

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
จากการผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชน
ในกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
ของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

อนุสรณ์ โขควิทยา

นางอนุสรณ์ โขควิทยา

ผู้วิจัย

อนุสรณ์ โขควิทยา

รองศาสตราจารย์ ประภาพรรณ อุ่นอบ ศษ.ด.

ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

บรรณา ศุภวิทย์-หงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณา กงสุริยะนาวิณ ศษ.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

บรรณา ศุภวิทย์-หงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธรณี วัฒนสมบูรณ์ ประ.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

บรรณา ศุภวิทย์-หงษ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณา ศุภวิทย์-หงษ์

รองศาสตราจารย์ สุภาวัลย์ พลายน้อย กศ.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศึกษา

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551

อนุสรณ์ โชควิทยา

นางอนุสรณ์ โชควิทยา

ผู้วิจัย

อาจารย์ อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ ปร.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ประภาพรธรรม อุ่นอบ ศษ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ นันทวัน อินทชาติ ปร.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณภา คงสุริยะนาวิน ศษ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ปร.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ วริยา ชินวรรโณ Ph.D.

คณบดี

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ประภาพรณ อุ่ณอบ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณา คงสุริยะนาวิน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดจนตรวจ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ และให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยจึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. นันทวัน อินทชาติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา รวมถึงคำแนะนำ และกำลังใจแก่ศิษย์ รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นแหล่งในการศึกษาทั้ง 3 ท่าน ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูล ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่ให้การสนับสนุน และเอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล และผู้จัดการสำนักบริหารคุณภาพที่สนับสนุนในด้านของเวลาการทำวิจัย ตลอดจนคำแนะนำที่เป็นประโยชน์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ขอขอบคุณ คุณชนาวัดน์ โชควิทยา ที่คอยเป็นกำลังใจ คอยกระตุ้น ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา รวมถึง ลูกสาวที่น่ารัก น้องชาย น้องสาว เพื่อนๆ และทุกๆ ท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้กำลังใจมาโดยตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

อนุสรฯ โชควิทยา

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

(PATIENTS' PARTICIPATION FOR PREVENTION OF ADVERSE EVENTS FROM OPERATIONS AT PRIVATE HOSPITALS IN BANGKOK)

อนุสรณ์ โชควิทยา 4637551 SHPE/M

ศศ.ม. (ประชากรศึกษา)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ประภาพรพรณ อุ๋นอบ, ศษ.ด., พรรณา คงสุริยะนาวิน, ศษ.ด., ภาณี วัฒนสมบูรณ์, ปร.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 276 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.46) มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ($p < 0.01$) การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลควรออกนโยบายให้กับโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสนับสนุน และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้อง ในส่วนของโรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการบริการ โดยมุ่งเน้นถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และในส่วนของผู้ป่วยควรตระหนักถึงบทบาทของตนเองและให้ความสำคัญกับการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย / การป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ / การผ่าตัด

PATIENTS' PARTICIPATION FOR PREVENTION OF ADVERSE EVENTS FROM OPERATIONS AT PRIVATE HOSPITALS IN BANGKOK

ANUSSARA CHOKVITTAYA 4637551 SHPE/M

M.A. (POPULATION EDUCATION)

THESIS ADVISORS: PRAPHAPHAN UN-OB, Ed.D.,
WANNA KONGSURIYANAVIN, Ed.D., PARANEE VATANASOMBOON, Ph.D.**ABSTRACT**

The objectives of this study were determining patients' participation in, and factors resulting in, prevention of adverse events from operations at private hospitals in Bangkok. This study surveyed 276 post-operative patients who had undergone orthopedic, urogenital, gynecologic, and the other surgeries. All post-operative patients were sampled purposively and given a questionnaire which was created and improved from literature reviews, to collect data. The data were analyzed by frequency, percentage and stepwise multiple regression analysis.

The results showed most of patients (72.46 as the percentage) highly participated for prevention of adverse events from operations in overall. The factors resulting in participation were giving the patient a chance to engage in prevention ($P<0.01$), perception of the patient's role ($P<0.01$), assistance received during pre-operation, operation and post-operation ($P<0.05$), and relationship between patient and health care providers ($P<0.05$).

It is suggested that The Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation should make a policy for both private and state hospitals to support and improve perception of patient's role in prevention of adverse events from operations, in order to make the patients more fully understand their role. The hospitals should improve their services, especially chances for patient participation. Besides these, patients should realize their role and pay attention to participating in prevention from adverse events during curative procedures.

**KEY WORDS: PATIENTS' PARTICIPATION / PREVENTION OF ADVERSE
EVENTS / OPERATIONS**

143 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	8
1.4 สมมติฐานการวิจัย	9
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย	15
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	15
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	16
2.1 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	16
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	19
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	28
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา	35
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
3.2 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)
3.3	การตรวจสอบและทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ 53
3.4	จริยธรรมทางการศึกษา 55
3.5	การเก็บรวบรวมข้อมูล 56
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย 56
บทที่ 4	ผลการวิจัย
4.1	ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง 59
4.2	ปัจจัยด้านผู้รับบริการ 60
4.3	ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ 65
4.4	ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ 72
4.5	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์จากการผ่าตัด 74
4.6	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด 77
บทที่ 5	อภิปราย
5.1	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด 82
5.2	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด 83
5.3	ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด 86
5.4	วิธีวิทยาที่ใช้ในการศึกษา 89
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
6.1	สรุปผลการวิจัย 93
6.2	ข้อเสนอแนะผลที่ได้จากการวิจัย 94
6.3	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 96

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	96
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	109
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก	125
ก ตารางข้อมูลรายละเอียด	126
ข แบบสัมภาษณ์การวิจัย	131
ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ	139
ง หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิ มนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์	141
ประวัติผู้วิจัย	143

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความสูญเสียอันเกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยแยกเป็นประเภทของความสูญเสีย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2549	2
2	จำนวนผู้ป่วยที่มีการร้องเรียนเรื่องการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานระหว่าง โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามปี พ.ศ.	7
3	จำนวนและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทการผ่าตัดและโรงพยาบาล	45
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	59
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	60
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	61
7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	62
8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	63
9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง	64
10	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง	64
11	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	65
12	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	66
13	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด	67
14	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	67

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการให้คำปรึกษา	68
16	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการให้คำปรึกษา	68
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสอน การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	69
18	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสอนการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	69
19	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	70
20	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	70
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการพิทักษ์สิทธิ ประโยชน์ของผู้ป่วย	71
22	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ของผู้ป่วย	72
23	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ	72
24	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ	73
25	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	74
26	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	75
27	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	79
28	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	81

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	42



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งหลายๆประเทศได้ให้ความสำคัญในการสร้างประชากรให้มีคุณภาพ และคุณภาพประชากรจะเกิดขึ้นได้ ต้องได้รับการพัฒนาจากหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการศึกษา ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านสาธารณสุข เป็นต้น กล่าวจำเพาะด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นด้านที่สำคัญด้านหนึ่ง เนื่องจากการสร้างประชากรให้มีสุขภาพแข็งแรง มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จะเป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจของประเทศต่อไป (ธีระภัทร์ เอกผาชัยสวัสดิ์, 2541: 136, 149) จากอดีตที่ผ่านมาการให้บริการสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาด้านบุคลากร โดยเพิ่มจำนวนและความเชี่ยวชาญในทุกสาขา การพัฒนาด้านยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ รวมถึงการนำเครื่องมือที่ทันสมัยเข้ามาใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการนำเอาระบบบริหารจัดการคุณภาพในรูปแบบต่างๆ มาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย(ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ, 2549: 2) จากรายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่สามารถป้องกันได้ ทั้งจากการทำหัตถการทางการแพทย์ และการพยาบาล และการใช้อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในกระแสเลือด โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (pneumothorax) โรคปอดเรื้อรัง ตาบอด หูหนวก ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เป็นต้น ผลลัพธ์ด้านลบจากการบำบัดรักษาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพในระยะสั้นหรือถาวร และสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่/ญาติพี่น้องของผู้ป่วยต่อระบบการบริการสุขภาพ สำหรับตัวบุคลากรทางสุขภาพเองเมื่อกระทำผิดพลาดแล้วจะพบว่า มีผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย และ/หรือ ถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบด้วย คือ ต้องสูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียงด้านการบริการ และถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกค่าเสียหาย (วิณา จิระแพทย์,

2549: 1) จากที่กล่าวมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวบรวมข้อมูลความสูญเสียที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์โดยแยกออกเป็นประเภทของความสูญเสีย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 – 2549 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความสูญเสียอันเกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ จำแนกตามประเภทของความสูญเสีย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2549

ประเภทของความสูญเสีย	พ.ศ. 2547 (ราย)	พ.ศ. 2548 (ราย)	พ.ศ. 2549 (ราย)
- การเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร	42	118	216
- การเสียอวัยวะ/พิการ	9	26	70
- บาดเจ็บ/เจ็บป่วย	11	38	85
รวม	62	182	371

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548: 2; 2549: 2; 2550: 2

จากตารางที่ 1 เห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความสูญเสียจากการให้บริการทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ซึ่งผลที่ตามมาคือจำนวนเงินชดเชยที่ต้องจ่ายให้กับผู้สูญเสียที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวบรวมข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยค่าความสูญเสีย ดังนี้ ปีพ.ศ. 2547 จำนวน 4.5 ล้านบาท พ.ศ. 2548 จำนวน 12.7 ล้านบาท และ พ.ศ. 2549 จำนวน 36 ล้านบาท(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548: 4; 2549: 4; 2550: 4) เห็นได้ว่าความสูญเสียดังกล่าวได้กลายเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาดศาล และความสูญเสียที่ประเมินค่ามิได้จากการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตที่ไม่คาดหวังซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้สูญเสียตามมา จากความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์โดยไม่ได้เกิดจากกระบวนการตามธรรมชาติของภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้น เรียกว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(adverse event) (ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์ และคณะ, 2549: 2) ในส่วนของสถานการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น องค์การอนามัยโลก(WHO)ได้รายงานสรุปไว้ในปี ค.ศ. 2008 ดังนี้ ปี ค.ศ. 1991 พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้บริการทางการแพทย์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดทางศัลยกรรมและวิสัญญี เป็นต้น ทั้งนี้พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ร้อยละ 74 เกิดจากความผิดพลาดทางศัลยกรรมและวิสัญญีที่สามารถป้องกันได้ โดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดในห้องผ่าตัดร้อยละ 48 และเกิดจากการทำผ่าตัดถึงร้อยละ 50.4 และจากข้อมูลสถิติของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการ

ให้บริการทางศัลยกรรมและวิสัญญี พบว่า ปี ค.ศ. 1991 มีการอุดหนุนของหลอดเลือดดำร้อยละ 10-40 ปี ค.ศ. 2001 พบสถิติผ่าตัดผิคนร้อยละ 13 ผ่าตัดผิวิธีร้อยละ 11 และผ่าตัดผิตำแหน่งมีสูงถึง ร้อยละ 76 ปี ค.ศ.2003 สถิติสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกาย พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด 1,000-1,500 ราย พบสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกาย 1 ราย ปี ค.ศ. 2003-2005 พบสถิติการติดเชื้อของแผลผ่าตัดร้อยละ 10.9 ร้อยละ 12 และร้อยละ 26.7 ตามลำดับ นอกจากนี้มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่ยังไม่สามารถรายงานออกเป็นสถิติได้ เช่น การได้รับบาดเจ็บจากอุปกรณ์เครื่องมือในการทำ ผ่าตัดเป็นต้น(Online. Available: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf 2008, August 5.) และจากการรายงานของ มาจินิกนิส แอนด์ แอสโซซิเอท(Maginnis and Associates)บริษัทประกันประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1996 พบว่า ในจำนวนผู้ที่ทำประกันและถูกฟ้องร้องเป็นคดีทั้งหมดเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 โดยเป็นคดีเกี่ยวกับสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วยขณะทำผ่าตัดโดยใช้ กล้อง(laparoscopic surgery)จำนวน 9 ราย การเกิดแผลไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าจำนวน 3 ราย จากการใช้เลเซอร์จำนวน 1 ราย คดีเกี่ยวกับการจัดทำสำหรับผ่าตัดจำนวน 1 ราย คดีที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทแขนอัลนาร์ทั้ง 2 ข้าง (ulnar neuropathy)จำนวน 1 ราย คดีผ่าตัดหัวเข่าผิด ข้างจำนวน 3 ราย คดีบาดเจ็บต่อเส้นประสาทบริเวณเข่า (peroneal nerve)จำนวน 1 ราย คดีเกี่ยวกับการใช้เครื่องรัดห้ามเลือด (tourniquet) จำนวน 1 ราย(Murphy, 1997: 972) สำหรับกรณีของประเทศไทยจากเอกสารประกอบการประชุมวิชาการปี พ.ศ. 2545 เรื่องการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วย ศัลยกรรมของเรณู อาจสาลี(2545: 1) กล่าวว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัดที่พบได้บ่อย และมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางสื่อหนังสือพิมพ์เป็นระยะๆ ได้แก่ การมีเครื่องมือที่ใช้ในการ ผ่าตัด ผ้าก๊อชซับโลหิต ชิ้นส่วนของเครื่องมือที่ชำรุดตกค้างอยู่ภายในร่างกายภายหลังจากการผ่าตัด หรือการได้รับบาดเจ็บจากไฟฟ้า สารเคมี เลเซอร์ และความร้อน การเกิดอุบัติเหตุ การทำผ่าตัดผิด ข้าง ผิดตำแหน่ง ความผิดพลาดในการจัดทำในการทำผ่าตัด ความพิการ การติดเชื้อจากการให้เลือด หลังผ่าตัด ซึ่งเห็นได้ว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบจากประเทศไทยนั้นสอดคล้องกับใน ต่างประเทศ สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด พบว่าเกิดจากการปฏิบัติงาน ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ (malpractice) ปฏิบัติพยาบาลโดยขาดความระมัดระวัง (negligence) ขาดทักษะในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ขาดการสื่อสารหรือประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ทำให้ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใน ห้องผ่าตัดยังเกิดจาก ความล้มเหลวของระบบที่ไม่มีนโยบาย (policy) และแนวปฏิบัติ (procedure) ที่ จะควบคุมความเสี่ยงที่ชัดเจน การปฏิบัติลัดขั้นตอน ลัดกระบวนการของบุคลากรจนนำไปสู่ความ ผิดพลาดเป็นต้น (กันยา ออประเสริฐ, 2545: 2-3)

จากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีการจัดการบริหารความปลอดภัยในเชิงรุกเพื่อป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และองค์กรทางสุขภาพเกิดขึ้น (วีณา จีระแพทย์, 2549: 1-2) โดยการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในปี พ.ศ.2541 ได้มีระบบบริหารคุณภาพบริการที่สำคัญคือ ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital Accreditation: HA) โดยเป็นความร่วมมือจากผู้บริหารนโยบายสุขภาพระดับประเทศ องค์กรวิชาชีพต่างๆ และสถานพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการบริหารความปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ที่สำคัญคือการบริหารความเสี่ยงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพ ประกอบด้วย การค้นหา ประเมิน จัดการ และประเมินผล ผ่านกลไกการทำงานเป็นทีมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานมากำหนดแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งมีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนไปปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล (สรรรวิษ อัสวเรืองชัย, 2546: 21-24) แต่ทั้งนี้จากการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายๆ ประการ ที่สำคัญคือ ความยุ่งยากของการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์นั้นเป็นการค้นหาความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ต้องใช้เวลาลงบันทึกในเอกสารจำนวนมาก อีกทั้งผู้รายงานไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ รวมถึงกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลของสถานพยาบาล ซึ่งจะนำมาสู่ความสูญเสียชื่อเสียงหรือถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย เป็นต้น อีกทั้งในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยยังเป็นการทบทวนที่เจาะจงหาคนผิด การประเมินเฉพาะบุคคลโดยไม่ประเมินระบบ การมองเพียงเหตุการณ์เดียวแทนที่จะมองหาแนวโน้มของปัญหา และมองเพียงปัญหาเฉพาะหน้าแทนที่จะมองผลระยะยาว เป็นต้น (สรรรวิษ อัสวเรืองชัย, 2546: 18-20) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ระบบการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ยังไม่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเห็นได้จากสถิติเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545-2549 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นดังนี้ ในปี พ.ศ.2545 มีจำนวน 51 เรื่อง พ.ศ.2546 มีจำนวน 62 เรื่อง พ.ศ. 2547 มีจำนวน 70 เรื่อง พ.ศ.2548 มีจำนวน 38 เรื่อง และพ.ศ.2549 มีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 118 เรื่อง (Online. Available: <http://www.mrd-hss.moph.go.th/Admin/filestat/10.xls> 2008, January 15.)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินการป้องกันเฉพาะในส่วนของผู้ให้บริการและการปรับปรุงระบบนั้นไม่เพียงพอต่อการเสริมสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และครอบคลุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งหมด ซึ่งจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้เริ่มมีการศึกษาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการ

รักษาพยาบาล โดยศึกษาวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ เริ่มแรกปี ค.ศ. 2002 มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ วินเซน และคอล์เตอร์ (Vincent & Coulter) ซึ่งได้ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีความปลอดภัย โดย 1) ช่วยในการวินิจฉัยโรค 2) เลือกผู้ให้การรักษา 3) การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา 4) สังเกตและตรวจสอบกระบวนการรักษา 5) การระบุตัวผู้ป่วย ตำแหน่ง และหัตถการ และ 6) แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา ทั้งนี้หลังจากการเผยแพร่ผลงานวิชาการดังกล่าวพบว่า ความผิดพลาดที่เกิดจากกระบวนการรักษา ลดลง และสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มากขึ้น (Online. Available: <http://www.library.nhs.uk/ppi/Aboutus.aspx> 2008, August 14.) สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาพยาบาลจากนักวิจัยหลายท่านพบข้อมูลตรงกันว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาพยาบาลทำให้ลดอัตราการเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยา ลดอัตราการติดเชื้อจากการรักษา การรายงานผลทางการแพทย์มีความถูกต้องมากขึ้น สามารถพัฒนาและออกแบบกระบวนการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา และสามารถเฝ้าระวังความผิดพลาดเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ ได้ (Agoritsas, et al., 2005: 922-928; Koutantji, et al., 2005: 99-104; McGuckin, et al., 2001: 309-314; Pyper, et al., 2004: 38-43) นอกจากนั้นไรอัน และคณะ (Ryan, et al., 2008 cited by WHO, 2008: 86-89) ได้ศึกษาถึงบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่า สถานการณ์ปัจจุบันในปี ค.ศ. 2008 ความเข้าใจโดยรวมต่อความผิดพลาดจากการดูแลรักษาและการป้องกันเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่มองว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ปัจจุบันมุมมองของผู้ป่วยและญาตินั้นเห็นว่าการมีส่วนร่วมของพวกเขาจะสามารถเพิ่มเติมในส่วนของการดูแลรักษา ร่วมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพได้โดยทำให้การดูแลรักษา มีความสมบูรณ์และเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้พวกเขาได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Online. Available: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf 2008, August 5.)

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างมากในการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา โดยผู้ป่วยเองมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษา การซักถามข้อมูลที่สงสัย การสังเกตและตรวจสอบความถูกต้องที่เกี่ยวกับกระบวนการรักษา และการทำหัตถการต่างๆ ของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้ารับบริการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (เรณู อาจสาถิ, 2545: 1) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด จึงเป็นอีกช่องทางที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม และช่วยลดความ

รุนแรงให้เหลือน้อยที่สุด สำหรับในประเทศไทยเท่าที่ทบทวนมายังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของผู้ป่วย และเพื่อให้ครอบคลุมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอร์ป (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงในเครือวัลย์ แก้วนพรัตน์, 2545: 13) รวมถึงแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันความพลาดพลั้งทางการแพทย์มาเป็นกรอบในการศึกษากิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการ แนวคิดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดจากกระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้ได้ตัวแปรอิสระที่น่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รับบริการ

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากในปัจจุบันสถานบริการสุขภาพมีการแข่งขันกันมากขึ้นในเรื่องของการให้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องรู้และวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมผู้บริโภค รู้จักนำกลยุทธ์ทางการตลาดมาใช้ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย (คัทลียา ศิริภัทรากูร, 2541: 1) แต่ทั้งนี้จากสถานการณ์การร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพปี พ.ศ. 2546-2548 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนเรื่องการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเอกชนกลับมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลโดยเปรียบเทียบ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มีการร้องเรียนเรื่องการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานระหว่าง
โรงพยาบาลรัฐบาล และ โรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามปี พ.ศ.

ประเภท	2546 (ราย)	2547 (ราย)	2548 (ราย)
- โรงพยาบาลรัฐบาล	147	85	72
- โรงพยาบาลเอกชน	207	111	133
รวม	354	196	205

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549: 5

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าการร้องเรียนเรื่องการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเอกชนจะมีมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ทางการรักษาและการบริการที่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำลงมากในปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายังต้องพิจารณามากขึ้น(กัทธิดา ศิริภัทรากูร, 2541: 1) ถ้าโรงพยาบาลเอกชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของลูกค้าหรือผู้ป่วยเหล่านี้แล้ว ผู้ป่วยก็จะขาดความประทับใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ส่งผลให้โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ ซึ่งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยแล้ว ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและประทับใจตามมา การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็น โรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเครือเดียวกัน จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถให้บริการผ่าตัดได้ทุกประเภท และมีสถิติผู้เข้ารับบริการผ่าตัดทั้งกรณีทั่วไป และกรณีฉุกเฉินตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 1,370 ราย (สถิติผู้เข้ารับบริการผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง, 2550)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลให้กับองค์กรที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นแหล่งในการศึกษาวิจัย และโรงพยาบาลอื่นๆ ที่สนใจ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษามากขึ้น ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาลและกระบวนการบริหารความเสี่ยง อันเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้นำมาซึ่งความปลอดภัยและความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้การที่ระบบบริการสุขภาพสามารถรับประกันได้ถึงความปลอดภัยย่อมส่งผลถึงการพัฒนาคุณภาพประชากรของประเทศ การที่ประชากรของประเทศมีสุขภาพดี มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ คุณภาพประชากรย่อมเกิดขึ้น และการที่ประชากรในประเทศมีคุณภาพจะส่งผลต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจของประเทศต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ศึกษาเป็น โรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเครือเดียวกัน จำนวน 3 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยเข้ารับบริการผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมทางสูติ-นรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์นัดมาผ่าตัด และนอนรักษาตัวภายหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล มีอายุระหว่าง 15-60 ปี และขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกประเภท local anesthesia ได้แก่ epidural block และ spinal block ซึ่งเป็นการทำให้หมดความรู้สึกตั้งแต่บริเวณลำตัวถึงปลายเท้า การได้ยินปกติ ฟัง และพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ และสามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

1.3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และตัวแปรอิสระซึ่งมีทั้งหมด 11 ตัวแปร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ

1.3.2.1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง

1.3.2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

1.3.2.3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ระดับการศึกษาของผู้ป่วย มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.2 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.3 การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของผู้ป่วย มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.5 การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.6 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากผู้ให้บริการ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.7 การได้รับคำปรึกษาจากผู้ให้บริการ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.8 การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดจากผู้ให้บริการ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.9 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจากผู้ให้บริการ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.10 การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.4.11 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.5.1 ตัวแปรตาม

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด หมายถึง การบาดเจ็บ พิการ การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต ที่ไม่คาดหวังซึ่งเป็นผลจากความผิดพลาดในการให้บริการผ่าตัด

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ และการดำเนินกิจกรรมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพในการป้องกันการบาดเจ็บ พิการ การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือ เสียชีวิต ที่ไม่คาดหวังซึ่งเป็นผลจากการให้บริการผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

- ระยะก่อนผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพในระยะก่อนผ่าตัด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี การซักถามข้อมูลที่สงสัย หรือไม่แน่ใจ เช่น ผลการวินิจฉัย วิธีการรักษา อันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง เช่น ความถูกต้องของชื่อนามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด การเฝ้าติดตาม และแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การถอดสิ่งมีค่าต่างๆ ฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ รวมถึงการให้ความร่วมมือเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด

- ระยะผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้ร่วมดำเนินกิจกรรมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพในระหว่างการผ่าตัด คือ การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง เช่น ความถูกต้องของชื่อนามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด การปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย การจัดทำเพื่อทำผ่าตัด หรือให้ยาระงับความรู้สึก การเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจขัดหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก

-ระยะหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้ร่วมดำเนินกิจกรรมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพในระยะหลังจากการผ่าตัด คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การลุกนั่งโดยเร็วหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก การให้ความร่วมมือในการป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย

การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพุงเข้าห้องน้ำ การเฝ้าติดตาม และแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น มีอาการปวดแผลผ่าตัด มีเลือดซึมบริเวณแผลผ่าตัด มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการบ่งชี้ก่อนรับยา ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องของชื่อนามสกุล การซักถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1.5.2 ตัวแปรอิสระ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัยคือ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

1.5.2.1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาระดับสูงสุดของผู้ป่วย แบ่งออกเป็นต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อเข้ารับการผ่าตัด ประกอบด้วย การให้ความสนใจเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และแผนการรักษา ได้แก่ การสอบถามแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และแผนการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การให้ความร่วมมือเพื่อเตรียมผ่าตัด และการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด การให้ความสนใจ ดูแล ป้องกันภาวะไม่สุขสบายหรือ อันตรายจากการรักษา เช่น การเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่งเป็นต้น

การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

- ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การรับผู้ป่วยทำผ่าตัดผิดคน การพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอน

- ระยะผ่าตัด ได้แก่ การแพทย์ที่ใช้ระงับความรู้สึก การอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากสิ่งแปลกปลอมพลัดตกในหลอดลม การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นประสาทจากการจัดทำสำหรับให้ยาระงับความรู้สึก หรือการทำผ่าตัด การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง สิ่งตกค้างในร่างกาย การได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ทำผ่าตัด การสัมผัสเชื้อ

- ระยะเวลาหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอน ภาวะช็อกจากการตกเลือด ภาวะพร่องออกซิเจน คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดของแผลผ่าตัด การสัมผัสเชื้อ การหกส้วมหน้ามีดขณะเข้าห้องน้ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อความสามารถของผู้ป่วยในการร่วมตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาดจากการดูแลรักษาทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

- ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี การซักถามข้อมูลที่สงสัย หรือไม่แน่ใจ การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง เช่น การตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด เป็นต้น การเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การถอดสิ่งมีค่าต่างๆ ฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ รวมถึงการให้ความร่วมมือเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด

- ระยะเวลาผ่าตัด ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การจัดทำเพื่อทำผ่าตัด การเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจขัดหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก

- ระยะเวลาหลังผ่าตัด ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การลุกนั่ง โดยเร็วหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก การให้ความร่วมมือในการป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพยุงเข้าห้องน้ำ การเฝ้าติดตาม และแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น มีอาการปวดแผลผ่าตัด มีเลือดซึมบริเวณแผลผ่าตัด มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ เป็นต้น

1.5.2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ให้บริการในการป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลรักษาทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

- ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การตรวจสอบความเรียบร้อยของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งทำผ่าตัด การดูแลช่วยเหลือระหว่างเคลื่อนย้าย และขณะนอนรอผ่าตัด

- ระยะผ่าตัด ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งทำผ่าตัด การให้คำแนะนำและช่วยเหลือในขณะจัดทำในการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด การเฝ้าติดตาม และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการผ่าตัด

- ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลและช่วยเหลือระหว่างเคลื่อนย้าย หรือลุกเข้าห้องน้ำ การประเมินสัญญาณชีพ การสอบถามอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ รวมถึงอาการปวดของแผลผ่าตัด การสอนเรื่องการบริหารการหายใจ และการไอที่ถูกต้อง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการรักษาจากผู้ให้บริการโดยตรง ได้แก่ บอกผู้ป่วยว่าป่วยเป็นโรคอะไร บอกรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของโรคและผลกระทบของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การได้รับคำปรึกษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาจากผู้ให้บริการในเรื่องทางเลือกในการตรวจและรักษาทั้งหมด ประโยชน์และความเสี่ยงของแต่ละทางเลือก รวมถึงการแนะนำผู้ให้บริการท่านอื่นเพื่อขอคำปรึกษา

การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละระยะของการผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การบริหารการหายใจ (breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough) เป็นต้น การถอดสิ่งมีค่าต่างๆ ฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องประสบในวันผ่าตัด เช่น การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่สำหรับนอนรอผ่าตัด สภาพภายในห้องผ่าตัด เป็นต้น และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องประสบในขณะที่ผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด เช่น ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ทำที่ใช้ในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดคร่าวๆ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ให้บริการเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนตัดสินใจ และร่วมดำเนินกิจกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาดจากการรักษาทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ การให้โอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ให้โอกาสในการซักถามข้อมูลที่สงสัยหรือไม่แน่ใจ เช่น ผลการวินิจฉัย แผนการรักษา ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

ให้โอกาสในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด และให้โอกาสในการบอกเล่าถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิที่พึงได้รับจากผู้ให้บริการในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลได้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย การเข้าถึงการบริการที่สะดวก รวดเร็ว การจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบไม่พลุกพล่าน และปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ การสอน หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

1.5.2.3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความสนิทสนม และความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือและแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้ (congruence or genuineness) ความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) และการแสดงออกด้วยความอบอุ่น(nonpossessive warmth)

- ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้(congruence or genuineness) หมายถึง ลักษณะของความจริงใจโดยปราศจากสิ่งแอบแฝง เป็นความเปิดเผยถึงความรู้สึก และเจตคติที่เป็นจริงด้วยความซื่อสัตย์และเชื่อถือได้ โดยผู้ให้บริการซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ต้องมีลักษณะที่เปิดเผย มีความจริงใจ และซื่อสัตย์ปราศจากการเสแสร้ง มีความพยายามที่จะเรียนรู้ถึงอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการได้รับคำปรึกษา และให้การดูแลที่ดี

- ความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ถึงความรู้สึกและโลกส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ การสื่อสารที่ดีจะช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น ความรู้สึกเข้าใจเห็นอกเห็นใจนั้นผู้ให้บริการจะต้องยอมรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่นโดยปราศจากความกังวลใจ ความโกรธหรือความขัดแย้ง

- การแสดงออกด้วยความอบอุ่น(nonpossessive warmth) หมายถึง การแสดงออกที่ช่วยประสานให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งภาษาและท่าทาง ได้แก่ การแสดงออกด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงที่พูดไม่ดังเกินไป การแสดงออกทางใบหน้าที่เป็นมิตรแสดงถึงความจริงใจ การสบตาระหว่างการพูดคุยหรือการสัมผัส

1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย

สำหรับการออกแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างลักษณะเดียวกันจำนวนหนึ่ง พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดี เนื่องจากผู้ปวยสามารถให้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่ และสามารถทำความเข้าใจในข้อมูลระหว่างกันและกันได้ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการสัมภาษณ์มาใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงนั้นพบว่าบางช่วงเวลามีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเข้าตรวจเยี่ยมของแพทย์บางท่านซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถคาดเดาเวลาเข้าตรวจเยี่ยมได้ จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถซักถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเต็มที่อาจมีผลต่อข้อมูลบางตัวแปร แต่เนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจำนวนไม่มากนัก จึงไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยในภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าองค์กร หรือผู้ที่สนใจศึกษาจะได้รับประโยชน์ดังต่อไปนี้

1.7.1 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนาระบบคุณภาพการบริการเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปวยให้กับองค์กรในภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นแหล่งในการศึกษา รวมถึงโรงพยาบาลอื่นๆที่สนใจนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาระบบคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

1.7.2 เป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปวยในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

2.1 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.4 งานวิจัย และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรอิสระที่ศึกษา

2.1 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.1.1 ความหมาย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(2550) ได้กำหนดคำจำกัดความของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event)ว่า หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานทันที (Online. Available: <http://www.sk-hospital.com/skmessage/download.php?id=3363&sid=5784a7d16e28b5aa9f3e76f100a2720b> 2008, September 10.)

อนุวัฒน์ สุภชติกุล (2546: 32) ได้ให้ความหมายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(adverse event) หมายถึง เหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ซึ่งนำไปสู่อันตราย ความสูญเสีย การบาดเจ็บเพิ่มขึ้น(ทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ) ความทุกข์ทรมาน ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากการให้บริการหรือดูแลผู้ป่วย และมีได้เป็นผลจากธรรมชาติการดำเนินโรคเอง อาจจะเป็นผลของการปฏิบัติหรือการไม่ปฏิบัติของผู้ให้บริการ เช่น การให้ยาผิด การที่ไม่สามารถ

ให้การวินิจฉัยหรือให้การรักษาที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม ปฏิบัติที่ไม่พึงประสงค์ หรือผลลัพธ์ การรักษาที่ไม่ดี

เบรนนัน และคณะ (Brennan, et al., 1991 อ้างถึงในปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ, 2549: 2) ได้ให้ความหมายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ว่า หมายถึง การบาดเจ็บหรือความพิการที่ไม่คาดหวังซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยไม่ได้เกิดจากระบวนการตามธรรมชาติของภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และมีผลทำให้ยืดยาวระยะเวลาการรักษาพยาบาล หรือเสียชีวิต ตัวอย่าง ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

สรุปได้ว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การบาดเจ็บ พิการ การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือ เสียชีวิต ที่ไม่คาดหวังซึ่งเป็นผลจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยไม่ได้เกิดจากระบวนการตามธรรมชาติของภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ กำหนดให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด หมายถึง การบาดเจ็บ พิการ การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือ เสียชีวิต ที่ไม่คาดหวัง ซึ่งเป็นผลจากความผิดพลาดในการให้บริการการผ่าตัด

2.1.2 ประเภทของความผิดพลาด

จากที่กล่าวมาแล้วว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดในการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งความผิดพลาดที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกออกเป็น 7 ประเภทใหญ่ๆ คือ (วีณา จีระแพทย์, 2549: 4-6)

2.1.2.1 ความผิดพลาดทางยา/สารน้ำ/ผลิตภัณฑ์เลือด (medication/fluid/blood product error) การเกิดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น สามารถพบในทุกกระบวนการของการดำเนินการ ตั้งแต่ขั้นตอนการสั่ง การรับคำสั่ง การเตรียม/การผสมให้ถูกวิธี ถูกประเภทและขนาด การแจกจ่ายและการเฝ้าติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของความผิดพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ดังนี้ คือ การให้ผิดขนาด(wrong dose) การให้ผิดคน(wrong patient) การให้ผิดเวลา(wrong time) การให้ผิดชนิด (wrong drug) การให้ผิดวิธี (incorrect administration technique) และการให้ยาที่เลิกให้ (continuation of a discontinued order)

2.1.2.2 ความผิดพลาดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (unsafe environment) ได้แก่ การติดเชื้อในโรงพยาบาล(nasocomial infection) เช่น การละเลยการล้างมือ หรือล้างไม่ถูกต้อง การปนเปื้อนในการทำหัตถการต่างๆ ความล้มเหลวในการซีบ่งและช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตราย เช่น การไม่ตั้งค่าสัญญาณเตือน หรือปิดสัญญาณเตือน โดยเฉพาะเมื่อใช้ pulse oximeter และเครื่องช่วยหายใจ สภาพแวดล้อมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสเกิน เช่น การดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่าง เสียง และอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการพักผ่อนของผู้ป่วย

2.1.2.3 ความผิดพลาดทางเทคนิค (technical error) ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน และผิดประเภท ความผิดพลาดในวิธีการทำหัตถการ เช่น การดูดเสมหะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ และ/หรือการทำให้เกิด hypoxia ความผิดพลาดในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

2.1.2.4 ความผิดพลาดจากการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ (lack of attentiveness) การขาดการประเมินติดตามสภาพผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติ หรืออันตรายจากอุบัติเหตุได้โดยเร็วตั้งแต่ระยะแรก เช่น การพลัดตก ลื่นล้ม (falls) ของผู้ป่วยขณะอยู่ในการดูแล การรื้อของยา/สารน้ำ/ผลิตภัณฑ์เลือด ออกนอกหลอดเลือดอย่างรุนแรง

2.1.2.5 ความผิดพลาดจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของการดูแล (fail to follow standard protocol)

2.1.2.6 ความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล (documentation errors) การขาดการบันทึกที่ครบถ้วน ตามเวลา โดยการบันทึกก่อนทำจริง หรือไม่บันทึกหลังการปฏิบัติหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษามากเกิน/หรือขาดไป ตลอดจนการไม่บันทึกอาการแสดงที่ทรุดลง ความเจ็บปวด อาการกระสับกระส่าย หรือการมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย หรือการบำบัดรักษาของผู้ป่วย

2.1.2.7 ความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วย (patient advocacy) การขาดกระตือรือร้นของแพทย์/พยาบาลในด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ถือเป็นประเด็นจริยธรรมวิชาชีพ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยการคาดเดาไม่ทวนสอบ หรือไม่สอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันความถูกต้องเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น การให้ยาหรือทำหัตถการให้ผู้ป่วย การคาดเดาคำสั่งที่เขียนหรือพูดไม่ชัดเจน หรือไม่ตรวจสอบข้อมูลที่ส่งสัยในความถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.1.3 สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

สำหรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางการแพทย์นั้น สามารถแบ่งสาเหตุของความผิดพลาดได้เป็น 2 แนวคิด คือ ความผิดพลาดเชิงบุคคล ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์มีสาเหตุจากความบกพร่องด้านกระบวนการทางความรู้สึนึกคิด (mental process) เช่น การหลงลืม เหม่อลอย เฉื่อยชา ไม่ระมัดระวัง ละเอียด สะเพวรา การแก้ไขจึงได้มุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์โดยการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบ การเตือน การควบคุมกำกับและมาตรการลงโทษ ทำให้ผู้ทำผิดพลาดเกิดความกลัวต่อผลที่จะตามมา และไม่รายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้องค์กรขาดโอกาสในการเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น ซึ่งรูปแบบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซ้ำอีกแม้ว่าจะจะเป็นการปฏิบัติโดยบุคคลคนละคน ทำให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงต่อ

ความสามารถในการออกแบบระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพขององค์กร และความผิดพลาดเชิงระบบ แนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดเป็นผลลัพธ์มากกว่าที่จะเป็นสาเหตุ โดยเปรียบระบบที่ล้มเหลวเป็นเสมือนกับคัทที่รออยู่ในการทำงานให้มนุษย์กระทำความผิดพลาดเหล่านั้น โดยเชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ แต่อาศัยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือระบบของผู้ปฏิบัติงานมากกว่า แต่ทั้งนี้พบว่ามีจุดอ่อนที่แฝงตัวอยู่ในระบบอยู่ 2 ประการ คือ จุดอ่อนซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาด เช่น ความกดดันที่ต้องทำงานแข่งกับเวลา การมีอัตราค่าล่วงนอ่ยกว่าภาระงาน ขาดแคลนหรือขาดการบำรุงรักษาอุปกรณ์ ความอ่อนล้า และขาดประสบการณ์ และจุดอ่อนในระบบป้องกัน เช่น ระบบสัญญาณเตือนหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้ กระบวนการทำงานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ แบบหรือโครงสร้างระบบความปลอดภัยที่บกพร่อง นโยบายที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ ทั้งนี้เมื่อเกิดการกระทำที่ผิดพลาดของบุคคลพร้อมๆ กับจุดอ่อนที่แฝงตัวอยู่ในระบบ จึงเป็นช่องโหว่ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น (วีณา จีระแพทย์, 2549: 10-19)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.2.1 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

จากที่กล่าวมาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากนักวิชาการหลายๆ ท่าน ที่กล่าวถึงรูปแบบของการมีส่วนร่วมเพื่อมาประยุกต์ใช้กับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ดังนี้ (เครือวัลย์ แก้วนพรัตน์, 2545: 11-13)

อกิน ระพีพัฒน์ (2527) แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข หมายถึงการตัดสินใจว่าอะไรคือ ปัญหาของตนเอง อะไรคือสาเหตุ และจะแก้ปัญหานั้นอย่างไร โดยกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาพร้อมกันไปด้วย
2. การตัดสินใจเลือกแนวทางการวางแผนพัฒนา และแก้ไขปัญหา หมายถึง การตัดสินใจร่วมกันในการปฏิบัติตามแนวทางให้เป็นไปตามโครงการ และแผนที่ได้กำหนดขึ้น

3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน หมายถึง การร่วมกันปฏิบัติดำเนินงานตามแผน มีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาสิ่งที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมหรือการดำเนินงานนั้น

4. การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา หมายถึง การประเมินผลงานของตนเองและประเมินสภาพการณ์ภายนอกด้วย

เจมส์ คี บีนทง (2526) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทไว้ 4 ขั้นตอนคือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งความต้องการของชุมชน

2. มีส่วนร่วมในการวางแผน และการดำเนินการโครงการ หรือกำหนดกิจกรรมเพื่อขจัดปัญหาและแก้ไขปัญหา ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน

3. มีส่วนร่วมในการลงทุน และปฏิบัติโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถ เช่น ร่วมสละแรงงาน วัสดุ เงิน และเวลา เป็นต้น

4. มีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลในโครงการหรือกิจกรรมที่ทำไว้ ตรวจสอบผลความก้าวหน้า หรือสภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อให้โครงการ หรือกิจกรรมบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

จอห์น วุฑฒิกธรรมรักษา (2526) ได้แบ่งลักษณะการเข้าร่วมออกเป็น “ร่วมประชุม ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมออกแรง ร่วมออกเงิน/วัสดุอุปกรณ์ ร่วมเป็นกรรมการ”

คณะกรรมการยุติธรรมและสันติแห่งประเทศไทย (2526) ได้แบ่งลักษณะการเข้าร่วมออกเป็น 5 แบบดังนี้

1. การเข้าร่วมวางแผนงานกิจกรรม
2. การตัดสินใจที่จะดำเนินกิจกรรมนั้น
3. การเข้าร่วมดำเนินการให้กิจกรรมนั้นสำเร็จลุล่วงไปได้
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการทำงานและประเมินผลการ

ดำเนินกิจกรรม

5. การสนใจเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ โดยมีผู้ใช้รับผิดชอบงานหรือกิจกรรมนั้นๆ

โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision - making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การริเริ่มตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจ และการตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วม และลักษณะการมีส่วนร่วมของนักวิชาการหลายท่านพบว่าลักษณะการมีส่วนร่วมที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน ดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล และที่เพิ่มเติมเข้ามาคือ การมีส่วนร่วมในการลงทุนทั้งด้านแรงงาน เงิน และอุปกรณ์ จากที่กล่าวมาทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และในส่วนแนวคิดที่แตกต่างออกไปของโคเฮนและอพออฟฟ์ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล สำหรับในระบบบริการสุขภาพลักษณะการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยหลังจากทราบผลการตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การตัดสินใจเข้ารับการรักษา การรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการตรวจประเมินซ้ำ(ขนิษฐา นาคะ, 2534: 2) จึงน่าจะตรงกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอพออฟฟ์มากที่สุด เพราะฉะนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงได้ประยุกต์แนวคิดของโคเฮน และอพออฟฟ์มาศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด แต่เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในลักษณะการตัดสินใจ และดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ จึงเลือกเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และดำเนินการมาศึกษา ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดครั้งนี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมดำเนินการในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.2.2 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้รับบริการผ่าตัด

ผู้ที่มีรับบริการผ่าตัด มีโอกาสที่จะประสบกับความเสียหาย การบาดเจ็บ ความสูญเสีย อันตรายซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การเข้ารับบริการผ่าตัดพบว่ามีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้รับบริการหลายกรณีด้วยกัน ดังนี้

เรณู อาจสาถิ (2545: 1-5) ได้สรุปความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ความเสี่ยงระยะก่อนผ่าตัด

1. การรับผู้ป่วยผิดคนจากการ set ผ่าตัด
2. อุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
3. การเตรียมความพร้อมของร่างกาย และเอกสารทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน
4. สิ่งแวดล้อมในห้องรอผ่าตัด (waiting room) ที่ติดผ่าตัด ไม่สงบเงียบเสียงดัง ทำให้เพิ่มความวิตกกังวล ความหวาดกลัวของผู้ป่วย
5. การถูกละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

ความเสี่ยงระยะผ่าตัด

1. การเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ไม่พร้อมเป็นผลให้ผู้ป่วยรอคอยนานในระยะเวลาผ่าตัด ใช้เวลานานในการดมยาสลบ เสียเลือดและสารน้ำอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมาได้
2. ปัญหาจากการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ อาจเกิดการแพ้ยา หรือเกิดผลพลาดทางเทคนิคของผู้ให้ยาระงับความรู้สึก
3. การจัดทำในการผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ
4. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
5. การมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด
6. การมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia)
7. การได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าในการผ่าตัด
8. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้ง
9. การเก็บชิ้นเนื้อไม่ครบถ้วน หรือไม่ตรงกับผู้ป่วย
10. ความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ความเสี่ยงระยะหลังผ่าตัด

1. อุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. ภาวะช็อคจากภาวะตกเลือด
3. การติดเชื้อ
4. การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำรุนแรง
5. การเกิดภาวะพร่องออกซิเจน
6. ภาวะเสียคลื่น้ำและอิเล็กโตรลัยท์
7. ภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวดแผล
8. การคลื่นไส้อาเจียน
9. ความวิตกกังวล
10. การเกิดภาวะมีลมในเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) จากการให้ยา

ระงับความรู้สึก brachial block

วิลสัน (Wilson, 2000: 93) ได้สรุปความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานห้องผ่าตัดไว้ดังนี้

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง
2. การขาดความระมัดระวังในการให้ยาระงับความรู้สึก
3. มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย (ผ้าซับโลหิต เข็ม เครื่องมือ เครื่องใช้ใน

การผ่าตัด)

4. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นประสาท จากการ

จัดทำสำหรับผ่าตัด

5. การพลัดตกจากเตียงผ่าตัดหรือรถเข็นนอน (stretcher)
6. การลื่นหกล้ม
7. การผ่าตัดที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในใบยินยอมผ่าตัด
8. การบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องรัดห้ามเลือด (tourniquet)
9. การเกิดแผลไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า
10. มีการสัมผัสเชื้อ (contaminate) จากการละเลยต่อเทคนิคปราศจากเชื้อ

(sterile technique)

11. ได้รับข้อมูลที่ไม่ว่างสมบูรณ์ครบถ้วน ในการให้ความยินยอมผ่าตัด
12. บุคลากรปฏิบัติเกินขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ
13. พยาบาลจบใหม่ไม่ได้รับการดูแลแนะนำเรื่องความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย

14. ไม่มีการตรวจสอบผลการตรวจทางห้องทดลองให้พร้อมก่อนผ่าตัด
15. การใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ชำรุดบกพร่อง
16. การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน
17. ไม่มีการบันทึกรายงานการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน

จากแนวคิดของวิลสัน สามารถจำแนกความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยได้เป็น 3 ระยะ คือ

ความเสี่ยงระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอน การลื่นหกล้ม การขาดความระมัดระวังในการให้ยาระงับความรู้สึก การได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ในการให้ความยินยอมผ่าตัด การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และไม่มีการตรวจสอบผลการตรวจทางห้องทดลองให้พร้อมก่อนผ่าตัด

ความเสี่ยงระยะผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย (ผ้าซับโลहित เข็ม เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด) การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นประสาท จากการจัดทำสำหรับผ่าตัด การผ่าตัดที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในใบยินยอมผ่าตัด การบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องรัดห้ามเลือด (tourniquet) การเกิดแผลไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า มีการสัมผัสเชื้อ (contaminate) จากการละเลยต่อเทคนิคปราศจากเชื้อ (sterile technique) และ การใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ชำรุดบกพร่อง

ความเสี่ยงระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลัดตกจากเตียงผ่าตัดหรือรถเข็นนอน และการประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน

จากแนวคิดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการผ่าตัด ที่นำเสนอมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทั้ง เรณู อางสาธิต และวิลสัน ได้ระบุถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการผ่าตัดในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเกิดจากรisk จากการผ่าตัดดังกล่าวจึงต้องศึกษาให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

2.2.3 การป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของผู้ป่วย

การป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ถือเป็นระบบความปลอดภัยของการจัดบริการสุขภาพโดยทำให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในระบบความปลอดภัย โดยให้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ตนเองได้รับ และร่วมตรวจสอบความถูกต้อง การเฝ้าติดตาม การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลที่รู้ดีเกี่ยวกับเรื่องของตน และสามารถชี้บ่งความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดหรือตั้งแต่เริ่มต้น เช่น การตรวจสอบการให้ยาถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อ

ตรวจสอบประเภท และขนาดยาที่จะได้รับ เฝ้ารวังและแจ้งเตือนหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เป็นต้น การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตามความเหมาะสมในกระบวนการสืบสวน เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อขจัดปัญหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยในอนาคต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ ตระหนักถึงความใส่ใจ และความจริงจังในการแก้ไขขององค์กร ตลอดจนการพัฒนากระบวนการปลอดภัยในการจัดบริการ(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์, 2549: 31-32) นอกจากนี้ในหลายๆ องค์กรได้ให้ความรู้ และสิทธิของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยของการบริการสุขภาพที่ได้รับ ไว้ดังนี้

