

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

วิไลวัลย์ วรรณดี, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องผ่าตัดจำนวน 10 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการ 137 คน ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566 การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม 2) ระยะพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด 3) ระยะประเมินผลการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเรื่องการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach Alpha's เท่ากับ 0.875 และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในร่างกายผู้ป่วย ค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach Alpha's เท่ากับ 0.737 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานพยาบาลห้องผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดประกอบด้วย (1) การทำงานแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบคณะกรรมการความเสี่ยง (2) การกำหนดวัตถุประสงค์ (3) การกำหนดแนวทางการสื่อสารทีมผ่าตัด (4) การให้ความรู้และกระตุ้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ มีทัศนคติ และความตระหนักในเรื่องการบริหารความเสี่ยง และ (5) การทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญในขณะให้การพยาบาลห้องผ่าตัด คือ การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และการลืมนำสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ 1) พยาบาลห้องผ่าตัด สามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด จากการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงไปใช้ในขณะที่ให้การพยาบาลห้องผ่าตัดได้ในเรื่องการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และการลืมนำสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย 2) ผู้บริหารหรือผู้ให้บริการวิชาชีพอื่นๆ สามารถนำปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การจัดการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การติดตามประเมินผล การสื่อสารที่ดีของทีมสหวิชาชีพ การกำหนดบทบาทและติดตามการทำงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน 3) ในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ สามารถใช้แนวทางการศึกษาครั้งนี้ ช่วยในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ/ การบริหารความเสี่ยง/การพยาบาลห้องผ่าตัด

*โรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอพะนัง จังหวัดอุดรธานี

Development of a Risk Management model for Operative Nursing at Phen hospital Udonthani

Wilaiwan Wandee, B.N.S.*

Abstract

The research was a practical study. It aims to develop risk management models in operating room nursing at Phen Hospital, Udon Thani Province. The sample was 10 professional nurses operating the operating room and 137 patients receiving services between October and December 2023. The research was divided into 3 stages: 1) Study on the situation and factors affecting the development of risk management in surgical nursing by in-depth interviews and discussions group 2) Risk management in surgical nursing 3) Research tool was a questionnaire about wrong surgery practices, misplaced confidence. Cronbrach Alpha's was 0.875 and left surgical instruments in the patient's body. Cronbrach Alpha's confidence was 0.737 analyzed using descriptive statistics such as frequency, mean percentage and content Analysis.

The research found that Risk management model in surgical nurses' laboratory anesthesiology nurse (1) Participatory work in the form of a risk committee (2) Establishing objectives.(3) Establishing surgical communication guidelines (4) educating and encouraging operating room nurses. Have an attitude and awareness of risk management; and (5) Review of preventive practices. The major risks while nursing surgery are the wrong surgery, wrong position, and forgetting things.

Recommendation 1) An operating room nurse can apply research results on the development of an administrative model. Risk in surgical nursing work from reviewing the prevention of risk while testifying. The nurse operated on the wrong surgery, misplaced, handicapped, and forgetting the rest of the patient's body. 2) Administrators or other professional service providers Factors affecting risk management derived from can be taken into account. In this study, we conducted training on risk management, monitoring, evaluation, and good communication. Multidisciplinary team, role designation and monitoring of the operation of the Risk Management Committee to be applied. It was appropriate for the context 3) Agencies in other target groups. This study can be used as a guideline. Be helpful in Develop a risk management model appropriate for the context of the agency.

Keywords : Development of model/ Risk Management/Operative nursing

*Phen Hospital, Phen District, Udonthani Province

บทนำ

ระบบบริการทางการแพทย์ทางพยาธิวิทยา เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ⁽¹⁾ รวมถึงการประสานงานในทีมพยาธิวิทยาห้องผ่าตัด และวิสัญญี และทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลนอกจากจะมีความรู้พื้นฐานทางการแพทย์แล้ว ยังต้องมีความรู้ที่เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านการใช้เครื่องมือผ่าตัดร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ในขณะเดียวกันก็ต้องใช้ขบวนการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด รวมถึงการรักษาสิทธิของผู้ป่วย⁽²⁾ โรงพยาบาลเพ็ญ เป็นโรงพยาบาล 120 เตียง ที่มีศักยภาพระดับตติยภูมิ มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทั้งหมด 10 คน ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป คือ ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดไส้เลื่อน กระเพาะอาหารหรือลำไส้ทะลุ ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผ่าตัดส่องกล้อง ผ่าตัดสูติ-นรีเวช และบริการผ่าตัดเล็กทั่วไป ความปลอดภัยจากการผ่าตัดวัดได้จากการทำงานที่ไม่มีความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น ความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัด ทีมผ่าตัดและแพทย์ไม่พบการบาดเจ็บจากของมีคมขณะผ่าตัด รวมถึงไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย⁽³⁾ แต่ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นหรือเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ทางศัลยกรรม เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ การมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการเสียชีวิตอย่างกะทันหันของผู้ป่วยที่แข็งแรงที่ได้รับการผ่าตัด จนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์อาจถูกฟ้องร้อง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก⁽⁴⁾ ห้องผ่าตัดยังพบปัญหาการเตรียมผ่าตัดไม่พร้อมจนทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัดออกไป สาเหตุจากตัวผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเกิดขึ้นจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเตรียมผ่าตัด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาให้อาการคงที่ก่อนผ่าตัด ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัดออกไปก่อน ดังนี้ ปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 2, 7 และ 1 คน ตามลำดับ พบมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด ปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.52 ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 0.13 และ ปี พ.ศ. 2566 ไม่พบการติดเชื้อหลังผ่าตัด พบมีบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง ปี 2563 - 2565 จำนวน 2, 1 และ 1 คน ตามลำดับ พบมีการส่งต่อหลังทำผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เพื่อ re-operation ปี 2563 จำนวน 1 ราย สาเหตุจากหลัง C/S c TR จาก internal bleeding ปี 2564 จำนวน 1 ราย จากการทำผ่าตัดส่องกล้องตัดถุงน้ำดี เกิด Duodenal injury ปี 2565 พบส่งต่อ 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยทำผ่าตัดยากซับซ้อนเกินความสามารถ การรักษาที่มีความเสี่ยงที่กระทำกับผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนเกินความสามารถของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จึงต้องมีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾ เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม การทำงานเป็นทีมเป็นพลังเสริมให้สมาชิกเห็นความสำคัญของงาน ทำงานโดยยึดถือเป้าหมายของทีมเป็นหลักก่อให้เกิดการทำงานที่มีทิศทางเดียวกัน รับผิดชอบของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ มีการติดต่อสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดี⁽⁶⁾ มีบรรยากาศการทำงานที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ปรับปรุงงานอย่าง ต่อเนื่อง ส่งผลให้องค์กรมีทางออกของปัญหา สร้างความเข้มแข็งให้ทีมงานและงานมีคุณภาพ⁽⁷⁾ การบริหารความเสี่ยงกับการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพเป็นระบบที่เสริมกันและกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นด้วยการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความเสี่ยงจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง อีกทั้งอุบัติการณ์ความเสี่ยงยังเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลและผู้บริหารต้องตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงให้น้อยลง ในห้องผ่าตัด ได้แก่ การเลื่อนหรืองดผ่าตัด การติดเชื้อ การบาดเจ็บของผิวหนังจากความร้อนและความเย็นที่ไม่เหมาะสม การพร่องของสารน้ำในร่างกายจากน้อยหรือมากเกินไป การบาดเจ็บจากการจัดทำในการผ่าตัด บาดเจ็บจากสารเคมี เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้ในห้องผ่าตัด รวมถึงความผิดพลาดจากการรักษา เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ที่สำคัญและอันตรายมากในห้องผ่าตัดอันดับต้นๆ ของงานบริการทางห้องผ่าตัดที่ต้องรายงานแบบเร่งด่วนและต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ สำหรับผู้ปฏิบัติงานนำมาใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ ผลจากการศึกษาสามารถนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญให้มีคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ อันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงงานพยาบาลผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารรายงานข้อมูลทั่วไป รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การทบทวนมาตรการและแนวทางการป้องกันความเสี่ยง จากสรุปผลงานรายงานประจำปี จากการศึกษาเพื่อเตรียมแนวคำถามสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงงานการพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันสร้างและพัฒนาเครื่องมือ ปฏิบัติหน้าที่และสังเกตผลการปฏิบัติแนวทางปฏิบัติที่กำหนดร่วมกัน ร่วมกันจัดทำ 1) แนวทางปฏิบัติ Surgical safety checklist 2) แนวทางปฏิบัติการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย 3) แนวทางการ Mark site รวมทั้งรวบรวมปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำเสนอการประชุมครั้งถัดไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงงานการพยาบาลห้องผ่าตัด ประเมินจากแบบสอบถามแนวปฏิบัติทั้ง 2 เรื่องสำคัญคือ 1) การประเมินแนวทางปฏิบัติการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และ 2) ประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการมีอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผ่าตัดจำนวน 10 คน และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจำนวน 137 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจำนวน 10 คน และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ระยะเวลาเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566 จำนวน 137 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 4 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้านงานการบริหารความเสี่ยงงานการพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นการสนทนาและสัมภาษณ์ เจาะลึกมีทั้งหมด 9 ข้อ

