

**องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย**
Effective Collaboration in Operating Rooms of University Hospitals in
Thailand: The 7 Components and 43 Elements of a Structured Practice

ฉันทิกา บัณฑิตเลิศลักษณ์^{1*}, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา² และ นงนุช บุญยัง²
Chantika Bunditlerdrak^{1*}, Pratyanan Thiangchanya² and Nongnut Boonyang²
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{1*}

(Received: May 04, 2020; Revised: January 24, 2022; Accepted: January 26, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 ท่าน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด 2) นักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบสอบถามคำถามปลายเปิด เพื่อให้เขียนตอบ 2) รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและประเมินค่าระดับความสำคัญ และ 3) นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่า มัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่า

องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบหลัก 43 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ จริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน 5 องค์ประกอบย่อย การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ 6 องค์ประกอบย่อย การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 8 องค์ประกอบย่อย การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม 7 องค์ประกอบย่อย การตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้ง 6 องค์ประกอบย่อย การยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง 4 องค์ประกอบย่อย และ ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ 7 องค์ประกอบย่อย

ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ผู้บริหารทางสุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และสามารถนำผลงานวิจัยมาเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในการพัฒนา ประเมินและปรับปรุงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานร่วมของสหวิชาชีพ, ห้องผ่าตัด, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mailychantika@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7294430)

Abstract

The purpose of this research was to identify the components of an effective collaboration practice in operating rooms of university hospitals in Thailand, using the Delphi technique. Participants were 23 experts, divided into 2 groups: 1) practitioners with experience working with multidisciplinary care in the operating room, and 2) health science academics with expertise in multidisciplinary practice. The research methodology consisted of 3 phases. In the first phase, the 23 highly experienced experts in collaboration practice were asked to describe the exact components of an effective and structured collaboration practice in operating rooms from university hospitals in Thailand, by using an open-ended questionnaire. During the second phase, data were collected by rating scales questionnaire. All items were ranked by order of importance. In the last phase, data were analyzed using median and interquartile range, and then used to develop a new version of questionnaire. The new version was sent to experts in order to assess the previously ranked items. Data were analyzed again, still using median & interquartile range, to summarize the study.

Results showed that components of collaboration practice in operating room in Thai university hospitals comprised 7 components and 43 elements as follows: 1) ethics (5 elements), 2) role clarification and responsibility (6 elements), 3) interprofessional communication (8 elements), 4) team functioning (7 elements), 5) situation awareness leading to conflict (6 elements), 6) client-centered care (4 elements), and 7) collaboration leadership (7 elements).

It is recommended that operating room administrators, health personnel or related organizations use these research results as a guideline so to develop effective collaboration practices. Research results can also be used as a guideline for assessment, development and improvement in terms of collaboration in operating rooms.

Keyword: Collaboration Practice, Operating Room, University Hospitals

บทนำ

สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความซับซ้อนและรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพ รวมทั้งโรคอุบัติซ้ำ อุตุนิยม COVID-19 ที่ทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบไปทั่วโลก ทำให้แนวโน้มความต้องการในการรับบริการทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและวิธีการรักษาที่ทันสมัย ทำให้การจัดบริการสุขภาพต้องอาศัยทีมของสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีความปลอดภัย ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ภายใต้บรรยากาศการทำงานที่ไว้วางใจ เชื่อใจ ให้เกียรติ (Canadian Interprofessional Health Collaborative: CIHC, 2010; World Health Organization: WHO, 2010) ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่สหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาทำงานร่วมกันในกระบวนการ ผ่าตัด (ศัลยแพทย์) กระบวนการพยาบาล (ทีมพยาบาลผ่าตัด: พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลผู้ช่วยรอบนอก) และกระบวนการระงับความรู้สึก (ทีมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล) ในการทำงาน ทุกวิชาชีพต้องใช้ความรู้ และทักษะในงานของตนตามบทบาทวิชาชีพของตนเอง ในขณะเดียวกันต้องมีการประสานงาน สื่อสาร ทำงานและตัดสินใจร่วมกัน (Sullivan, Kiovsy, Mason, Hill, & Dukes, 2015) สถานการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่มีความเร่งรีบ กดดันและมีความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพมากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ (Attri, Sandhu, Mohan, Bala, Sandhu, & Bansal, 2015) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า แต่ละปีมีการผ่าตัดเฉลี่ย 234 ล้านครั้ง ในขณะเดียวกัน

