

รายงานการวิจัยเรื่อง

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

The Development of surgical safety checklist for
surgical patient in Rajprachasamasai Institute

นางสาวएमปวีร์ จุติโสภณศักดิ์

นายชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

นางสาวสุจิตรา บุญพิมพ์

นายนิวัฒน์ หลิวศาสวัธนา

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

กรกฎาคม 2567

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลที่ร่วมปฏิบัติการวิจัย ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย นางจิราภา ดวงวงษ์ รองผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล และนางสรนัฏฐ์ ลภัทธานันท์ หัวหน้าหน่วยงานห้องผ่าตัด ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.นวิยา นันทพานิช ที่ปรึกษางานวิจัยสถาบันราชประชาสมาสัย และรองศาสตราจารย์ ดร.รัชชานนท์ ศุภพงศ์พิเชฐ อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ณ สถาบันราชประชาสมาสัย ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

एमपीरू जूतीसोमनसूकीं औरकनऒ
गुरगुआकम 2567

หัวข้อวิจัย	การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวเอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์ และคณะ
หน่วยงาน	สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
ปีงบประมาณ	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย การออกแบบวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ระยะ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ระยะที่ 2 ยกร่างรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่ร่างขึ้น และระยะที่ 4 ประเมินผลการนำรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้ ประชากรเป้าหมายของการวิจัย ได้แก่ ผู้ให้บริการ (จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด)รวมทั้งสิ้น 26 คน พื้นที่วิจัยคือหน่วยงานห้องผ่าตัดของสถาบันราชประชาสมาสัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม แบบประเมินการยอมรับ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบฟอร์มการตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบ และแบบคัดลอกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2567 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษามีดังนี้ (1) การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนา AEMPAVEE MODEL ขึ้นเพื่อใช้เป็นรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย (2) ผลการนำ AEMPAVEE MODEL ระยะเวลาทดลองใช้ประมาณ 4 เดือน พบว่าแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (AEMPAVEE MODEL) ที่สร้างขึ้นสามารถลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ได้เป็นอย่างดี ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมดมีความพึงพอใจอย่างมาก ปรากฏค่าเฉลี่ย 4.88 (Mean = 4.88 SD = .32) และมีการยอมรับเป็นอย่างมากเช่นกัน 4.88 (Mean = 4.88 SD = .32)

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สถาบันราชประชาสมาสัยควรพิจารณานำ AEMPAVEE MODEL ไปใช้หรือปรับใช้ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่มีการผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการให้บริการผ่าตัดของสถาบันฯ

คำสำคัญ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย, AEMPAVEE MODEL ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด, สถาบันราชประชาสมาสัย

Title The Development of Surgical Safety Check list for Surgical Patient in Raj Pracha Samasai Institute

Researcher Aempavee Thitisophonsak, et. al.

Organization Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control.

Academic Year 2024

Abstract

The purpose of this research was to development of surgical safety check list for surgical patients in Raj Pracha Samasai Institute (RPSI). The research design employed an action research method which consisting of 4 phases. Phase 1 Understanding the potential problems and the alternatives to prevent and solve problems in surgery. Phase 2 Drafting a model for checking items for safety surgery, called “AEMPAVEE MODEL”. Phase 3 Trial with the drafted surgical safety checklist model, and phase 4 evaluating the implementation of surgical safety checklist model. The target population of the research included service providers (ophthalmologists, surgeons, anesthetists, operating room professional nurse) and surgical patient were selected for studies, totaling 26 persons. The research area was the surgery operating unit of RPSI. The research tools include In-depth interview questionnaire, non-participant observation questionnaire, satisfaction acceptance evaluation form, completeness verification form nursing procedures according to the model and data copy form. All data collected during February - July 2024. Analysis and presentation of quantitative data used descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were used content analysis.

The result of the studies was as follows. (1) In this research the author studies and developed AEMPAVEE MODEL to be use as a model for surgical safety checking items, For patients who has undergone surgery in RPSI. (2) Result of using AEMPAVEE MODEL for approximately 4 months. It was found that the surgical safety checklist (AEMPAVEE MODEL) that was created was able to reduce risks from surgery and prevent adverse events very well. There was no surgery on the wrong person, on the wrong side, in the wrong position, or on a wrong prosthesis. Especially, no infection in the clean surgical wound was found. There was no misidentification of the surgical location. In addition, analysis of data review that the total target population were very much satisfied, with the high everraged score of 4.88 (Mean = 4.88 SD =.32) Acceptance of the AEMPAVEE MODEL were also in the high everraged score of 4.88 (Mean = 4.88 SD =.32)

The research results mentioned above, It recommended that AEMPAVEE MODEL should be consider put in to practice in all surgical unit of the Raj Pracha Samasai Institute (RPSI).