องค์กรความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักร ได้เสนอแนวทาง “SPEAK UP” ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพมีทั้งหมด 7 ข้อ ดังนี้

Speak up คือ การซักถามข้อมูลเมื่อสงสัย ไม่แน่ใจ หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และรู้สึกไม่ปลอดภัย

Pay attention คือ การเอาใจใส่ดูแลที่ได้รับและแน่ใจว่าได้รับการรักษาพยาบาล และยาที่ถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

Education คือ การเรียนรู้โรคที่ได้รับการวินิจฉัย โดยการสอบถามหากไม่เข้าใจ

Ask คือ การให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจเป็นผู้แทนในการดูแลสุขภาพ (agency) เช่น ช่วยสอบถามปัญหาถ้ารู้สึกเครียดเกินกว่าที่จะถามด้วยตนเอง ช่วยจดจำและอธิบายให้เข้าใจภายหลัง

Know คือ รู้ว่าต้องได้รับยาอะไร เพราะเหตุใด ระบุว่าที่แพ้ หากต้องได้รับสารละลาย/ยาทางหลอดเลือดให้ถามถึงระยะเวลาที่ควรได้รับ หากพบว่าเร็วหรือช้าเกินต้องแจ้งให้พยาบาล/บุคลากรผู้เกี่ยวข้องทราบ

Understand คือ เข้าใจองค์กรที่ให้บริการว่ามีมาตรฐานความปลอดภัยหรือไม่ และมีอุบัติการณ์ความผิดพลาด หรือความประมาทเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด

Participate คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ ในการขความคิดเห็นจากแพทย์ พยาบาลอื่น (second opinion) หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Online. Available: <http://www.npsa.nhs.uk> 2007, January 10.)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(2546: 217-220)ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์(medical error) คือ การที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้จัดทำไว้ หรือการที่วางแผนผิดพลาดตั้งแต่เริ่มแรก ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมี

ปัญหาในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่น แพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและไม่มีส่วนร่วมจะยอมรับทางเลือกในการรักษาที่แพทย์เลือกให้น้อยกว่า และอาจไม่ให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลตามแผนการรักษา ซึ่งคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลมีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกที่รักษาพยาบาล ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาประจำ การแพ้ยา เพื่อประโยชน์ในการรักษา
3. การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่สงสัยเพื่อการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง รวมถึงผลข้างเคียงของยาเพื่อสามารถรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที
4. การตรวจสอบความถูกต้องของชื่อแพทย์ที่สั่งยา เพื่อป้องกันการจ่ายยาผิดคน
5. ขณะนอนโรงพยาบาลมีการซักถามถึงการล้างมือของเจ้าหน้าที่ก่อนให้บริการต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
6. การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การรักษา เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อรับทราบเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์
7. การขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

จากที่กล่าวมาองค์กรความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักร และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ไว้ตรงกัน ได้แก่ 1)การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ 2)การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การรักษา 3)การซักถามข้อมูลที่สงสัย หรือไม่แน่ใจ 4)การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการฉีดยา 5)การเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ และ6)การปฏิบัติตามแผนการรักษา การซักถามข้อมูลที่สงสัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา
- การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี

- การซักถามข้อมูลที่สงสัย หรือไม่แน่ใจ เช่น ผลการวินิจฉัย วิธีการรักษา อันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

- การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง เช่น ความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด

- การเฝ้าติดตาม และแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก

- การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนไปผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การถอดสิ่งมีค่าต่างๆ ฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ รวมถึงการให้ความร่วมมือเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด

ระยะผ่าตัด

- การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง เช่น ความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด

- การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย การจัดทำเพื่อทำผ่าตัด หรือให้ยาระงับความรู้สึก

- การเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น ความรู้สึกเจ็บบริเวณผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจขัดหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก

ระยะหลังผ่าตัด

- การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การลุกนั่งโดยเร็วหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก การให้ความร่วมมือในการป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพยุงเข้าห้องน้ำ

- การเฝ้าติดตาม และแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติ เช่น มีอาการปวดแผลผ่าตัด มีเลือดซึมบริเวณแผลผ่าตัด มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ

- การตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องของการชั่ง เช่น ความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเองก่อนรับยา

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.3.1 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการ

กิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงในมรดก บัวแดง, 2544: 32) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาโดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

2.3.1.1 ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (self-determination) มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ควบคุมตนเองได้ (self of control) มีแรงจูงใจ (motivation) เรียนรู้ (learning) เจริญเติบโต (growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (sense of mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (improved quality of life) สุขภาพดีขึ้น (better health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินใจสังคม (sense of social justice)

2.3.1.2 ด้านผู้ให้พยาบาล ผู้ให้บริการจะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ โดยจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) ผู้สนับสนุน (support) ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ผู้สอน (educator) ผู้ให้คำปรึกษาแหล่งทรัพยากร (resource consultant) ผู้ใช้แหล่งทรัพยากร (resource mobilizer) ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (facilitator) ผู้ส่งเสริม (enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการ (advocate)

2.3.1.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดย มีความไว้วางใจกัน (trust) เห็นใจกัน (empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participatory decision-making) วางเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (collaboration) เอาชนะอุปสรรค (overcoming organizational barriers) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (organizing) มีการต้อรอง (Lobbying) และ มีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (legitimacy) ซึ่งการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองสุขภาพสามารถป้องกันตนเองจากความเลวร้ายต่างๆ ได้ นั่น ต้องผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ (taking charge) ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหาพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหานั้น เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าวการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ เช่นเดียวกับการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินการป้องกันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย และทีมผู้ให้บริการในแต่ละขั้นตอน โดยเฉพาะผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำปรึกษา เป็นผู้สอน ให้อำนวยความสะดวก ส่งเสริม และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในครั้งนี้ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงการได้รับการปฏิบัติจากผู้ให้บริการขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

2.3.2 แนวคิดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

การรับรู้บทบาท ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ออลบานส์ และฟลีท (Albanese & Fleet, 1983 อ้างถึงในมรคต บัวแดง, 2544: 38) ได้ให้ความหมาย การรับรู้บทบาท หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องกระทำ ซึ่งแต่ละบุคคล เชื่อว่ามีความเหมาะสมในการที่จะปฏิบัติงานให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ออร์แกน และเบทแมน (Organ & Bateman, 1986 อ้างถึงในมรคต บัวแดง, 2544: 38) กล่าวว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติในงานของบุคคลนั้น

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติตามสถานภาพ หรือตำแหน่งที่บุคคลนั้นดำรงอยู่

วิมลมาศ สมใจ(2542: 56) กล่าวว่า การปฏิบัติตามบทบาทใดบทบาทหนึ่งย่อมมีการรับรู้บทบาทเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะการรับรู้บทบาทถือว่าเป็นพื้นฐานทางด้านพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยหนึ่งของพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลจะกระทำ หรือแสดงพฤติกรรมออกมานั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้า เพราะการรับรู้เป็นการแปลความหมาย หรือตีความต่อสิ่งเร้า สิ่งเร้าเดียวกันอาจทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกันได้ เช่นเดียวกับพอร์เตอร์ และลอเลอร์ (Porter & Lawler, 1977 อ้างถึงในวิมลมาศ สมใจ, 2542: 56) กล่าวว่า การรับรู้ในบทบาทจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน และถ้าหากการรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้ว ผลการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์

ทั้งนี้ลักษณะบทบาทของบุคคลนั้น บรูม และเซลส์นิก (Broom & Selnick, 1973 อ้างถึงในมรคต บัวแดง, 2544: 38) ได้แบ่งออกเป็นลักษณะต่างๆ 3 ประการ ได้แก่

1. บทบาทในอุดมคติ หรือ สิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (the socially prescribed or ideal role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมไว้ ซึ่งบุคคลจะต้องปฏิบัติ เช่น บทบาทของคนที่เป็นบิดา บทบาทของคนที่เป็นครู เป็นต้น

2. บทบาทที่รับรู้ (the perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติหรืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. บทบาทที่กระทำจริง (the perform role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดัน และโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยังรวมถึงบุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

เห็นได้ว่าบทบาทเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่พึงกระทำเมื่อบุคคลดำรงอยู่ในตำแหน่งนั้นๆ ทั้งจากการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ถูกระบุ การรับรู้ของตนเอง และตามความคาดหวังของบุคคลในสังคม ทั้งนี้บุคคลอาจจะมีบทบาทมากกว่าหนึ่งบทบาทตามสถานะที่เป็นอยู่ในสังคม ในยามที่บุคคลเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติ บทบาทของผู้ป่วยเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่ถูกกำหนดขึ้น โดยสังคม และมีรูปแบบพฤติกรรมเฉพาะของผู้ป่วยแสดงออกมากในการแสดงบทบาทของผู้ป่วยนั้น ได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

แชปแมน (Chapman, 1980: 127-134) กล่าวถึงบทบาทของผู้ป่วย ดังนี้ 1) ให้ความร่วมมือเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมาย มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง 2) ปฏิบัติตามแผนการรักษา ปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับโรคและการรักษาพยาบาล รวมทั้งคำแนะนำต่างๆ และ 3) ให้ความยอมรับและความเชื่อถือต่อผู้ให้บริการ

พาร์สัน (Parson, 1951) กล่าวว่า พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (sick role behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้นกำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติได้ชั่วคราว การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เพื่อให้อาการป่วยนั้นหายสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ในมุมมองของนักสังคมวิทยา ถือว่าพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (sick role behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (deviant behavior) ดังนั้นเมื่อบุคคลใดถูกยอมรับว่าป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีบทบาทตามที่บุคคลคาดหวัง 4 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ
2. ได้รับการยกเว้นจากการปฏิบัติหน้าที่ชั่วคราว
3. ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายจากภาวะการเจ็บป่วย
4. ผู้ป่วยมีหน้าที่ในการแสวงหาการรักษาและร่วมมือกับแพทย์เพื่อที่จะให้

หายเร็วที่สุด (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรุณญา ปุณณัน, 2530: 45-46)

ทั้งแนวคิดของแชปแมน และทาลคอตท์ พาร์สัน ได้สรุปบทบาทของผู้ป่วยได้ตรงกันข้อหนึ่งคือ การแสวงหาการรักษาและร่วมมือกับแพทย์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งคำแนะนำต่างๆ และการยอมรับและความเชื่อถือต่อผู้ให้บริการ

จากแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทและบทบาทของผู้ป่วยดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นย่อมมีการรับรู้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยถือเป็นความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสิ่งที่พึงปฏิบัติเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยตาม

บทบาท โดยเฉพาะการแสวงหาการรักษาและความร่วมมือกับแพทย์ ได้แก่ การให้ความร่วมมือในด้านการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงให้การยอมรับและเชื่อถือผู้ให้บริการ ดังนั้นการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยน่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมากำหนดเป็นตัวแปรอิสระสำหรับการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.3.3 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ได้มีผู้นิยามนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1968 โดยโรเซนสต็อกและเบคเกอร์ (Rosenstock & Becker) โดยพัฒนามาจากรากฐานทฤษฎีของ เลวิน (Kirt Lewin) เสนอว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อ และการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคต้องไม่ควรมีโอกาสทางด้านจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความสะดวกในด้านต่างๆ เป็นต้น ต่อมาปี ค.ศ. 1975 เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman) ได้พัฒนาแนวความคิดนี้โดยเพิ่มมิติการมองการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อที่จะอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม และแม่นยำมากขึ้น โดยมีแนวคิดดังนี้ 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงพอควร และ 3) การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค นอกจากนั้น เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al., 1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านอายุ เพศ บุคลิกภาพ และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ข่าวสารจากสื่อมวลชน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (due to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (sick role behavior) (ชลัช กลิ่นอุบล, 2542: 22-24)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ทั้งนี้เช่นเดียวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาโดยเฉพาะจากการผ่าตัด หากผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น รวมถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงหลังจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการป้องกันขึ้น ดังนั้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ข้างต้นทำให้ได้ตัวแปรอิสระสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.3.4 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง(self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ(Bandura, 1976 อ้างถึงในมรกต บัวแดง, 2544: 38) แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเองซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามลักษณะของงาน หรือกิจกรรมที่กำหนด และสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์อย่างยิ่ง การมีความรู้และความสามารถนั้น แบนดูราอธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ มาปฏิบัติ โดยทั่วไปแล้วคนเราจะตัดสินใจกระทำการใดย่อมต้องคิดก่อนว่าทำไปแล้วจะได้ประโยชน์อะไรบ้าง ถ้าหากทำแล้วเกิดประโยชน์ที่ตนเองปรารถนา ก็ย่อมเกิดความสนใจที่จะประกอบพฤติกรรมนั้น และความเชื่อในความสามารถ (efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ ปัจจัยประการหลังนี้แบนดูรา เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้

จากแนวคิดดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า หากบุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จะมีพฤติกรรม หรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ดังนั้นในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด หากผู้ป่วยตัดสินใจตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเป็นการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้ ย่อมนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมากำหนดตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้ความสามารถของตน

2.3.5 แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

สัมพันธภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อก่อให้เกิดความสนิทสนมและความพึงพอใจ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการนั้นจะเป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อช่วยเหลือให้ได้รับการตอบสนองความต้องการและช่วยแก้ปัญหา โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาล คือ ต้องมีความอดทน มีความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร เอาใจใส่ดูแล เข้าใจและยอมรับในความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) การมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี มีความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Hertzberg & Ekman, 2000) ซึ่งจากการศึกษาของไลทีเนน และไอโซลา(Laitinen & Isola, 1996) เกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson, 1985) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจว่า เป็นพื้นฐานในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้ (congruence or genuineness) ความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) และการแสดงออกด้วยความอบอุ่น (nonpossessive warmth) กล่าวคือ

- ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้ (congruence or genuineness) เป็นลักษณะของความจริงใจโดยปราศจากสิ่งแอบแฝง เป็นความเปิดเผยถึงความรู้สึกและเจตคติที่เป็นจริงด้วยความซื่อสัตย์และเชื่อถือได้ โดยผู้ให้บริการซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ต้องมีลักษณะที่เปิดเผย มีความจริงใจ และซื่อสัตย์ปราศจากการเสแสร้ง มีความพยายามที่จะเรียนรู้ถึงอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการได้รับคำปรึกษา และให้การดูแลที่ดี

- ความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกและโลกส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ การสื่อสารที่ดีจะช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น ความรู้สึกเข้าใจเห็นอกเห็นใจนั้นผู้ให้บริการจะต้องยอมรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่น โดยปราศจากความกังวลใจ ความโกรธหรือความขัดแย้ง

- การแสดงออกด้วยความอบอุ่น (nonpossessive warmth) เป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ควบคู่กับความจริงใจ และความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ โดยการแสดงออกที่อบอุ่นเป็นสิ่งที่ช่วยประสานให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งภาษาและท่าทาง ได้แก่ การแสดงออกด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงที่พูดไม่ดังเกินไป การแสดงออกทางใบหน้าที่เป็นมิตรแสดงถึงความจริงใจ การสบตาระหว่างการพูดคุยหรือการสัมผัส (จันทรา พรหมน้อย, 2548: 68-69)

จากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการของนักวิชาการหลายๆ ท่าน เห็นได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี มีความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด สัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี มีความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งวัตสัน ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจว่าเป็นพื้นฐานในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้ (congruence or genuineness) ความรู้สึก

เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) และการแสดงออกด้วยความอบอุ่น(nonpossessive warmth) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการมากำหนดตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้แนวคิดของวัตสันเป็นกรอบในการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยที่ผ่านมาซึ่งพบค่อนข้างน้อย และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ได้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดในการให้บริการทางการแพทย์อยู่พอสมควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอเฉพาะงานวิจัยของต่างประเทศเป็นหลัก ดังนี้

แนนซี และคณะ(Nancy, et al., 2008: 106-112) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษา วิธีดำเนินการวิจัยคือให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวิธีการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา โดยแบ่งการให้ความรู้ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วยในเรื่องการบ่งชี้ และการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ทั่วไปของการรักษา ส่วนที่ 2 เป็นการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการ โดยมีข้อคำถามสำหรับสอบถามผู้ให้บริการทั้งหมด 21 ข้อ ผลสำรวจก่อนและหลังให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 74.5 ปี หลังจากได้รับความรู้ได้เข้ามามีส่วนร่วมถึงร้อยละ 61 สูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 44.6 เป็นร้อยละ 48.3 อย่างมีนัยสำคัญ($P < 0.001$) และพบว่าปัจจัยด้าน เพศ เชื้อชาติ การได้รับความรู้ และจำนวนครั้งของการพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วม สรุปได้ว่าผลจากการให้ความรู้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ โดยเป็นการสนับสนุนและพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วยในบทบาทของตนเองในกระบวนการรักษาพยาบาลมากขึ้น

เดวิส และคณะ(Davis, et al., 2007: 259-267) ได้ศึกษาการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องของผู้ป่วยต่อระบบความปลอดภัยทางสุขภาพว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม และสนับสนุนในกระบวนการรักษา โดยทำการศึกษาทั้งจากสถานการณ์จริง และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลจากการศึกษาพบว่า มี 5 กลุ่มปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วม

ของผู้ป่วยได้แก่ บุคลิกภาพของผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนของผู้ให้บริการ ประเภทของสถานพยาบาลเช่น ระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ และภาระงานของเจ้าหน้าที่

วอเตอร์แมน และคณะ (Waterman, et al., 2006: 367) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษา จากการสุ่มสอบถามผู้ป่วยทาง โทรศัพท์ จำนวน 2,078 ราย จากโรงพยาบาลในแถบตะวันออกกลาง 11 แห่ง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) เห็นด้วยกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่สามารถป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาได้ โดยผู้ป่วยมีความสบายใจมากขึ้นเมื่อมีการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 91) สอบถาม ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ต่างๆ ไป (ร้อยละ 89) การบ่งชี้ ยืนยัน โรค (ร้อยละ 84) แต่ผู้ป่วยจะไม่ค่อย สบายใจในการสอบถามถึงการล้างมือของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 46) สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมี ความรู้ที่อบอุ่นใจในการมีส่วนร่วมป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ และการ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ จะสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมป้องกันความ ผิดพลาดจากการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น

เอิร์ด และคณะ (Eldh, et al., 2006: 503-514) ได้ศึกษาสภาวะการมีส่วนร่วมและไม่มี ส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามในการสำรวจ พบว่าสภาวะการมีส่วน ร่วมของผู้ป่วยเกิดขึ้นเมื่อ ได้รับข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลมาตรฐานการปฏิบัติทั่วไป แต่ต้องอยู่บนพื้น ฐานความรู้และความต้องการของแต่ละบุคคล โดยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ เพียงพอต่อการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย จะเกิดขึ้นได้นั้นเจ้าหน้าที่ต้องตระหนักถึงความรู้และความต้องการเฉพาะบุคคล เพราะผู้ป่วยแต่ละ บุคคลนั้นจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันออกไป

ฟลอรีน และคณะ (Florin, et al., 2006: 1498-1508) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในกระบวนการพยาบาล โดยศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของ พยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วย ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 80 ราย และผู้ป่วย 80 ราย ผล การศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความต้องการในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับ สิ่งที่เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติต่อพวกเขาอยู่ในระดับสูง ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยแต่ละบุคคลนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุ สถานะทางสังคม การรับรู้ในบทบาทของผู้ป่วย การสื่อสารกับ เจ้าหน้าที่ สภาพความพร้อมของร่างกาย และอารมณ์ในขณะนั้น

สตรีท และคณะ (Street, et al., 2005: 960-969) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ต่อการได้รับคำปรึกษาทางการแพทย์ โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วย อันได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และเชื้อ ชาติ ปัจจัยด้านรูปแบบการสื่อสารของผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

และการสนับสนุนของผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านรูปแบบการรักษา ได้แก่ สถานะการเจ็บป่วย และลักษณะการรักษาเฉพาะทางการแพทย์ จากการศึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษาพิเศษจะให้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย และพบว่าแพทย์มักจะใช้คำพูดสนทนาในกลุ่มผู้รับบริการผิวขาวมากกว่าไม่ใช่ผิวขาว

เวนการ์ดและคณะ (Weingart, et al., 2005: 830-836) ได้ศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผู้ป่วยอายุกรรม 228 ราย โดยใช้การทบทวนเวชระเบียน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 10 วัน พบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยเห็นด้วยกับการมีส่วนร่วมที่จะป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และร้อยละ 8 ของผู้ป่วยทั้งหมดเคยมีประสบการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 20 เรื่อง แบ่งเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง 1 เรื่อง เหตุการณ์เกือบพลาด 13 เรื่อง ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง 5 เรื่อง ซึ่งพบว่าเรื่องของเหตุการณ์เกือบพลาดได้มาจากการบันทึกทางการแพทย์ แต่ไม่พบในระบบการรายงานอุบัติการณ์ (Incident reporting) เห็นได้ว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ทั้งหมด ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบ่งชี้เหตุการณ์ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลรักษาด้วย ซึ่งจะสามารถสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

โมนิกาและคณะ (Monika, et al., 2004: 35) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาล ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 31 คน ในการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการนำไปใช้ในกระบวนการพยาบาล ซึ่งผลการศึกษา พบว่าคุณสมบัติ 4 ประการ ของพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเข้าถึงแพทย์ ทรัพยากร และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม คุณลักษณะเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาล

ทิโมนัน และซิโวนัน (Timonen & Sihvonen, 2000: 542) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ป่วย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของพวกเขา โดยเก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามกับพยาบาลจำนวน 118 ราย ผู้ป่วย 74 ราย ได้รับการตอบกลับมาทั้งสิ้นร้อยละ 81 ซึ่งพบว่าปัญหาหลักๆ ที่ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมคือความอ่อนเพลียเหนื่อยล้า การวางข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ของโรงพยาบาล การขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ความยากในภาษาที่ใช้ และการที่พยาบาลจดจ่ออยู่กับงานเอกสารมากกว่าสนใจดูแลพวกเขา

เดเบอร์ (Deber, 1994 อ้างถึงในสุดาพร ว่องไววิทย์, 2539: 16) ได้ทำการศึกษาถึงการ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นในเรื่องลักษณะ สัมพันธภาพของแพทย์และผู้ป่วย ที่เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ แผนการรักษาของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การที่แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดย ตระหนักถึงความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณา เลือก ตัดสินใจกระทำการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และทำให้ผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจในการตัดสินใจนั้นๆ

ทอมสัน(Thompson, et al., 1992 อ้างถึงในจันทรา พรหมน้อย, 2548: 4-5) ได้ศึกษาถึง ความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา พบว่า ระดับการศึกษาสามารถ เป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมได้ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มี ระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และ ทักษะคิดของบุคคล

ผลการศึกษาวิจัยของต่างประเทศสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีส่วนช่วยลด ข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมป้องกันข้อผิดพลาด จากการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีอยู่ด้วยกันหลาย ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะ ทางสังคม การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย
2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การให้ความรู้ การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม
3. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ
4. ปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ สถานะการเจ็บป่วย ลักษณะการรักษาเฉพาะทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์

จากผลการศึกษาในต่างประเทศเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดจากกระบวนการรักษาพยาบาล สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เพื่อให้เกิด ความสอดคล้องกับแนวคิด และความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ เลือกเฉพาะบางปัจจัย และบางตัวแปรมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การให้ความรู้ การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมี ส่วนร่วม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเป็นอีกช่องทางที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม และช่วยลดความรุนแรงให้เหลือน้อยที่สุด ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี ป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษา ซึ่งเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นมากที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยโดย ทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยจริง และศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ได้ตัวแปรที่สำคัญกับเรื่องที่ศึกษา ดังนี้