พบความผิดพลาดและผู้ใช้บริการมีภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 7 ล้านครั้งต่อปี (Weiser, Regenbogen, Thompson, Haynes, Lipsitz, Berry, et al, 2008) ทำให้ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย บางรายทำให้พิการ เสียชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่าย เวลา ในขณะที่ความผิดพลาดดังกล่าวส่งผลต่อผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า นำไปสู่การฟ้องร้อง รวมทั้งกระทบภาพลักษณ์ของหน่วยงาน (WHO, 2010) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จำนวนผู้ใช้บริการทางสุขภาพ จะเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มสูงถึงร้อยละ 70 หรือ 22 ล้านคน (WHO, 2015) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ของประเทศไทย ให้บริการรักษาพยาบาลที่มีขีดความสามารถเป็นเลิศและมีความพร้อมสูงสุดทั้งในด้านเครื่องมือ เทคโนโลยี และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ ให้บริการด้านการผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเป็นแหล่งเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพทุกสาขา มีสหวิชาชีพทำงานร่วมกันเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้น การมีทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่มีคุณภาพ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Attri, Sandhu, Mohan, Bala, Sandhu, & Bansal, 2015) หรือการมีส่วนร่วมระหว่างวิชาชีพ (Collaborative Practice) (CIHC, 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; WHO, 2010) จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและจากการผ่าตัดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามเป้าหมายความปลอดภัย Safe Surgery ใน SIMPLE (The Healthcare Accreditation Institute, 2013) มีความพึงพอใจ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) ในส่วนองค์กร การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น สร้างต้นแบบในการทำงาน นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและบรรยากาศองค์กรในระยะยาว นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ดี (CIHC, 2010; WHO, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยและฐานข้อมูลต่าง ๆ เช่น PubMed, CUIR, ThaiLIS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-พ.ศ.2562 พบว่า มีการกำหนดองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพแต่ยังไม่มีการกำหนดที่เฉพาะเจาะจงในบริบทการทำงานที่สำคัญ เช่น ห้องผ่าตัด การกำหนดองค์ประกอบการทำงานร่วมกันที่เฉพาะเจาะจงกับบริบท จะเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการนำไปส่งเสริมบรรยากาศการทำงาน เพื่อทำให้เกิดที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยของการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดองค์การความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพแคนาดา (CIHC, 2010) ประกอบด้วย 1) การเข้าใจในบทบาท 2) การยึดผู้ใช้บริการ ครอบคลุม และชุมชนเป็นศูนย์กลาง 3) การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม 4) ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ 5) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และ 6) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเทคนิคการอ้างอิงแบบบอกต่อ (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด ทั้งสิ้น 23 ท่าน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด หมายถึง บุคคลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานร่วมกันกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป และ/หรือเคยผ่านการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ จำนวน 11 ท่าน ประกอบด้วย นายกสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประธานชมรมวิสัญญีพยาบาล หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด และผู้มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เป็นต้น

2. นักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ซึ่งมีวุฒิปริญญาโทขึ้นไป และเป็นที่ยอมรับในระดับโรงพยาบาล จำนวน 12 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับด้านการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ อาจารย์จากสหวิชาชีพ เช่น เทคนิคการแพทย์ เภสัชศาสตร์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 1 ชุด โดยในรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ องค์ประกอบ การปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ในรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำคำตอบจากรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย ในลักษณะมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินค่าระดับความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนา ในรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามองค์ประกอบ การปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย ในลักษณะมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) รวมทั้ง ตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เพื่อยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยโดยเทคนิคเดลฟาย เป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับแก้ข้อมูลภาษาและตรวจสอบคำถามคำตอบของตนเองหลายรอบ เป็นการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา กับการตอบแบบสอบถาม ส่วนความเที่ยงจากเทคนิคเดลฟายที่รวบรวมความคิดเห็นประเด็นเดิมซ้ำที่มากกว่า 1 รอบ ส่งผลให้นำไปสู่การสรุปฉันทมติที่มีความเป็นปรนัยสูงและมีความน่าเชื่อถือ (Campbell, 2002)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังผู้เชี่ยวชาญตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดส่งโครงร่างวิจัยฉบับย่อพร้อมแบบสอบถามคำถามปลายเปิดทางไปรษณีย์และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หลังจากนั้นนำคำตอบที่ได้มาจำแนกและจัดกลุ่มแล้ว จัดทำเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราประมาณค่าเพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

การเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ใช้แบบสอบถามปลายปิด โดยผู้เชี่ยวชาญจะลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น รวมทั้งสามารถเพิ่มเติมคำแนะนำ และส่งกลับคืนผู้วิจัย เพื่อค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 3

การเก็บข้อมูลรอบที่ 3 ใช้แบบสอบถามปลายปิด เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิด และส่งกลับคืนผู้วิจัย เมื่อพบว่าคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50) จึงสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 แบบสอบถามคำถามปลายเปิด โดยวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อจำแนกหมวดหมู่แต่ละด้าน ร่วมกับการบูรณาการเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2
2. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3
3. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้ออีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัยโดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 4.00 พิจารณาร่วมกับความสอดคล้องของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 และมีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ (รหัสรับรอง PSU IRB 2019-NSt 018)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 23 ท่าน แบ่งตามสถานภาพการทำงานเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด จำนวน 11 ท่าน ร้อยละ 47.82 นักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 12 ท่าน ร้อยละ 52.18 แบ่งเป็นเพศหญิง 16 ท่าน ร้อยละ 69.57 เพศชาย 7 ท่าน ร้อยละ 30.43 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 6 ท่าน ร้อยละ 26.09 และสำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาโท 17 ท่าน ร้อยละ 73.91
2. องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ตาราง 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ข้อ	องค์ประกอบ	MD	IR	ระดับ
จริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน				
1	ยอมรับ และให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทุกระดับทุกวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
2	ยึดหลักความยุติธรรม เป็นกลาง และความถูกต้องระหว่างปฏิบัติงานร่วมกัน	5	0	มากที่สุด
3	ปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ เพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ	5	0	มากที่สุด
4	ปฏิบัติงานโดยไม่มีอคติ และไม่ใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ส่วนตน	5	0	มากที่สุด
5	ไม่ปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดความเสียหายต่อทีมสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน	5	1	มากที่สุด
การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่				
1	รับรู้บทบาท ความสามารถตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
2	แสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพของตน ให้ทีมรับทราบและเกิดความเข้าใจ	5	1	มากที่สุด
3	ทราบข้อจำกัด ไม่ละเมิด หรือฝืนปฏิบัติในสิ่งที่ยอยู่นอกเหนือสมรรถนะ หรือความเชี่ยวชาญตามวิชาชีพของตน	5	1	มากที่สุด
4	แลกเปลี่ยนข้อมูล และวางแผนการรักษา การปฏิบัติงานร่วมกับทีม ตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ	5	1	มากที่สุด
5	ดูแลผู้ใช้บริการตามบทบาท และหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	องค์ประกอบ	MD	IR	ระดับ
6	ประเมินสมรรถนะของตนเอง และพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะของวิชาชีพ ตนเองสม่ำเสมอรับรู้ในบทบาท ความสามารถ ตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ	5	1	มากที่สุด
การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ				
1	ส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ได้ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม และครบถ้วน	5	0	มากที่สุด
2	ปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อข้อมูลระหว่างการปฏิบัติงาน ทั้งรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ SBAR เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
3	ทวนข้อมูลกับผู้ให้บริการทุกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน	5	1	มากที่สุด
4	ทวนข้อมูลแก่ผู้ร่วมปฏิบัติงานทุกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน	5	1	มากที่สุด
5	ตรวจสอบข้อมูลที่มีผลต่อกระบวนการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เช่น ใบตรวจสอบความ ถูกต้องของผู้ให้บริการ เอกสารแสดงความยินยอมในการรักษา เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
6	แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบทันที เมื่อเกิดข้อผิดพลาด/ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	5	0	มากที่สุด
7	ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี สารสนเทศที่เหมาะสมกับข้อมูลที่ต้องการสื่อ	5	1	มากที่สุด
8	พัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันทุกระดับ	5	1	มากที่สุด
การปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม				
1	ร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้ชัดเจน เช่น การทำ short brief ก่อนผ่าตัด เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2	ร่วมวางแผนปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดร่วมกับวิชาชีพอื่น	5	1	มากที่สุด
3	ร่วมกำหนดภาระงานที่ชัดเจนตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ	5	1	มากที่สุด
4	รับฟังข้อเสนอแนะของผู้ร่วมปฏิบัติงานในทีม	5	1	มากที่สุด
5	เมื่อเกิดปัญหา ร่วมตัดสินใจ และแสดงความรับผิดชอบ	5	1	มากที่สุด
6	ให้เกียรติ และมีพฤติกรรมถ้อยทีถ้อยอาศัย ระหว่างปฏิบัติงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น ๆ	5	1	มากที่สุด
7	เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ	4	1	มาก
การตระหนักรู้อุบัติการณ์				
1	ไม่กล่าวโทษ ตำหนิ หรือซ้ำเติมบุคลากรทั้งในและนอกวิชาชีพ เมื่อเกิดข้อผิดพลาด	5	0	มากที่สุด
2	ไวต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานของสห วิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
3	สนใจข้อมูลที่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน	5	1	มากที่สุด
4	เมื่อเกิดปัญหาในการทำงานรีบเร่งขอความช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่นหรือผู้เชี่ยวชาญใน ด้านนั้น ๆ ทันที	5	1	มากที่สุด
5	แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบทันที หากจำเป็นต้องปฏิบัติงานที่ไม่เชี่ยวชาญ	5	1	มากที่สุด
6	ประนีประนอมในสถานการณ์ขัดแย้งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการ	4	1	มาก
การยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง				
1	ทบทวนข้อมูลจากสหวิชาชีพเพื่อวางแผน และดูแลผู้ให้บริการในห้องผ่าตัดร่วมกัน	5	0	มากที่สุด
2	รับฟังอย่างเข้าใจ พุดคุยและสร้างกำลังใจแก่ผู้ให้บริการ	5	1	มากที่สุด
3	กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ให้บริการ เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการปฏิบัติงาน	5	0	มากที่สุด
4	ให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกแนวทางการดูแล/รักษาในห้องผ่าตัด	4	0	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	องค์ประกอบ	MD	IR	ระดับ
	ภาวะผู้นำภายใต้การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ			
1	เป็นผู้นำในการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เช่น ประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ ความเสี่ยงในการเสียเลือด เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2	เปิดใจยอมรับความสามารถที่แตกต่าง ความหลากหลาย และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดการข้อแย้งได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	5	0	มากที่สุด
4	บอกให้ผู้อื่นรับรู้เป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานร่วมกัน	5	1	มากที่สุด
5	รวมทีม เป็นตัวแทนของวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	4	0	มาก
6	กล้าแสดงความคิดเห็น และได้แย้งอย่างสร้างสรรค์ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ	4	1	มาก
7	ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานร่วมกันตามขั้นตอนกฎระเบียบ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ	4	1	มาก