Keywords: Surgical safety checklist, AEMPAVEE MODEL, surgical patient, Raj Pracha samasai institute

สารบัญ

บทที่	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 คำถามการวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	3
1.5 คำจำกัดความ	3
2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 องค์ความรู้ทางวิชาการ	5
2.2 บริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	7
2.3 บทบาทพยาบาล	7
2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	14
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	20
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 พื้นที่วิจัย	25
3.2 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินการวิจัย	25
ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	25
ระยะที่ 2 รวบรวมรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้ รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	27
ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	28
ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	29
3.3 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยทั้งหมด	32
3.4 ประเด็นด้านจริยธรรม	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
3.5 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย	33
3.6 แผนดำเนินการวิจัย	33
3.7 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	34
4 ผลการศึกษา	
4.1 ปัญหาการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	35
4.2 วิเคราะห์สังเคราะห์สรุปประเด็นความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบปลอดภัย สถาบันราชประชาสมาสัย	41
4.3 รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	41
4.4 ผลการประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	54
4.4.1 ผลการประเมินสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม	54
4.4.2 ผลการประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้น	56
4.5 การนำรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยจากการพัฒนาไปใช้ประโยชน์	62
5 สรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	63
5.2 อภิปรายผล	63
5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย	64
5.4 ข้อเสนอแนะ	69
5.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้	69
5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	70
เอกสารอ้างอิง	
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 แผนการดำเนินงานหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคนจำแนกรายเดือน	33
4.1 จำนวน ร้อยละ ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองรูปแบบฯ หลังการปรับปรุงรูปแบบฯ ครั้งที่ 2	55
4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่ประเมินผลรูปแบบฯ	56
4.3 ผลการประเมินการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนและหลังมีรูปแบบฯ	58
4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การยอมรับรูปแบบการตรวจสอบ รายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น จำแนกรายข้อ	59
4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจรูปแบบการ ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย จำแนกรายข้อ	60
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการยอมรับรวมและความพึงพอใจรวมรูปแบบการ ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	61
4.7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	62

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”	24
3.1 ขั้นตอนการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดคลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”	34

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
4.1 รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	42
4.2 คู่มือปฏิบัติงานแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย	43
4.3 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะก่อนผ่าตัด (Pre – operative phase) ตาม AEMPAVEE MODEL	47
4.4 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะผ่าตัด (Intra – operative phase) ตาม AEMPAVEE MODEL	50
4.5 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะหลังผ่าตัด (Post – operative phase)	53

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการผ่าตัดในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเนื่องจากการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน มีรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปีละประมาณ 7 ล้านครั้ง เป็นความผิดพลาดในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดมากกว่าความผิดพลาดจากเทคนิคการผ่าตัด โดยสาเหตุสำคัญเป็นความผิดพลาดของการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ตลอดจนการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งล้วนเป็นความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับการให้ยาในการผ่าตัดซึ่งพบว่ามีรายงานความผิดพลาดในการให้ยา ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยถึง 1.5 ล้านคนต่อปี ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดแม้จะมีใช้เรื่องที่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด แต่ความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดส่วนหนึ่งสามารถลดลงได้ผ่านระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กรและทีมผ่าตัด ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายที่เกี่ยวข้องจากการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐพงศ์ โลกธรรมรักษ์, 2566)

องค์การอนามัยโลก WHO (2009) ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับความปลอดภัยด้านการผ่าตัดซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข จึงประกาศ The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (Surgical Safety Checklist) และได้พัฒนาแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นรูปแบบของการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดและผู้เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเพื่อให้ห้องผ่าตัดทุกแห่งทั่วโลกได้นำไปใช้เป็นเครื่องมือช่วยตรวจสอบและประเมินความพร้อมก่อน ขณะ หลังผ่าตัด โดยในปี 2550 องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินโครงการนำร่องการผ่าตัดปลอดภัย เรียกว่า Safe Surgery Save Lives เพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการผ่าตัด ซึ่งแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยครอบคลุมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานความปลอดภัยที่สามารถนำไปใช้กับการผ่าตัดทุกประเภท ขั้นตอนแต่ละขั้นตอนของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมีความเรียบง่าย และนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางสามารถลดโอกาสที่จะเกิดอันตรายร้ายแรงจากการผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้ ทั้งอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตายจากการผ่าตัด และปัจจุบันสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ทั่วโลกยึดถือปฏิบัติ

ในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) ได้นำหลักคิดและวิธีการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้กับโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดในทุกระยะของการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมผ่าตัด เพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือการติดเชื้อหลังผ่าตัด เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องร้อยละ 25 ไม่เคยได้รับความรู้หรืออบรม เรื่องการบริหารความเสี่ยงในการป้องกันที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและพบว่าแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะผ่าตัดยังไม่ชัดเจน และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ Sign-in, Time-out ยังมีค่อนข้างน้อย (สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์, 2558) ซึ่งมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยเป็นแนวทางปฏิบัติที่สำคัญส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการปฏิบัติงาน มุ่งเน้นถึงความปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัด ส่งผลให้ช่วยลดอัตราการตายและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด (ณัฐภัทร์ อัฐวงศ์, 2564) โดยพบว่าการพัฒนาแนวทางการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยใช้ Surgical safety checklist เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบครอบคลุมเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง และการสื่อสารที่จำเป็น ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (ราตรี แฉล้มพักตร์ และคณะ, 2557) ทั้งนี้ศิริรัตน์ จึงสมาน และภาวิณี แพงสุข (2557) ได้พัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของโรงพยาบาลสุรินทร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนวิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นตอนออกแบบและพัฒนา ขั้นตอนทดลองใช้ และขั้นตอนประเมินผล หลังจากได้ทำการทดลองใช้แนวทางไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดอวัยวะ การหลงลืมวัสดุไว้ในร่างกายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการใช้ไฟฟ้าและการติดเชื้อจากการผ่าตัด

สถาบันราชประชาสมาสัยเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่เข้าร่วมการรับรองคุณภาพ กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยมุ่งเน้นนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน ที่เข้ารับบริการผ่าตัด ในปี 2560-2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการผ่าตัดรวมทั้งสิ้น 9,497 ราย จากสถิติผ่าตัดของสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2560 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นจากเดิม ในปี 2562 มีการใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดกำลังเลนส์ ในการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 1 ราย สถาบันราชประชาสมาสัยได้ดำเนินการจัดทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขึ้นเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดต้อกระจก เนื่องจากการผ่าตัดที่มีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของสถาบันราชประชาสมาสัย และมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาดสูง ต่อมาในปี 2566 มีอุบัติการณ์การใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดกำลังเลนส์เพิ่มขึ้นอีก 1 ราย ในการผ่าตัดต้อกระจกจึงมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติพบว่า ห้องผ่าตัดมีแนวทางการปฏิบัติ Time out การทวนสอบก่อนใส่เลนส์ แต่บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการทวนสอบก่อนการทำหัตถการ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นกับตัวผู้ป่วย และในปี 2566 พบเหตุการณ์การระบุตำแหน่งผ่าตัดของผู้ป่วยผิดพลาด 2 รายตรวจพบในช่วง (Sign in) แต่ความผิดพลาดยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย และพบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาดจำนวน 2 ราย ในปี 2567 พบว่ามีอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดเลนส์ผิด 1 ราย แต่อุบัติการณ์ยังไม่ไปถึงผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วพบว่า เนื้อหาในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยยังไม่ครอบคลุมในหลายๆ ประเด็นและรายละเอียดขาดความชัดเจนที่จะนำไปปฏิบัติได้ รวมทั้งยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรทีมผ่าตัดยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง และรูปแบบดังกล่าวยังไม่ได้นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับทุกประเภทของการผ่าตัดในสถาบันราชประชาสมาสัยอีกด้วย

จากข้อมูลและปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทาง และส่งผลเสียต่อสถาบันราชประชาสมาสัยด้านชื่อเสียงและความเชื่อมั่นขององค์กร และรวมถึงผลกระทบต่อการรับรองคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย จะเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัด ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดทุกประเภท ลดการฟ้องร้อง เพิ่มความเชื่อมั่นและเป็นการส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในสถาบันราชประชาสมาสัยมีความปลอดภัยในการรับบริการตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนานี้ขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย

วัตถุประสงค์รอง เชิงกระบวนการ ดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาปัญหารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบและทดลองใช้การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย
- 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

- 1) สถาบันราชประชาสมาสัยได้คู่มือแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่สอดคล้องกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง
- 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ได้รับการดูแลตามคู่มือแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1.5 คำจำกัดความ

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย หมายถึง เครื่องมือสำหรับช่วยตรวจสอบและประเมินความพร้อม โดยการสื่อสารในทีมให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ป้องกันได้และเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารการทำงานเป็นทีม

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาลและปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ผิดปกติที่อาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ แต่เกิดผลเสียหาย บาดเจ็บ หรืออันตรายต่อ ผู้รับบริการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง Wrong prosthesis การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่างๆ ในห้องผ่าตัดโดยมีการนำกระบวนการพยาบาลเข้ามาดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยมีการประเมินผู้ป่วยอย่างมีระบบก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ทีมผ่าตัด หมายถึง บุคลากรภายในห้องผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย หมายถึง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัย Action Research เกิดจากการมีส่วนร่วมของจักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (AEMPAVEE MODEL) ซึ่งภายใต้รูปแบบประกอบด้วย คู่มือปฏิบัติงาน โปสเตอร์ขั้นตอนปฏิบัติงานเพื่อใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ในบทนี้จะเป็นการศึกษา ค้นคว้า รวบรวม องค์ความรู้จากตำรา เอกสารวิชาการ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) องค์ความรู้พื้นฐานทางวิชาการ 2) บริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย 3) บทบาทของพยาบาล 4) แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 องค์ความรู้พื้นฐานทางวิชาการ

2.1.1 แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก (WHO)

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในการผ่าตัดขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยทีมศัลยแพทย์ วิศวกร แพทย์ ทีมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และมีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อลดจำนวนข้อผิดพลาดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและเพิ่มการทำงานเป็นทีมรวมถึงเพิ่มการสื่อสารในการผ่าตัด แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้รับการออกแบบให้เรียบง่ายและนำไปใช้แพร่หลายและช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำแบบตรวจสอบความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ไปทดลองใช้ 8 ประเทศทั่วโลก ซึ่งสามารถลดอัตราการตายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 0.8 และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากร้อยละ 11.0 เหลือร้อยละ 7.0 (World Health Organization, 2009)