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการมีส่วนร่วมของนักวิชาการหลายท่าน พบว่า โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน เครือวัลย์ แก้วนพรัตน์, 2545: 13) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ลักษณะคือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งตรงกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมากที่สุดคือ การตัดสินใจเข้ารับการรักษา การรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการตรวจประเมินซ้ำ (ขนิษฐา นาคะ, 2534: 2) ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์มาทำการศึกษา แต่ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด และนอนรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้นซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจและดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ จึงได้เลือกศึกษาเฉพาะการมีส่วนร่วม 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ และการดำเนินการ และได้ประยุกต์บทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันความพลาดพลั้งทางการแพทย์มาเป็นกรอบในการศึกษากิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยจริงจำนวน 10 ราย ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เดือน ตุลาคม 2549 เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับหลายตัวแปร คือ ความรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การให้ความสำคัญกับการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ได้แก่ การให้เวลาพูดคุยซักถาม ประวัติการเจ็บป่วยซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยแม่นยำยิ่งขึ้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเช่น ชื่อยาและสรรพคุณของยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อทำให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลและสามารถเฝ้าระวังได้ การสอนให้รู้จักอุปกรณ์ต่างๆ ที่ติดอยู่บนตัวผู้ป่วยและสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น การให้ความช่วยเหลือในการเตรียมตัวและดูแลความเรียบร้อยตลอดกระบวนการรักษา นอกจากนี้ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งได้ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาทั้งหมด 11 ตัวแปร โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

2.5.1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ศึกษาจากแนวคิด การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย (Albanese & Fleet, 1983; Organ & Bateman, 1986 อ้างถึงในมรดก บัวแดง, 2544: 38) เป็นความเข้าใจของผู้ป่วยถึงบทบาทหน้าที่ที่ผู้ป่วยพึงกระทำในขณะที่เข้ารับการรักษาเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาคือ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock & Becker, 1968; Becker & Maiman, 1975 อ้างถึงในชลัช กลิ่นอุบล, 2542: 22-24) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งในที่นี้คือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเหตุการณ์นั้นมีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดความสูญเสียตามมา ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาคือ การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1976 อ้างถึงในมรดก บัวแดง, 2544: 38) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนั้นได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ ดังนั้นจึงได้นำระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษารั้งนี้

2.5.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการ (Gibson, 1991 อ้างถึงในมรกด บัวแดง, 2544: 32) กล่าวว่า การสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงดูแลตนเองได้ สิ่งสำคัญคือการได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากผู้ให้บริการทั้งในเรื่องการให้ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การสอน การเปิดโอกาส และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ จากแนวคิดดังกล่าวตัวแปรอิสระที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา คือ การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

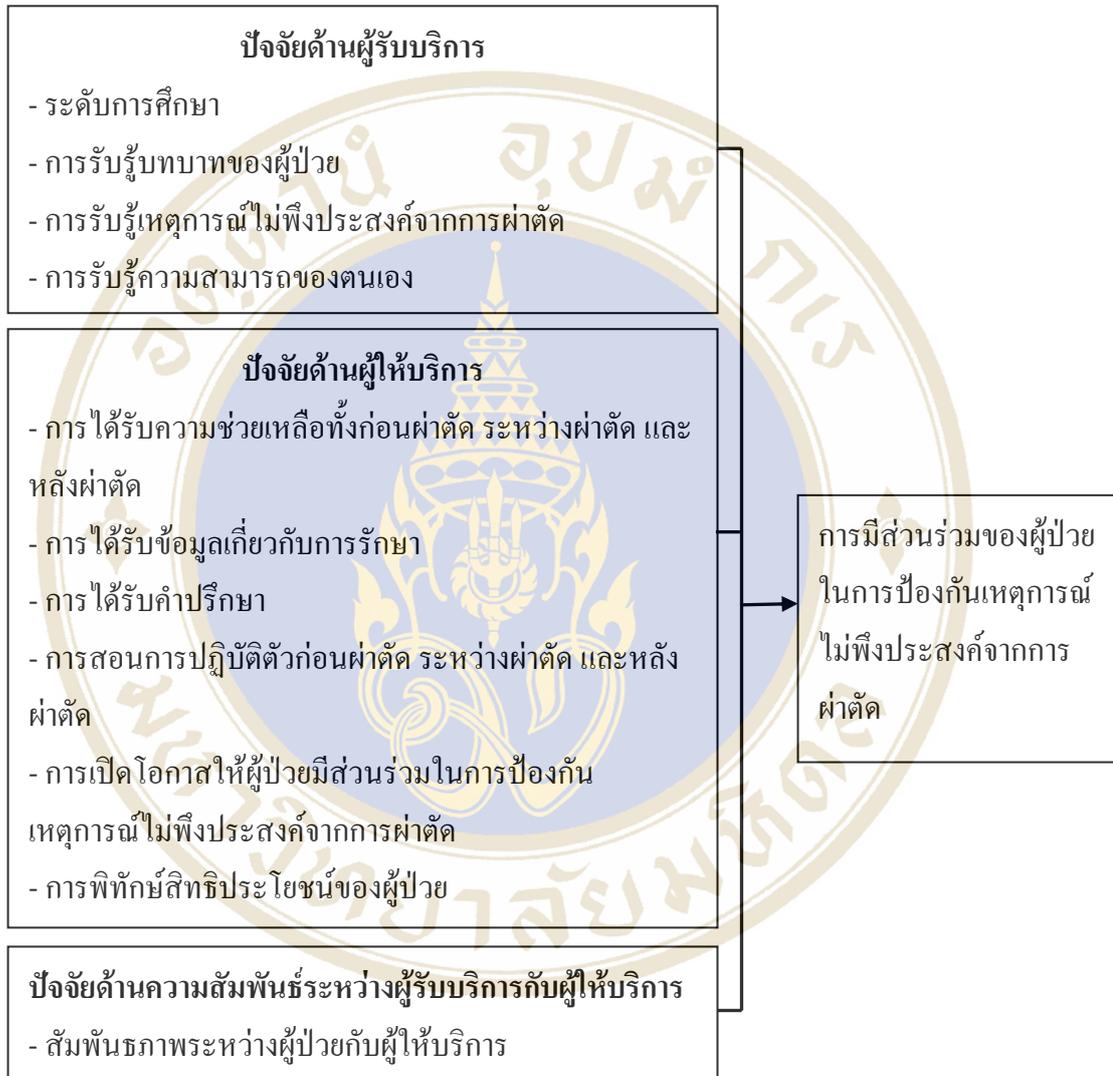
2.5.3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ (Hertzberg & Ekman, 2000; Laitinen & Isola, 1996; Watson, 1985 อ้างถึงในจันทรา พรหมน้อย, 2548: 68-69) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ โดยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี เกิดความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

สรุปจากที่กล่าวมา ตัวแปรอิสระในการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่

- ระดับการศึกษา
 - การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย
 - การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
 - การรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด
 - การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
 - การได้รับคำปรึกษา
 - การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด
 - การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
- ผ่าตัด
- การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย
- ตัวแปรตาม ได้แก่
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
- จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย(แผนภูมิที่ 1) ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งมีวิธีดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ศึกษาจากข้อมูลเอกสาร (documentary study) โดยการศึกษาค้นคว้า และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ได้แก่ บทความ เอกสารทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ ผลงานวิจัย และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาข้อมูลจากภาคสนาม (field study) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์ (interview form) ที่จัดทำขึ้น โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองเพื่อความเข้าใจ และความถูกต้องของข้อความในแบบสัมภาษณ์ที่ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด และนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งอยู่ในเครือเดียวกัน จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

3.1.1.1 เข้ารับการผ่าตัดประเภทศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมทางสูติ-นรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3.1.1.2 มีอายุระหว่าง 15-60 ปี

3.1.1.3 ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกประเภท local anesthesia ได้แก่ epidural block และ spinal block

3.1.1.4 การได้ยินปกติดี ฟัง และพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ และสามารถให้ข้อมูลได้

3.1.1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ทั้งนี้สถิติการเข้ารับบริการผ่าตัดของผู้ป่วยตามคุณลักษณะดังกล่าวของโรงพยาบาล เอกชนทั้ง 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนเฉลี่ยต่อเดือนทั้งสิ้น 458 ราย แบ่งเป็นศัลยกรรมกระดูกจำนวน 125 ราย ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 110 ราย ศัลยกรรมทาง สุนัข-นรีเวช 75 ราย และศัลยกรรมทั่วไป 148 ราย (ข้อมูลจากเวชสถิติเครือโรงพยาบาลเอกชน, 2550)

3.1.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สูตรการหา จำนวนกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane, 1973 อ้างถึงในประคอง กรรณสูตร, 2542: 10-11)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดย

จำนวนประชากร N = 458 ราย

ยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ e = 0.05

$$\text{ดังนั้น } n = \frac{458}{1 + 458(0.05)^2} = 213 \text{ ราย}$$

3.1.2.2 หลังจากได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการจำแนกขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างออกตามประเภทของการผ่าตัดให้มีจำนวนเท่าๆ กัน โดย นำขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ ได้เทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละประเภทของการผ่าตัด ยกตัวอย่างเช่น จาก ผู้ป่วยทั้งหมด 458 ราย เป็นศัลยกรรมทั่วไป 148 ราย หากต้องการจำนวนผู้ป่วยเพื่อเป็นกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 213 ราย นั้นจะเป็นผู้ป่วยประเภทศัลยกรรมทั่วไป 69 ราย เนื่องจากเป็นจำนวนของ กลุ่มตัวอย่างตามประเภทการผ่าตัดที่มากที่สุด ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างใน การผ่าตัดประเภทอื่นๆ ด้วย ดังนั้นเมื่อรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ประเภทของการผ่าตัดอีกครั้งจึง ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 276 ราย เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยได้จำแนกขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละประเภทของการผ่าตัดออกตามโรงพยาบาลที่ศึกษา

โดยเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรแต่ละประเภทการผ่าตัดของแต่ละโรงพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทการผ่าตัด และ โรงพยาบาล

ประเภทการผ่าตัด	จำนวนรวม	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล
		แห่งที่ 1	แห่งที่ 2	แห่งที่ 3
ศัลยกรรมกระดูก				
จำนวนการให้บริการ	125	42	45	38
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	69	23	25	21
ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ				
จำนวนการให้บริการ	110	36	45	29
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	69	23	28	18
ศัลยกรรมทางสูติ-นรีเวช				
จำนวนการให้บริการ	75	16	30	29
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	69	15	28	26
ศัลยกรรมทั่วไป				
จำนวนการให้บริการ	148	50	56	42
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	69	23	26	20

3.1.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1.3.1 จำแนกประชากรเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 3 แห่ง ตามประเภทการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช และ ศัลยกรรมทั่วไป

3.1.3.2 ในแต่ละโรงพยาบาลจะ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามประเภทการผ่าตัด ทั้ง 4 ประเภทโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อ 3.1.1 ให้ได้ตามจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางที่ 3

3.2 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นเอง โดยมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

3.2.2 กำหนดเนื้อหาของข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมในเรื่องที่จะศึกษา และมีลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถตอบให้เห็นข้อเท็จจริงได้ หลังจากนั้นนำไปสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ได้แก่ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

- การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย มีจำนวน 7 ข้อความ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ชนิด 5 ระดับ จะมีข้อความให้ผู้ตอบแสดงการรับรู้ในลักษณะ 5 ตัวเล็ก เรียงจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ระดับคะแนน	5
มาก	ระดับคะแนน	4
ปานกลาง	ระดับคะแนน	3
น้อย	ระดับคะแนน	2
น้อยที่สุด	ระดับคะแนน	1

การแบ่งระดับคะแนนการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ระดับต่ำ	คะแนน 7.00 - 16.33	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย
ระดับปานกลาง	คะแนน 16.34 - 25.67	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย
ระดับสูง	คะแนน 25.68 - 35.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

- การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีจำนวน 7 ข้อความ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ชนิด 5 ระดับ จะมีข้อความให้ผู้ตอบแสดงการรับรู้ในลักษณะ 5 ตัวเลือกเรียงจาก มีโอกาสมากที่สุด มีโอกาสมาก มีโอกาสปานกลาง มีโอกาสน้อย มีโอกาสน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีโอกาสมากที่สุด	ระดับคะแนน	5
มีโอกาสมาก	ระดับคะแนน	4
มีโอกาสปานกลาง	ระดับคะแนน	3
มีโอกาสน้อย	ระดับคะแนน	2
มีโอกาสน้อยที่สุด	ระดับคะแนน	1

การแบ่งระดับคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

ระดับต่ำ	คะแนน 7.00 - 16.33	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับต่ำ
ระดับปานกลาง	คะแนน 16.34- 25.67	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับปานกลาง
ระดับสูง	คะแนน 25.68- 35.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับสูง

- การรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างขึ้นจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) มีจำนวน 8 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ทำได้ ทำไม่ได้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำได้	ให้ระดับคะแนน 1
ทำไม่ได้	ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 -2.67	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถระดับต่ำ
คะแนน 2.68 -5.35	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถระดับปานกลาง
คะแนน 5.36- 8.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถระดับสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการ ดังนี้

- การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด จำนวน 7 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ ไม่ได้รับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับ	ให้ระดับคะแนน 1
ไม่ได้รับ	ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 -2.33	หมายถึง ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับต่ำ
คะแนน 2.34 -4.67	หมายถึง ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับปานกลาง
คะแนน 4.68 -7.00	หมายถึง ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับสูง

- การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา จำนวน 2 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ ไม่ได้รับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับ	ให้ระดับคะแนน 1
ไม่ได้รับ	ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 - 0.67	หมายถึง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ระดับต่ำ
คะแนน 0.68 -1.35	หมายถึง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ระดับปานกลาง
คะแนน 1.36 - 2.00	หมายถึง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ระดับสูง

- การให้คำปรึกษา จำนวน 2 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ ไม่ได้รับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับ	ให้ระดับคะแนน 1
ไม่ได้รับ	ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการให้คำปรึกษา ได้โดยใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 – 0.67 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาในระดับต่ำ

คะแนน 0.68 – 1.35 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาในระดับปานกลาง

คะแนน 1.36 – 2.00 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาในระดับสูง

- การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด จำนวน 3 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ ไม่ได้รับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับ ให้ระดับคะแนน 1

ไม่ได้รับ ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 -1.00 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับต่ำ

คะแนน 1.01 - 2.00 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับปานกลาง

คะแนน 2.01 -3.00 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับสูง

- การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จำนวน 4 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ ไม่ได้รับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับ ให้ระดับคะแนน 1

ไม่ได้รับ ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 -1.33 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับต่ำ

คะแนน 1.34 – 2.67 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับปานกลาง

คะแนน 2.68 – 4.00 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับสูง

- การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ได้รับ ไม่ได้รับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับ ให้ระดับคะแนน 1

ไม่ได้รับ ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00-1.67 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยระดับต่ำ

คะแนน 1.68- 3.35 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยระดับปานกลาง

คะแนน 3.36-5.00 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยระดับสูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

- สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ สร้างจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ มีจำนวน 7 ข้อความ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ มี ไม่มี เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มี ให้ระดับคะแนน 1
 ไม่มี ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 -2.33 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 2.34-4.67 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนน 4.68-7.00 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสร้างจากแนวคิดการมีส่วนร่วม และจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 8 ข้อความเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มี ให้ระดับคะแนน 1
 ไม่มี หรือ ไม่แน่ใจ ให้ระดับคะแนน 0

การแบ่งระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 14) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับคะแนนจากคะแนนดิบรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

คะแนน 0.00 -2.67 หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 2.68 -5.35 หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.36 -8.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง

3.3 การตรวจสอบและทดลองใช้แบบสัมภาษณ์

3.3.1 การตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา(content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างพร้อม โครงสร้างเครื่องมือเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน (รายชื่อในภาคผนวก ก) เป็นผู้ตรวจสอบความชัดเจน ถูกต้องในด้านเนื้อหา และลักษณะเนื้อเรื่องในการวัด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

3.3.2 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียง กับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ในเครือโรงพยาบาลเอกชนที่ใช้เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลจริง 3 โรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 30 ราย แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านต่างๆดังนี้

3.3.2.1 หากค่าอำนาจจำแนก(power of discrimination)ของแบบสัมภาษณ์รายข้อ โดยตัวแปรการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย และการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า(rating scale) ใช้การหาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้สถิติ t-test จากนั้นดำเนินการคัดเลือกข้อความที่ใช้โดยคัดเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป(คู่มือ สุจิรารัตน์, 2544: 147) ส่วนตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือได้คะแนนเป็น 0 กับ 1 จึงใช้สูตรอำนาจจำแนก ($D = R_U - R_L/n$) และคัดเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (ประคอง วรรณสูตร, 2542: 31-34)

3.3.2.2 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยวิธีหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา(coefficient alpha: α)ของครอนบัก(Cronbach)(บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540: 212) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$r_{tt} = \frac{n}{n - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

- เมื่อ
- r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
 - n = จำนวนข้อของแบบทดสอบ
 - S_i^2 = ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 - S_t^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลจากการคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ได้ผลดังนี้

- 0.82
- 1) แบบวัดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ
 - 2) แบบวัดการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

3.3.2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR-20 (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2540: 213) ดังนี้

$$r_{tt} = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[\frac{1 - \sum pq}{\sigma^2_t} \right]$$

- เมื่อ
- r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
 - K แทน จำนวนข้อสอบ
 - P แทน สัดส่วนของผู้ทำถูกในข้อหนึ่งๆ เท่ากับ จำนวนคนทำถูกหารด้วยจำนวนคนสอบทั้งหมด
 - q แทน สัดส่วนของผู้ทำผิด ในข้อหนึ่งๆ หรือ 1-p
 - σ^2_t แทน คะแนนความแปรปรวนของแบบทดสอบ

$$\sigma^2_t = \frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N^2}$$

ผลจากการคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ได้ผลดังนี้

- 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71
- 2) การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95
- 3) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80
- 4) การได้รับคำปรึกษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79
- 5) การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71
- 6) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71
- 7) การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80
- 8) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74
- 9) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

3.4 จริยธรรมทางการศึกษา

จริยธรรมทางการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ และควรคำนึงถึงสำหรับการวิจัย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแบบใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการไปพร้อมกับแบบสัมภาษณ์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา วิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ และคำชี้แจงที่แสดงว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่านมีอิสระในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2550 (รายละเอียดใน ภาคผนวก ง)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทั้ง 4 ประเภทที่กำหนด โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับขั้น ดังนี้

3.5.1 ทำหนังสือขอคำรับรองและอนุมัติใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเอกชนทั้ง 3 แห่ง พร้อมทั้งเข้าพบเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา แผนการดำเนินงานให้รับทราบ

3.5.2 นำหนังสือที่ผ่านการรับรองและอนุมัติใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เข้าติดต่อกับผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และผู้จัดการแผนกศัลยกรรมแต่ ละแห่งที่ใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา แผนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บ ข้อมูล พร้อมทั้งแนะนำผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย กับผู้ป่วย

3.5.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยจะปฐมนิเทศน์ผู้ช่วยวิจัยก่อน เพื่อทำความเข้าใจใน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล และฝึกสัมภาษณ์กับผู้ป่วยจริง 2-3 ราย หลังจากนั้นจะให้ผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์กับผู้ป่วยจริง 2-3 ราย โดยผู้วิจัยจะประเมินการสัมภาษณ์ของผู้ช่วยวิจัยโดยการสังเกต และ ชี้แนะหากพบข้อปรับปรุงแก้ไขก่อนให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยตามลำพัง ซึ่ง ช่วงเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 10.00-16.00 น. ทั้งนี้ช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะติดต่อกับ ผู้ช่วยวิจัยทางโทรศัพท์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาในการเก็บข้อมูล

3.5.4 ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ทุกชุดโดยผู้วิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และเพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และสรุปลักษณะตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ทั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3.6.2 สถิติอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ในการวิเคราะห์ผลและลำดับความสำคัญของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม โดยการกำหนดการเข้าออกของตัวแปรอิสระเป็นแบบขั้นตอน (stepwise)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษามีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล และทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

4.1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

4.2.1 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

4.2.2 การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

4.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

4.3 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

4.3.1 การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

4.3.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

4.3.3 การได้รับคำปรึกษา

4.3.4 การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

4.3.5 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึง

ประสงค์จากการผ่าตัด

4.3.6 การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

4.4 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

4.4.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

4.5 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

4.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก

การผ่าตัด

4.1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำเป็นศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมสูติรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป ประเภทละ 69 คน รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 276 คน ของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นเพศชาย และเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.80 และ 48.20 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 45-54 ปี และ 25-34 ปีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 28.26 และ 27.90 ตามลำดับ) โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 42.67 ปี ($\bar{X} = 42.67$, S.D. = 13.92) ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 53.60) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นปริญญาตรี และเข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 52.90) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (n = 276)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	143	51.80
หญิง	133	48.20
อายุ ($\bar{X} = 42.67$, S.D. = 13.92)		
15-24 ปี	27	9.78
25-34 ปี	77	27.90
35-44 ปี	49	17.75
45-54 ปี	78	28.26
55-64 ปี	45	16.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	0.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	4.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	51	18.50
อนุปริญญา/ปวส.	57	20.70
ปริญญาตรี	148	53.60
สูงกว่าปริญญาตรี	7	2.50

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (n = 276)	ร้อยละ
จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา		
ครั้งแรก	146	52.90
ครั้งที่สอง	106	38.40
ครั้งที่สาม	24	8.70

4.2 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

4.2.1 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.58) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยระดับสูง รองลงมา (ร้อยละ 9.42) มีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

ระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (16.34-25.67 คะแนน)	26	9.42
ระดับสูง (25.68-35.00 คะแนน)	250	90.58

เมื่อพิจารณาการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี หรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 70.7) รองลงมาคือ สอบถามแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และแผนการรักษาของตน (ร้อยละ 66.3) การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดโดยการงดน้ำ งดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การถอดอุปกรณ์ของมีค่าต่างๆ ออกจากร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด (ร้อยละ 56.5) และให้ความร่วมมือในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัดทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 47.1) ส่วนการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในระดับมากคือ แจ้งอาการผิดปกติให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะเป็นต้น (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือ ให้ความร่วมมือเพื่อเตรียมผ่าตัด เช่น ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย จัดท่าเพื่อให้ยาระงับความรู้สึก หรือทำผ่าตัด (ร้อยละ 51.8) และ

ดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เช่น นอนราบ ไม่ลุกนั่งจนกว่าจะรับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ (ร้อยละ 51.1) แต่ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อยในสัดส่วนสูงกว่าข้ออื่นคือ ให้ความร่วมมือเพื่อเตรียมผ่าตัด เช่น ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย จัดทำเพื่อให้ยาระงับความรู้สึก หรือทำผ่าตัด (ร้อยละ 20.7) ดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เช่น นอนราบ ไม่ลุกนั่งจนกว่าจะรับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ (ร้อยละ 19.2) และให้ความร่วมมือในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัดทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด ก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 18.5) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมีหรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	195 (70.7)	67 (24.3)	14 (5.1)	-	-
2. สอบถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และแผนการรักษาของตน	183 (66.3)	63 (22.8)	26 (9.4)	4 (1.4)	-
3. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยการงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การถอดอุปกรณ์ของมีค่าต่างๆ ออกจากร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด	156 (56.5)	93 (33.7)	27 (9.8)	-	-
4. ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัดทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนผ่าตัด	130 (47.1)	95 (34.4)	49 (17.8)	2 (0.7)	-
5. แจ้งอาการผิดปกติให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะเป็นต้น	86 (31.2)	144 (52.2)	45 (16.3)	1 (0.4)	-
6. ให้ความร่วมมือเพื่อเตรียมผ่าตัด เช่น ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย จัดทำ	76 (27.5)	143 (51.8)	56 (20.3)	1 (0.4)	-

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย(ต่อ)

การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
เพื่อให้ยาระงับความรู้สึก หรือทำผ่าตัด					
7. คุณaletนเองภายหลังผ่าตัด เช่น นอนราบ	82	141	52	1	-
ไม่ลุกนั้งจนกว่ายาระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์	(29.7)	(51.1)	(18.8)	(0.4)	

4.2.2 การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 81.52) มีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับปานกลาง รองลงมา มีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับสูง และระดับต่ำ(ร้อยละ 15.58 และ 2.90 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ระดับการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (7.00 - 16.33 คะแนน)	8	2.90
ระดับปานกลาง (16.34 - 25.67 คะแนน)	225	81.52
ระดับสูง (25.68 – 35.00 คะแนน)	43	15.58

เมื่อพิจารณาการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 48.2)มีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในระดับมากที่สุดเท่ากัน มี 2 ข้อคือ หลังผ่าตัดอาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงอุปกรณ์ที่ไม่ดีพอ และอาจเกิดการพลัดตกของเศษอาหารลงในหลอดลมเนื่องจากไม่งดน้ำ งดอาหารภายในเวลาที่กำหนด รองลงมา(ร้อยละ 43.1)คือ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อคจากการตกเลือด หายใจขัด และอาจเกิดการแพ้ยาหลังได้รับยาระงับความรู้สึกหลังเสร็จการผ่าตัด(ร้อยละ 33.7) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง(ร้อยละ 55.4) รับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับปานกลางในข้อ อาจหกล้มหน้ามีดขณะเข้าห้องน้ำ และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง(ร้อยละ 56.2 และ 52.5 ตามลำดับ) รับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในระดับน้อยในข้อ อาจเกิดการพลัดตกเตียง

