

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย

สุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี* ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา** ปราโมทย์ ทองสุข**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย

รูปแบบการวิจัย: เชิงบรรยาย

วิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี ในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของ เฟอร์นันเดซ-มุนซ์ มอนเตส-พีออน และวาสเควซ-ออร์ดาส (Fernández-Muñiz, Montes-Peón, & Vázquez-Ordás, 2007) (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดความปลอดภัยในการทำงานของ สำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.98 และ 0.89 ตามลำดับ

ผลการศึกษา: ผลวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.66$, $S.D. = 0.71$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 3.23$, $S.D. = 0.38$) การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาล
ห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.46, p \leq 0.01$)

สรุป: การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาล
ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งให้เห็นถึง
ความจำเป็นในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการจัดการความปลอดภัยในการทำงานและส่งเสริม
การมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
อุบัติการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างการทำงาน

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน, พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

ความเป็นมาของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่า อันตรายนอกจากการทำงาน
ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลต่างๆ เพิ่ม
มากขึ้นและเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น นโยบายปรับ
ลดกำลังคนภาครัฐที่สวนทางกับความต้องการ
การดูแลของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำ
ให้เกิดปัญหาขาดแคลนอัตราากำลังบุคลากร (กุลยา
และสงศรี, 2541) การใช้เทคโนโลยีการรักษาที่
เกี่ยวข้องกับรังสีและสารเคมีอันตรายเพิ่มขึ้น
(สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม,
2551) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของภาวะโรคมะ
โรคติดต่อร้ายแรงและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเกิดขึ้น
(สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2552) ซึ่งบุคลากรที่
มีโอกาสสัมผัสสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งและบาดเจ็บ
จากการทำงานส่วนใหญ่ คือ พยาบาล โดยเฉพาะ
การบาดเจ็บที่เกิดจากการใช้เข็มและของมีคม
(เพชรไสว, ประสบสุข, สร้อย, ปิยนุช, อุสาห์,
ศุภรพันธ์ และสมจิต, 2546) นอกจากนี้สาเหตุ
ของการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับความ
เร่งรีบในการปฏิบัติงาน การทำหัตถการ รวมทั้ง
การไม่ใช้อุปกรณ์ในการป้องกัน หรือใช้อุปกรณ์
ป้องกันที่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน ทำให้มี
โอกาสสัมผัสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (อุซาวดี, 2547)

ห้องผ่าตัด เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีอัตราการ
เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของบุคลากรมากกว่า
หน่วยงานอื่น (จิราภรณ์ และจุฑามาศ, 2547) จาก

การศึกษาความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดของบุคลากร
ในห้องผ่าตัดของ แจคเกอร์ และคณะ (Jagger,
Bentley, & Tereskerz, 1998 อ้างตาม อุซาวดี,
2547) พบว่า เครื่องมือที่เป็นสาเหตุของการเกิด
อุบัติเหตุและทำให้เกิดการบาดเจ็บมากที่สุด คือ
เข็มเย็บแผล (ร้อยละ 15) รองลงมา คือ ไขว้ผ่าตัด
(ร้อยละ 11) นอกจากนั้นเกิดจากเข็มฉีดยา ลวดเย็บ
แผล และเครื่องมืออื่นๆ จากการศึกษายังพบอีกว่า
ชนิดการผ่าตัดสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์การ
สัมผัสสัมผัสเลือดจากอุบัติเหตุของบุคลากร โดยพบว่า
การผ่าตัดหัวใจมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์
การสัมผัสสัมผัสเลือดจากอุบัติเหตุมากที่สุด รองลงมา คือ
การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูก
และข้อ ในต่างประเทศมีรายงานการติดเชื้อจาก
การปฏิบัติงาน เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
และไวรัสเอดส์ ซึ่งมีสาเหตุจากการถูกของมีคมบาด
หรือทิ่มตำ (Bradley, Thomas, Kimberly, Susan,
Robert, Kristi, & James, 2003) ทำให้พยาบาล
ต้องเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นอันตราย (กุลยา
และสงศรี, 2541)

นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะงานในห้อง
ผ่าตัด เป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ
หลายลักษณะ เช่น การเคลื่อนย้ายวัสดุอุปกรณ์
เครื่องมือ สิ่งของ หรือบุคคลที่มีน้ำหนักมาก รวมทั้ง
การใช้เวลาในการทำงานที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน

ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (เบญจมาศ, 2544) จากการศึกษพบว่า อันตรายที่เกิดกับบุคลากรห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากสภาพการทำงานในห้องผ่าตัดที่ต้องใช้อุปกรณ์ผ่าตัด เครื่องมือที่เป็นของแหลม ของมีคม อุปกรณ์ไฟฟ้า แรงดันลม รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน เช่น เลเซอร์ การฉายรังสี การใช้สารเคมี ก๊าซ ไอน้ำจากเครื่องนี้ (อุซาวดี, 2547) ด้วยเหตุนี้พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและต้องมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น (Lois, 1995)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เป็นกรปฏิบัติงานของบุคลากรในการป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างกรปฏิบัติงาน โดยครอบคลุมการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยและลดอันตรายขณะปฏิบัติงาน (Neal & Griffin, 1997) รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยต่างๆ ตามช่องทางที่ถูกต้อง (Parker, Axtell, & Turner, 2001) การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดมีประโยชน์แก่โรงพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บและลดอัตราการขาดงานจากการบาดเจ็บจากการทำงานแล้วยังช่วยทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติงานได้มากขึ้น (Lois, 1995) ทั้งนี้ทางสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (The Occupational Safety & Health Administration, 2007) ได้กำหนดแนวทางป้องกันอันตรายจากการทำงานและการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในด้านต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมกรป้องกันด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์ในการทำงาน จิตใจ และการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

การจัดการความปลอดภัยในสถานทำงาน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายความ

ปลอดภัย การวางแผน การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม การฝึกอบรมและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นการจัดการให้เกิดความปลอดภัยของบุคลากรในห้องผ่าตัด จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่กรปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรในห้องผ่าตัด (Fernández-Muñiz et al., 2007) ซึ่งนอกจากจะเป็นการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณของหน่วยงานและเป็นส่วนสำคัญในการบำรุงรักษาบุคลากร ทำให้ขวัญและกำลังใจของบุคลากรดีขึ้น (วีณา และเกรียงศักดิ์, 2550)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดและพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามกรรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัยและแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดตามกรรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามกรรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกรจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามกรรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด อยู่ในระดับใด

2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย อยู่ในระดับใด

3. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลประจำการทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 13 แห่ง จำนวน 217 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power

analysis) ของ โพลิต และเบค (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนด ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = 0.5 อำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.25 ซึ่งมีขนาดอิทธิพลขนาดเล็กจากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดโควตาจากแต่ละโรงพยาบาลเท่าๆ กัน คือ โรงพยาบาลละ 10 คน ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 130 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด แผนกผ่าตัดที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และการมีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของ ฟิรันเดซ-มูนิซ, มูเตส-ฟอน และวาเกส-ซอนดัส (Fernández-Muñiz et al., 2007) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบๆ ละ 7 ข้อ รวมเป็น 42 ข้อ คือ การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การวางแผน การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม การฝึกอบรม และการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูล การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0 หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดน้อย 2 หมายถึง กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดปานกลาง 3 หมายถึง กิจกรรมนั้นตรงกับการปฏิบัติงานของ

หัวหน้าห้องผ่าตัดมาก และ 4 หมายถึง กิจกรรมนั้น ตรงกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดมากที่สุด การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น โดย คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 หมายถึง การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดความปลอดภัยในการทำงานของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (The Occupational Safety & Health Administration, 2007) จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านกายภาพ 4 ข้อ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ 5 ข้อ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านเคมี 2 ข้อ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการยศศาสตร์ในการทำงาน 2 ข้อ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านจิตใจ 6 ข้อ และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0 หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดไม่เคยปฏิบัติขณะทำงาน 1 หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นส่วนน้อยขณะทำงาน 2 หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นบางครั้งขณะทำงาน 3 หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ขณะทำงาน และ 4 หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติทุกครั้งขณะทำงาน การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น โดยคะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หมายถึง พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ 1.34 - 2.67 หมายถึง พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของ

พยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.68 - 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.98 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน เมษายน-พฤษภาคม 2553 โดยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ของประเทศไทยทั้ง 13 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลแล้ว ทำหนังสือถึงหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล จากนั้นติดต่อประสานงานให้ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล รับผิดชอบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียดวิธีเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลรวมทั้งรวบรวมและส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ไปทางไปรษณีย์ถึงผู้ประสานงานผ่านหัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงานกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 10 คน