จากตาราง 1 พบว่า องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบ 43 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบย่อยมีระดับความสำคัญมากที่สุด จำนวน 37 รายการ และองค์ประกอบย่อยที่มีความสำคัญระดับมาก จำนวน 6 รายการ

อภิปรายผล

ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับองค์ประกอบขององค์การความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพแคนาดา (CIHC, 2010) ยกเว้นองค์ประกอบหลักจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ามีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากการปฏิบัติงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพที่ในห้องผ่าตัด เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และผู้ให้บริการส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึก ทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล และพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการตามมาตรฐานสอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์สากล ประกอบด้วย การเคารพในความอิสระ การกระทำในสิ่งที่ดี และเป็นประโยชน์ การไม่ทำอันตราย และความยุติธรรม (Beauchamp, 2013) โดยเฉพาะประเทศไทย แพทยสภาและสภาการพยาบาลได้กำหนดหลักจริยธรรมข้างต้นสอดแทรกอยู่ในมาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา (The Medical Council of Thailand, 2012) และมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ยึดหลักความยุติธรรม ปฏิบัติงานโดยเคารพความเป็นบุคคลของผู้ร่วมปฏิบัติงาน ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ไม่มีอคติ (America Association of Nurse Anesthetists: AANA, 2019) และไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในปัจจุบันสังคมและกลุ่มผู้ใช้บริการล้วนมีความคาดหวังสูงต่อบริการที่ได้รับจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้บริหารต้องคำนึงถึงการบริการจัดการเชิงจริยธรรม ควบคุมและดูแลการปฏิบัติงานโดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อผลประโยชน์และความปลอดภัย มีผลต่อความพึงพอใจในงานสามารถให้บริการ และสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ (Tateaw & Wisrith, 2011)