ผ่าตัด หรือรถเข็นนอนในระหว่างการเคลื่อนย้าย หรือนอนรอผ่าตัด และขณะผ่าตัดอาจเกิดการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. หลังผ่าตัดอาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงอุปกรณ์ที่ไม่ดีพอ	34 (12.3)	133 (48.2)	88 (31.9)	21 (7.6)	-
2. อาจเกิดการแพ้ของเศษอาหารลงในหลอดลม เนื่องจากไม่งดน้ำ งดอาหาร ภายในเวลาที่กำหนด	11 (4.0)	133 (48.2)	119 (43.1)	13 (4.7)	-
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค จากการตกเลือด หายใจขัด	37 (13.4)	119 (43.1)	101 (36.6)	19 (6.9)	-
4. อาจเกิดการแพ้ยาหลังได้รับยาระงับความรู้สึกหลังเสร็จการผ่าตัด	78 (28.3)	93 (33.7)	77 (27.9)	27 (9.8)	1 (0.4)
5. อาจหกล้มหน้ามีดขณะเข้าห้องน้ำ	11 (4.0)	65 (23.6)	153 (55.4)	47 (17.0)	-
6. อาจเกิดการแพ้ตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอนในระหว่างการเคลื่อนย้าย หรือนอนรอผ่าตัด	-	16 (5.8)	91 (33.0)	155 (56.2)	14 (5.1)
7. ขณะผ่าตัดอาจเกิดการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	-	10 (3.6)	103 (37.3)	145 (52.5)	18 (6.5)

4.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.83) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง รองลงมา (ร้อยละ 2.17) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (2.68 -5.35 คะแนน)	6	2.17
ระดับสูง (5.36- 8.00 คะแนน)	270	97.83

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองทุกข้อ ซึ่งข้อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ทุกคน(ร้อยละ 100)มีเพียงข้อเดียว คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี รองลงมามีระดับคะแนนเท่ากัน(ร้อยละ98.2)คือ รีบแจ้งหรือบอกให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการผิดปกติของตนเอง เช่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ รวมถึงอาการนอนไม่หลับเป็นต้น และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด เช่น นอนราบไม่ลุกนั่งจนกว่ายาระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ หรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพุงเข้าห้องน้ำ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น(ร้อยละ 97.5) ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทำได้	ทำไม่ได้
1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี	276 (100.0)	-
2. รีบแจ้ง หรือบอกให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการผิดปกติของตนเอง เช่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับเป็นต้น	271 (98.2)	5 (1.8)
3. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด เช่น นอนราบไม่ลุกนั่งจนกว่ายาระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ หรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพุงเข้าห้องน้ำเป็นต้น	271 (98.2)	5 (1.8)
4. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น	269 (97.5)	7 (2.5)
5. ปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การถอดอุปกรณ์ที่มีค่าต่างๆ ออกจากร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด	266 (96.4)	10 (3.6)

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทำได้	ทำไม่ได้
6. ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด	263 (95.3)	13 (4.7)
7. ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของตนเอง ทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำการผ่าตัด	246 (89.1)	30 (10.9)
8. ใส่ใจและปฏิบัติตามในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียง ผ่าตัด หรือรถเข็นนอน จากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด	239 (86.6)	37 (13.4)

4.3 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

4.3.1 การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 80.07)ได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระดับสูง รองลงมา(ร้อยละ19.57) ได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ระดับปานกลางและมีเพียงร้อยละ 0.36 ที่ได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระดับต่ำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ระดับการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0.00 -2.33 คะแนน)	1	0.36
ระดับปานกลาง	(2.34 -4.67 คะแนน)	54	19.57
ระดับสูง	(4.68 -7.00 คะแนน)	221	80.07

เมื่อพิจารณาการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดทุกข้อ โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด(ร้อยละ 99.3)คือ

การดูแลในเรื่องของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด รองลงมา(ร้อยละ 91.7)คือ การทวนสอบชื่อนามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำผ่าตัด และการสอบถามอาการ และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (ร้อยละ 85.5) ตามลำดับ และเป็นที่น่าสังเกตว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการในสัดส่วนที่สูงกว่าข้ออื่น 3 อันดับ คือ การช่วยเหลือระหว่างเคลื่อนย้าย และอยู่เป็นเพื่อนระหว่างนอนรอผ่าตัด(ร้อยละ 38.4) การดูแลและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การพุงเข้าห้องน้ำ(ร้อยละ 32.6) และการสอนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกหายใจ และการไอที่ถูกต้อง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก(ร้อยละ 30.4) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. การดูแลในเรื่องของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	274 (99.3)	2 (0.7)
2. การทวนชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำผ่าตัด	253 (91.7)	23 (8.3)
3. การสอบถามอาการ และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	236 (85.5)	40 (14.5)
4. การให้คำแนะนำและช่วยเหลือในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึก และการจัดทำสำหรับผ่าตัด	208 (75.4)	68 (24.6)
5. การสอนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกหายใจ และการไอที่ถูกต้อง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก	192 (69.6)	84 (30.4)
6. การดูแลและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การพุงเข้าห้องน้ำ	186 (67.4)	90 (32.6)
7. การช่วยเหลือระหว่างเคลื่อนย้าย และอยู่เป็นเพื่อนระหว่างนอนรอผ่าตัด	170 (61.6)	106 (38.4)

4.3.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 87.32) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในระดับสูง รองลงมา(ร้อยละ 11.23) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 1.45 ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในระดับต่ำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ระดับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00 - 0.67 คะแนน)	4	1.45
ระดับปานกลาง (0.68 - 1.35 คะแนน)	31	11.23
ระดับสูง (1.36 - 2.00 คะแนน)	241	87.32

เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นมากกว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของโรค และผลกระทบของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ร้อยละ 98.6 และ 87.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน(ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. บอกผู้ป่วยว่าการเข้ารับบริการครั้งนี้ป่วยด้วยโรคอะไร	272 (98.6)	4 (1.4)
2. ให้รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของโรคและผลกระทบของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต	241 (87.3)	35 (12.7)

4.3.3 การให้คำปรึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 82.61)ได้รับการให้คำปรึกษาในระดับสูง รองลงมา(ร้อยละ 10.14) ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา และได้รับการให้คำปรึกษาระดับปานกลาง(ร้อยละ 7.25) ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการให้คำปรึกษา

	ระดับการให้คำปรึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0.00– 0.67 คะแนน)	28	10.14
ระดับปานกลาง	(0.68– 1.35 คะแนน)	20	7.25
ระดับสูง	(1.36– 2.00 คะแนน)	228	82.61

เมื่อพิจารณาการให้คำปรึกษาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการให้คำปรึกษาทุกข้อ โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษามากที่สุด(ร้อยละ 89.9)คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการตรวจและรักษาทั้งหมด รองลงมา(ร้อยละ 82.6)คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงในการรักษาของแต่ละทางเลือก ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา	จำนวน(ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการตรวจและรักษาทั้งหมด	248 (89.9)	28 (10.1)
2. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงในการรักษาของแต่ละทางเลือก	228 (82.6)	48 (17.4)

4.3.4 การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าครึ่งได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับปานกลาง(ร้อยละ 48.91) รองลงมา(ร้อยละ 27.17)ได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับต่ำ และได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดระดับสูง(ร้อยละ 23.91) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ระดับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00 – 1.00 คะแนน)	75	27.17
ระดับปานกลาง (1.01 – 2.00 คะแนน)	135	48.91
ระดับสูง (2.01 - 3.00 คะแนน)	66	23.91

เมื่อพิจารณาการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 98.2) คือ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนัง บริเวณที่จะทำผ่าตัดเป็นต้น รองลงมา (ร้อยละ 69.9) คือ สิ่งที่ต้องประสบในขณะที่ผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด เช่น ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ทำที่ใช้ในการผ่าตัด และพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสอน (ร้อยละ 73.2) คือ สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ต้องประสบในวันผ่าตัด เช่น การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่สำหรับนอนรอผ่าตัด สภาพภายในห้องผ่าตัด เป็นต้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การบริหารการหายใจ (breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough) เป็นต้น	271 (98.2)	5 (1.8)
2. สิ่งที่ต้องประสบในขณะที่ผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด เช่น ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ทำที่ใช้ในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด คร่าวๆ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด	193 (69.9)	83 (30.1)
3. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ต้องประสบในวันผ่าตัด เช่น การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่สำหรับนอนรอผ่าตัด สภาพภายในห้องผ่าตัด เป็นต้น	74 (26.8)	202 (73.2)

4.3.5 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.22) ได้รับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับสูง รองลงมา (ร้อยละ 6.88) ได้รับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 2.90 ที่ระบุว่าได้รับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับต่ำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ระดับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00 - 1.33 คะแนน)	8	2.90
ระดับปานกลาง (1.34 - 2.67 คะแนน)	19	6.88
ระดับสูง (2.68 - 4.00 คะแนน)	249	90.22

เมื่อพิจารณาการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกินร้อยละ 90 ได้รับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกข้อ ยกเว้นการให้โอกาสในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งที่ทำผ่าตัดที่ได้รับเพียงร้อยละ 79.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. ให้โอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	265 (96.0)	11 (4.0)
2. ให้โอกาสในการบอกเล่าถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	256 (92.8)	20 (7.2)
3. ให้โอกาสในการซักถามข้อมูลที่สงสัยหรือไม่แน่ใจ เช่น ผลการวินิจฉัย แผนการรักษา ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา	253 (91.7)	23 (8.3)

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด(ต่อ)

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน(ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
4. ให้โอกาสในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด	218 (79.0)	58 (21.0)

4.3.6 การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 61.23) ได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยระดับสูง รองลงมา(ร้อยละ 32.61)ได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 6.16 ที่ระบุว่าได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยระดับต่ำตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

ระดับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00-1.67 คะแนน)	17	6.16
ระดับปานกลาง (1.68- 3.35คะแนน)	90	32.61
ระดับสูง (3.36-5.00 คะแนน)	169	61.23

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โดยข้อที่ได้รับการพิทักษ์สิทธิมากที่สุด(ร้อยละ 84.8)คือ การสอน หรือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รองลงมา(ร้อยละ 81.2) คือ พยาบาลได้ทำให้หน้าที่เป็นตัวแทนสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึง ความต้องการ การจัดส่งเวชภัณฑ์ส่งไม่พลุกลาน และปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ (ร้อยละ 79.3) และการเข้าถึงการบริการที่สะดวก รวดเร็ว เช่น เมื่อเกิดปัญหา หรือมีข้อสงสัยสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา และได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ภายในเวลาที่เหมาะสม (ร้อยละ 75.0)ตามลำดับ แต่ทั้งนี้พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง(ร้อยละ 56.5)ไม่ได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ คือ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่

ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. การสอน หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	234 (84.8)	42 (15.2)
2. พยาบาลได้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึงความต้องการของท่าน	224 (81.2)	52 (18.8)
3. การจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบไม่พลุกพล่าน และปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ	219 (79.3)	57 (20.7)
4. การเข้าถึงการบริการที่สะดวก รวดเร็ว เช่น เมื่อเกิดปัญหา หรือมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา และได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ภายในเวลาที่เหมาะสม	207 (75.0)	69 (25.0)
5. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล	120 (43.5)	156 (56.5)

4.4 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

4.4.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

จากผลการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.64) รองลงมา (ร้อยละ 17.39) อยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 7.97) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00 -2.33 คะแนน)	22	7.97
ระดับปานกลาง (2.34-4.67 คะแนน)	48	17.39
ระดับสูง (4.68-7.00 คะแนน)	206	74.64

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกินครึ่งมีสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการทุกข้อ โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการที่มีมากที่สุด(ร้อยละ 96.0)คือ การได้รับการบริการจากแพทย์และพยาบาลด้วยท่าทางที่สุภาพ อ่อนน้อม รองลงมา(ร้อยละ 92.8) คือ แพทย์ และ/หรือพยาบาลที่มาเยี่ยมตรวจได้ทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แพทย์และ/หรือพยาบาลให้ความช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้น (ร้อยละ 81.9) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิน 1 ใน 3 ไม่มีสัมพันธภาพในบางข้อคือ การให้เวลาในการพูดคุยถึงปัญหาที่กังวลใจ และความรู้สึกผ่อนคลายในขณะที่แพทย์/พยาบาลเข้ามาเยี่ยม(ร้อยละ 34.4 เท่ากัน) รองลงมา(ร้อยละ 33.7) คือ การแสดงความชื่นชมหรือให้กำลังใจขณะให้การดูแลรักษา ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ	จำนวน(ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
1. ได้รับการบริการจากแพทย์ และ/หรือพยาบาลด้วยท่าทางที่สุภาพ อ่อนน้อม	265 (96.0)	11 (4.0)
2. แพทย์ และ/หรือพยาบาลที่มาเยี่ยมตรวจท่าน ได้ทักทายท่านด้วยสีหน้ายิ้มแย้มใส	256 (92.8)	20 (7.2)
3. แพทย์ และ/หรือพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านด้วยความกระตือรือร้น	226 (81.9)	50 (18.1)
4. แพทย์ และ/หรือพยาบาลแสดงสีหน้าท่าทางสนใจ และรับฟังเมื่อท่านได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมา	199 (72.1)	77 (27.9)
5. แพทย์ และ/หรือพยาบาลแสดงความชื่นชมหรือให้กำลังใจต่อท่านขณะให้การดูแลรักษา	183 (66.3)	93 (33.7)
6. แพทย์ และ/หรือพยาบาลได้ให้เวลาในการพูดคุยถึงปัญหาที่ท่านกังวลใจ	181 (65.6)	95 (34.4)
7. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย ในขณะที่แพทย์ และ/หรือพยาบาลเข้ามาเยี่ยม	181 (65.6)	95 (34.4)

4.5 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.46) อยู่ในระดับสูง รองลงมา (ร้อยละ 27.17) อยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 0.36) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00 - 2.67 คะแนน)	1	0.36
ระดับปานกลาง (2.68 - 5.35 คะแนน)	75	27.17
ระดับสูง (5.36 - 8.00 คะแนน)	200	72.46

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดแยกเป็นรายข้อ โดยแบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็นลักษณะการตัดสินใจและการดำเนินการ ในด้านการตัดสินใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่มี การชี้แนะ (ร้อยละ 62.3) ซึ่งน้อยที่สุดของกิจกรรมการมีส่วนร่วมทั้งหมด ด้านการดำเนินการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยมีส่วนร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 99.3) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี รองลงมา (ร้อยละ 88.4) คือ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหลังเสร็จการผ่าตัด เช่น การลุกนั่ง โดยเร็วหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพุงเข้าห้องน้ำเป็นต้น (ร้อยละ 84.1) ตามลำดับ ในส่วนของกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมน้อยที่สุดถึง 1 ใน 3 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ การใส่ใจ และปฏิบัติตามในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอน จากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด และการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของตนเองทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำผ่าตัด (ร้อยละ 33.0 และ 31.5 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการ
ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	จำนวน(ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี / ไม่แน่ใจ
1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้อยู่เป็น ประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี	274 (99.3)	2 (0.7)
2. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาใน การพักฟื้น	244 (88.4)	32 (11.6)
3. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหลังเสร็จการผ่าตัด เช่น การลุกนั่งโดยเร็วหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ขอความ ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพุงเข้าห้องน้ำเป็นต้น	232 (84.1)	44 (15.9)
4. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างเคร่งครัด โดยการงดน้ำงด อาหารในระยะเวลาที่กำหนด การถอดอุปกรณ์ สิ่งมีค่าต่างๆ ฟัน ปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ ออกจากร่างกาย	211 (76.4)	65 (23.6)
5. รีบแจ้ง หรือบอกให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการผิดปกติของตนเอง เช่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ รวมถึงอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น	205 (74.3)	71 (25.7)
6. ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของ ตนเอง ทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันการ ผิดพลาด	189 (68.5)	87 (31.5)
7. ใส่ใจและปฏิบัติตามในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียง ผ่าตัด หรือรถเข็นนอน จากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอ ผ่าตัด	185 (67.0)	91 (33.0)
8. ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่มีการชี้แนะ	172 (62.3)	104 (37.7)

เพื่อให้การศึกษามีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก
การผ่าตัดของผู้ป่วยมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้จำแนกข้อมูลในส่วนของตัวแปรอิสระบาง
ตัว และตัวแปรตามตามจำนวนครั้งของการผ่าตัดเพิ่มเติม (ดังรายละเอียดตารางในภาคผนวก ก) ซึ่ง
สรุปได้ดังนี้

- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 จะมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 100.0) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 97.2) และครั้งที่ 1 (ร้อยละ 84.2)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 1 จะมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในระดับปานกลาง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 91.8) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 74.5) และครั้งที่ 3 (ร้อยละ 50.0)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 100.0) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 99.1) และครั้งที่ 1 (ร้อยละ 96.6)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 1 จะมีการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 84.2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 (ร้อยละ 83.3) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 73.6)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 จะมีการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 91.7) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 1 (ร้อยละ 87.7) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 85.8)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการได้รับคำปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 จะมีการได้รับคำปรึกษาในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 91.7) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 1 (ร้อยละ 82.9) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 80.2)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 จะมีการได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 58.5) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 (ร้อยละ 50.0) และครั้งที่ 1 (ร้อยละ 41.8)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการได้รับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 จะมีการได้รับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 95.8) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 1 (ร้อยละ 90.4) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 88.7)

- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 จะมีการได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในระดับสูงในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 87.5) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่2 (ร้อยละ 63.2)และครั้งที่1 (ร้อยละ 55.5)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 87.5) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่2 (ร้อยละ 74.5) และครั้งที่1 (ร้อยละ 72.6)
- จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 3 มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดระดับสูง ในสัดส่วนที่สูงกว่า(ร้อยละ 95.8)ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งที่2 (ร้อยละ 70.8) และครั้งที่1 (ร้อยละ 69.9)

4.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้คำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระทั้งหมดมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ซึ่งการวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ ทั้งหมด เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากน้อยเพียงใด ซึ่งพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงเส้น นอกจากนี้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ระดับของตัวแปรจะต้องอยู่ในระดับการวัดแบบช่วง (interval scale) ขึ้นไปซึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้มี ตัวแปรกลุ่ม (nominal scale) 1 ตัวแปรคือ ระดับการศึกษา

เพื่อให้ตัวแปรดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุได้จึงปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) โดยให้มีค่า 1 และ 0 ดังรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรอิสระ	ระดับการวัดตัวแปร
X1 หมายถึง ระดับการศึกษา โดย 1 = การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 0 = การศึกษาระดับอื่นๆ	dummy variable
X2 หมายถึง การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	interval scale
X3 หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	interval scale
X4 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง	interval scale
X5 หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	interval scale
X6 หมายถึง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด	interval scale
X7 หมายถึง การให้คำปรึกษา	interval scale
X8 หมายถึง การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	interval scale
X9 หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	interval scale
X10 หมายถึง การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย	interval scale
X11 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ	interval scale
ตัวแปรตาม	
Y หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	interval scale

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ

เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น ในการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการถดถอย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงปัญหาการมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา เพราะถ้าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเองจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า พหุสัมพันธ์ (multicollinearity) ซึ่งทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์ถดถอย (regression coefficient) ขาดความแม่นยำ เชื่อถือไม่ได้ เพื่อตรวจสอบปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ที่ได้จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson product moment

correlation coefficient) ซึ่งค่าความสัมพันธ์จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ ± 1 ยิ่งมีค่าใกล้ 1 เท่าไร แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมาก (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2537: 45; พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538: 144)

จากการทดสอบพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด 11 คู่ มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.13 ถึง 0.58 ไม่มีตัวแปรใดมีค่าความสัมพันธ์สูงกว่า 0.70 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538: 144) จากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรอิสระทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ดังรายละเอียดในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
X1	1.00										
X2	.15*	1.00									
X3	.56	.37*	1.00								
X4	.08	.37*	.25*	1.00							
X5	.03	.21*	.17*	.20*	1.00						
X6	-.10	.12*	.20*	.05	-.02	1.00					
X7	-.13*	.15*	.15*	.15*	.07	.58*	1.00				
X8	-.03	.28*	.19*	.29*	.22*	.31*	.53*	1.00			
X9	-.03	.33*	.40*	.38*	.25*	.15*	.18*	.37*	1.00		
X10	.06	.23*	.12	.31*	.26*	.18*	.27*	.31*	.31*	1.00	
X11	.03	.07	.25*	.34*	.23*	.07	.09	.30*	.48*	.34*	1.00

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

หลังจากที่ทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันเองแล้ว ไม่พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 11 ตัวมีความสัมพันธ์กันเองมากกว่า 0.70 จึงนำตัวแปรอิสระทั้ง 11 ตัวแปรหาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการถดถอยพหุ (multiple regression analysis) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์และความหมายที่ใช้กำกับค่าสถิติดังนี้

ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

R หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์กับตัวแปรตาม

R^2 หมายถึง ค่ากำลังสองของ R เป็นค่าที่บอกสัดส่วนของการผันแปรของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ

b หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (unstandardized coefficient)

Beta หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐานซึ่งเป็นตัวบอกความสำคัญของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (standardized coefficient)

S.E. หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (standard error)

F หมายถึง ค่าแสดงผลจากการทดสอบการถดถอยเชิงเส้น

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ($b = 0.609, P < 0.01$) การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ($b = 0.118, P < 0.01$) การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ($b = 0.143, P < 0.05$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ($b = 0.100, P < 0.05$) หมายความว่า หากมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง และมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบลำดับความสำคัญของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมากที่สุด (Beta = 0.334) รองลงมาคือ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย (Beta = 0.279) การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Beta = 0.128) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ (Beta = 0.124) ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระทั้งหมดข้างต้นสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้ร้อยละ 37.1 ($R^2 = 0.371$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ตัวแปร	b	Beta	t
1.การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด	0.609	0.334	5.719**
2.การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย	0.118	0.279	5.371**
3.การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด	0.143	0.128	2.528*
4.สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ (ค่าคงที่ = - 0.871)	0.100	0.124	2.219*
N = 276 F = 39.969** R ² = 0.371 R = 0.609 Adjusted R ² = 0.362 Std. Error = 1.08436			

*P < .05 ** P < .01

โดยสรุปพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ส่วนระดับการศึกษา การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การให้คำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ไม่มีผลกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

บทที่ 5

อภิปราย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจากผลการวิจัยในบทที่ 4 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดพบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.46) มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้ารับบริการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค กลัวสิ่งที่จะต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ ความพิการ กลัวตาย กลัวการพลัดพลาดจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามลดความวิตกกังวลดังกล่าว โดยการแสวงหาข้อมูลมากขึ้น (Cohen & Lazarus, 1979 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534: 42) ทั้งจากการสอบถามหรือได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการ โดยตรง การสอบถามบุคคลอื่นที่เคยเข้ารับบริการผ่าตัดชนิดเดียวกันมาก่อน หรือศึกษาจากแหล่งข้อมูลอื่น เช่น เอกสารความรู้ของโรงพยาบาล จากสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการเตรียมความพร้อม และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น เห็นได้จากผลการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในภาพรวมที่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.58) (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5) นอกจากนี้ผลการศึกษาจำนวนครั้งเข้ารับบริการผ่าตัดกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.1) ที่เข้ารับบริการผ่าตัดครั้งที่สองและครั้งที่สาม มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดในครั้งแรก (รายละเอียดในตารางผนวก 11 ภาคผนวก ก) แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ และส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยกัน สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ที่กล่าวว่าประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วยมีอิทธิพล

ต่อการรับรู้ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลนั้นมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกัน (Rosenstock, 1974 อ้างถึงในชฎาภรณ์ สุชนิรันดร์, 2534: 51) จากที่กล่าวมาจึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสูง(ดังรายละเอียดในตารางที่ 26) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจน้อยกว่าด้านการดำเนินการ คือ มีส่วนร่วมตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่มีการชี้แนะ(ร้อยละ 62.3) ซึ่งเป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดของกิจกรรมการมีส่วนร่วมทั้งหมด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางส่วนมีความคิดว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ และมีความเชี่ยวชาญในโรคที่รักษาเป็นอย่างดี ดังนั้นการให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนจะทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเกิดความปลอดภัยกับตนเอง สอดคล้องกับสมาน วรพันธ์(2539 อ้างถึงใน จิรนนท์ สัจจาสัย, 2542: 5) กล่าวว่าค่านิยมของสังคมไทย ถึงแม้ปัจจุบันการแพทย์จะเป็นเชิงพาณิชย์กรรมมากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งผู้ป่วยยังคงไว้วางใจ เคารพเชื่อถือ ศรัทธาต่อแพทย์อยู่ไม่เสื่อมคลาย จึงมอบอำนาจให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วย จากที่กล่าวมาจึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจน้อยกว่าด้านการดำเนินการ