ชุดที่ 2 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 4 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้านงานการบริหารความเสี่ยงงานการพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นการสนทนาและสัมภาษณ์ เจาะลึกมีทั้งหมด 8 ข้อ

ชุดที่ 3 ประเมินแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ (1) เป็นคำถามแบบข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกคำตอบ มีทั้งหมด 6 ข้อ ส่วนที่ (2) คำถามแบบประเมินจำนวน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ตรวจสอบความถูกต้องก่อนผ่าตัดจำนวน 6 ข้อ 2) การตรวจสอบการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (Mark site) จำนวน 4 ข้อ 3) การขอเวลานอกก่อนเริ่มการผ่าตัด (Time out) มีจำนวน 6 ข้อ 4) การประเมินผล 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scales) เกณฑ์แปลความหมายค่าคะแนน ค่าคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ค่าคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ค่าคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ค่าคะแนน 2 เห็นด้วยน้อย ค่าคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 ประเมินแนวทางปฏิบัติการป้องกันการลื่นอุปรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย จำนวน 34 ข้อ คำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ (1) เป็นคำถามแบบข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ มีทั้งหมด 7 ข้อ ส่วนที่ (2) คำถามแบบประเมินจำนวน 4 ประเด็น จำนวน 35 ข้อ ดังนี้ 1. แนวปฏิบัติการตรวจนับเครื่องมือ จำนวน 12 ข้อ 2. แนวปฏิบัติการตรวจนับของมีคม 11 ข้อ 3. แนวปฏิบัติด้านการตรวจนับผ้าซับโลหิต จำนวน 10 ข้อ 4. การประเมินผล จำนวน 2 ข้อ การให้ค่าคะแนนเป็นแบบ Rating scales เกณฑ์แปลความหมาย ค่าคะแนน ค่าคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด ค่าคะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติมาก ค่าคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง ค่าคะแนน 2 ปฏิบัติน้อย ค่าคะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด

ชุดที่ 5 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทั้ง 2 เรื่อง ได้แก่ 1) เรื่องการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด มีแนวประเมิน 19 ข้อ และ 2) แนวทางปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงเรื่องการลื่นล้มตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด 34 ข้อ สำหรับพยาบาลวิชาชีพให้เลือกตอบ ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ การให้ค่าคะแนน ถ้าเลือกปฏิบัติค่าคะแนนเท่ากับ 1 และถ้าเลือกไม่ปฏิบัติ ค่าคะแนน เท่ากับ 0

ชุดที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในการร่วมพัฒนารูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงงานการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 10 ข้อ การคิดค่าคะแนน 5 ระดับ การให้ค่าคะแนนเป็นแบบ Rating scales เกณฑ์แปลความหมายค่าคะแนน ดังนี้ เกณฑ์แปลความหมาย ค่าคะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าคะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนน 2 พึงพอใจน้อย ค่าคะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ชุดที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 11 ข้อ การคิดค่าคะแนน 5 ระดับ การให้ค่าคะแนนเป็นแบบ Rating scales เกณฑ์แปลความหมาย ค่าคะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าคะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนน 2 พึงพอใจน้อย ค่าคะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และการลื่นอุปรณ์ในร่างกายที่พัฒนาขึ้น เตรียมผู้ป่วย การเตรียมทีมบุคลากรและการเตรียมเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนคือ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม โดยประเมินแสดงความ คิดเห็น และได้นำเครื่องมือทดลองใช้ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลขนาดใกล้เคียง แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ เรื่องการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 และการลื่นอุปรณ์ เครื่องมือผ่าตัดไว้ในร่างกายผู้ป่วย ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ พิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1367 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงใน งานการพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตและการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด สามารถสรุปประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด คิดว่าตนเองยังมีความรู้ไม่เพียงพอ และต้องการที่เลี้ยงในการนำสู่การปฏิบัติ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดทุกคนจะเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แต่ส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าคุณมีความรู้ไม่เพียงพอ ต่อการนำไปปฏิบัติ และต้องการ “พี่เลี้ยง” ถึงในเรื่องการดำเนินการและการเขียนรายงานอุบัติการณ์การบริหารความเสี่ยงจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญ และปรับทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องของการสื่อสารระหว่างคนหมู่มาก การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด น่าจะต้องมีการกำหนดและของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงงานห้องผ่าตัด เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงในงานการพยาบาลห้องผ่าตัด

1. พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทำหน้าที่ในการสื่อสารและประสานงานร่วมกับทีมวิสัญญีและแพทย์ผ่าตัดที่ใช้บริการห้องผ่าตัด โดยนำเสนอข้อมูลการเฝ้าระวังความเสี่ยงและแนวโน้มปัญหาของอุบัติการณ์ความเสี่ยงเข้าสู่คณะกรรมการประสานงานห้องผ่าตัด หรือคณะกรรมการประสานงานคุณภาพบริการงานห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันในทีมผ่าตัด

2. การอบรมฟื้นฟูความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงให้กับพยาบาลห้องผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด

3. การสอนงานและการเป็นที่เลี้ยงสำหรับน้องใหม่ในขณะปฏิบัติงานในลักษณะ “พี่สอนน้อง” โดยการกระตุ้นและพยายามฝึกให้น้องใหม่เห็นความสำคัญในการเขียนรายงานความเสี่ยง และปรับทัศนคติในเรื่องการเขียนรายงานความเสี่ยง รวมทั้งการค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงในการพยาบาลผ่าตัด กลุ่มโรคที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทุกระยะของการพยาบาลผ่าตัดได้แก่ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

4. การกำหนดแนวทางการทบทวนการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โดยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาและทบทวนโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และเรื่องการลืมนำสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดไปใช้ในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด

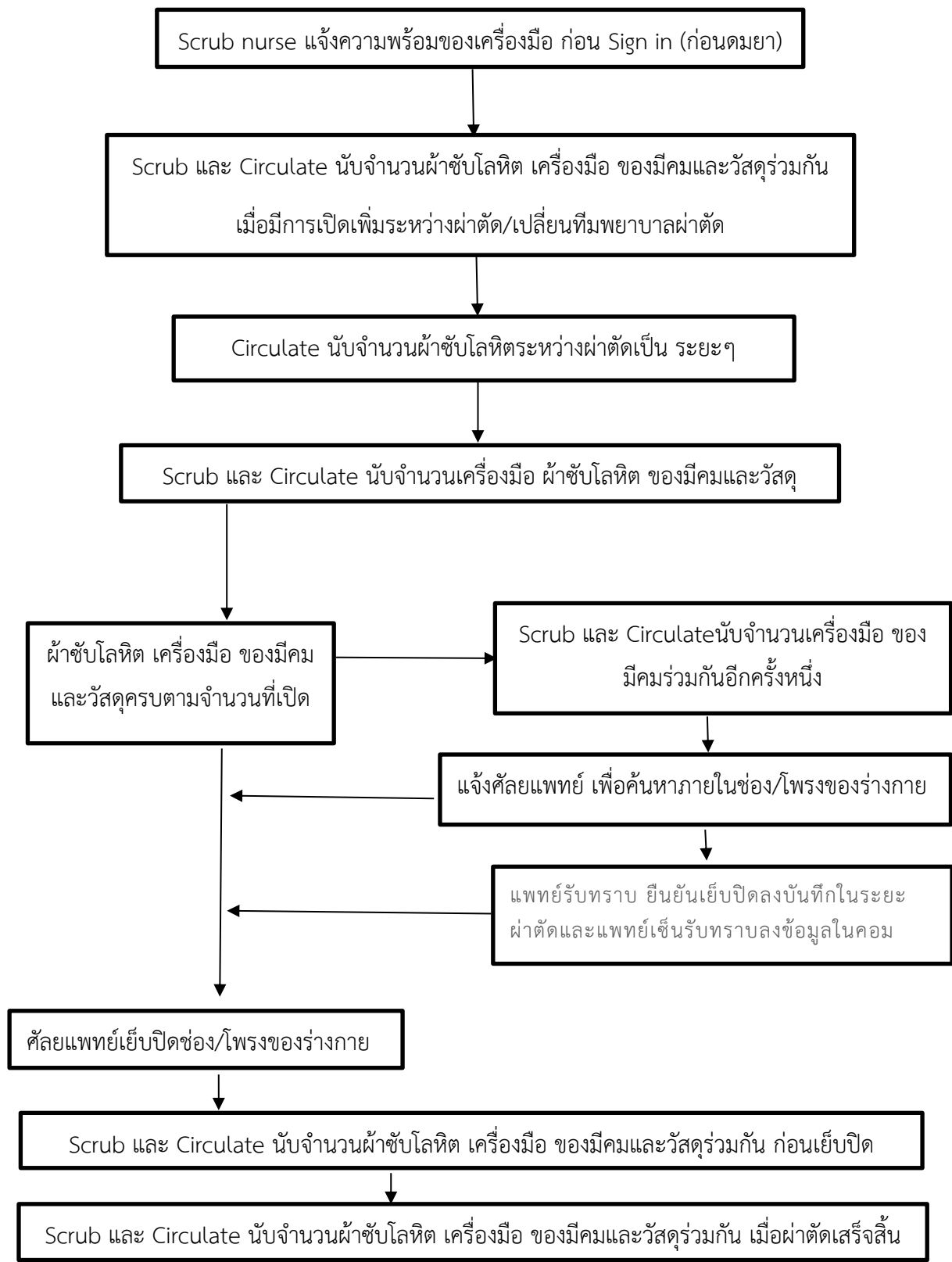
จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด มีระยะเวลาระหว่าง 11-15 ปี ร้อยละ 40 ประสบการณ์เฉลี่ย 11.5 ปี ผู้มีประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี มีประสบการณ์มากที่สุด 23 ปี ทุกคนเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และสถาบันที่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดได้ไปประชุมอบรมเรื่องเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นการอบรมโดยบุคลากรหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และการประชุมของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ที่มีหัวข้อเรื่องการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 และ 100.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของการจำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n =10)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	9	90.0
	ชาย	1	10.0
อายุ	21- 30 ปี	3	30.0
	31- 40 ปี	4	40.0
	41- 50 ปี	3	30.0
		Mean= 35.5 SD= 9.2	
ประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด			
	1- 5 ปี	2	20.0
	6- 10 ปี	2	20.0
	11- 15 ปี	4	40.0
	16- 20 ปี	1	10.0
	21- 25 ปี	1	10.0
ตำแหน่งที่ดำรงปัจจุบัน			
	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	3	30.0
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	7	70.0
สถาบันที่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเข้าอบรม			
	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ	1	10.0
	การจัดอบรมในโรงพยาบาล	10	100.0
	การประชุมสมาคมห้องผ่าตัด	10	100.0

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และการลืมอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 2 ครั้ง และร่วมทำแบบประเมินทั้ง 2 เรื่อง พบว่า ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดมีความตั้งใจในการปรับปรุง ร่วมเสนอข้อคิดเห็นและแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลายเกิดการยอมรับและพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตามรูปภาพที่ 1 และรูปภาพที่ 2



หมายเหตุ : ผ้าซับเลือด เครื่องมือ และวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด ให้ใช้หลักการนับและตรวจสอบให้ครบเหมือนกัน

รูปภาพที่ 1 Flow chart การจัดการสิ่งตกค้าง (ผ้าซับโลहित เครื่องมือ ของมีคมและวัสดุ)

ในผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Phen Hospital Surgical Safety Checklist

Patient 's name Age..... HN..... AN..... Date.....