อย่างไรก็ตาม 4 ใน 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม สอดคล้องกับองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของ Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011)

ในส่วนองค์ประกอบหลักอีก 6 ด้าน นำเสนอการอภิปรายแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ เป็นองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสำคัญต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นการรับรู้ แสดงออก เข้าใจบทบาทของตนเองและผู้ร่วมปฏิบัติงาน ร่วม

วางแผนการดูแลผู้ใช้บริการตามบทบาทของตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประเมินและพัฒนาศักยภาพความเชี่ยวชาญของตนอยู่เสมอประกอบด้วย การรับรู้บทบาท ความสามารถตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ การแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพของตน ให้ทีมรับทราบและเกิดความเข้าใจ การทราบข้อจำกัด ไม่ละเมิด หรือฝืนปฏิบัติในสิ่งที่ยอยู่นอกเหนือสมรรถนะ หรือความเชี่ยวชาญตามวิชาชีพของตนสอดคล้องกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยเคอร์ติง ซึ่งบริเวอ์ (Brewer, 2013) ได้กำหนดกรอบแนวคิด Interprofessional Capability กล่าวคือ การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ทั้งของตนเอง และผู้ร่วมปฏิบัติงาน เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานสู่ผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ใช้บริการ โดยการปฏิบัติงานของบุคคลจะถูกต้อง เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความเข้าใจในบทบาทที่ตนแสดงหรือปฏิบัติ (Lueluang & Vorahan, 2011) ดังนั้นจึงเป็นองค์ประกอบหลักที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ ซึ่งส่งผลโดยต่อผู้ใช้บริการ การฝึกอบรม และพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานในท้องผ่าตัดส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมได้ดี จึงต้องมีการวางแผนพัฒนา และกระจายทรัพยากร จัดสรรงานตามบทบาทหน้าที่เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันให้เป็นไปตามมาตรฐาน และบรรลุปเป้าหมายขององค์กร (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018)

2. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ เป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เป็นการถ่ายทอด และส่งต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งในมาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (The Healthcare Accreditation Institute, 2013) เป็นองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสำคัญต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานต้องสามารถรับ/ส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานร่วมกันได้ชัดเจน กระชับ ครบคลุม และครบถ้วนตามมาตรฐาน ทั้งรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ในการรายงานข้อมูลผู้ป่วย มีการทวนข้อมูลทุกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ซึ่งเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อคุณตรวจสอบความถูกต้องของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ Kasatpibal, Punjasawadwong, Chitreecheur, Chotirosniramit, Sirakamon, & Pakvipas (2015) ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการผลักดันการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก (The WHO SSC) ปัจจุบันสนับสนุนเชิงนโยบายทั้งในระดับประเทศ และโรงพยาบาล รวมทั้งผลักดันให้บรรจุในหลักสูตรฝึกอบรมแก่ทีมสหวิชาชีพ และกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และเกิดความตระหนักในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ โดยกลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยที่ลดและแก้ไขข้อขัดแย้งจากการเจรจาสื่อสารกันภายในทีม (WHO, 2010) รวมทั้งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและการจัดการสารสนเทศในองค์กร (Joint Commission International, 2017) ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาด เกิดความปลอดภัย และคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ใช้บริการ ดังนั้นผู้บริหารจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันทุกระดับ (Sriwicha & Limprasert, 2020)

3. การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ในกระบวนการการผ่าตัด ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพผู้มีบทบาทและความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน ร่วมปฏิบัติงานร่วมกัน อันประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด และบุคลากรสายสนับสนุนอื่น ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นร่วมกันว่า การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม นั้น จะก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ ลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และเกิดประโยชน์ต่อองค์กร (Kasatpibal & et al., 2015) มีแนวทางการปฏิบัติงานให้ชัดเจน เช่น การทำ short brief ก่อนผ่าตัด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanapongsathorn, Jitsopa, & Wongviriyakorn (2012) โดยพบว่าการประชุมกลุ่มเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดของทีมสหวิชาชีพ สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจต่อการทำงานเป็นทีมได้สูงขึ้น ลดระยะเวลาในการปฏิบัติที่สูญเสียไปด้วยเหตุผลที่ไม่ควร เพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน และเพิ่มความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมมากยิ่งขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (Riley, Manias, & Polglas, 2006) รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungrat (2014) พบว่า บุคลากร

ที่เคยผ่านการอบรมเรื่องการบริหารและจัดการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ภายใต้การให้เกียรติ และพฤติกรรมถ้อยทีถ้อยอาศัย เนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีตำแหน่งและหน้าที่แตกต่างกัน แต่ทุกหน้าที่ล้วนมีความสัมพันธ์ และมีความเชื่อมโยงกันในทุกระยะของการผ่าตัด หัวหน้างานหรือผู้บริหารจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือประสานในการปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และมาตรฐาน (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018)

4. การตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้ง ให้ความสำคัญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกัน และส่งผลต่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ เนื่องจากการทำงานในห้องผ่าตัดเป็นการทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความเป็นความตายของผู้ป่วยตรง จำเป็นต้องไวต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน ไม่กล่าวโทษ ตำหนิ หรือซ้ำเติมบุคลากรทั้งในและนอกวิชาชีพ รวมทั้งประนีประนอมในสถานการณ์ขัดแย้งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Makary, Sexton, & Freischlag (2006) พบว่า ในการปฏิบัติงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด จะมีการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงออกถึงความไม่พอใจต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อปฏิบัติงานร่วมกัน และผู้ปฏิบัติงานต้องสนใจข้อมูลที่รับแจ้งขอความช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่นหรือผู้เชี่ยวชาญทันที เมื่อเกิดปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Siwawut, Thiangchanya, & Thongsuk (2020) ที่ศึกษาทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยแสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถ เมื่อต้องปฏิบัติงานที่ไม่เชี่ยวชาญและแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เป็นองค์ประกอบย่อยหนึ่งของทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้งซึ่งมีความจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ดังนั้นในด้านผู้ให้บริการผู้บริหารควรมีการส่งเสริม และสร้างการขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นความปลอดภัยสำหรับบุคลากร เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติงาน ถ่ายทอดนโยบายความปลอดภัยแก่บุคลากรใหม่ก่อให้เกิดความตระหนักที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และเป็นวัฒนธรรมขององค์กรต่อไป (Thongkaew, Thongsuk, & Thiangchanya, 2018) และสำหรับด้านการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล ทักษะความเชี่ยวชาญ วิธีการปฏิบัติงานที่แตกต่าง ย่อมเป็นปัจจัยที่ชักนำไปเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกัน ดังนั้นการบริหารจัดการองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมาย ผู้บริหารต้องมีการป้องกัน และส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกัน ประนีประนอม สนับสนุนการแสดงออกที่เหมาะสมและมีการเจรจาต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยง และลดความรุนแรง ผู้บริหารควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้ง จัดอบรม หรือกิจกรรมเสริมความสามัคคีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความขัดแย้ง และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานขององค์กร (Lertpunjasub & Stiramon, 2017)

5. การยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ร่วมวางแผนการดูแลรักษาโดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมร่วมกันทีมสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการที่มารับบริการในห้องผ่าตัดให้มากที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการในขอบเขตที่เหมาะสม และเป็นบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและเกิดทัศนคติที่ดี (Manoonya, 2017) มีการรับฟังพูดคุย สร้างกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกลงหนทางการดูแล/รักษาในห้องผ่าตัดตามที่สภาการพยาบาล (2019) ได้กำหนดในเป็นมาตรฐานการพยาบาล เน้นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใช้บริการบางรายจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ประกอบกับโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่เป็นระบบปิด เพื่อการควบคุมความสะอาด ส่งผลให้ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากขาดข้อมูลเกิดความไม่แน่ใจในผลของการผ่าตัด เกิดความละเลย เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ใช้บริการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Pongam, Kunsongkeit, & Duangpaeng, 2012) กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักและเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการบริการสุขภาพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2013) ดังนั้นผู้บริหารจึงมีบทบาทสำคัญในการออกแบบขั้นตอน และประเมินผลเนื่องจากการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ

อาจได้รับการเตรียมมาแตกต่างกัน แต่หน่วยบริการจึงควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีเป้าหมายร่วมกัน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ในบรรยากาศที่มีความเอื้ออาทร (Wongchaiya, Ampansirirat, & Pinjai, 2017) และการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน นำไปสู่แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน

6. ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ การปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด ไม่ใช่การปฏิบัติตามคำสั่งของทีมใดทีมหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เกิดจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแต่ละวิชาชีพมีความกล้าในการนำเสนอทางเลือก หรือให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ตนเองมีความรู้ ความสามารถ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ บรรลุเป้าหมายเพื่อลดผลกระทบที่มีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก (Agnoletti, Gambale, & Meineri, 2015) ผู้ปฏิบัติงานเปิดใจยอมรับความสามารถที่แตกต่าง และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ แสดงความคิดเห็นในการจัดการข้อแย้งได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งสามารถบอกให้ผู้อื่นรับรู้เป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานร่วมกัน สอดคล้องกับ WHO (2010) ที่ได้กำหนดปัจจัยที่ในการปฏิบัติงานร่วมกันในเกิดประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น บอกความต้องการในการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกแก่ผู้ใช้บริการ ดังนั้นผู้บริหารเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เป็นตัวแทนของวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานร่วมกันตามขั้นตอน ภาวะเบี่ยง และแนวปฏิบัติต่าง ๆ เนื่องจากการปฏิบัติตามนโยบายของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลสนับสนุนการให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เกิดระเบียบแบบแผนในการปฏิบัติงาน เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการให้บริการทางสุขภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นองค์ประกอบหลักที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ผู้บริหารจึงควรมีการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเล็งเห็นความสำคัญ มีการจัดส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกันมากขึ้นรวมทั้งเปิดโอกาสสนับสนุนให้มีการสร้างแนวทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม และสนับสนุนการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด

2. ใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในห้องผ่าตัด ในการพัฒนาศักยภาพรายบุคคล และการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในรูปแบบภาพรวม ก่อให้เกิดรูปธรรม และเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการการศึกษาของสหวิชาชีพ เป็นหลักสูตร หรือโปรแกรมที่มีความชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทการให้บริการสุขภาพในห้องผ่าตัด แก่นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประเทศไทย สามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาปัจจัยเชิงทำนาย ตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ หรือการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย นำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

Agnoletti, V., Gambale, G. & Meineri, M. (2015). Operating Room Leadership: Who is the One?. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 6(10), 576.