รวม 130 คน แจกแบบสอบถามพร้อมซองเปล่าให้กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยผู้วิจัยได้แนบจดหมายถึงกลุ่มตัวอย่างทุกคน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างได้แบบสอบถามในซองปิดผนึกส่งกลับคืนให้ผู้ประสานงาน เพื่อรวบรวมส่งกลับให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละฉบับก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ได้รับแบบสอบถามคืน 126 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 96.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระและเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง และมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุล เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ให้บรรจุแบบสอบถามในซองปิดผนึก

ที่เตรียมมาให้เรียบร้อย โดยผลการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงาน ทั้งนี้แบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายขอและรายดาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติโดยการทดสอบสถิติ One-sample kolmogorov-smimov test

ผลการวิจัย

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด (N = 126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	M	S.D.	Max	Min	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย					5	3.97
หญิง					121	96.03
อายุ	38.35	7.95	59	23		
วัยผู้ใหญ่ 21-40 ปี					75	59.52
วัยกลางคน 41 ปีขึ้นไป					51	40.48
ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด	13.76	8.64	38	1		
1-5 ปี					30	23.81
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป					96	76.19
แผนกผ่าตัดที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน						
ศัลยกรรมทั่วไป					8	6.35
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ					8	6.35
ศัลยกรรมใส่ต คอนาสีก					3	2.38
ศัลยกรรมจักษุ					2	1.59
สูติ-นรีเวชกรรม					1	0.79
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ					1	0.79
ศัลยกรรมตกแต่ง					1	0.79
หมุนเวียนทุกแผนก					102	80.95
ประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา						
ไม่เคย					96	76.19
เคยได้รับ					30	23.81
การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/โรงพยาบาล						
ไม่มี					84	66.66
มี					42	33.34

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.03 มีอายุเฉลี่ย 38.35 ปี (S.D. = 7.95) อยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 59.52 และ อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.48 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 13.76 ปี (S.D. = 8.64) โดยมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 76.19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะ

การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโดยการหมุนเวียนทุกแผนก ร้อยละ 80.95 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 23.81 และกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 33.34 มีส่วนร่วมเป็นกรรมการในงานคุณภาพ/ความปลอดภัยของห้องผ่าตัด/โรงพยาบาล

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย โดยรวมและรายด้าน (N = 126)

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน	M	S.D.	ระดับ
การวางแผน	2.91	0.76	สูง
การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล	2.76	0.75	สูง
การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ	2.74	0.79	สูง
การกำหนดนโยบายความปลอดภัย	2.70	0.76	สูง
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร	2.54	0.84	ปานกลาง
การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย	2.32	0.88	ปานกลาง
รวม	2.66	0.71	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดในด้านการวางแผน การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล การควบคุม

และการทบทวนกิจกรรมต่างๆ การกำหนดนโยบายความปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดในด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย จำแนกรายด้าน (N = 126)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	M	S.D.	ระดับ
ด้านชีวภาพ	3.62	0.41	สูง
ด้านกายภาพ	3.49	0.51	สูง
ด้านเคมี	3.43	0.65	สูง
ด้านการยศาสตร์ในการทำงาน	3.43	0.56	สูง
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน	3.00	0.54	สูง
ด้านจิตใจ	2.69	0.65	สูง
รวม	3.23	0.38	สูง

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ มีคะแนนเฉลี่ยระดับ

ทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพ มีคะแนนเฉลี่ยระดับสูงสุด และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำสุด

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย (N=126)

ตัวแปร	SM	SB
การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน (SM)	1	
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย (SB)	0.46**	1

** p < 0.01

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตาราง 4)

การอภิปรายผล

1. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย โดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.66, S.D. = 0.71) (ตาราง 2) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงมี 4 ด้านคือ ด้านการวางแผน (M = 2.91, S.D. = 0.76) ด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล (M = 2.76, S.D. = 0.75) ด้านการควบคุมและการทบทวน กิจกรรมต่างๆ (M = 2.74, S.D. = 0.79) และด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัย (M = 2.70, S.D. = 0.76) อภิปรายได้ว่า

1.1. ด้านการวางแผน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากหัวหน้าห้องผ่าตัดให้ความสำคัญในการวางแผนงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของบุคลากร อีกทั้งหัวหน้าห้องผ่าตัดถือเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีประสบการณ์ในด้านการบริหาร ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวางแผน และการวางแผน ถือเป็นงานอันดับแรกๆ ของกระบวนการบริหารและเป็นเทคนิคพื้นฐาน