☐ Sex ☐ Male ☐ Female ☐ Ward ☐ ER / OPD Diagnosis.....

ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก Sign In	ก่อนการลงมือผ่าตัด Time Out	ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด Sign Out
<p>พยาบาลห้องผ่าตัด / ทีมวิสัญญี</p> <p>1. ตรวจสอบ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยถูกคน <input type="checkbox"/> ชื่อหัตถการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบยินยอมผ่าตัด</p> <p>มีใบยินยอมให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>2. ตำแหน่งผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> Mark site <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น</p> <p>3. ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร 6 –8 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> งด <input type="checkbox"/> ไม่งด</p> <p>4. อุปกรณ์และยาทางวิสัญญี</p> <p><input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม</p> <p>5. เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด</p> <p><input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม</p> <p>6. ประวัติการแพ้ยาและสารอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>7.ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>8. เสียงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก / สำลัก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี (ได้เตรียมอุปกรณ์และผู้ช่วยพร้อม)</p> <p>9. เสียงที่จะเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เสียง</p> <p><input type="checkbox"/> เสียง (ได้เปิดหลอดเลือดและ เตรียมสารน้ำ / เลือดไว้อย่างเพียงพอและพร้อมใช้)</p>	<p>ศัลยแพทย์ / พยาบาลห้องผ่าตัด / ทีมวิสัญญี ร่วมกันสอบทานอีกครั้ง ดังนี้</p> <p>9. <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์ / พยาบาลห้องผ่าตัด / ทีมวิสัญญีได้แนะนำตนเองและหน้าที่</p> <p>10. <input type="checkbox"/> ยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วย ตำแหน่งที่จะลงมือ และชนิดของหัตถการ</p> <p>11. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที ก่อนลงมือ</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น</p> <p>12. ศัลยแพทย์คาดว่าจะมีเหตุการณ์วิกฤติขณะผ่าตัดที่ต้องแจ้งให้ทราบหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีและแจ้งแล้ว</p> <p>13. พยาบาลผ่าตัดยืนยันเครื่องมือ อุปกรณ์ปลอดเชื้อ และ วัสดุอื่น ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม</p> <p>14. ทีมวิสัญญีระบุถึงสิ่งที่ต้องระวังเป็นพิเศษเฉพาะผู้ป่วยรายนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีและแจ้งแล้ว</p> <p>15. फिल्मเอกซเรย์หรือภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นแสดงไว้ในห้องผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น</p>	<p>ศัลยแพทย์ / พยาบาลห้องผ่าตัด / ทีมวิสัญญีสอบถามให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในห้องผ่าตัดรับทราบและยืนยัน ดังนี้</p> <p>16. หัตถการ.....</p> <p>17. <input type="checkbox"/> ผลการนับ / ตรวจสอบเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก๊อส เข็ม ฯลฯว่าครบถ้วน</p> <p>18. จำนวนสิ่งส่งตรวจพร้อมกับป้ายชื่อผู้ป่วย ชนิดสิ่งส่งตรวจว่าถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีจำนวน.....ชิ้น</p> <p>19. ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือ / อุปกรณ์ชำรุดระหว่างผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีและแก้ปัญหาได้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>20.ศัลยแพทย์ / ทีมวิสัญญี / พยาบาลร่วมกันระบุประเด็นสำคัญและแนวทางการดูแลหลังผ่าตัด</p> <p>- ศัลยแพทย์ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>- ทีมวิสัญญี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>- พยาบาล <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>แพทย์ผ่าตัด.....</p> <p>วิสัญญี.....</p> <p>พยาบาลผ่าตัด.....</p>	<p>แพทย์ผ่าตัด.....</p> <p>วิสัญญี.....</p> <p>พยาบาลผ่าตัด.....</p>	<p>แพทย์ผ่าตัด.....</p> <p>วิสัญญี.....</p> <p>พยาบาลผ่าตัด.....</p>

หมายเหตุ. ต้องมีผู้ลงนามรับรองอย่างน้อยสองคน

รูปภาพที่ 2 แบบประเมินการป้องกันผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และการป้องกันการลืมนำอุปกรณ์เครื่องมือในร่างกายผู้ป่วย โรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการประเมินแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จากการแสดงความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า

1) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ประเด็นการตรวจสอบความถูกต้องก่อนผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.52, SD= 0.82) ประเด็นการตรวจสอบทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัดจำนวน 5 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.61, SD=0.71) ประเด็นการขอลานอก (Time out) ก่อนเริ่มผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ อยู่ในระดับมาก (Mean=4.33, SD=0.58) และประเด็นการประเมินผล จำนวน 2 ข้อ อยู่ในระดับมาก (Mean=4.48, SD=0.70) 2) การประเมินแนวทางการลิมูอุปกรณ์สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย พบว่า ประเด็นแนวปฏิบัติการตรวจนับเครื่องมือ จำนวน 12 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.54, SD=0.67) ประเด็นแนวปฏิบัติการตรวจนับของมีคม จำนวน 7 ข้อ อยู่ในระดับมาก (Mean=4.36, SD=0.61) ประเด็นแนวปฏิบัติการตรวจนับผ้าซับโลหิต จำนวน 14 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.55, SD=0.82) และประเด็นการประเมินผล จำนวน 2 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.55, SD=0.73) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบประเมินแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และแนวปฏิบัติการลิมูอุปกรณ์สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด (n =10)

ประเด็นการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
1.แบบประเมินผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ			
1.1 การตรวจสอบความถูกต้องก่อนผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ	4.52	0.82	มากที่สุด
1.2 การตรวจสอบทำเครื่องหมายบริเวณจะผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ	4.61	0.71	มากที่สุด
1.3 การขอลานอก (Time out) ก่อนเริ่มผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ	4.33	0.58	มาก
1.4 การประเมินผล จำนวน 2 ข้อ	4.48	0.70	มาก
รวมจำนวน 19 ข้อ			
2. แบบประเมินแนวปฏิบัติการลิมูอุปกรณ์สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย			
2.1 แนวปฏิบัติการตรวจนับเครื่องมือ จำนวน 12 ข้อ	4.54	0.67	มากที่สุด
2.2 แนวปฏิบัติการตรวจนับของมีคม จำนวน 7 ข้อ	4.36	0.61	มาก
2.3 แนวปฏิบัติการตรวจนับผ้าซับโลหิต จำนวน 14 ข้อ	4.55	0.82	มากที่สุด
2.4 การประเมินผล จำนวน 2 ข้อ	4.55	0.73	มากที่สุด
รวมจำนวน 35 ข้อ			