2.1.2 แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย นางเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ(2558) ได้ทำการศึกษาสำรวจ เรื่อง การประเมินการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ 2552 พบว่าการปฏิบัติในบางหัวข้อต่ำมาก เช่น การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด หลังจากนั้นเริ่มมีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้แพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทย เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2555 ได้มีการลงนามปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อรับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด” โดยองค์กรที่เกี่ยวข้องได้แก่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิก แพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย โดยการลงนามดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ไปใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งในประเทศไทย โดยนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเวลาที่จะเริ่มให้การระับความรู้สึก (Sign in) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน โดยอย่างน้อยต้องมีพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 1.1) การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด
- 1.2) การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด
- 1.3) การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระับความรู้สึก
- 1.4) การตรวจสอบว่ามี Pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้
- 1.5) การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา
- 1.6) การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำคัญขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
- 1.7) การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล.สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือ มล./กก. สำหรับผู้ป่วยเด็ก กรณีที่มีความเสี่ยงมีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำ 2 ตำแหน่งหรือหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2) ระยะเวลาที่จะลงมีด (Time out) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน ทั้งพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลและศัลยแพทย์ ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 2.1) สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง
- 2.2) ศัลยแพทย์วิสัญญีและพยาบาล กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัดและตำแหน่งที่จะผ่าตัด
- 2.3) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด
- 2.4) ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดโดยไม่คาดคิด คาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด
- 2.5) วิสัญญีพยาบาลทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
- 2.6) พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ
- 2.7) การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

3) ระยะเวลาผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน ทั้งพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และศัลยแพทย์ (ข้อ 3.1-3.4 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันให้ทีมผ่าตัดได้ยิน) ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 3.1) ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง
- 3.2) การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครบถ้วน
- 3.3) การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียนป้ายส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยแปลงเสียงดัง)
- 3.4) ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ
- 3.5) ศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2.1.3. แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของสถาบันราชประชาสมาสัย

สถาบันราชประชาสมาสัยได้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ตั้งแต่ ปี 2562 เนื่องจากอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดกำลังเลนส์ ซึ่งในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของสถาบันราชประชาสมาสัยที่นำมาใช้กับการผ่าตัดต้อกระจกนี้ เป็นการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ หน่วยงาน OPD หน่วยงานวิสัญญี หน่วยงานห้องผ่าตัด และหน่วยงานหอผู้ป่วย ในปัจจุบันแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของสถาบันราชประชาสมาสัย ได้มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพิ่มมาอีก 1 หัตถการ คือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า แต่แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยทั้ง 2 หัตถการนี้ไม่สามารถนำไปใช้กับหัตถการผ่าตัดอื่นๆ เพราะเป็นแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเฉพาะโรคซึ่งมีความจำเพาะของการผ่าตัด

2.2 บริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ให้บริการผ่าตัดในเวลาราชการทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยทั่วไป (ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม เช่น ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการ Consult จากวิสัญญีแพทย์และอายุรแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ทำผ่าตัด) ได้แก่ผ่าตัดต้อกระจก ผ่าตัดจอประสาทตา ต้อเนื้อ ผ่าตัดเพื่อป้องกันแก้ไข ความพิการและฟื้นฟูสภาพ ผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง ผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อและให้บริการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทำแผลในรายที่ต้องทำที่ห้องผ่าตัด โดยเปิดให้บริการ 5 ห้อง แบ่งเป็นห้องผ่าตัดทางศัลยกรรม 2 ห้อง และห้องทำแผล 1 ห้อง ห้องผ่าตัดทางจักษุ 1 ห้อง ห้องทำหัตถการทางจักษุ 1 ห้อง โดยมีอัตรากำลัง ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 4 คน ศัลยแพทย์ 3 คน วิสัญญีแพทย์ 1 คน วิสัญญีพยาบาล 6 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 8 คน แบ่งเป็นทีมผ่าตัด 3 ทีม ทีมผ่าตัดทางศัลยกรรม 2 ทีมและทีมผ่าตัดทางจักษุ 1 ทีม และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือแพทย์และพยาบาล จำนวน 6 คน

2.3 บทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

บทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ตั้งอยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่ง (Colp and Keller. 1927 อ้างถึงใน ศิริพร พุทธิรังษี. 2542 : 41) ได้เคยเปรียบพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็น “Handmaid of Surgery” โดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทำหน้าที่จัดเตรียมของเครื่องมือเครื่องใช้ ห้องผ่าตัด และผู้ป่วย ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้ มีความกระตือรือร้นในการประสานงานที่ดีมีใช้ทำแบบหุ่นยนต์ โดยผู้ทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านเทคนิค (Technicians) และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดได้ขยายบทบาทในการดูแลผู้รับบริการในระยะก่อนและหลังผ่าตัดด้วย เรียกว่าบทบาทขยาย (Extended Role) จนกระทั่งปัจจุบันนี้ บทบาทดั้งเดิมที่เน้นการดูแลความปลอดภัยและความสะอาดของสิ่งแวดล้อมในการผ่าตัดได้ผนวกเข้ากับบทบาทขยาย ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient – Centered Care) ตลอดระยะการผ่าตัด คือ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้คำว่า Perioperative Nursing แทน Operating Room Nursing แสดงถึงบทบาทที่ทำนายของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทำให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ในการดูแลผู้รับบริการให้ปลอดภัย มีความรู้ทางด้านกฎหมายเพื่อป้องกันการกระทำที่ผิดพลาด ตลอดจนความรู้ในการบริหารจัดการ

กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล และการคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ (ศิริพร พุทธิรังษี, 2542)