- American Association of Nurse Anesthetists. (2019). *Standard for Nurse Anesthesia Practice*. Retrieved July 23, 2019 from [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/standards-for-nurse-anesthesia-practice.pdf](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/standards-for-nurse-anesthesia-practice.pdf)
- Attri, J. P., Sandhu, G. K., Mohan, B., Bala, N., Sandhu, K. S., & Bansal, L. (2015). Conflicts in Operating Room: Focus on causes & resolution. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 9(4), 457-463.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical ethics*, 7th Ed. Oxford University Press.
- Brewer, M. (2011). *Curtin University's Faculty of Health Sciences Interprofessional Capability Framework*. Perth: Curtin University. Retrieved October 10, 2019 from http://healthsciences.curtin.edu.au/faculty/ipe_publications.cfm
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchison, A., & Marshall, M. (2002). Research Methods Used in Developing & Applying Quality Indicators in Primary Care. *Quality & Safety in Healthcare*, 11(4), 358-364
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *Interprofessional Education & Core Competencies*. Retrieved March 23, 2019 from <https://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.
- Joint Commission International. (2017). *Joint Commission International Standard for Hospital*. Retrieved March 23, 2020 from https://www.jointcommissioninternational.org/-media/jci/Documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-standards-only_6th-ed-hospital.pdf
- Kasatpibal, N., Punjasawadwong, Y., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Sirakamon, S., & Pakvipas, P. (2015). *Implementation and Compliance with World Health Organization Surgical Safety Checklist in Government and Private Hospitals in Thailand for Quality Improvement and Safety among Patients Undergoing Surgery*. Retrieved February 25, 2020 from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4348?locale-attribute=th>. (in Thai)
- Lertpunjasub, P., & Stiramon, O. (2017). Conflict Analysis and Management among Registered Nurses in Admission System at The Hospital. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 43(2), 47-63. (in Thai)
- Lueluang, W., & Vorahan, W. (2011). *Factors Influencing Role Practices of Professional Nurses at Operating Room in Regional Hospitals, Northeast Region*. Graduate Research Conference (pp. 583-560). Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Makary, M. A., Sexton, J. B., & Freischlag, J. A. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians & Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746-752.
- Manoonya, S. (2017). Effects of Perioperative Nursing Service Based on LEAN Conception to Waiting Time and Customers Satisfaction Damnoen Saduak Hospital. *Journal of the Police Nurses*, 9(1), 72-81. (in Thai)
- Pongam, S., Kunsongkeit, W., & Duangpaeng, S. (2012). *Family Members' Needs and Need Responses during Waiting time for Patients' Undergoing Major Emergency Surgery*. Graduate Research Conference (pp. 605-615). Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)

- Riley, R., Manias, E., & Polglase, A. (2006). Governing the Surgical Count Through Communication Interactions: Implications for Patient Safety. *Quality & Safety in Health Care, 15*(5), 369-374.
- Rungrat, P. (2014). Relationship Between Personal Factors Knowledge and Attitudes on Risk Management and Compliance with Risk Management Process of Nursing Staff at Bankhai Hospital in Rayong Province. *Journal of Phrapokkiao Nursing College, 25*(2), 73-84. (in Thai)
- Siwawut, J., Thiangchanya, P., & Thongsuk, P. (2020). Non-Technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety in Tertiary Hospital. *Thailand. Nursing Journal, 47*(4), 460-471. (in Thai)
- Sriwicha, P., & Limprasert, K. (2020). Communication Behavior among Professional Nurses at General Hospital in Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(1), 138-147. (in Thai)
- Sullivan M., Kiovsky R. D., J Mason D., Hill C. D., & Dukes, C. (2015). Interprofessional Collaboration & Education. *The American Journal of Nursing, 115*(3), 47-54.
- Tateaw, W., & Wisersith, W. (2011). Lived Experiences of Ethical Management in Nursing of Head Nurses in a Tertiary Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 12*(3), 58-66. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council: Policy of Thailand Nursing and Midwifery Council on the Workforce in the Nursing Team*. Retrieved April 30, 2020 from [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf). (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). *Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council: Nursing Standards*. Retrieved March 20, 2020 from <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.pdf>. (in Thai)
- Thanapongsathorn, W., Jitsopa, J., & Wongviriyakorn, O. (2012). Interprofessional Preoperative Briefing Enhances Surgical Teamwork Satisfaction & Decrease Operative Time: A Comparative Study in Abdominal Operation. *Journal of the Medical Association of Thailand, 95*(12), 8-14.
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2013). *E-learning Hospital Accreditation*. Retrieved February 2, 2020 from <http://elearning.ha.or.th/moodle/webha/index.php/public>. (in Thai)
- The Medical Council of Thailand. (2012). *Professional Standards for Medical Practitioners*. Retrieved March 8, 2020 from <https://www.tmc.or.th/pdf/00054.pdf>. (in Thai)
- Thongkaew, S., Thongsuk, P., & Thiangchanya, P. (2018). Patient Safety Awareness among Novice Nurses Working in General Hospitals in Southern Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5*(1), 62-73. (in Thai)
- Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., et al. (2008). An Estimation of the Global Volume of Surgery: a Modelling Strategy Based on Available Data. *Lancet, 372*, 139-144.
- Wongchaiya, P., Ampansirirat, A., & Pinjai, P. (2017). Patient-Centered Care: Health Care Services for the 21st Century. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*, 361-371. (in Thai)
- World Health Organization. (2015). *Cancer Factsheet Number 297*. Retrieved October 23, 2019 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>.

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retrieved March 20, 2019 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>.