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบแนวปฏิบัติด้านคลินิก เพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการลิมูสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในขณะให้การพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเพ็ญ โดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการลิมูสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในขณะให้การพยาบาลผ่าตัดได้ร้อยละ 100 โดยข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ร้อยละ 100 แนวปฏิบัติด้านการนับเครื่องมือ ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติด้านการตรวจนับของมีคม (2) การตรวจนับต้องได้ยินเสียงชัดเจน และ (3) การตรวจนับของมีคมลำดับในการตรวจนับเหมือนกันทุกครั้ง แนวปฏิบัติด้านการตรวจนับผ้าซับโลหิต ได้แก่ (1) การตรวจนับผ้าซับโลหิตเป็นการนับและตรวจผ้าซับโพธิ์ร่วมกันของพยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยทั่วไป โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ (2) การตรวจนับต้องนับให้ได้ยินเสียงชัดเจน และ (3) เมื่อมีการสับเปลี่ยนพยาบาลส่งเครื่องมือหรือพยาบาลผู้ช่วยเหลือทั่วไปก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด

ผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผลจากรายงานการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระหว่างเดือน ตุลาคม- ธันวาคม

2566 พบว่า ผู้ป่วย 137 คน ไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และไม่มีพบอุบัติการณ์สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความถี่ ร้อยละ ของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการลืมสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด (n=10)

แนวปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
แนวปฏิบัติด้านการนับเครื่องมือ	10	100.00	0	0
1.การตรวจนับเครื่องมือเป็นการนับและตรวจสอบร่วมกับของพยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยรอบนอกทั่วไป โดยบุคคลใด บุคคลหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ				
2. การตรวจนับให้ได้ยินเสียงชัดเจน	10	100.00	0	0
3.เครื่องมือที่ตรวจนับมีการจัดทำรายการเครื่องมือมาตรฐานที่ประกอบด้วยชนิดจำนวนเครื่องมือที่จำเป็น	10	100.00	0	0
4.การตรวจนับเครื่องมือมีลำดับในการตรวจนับเหมือนกันทุกครั้ง	10	100.00	0	0
5.พยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยเหลือทั่วไป เริ่มตรวจนับเครื่องมือบนโต๊ะเครื่องมือก่อนการใช้เครื่องมือผ่าตัดทุกครั้ง	10	100.00	0	0
6.พยาบาลส่งเครื่องมือ และผู้ช่วยเหลือทั่วไปตรวจนับเพิ่มเติมตามลำดับได้แก่ ตำแหน่งที่ผ่าตัด บนถาดเมโย โต๊ะเครื่องมือ และเครื่องมือที่นำออกจากบริเวณผ่าตัด กรณีต่อไปนี้				
6.1 เมื่อมีการเพิ่มเติมเครื่องมือจากรายการเครื่องมือมาตรฐาน	10	100.00	0	0
6.2 เมื่อมีการเพิ่มเติมเครื่องมือระหว่างผ่าตัด	10	100.00	0	0
6.3 เมื่อมีการสับเปลี่ยนพยาบาลส่งเครื่องมือ หรือพยาบาลผู้ช่วยเหลือทั่วไปก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด	10	100.00	0	0
7. พยาบาลส่งเครื่องมือ และผู้ช่วยเหลือทั่วไปนับเครื่องมือผ่าตัดก่อนเริ่มต้นเย็บปิดแผลผ่าตัด โดยเริ่มนับตามลำดับดังนี้ ตำแหน่งที่ผ่าตัด บนถาดเมโย โต๊ะเครื่องมือ และเครื่องมือที่นำออกจากบริเวณผ่าตัด	10	100.00	0	0
8. เมื่อมีเครื่องมือตกหล่นจากบริเวณผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือต้องแจ้งให้ผู้ช่วยเหลือทั่วไปทราบ เพื่อเก็บเครื่องมือทันทีและวางไว้ตรงตำแหน่งที่พยาบาลส่งเครื่องมือมองเห็นได้ชัดเจน	10	100.00	0	0
9. พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจสอบชิ้นส่วนเครื่องมือ เมื่อเกิดแตกหักในระหว่างผ่าตัดให้ครบถ้วน	10	100.00	0	0
10. เครื่องมือผ่าตัดทั้งหมดจะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดเท่านั้น	10	100.00	0	0
11. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือควรบันทึกชนิด จำนวนเครื่องมือ บันทึกชื่อ-สกุลของพยาบาลส่งเครื่องมือ ผู้ช่วยเหลือทั่วไป ผลการตรวจนับ รายงานให้ศัลยแพทย์รับทราบ จำนวนเครื่องมือที่ค้างอยู่ในร่างกายเพื่อการรักษา ผลการปฏิบัติเมื่อการนับเครื่องมือไม่ครบ ระบุเหตุผลที่การนับไม่สามารถทำได้ หรือทำได้อย่างสมบูรณ์	10	100.00	0	0
12. เมื่อการนับเครื่องมือไม่ครบควรปฏิบัติดังนี้				
12.1 เริ่มนับใหม่โดยค้นหาบริเวณตำแหน่งที่ผ่าตัด บนถาดเมโย โต๊ะเครื่องมือ บริเวณพื้นภาชนะที่ผ้าซับโลหิต และขยะในห้องผ่าตัด	10	100.00	0	0
12.2 แจ้งให้ศัลยแพทย์ หรือหัวหน้าทีมผ่าตัดทราบ	10	100.00	0	0

ตารางที่ 3 ค่าความถี่ ร้อยละ ของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการลืม
 สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น
 โดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด (n=10)

แนวปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
12.3 ฉายรังสี เมื่อการนับเครื่องมือยังไม่สามารถทำการนับได้ครบถ้วน และ ลงบันทึกทางการพยาบาล	10	100.00	0	0
13. แนวปฏิบัติด้านตรวจนับของมีคม การตรวจนับของมีคมตรวจสอบ ร่วมกันของพยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยทั่วไป โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ	7	70.00	3	30.00
14. การตรวจนับของมีคมลำดับในการตรวจนับเหมือนกันทุกครั้ง	8	80.00	2	20.00
14.1 การตรวจนับได้ยืนยันเสียงชัดเจน	7	70.00	3	30.00
15. พยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยทั่วไปเริ่มตรวจนับของมีคมบนโต๊ะ เครื่องมือ ก่อนการผ่าตัดทุกราย ควรตรวจสอบจำนวนเข็มเย็บแผลและ จำนวนที่ระบุให้ถูกต้อง	10	10.00	0	0
16. พยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยเหลือทั่วไปนับของมีคมเมื่อผิวหนังถูกปิด หรือเสร็จสิ้นการผ่าตัด โดยเริ่มนับจากตำแหน่งที่ผ่าตัดบนภาคเมโย โต๊ะ เครื่องมือและของมีคมที่นำออกจากบริเวณผ่าตัด	10	10.00	0	0
17. เมื่อของมีคมตกลงจากบริเวณผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือต้องแจ้งให้ ผู้ช่วยเหลือทั่วไปทราบเพื่อเก็บของมีคมทันที และวางไว้ตรงตำแหน่งที่พยาย าลส่งเครื่องมือมองเห็นชัดเจน	10	10.00	0	0
18. ของมีคมทั้งหมดที่ใช้แล้วเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดเมื่อสิ้นสุดการ ผ่าตัดเท่านั้น	10	100.00	0	0
19. ของมีคมที่ใช้แล้วควรส่งหรือตามกฎการใช้ของมีคม	10	100.00	0	0
แนวปฏิบัติการตรวจนับผ้าซับโลหิต				
20. การตรวจนับผ้าซับโลหิตเป็นการนับและตรวจผ้าซับโลหิตร่วมกันของ พยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยทั่วไป โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเป็น พยาบาลวิชาชีพ	9	90.00	1	10.00
21. การตรวจนับต้องนับให้ได้ยืนยันเสียงชัดเจน	9	90.00	1	10.00
22. ควรมีการกำหนดจำนวนผ้าซับโลหิตให้มีจำนวนเท่ากันเป็นมาตรฐาน	10	100.00	0	0
23. ผ้าซับโลหิตที่ตรวจนับควรเป็นชนิดที่สามารถตรวจสอบได้ด้วยการฉาย ภาพรังสี และไม่ควรรนำมาปิดแผลหรือ packing ในร่างกายผู้ป่วยและไม่คว รถูกเปลี่ยนสภาพ เช่น ตัดแบ่งผ้าซับโลหิต	10	100.00	0	0
24. แยกภาชนะทั้งผ้าซับโลหิตออกจากภาชนะทั้งขยะ	10	100.00	0	0
25. การตรวจนับผ้าซับโลหิตควรมีลำดับในการตรวจนับเหมือนกันทุกครั้ง	10	100.00	0	0
26. ควรตรวจสอบผ้าซับโลหิตทุกห่อ ผ้าซับโลหิตจำนวนไม่ถูกต้องให้นำออก จากห้องผ่าตัด	10	100.00	0	0
27. พยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยเหลือทั่วไปเริ่มตรวจนับผ้าซับโลหิตก่อน เริ่มเย็บปิดช่องท้อง หรือโพรงในร่างกาย โดยเริ่มนับจากตำแหน่งที่ผ่าตัด บนภาคเมโย โต๊ะเครื่องมือและภาชนะทั้งผ้าซับโลหิต	10	100.00	0	0

