีมากขึ้นจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานการตระหนักรู้ในสถานการณ์ มีการเฝ้าระวัง ทำให้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น (McCulloch et al., 2009) การสื่อสารและ

การทำงานเป็นทีมที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการทำงานได้ (Gordon, Fell, Box, Farrell, & Stewart, 2014) ทักษะนี้จึงมีความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยควบคู่กับทักษะเชิงวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน (Kang, Massey, & Gillespie, 2014; Yule, Flin, Paterson-Brown, & Maran, 2006)

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย แตกต่างจากห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ เนื่องจากให้บริการวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาโรคที่มีความง่ายไปจนถึงซับซ้อนทุกระบบของร่างกายทั้งในและนอกเวลาราชการ ดังนั้น จึงเป็นพื้นที่ที่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ละสาขามาทำงานร่วมกันจำนวนมาก ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลพยาบาล นักเทคนิคผู้เชี่ยวชาญด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี เป็นต้น เพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ผู้ปฏิบัติงานต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการสื่อสารประสานงาน การบริหารจัดการและการตัดสินใจร่วมกันจึงจะทำงานบรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตามดังที่กล่าวมาแล้ว ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยบริการที่พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ในระดับสูง (Weiser et al., 2008) สาเหตุสำคัญของความผิดพลาดส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคลากรขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่าการขาดทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะทางวิชาชีพ (Yule et al., 2006) ขาดความตระหนักรู้ในสถานการณ์นำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย รองลงมาคือขาดทักษะการสื่อสารระหว่างทีม ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพจึงเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดรวมทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด (Flin, 2013) อย่างไรก็ตาม บุคคลอาจแสดงออกแตกต่างกันขึ้นกับการพัฒนา ประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Kang et al., 2015) รวมทั้งความแตกต่างของบริบทและวัฒนธรรมแต่ละภูมิภาค (Evelyn, Brigid, & Debbie, 2014) ในต่างประเทศมีการศึกษาองค์ประกอบของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพอยู่บ้าง เช่น การศึกษาของประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าทักษะการสื่อสาร

ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการตระหนักรู้ มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในห้องผ่าตัด (Wauben, Doorn, Wijngaarden, & Goossens, 2011) ในรัฐควีนแลนด์ ประเทศออสเตรเลียพบความปลอดภัยในห้องผ่าตัดส่วนหนึ่งมาจากการที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีทักษะการสื่อสารที่ดี (Gillespie, Gwinner, Fairweather, & Chaboyer, 2013) เป็นต้น ในงานของวิสัญญีได้มีการกำหนดองค์ประกอบของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ที่เรียกว่า ANTS (Anesthetists' Non-technical Skills) ในประเทศไทยผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเรื่องนี้ในพยาบาลห้องผ่าตัด จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพให้กับบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย

แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด (safe surgery) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วยของประเทศไทย (Patient Safety Goals: SIMPLE) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทงานห้องผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แนวคิดในส่วนของ S (safe surgery and invasive procedure) คือ S1 : Safe surgery and invasive procedure การป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ มีการตรวจสอบเพื่อยืนยันผู้ป่วย ตำแหน่ง การผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์เทียม การนับอุปกรณ์ที่เสี่ยงกับการตกค้างในผู้ป่วย ผ้าซับโลहित เข็ม ก่อนการเริ่มผ่าตัดและ

ก่อนการเย็บปิดแผลผ่าตัด การขอเวลานอก (time out) ในการตรวจสอบเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง (surgical checklist) โดยให้มีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ป่วยและทีมผ่าตัด การดูแลความปลอดภัยในห้องผ่าตัดทั้งสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ การผ่าตัดตามมาตรฐานและการป้องกันแผลติดเชื้อจากการผ่าตัด (The healthcare accreditation institute Public organization, 2018)

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มโดยใช้เทคนิคการบอกต่อ (snowball technique) จนได้จำนวนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 27 คน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย พบว่า ระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ที่ 0.02 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 17 คนขึ้นไป ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยทั้งสองกลุ่มเป็นผู้มีคุณสมบัติมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับว่ามีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์งานด้านเป็นด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ จำนวน 4 คนเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกให้ได้มาซึ่งทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย และนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามในรอบต่อไป

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ จำนวน 23 คน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการทางการแพทย์/พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติม คือ ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเนื่องจากต้องการได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเข้าใจในบริบทการทำงาน ของโรงพยาบาลตติยภูมิ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกลักษณะคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 และ 2) แบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญแต่ละทักษะ ตามกระบวนการวิจัยตามเดลฟายเทคนิค