5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดได้ และการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ โดยอภิปรายตามลำดับความสำคัญของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดดังนี้

5.2.1 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($b=0.609$, $P<0.01$) และเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมากที่สุดจากจำนวนตัวแปรทั้งหมด

แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยได้รับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมมากจะส่งผลให้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เป็นไปตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการของกิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงในมรดก บัวแดง, 2544: 32) ที่กล่าวว่า ผู้ให้บริการจะเป็นผู้สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตัวเองได้ ซึ่งบทบาทที่สำคัญข้อหนึ่งของผู้ให้บริการ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล แสดงว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจะเกิดขึ้นได้ นั้น การเปิดโอกาสของผู้ให้บริการมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การซักถามข้อมูลที่สงสัย การตรวจสอบความถูกต้อง การแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติเป็นต้น เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมนิกา และคณะ (Monika, et al., 2004: 35) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาลพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาล และสอดคล้องกับเดเบอร์ (Deber, 1994 อ้างถึงในสุดาพร ว่องไววิทย์, 2539: 16) ได้ทำการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วย พบว่า การที่แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดพิจารณา เลือกรักษาหรือทำอะไรต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการตัดสินใจนั้นๆ

5.2.2 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.118, P<0.01$) และเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมสูงรองจากตัวแปรการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมากจะส่งผลให้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมากด้วย เป็นไปตามแนวคิดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยคือการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยเป็นความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติหรือควรกระทำ ในขณะที่เข้าทำการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสวงหาการรักษา และร่วมมือกับแพทย์เพื่อที่จะให้หายเร็วที่สุด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องการความปลอดภัย และหายจากภาวะโรคที่เป็น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการกระทำใดที่เป็นการสร้างความปลอดภัยให้กับตน และหายจากภาวะเจ็บป่วย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของแนนซี และคณะ (Nancy, et al., 2008: 106-112) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษา พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เป็นการสนับสนุนและพัฒนารับรู้ของผู้ป่วยในบทบาทของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วน

ร่วมถึงร้อยละ 61 และสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 44.6 เป็นร้อยละ 48.3 อย่างมีนัยสำคัญ($P < 0.001$) จากที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุผลการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.2.3 การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การวิจัยครั้งนี้พบว่า การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($b=0.143$, $P < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดจากผู้ให้บริการมาก จะมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมากด้วย เป็นไปตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการ ซึ่งกิ๊บสัน(Glibson, 1991 อ้างถึงในมรดก บัวแดง, 2544: 32) กล่าวว่าผู้ให้บริการจะเป็นผู้สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดกำลังใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ บทบาทที่สำคัญข้อหนึ่งของผู้ให้บริการคือ การเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษา ในส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนั้นการได้รับความช่วยเหลือในแต่ละระยะของการผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของทิโมนเนน และซิโวนเนน(Timonen & Sihvonen, 2000: 542) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าการมีส่วนร่วมดูแลตนเองในกระบวนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตลอดการเข้ารับการรักษาของเจ้าหน้าที่

5.2.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ การวิจัยครั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($b=0.100$, $P < 0.05$)แสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมากขึ้น เป็นไปตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ซึ่งสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการช่วยเหลือให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ และช่วยแก้ปัญหา (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) การมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี มีความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง(Hertzberg & Ekman, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของไลทิเนน และไอโซลา(Laitinen & Isola, 1996) เรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น(จันทรา พรหมน้อย, 2548: 68-69) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับ

การผ่าตัดนั้นมักมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญ ดังนั้นจึงมีความต้องการแสวงหาข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าว(Cohen & Lazarus, 1979 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534: 42) การมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้าบอกปัญหา อุปสรรค และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยนั้นต้องการแสดงความคิดเห็น ต้องการข้อมูลและคำแนะนำ ตลอดจนการสนับสนุนและไว้วางใจจากผู้ให้บริการ ในขณะที่สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการจะเป็นปัจจัยยับยั้งให้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยลดลง

5.3 ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แบ่งออกได้ 2 กลุ่ม คือปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้คำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการพิทักษ์ สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โดยขออภิปรายแยกตามกลุ่มปัจจัยดังนี้

5.3.1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง

5.3.1.1 ระดับการศึกษา จากการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่เป็นไปตามการศึกษาของทอมสัน(Thompson, et al., 1992 อ้างถึงในจันทรา พรหมน้อย, 2548: 38)พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายการมีส่วนร่วมดูแลตนเองได้ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้ไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาใด และปัจจุบันการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยสามารถทำได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยสามารถเลือกศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองได้หลายช่องทาง ทั้งจากเอกสารความรู้ จากสื่ออินเทอร์เน็ต จากการสอบถามข้อมูลบุคคลที่เคยผ่าตัดในโรคเดียวกัน ประกอบกับการให้ข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีหลากหลายรูปแบบ ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาใดก็สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ไม่แตกต่าง

กัน ด้วยเหตุนี้ในการศึกษารุ่นนี้จึงพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.3.1.2 การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จากการวิจัยพบว่าการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่เป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อ และรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แสดงว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเข้ารับบริการผ่าตัดนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยจะพยายามหาทางป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว แต่จากผลการวิจัยพบว่าโดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 40.58) ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของระบบการให้บริการ และความเชี่ยวชาญของแพทย์ รวมถึงในการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง(ร้อยละ 47.1) เคยเข้ารับบริการอยู่หลายครั้ง และได้รับผลลัพธ์การรักษาที่ดี ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.3.1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่เป็นไปตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของเบนดูรา(Bandura, 1976 อ้างถึงในเมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, 2547: 38) ที่กล่าวว่ามนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ ถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ มาปฏิบัติ และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ แสดงว่าหากผู้ป่วยคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการผ่าตัดในครั้งนี้จะต้องปลอดภัย และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยขึ้น ได้ย่อมนำมาสู่การมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความผันแปรของข้อมูลค่อนข้างน้อย กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 97.83) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมต่างๆ ในข้อย่อยเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำได้ จึงทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.3.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การให้คำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

5.3.2.1 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา จากการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่ปฏิบัติตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการของกิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงในมรกต บัวแดง, 2544: 32) ที่กล่าวว่าผู้ให้บริการจะเป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งการให้ข้อมูลถือเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ให้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความผันแปรของตัวแปรดังกล่าวมีค่อนข้างน้อยโดยพบว่าในภาพรวมของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.32) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับสูงทุกข้อ (ร้อยละ 87.3-98.6) จึงทำให้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.3.2.2 การให้คำปรึกษา จากการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่ปฏิบัติตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการของกิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงในมรกต บัวแดง, 2544: 32) ที่กล่าวว่าผู้ให้บริการจะเป็นผู้สร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาก็เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ให้บริการที่จะสนับสนุนและส่งเสริมผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความผันแปรของตัวแปรดังกล่าวมีค่อนข้างน้อย โดยพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการให้คำปรึกษาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.61) จึงอาจทำให้การให้คำปรึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.3.2.3 การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด จากการวิจัยพบว่า การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการของกิบสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงในมรกต บัวแดง, 2544: 32) ที่กล่าวว่าการสอน เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ให้บริการในการส่งเสริม สนับสนุนให้กับผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งนี้ในการเข้ารับบริการผ่าตัดผู้ป่วยมักจะมีความรู้ความวิตกกังวลสูง และมีความต้องการในการแสวงหาข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่ต้องประสบ (Cohen & Lazarus, 1979 อ้างถึงในชนิษฐา นาคะ, 2534: 42)

ทั้งจากผู้ให้บริการโดยตรง และจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ได้กล่าวว่าก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ได้ศึกษาข้อมูลจากเอกสารความรู้ที่ทางโรงพยาบาลแจกให้ รวมถึงได้มีการสอบถามบุคคลอื่นที่เคยเข้ารับการรักษาผ่าตัดประเภทเดียวกัน จึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องก่อนเข้ารับการรักษา ดังนั้นจึงอาจเป็นเหตุผลให้การได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดจากผู้ให้บริการไม่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.3.2.4 การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการของกิบสัน(Gibson, 1991 อ้างถึงในมรกต บัวแดง, 2544: 32) ที่กล่าวว่า ผู้ให้บริการจะเป็นผู้สร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยถือเป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของผู้ให้บริการ จากงานวิจัยภาพรวมพบว่าการได้รับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 61.23) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ประกอบกับจากการสังเกตในจุดให้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาล รวมถึงภายในห้องพักของผู้ป่วยได้มีการติดประกาศเรื่องสิทธิผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถมองเห็นได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของตนในการเข้ารับการรักษา และเกิดความตระหนักในสิทธิที่ควรจะได้รับ จึงเกิดการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยดังกล่าวไม่แตกต่าง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

5.4 วิธีวิทยาที่ใช้ในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยทฤษฎีแล้วมีวิธีการสร้างและพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีที่มาจาก 3 แหล่งได้แก่ 1)ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) แนวความคิดของผู้วิจัยที่สังเคราะห์ขึ้นเอง ข้อดี คือทำให้ได้ตัวแปรที่สำคัญในการศึกษา กรอบแนวคิดมีความชัดเจน มีเหตุมีผล และมีความหนักแน่น แต่มีข้อจำกัด คือหากศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยไม่มากพออาจทำให้ขาดตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัยจริงๆ(Online. Available: http://www.chularesearch.com/detail_research.php?main=yes&id=50 2008, September 25.) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยจะได้จากการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง แต่พบว่าเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด อาจทำให้ไม่ครอบคลุมตัวแปรที่สำคัญๆ สำหรับการศึกษาศึกษา และอาจไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของคนไทยเนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นของต่างประเทศ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวแปรอิสระที่ครอบคลุม สอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยเบื้องต้น และศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ได้ตัวแปรที่สำคัญกับเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด แล้วจึงพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ในส่วนของการรวบรวมการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการศึกษาแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างลักษณะเดียวกันจำนวนหนึ่ง พบว่าใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งในเชิงทฤษฎีแล้วการสัมภาษณ์มีข้อดีคือ 1) ผู้รวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสพบปะสนทนากัน ดังนั้นถ้าให้ข้อมูลหรือผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสที่จะชี้แจงให้เข้าใจได้ 2) อาจจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตสีหน้า ท่าทางการพูดและสภาพแวดล้อม และ 3) ข้อมูลที่ได้รับจะมีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าข้อมูลที่ได้จากการส่งแบบสอบถามเพราะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิโดยตรง ทั้งนี้ในส่วนของการจำกัดของการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พบว่า 1) ใช้เวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก 2) ความแม่นยำถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับตัวผู้ให้สัมภาษณ์เป็นอย่างมาก ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์บิดเบือนข้อมูลหรือจำคลาดเคลื่อน ก็มีผลทำให้ข้อมูลนั้นคลาดเคลื่อนไปด้วย 3) ถ้าใช้ผู้สัมภาษณ์หลายคน โอกาสที่จะทำให้วิธีการรวบรวมข้อมูลอยู่บนพื้นฐานเดียวกันมีน้อย โอกาสที่จะเกิดความหลากหลายในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลนี้มีมากขึ้นทำให้การสรุปผล ยากขึ้น และ 4) การไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ใช้ภาษาต่างกันอาจจะทำให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่เข้าใจภาษาซึ่งกันและกัน(Online. Available: <http://wbc.msu.ac.th/wbc/edu/0504304/lesson6.htm> 2008, August 20.) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ข้อดีคือไม่กระทบต่อสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดมากนัก สามารถสังเกตเห็นถึงความพร้อมในการตอบคำถามจากสีหน้า ท่าทาง และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม แต่อย่างไรก็ตามจะพบว่าบางขณะของการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก ในบางตัวแปรมีปัญหาว่า ผู้วิจัยไม่สามารถซักถามข้อมูลเพื่อให้นักกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ตรงตามตัวแปรนั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งมีไม่มาก ประกอบกับในสถานการณ์จริงระหว่างการสัมภาษณ์ พบว่ามีการเข้ามาตรวจเยี่ยมของแพทย์ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุม และไม่อยู่ในแผนการเก็บข้อมูล จึงทำให้ผู้วิจัยซักถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ไม่เต็มที่ และกลุ่มตัวอย่างอาจเสียสมาธิเป็นผลให้ข้อมูลบางส่วนเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำของข้อมูลที่ขึ้นอยู่กับผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งในที่นี้คือผู้ป่วย จากที่กล่าวมาจึงอาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลบางตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้อยู่บ้าง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ(survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัสฮอฟฟ์ พร้อมทั้งประยุกต์การป้องกันความพลาดพลั้งทางการแพทย์มาศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยจริง ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวคิดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมสูติรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป ของเครือโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง จำนวน 276 คน ซึ่งได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive sampling) ตามคุณลักษณะทางประชากรที่กำหนด เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเริ่มเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551 หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดโดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน(stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.80 และ 48.20 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี และ 25-34 ปี ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 28.26 และ 27.90 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยที่ 42.67 ปี ($\bar{X} = 42.67$, S.D. = 13.92) สำหรับด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.60) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นปริญญาตรี และ กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเข้ารับการผ่าตัดครั้งแรก (ร้อยละ 52.90)

6.1.2 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

พบว่า โดยรวมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจน้อยกว่าด้านการดำเนินการ คือ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด โดยไม่มีการชี้แนะ (ร้อยละ 62.3) ซึ่งเป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดของกิจกรรมการมีส่วนร่วมทั้งหมด ส่วนการมีส่วนร่วมดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุด 2 อันดับแรกคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี รองลงมาคือ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น แต่ทั้งนี้พบว่าข้อที่สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมดำเนินการน้อย 2 อันดับแรก คือ การใส่ใจ และปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอนจากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอน และตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของตนเองทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำผ่าตัด

6.1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบตัวแปรอิสระที่มีผลในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ส่วนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบตัวแปรอิสระที่มีผลในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ และสำหรับตัวแปรที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่ามีทั้งหมด 7 ตัว

แปร ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การให้คำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

6.2 ข้อเสนอแนะผลที่ได้จากการวิจัย

6.2.1 จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยรวมมีส่วนร่วมในระดับสูง (ร้อยละ 72.46) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถึงบทบาทของตนในการเตรียมความพร้อม และการปฏิบัติตัวสำหรับการเข้ารับการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางกิจกรรมผู้ป่วยยังขาดการมีส่วนร่วมแต่ก็เป็นเพียงส่วนน้อยของผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยไม่มี การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุระหว่างเคลื่อนย้าย หรือนอนรอผ่าตัด และการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัด (ดังรายละเอียดในตารางที่ 26) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นองค์กรในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ควรออกนโยบายให้โรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชนส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และเข้าใจในบทบาทของตนเองมากยิ่งขึ้น รวมถึงการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการของโรงพยาบาลตามนโยบายที่กำหนด

6.2.2 จากการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่ามีทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบข้อสังเกตที่น่าสนใจในบางกิจกรรมซึ่งโรงพยาบาลสามารถนำมาพัฒนาเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยดังนี้

6.2.2.1 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีกิจกรรมบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับน้อยในสัดส่วนที่สูงกว่าข้ออื่น คือ การให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด เช่น ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย จัดทำเพื่อให้ยาระงับความรู้สึก หรือทำผ่าตัด และการดูแลตนเองภายหลัง

ผ่าตัด เช่น นอนราบไม่ลุกนั่งจนกว่าจะรับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ และการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด (ดังรายละเอียดในตารางที่ 6) ดังนั้น โรงพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่องบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาในหลายๆ ช่องทาง เช่น การจัดทำเอกสารความรู้ การจัดทำสื่อวีดีโอ เป็นต้น

6.2.2.2 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเปิดโอกาสน้อยกว่าข้ออื่นคือ การให้โอกาสในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด(ดังรายละเอียดในตารางที่ 20) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ของระบบบริหารความเสี่ยง ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีความเข้มงวดในการตรวจสอบกระบวนการทำงานของผู้ให้บริการ เช่น การจัดทำตัวชี้วัดเพื่อประเมินผล รวมถึงการกำหนดนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ พยาบาล รวมถึงกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษามากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำสัญลักษณ์ตำแหน่งในการทำผ่าตัด

6.2.2.3 การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับความช่วยเหลือเป็นสัดส่วนที่มากกว่าข้ออื่นๆ คือ การสอนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด การดูแลและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการช่วยเหลือระหว่างเคลื่อนย้าย และอยู่เป็นเพื่อนระหว่างนอนรอผ่าตัด(ดังรายละเอียดในตารางที่ 12) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม แผนกห้องผ่าตัด ควรมีการจัดอบรมผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และมีระบบการตรวจสอบติดตามการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

6.2.2.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 ไม่มีสัมพันธภาพในบางข้อ คือ การให้เวลาในการพูดคุยถึงปัญหาที่กังวลใจ ความรู้สึกผ่อนคลายในขณะที่แพทย์/พยาบาลเข้าเยี่ยม และการแสดงความชื่นชมหรือให้กำลังใจขณะให้การดูแลรักษา ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการจัดอบรมพัฒนาระบบการบริการ หรือจัดทำเอกสารความรู้แก่แพทย์ พยาบาล โดยเน้นเทคนิคการติดต่อสื่อสารและพฤติกรรมบริการเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการเข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละราย

6.2.3 จากการศึกษาผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับบทบาทของตนเองขณะเข้ารับการรักษา และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ

6.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

6.3.1 ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนากรอบแนวคิดมาจากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย รวมถึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวแปรอิสระที่ครอบคลุม และสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยควรนำวิธีวิทยาที่ใช้ในลักษณะเดียวกันนี้ไปใช้เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่สมบูรณ์และสอดคล้องกับความเป็นจริง

6.3.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์พบว่า บางช่วงเวลาถูกขัดจังหวะโดยการเข้าเยี่ยมของแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้การซักถามข้อมูลในบางตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างอาจทำไม่ได้อย่างเต็มที่แต่เหตุการณ์ดังกล่าวมีจำนวนไม่มากดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันผู้วิจัยจึงควรระมัดระวังในการเก็บข้อมูลให้มากขึ้น โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเกี่ยวกับช่วงเวลาการเข้าเยี่ยมของแพทย์แต่ละท่านเพื่อหลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว ในกรณีที่แพทย์บางท่านขึ้นเยี่ยม ไม่มีเวลาที่แน่นอนอาจทำการเก็บข้อมูลใหม่ในรายที่มีปัญหาเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

6.3.3 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย แต่จากงานวิจัยในต่างประเทศกล่าวว่าญาติของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษาเช่นกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของญาติของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของ โรงพยาบาล เอกชนในกรุงเทพมหานคร

(PATIENTS' PARTICIPATION FOR PREVENTION OF ADVERSE EVENTS FROM OPERATIONS AT PRIVATE HOSPITALS IN BANGKOK)

อนุสรณ์ โชควิทยา 4637551 SHPE/M

ศศ.ม. (ประชากรศึกษา)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ประภาพรรณ อุ๋นอบ, ศษ.ค., วรณา คงสุริยะนาวิณ, ศษ.ค., ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ปร.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งหลายๆประเทศได้ให้ความสำคัญในการสร้างประชากรให้มีคุณภาพ และคุณภาพประชากรจะเกิดขึ้นได้ ต้องได้รับการพัฒนาจากหลายๆ ด้าน กล่าวจำเพาะด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นด้านที่สำคัญ เนื่องจากการสร้างประชากรให้มีสุขภาพแข็งแรง มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จะเป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจของประเทศต่อไป จากอดีตที่ผ่านมาการให้บริการสุขภาพได้มีการพัฒนาในหลายๆ ด้าน รวมถึงมีการนำเอาระบบบริหารจัดการคุณภาพในรูปแบบต่างๆ มาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัยจากความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์ ผลที่ตามมาทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล และความสูญเสียที่ประเมินค่ามิได้จากการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตที่ไม่คาดหวังซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้สูญเสียตามมา จากความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์โดยไม่ได้เกิดจากกระบวนการตามธรรมชาติของภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้น เรียกว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(adverse event) จากการรายงานสถิติการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2008 พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) เกิดจากความผิดพลาดทางศัลยกรรมและวิสัญญีที่สามารถป้องกันได้ โดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดในห้องผ่าตัด ร้อยละ

48 และเกิดจากการทำผ่าตัดถึงร้อยละ 50.4 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้แก่ การอุดตันของ หลอดเลือดดำ การผ่าตัดผิดคน ผิดวิธี และผิดตำแหน่ง สิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกาย การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

จากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีการจัดการบริหารความปลอดภัยในเชิงรุกโดยการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ที่สำคัญคือการบริหารความเสี่ยงแต่จากการนำมาใช้ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายๆ ประการ ที่สำคัญคือ ความยุ่งยากของการรายงานอุบัติการณ์ อีกทั้งผู้รายงานไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ รวมถึงกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลของสถานพยาบาล เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ระบบการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ยังไม่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้มีการศึกษาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาพยาบาล จากนักวิชาการหลายท่านพบข้อมูลตรงกันว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาพยาบาลทำให้ลดข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด จึงเป็นอีกช่องทางที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม และช่วยลดความรุนแรงให้เหลือน้อยที่สุด สำหรับในประเทศไทยเท่าที่ทบทวนมายังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษามีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดของผู้ป่วย และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบื้องต้น จากการทบทวนแนวคิดที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดจากกระบวนการรักษาพยาบาล ทำให้ได้ตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การได้รับคำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากสถานการณ์การเรียนและคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพปีพ.ศ. 2546-2548 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าจำนวนเรื่องร้องเรียนเรื่องการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของ

โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลในทุกปี ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเครือเดียวกัน จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลให้กับองค์กรที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นแหล่งในการศึกษาวิจัย และโรงพยาบาลอื่นๆ ที่สนใจ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษามากขึ้น ทั้งในกระบวนการรักษาพยาบาล และกระบวนการบริหารความเสี่ยง อันเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้นำมาซึ่งความปลอดภัย และความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้การที่ระบบบริการสุขภาพสามารถรับประกันได้ถึงความปลอดภัยย่อมส่งผลถึงการพัฒนาคูณภาพประชากรของประเทศ การที่ประชากรของประเทศมีสุขภาพดี มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ คุณภาพประชากรย่อมเกิดขึ้น และการที่ประชากรในประเทศมีคุณภาพจะส่งผลต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ในสถานการณ์จริงพบว่าบางช่วงเวลามีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเข้าตรวจเยี่ยมของแพทย์ จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถซักถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเต็มที่อาจมีผลต่อข้อมูลบางตัวแปร แต่เนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจำนวนไม่มากนัก จึงไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยในภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ประชากรในการศึกษาคือผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

และนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งอยู่ในเครือเดียวกัน จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณลักษณะคือ เข้ารับการผ่าตัดประเภทศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมทางสูติ-นรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกประเภท local anesthesia ได้แก่ epidural block และ spinal block การได้ยินปกติดี ฟัง และพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจสามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive sampling) มีจำนวนทั้งสิ้น 276 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ และส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของการวิเคราะห์ผลและลำดับความสำคัญของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 51.80 และ 48.20 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45-54 ปีและ 25-34 ปีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 28.26 และ 27.90 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยที่ 42.67 ปี ($\bar{X} = 42.67$, S.D. = 13.92) สำหรับด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ 53.60) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเข้ารับการผ่าตัดครั้งแรก(ร้อยละ 52.90)

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ น้อยกว่าด้านการดำเนินการ คือ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่มีการชี้แนะ (ร้อยละ 62.3) ซึ่งเป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดของกิจกรรมการมีส่วนร่วมทั้งหมด ส่วนการมีส่วนร่วมดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุด 2 อันดับแรกคือ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี รองลงมาคือ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น แต่ทั้งนี้พบว่าข้อที่สคัญของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมดำเนินการน้อย 2 อันดับแรก คือ การใส่ใจ และปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอนจากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอน และตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของตนเองทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำผ่าตัด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบตัวแปรอิสระที่มีผลในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และการรับรู้บทบาทของผู้ป่วย ส่วนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบตัวแปรอิสระที่มีผลในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ และสำหรับตัวแปรที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่ามีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การให้คำปรึกษา การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