ตารางที่ 3 ค่าความถี่ ร้อยละ ของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการลืม
 สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น
 โดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด (n=10) (ต่อ)

แนวปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
28. พยาบาลส่งเครื่องมือ และผู้ช่วยทั่วไปควรนับเพิ่มเติมโดยเริ่มนับจากตำแหน่งผ่าตัด บนถาดเมโย บนโต๊ะเครื่องมือ และทั้งผ้าซับโลหิตในกรณีดังต่อไปนี้				
28.1 เมื่อมีการเพิ่มเติมผ้าซับโลหิตระหว่างผ่าตัด	10	100.00	0	0
28.2 เมื่อมีการสับเปลี่ยนพยาบาลส่งเครื่องมือหรือพยาบาลผู้ช่วยเหลือทั่วไป ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด	9	90.00	1	10.00
29. เมื่อผ้าซับโลหิตตกหล่นจากบริเวณผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือต้องแจ้งให้ผู้ช่วยเหลือทั่วไปทราบเพื่อเก็บผ้าซับโลหิตไว้ในภาชนะทั้งผ้าซับโลหิตทันที	10	100.00	0	0
30. ผ้าซับโลหิตทั้งหมดที่ใช้ รวมทั้งภาชนะทั้งผ้าซับโลหิต ควรเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดเมื่อการตรวจนับสิ้นสุดหรือเสร็จสิ้นการผ่าตัด	10	100.00	0	0
31. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือควรบันทึก ชนิด จำนวน ผ้าซับโลหิตที่ตรวจนับ ชื่อ-สกุล ของพยาบาลส่งเครื่องมือ ผู้ช่วยเหลือทั่วไป ผลการตรวจนับระบุ ชนิด จำนวนผ้าซับโลหิตให้ครบถ้วน การรายงานผลการนับให้ศัลยแพทย์รับทราบ ชนิด จำนวนผ้าซับโลหิต พร้อมระบุจำนวนที่ไม่สามารถนับได้ เมื่อนับผ้าซับโลหิตไม่ครบควรปฏิบัติดังนี้	10	100.00	0	0
32.1 เริ่มนับผ้าซับโลหิตใหม่ โดยทำการค้นผ้าซับโลหิตตำแหน่งผ่าตัดบนถาดเมโย และถังขยะในห้องผ่าตัด	10	10.00	0	0
32.2 แจ้งศัลยแพทย์ หรือหัวหน้าทีมผ่าตัดทราบ	10	100.00	0	0
32.3 ฉายภาพรังสีเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด				
33. บันทึกเหตุผลที่ไม่สามารถทำการตรวจนับได้ครบถ้วน	10	100.00	0	0
การประเมินผล				
34. มีการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง	10	100.00	0	0
35. มีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการลืมสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด	10	10.00	0	0

การประเมินแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง เรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ โดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานการพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าข้อที่ปฏิบัติไม่ได้มากที่สุดคือ การตรวจสอบการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด (Mark site) ซึ่งกำหนดให้แพทย์ผู้ที่จะทำผ่าตัดเป็นผู้ทำเครื่องหมายที่ตัวผู้ป่วย ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ พยาบาลในทีมจะเป็นผู้ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดที่ตัวผู้ป่วย ร้อยละ 50 การตรวจสอบการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด ซึ่งกำหนดการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ร้อยละ 30 ผู้ป่วยรับรู้ถึงการทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด ร้อยละ 30 และการกำหนดให้มีการระบุผู้ป่วยถูกต้อง ได้แก่ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ร้อยละ 30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความถี่ ร้อยละ ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานการพยาบาลห้องผ่าตัด (n=10)

แนวปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
1.การตรวจสอบความถูกต้องก่อนผ่าตัด				
1.1 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดตรวจสอบตารางผ่าตัด การรับนัดถูกต้อง	10	10.00	0	0
1.2 พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบใบรับ-ส่ง ผู้ป่วยผ่าตัด ทุกรายให้ถูกต้อง ชัดเจน ก่อนนำไปพนักงานเปล รับ-ส่งผู้ป่วย	10	10.00	0	0
1.3 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ผ่าตัดให้ตรงกับใบ รับ-ส่งผู้ป่วย	10	10.00	0	0
1.4 พยาบาลวิชาชีพรับผู้ป่วยจากพนักงานเปล ถามชื่อ-สกุล ตรวจสอบให้ตรงกับป้ายชื่อมือ และเวชระเบียน	10	10.00	0	0
1.5 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเยี่ยมและประเมินสภาพก่อนผ่าตัด ขณะรอผ่าตัดตรวจสอบเวชระเบียน ชื่อ-สกุล การผ่าตัดวันที่ เวลา และแพทย์ผ่าตัด ความถูกต้องของป้ายชื่อมือ ตรวจสอบความถูกต้องของ OPD Card	10	10.00	0	0
1.6 ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วย ชื่อ-สกุล การผ่าตัด แพทย์ผ่าตัดและการทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัดทุกครั้ง	7	70.00	3	30.00
2.การตรวจสอบเครื่องหมายที่จะทำผ่าตัด				
2.1 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดตรวจสอบการติดป้ายชื่อมือระบุ ชื่อ-สกุล HN ผู้ป่วยผ่าตัดจากหอผู้ป่วย	8	80.00	2	20.00
2.2 พยาบาลในตึกผู้ป่วยผู้ที่จะทำผ่าตัดเป็นผู้ทำเครื่องหมายที่ตัวผู้ป่วย	5	50.00	5	50.00
2.3 แพทย์ที่จะทำผ่าตัดเป็นผู้ทำเครื่องหมาย				
2.4 ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ในการทำเครื่องหมายที่จะทำผ่าตัด	3	30.00	7	70.00
2.5 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดตรวจสอบการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (ยกเว้นกรณีไม่ต้องทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดได้แก่ อวัยวะที่มีอันเดียว	70	70.00	3	30.00
3.การขอเวลานอก (Time out)	10	100.00	0	0
3.1 มีการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง ได้แก่ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยผ่าตัด การวินิจฉัยโรค เป็นต้น	10	100.00	0	0
3.2 มีการระบุข้างและตำแหน่งที่จะผ่าตัดถูกต้อง ได้แก่ ตำแหน่งผ่าตัดข้างผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด เป็นต้น	10	100.00	0	0
3.3 การเลือกใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษอื่นๆถูกต้อง ได้แก่ ประเภทชนิดของเครื่องมือพิเศษ	8	80.00	2	20.00
3.4 มีการตรวจสอบกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดก่อนจัดทำผู้ป่วยทุกครั้ง ทวนคำสั่งซ้ำหรือขอเข้าใจชัดเจน	10	10.00	0	0
3.5 กรณีมีการใส่อุปกรณ์ทุกอย่าง ครบถ้วนชื่อผู้ป่วย ชื่อขนาด ประเภทชนิด จำนวนของอุปกรณ์ ก่อนเปิดทุกครั้ง	10	100.00	0	00.00
3.6 มีการลงบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยในระยะเวลาผ่าตัดในฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดทุกครั้ง	10	100.00	0	0

ตารางที่ 4 ค่าความถี่ ร้อยละ ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานการพยาบาลห้องผ่าตัด (n=10) (ต่อ)

แนวปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ	ร้อยละ
4.การประเมินผล	10	100.00	0	0
4.1 มีการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดและในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง				
4.2 มีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	10	100.00	0	0

การประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยง จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเพื่อสรุปประเมินผลร่วมกัน และการทำแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมและพัฒนาให้เหมาะสมและยืดหยุ่นเข้ากับสถานการณ์ของห้องผ่าตัด เมื่อพิจารณาด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงจากการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว พบว่า 1) พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติใหม่ที่ทบทวนขึ้น แม้ว่าในบางขั้นตอนหรือบางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้แต่ยังเสนอความคิดเห็นว่ายังคงควรไว้ 2) สำหรับในข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลยไม่ควรตัดออกไป แต่ควรมีการกำหนดแนวทางในการป้องกันในประเด็นนั้นเพิ่มมากขึ้น และ 3) สำหรับบางข้อที่บางครั้งพยาบาลห้องผ่าตัดบางคนอาจรู้สึกว่าเป็นการปฏิบัติซ้ำซ้อน เช่น ในหัวข้อกำหนดให้มีการตรวจสอบกับแพทย์ที่จะทำผ่าตัดก่อนการจัดทำทุกครั้ง ทวนคำสั่งซ้ายหรือขวาให้ชัดเจน เรื่องการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ เสนอว่าควรมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติไว้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความถี่ ร้อยละ การประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (n=10)

เนื้อหา	เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ
1 ท่านคิดว่าการทบทวนแนวปฏิบัติเป็นการพัฒนาต่อเนื่อง	10	100.00	0	0
2 การบันทึก Surgical Safety checklist ทำให้สามารถติดตามปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง	10	100.00	0	0
3 ท่านมีความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดจะปลอดภัยจากการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น	10	100.00	10.00	0
4 ท่านไม่รู้สึกลำบากหรือกังวลกับการใช้แนวปฏิบัติ Safety surgical checklist	9	90.00	0	0
5 ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติบางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้ครบเช่น การทวนคำสั่งผ่าตัดซ้ายหรือขวา ยังต้องคงไว้หรือไม่	9	90.00	1	10.00
6 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	10	100.00	0	0
7 ท่านเห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นหรือไม่	10	100.00	0	0
8 ท่านคิดว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เป็นแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการป้องกันความเสี่ยงได้ดี	10	100.00	0	0
9 หลังจากพัฒนาแนวทางปฏิบัติมีการทำงานเป็นระบบมากขึ้น	10	100.00	0	0
10 ในภาพรวมแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นท่านพึงพอใจหรือไม่	10	100.00	0	0

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง พบว่า พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดคิดว่าตนเองยังมีความรู้ไม่เพียงพอและต้องการที่เลี้ยงในการนำความรู้สู่การปฏิบัติทั้งในด้านการดำเนินการและการเขียนรายงานอุบัติการณ์ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดทุกคนจะเคยได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แต่ส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าการรู้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในระดับและเนื้อหา ของความเสี่ยง ไม่รู้ผลของความเสี่ยง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยเฉพาะการประเมินระดับ ความเสี่ยงและการบรรยายรายงานเหตุการณ์สำคัญของความเสี่ยง และต้องการ “ที่เลี้ยง” ในการนำความรู้สู่ การปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญ และ ปรับทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยง⁽⁸⁾ แม้ว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงงานห้องผ่าตัด แต่เนื่องจากพยาบาลภาระงานมากจำนวนคนน้อยทำให้เกิดความยุ่งยาก ทำให้รู้สึกยุ่งยากในการทำงานและ ประเมินผู้ป่วย แม้ว่าจะงานห้องผ่าตัดจะมีการกำหนดคู่มือการปฏิบัติงาน การพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อป้องกัน ความเสี่ยง แต่พยาบาลห้องผ่าตัดยังพบปัญหาในเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และยังไม่มีการทบทวน แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการความเสี่ยง รวมทั้งกำหนดระดับความเสี่ยงที่ต้องจัดทำแนวทางหรือคู่มือการ ปฏิบัติงานให้ชัดเจน เช่น แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และ ความเสี่ยงเรื่องการลืมนำอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในตึกผ่าตัด เห็นว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ มาก