2.3.1 บทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย มี ดังนี้

1) พยาบาลผู้ส่งเครื่องมือ (Scrub person or Scrub nurse) ควรมีความรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ได้แก่เทคนิคที่ทำให้ปราศจากเชื้อ (Aseptic Technique) เพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคระหว่างการผ่าตัด มีความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยา เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดและตำแหน่งที่ผ่าตัด เพื่อการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้อง รวมทั้งการวางแผนเตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือต่อไปในขณะผ่าตัด มีความรู้เรื่องเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ช่วยในการผ่าตัดเพื่อสามารถใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์เหล่านั้นได้ถูกต้อง ตรงตามความต้องการของศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ และเหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด ความรับผิดชอบของผู้ส่งเครื่องมืออยู่ในระยะระหว่างผ่าตัด (Intra Operative Phase) คือการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการผ่าตัดรายนั้นๆ การเตรียมตนเองสำหรับการเป็นผู้ส่งเครื่องมือขณะผ่าตัดได้แก่ การล้างมือ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด การสวมถุงมือ การจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมที่จะส่งผ่าตัด การส่งเครื่องมือให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดการเฝ้าระวังและรักษาความสะอาดปราศจากเชื้อตลอดการผ่าตัด การนับผ้าซับโลหิต การนับเครื่องมือ ของมีคม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดให้ถูกต้อง ไม่สูญหายหรือตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย

2) พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรวม (Circulator or Circulating Nurse) พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรวม ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้นเนื่องจากบทบาทนี้จะต้องนำความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลและศาสตร์ต่างๆ ของวิชาชีพทั้งหมดมาใช้ในการพยาบาลผู้รับบริการ ให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งบทบาทการพยาบาลเพื่อให้บรรลุความต้องการผู้รับบริการ ได้แก่ การฟังพา ความสุขสบาย การเฝ้าระวัง การรักษา การให้ความรู้ และผู้รับบริการในที่นี้หมายถึง บุคคล ครอบครัว อาจรวมถึงชุมชนด้วย ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ (Client Advocate) โดยยึดหลักความต้องการและความถูกต้อง ด้วยการปกป้องการตัดสินใจของผู้รับบริการ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้รับบริการและบุคคลอื่น และปกป้องผลประโยชน์ของผู้รับบริการ พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรวมนี้จะต้องปฏิบัติให้ครอบคลุมระยะการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด (Pre - Operative Phase) เริ่มต้นจากการที่ผู้รับบริการตัดสินใจที่จะรับการรักษาดำเนินการทำผ่าตัดจนกระทั่งย้ายเข้าห้องผ่าตัด เป็นระยะที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรวมต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยจะต้องศึกษาจากรายการผ่าตัดว่ามีการผ่าตัดจำนวนกี่ราย อะไรบ้าง และไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด (Pre - Operative Visit) เพื่อประเมินสภาพผู้รับบริการและดูแลด้านจิตใจด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย เช่นการปฏิบัติตนในวันผ่าตัด เป็นต้น ตลอดจนรวบรวมข้อมูล แยกแยะความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมาวางแผนการบริการ เช่น พบว่าผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว โดยมีแขนขาอ่อนแรงข้างหนึ่ง พยาบาลก็นำข้อมูลมาวางแผนในการเคลื่อนย้ายผู้รับบริการระหว่างรถเข็นกับเตียงผ่าตัด หรือถ้าพบว่าผู้รับบริการอ้วนมาก พยาบาลก็วางแผนในการเตรียมอุปกรณ์ในการรองรับเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่จำเป็นในระยะก่อนผ่าตัดที่พยาบาลสามารถประเมินผู้รับบริการได้อีกคือ ขณะดูแลผู้รับบริการเข้าห้องผ่าตัดที่บริเวณห้องรับ - ส่งผู้รับบริการ โดยเน้นการประเมินสภาพ

ร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการอีกครั้ง และตรวจสอบอุปกรณ์ของใช้จำเป็นที่นำมาพร้อมผู้รับบริการ ทั้งนี้การประเมินผู้รับบริการก่อนผ่าตัดในทุกขั้นตอน พยาบาลจะต้องบันทึกในเอกสารของห้องผ่าตัดให้ครบ

ระยะขณะผ่าตัด (Intra – Operative Phase) เริ่มต้นจากการที่ผู้รับบริการอยู่บนเตียง ผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จผ่าตัดและนำผู้รับบริการไปยังห้องพักฟื้น ระยะนี้พยาบาลต้องนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติและประสานกิจกรรมต่างๆ ให้เรียบร้อย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีบทบาทเป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะผ่าตัดตามแผนการพยาบาล เช่น การป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า (Dispersive electrode) ในตำแหน่งที่เหมาะสม จัดเตรียมและดูแลเครื่องจีไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น หรือการป้องกันผู้รับบริการไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัด พยาบาลก็ต้องดูแลจัดเตรียมเครื่องมือที่ให้การดูแลด้านจิตใจของผู้รับบริการและญาติ ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่ให้การพยาบาลผู้รับบริการต้องทำเสมือนหนึ่งเป็นตัวแทนผู้รับบริการในการปกป้องสิทธิต่างๆ ไม่ว่าผู้รับบริการรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตามนอกจากนี้แล้ว พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ยังต้องเป็นผู้ช่วยเหลือคล้ายแพทย์ จักขุแพทย์ตามความเหมาะสม รวมทั้งเฝ้าระวังและควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะสูญเสียเลือดและปฏิบัติงานร่วมกับผู้ส่งเครื่องมือ เช่น การตรวจนับผ้าซับโลหิต เครื่องมือ และของมีคม ทั้งนี้จะต้องบันทึกสิ่งต่างๆ ในเอกสารให้เรียบร้อยด้วย