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 คน ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระโดยมีการหาความตรงของเนื้อหาในรอบที่ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำงานในห้องผ่าตัด 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือ 1 คน

2. แบบสอบถามปลายปิด เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ 4 คน มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ภายหลังจากนำผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาสกัดเป็นข้อคำถามในแบบสอบถามปลายปิด มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

2.2 การหาความตรงจากแบบสอบถามปลายปิดด้วยลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ที่รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้มีโอกาสในการปรับแก้ข้อมูลภาษาและตรวจสอบคำถามของตนเองทั้งสิ้น 2 รอบ ซึ่งหมายถึงได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถาม

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของแบบสอบถามปลายปิดดำเนินการโดย

1. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทุกชุดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมจากผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัย

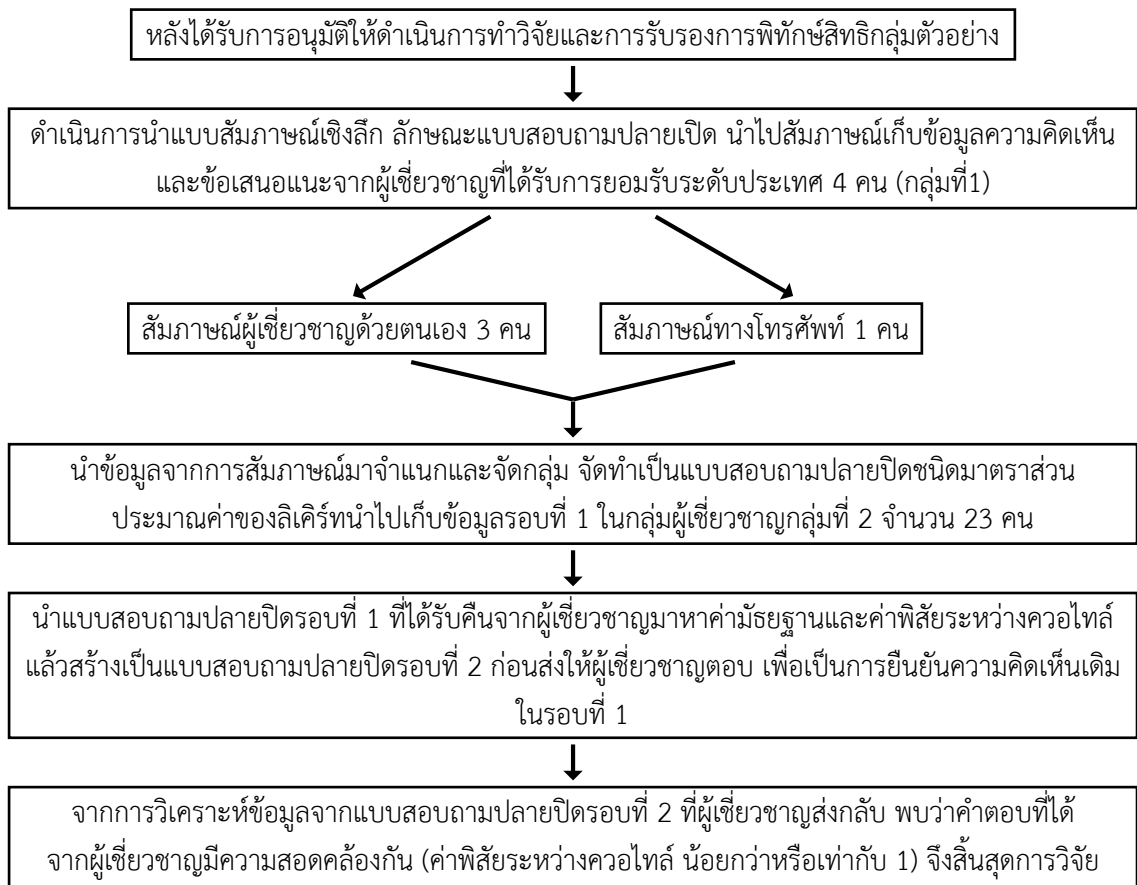
2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด และให้เวลาที่เพียงพอแก่ผู้เชี่ยวชาญในการแสดงความคิดเห็นอิสระในการตอบแบบสอบถามทุกรอบลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ที่รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มากกว่า 1 รอบขึ้นไป ทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นเดิมซ้ำ ซึ่งหมายถึงได้ตรวจสอบความเที่ยงพร้อมกับการตอบแบบสอบถาม (Poolpatarachewin, 2009) โดยยุติเมื่อมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไปและมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.00 ทุกข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 จัดเตรียมโครงการวิจัย โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้นแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด กำหนดขั้นตอนการวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัย นำเอกสารข้อมูลโครงการวิจัยเสนอต่อศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาการดำเนินการทำวิจัยและพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