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ต้องการให้พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ในงานการพยาบาลผ่าตัดในเรื่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้อง ผ่าตัดทุกคน ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง เรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการลืมนำตกค้างในร่างกาย ผู้ป่วยผ่าตัดในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ ดังนี้ 1) การทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความ เสี่ยง เรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด ผลจากการ พัฒนาการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง เรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ ที่ได้ดำเนินการตามวงจร การวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีการกำหนดแนวปฏิบัติให้มีความยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่จำเป็น สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุภัทรา พิลาดิษฐ์⁽⁹⁾ อภิปรายได้ว่า การกำหนดแนวปฏิบัติโดยคำนึงถึงสภาพพึงพอใจของ ผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เพื่อเป็น แนวทางในการปฏิบัติงาน และให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตาม แนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความเสี่ยง เรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ผลจากการ ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พบว่า ยังมีบางหัวข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติทั้งหมด ได้แก่ การตรวจสอบ ชื่อ- สกุล ป้ายชื่อมือ ในบางครั้งพยาบาลวิชาชีพไม่ได้ปฏิบัติ แต่ผู้ปฏิบัติที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้า ห้องผ่าตัดคือ พนักงานเปล เนื่องจากในบริบทของงานห้องผ่าตัดยังมีพยาบาลจำนวนไม่เพียงพอกับทีมผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของอนามัย สมร่วง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า มีข้อจำกัดด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไป ใช้ในส่วนที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติงาน สมาชิกกลุ่มมีข้อเสนอความคิดเห็นว่าให้ยังคงแนวปฏิบัติข้อนี้ไว้แต่ให้มีการตรวจสอบเพิ่มเติม และเน้นย้ำให้เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 2) การทบทวนแนวปฏิบัติ

เพื่อป้องกันความเสี่ยง เรื่องการลืมนั่งตกค้างในร่างกาย ผู้ป่วยผ่าตัดในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ มีการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการลืมนั่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด ในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ การกำหนดแนวปฏิบัติให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน อภิปรายได้ว่า การกำหนดแนวปฏิบัติโดยคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ควรมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความเสี่ยง เรื่องการลืมนั่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด แต่ผลจากการประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

3. ผลการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยง จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเพื่อสรุปประเมินผลร่วมกัน พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมและพัฒนาให้เหมาะสมและยืดหยุ่นเข้ากับสถานการณ์ของห้องผ่าตัด เมื่อพิจารณาด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงจากการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว พบว่า 1) พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติใหม่ที่ทบทวนขึ้น แม้ว่าในบางขั้นตอนหรือบางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้แต่ยังเสนอความคิดเห็นว่ายังคงควรไว้ 2) สำหรับในข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้แล้วก็ควรตัดออกไป แต่ควรมีการกำหนดแนวทางในการป้องกันในประเด็นนั้นเพิ่มมากขึ้น และ 3) สำหรับบางข้อที่บางครั้งพยาบาลห้องผ่าตัดบางคนอาจรู้สึกว่าเป็นการปฏิบัติซ้ำซ้อน ดังเช่น ในหัวข้อกำหนดให้มีการตรวจสอบกับแพทย์ที่จะทำผ่าตัดก่อนการจัดทำทุกครั้ง ทวนคำสั่งซ้ำหรือขอให้ชัดเจน เรื่องการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ แต่ก็ยังเสนอว่าควรมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติไว้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด สอดคล้องกับอนุวัตน ศุภชุตikul⁽¹¹⁾

4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ด้านคลินิกจากผลการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผลจากรายงานการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วงเวลาของการทดลองเก็บข้อมูล การให้การพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ หรือการลืมนั่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด อธิบายได้ว่า ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของอุบัติการณ์ความเสี่ยงยังไม่เกิดขึ้นเนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลยังน้อย แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาในการศึกษา ดังนั้น ในการประเมินด้านผลลัพธ์ทางคลินิกจึงจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. ผลการศึกษาด้านอื่นๆ จากการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ดังนี้ 1) ด้านระบบการปฏิบัติงาน มีการปรับระบบการบริหารงานโดยใช้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบการสื่อสารที่ดีขึ้นทั้งช่องทางการสื่อสารและประสิทธิภาพการสื่อสารและมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับ 2) ด้านผู้ร่วมวิจัย มีสัมพันธภาพที่ดี ทั้งกับผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงาน มีความรักและผูกพันต่อหน่วยงานต้องการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น มีความกล้าในการแสดงความคิดเห็นและภาคภูมิใจเมื่อความคิดเห็นนั้นถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ 3) ด้านผู้บริหารงานการบริหารงานง่ายขึ้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเอง มีความไว้วางใจผู้บริหารและมีความสามัคคีกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน มีการตัดสินใจที่ดีขึ้น เนื่องจากได้ข้อมูลที่ต้องครบถ้วน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ใต้บังคับบัญชา

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลห้องผ่าตัด สามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการ บริหารความเสี่ยงในงานการ พยาบาลผ่าตัดจากการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงไปใช้ ในขณะที่ให้การพยาบาลผ่าตัดได้ ในเรื่อง การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และการลืมนำสิ่ง ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

2. ผู้บริหารหรือผู้ให้บริการวิชาชีพอื่นๆ สามารถนำปัจจัยที่มีผลเกี่ยวเนื่องกับการ บริหารความเสี่ยงที่ได้ จากการศึกษานี้ ได้แก่ การจัดการอบรมความรู้เกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยงที่เหมาะสมและการติดตาม ประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารที่ดี ของทีมสหสาขาวิชาชีพ การกำหนด บทบาทและติดตามการทำงานของคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของ หน่วยงาน

3. ในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ สามารถใช้แนวทางจากการศึกษานี้ช่วยในการค้นหา ปัจจัยที่มีผลต่อการ บริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานต่างๆและใช้แนวทางในการศึกษานี้ช่วย พัฒนารูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมายโดยใช้การ ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อความยั่งยืน ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการโดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขา วิชาชีพ

2. การวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาล ผ่าตัดในด้านการสื่อสาร หรือประสานงานกับทีมผ่าตัดหรือผู้เกี่ยวข้องการทำงานเป็นทีม การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ บริหารความเสี่ยงนำไปสู่การปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม

3. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานเฉพาะอื่นๆ รวมทั้งการประเมิน ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้รับบริการจากการปฏิบัติงาน ของบุคลากร ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Associated of Operating Room Nurse. Recommended Practices Guideline. AORN 2009; 418-33.
2. เรณู อาจสำลี. การพยาบาลผู้ที่มีการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพลส; 2550.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goal: SIMPLE Thailand 2018. กรุงเทพมหานคร: เพมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561.
4. Cima RR, Kollengode A, GarnateJ, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patient. Journal of the American College of Surgeons 2008; 207(1):80-7.
5. World Health Organization. The second global patient safety challenge : safe surgery saves lives [Internet]. 2008. [Cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient Safety Goal: SIMPLE Thailand 2018. กรุงเทพมหานคร: เพมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561.
7. ทองทิพภา วิริพันธุ์. การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา. กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก จำกัด; 2550
8. ธัญรัตน์ อาทิตย์, นิภา เชื้อทอง, อัญญา ปลดเปลื้อง. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิด ความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติ และความรู้ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชที่ 19. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2565; 2(2):70-88.
9. สุภัทรา พิลาดิษฐ์. การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558;2(2):66-84.
10. อนามัย สมร่วง. การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการตรวจนับเครื่องมือของมีคมและผ้าซับโลहितของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/CMU.the.2006.153
11. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goal: SIMPLE Thailand 2018. กรุงเทพมหานคร; 2561.