ระยะหลังผ่าตัด (Post – Operative Phase) เริ่มต้นตั้งแต่การส่งผู้รับบริการเข้ามาในห้องพักฟื้นเป็นการดูแลในระยะแรกหลังผ่าตัดจนสามารถย้ายกลับไปอยู่หอผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกลับบ้าน จนกระทั่งเมื่อสิ้นสุดการนัดของแพทย์ แต่บทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ คือการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว เช่น การตรวจสอบตำแหน่งต่างๆ ที่มีการกดทับจากการจัดท่า ตรวจสอบผิวหนังจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า ประเมินผลการสูญเสียเลือด ถ้าพบสิ่งผิดปกติจากการประเมินให้บันทึกไว้ นอกจากนี้ยังต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยการให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้รับบริการขณะผ่าตัด ผลจากการประเมินผู้รับบริการหลังผ่าตัดและความต้องการของผู้รับบริการ กับพยาบาลหน่วยพักฟื้น (Recovery Room or Post anesthetic care unit)

3) ผู้บริหารจัดการ (Manager) การเป็นผู้บริหารจัดการของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด คือสามารถประสานงานเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้รับบริการที่มาทำผ่าตัด บทบาทผู้จัดการ คือ การชี้แนะหรือสั่งการ เช่น การจัดลำดับเคสผ่าตัดโดยดูความเร่งด่วนของเคสผ่าตัดหรือการจัดลำดับเคสสะอาดและเคสติดเชื้อ เป็นต้น การประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการประสานงานในห้องผ่าตัดโดยใช้ทักษะด้านการทำงาน การบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำทั้งนี้รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการ บุคลากร และการบริหารจัดการภายในองค์กร

4) พยาบาลในฐานะนักวิจัย (Researcher) ความรับผิดชอบของพยาบาลนักวิจัยในห้องผ่าตัดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความชำนาญ ระดับการศึกษา โดยพยาบาลอาวุโสที่มีคุณลักษณะเหล่านี้มักเป็นผู้นำในการวิจัยและนำเข้าสู่กระบวนการวิจัย โดยพยาบาลที่ประสบการณ์น้อยกว่าจะทำหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยต่างๆ เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคน ก็สามารถนำผลการวิจัยจากผู้อื่นมาประยุกต์ใช้หรือปรับปรุงในห้องผ่าตัดถ่ายทอดงานวิจัยให้กับผู้อื่น และมีส่วนร่วมในการวิจัยดังกล่าว ทั้งหมดนี้จะช่วยทำให้งานของห้องผ่าตัด

ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5) นักการศึกษา (Educator) เป็นพยาบาลผู้ซึ่งพัฒนาศูนย์กลางในห้องผ่าตัด โดยรับผิดชอบการปฐมพยาบาล การจัดฝึกอบรมในหน่วยงานและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การปฐมพยาบาล บุคลากรใหม่ของห้องผ่าตัด การฝึกอบรมการใช้เครื่องมือสำคัญของห้องผ่าตัด เป็นต้น พยาบาลนักการศึกษา ต้องประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของบุคลากร ตลอดจนพื้นฐานของบุคลากรแต่ละคน เพื่อนำมาวางแผน ในการเลือกหัวข้อการอบรม การจัดเตรียมกิจกรรมการเรียนรู้รวมทั้งการติดตามประเมินผลด้วย

6) ผู้ช่วยศัลยแพทย์คนที่ 1 (Registered Nurse First Assistant = RNFA) เป็นบทบาท ขยายของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดภายใต้การนิเทศของศัลยแพทย์โดยตรง ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยศัลยแพทย์ คนหนึ่งในขณะผ่าตัด เช่น การช่วยถ่างขยายแผล การเย็บเนื้อเยื่อตำแหน่งต่างๆ การช่วยหยุดเลือด เป็นต้น บทบาทนี้ต้องการพยาบาลที่มีประสบการณ์ ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น และได้รับการยอมรับ ยังเป็นการ ถกเถียงกันถึงความจำเป็นในการให้พยาบาลทำหน้าที่ RNFA เนื่องจากยังไม่มีกรอบอย่างเป็นทางการ และยังไม่มีข้อตกลงในเรื่องความรับผิดชอบอย่างชัดเจน

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด สถาบัน ราชประชาสมาสัย สามารถเป็นได้หลายบทบาท แต่บทบาทที่สำคัญมีด้วยกัน 2 บทบาทคือ 1) พยาบาลผู้ส่ง เครื่องมือ 2) พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ซึ่งบทบาททั้ง 2 นี้ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยตลอด ทั้ง 3 ระยะกล่าวคือ ระยะก่อนผ่าตัด จะต้องมีการประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของ ผู้รับบริการและญาติ มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่กระบวนการผ่าตัดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพมีการ เตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือเครื่องใช้ รวมถึงการเตรียมห้องผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัดพยาบาลวิชาชีพห้อง ผ่าตัดต้องนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และประสานกิจกรรมต่างๆ ให้เรียบร้อย เพื่อให้ผู้รับบริการ เกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และระยะหลังผ่าตัด มีการตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของเครื่องมือผ่าตัด มีการตรวจสอบสายท่อระบายเลือดให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการลง ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป และประเมินสภาพผู้รับบริการก่อน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

2.3.2 บทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะก่อนให้การรับ ความรู้สึก (Sign in) (2) ระยะก่อนลงมีด (Time out) (3) ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)