ที่สำคัญของการบริหาร (ฟาริดา, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภนาฏ (2553) พบว่า การจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในด้านการวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่รอรับการประเมินและผ่านการประเมินคุณภาพต้องมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของบุคลากร ทำให้หัวหน้าห้องผ่าตัดซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นของกลุ่มการพยาบาลต้องมีบทบาทโดยตรงในการนำนโยบายด้านการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรไปจัดการในระดับหน่วยงานทั้งในด้านการวางแผน การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล การควบคุมและการทบทวนกิจกรรมต่างๆ การกำหนดนโยบายความปลอดภัย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย ซึ่งการจัดการความปลอดภัยในการทำงานภายในองค์การจำเป็นต้องมีองค์ประกอบอย่างเพียงพอที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ดังนั้นหน้าที่การบริหารที่จำเป็นอันดับแรก คือ การวางแผน ซึ่งเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยงาน ผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องจัดการทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณให้เกิดคุณภาพสูงสุด อันจะส่งผลถึงการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน

1.2. ด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน อาจเนื่องมาจากหัวหน้าห้องผ่าตัดมีการจัดการความปลอดภัยในการทำงานด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลที่ดี ข้อมูลข่าวสารเป็นทรัพยากรขององค์กรที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง หัวหน้าห้องผ่าตัดจึงต้องสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพแก่บุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรรับรู้การปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ โอบเอ้อ (2542) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ รับรู้การติดต่อสื่อสารในกระบวนการบริหาร อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ความสามารถในการสื่อสารถือเป็นความสามารถที่จำเป็นต่อการบริหารงานที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางกายภาพ เนื่องจากทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้และเข้าใจถึงเป้าหมายของงาน สามารถนำข้อมูลต่างๆ ไปเชื่อมโยง และช่วยให้การตัดสินใจวางแผนและการปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน หากการสื่อสารไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบงานและคุณภาพบริการ และก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นผู้บริหารต้องสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพแก่บุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัย จากนโยบาย การปฏิบัติ และแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นทางการ เพื่อแสดงความห่วงใยและต้องการสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย จากการศึกษาพบว่า องค์กรที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคลากรกับหัวหน้าและบุคลากรด้วยกัน ทำให้บุคลากรมีความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างสมบูรณ์ สามารถรับรู้การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและปฏิเสธการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเรียนรู้และป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย (Weick, 1987 cited in Barling, & Zacharators, 2001) อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน

เทคโนโลยีสารสนเทศกลายเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในระบบสุขภาพ ดังนั้น หัวหน้าห้องผ่าตัดควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงไปสู่การกระตุ้นให้มีการทำวิจัยและสร้างนวัตกรรมขึ้นเกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ในหน่วยงาน นอกจากนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ด้วย เพื่อให้การสื่อสารการประชาสัมพันธ์ของหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ดาวขจร, 2547 อ้างตามวันทนี, 2549)

2. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.23, S.D. = 0.38$) (ตาราง 3) อาจเนื่องมาจากพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 76.19) เป็นไปได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานนานขึ้น ได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วยจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ซึ่ง เบนเนอร์ (Benner, 1984) กล่าวว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3-5 ปี เป็นระยะที่มีประสบการณ์ สามารถมองเห็นสถานการณ์ได้ในภาพรวม มีความสามารถในการตัดสินใจและการสังเกต ทำให้มีประสบการณ์ที่เพียงพอต่อการคิด วิเคราะห์หรือตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวนา (2544) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง แม้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 23.81 แต่การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยมีผลให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่ก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง (Neal & Griffin, 1997) นอกจากนี้ ลักษณะการทำงานในห้อง

ผ้าตัดต้องอาศัยความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม ไม่สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จโดยบุคคลเพียงคนเดียว ดังเช่นการศึกษาของ สมสมร (2544) พบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การรับผิดชอบร่วมกัน และความไว้วางใจ การมีประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมจะเป็นไปได้ด้วยดีเพียงใดนั้นจึงมีความสำคัญ ส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน จากการศึกษาของ ภาวนา (2544) พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นการส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานให้มีความปลอดภัย รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานให้ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งหากพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ปฏิบัติให้สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัย หรือเพื่อนร่วมงานไม่ได้รับการช่วยเหลือและได้รับบาดเจ็บต้องหยุดงาน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดที่เหลืออยู่ต้องปฏิบัติงานหนักเพิ่มมากขึ้น หรืออาจได้รับอันตรายจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน จำเป็นที่ต้องส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกให้มีความสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (เบญจมาศ, 2544) รวมไปถึงการบริหารเพื่อลดอันตรายในห้องผ่าตัด เนื่องจากการรับรองคุณภาพนั้น นอกจากจะรับรองความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพแล้ว ยังต้องทำให้กระบวนการเป็นมาตรฐานและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (ภาวนา, 2544)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน อภิปรายได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เพราะเป็นการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัย

จากอุบัติเหตุเนื่องจากการบาดเจ็บและการติดเชื้อโดยตรง และสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยด้านชีวภาพอยู่ในระดับสูงสุด ($M = 3.62$, $S.D. = 0.41$) ทั้งนี้เนื่องจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานมีผลต่อพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง จึงเป็นสิ่งจูงใจให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เพราะผลที่เกิดขึ้นคือ ร่างกายมีความปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภัสสร (2550) ที่พบว่า พยาบาลประจำการมีประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในงานบริการพยาบาลในขั้นตอนการสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์จากหัวหน้าอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากการรายงานอุบัติการณ์ หรือการรายงานเหตุการณ์เป็นวิธีการหนึ่งในขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การลดความผิดพลาด ตลอดจนหาแนวทางในการจัดการความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้น การรายงานอุบัติการณ์จึงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหา และทำให้ทุกคนตระหนักว่า การรายงานทำให้รู้สถานการณ์ของตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รับรู้งานของตนเอง มีความเสี่ยงอะไร รู้มาตรการป้องกัน เกิดความตื่นตัวที่จะรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และทำงานด้วยความระมัดระวัง (อนุวัฒน์, 2543)

3. การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46$, $p \leq 0.01$) (ตาราง 4) แสดงว่าการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วฤทัย (2548) ที่พบว่า การรับรู้การจัดการความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

ความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากก่อนการเกิดพฤติกรรมมนุษย์จะต้องมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อนแล้วจึงนำการรับรู้นั้นมาคิดและตัดสินใจ จากนั้นจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรม (สุรพล, 2541 อ้างตาม แก้วฤทัย, 2548) หากบุคลากรมีการรับรู้อยู่ในระดับดีมาก ทำให้แปลความหมายสิ่งเราต่างๆ ได้ดี ซึ่งสิ่งเราในที่นี้คือ การจัดการความปลอดภัย รวมทั้งการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ดังนั้นเมื่อบุคลากรมีการรับรู้การจัดการความปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดีมากด้วย แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.19) มีประสบการณ์ในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา น้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา (2547) พบว่า บุคลากรกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยสูงกว่าบุคลากรกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมความปลอดภัย การส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นองค์กรควรมีการกำหนดนโยบายและการวางแผนเกี่ยวกับการฝึกอบรมความปลอดภัยอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวนา (2544) ที่พบว่า การสนับสนุนจากหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ

บรรณานุกรม

กุลยา ตันติผลาชีวะ, และสงศรี กิตติวัชรตระกูล. (2541). วิชาชีพการพยาบาลในยุคเศรษฐกิจถดถอย. *สารสมาการพยาบาล*, 13(1), 1-7. แก้วฤทัย แก้วชัยเทียน. (2548). *การรับรู้การจัดการความปลอดภัยและพฤติกรรมความ*

ปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานหรือการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าห้องผ่าตัดในระดับสูง จะทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในระดับสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งหมายถึงองค์การที่ผู้นำมีความยึดมั่นต่อความปลอดภัย มีพฤติกรรมของผู้นำที่ให้การสนับสนุน แสดงความเอาใจใส่ต่อความปลอดภัยของบุคลากร เปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร สามารถแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน จะเป็นการจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานที่ปลอดภัยสูงขึ้น (Barling, Kelloway, & Iverson, 2001)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารการพยาบาล ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วม และสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในการทำงาน

ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยเนื้อหา รูปแบบการพัฒนาความเข้มแข็งของหัวหน้าห้องผ่าตัดในการจัดการความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสม

ปลอดภัยในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

- จิราภรณ์ ศานติสุข, และจุฑามาศ คำแพรวดี. (2547). การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ในห้องผ่าตัด. ใน อุษาวดี อัศดรวิเศษ (บรรณาธิการ) *ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด 2*. (79-87). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา โพธิ์ศรีชาม. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพการรับรู้ความเสี่ยง กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานระดับปฏิบัติการ: ศึกษากรณีโรงงานประกอบรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- เบญจมาศ หล่อสุวรรณ. (2544). *ปัจจัยคัดสรรลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาพยาบาลในห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประภัสสร นาวเหนียว. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาลกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพมหานคร.
- เพชรไสว ลิ้มตระกูล, ประสบสุข ศรีแสนปาน, สร้อยอนุสรณ์ธีรกุล, ปิยนุช บุญเพิ่ม, อุสาห์ศุภรพันธ์ และสมจิต แคนสีแก้ว. (2546). การสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 26(3), 53-60.
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). *สาระการบริหารการพยาบาล*. โครงการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.
- ภาวนา ประดิษฐ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความอิสระในงาน ความคาดหวังในบทบาทบริบทสนับสนุน กับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วันทนีย์ คุปวานิชพงษ์. (2549). *การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- วีณา จีระแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

- ศุภนาฏ ยินเจริญ. (2553). *การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานที่ทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. นนทบุรี: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด.
- สมสมร เรืองวรรณ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมนักสหภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2551). *คู่มือประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. (2552). *โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่*. ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2552, จาก http://beid.ddc.moph.go.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=2110271&Itemid=242.
- อนุกวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล*. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ลักษณ์.
- อุษาวดี อัศววิเศษ. (2547). *ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด 2*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โอบบเอื้อ หิรัญรัต. (2542). *การติดต่อสื่อสารในกระบวนการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Barling, J., & Zacharators, A. (2001). *Human resource management and occupational safety*. Kington, Ontario: School of Business, Queen's University.
- Barling, J., Kelloway, K. E., & Iverson, R. D. (2001). *High quality work, employee morale and occupational injuries*. Kington, Ontario: School of Business, Queen's University.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California, N.Y.: Addison-Wesley.
- Bradley, N. D., Thomas, E. V., Kimberly, D. M., Susan, E. B., Robert, F. W., Kristi, J. F., and James, C. T. (2003). Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: Are hospital-based health care providers still at risk?. *Clinical Infectious Diseases* 2003. (37), 1006-1013.

- Fernández-Muñiz, Montes-Peón & Vázquez-Ordás, (2007). Safety management system: Development and validation of a multidimensional scale. *Journal of loss prevention in the process industries*, 20, 52-68.
- Lois, M. B. (1995). *Environmental safety in the surgical suite: Preoperative nursing care curriculum*. Philadelphia, P.A.: W.B. Saunders.
- Neal, A., & Griffin, M. A. (1997). *Perception of safety at work: Developing a model to link organizational safety climate and individual behavior*. Paper presented to the 12 th Annual conference of the society for industrial and organizational psychology, St. Louis.
- Parker, S. K., Axtell, C. M., & Turner, N. (2001). Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 221-228.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- The Occupational Safety & Health Administration. (2007). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Retrived May 10, 2009, from <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>.

Relationships between Head Nurse's Work Safety Management and Safety Work Behavior Perceived by Perioperative Nurses in General Hospitals, Southern of Thailand.

Suttimaporn Madsalee* Pratyanan Tiengchanya** Pramot Thonggsuk**

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study head nurse's work safety management perceived by perioperative nurses, safety behaviors of perioperative nurses and the relationships between head nurse's work safety management perceived by perioperative nurses and safety behaviors of perioperative nurses in general hospitals, southern of Thailand. One hundred and twenty six perioperative nurses were selected by simple random sampling technique. The instrument was a questionnaire developed by the researcher covering 3 parts, namely (1) the demographic data form, (2) the head nurse's work safety management, which was developed by the researcher based on the safety management framework of Fernández-Muñiz, Montes-Peón & Vázquez-Ordás (2007), (3) the safety behavior of perioperative nurses, which was developed under the framework of safety in work of the Occupational Safety & Health Administration. The contents of parts 2 and 3 of the questionnaire were validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.95 and 0.96 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that the mean total score of head nurse's work safety management was at a medium level ($M = 2.66$, $S.D. = 0.71$). The mean total score of safety behavior of perioperative nurses was at a high level ($M = 3.23$, $S.D. = 0.38$). Head nurse's work safety management perceived by perioperative nurses was significantly and positively related to safety behavior of perioperative nurses ($r = 0.46$) at the 0.01 level. The results of this study can be used for planning and creating safety management in the workplace, promoting safety behavior and decreasing the incidence of occupational hazards that will facilitate high organizational performance.

Keywords: work safety management, safety behavior

* Graduate Student Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Songkhla Province

** Lecturer Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Songkhla Province