อภิปรายผล

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้ารับบริการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค กลัวสิ่งที่จะต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามลดความวิตกกังวลดังกล่าว โดยการแสวงหาข้อมูลมากขึ้น (Cohen & Lazarus, 1979 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534: 42) ทั้งจากการสอบถามหรือได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการโดยตรง การสอบถามบุคคลอื่นที่เคยเข้ารับบริการผ่าตัดชนิดเดียวกันมาก่อน หรือศึกษาจากแหล่งข้อมูลอื่น เช่น เอกสารความรู้ของโรงพยาบาล จากสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมี

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการเตรียมความพร้อม และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น เห็นได้จากผลการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยในภาพรวมที่อยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 90.58) นอกจากนั้นผลการศึกษากำหนดครั้งเข้ารับการผ่าตัดกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง(ร้อยละ 47.1)ที่เข้ารับการผ่าตัดครั้งที่สองและครั้งที่สาม มีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในครั้งแรก แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ และส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ที่กล่าวว่าประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลนั้นมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกัน(Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน ภาณุภรณ์ สุชนิรันดร์, 2534: 51) จากที่กล่าวมาจึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจน้อยกว่าด้านการดำเนินการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางส่วนมีความคิดว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ และมีความเชี่ยวชาญในโรคที่รักษาเป็นอย่างดี ดังนั้นการให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนจะทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเกิดความปลอดภัยกับตนเอง สอดคล้องกับสมาน วรพันธ์(2539 อ้างถึงใน จิรนนท์ สัจจาสัย, 2542: 5) กล่าวว่าค่านิยมของสังคมไทย ถึงแม้ปัจจุบันการแพทย์จะเป็นเชิงพาณิชย์กรรมมากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งผู้ป่วยยังคงไว้วางใจเคารพเชื่อถือ ศรัทธาคือแพทย์อยู่ไม่เสื่อมคลาย จึงมอบอำนาจให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วย จากที่กล่าวมาจึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจน้อยกว่าด้านการดำเนินการ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ มีทั้งหมด 4 ตัวแปร สามารถอภิปรายโดยสรุปได้ดังนี้

2.1 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($b=0.609$, $P<0.01$) เป็นไปตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการของกิบสัน(Gibson, 1991 อ้างถึงในมรดก บัวแดง, 2544: 32) ที่กล่าวว่า ผู้ให้บริการจะเป็นผู้สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตัวเองได้ ซึ่งบทบาทที่สำคัญ

ข้อหนึ่งของผู้ให้บริการ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล แสดงว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจะเกิดขึ้นได้ นั้น การเปิดโอกาสของผู้ให้บริการมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การซักถามข้อมูลที่สำคัญ การตรวจสอบความถูกต้อง การแจ้งเตือนเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติเป็นต้น เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมนิกา และคณะ (Monika, et al., 2004: 35) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาลพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สิ่งสำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการพยาบาล และสอดคล้องกับเดเบอร์ (Deber, 1994 อ้างถึงในสุดาพร ว่องไววิทย์, 2539: 16) ได้ทำการศึกษาถึง การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วย พบว่า การที่แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดพิจารณา เลือกตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการตัดสินใจนั้นๆ

2.2 การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.118$, $P<0.01$) เป็นไปตามแนวคิดการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยคือ การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยเป็นความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติหรือควรกระทำในขณะที่เข้าทำการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสวงหารักษา และร่วมมือกับแพทย์เพื่อที่จะให้หายเร็วที่สุด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องการความปลอดภัย และหายจากภาวะโรคที่เป็น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการกระทำใดที่เป็น การสร้างความปลอดภัยให้กับตน และหายจากภาวะเจ็บป่วย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของแนนซี และคณะ (Nancy, et al., 2008: 106-112) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษา พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เป็นการสนับสนุนและพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วยในบทบาทของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 44.6 เป็นร้อยละ 48.3 อย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.001$) จากที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุผลให้การรับรู้บทบาทของผู้ป่วยส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

2.3 การได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.143$, $P<0.05$) เป็นไปตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจผู้รับบริการ ซึ่งกิบสัน (Glibson, 1991 อ้างถึงในมรกต บัวแดง, 2544: 32) กล่าวว่าผู้ให้บริการจะเป็นผู้สนับสนุน และ

ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดกำลังใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ บทบาทที่สำคัญข้อหนึ่งของผู้ให้บริการคือการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษา ในส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่านขั้นตอนการได้รับความช่วยเหลือในแต่ละระยะของการผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของทิโมนเนน และซิโวเนน(Timonen & Sihvonon, 2000: 542) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าการมีส่วนร่วมดูแลตนเองในกระบวนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตลอดการเข้ารับการรักษาของเจ้าหน้าที่

2.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.100, P<0.05$) เป็นไปตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ซึ่งสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยกับผู้ให้บริการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการช่วยเหลือให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ และช่วยแก้ปัญหา(จิวรรณ สัตยธรรม, 2541) การมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี มีความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง(Hertzberg & Ekman, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของไลทิเนน และไอโซลา(Laitinen & Isola, 1996) เรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น(จันทรา พรหมน้อย, 2548: 68-69) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่านขั้นตอนการผ่าตัดนั้นมักมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญ ดังนั้นจึงมีความต้องการแสวงหาข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าว(Cohen & Lazarus, 1979 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534: 42) การมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้าบอกปัญหา อุปสรรค และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยนั้นต้องการแสดงความคิดเห็น ต้องการข้อมูลและคำแนะนำ ตลอดจนการสนับสนุนและไว้วางใจจากผู้ให้บริการ ในขณะที่สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการจะเป็นปัจจัยยับยั้งให้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยลดลง

3. ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

จากผลการศึกษาพบปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มีทั้งหมด 7 ตัวแปรสามารถอภิปรายโดยสรุปได้ดังนี้

3.1 ระดับการศึกษา การมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้ไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาใด และปัจจุบันการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยสามารถทำได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยสามารถเลือกศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองได้หลายช่องทาง ทั้งจากเอกสารความรู้ จากสื่ออินเทอร์เน็ต จากการสอบถามข้อมูลบุคคลที่เคยผ่าตัดในโรคเดียวกัน ประกอบกับการให้ข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีหลากหลายรูปแบบ ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาใดก็สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ไม่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

3.2 การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จากผลการวิจัยพบว่าโดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.58) ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของระบบการให้บริการ และความเชี่ยวชาญของแพทย์ รวมถึงในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.1) เคยเข้ารับบริการอยู่หลายครั้ง และได้รับผลลัพธ์การรักษาที่ดี ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จากผลการวิจัยพบว่ามีความผันแปรของข้อมูลค่อนข้างน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.83) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมต่างๆ ในข้อย่อยเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำได้ จึงทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

3.4 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา จากผลการวิจัยพบว่าความผันแปรของข้อมูลค่อนข้างน้อย เนื่องจากในภาพรวมการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.32) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับสูงทุกข้อ (ร้อยละ 87.3-98.6) จึงทำให้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

3.5 การให้คำปรึกษา จากผลการวิจัยพบว่าความผันแปรของข้อมูลค่อนข้างน้อย เนื่องจากในภาพรวมการให้คำปรึกษาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.61) จึงอาจทำให้การให้คำปรึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

3.6 การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเข้ารับบริการผ่าตัดผู้ป่วยมักจะมีคามวิตกกังวลสูง และมีความต้องการในการแสวงหาข้อมูลเพื่อให้

เกิดความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่ต้องประสบ(Cohen & Lazarus, 1979 อ้างถึงในขนนิษฐา นาคะ, 2534: 42) ทั้งจากผู้ให้บริการโดยตรง และจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งได้กล่าวว่าก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ได้ศึกษาข้อมูลจากเอกสารความรู้ที่ทางโรงพยาบาลแจกให้ รวมถึงได้มีการสอบถามบุคคลอื่นที่เคยเข้ารับการรักษาผ่าตัดประเภทเดียวกัน จึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องก่อนเข้ารับการรักษา ดังนั้นจึงอาจเป็นเหตุผลให้การได้รับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดจากผู้ให้บริการไม่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

3.7 การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ในปัจจุบันผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสังเกตจากจุดให้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาลรวมถึงภายในห้องพักของผู้ป่วย ได้มีการติดประกาศเรื่องสิทธิผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถมองเห็นได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของตนในการเข้ารับการรักษา และเกิดความตระหนักในสิทธิที่ควรจะได้รับ จึงเกิดการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงพบว่า การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

4. วิธีวิทยาที่ใช้ในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยทฤษฎีแล้วมีวิธีการสร้างและพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีที่มาจาก 3 แหล่งได้แก่ 1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) แนวความคิดของผู้วิจัยที่สังเคราะห์ขึ้นเอง ข้อดี คือทำให้ได้ตัวแปรที่สำคัญในการศึกษา กรอบแนวคิดมีความชัดเจน มีเหตุมีผล และมีความหนักแน่น แต่มีข้อจำกัด คือหากศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยไม่มากพออาจทำให้ขาดตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัยจริงๆ(Online. Available: http://www.chularesearch.com/detail_research.php?main=yes&id=50 2008, September 25.) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยจะได้ออกจากการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แต่พบว่าเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด อาจทำให้ไม่ครอบคลุมตัวแปรที่สำคัญๆ สำหรับการศึกษ และอาจไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของคนไทยเนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นของต่างประเทศ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวแปรอิสระที่ครอบคลุม สอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยเบื้องต้น และศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และพฤติกรรมดูแล

สุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ได้ตัวแปรที่สำคัญกับเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด แล้วจึงพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ในส่วนของกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการศึกษารูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างลักษณะเดียวกันจำนวนหนึ่ง พบว่าใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งในเชิงทฤษฎีแล้วการสัมภาษณ์มีข้อดีคือ 1) ผู้รวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสพบปะสนทนา กัน ดังนั้นถ้าให้ข้อมูลหรือผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสที่จะชี้แจงให้เข้าใจได้ 2) อาจจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตสีหน้า ท่าทางการพูดและสภาพแวดล้อม และ3) ข้อมูลที่ได้รับจะมีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าข้อมูลที่ได้จากการส่งแบบสอบถามเพราะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิโดยตรง ทั้งนี้ในส่วนของการจำกัดของการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า 1) ใช้เวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก 2) ความแม่นยำถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับตัวผู้ให้สัมภาษณ์เป็นอย่างมาก ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์บิดเบือนข้อมูลหรือจำคลาดเคลื่อน ก็มีผลทำให้ข้อมูลนั้นคลาดเคลื่อนไปด้วย 3) ถ้าใช้ผู้สัมภาษณ์หลายคน โอกาสที่จะทำให้วิธีการรวบรวมข้อมูลอยู่บนพื้นฐานเดียวกันมีน้อย โอกาสที่จะเกิดความหลากหลายในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลนี้มีมากขึ้นทำให้การสรุปผล ยากขึ้น และ4) การไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ใช้ภาษาต่างกันอาจทำให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่เข้าใจภาษาซึ่งกันและกัน(Online. Available: <http://wbc.msu.ac.th/wbc/edu/0504304/lesson6.htm> 2008, August 20.) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ข้อดีคือไม่กระทบต่อสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดมากนัก สามารถสังเกตเห็นถึงความพร้อมในการตอบคำถามจากสีหน้า ท่าทาง และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม แต่อย่างไรก็ตามจะพบว่าบางขณะของการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก ในบางตัวแปรมีปัญหาว่า ผู้วิจัยไม่สามารถซักถามข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ตรงตามตัวแปรนั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งมีไม่มาก ประกอบกับในสถานการณ์จริงระหว่างการสัมภาษณ์ พบว่ามีการเข้ามาตรวจเยี่ยมของแพทย์ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุม และไม่อยู่ในแผนการเก็บข้อมูล จึงทำให้ผู้วิจัยซักถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ไม่เต็มที่ และกลุ่มตัวอย่างอาจเสียสมาธิเป็นผลให้ข้อมูลบางส่วนเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำของข้อมูลที่ขึ้นอยู่กับผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งในที่นี้คือผู้ป่วย จากที่กล่าวมาจึงอาจส่งผลต่อข้อมูลบางตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้อยู่บ้าง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษามีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด พบว่า ในบางกิจกรรมผู้ป่วยยังขาดการมีส่วนร่วม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยไม่มีกรชี้แนะ การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุระหว่างเคลื่อนย้าย หรือนอนรอผ่าตัด และการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง ดังนั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ควรออกนโยบายให้โรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชนส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และเข้าใจในบทบาทของตนเองมากยิ่งขึ้น รวมถึงพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการของโรงพยาบาลตามนโยบายที่กำหนด

2. จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบข้อสังเกตในบางกิจกรรมที่โรงพยาบาลสามารถนำมาพัฒนาเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยดังนี้

2.1 การส่งเสริม และสนับสนุนให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่องบทบาทของผู้ป่วยในการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาในหลายๆ ช่องทาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจกับบทบาทของตนเองมากขึ้น

2.2 การกำหนดนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ พยาบาล รวมถึงกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำสัญลักษณ์ตำแหน่งในการทำผ่าตัด

2.3 การจัดอบรมผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และมีระบบการตรวจสอบติดตามการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาทักษะการดูแล และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

2.4 การจัดอบรมพัฒนาระบบการบริการ หรือจัดทำเอกสารความรู้แก่แพทย์ พยาบาล โดยเน้นเทคนิคการติดต่อสื่อสารและพฤติกรรมบริการเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการเข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละราย

3. จากการศึกษาผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับบทบาทของตนเองขณะเข้ารับการรักษา และปฏิบัติตามเคร่งครัดร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนารอบแนวคิดมาจากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย รวมถึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวแปรอิสระที่สมบูรณ์ และสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยควรนำวิธีวิทยาที่ใช้ในลักษณะเดียวกันนี้ไปใช้เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่สมบูรณ์และสอดคล้องกับความเป็นจริง

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์พบว่าบางช่วงเวลาถูกขัดจังหวะโดยการเข้าเยี่ยมของแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้การซักถามข้อมูลในบางตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างอาจทำไม่ได้เต็มที่แต่เหตุการณ์ดังกล่าวมีจำนวนไม่มากดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันผู้วิจัยจึงควรระมัดระวังในการเก็บข้อมูลให้มากขึ้น โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเกี่ยวกับช่วงเวลาการเข้าเยี่ยมของแพทย์แต่ละท่านเพื่อหลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว ในกรณีที่แพทย์บางท่านขึ้นเยี่ยมไม่มีเวลาที่แน่นอนอาจทำการเก็บข้อมูลใหม่ในรายที่มีปัญหาเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย แต่จากงานวิจัยในต่างประเทศกล่าวว่าญาติของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมป้องกันข้อผิดพลาดจากการรักษาเช่นกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของญาติของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

PATIENTS' PARTICIPATION FOR PREVENTION OF ADVERSE EVENTS
FROM OPERATIONS AT PRIVATE HOSPITALS IN BANGKOK

ANUSSARA CHOKVITTAYA 4637551 SHPE/M

M.A. (POPULATION EDUCATION)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PRAPHAPHAN UN-OB, Ed.D.,
WANNA KONGSURIYANAVIN, Ed.D., PARANEE VATANASOMBOON,
Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Introduction

People are the important resource for developing country. Hence, many countries have been paid attention to permit their people to be good quality. In order to make a good quality person, the government has to improve many fields, especially public health field. The countries those have good quality people in both health and mind, the developing in economic and society of those countries will become. From the past, there were several developing in health services including using quality control systems to improve the services. However, still found some patients hadn't been unsecurely treated from operations, nursing care and using medical instruments during treatment. These result to waste economic of those countries and unevaluated value from hurt, paralyzing, death that affects mind and lifestyle of patient's families. An event that causes from incorrect medical service or natural process of patient's disease, call an adverse event. In 2008, WHO reveal that there were adverse events resulting from preventable incorrect surgical and anesthetic procedures mostly (74 as the percentage). Adverse medical events divided to inside operation room (48 as the percentage) and during operation (50.4 as the percentage). These events, as same as adverse events finding from operations in Thailand, were venous occlusion, wrong person, wrong method, wrong position, post-operative infection and foreign body retention in patient's body, etc.

For prevention of these adverse events, there was offensive manner safety management by controlling and supporting in order to improve service quality, especially risk management. Indeed, there were several problems such as difficult to report the event, unsure for safety of reporter and scared to reveal hospital or clinic's data, etc. For these problems, seems difficult to prevention of adverse events effectively.

For patient safety, many foreign studies had been studied about patients' participation in medical treatment procedure, found decreasing rate of using wrong drug and infection rate from treatment when patients had chance to participate. Besides that, medical reports were more correct, able to improve and create a cure all the time and able to find some faults from treatment, including success in operations. According to above situations, patients are important to prevent from adverse events from medical treatment. Hence, patient support in participation for prevention from probable operation's fault is another way to prevent risk better and cause least harmful. In Thailand, there were no studies about this subject as reviewing. In order to this, it's good to study on patients' participation for prevention of adverse events from operations in Thailand. According to primary patients' interviewing, the opinion that influence on patient expression review and literature review about patients' participation for prevention from incorrect medical treatment, there are several free variables such as education level, perception of the patient's role, perception of adverse events from operation, perception of self esteem, assistance receiving during pre-operation, on operation and post-operation, curative data receiving, patient's consultation, patient's preparation during pre-operation, on operation and post operation, giving patient a chance for participation on prevention of adverse events on operations, health care providers and patient relationship and patient privilege protection. In this study, patients were chose from private hospitals because of during 2003-2005, many events of patient complaint and privilege protection of health guarantee in order to not perform in normal curative standard, showed the private had more than state yearly. Hence, I chose 3 private hospitals as same network in Bangkok for this study.

These results would be a good data for company that relate to the state, private hospitals for this study and the other hospitals in order to support and improve medical care for giving patient a chance to participate for prevention on inappropriate treatment. If the hospital's officers followed these suggestions for both medical care procedure and risk management process, health service would have been improved to make results in safety and pleasure to the patients. According to health service guarantee, it will affect personal quality of country improvement. The country that has good quality men both health and mind, economic and society will be improved as a result.

Objectives

1. To study patients' participation for prevention of adverse events from operations.
2. To study factors which affect to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

Research limitations

Sometime, in real situation there are several uncontrollable events during data collecting by patient interviewing such as inability to ask patient some questions when patient's visiting by doctor. Result to have an effect to some variable data. But there were few occurring event, the effect to result in overall image was less.

Research procedure

The study of patients' participation for prevention of adverse events from operations was survey research. The samples were patients who had operated and slept at the 3 private hospitals in Bangkok under the same network. The patients were 15 to 60 years old and operated on orthopedic, urogenital, gynecologic and the other surgeries. During operation, they had local anesthesia such as epidural and spinal block. They could understand, hear, speak Thai language and had ability to answer the question.

All of 276 samplings of this study were sampled purposively. Using questionnaire which created and improve from reviewing many literatures to collect the data, divide into 5 parts composing of patients' databases, general patients' data, health care providers' data, relationship between patient and health care providers' data and patients' participation for prevention from adverse events' data. Data from interviewing were analyzed by descriptive statistic. General patient's data description was analyzed by frequency, percentage. Discussion of results and effect of free variable to follow variable was analyzed stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was declared at $P < 0.05$.

Results

The number of men samplings was similar to women (51.80 and 48.20 as the percentage, respectively). Most age of these samples were 45-54 years old and 25-34 years old (28.26 and 27.90 as the percentage, respectively). Mean of age was 42.67 years old (S.D. = 13.92). For patient's education, highest graduation of around half of samplings were in bachelor's degree (53.60 as the percentage). More than a half of samplings had been operated for the first time (52.90 as the percentage).

Patients' participation for prevention of adverse events on operations was in high level. The patients had participation to determine less than manage. According to this, patients participated to determine for operation without guiding at 62.3 as the percentage, that was the least in ratio for all patients' participation. According to patients' participate to manage, the first 2 places were data giving about congenital disease, operative history, drug using, allergic history for drug, food and chemical substrate. Second place was data about present disease, medical plan, post-operative time. The last 2 places were taking care of the patients for prevention for falling from operating bed, during patient moving or sleeping and making sure for true operative patients and operative position before operation.

The factors those result to patients' participation for prevention of adverse events from operations were analyzed by stepwise multiple regression analysis. There were factors those had positive effect to patients' participation for prevention of adverse events on operations such as giving patients chance to participate for prevention from adverse events on operations ($P < 0.01$), perception of the patient's role

($P < 0.01$), help receiving during pre-operation, on operation, and post-operation ($P < 0.05$), and relationship between patient and health care providers ($P < 0.05$). There were seven factors those had no effect to patients' participation for prevention of adverse events on operations composed of patient's education, perception of adverse events from operations, perception of self esteem, curative data receiving, consulting, patient's suggestion for preparation during pre-operation, on-operation and post-operation and patient's privilege protection.

Discussion

1. Patients' participation for prevention of adverse events from operations.

Overall image, there were high in patients' participation for prevention of adverse events from operations. In order that the patients became anxiety for operation because of lacking of understanding about disease status, diagnosis, event occurring during operation and post operation. These reason resulted in searching more for operative data (Cohen and Lazarus, 1979 referred to Kanitta Naka, 1991:42) from health care providers asking or data receiving directly, asking the patient who had been operated the same operation before or other data sources such as client education document of the hospital and internet, etc. These would make the patients to understand role of their selves for preparation to curative procedure as the result shown in high for perception of the patient's role (90.58 as the percentage). Besides that, the study of correlation of operative frequency and patients' participation for prevention of adverse events from operation shown nearly a half of samplings (47.1 as the percentage) who had been operated at the second or third time had participation for prevention of adverse events more than patients who had been operated in first time, show that patient's experience had an effect to perception and behavior of participation. Similar to Rosenstock's idea in 1974, showed that patient's experience had an effect to health perception, making different in their health behavior (Rosenstock, 1974 referred to Chadaporn Sukniran, 1991:51). According to the reason, results to more participate for prevention of adverse events from operation. Patient samplings participated to determine less than manage, may because of some patient thought that the doctors were expert in curative procedures, and would be safe if they permitted the doctors to determine for take the treatment only. Similar to Saman

Vorraphan (1996 referred to Jeeranan Satjasai, 1999:5), said although nowadays medical profession become more business, thai always trust, respect and believe in the doctor as thai popularity. So, they choose to permit the doctor to determine for the curative procedure and were responsible for their lives.

2. Factors those result to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

There were four factors that result to patients' participation for prevention of adverse events from operations as follows.

2.1 Giving patient a chance to participate for prevention from adverse events on operations had a positive effect to patients' participation significantly ($b=0.609$, $P<0.01$). Similar to Gibson's idea for increasing client's power (Gibson, 1991 referred to Morrakot Boatang, 2001:32), showed health care providers were the promoter and supporter for client to take care of oneself. An important role of health care providers were giving patient a chance to participate on curative procedure, leading to be able for prevention from adverse events on operations such as determining about curative procedure, asking for the wondering data, checking for the right, sounding an alarm when unusual event occurring, etc., in order to prevention from adverse events on 3 stage of operation. As same as the study of Monika et al. (2004) which studied about patients' participation on curative procedure, found giving patient a chance to participate was the important factor for participation during curative procedure. As the same result, Deber(1994 referred to Sudaporn Vongwaiwit, 1996:16) studied about patients' participation on curative procedure, showed giving patient a chance to participate by considering patient's feeling and temper, leading patient to have a chance to think and choose to do the right thing under the data receiving from the doctor and please with their determining.

2.2 Perception of the patient's role had positive effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations significantly ($b=0.118$, $P<0.01$). Perception of the patient's role meant understanding of patients to have to or should do during curative procedures, especially seeking for doctor and cooperation for treatment. According to this mean, if the patients realized how to make them safe and get well from disease, they would have shown their behavior. As the same result, Nancy et al. (2008) studied about patients' participation for prevention

from adverse events on the cure; found that teaching the patients to know how to prevent the adverse events from the cure was the support and improvement to increase perception of the patient's role. This perception resulted to more participate in the cure from 44.6 to 48.3 as percentage significantly ($P < 0.001$).

2.3 Help receiving during pre operation, on operation and post operation had a positive effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations significantly ($b = 0.143$, $P < 0.05$) as same as Gibson's idea about power enhance of client (1991, referred to Morrakot Boatang, 2001:32) said that health care providers would be a promoter and supporter of client to have ability to do anything. Health care providers had a important role to support patient during the cure at hospital. This role resulted to make the patient be better, decrease in anxiety from operation and was able to participate for prevention from adverse events on operations. As the same result, Timonen and Sihvonen (2000) studied about participation of the patients on orthopedic operation, found that patients' participation for taking care of their selves one part came from health care providers's support for helping during the cure.