## 2. ขั้นตอนดำเนินการ



2.1 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัย และการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามโครงการวิจัยโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะแบบสอบถามปลายเปิดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน แล้วนำไปสัมภาษณ์เก็บข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 4 คน (กลุ่มที่ 1) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 สรุปการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 คน โดยได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และหลังจากสิ้นสุดวิจัยได้มีการทำลายไฟล์บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทันทีใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2561 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2561 ใช้เวลาการสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 55 นาที

2.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์มาจำแนกและจัดกลุ่ม จัดทำเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ทนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 2 รวมทั้งสิ้น 23 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและเทคนิคการแนะนำแบบลูกโซ่จากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว และขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามและขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ ในกรณีที่เกิดเวลาที่นัดหมาย 2.3 ในแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญจะลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยให้ความหมายตามระดับความคิดเห็น

กำหนดเป็นค่า 1-5 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึง 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

2.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 ที่ได้รับคืนจากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 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

2.4 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2 ที่ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับพบว่าคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1) จึงสิ้นสุดการวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิจารณาถึงความเสี่ยงด้านจริยธรรมในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา

สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ PSU IRB 2018 - Nst 035 และสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ REC. 62-014-19-6 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเองทางโทรศัพท์ ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านทราบแนวทางการรักษาความลับของข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลที่เป็นไฟล์บันทึกเสียงสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะทำลายทันทีเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ

3. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านทราบเกี่ยวกับวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมโดยไม่มีกระบวนการระบุตัวบุคคลหรือพาดพิงผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล

4. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทราบว่าการเปิดเผยรายชื่อและข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญในรายงานวิจัย ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านก่อน หากไม่ได้รับการยินยอมจะปิดข้อมูลส่วนนี้เป็นความลับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1	นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน มาตรวจสอบเนื้อหาและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งสิ้น 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 51 ข้อ
การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2	พบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 คน มีความสอดคล้องกัน 37 ข้อ ( $MD = 4-5$ , $IR = 0-1$ ) และพบข้อรายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน 8 ข้อ ( $MD = 4$ , $IR = 2$ ) จึงได้มีการปรับข้อความใหม่ยังคงไว้ซึ่งความหมายเดิม และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันให้ลดจำนวนข้อย่อยในกรณีที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เหลือจำนวนข้อย่อยในแบบสอบถามรอบต่อไปทั้งสิ้น 45 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 23 คน มีความคิดเห็นสอดคล้องกันระดับมากถึงมากที่สุด ( $MD = 4-5$ ) และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ไม่เกิน 1.00 (Dobbins, 1999) ทุกข้อ ผู้วิจัย จึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย
----------------------------	--

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย มีทั้งหมด 6 ด้าน รวม 45 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) จำนวน 12 ข้อ ทักษะการสื่อสาร (communication) จำนวน 7 ข้อ ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork) จำนวน 6 ข้อ ทักษะการจัดการงาน (task management) จำนวน 7 ข้อ ทักษะความเป็นผู้นำ (leadership) จำนวน 6 ข้อ และ ทักษะการตัดสินใจ (decision making) จำนวน 7 ข้อ

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยการศึกษาพบว่าทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ประกอบด้วย ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงาน ภาพรวมทักษะดังกล่าวสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal safe surgery and invasive procedure (Health Care Accreditations Institute, 2018) ที่ได้นำเสนอกระบวนการทำงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประเด็น Safe Surgery Invasive Procedure ที่ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับสปลินท์ (SPLINTS) ซึ่งทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดของมหาวิทยาลัยแอร์เบอตัน ประเทศอังกฤษ ส่วนทักษะความเป็นผู้นำและทักษะการตัดสินใจสอดคล้องกับ โนทซ์ (NOTSS) และแอนทซ์ (ANTS) ที่ประกอบด้วย ประกอบไปด้วย 4 ส่วนหลัก ๆ คือ การทำงานเป็นทีม (team working) การบริหารจัดการงานที่สำคัญ (task management) การตระหนักถึงสถานการณ์ที่เป็น ปัญหา