1) ระยะก่อนให้การรับความรู้สึก (Sign in)

ระยะก่อนเริ่มให้การรับความรู้สึกบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยต้องประกอบด้วย วิชาชีพพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โดยผู้มีหน้าที่ลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการในระยะนี้ อาจลงบันทึกทุกข้อพร้อมกันในครั้งเดียวหรือลงบันทึกทีละข้อตามลำดับ ขึ้นกับแผนผังการเตรียมการ ในการให้การรับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดในแต่ละข้อมีดังนี้

1.1) การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการขาน ขอให้ผู้ป่วยยืนยันความถูกต้องเกี่ยวกับ ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้การยืนยันได้ เช่น ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไร้สมรรถภาพในการสื่อสาร ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นผู้ให้

ข้อมูลได้ ในกรณีที่ไม่มีผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น กรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นต้น ให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ให้ทีมผ่าตัดได้ยินและร่วมกันยืนยันความถูกต้อง การปฏิบัติดังกล่าวอาจถูกมองว่าเป็นการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อน แต่การปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ทีมผ่าตัดมั่นใจว่าจะไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้างหรือผิดชนิดการผ่าตัด

1.2) การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (Mark site) ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตรวจสอบว่ามีเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ซึ่งปกติจะใช้ปากกาชนิดเขียนติดถาวรในการทำเครื่องหมาย ในกรณีที่อวัยวะนั้นมีมากกว่าหนึ่งข้าง (เช่น ข้างซ้าย ข้างขวา) อวัยวะที่มีหลายชิ้นส่วนหลายระดับ เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า รอยโรคบนผิวหนัง หรือกระดูกสันหลัง เป็นต้น การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดจะช่วยยืนยันว่าได้ทำผ่าตัดถูกต้องตำแหน่งและถูกชนิดการผ่าตัด

1.3) การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบสอบถามวิสัญญีเพื่อยืนยันว่าได้มีการตรวจสอบ ความครบถ้วนและความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งอาจใช้หลัก ABCDEs เพื่อช่วยในการจำซึ่งต้องตรวจสอบว่ารายการดังกล่าวข้างต้น มีครบถ้วนและอยู่ในสภาพที่พร้อมในการใช้งาน การตรวจสอบว่ามี Pulse Oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้ โดยค่าที่อ่านได้มีความถูกต้องและหากเป็นไปได้บุคลากรทีมผ่าตัดทุกคนควรสามารถมองเห็นและอ่านค่าที่แสดงได้ด้วย ได้แก่ ชีพจรและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือดของผู้ป่วย

1.4) การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบสอบถามประวัติการแพ้ยาจากผู้ป่วย หากมีประวัติการแพ้ยา ให้ถามต่อว่าแพ้อะไร เพื่อที่จะขอการยืนยันจากวิสัญญีว่าได้ทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงในการแพ้ยาของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งหากวิสัญญียังไม่ทราบและไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงในการแพ้ยาดังกล่าว ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบจะต้องแจ้งให้ทราบ

1.5) การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก หรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำคัญขณะใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินดังกล่าวมีความสำคัญ เนื่องจากพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้การระงับความรู้สึก และเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยทั้งที่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากมีการวางแผนที่ดี ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (Mallampati score 3 หรือ 4) ทีมวิสัญญีจะต้องเตรียมการให้ความช่วยเหลือให้พร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน โดยอาจมีผู้ช่วยวิสัญญีคนที่ 2 ศัลยแพทย์และพยาบาลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือในขณะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (Induction of Anesthesia) ส่วนความเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำคัญขณะใส่ท่อช่วยหายใจนั้น เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรประเมินก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ

2) การผ่าตัดปลอดภัยระยะก่อนที่จะลงมีด (Time out)

ในขณะนี้เป็นการหยุดชั่วคราวก่อนที่จะลงมีด เพื่อให้บุคลากรทีมผ่าตัดทุกคนได้ตรวจสอบและยืนยัน ว่าได้กระทำการต่างๆ ดังต่อไปนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

2.1) สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง สมาชิกทีมผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อย การบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงให้มีประสิทธิภาพคือ สมาชิกทีมผ่าตัดต้องเข้าใจบทบาทและความสามารถของตนเอง ซึ่งการให้สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง เป็นการสร้างความตระหนักถึงหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนในทีมผ่าตัดที่จะ

ช่วยกันปฏิบัติ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ บอกทุกคนในห้องผ่าตัดว่าขอเวลานอก (Time out) หรือขอให้หยุดการผ่าตัดชั่วคราว (Surgical pause) เพื่อให้ศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันชื่อนามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัด รวมถึงการจัดท่าผู้ป่วยว่าถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคนหรือผิดข้าง ตัวอย่าง เช่น พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบขอเวลานอก และขอความเห็นชอบจากทุกคนในห้องผ่าตัดว่านี่คือผู้ป่วย ก จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าข้างขวา ซึ่งการลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดจะกระทำเมื่อศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ยืนยันว่าถูกต้องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่หลับ ผู้ป่วยสามารถช่วยยืนยันความถูกต้องดังกล่าวร่วมด้วย