2.4 Relationship between patient and health care providers had appositive effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations significantly ($b = 0.100$, $P < 0.05$). Be in line with relationship between patient and health care providers's idea, which was important to relate among the person especially among patient and health care providers. Relationship leded to support, help and solve the problem (Chawewan Sattayatam, 1998). Health care providers supported patient to has a good attitude, trust and participate in self caring (Hertzberg and Ekman, 2000). As the same result, Laitinen and Isola (1996) and Jantra Promnoi (2005) studied about patients' participation to take care of their selves, good relationship among patients and health care providers supported the patients to more participate in taking care of their selves. Patients who had to be operated had an anxiety about confronting of many coming events. In order to that they wanted to seek the data for decreasing their anxiety (Cohen and Lazarus, 1979 referred to Kanitta Naka, 1991). Good relationship would support the patients to tell their problem and ask for self caring. The patients needed curative data, suggestion, support from health

care providers and showing their opinion. Where as, bad relationship restrained patients' participation.

3. Factors those did not result to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

According to this study, there were seven factors which had no effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations, as follows.

3.1 Education

Although there was different in level of education, they had ability to study from many sources. Because of nowadays, people were easy to reach for data, so patient could study disease, treatment and take care of their selves from brochure, internet, asking the patient who had been operated before and explanation from hospital's health care providers. For these reason, difference in level of education had no effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

3.2 Perception of the adverse event from operations

In this study, patients moderately realized for adverse events on operations (40.58 as the percentage). According to patients interviewing, most of them believed in safety from service and doctor's skill. Besides these, more than a half of samplings had ever been operated for several times and had good curative result, causing perception of adverse events on operation had no effect to patients' participation for prevention.

3.3 Perception of self esteem

Most samplings (97.83 as the percentage) realized high in their ability, maybe as result of they could do most of the activity. Resulted to perception of their ability had no effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

3.4 Curative data receiving

According to this study, there were high in curative data receiving (87.32-98.6 as the percentage). Resulted to have no effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

3.5 Consultation

According to this study, the health care providers gave the consult in high ratio (82.61 as the percentage). Resulted to have no effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

3.6 Teaching for preparation during pre operation, on operation and post operation

The patient had much more anxiety and wanted to seek the data from health care providers directly and other data sources, in order to know and understand the events they had to face (Cohen and Lazarus 1979 referred to Kanitta Naka, 1991). Besides that, some patients who operated at present, had been studied from brochure of the hospital or asked the other patients who had been operated same operation before. Resulted to patients knew how to prepare their selves before operation. According to these reason, teaching for preparation during pre operation, on operation and post operation had no effect to patients' participation for prevention of adverse events from operations.

3.7 Protection of patient's privilege

Nowadays, patients know more about their role from noticing brochure, document, paper or news within the hospital. Causing patients knew about their privilege and perception for the cure, resulted to no differ in privilege following.

4. Method used in this study.

In theory, idea convention of research was created and improved from literature review in 3 sources; related theory, related studies and researcher's idea. The advantages are having important variables, clear idea convention, reasonable and sure. But, there is limitation when the theory and studies are not enough to review, cause important variable insufficiently. According to this study, there were few studies in Thailand about patients' participation for prevention of adverse events from operation. May resulted to loss of some important variables and did not precise at thai patients. Hence, interviewing patients basically with studying from related studies had been performed in order to derive the variables related to patients' participation of this study.

According to collecting data with interviewing the patients, in theory, there are several advantages such as interviewer can explain for the question to interviewee, getting the add data from notice the mood of interviewee and surrounding, and a few incorrect data by direct interviewing. Where as, there are several limitations while collecting data by interviewing such as spend more time and money, correct of data depend on interviewee, chance for getting the data under the same base would be less if there are many interviewers in same study, unrelated understanding when differ in language resulted to wrong data collection. According to interviewing of this study, the patients could pay attention to answer the question. But there were a problem while interviewing the patient that few experience of interviewee, interviewing during patient's visiting by the doctor, resulted to unable to ask question properly.

Suggestion from this study

1. According to the study of patients' participation for prevention of adverse events from operations, there were some activities those patients did not participate in, such as participation to determine without guiding, participation for prevention from adverse events during moving, waiting for operation and participation to recheck patient's name and operative position. In order that some patients still not had understood for the operation. Hence, The Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation should make the policy in order to both private and state hospitals followed for permitting the patients to understand patient's role and prevent from adverse events during curative procedure including improvement of risk management especially patients' participation to curative procedures. Besides that, the institute should follow and examine hospital management following the policy.

2. According to the study of factors that affect to patients' participation for prevention of adverse events from operations, there were several notices in some activities for the hospital could take to improve patients' participation;

2.1 Permitting and supporting perception of the patient's role for prevention from adverse events occurring during curative procedures, in order to the patients understand and realize their role on curative procedures.

2.2 Making the policy for doctors, nurses and other health care providers to give patient a chance to participate for prevention from adverse events

occurring during curative procedure concretely such as permit the patients to participate in making a symbol before operation.

2.3 Health care providers training about post operative patient standard and working performance checking in order to improve skill for taking care of patients and patient's pleasure.

2.4 Service system training or making document to doctors and nurses especially communicated technique and service behavior in order to be benefit to make relationship with patient including appoint the right time for visiting the patient.

3. Patients have ability to prevent the adverse events occurring during curative procedure. So, they should pay attention to realize their role when curing in hospital.

Suggestion for further study

1. In this study, the idea convention improved from many literature reviews including patients interviewing directly in order to get free variable fully and be precise at the truth. So, further study should have been used the same this method in order to get the idea convention fully and precisely.

2. According to data collecting of this study used questionnaire and interviewed, interrupted by the doctors often occurred, resulted in imperfect data collection. So, for further study that has to collect data as same as this study, should choose the right time in order to not collect the data when doctor rounding ward. The result will be more believable.

3. This study was studied in patients only. While, many studies in foreign land had studied in both patients and patient's family. Hence, further study should study in patient's family in order to make more perfect results.

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองการประกอบโรคศิลปะ. (2550). สถิติเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน [Online]. Available: <http://www.mrd-hss.moph.go.th/Admin/filestat/10.xls> [2008, January 15].
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิมา จีระแพทย์. (2549) กระบวนการสร้างความปลอดภัยในองค์กร. ใน เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิมา จีระแพทย์ (บรรณาธิการ), การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย (หน้า 23-38). กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- กันยา ออประเสริฐ. (2545). การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม วันที่ 3 ตุลาคม 2545. ณ กรุงเทพมหานคร.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เครือวัลย์ แก้วนพรัตน์. (2545). การมีส่วนร่วมของนักเรียนมัธยมศึกษาในกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่ออนุรักษ์สิ่งแวดล้อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กัทธิดา ศิริภัทรากูร. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคาดหวังคุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2551). กรอบแนวคิดในการวิจัย [Online]. Available: http://www.chularesearch.com/detail_research.php?main=yes&id=50 [2008, September 25].
- จิรนนท์ สัจจาสัย. (2542). การตระหนักถึงสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทรา พรหมน้อย. (2548). ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์. (2534). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลัช กลิ่นอุบล. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไขเลือดออกของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คูสิต สุจิรารัตน์. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- ธีระภัทร์ เอกผายชัยสวัสดิ์. (2541). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. ภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏเพชรบูรณ์.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2540). คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และคณะ. (2549). การพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุรณัน. (2530). เครือข่ายทางสังคมกับการดูแลสุขภาพของตนเอง: การดูแลตนเองที่ตนเองทางสังคม วัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรกต บัวแดง. (2544). การพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชน โดยการสร้างพลังเพื่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ. (2547). การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติด

- ข้า้ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
เรณู อาจสาลี. (2545). การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง
การบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม. วันที่ 3 ตุลาคม 2545. ณ กรุงเทพมหานคร.
วิมลมาศ สมใจ. (2542). การรับรู้บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีในเขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
วีณา จีระแพทย์. (2549). แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์
และวีณา จีระแพทย์ (บรรณาธิการ), การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย (หน้า1-9).
กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). ยุทธศาสตร์เรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้
ผู้ป่วย. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- _____. (2550). การทบทวนเวชระเบียนเพื่อส่งเสริมเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
[Online]. Available: [http://www.sk-hospital.com/skmessage/download.php?id=3363
&sid=5784a7d16e28b5aa9f3e76f100a2720b](http://www.sk-hospital.com/skmessage/download.php?id=3363&sid=5784a7d16e28b5aa9f3e76f100a2720b). [2008, September 10].
- สมบัติ ท้ายเรือคำ. (2551). การวิจัยการศึกษาเบื้องต้น [Online]. Available: [http://wbc.msu.ac.th
/wbc/edu/0504304/lesson6.htm](http://wbc.msu.ac.th/wbc/edu/0504304/lesson6.htm) [2008, August 20].
- สรรชวัช อัสวเรืองชัย. (2546). บทความทบทวนทางวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน Patient
Safety: Concept and Practice. (หน้า 2-25). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2537). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทาง
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: หลักการวิธีการและการประยุกต์. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ .
- สุดาพร ว่องไววิทย์. (2539). ความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2548). สถานการณ์การร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิของ
ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริการ
ประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2549). สถานการณ์การร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิของประชาชน ในระบบหลัก

- ประกันสุขภาพ ปี 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2550). สถานการณ์การร้องเรียน และคุ้มครองสิทธิของประชาชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2546). ศัพท์ว่าด้วยความปลอดภัย. ใน Patient Safety: Concept and Practice. (หน้า 31-39). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- Agoritsas, T., et al. (2005). Patient reports of undesirable events during hospitalization. Journal of General Internal Medicine, 20, 922-928.
- Chapman, C.M. (1980). The right and responsibilities of nurse and patients. Journal of Advance Nursing, 5(6), 127-134.
- Davis. (2005). Patient involvement in patient safety – the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?. In National Library for Health [Online]. Available: <http://www.library.nhs.uk/ppi/Aboutus.aspx> [2008, August 14].
- Davis, et al. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?. In Health Expectations, 3(10), 259-267.
- Eldh, A.C., et al. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. Nurs Ethics, 13(5), 503-514.
- Florin, et al. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. Journal of Clinical Nursing, 15(12), 1498-1508.
- Koutantji, M., et al. (2005). The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals. Clinical Risk, 11, 99-104.
- McGuckin, M., et al. (1999). Patient education model for increasing handwashing compliance. Journal of infection Control, 27, 309-314.
- Monika, J.M., et al. (2004). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. Journal of Clinical Nursing, 14(1), 35-42.
- Murphy, E.K. (1997). Types of legal Claims brought Against perioperative nurses. AORN J, 65(5), 972-973.

- Nancy, C., et al. (2008). Educating Seniors to be Patient Safety self-advocates in Primary care. Journal of patient safety, 4 (2), 106-112.
- National Patient Safety Agency. (2007). Seven Steps to Patient safety-yourguide to safer patient care[Online]. Available: <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improving-patientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/7-steps/>[2007, January 10].
- Pyper, C., et al. (2004). Patient's experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care. British Journal of General Practice, 54, 38-43.
- Street, et al. (2005). Patient participation in medical consultations: Why some patients are more involved than others. Medical Care, 43(10), 960-969.
- Timonen, & Sihvonen. (2000). Patient participation in bedside reporting on surgical wards. Journal of Clinical Nursing, 9(4), 542.
- Waterman, D., et al. (2006). BRIEF REPORT: Hospitalized Patients' Attitudes About and Participation in Error Prevention. Journal of General Internal Medicine, 21(4), 367-370.
- Weingart, et al. (2005). Outpatient prescribing errors and the impact of computerized prescribing. Journal of General Internal Medicine, 20, 837-841.
- Wilson, J. (2000). Perioperative risk management. In: Hind M. and Wicker P.eds.Principles of Perioperative Practice. London: Harcourt Publishers Limited.
- World Health Organization(WHO). (2008). Summary of the evidence on patient safety: Implications for research [Online]. Available: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf [2008, August 5].





ตารางผนวก 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้บทบาทของผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการรักษา

จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา	การรับรู้บทบาทของผู้ป่วย					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	0	0	23	15.8	123	84.2
ครั้งที่สอง	0	0	3	2.8	103	97.2
ครั้งที่สาม	0	0	0	0	24	100.0
รวม	0	0	26	9.4	250	90.6

ตารางผนวก 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการรักษา

จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา	การรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	2	1.4	134	91.8	10	84.2
ครั้งที่สอง	5	4.7	79	74.5	22	20.8
ครั้งที่สาม	1	4.2	12	50.0	11	45.8
รวม	8	2.9	225	81.5	43	15.6

ตารางผนวก 3 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการรักษา

จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา	การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	0	0	5	3.4	141	96.6
ครั้งที่สอง	0	0	1	0.9	105	99.1
ครั้งที่สาม	0	0	0	0	24	100
รวม	0	0	6	2.2	270	97.8

ตารางผนวก 4 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับความช่วยเหลือทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การได้รับความช่วยเหลือทั้ง					
	ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	1	0.7	22	15.1	123	84.2
ครั้งที่สอง	0	0	28	26.4	78	73.6
ครั้งที่สาม	0	0	4	16.7	20	83.3
รวม	1	0.4	54	19.6	221	80.1

ตารางผนวก 5 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	3	2.1	15	10.3	128	87.7
ครั้งที่สอง	1	0.9	14	13.2	91	85.8
ครั้งที่สาม	0	0	2	8.3	22	91.7
รวม	4	1.4	31	11.2	241	87.3

ตารางผนวก 6 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับคำปรึกษาจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การได้รับคำปรึกษา					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	16	11.0	9	6.2	121	82.9
ครั้งที่สอง	11	10.4	10	9.4	85	80.2
ครั้งที่สาม	1	4.2	1	4.2	22	91.7
รวม	28	10.1	20	7.2	228	82.6

ตารางผนวก 7 จำนวนและร้อยละของระดับการสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และ หลังผ่าตัดจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	52	35.6	61	41.8	33	22.6
ครั้งที่สอง	21	19.8	62	58.5	23	21.7
ครั้งที่สาม	2	8.3	12	50.0	10	41.7
รวม	75	27.2	135	48.9	66	23.9

ตารางผนวก 8 จำนวนและร้อยละของระดับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์จากการผ่าตัด					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	2	1.4	12	8.2	132	90.4
ครั้งที่สอง	5	4.7	7	6.6	94	88.7
ครั้งที่สาม	1	4.2	0	0	23	95.8
รวม	8	2.9	19	6.9	249	90.2

ตารางผนวก 9 จำนวนและร้อยละของระดับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจำแนกตามจำนวน ครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	13	8.9	52	35.6	81	55.5
ครั้งที่สอง	4	3.8	35	33.0	67	63.2
ครั้งที่สาม	0	0	3	12.5	21	87.5
รวม	17	6.2	90	32.6	169	61.2

ตารางผนวก 10 จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	17	11.6	23	15.8	106	72.6
ครั้งที่สอง	4	3.8	23	21.7	79	74.5
ครั้งที่สาม	1	4.2	2	8.3	21	87.5
รวม	22	8.0	48	17.4	206	74.6

ตารางผนวก 11 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดจำแนกตามจำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด

จำนวนครั้งเข้ารับการผ่าตัด	การมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งแรก	1	0.7	43	29.5	102	69.9
ครั้งที่สอง	0	0	31	29.2	75	70.8
ครั้งที่สาม	0	0	1	4.2	23	95.8
รวม	1	0.4	75	27.2	200	72.5



แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด : กรณีศึกษา
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ในหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ มีข้อความทั้งหมด 27 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีข้อความทั้งหมด 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
4. ท่านเข้ารับการผ่าตัดอะไร.....
5. การผ่าตัดครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร.....

2. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องปฏิบัติหรือพึงกระทำในการกระทำต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สอบถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และแผนการรักษาของตน					
2. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยการงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การถอดอุปกรณ์ของมีค่าต่างๆ ออกจากร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด					
3. ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แก่การรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี หรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือด					
4. ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุลของตนเอง ตำแหน่งที่ทำผ่าตัดตั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนผ่าตัด					
5. ให้ความร่วมมือเพื่อเตรียมผ่าตัด เช่น ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้าย จัดทำเพื่อให้ยาระงับความรู้สึก หรือทำผ่าตัด					
6. ดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เช่น นอนราบไม่ลุกนั่ง จนกว่ายาระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์					
7. แจ้งอาการผิดปกติให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะเป็นต้น					

3. ท่านคิดว่าในการผ่าตัดครั้งหนึ่งๆ มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มีโอกาสมากที่สุด	มีโอกาสมาก	มีโอกาสปานกลาง	มีโอกาสน้อย	ไม่มีโอกาสเลย
1. อาจเกิดการพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอนในระหว่างการเคลื่อนย้าย หรือนอนรอผ่าตัด					
2. อาจเกิดการแพ้ยาหลังได้รับยาระงับความรู้สึก					
3. อาจเกิดการพลัดตกของเศษอาหารลงในหลอดลม เนื่องจากไม่งดน้ำ งดอาหารภายในระยะเวลาที่กำหนด					

3. ท่านคิดว่าในการผ่าตัดครั้งหนึ่งๆ มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด(ต่อ)

ข้อความ	มีโอกาส มาก ที่สุด	มีโอกาส มาก	มีโอกาส ปาน กลาง	มีโอกาส น้อย	ไม่มี โอกาส เลย
4. ขณะผ่าตัดอาจเกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง					
5. หลังผ่าตัดอาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงอุปกรณ์ผ่าตัดที่ไม่ดีพอ					
6. หลังเสร็จการผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อคจากการตกเลือด หายใจขัด					
7. อาจหกล้มหน้ามีดขณะเข้าห้องน้ำ					

4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	ทำได้	ทำไม่ได้
1. ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด		
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี		
3. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น		
4. ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของตนเอง ทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำการผ่าตัด		
5. รับประทานอาหารที่ทราบถึงอาการผิดปกติของตนเอง เช่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ รวมถึงอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น		
6. ปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การถอดอุปกรณ์ของมีค่าต่างๆ ออกจากร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด		
7. ใส่ใจและปฏิบัติตามในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอนจากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด		
8. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด เช่น นอนราบไม่ลุกนั่งจนกว่าจะระงับความรู้สึกจะหมดฤทธิ์ หรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพุงเข้าห้องน้ำ เป็นต้น		

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

5. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ให้บริการในเรื่องดังต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. การดูแลในเรื่องของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด		
2. การทวนชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของท่าน ทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำผ่าตัด		
3. การช่วยเหลือระหว่างเคลื่อนย้าย และอยู่เป็นเพื่อนระหว่างนอนรอผ่าตัด		
4. การให้คำแนะนำและช่วยเหลือในกรณีที่ให้ยาระงับความรู้สึก และการจัดทำสำหรับผ่าตัด		
5. การสอบถามอาการ และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด		
6. การดูแลและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การพุงเข้าห้องน้ำ		
7. การสอนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกหายใจ และการไอที่ถูกต้อง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก		

6. ท่านได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาจากผู้ให้บริการต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. บอกผู้ป่วยว่าการเข้ารับบริการครั้งนี้ป่วยด้วยโรคอะไร		
2. ให้รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของโรคและผลกระทบของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต		

7. ผู้ให้บริการได้มีการให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้แก่ท่านหรือไม่อย่างไร

ข้อความ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการตรวจและรักษาทั้งหมด		
2. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงในการรักษาของแต่ละทางเลือก		

8. ผู้ให้บริการ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในแต่ละระยะของการผ่าตัด ในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ แก่ท่านหรือไม่

ข้อความ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การบริหารการหายใจ (breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough) เป็นต้น การถอดสิ่งมีค่าต่างๆ ฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปห้องผ่าตัด		
2. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ต้องประสบในวันผ่าตัด เช่น การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่สำหรับนอนรอผ่าตัด สภาพภายในห้องผ่าตัด เป็นต้น		
3. สิ่งที่ต้องประสบในขณะที่ผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด เช่น ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ทำที่ใช้ในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดคร่าวๆ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด		

9. ท่านได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อน หรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. ให้โอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา		
2. ให้โอกาสในการซักถามข้อมูลที่สงสัยหรือไม่แน่ใจ เช่น ผลการวินิจฉัย แผนการรักษา ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา		
3. ให้โอกาสในการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด		
4. ให้โอกาสในการบอกเล่าถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น		

10. ท่านได้รับการคุ้มครองสิทธิของท่านจากผู้ให้บริการในเรื่องดังต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. พยาบาลได้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึงความต้องการของท่าน		
2. การเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว เช่น เมื่อเกิดปัญหา หรือมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา และได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ภายในเวลาที่เหมาะสม		
3. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล		
4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบไม่พลุกพล่าน และปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ		
5. การสอน หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย		

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

11. ในขณะที่เข้ารับการรักษา เหตุการณ์ที่จะกล่าวต่อไปนี้เกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร

ข้อความ	มี	ไม่มี
1. ได้รับการบริการจากแพทย์ และ/หรือพยาบาลด้วยท่าทางที่สุภาพ อ่อนน้อม		
2. แพทย์ และ/หรือพยาบาลแสดงความชื่นชมหรือให้กำลังใจต่อท่านขณะให้การดูแลรักษา		
3. แพทย์ และ/หรือพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านด้วยความกระตือรือร้น		
4. แพทย์ และ/หรือพยาบาลได้ให้เวลาในการพูดคุยถึงปัญหาที่ท่านกังวลใจ		
5. แพทย์ และ/หรือพยาบาลแสดงสีหน้าท่าทางสนใจ และรับฟังเมื่อท่านได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมา		
6. แพทย์ และ/หรือพยาบาลที่มาเยี่ยมตรวจท่าน ได้ทักทายท่านด้วยสีหน้าแจ่มใส		
7. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย ในขณะที่แพทย์ และ/หรือพยาบาลเข้ามาเยี่ยม		

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

12. ท่านได้มีส่วนร่วมร่วมกับแพทย์ และ/หรือพยาบาลในการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	มี	ไม่มี	ไม่ แน่ใจ
1. ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด โดยไม่มีการชี้แนะ			
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ รวมถึงประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี			
3. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น แผนการรักษา ระยะเวลาในการพักฟื้น			
4. ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ นามสกุล ตำแหน่งทำผ่าตัดของตนเอง ทั้งก่อนไปห้องผ่าตัด และก่อนทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันการผิดพลาด			
5. รับประทานอาหารที่เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการผิดปกติของตนเอง เช่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ รวมถึงอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น			
6. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างเคร่งครัด โดยการงดน้ำงดอาหารใน ระยะเวลาที่กำหนด การถอดอุปกรณ์ สิ่งมีค่าต่างๆ ฟันปลอม แวนตา เลนส์ สัมผัส อุปกรณ์ช่วยฟัง ฯลฯ ออกจากร่างกาย			

12. ท่านได้มีส่วนร่วมร่วมกับแพทย์ และ/หรือพยาบาลในการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่(ต่อ)

ข้อความ	มี	ไม่มี	ไม่ แน่ใจ
7. ใส่ใจและปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกจากเตียงผ่าตัด หรือรถเข็นนอน จากการเคลื่อนย้าย หรือระหว่างนอนรอผ่าตัด			
8. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหลังเสร็จการผ่าตัด เช่น การลุกนั่ง โดยเร็วหลังหมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการพยุงเข้าห้องน้ำเป็นต้น			





รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ

1. ศศ.พิบูลทิพย์ หงษ์เหิร
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ที่ทำงาน ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาเขตศรีราชา มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์วัชรินทร์ จันทร์เสม
ตำแหน่ง แพทย์ศัลยกรรม
ที่ทำงาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
3. นายนิพนธ์ ผลอวยพร
ตำแหน่ง วิทยุญพยาบาล
ที่ทำงาน โรงพยาบาลพญาไท 1





No. MU 2007-216

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok

Title of Project. Patient's Participation and Prevention on Adverse Events from Operation at a
Private Hospital in Bangkok
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mrs. Anussara Chokvittaya

Name of Institution. Faculty of Social Sciences and Humanities

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman. *Srisin Khusmith*
(Professor Dr.Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. *Pornchai Matangkasombut*
(Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. - 8 NOV 2007

Date of Expiration. - 7 NOV 2008

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางอนุสรรา โชควิทยา
วัน เดือน ปีเกิด	18 พฤษภาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัด สมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2546-2551 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา)
ที่อยู่	88/130 หมู่บ้านกลางเมือง LUZERN ซ.อ่อนนุช 46 ถ. อ่อนนุช แขวง/เขต สวนหลวง กรุงเทพฯ 10250