(situation awareness) และการตัดสินใจ (decision making) ที่เป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของ ศัลยแพทย์และวิสัญญี ส่วนองค์ประกอบแต่ละด้านสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ เป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยในพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Flin (2013) ที่ระบุว่าทักษะการตระหนักรู้เป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยผู้ป่วย องค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ลำดับแรกที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสำคัญ คือ ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัด และผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด และใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด เป็นไปตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal Safe Surgery and Invasive Procedure ข้อ 5.1.1 เรื่อง surgical safety checklist (The Health Care Accreditations Institute, 2018) ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความสำคัญและตรวจสอบข้อมูลร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้งในทุกระยะของการผ่าตัด เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวทางการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของสมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (Association of Perioperative Registered Nurses [AORN], 2017) ส่วนองค์ประกอบย่อยลำดับถัดไป คือ การติดตาม/สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง ข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phurattanakornkul & Oumtanee (2014) ที่อธิบายว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องติดตามการผ่าตัดอย่างจริงจัง เพื่อให้สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ทั้งนี้เนื่องจากการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน



2. ทักษะการสื่อสาร ทักษะนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญรองจากทักษะการตระหนักรู้โดยส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า การสื่อสารทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นสื่อกลางระหว่างบุคคล มีความจำเป็นในระบบการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของ Mills, Neily, & Dunn, (2008) และ Flin (2013) ที่แสดงให้เห็นว่าทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมศัลยแพทย์กับพยาบาลในห้องผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย การสื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย การรับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่เหมาะสม บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย องค์ประกอบนี้สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal 2018 (The Healthcare Accreditation Institute, 2018) ที่ระบุว่า การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมที่คำนึงถึง Critical safety steps (Phurattanakornkul & Oumtane, 2014) การสื่อสารในการทำงานร่วมกันของทีมมีความสำคัญมากในระหว่างการผ่าตัด ช่วยป้องกันและลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย (Mill et al., 2008)

3. ทักษะการทำงานเป็นทีม กระบวนการผ่าตัดที่ถูกขับเคลื่อนด้วยทีมผ่าตัด ประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาล กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยให้ความเห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากขาดการประสานงานร่วมกันในทีมผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Mills et al., (2008); Prati & Piertrantoni (2013); Flin, (2013)) ที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการประสานงานที่ดี ช่วยเหลือกันทั้งระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือกับพยาบาลรอบนอก และระหว่างพยาบาลกับทีมผ่าตัดและสอดคล้องตามทฤษฎีริสัน

(Reason, 2000) ที่อธิบายว่าความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเกิดจากระบบป้องกันความผิดพลาดที่ไม่สมบูรณ์ การประสานงานร่วมงานระหว่างทีมที่ดีทำให้เกิดการปิดความไม่สมบูรณ์นั้น ความผิดพลาดจะไม่เกิดขึ้น เพราะการผ่าตัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ (Inter-Professional Practice) ทั้งในกระบวนการผ่าตัด กระบวนการระงับความรู้สึก รวมทั้งในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ทุกฝ่ายต้องรู้บทบาทของตนเองและสามารถช่วยเหลือในสถานการณ์ลักษณะนี้ ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ความรู้ และทักษะ จะต้องสื่อสาร แลกเปลี่ยน ถ่ายทอดข้อมูลซึ่งกันและกันตามบทบาทวิชาชีพและร่วมกันตัดสินใจ เพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จและผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Sullivan, Kiovsy, Mason, Hill, & Dukes, 2015)

4. ทักษะการจัดการงาน ได้แก่ การมอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม การแจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด การเสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลาราชการที่มีปัญหาอัตรากำลัง รวมทั้งการจัดสรรภาระงานและอัตรากำลังให้สามารถปฏิบัติงานได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับประกาศของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (Thai Perioperative Nurses Association, 2011) ที่ระบุว่าผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลทุกคน ควรร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนและหาแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลมีเวลาการทำงานที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และการมีทักษะในการจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากการสุขภาวะด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการทำงานของพยาบาล (Heagsuwan, Chanprasis, & Kaewthummanukul, 2016) มีผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิด ความเครียดกับพยาบาล พบว่าภาระงานการบริหารงาน ในหน่วยงานสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน และสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Flin (2013)

ที่พบว่าพยาบาลต้องมีความสามารถในการวางแผนจัดการทั้งตนเอง การจัดการกับสภาวะกดดัน ความเครียด และการบริหารงานทั้งงานตามบทบาทหน้าที่ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดทั้งมาตรฐานและความคุ้มค่าด้านทรัพยากรและกำลังคน

5. ทักษะความเป็นผู้นำในการผ่าตัดที่มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ผู้ร่วมทีมทุกคนจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็นและกล้าตัดสินใจที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเอง โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ตั้งไว้ และอำนวยความสะดวกในกระบวนการปฏิบัติงานและการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อผลลัพธ์การให้บริการสุขภาพที่ดี (Gillespie et al., 2013) พยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากจะมีความชำนาญในการทำงาน ความราบรื่นและความคล่องตัวจะมากกว่าพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีทักษะการเสนอทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัด/แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือคาดว่าจะอันตรายต่อผู้ป่วย (Bogdanovic, Perry, Guggenheim, & Manser, 2015)

6. ทักษะการตัดสินใจ ประกอบด้วย การตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่นอกเหนือบทบาทวิชาชีพ ทักษะการขอเปลี่ยนเครื่องมือทันทีเมื่อรู้สึกว่าการปนเปื้อนเชื้อ ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดของสมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN, 2017) เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดต้องตัดสินใจในการจัดการความขัดแย้ง การบริหารทรัพยากรและการควบคุมคุณภาพการผ่าตัด รวมทั้งการตัดสินใจที่จะยืนยันในภารกิจต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดของประเทศไทย (Thai Perioperative Nurses Association, 2011) การมีทักษะการตัดสินใจที่ดี เกิดจากกระบวนการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรองที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีทักษะการตัดสินใจ

ที่รวดเร็วทั้งในสถานการณ์ที่ปกติหรือในสถานการณ์ฉุกเฉิน บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาล เพื่อยืนยันความคิดของตนเองหรือให้ข้อมูลที่พร้อมผ่าตัด กรณีที่อาจละเอียด หรือกระทำบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (Gillespie et al., 2013)

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการบริหารและการพัฒนาวิชาชีพ: ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำทักษะที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารองค์วิชาชีพในการกำหนดนโยบายและหารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัย ทักษะและองค์ประกอบของทักษะที่ศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสามารถนำไปต่อยอดวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) โดยใช้สถิติขั้นสูงต่อไป และสามารถนำไปพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดทักษะนอกเหนือวิชาชีพได้

### กิตติกรรมประกาศ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณีที่สนับสนุนทุนในการศึกษาค้นคว้าวิจัย

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้ง 27 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- 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.
- Edelstein, S., Stevenson, J. M., & Broad, K. (2005). Teaching professionalism during anesthesiology training. *Journal of Clinical Anesthesia, 17*(5), 392-8
- Evelyn, M., Brigid, M. G., & Debbie, M. (2014). *What are the non-technical skills used by scrub nurses?*, Griffith University, Australia: ACORN.
- Flin, R. (2013). Non-technical skills for anaesthetists, surgeons and scrub practitioners. *The health foundation, 1-9*.
- 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.
- 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. doi: 10.1080/10872981.2017.1272838.
- Heagsuwan, R., Chanprasis, C., & Kaewthummanukul, T. (2016). Work ability and health status among registered nurse in University Hospital. *Nursing Journal, 43*, 116-128. (In Thai)
- 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
- Kirk, L. M. (2007). Professionalism in medicine: Definitions and considerations for teaching (Proceedings). *PubMed, 20*(1):13-6.
- Lancet, T. (2011). Medical errors in the USA: Human or systemic?. *The Lancet, 377*, 1289.
- Limpanyalert, P. (2015). *Engagement for patient safety*. Retrived January 14, 2018, from [http://hacc.kku.ac.th/haccupload\\_news/pdftitle/Tue24545uFpjMOP.pdf](http://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdftitle/Tue24545uFpjMOP.pdf)
- 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.
- 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.
- 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

- Phurattanakornkul, P., & Oumtanee, A. (2014). Experiences of being a perioperative nurse working in tertiary government hospital. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(1), 114-128. (In Thai)
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, (320), 768-770.
- Sullivan, M., Kiovsy, R. D., Mason, D. J., Hill, C. D., & Dukes, C. (2015). Interprofessional collaboration and education. *American Journal of Nursing*, 115(3), 47-54.
- Thai Perioperative Nurses Association. (2011). *Competency of perioperative nurses*. Bangkok: TPNA. (In Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2018). *Healthcare standard (4<sup>th</sup> ed.)*. Bangkok: D-one. (In Thai)
- Uramatsu, M., Fujisawa, Y., Mizuno, S., Souma, T., Komatsubra, A., & Miki, T., (2017). Do failure in non-technical skills contribute to fatal medical accidents in japan? A review of the 2010-2013 national accident reports. *British Medical Journal*, 7(2), 1-7.
- 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.
- 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.