2.2) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด เพื่อป้องกันการติดเชื้อสามารถลดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ หากปริมาณยาปฏิชีวนะในซีรัมและเนื้อเยื่ออยู่ในระดับที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ได้ แต่บุคลากรทีมผ่าตัดยังมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอในการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ต้องถามด้วยเสียงดังในระยะก่อนลงมีดว่ามีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีดหรือไม่ บุคลากรทีมผ่าตัดที่มีหน้าที่ในการให้ยา ซึ่งโดยทั่วไปคือ วิสัญญีต้องกล่าวยืนยันด้วยวาจาว่า ได้ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แก่ผู้ป่วยภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดเรียบร้อยแล้ว กรณีที่ยังไม่มีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จะต้องให้ทันที่ขณะนั้นก่อนที่จะลงมีด ส่วนกรณีที่มีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ นานเกิน 60 นาทีก่อนลงมีดอาจพิจารณาให้ซ้ำ สำหรับกรณีที่ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่นไม่มีการกรีดผิวหนัง หรือกรณีเป็นบาดแผลปนเปื้อน ซึ่งให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาอยู่แล้วให้ลงบันทึกในช่องหมายเหตุว่าไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ (Not Applicable หรือ NA)

2.3) พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องเป็นผู้นำในการอภิปรายระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาลผู้ส่งเครื่องมือเกี่ยวกับอันตรายรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนให้ความช่วยเหลือซึ่งอาจทำโดยถามคำถามง่ายๆ โดยใช้เสียงดังสอบถามสมาชิกทีมผ่าตัดแต่ละคน โดยหลังจากถามคำถามอาจมีการอภิปรายตามมาหรือไม่ไม่เป็นปัญหาให้ลงบันทึกไปตามนั้น การลงบันทึกจะกระทำหลังจากแต่ละคนในห้องผ่าตัดได้ให้ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดที่กระทำเป็นประจำและทุกคนในห้องผ่าตัดคุ้นเคย ศัลยแพทย์อาจจะระบุเพียงง่ายๆ ว่าการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้เหมือนทุกครั้ง ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง หลังจากศัลยแพทย์กล่าวเสร็จ ให้สอบถามวิสัญญีและพยาบาลผู้ส่งเครื่องมือว่ามีปัญหาอะไรที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษหรือไม่ วิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดปริมาณมาก ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลไม่สมดุลของระบบไหลเวียนเลือด หรือความเจ็บป่วยสำคัญอื่น ๆ ในระหว่างการผ่าตัด วิสัญญีจะต้องมีการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเฉพาะรายไว้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการวางแผนในการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่นๆ ของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด การเต้นของหัวใจผิดปกติและความผิดปกติของเลือด เป็นต้น สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจคือแม้ว่าการผ่าตัดส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงหรือปัญหาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ แต่วิสัญญีต้องประเมินและบอกให้ทีมผ่าตัดรับทราบ เช่น พุงตุงายๆ เพียงว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่มีปัญหาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

2.4) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ หรือบุคลากรอื่นที่มีหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ต้องกล่าวยืนยันว่าการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดมีประสิทธิภาพซึ่งดูจากตัวบ่งชี้ทางเคมี ในทางตรงกันข้ามหากการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพก็ต้องแจ้งให้ทีมผ่าตัดทราบก่อนลงมือ

2.5) การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ภาพรังสีเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มั่นใจว่าได้มีการเตรียมการในการทำผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสำหรับการทำผ่าตัดหลายๆ ชนิด เช่น การผ่าตัดกระดูก การผ่าตัดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นต้น ในระยะก่อนลงมือพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ต้องถามศัลยแพทย์ว่าผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องใช้ภาพรังสีหรือไม่ ถ้าจำเป็นต้องใช้ต้องถามยืนยันว่า มีภาพรังสีอยู่ในห้องผ่าตัดโดยอาจเป็นแผ่นฟิล์มหรืออยู่ในคอมพิวเตอร์ โดยต้องสามารถแสดงภาพรังสีให้เห็นได้อย่างชัดเจนในระหว่างการทำผ่าตัด กรณีที่จำเป็นต้องใช้ภาพรังสี แต่ไม่มีอยู่ในห้องผ่าตัด ควรติดตามมาให้ได้ก่อนที่จะลงมือ ในกรณีที่ติดตามภาพรังสีมาไม่ได้แต่ศัลยแพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องมีภาพรังสีให้ลงบันทึกไว้ ไม่มีการติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด ส่วนกรณีที่ไม่มีจำเป็นต้องติดภาพรังสีในระหว่างผ่าตัดให้ลงบันทึกใน ช่องหมายเหตุว่าไม่จำเป็นต้องติดภาพรังสีระหว่างผ่าตัด (Not Applicable หรือ NA) เมื่อมีการตรวจสอบครบถ้วนถึงขั้นตอนนี้สามารถเริ่มลงมือผ่าตัดได้

3) การผ่าตัดปลอดภัยระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)

3.1) การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด อาจดำเนินการโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ศัลยแพทย์หรือวิสัญญีโดยควรดำเนินการก่อนที่ศัลยแพทย์จะออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งควรสรุปสั้นๆ ได้ใจความ การลงบันทึกจะทำหลังจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกล่าวยืนยัน ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง เนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงชนิดของการผ่าตัดหรือมีการทำผ่าตัดเพิ่มเติมจากที่วางแผนไว้ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบจึงควรกล่าวยืนยันชนิดการผ่าตัดกับศัลยแพทย์และทีมผ่าตัด เพื่อให้การลงบันทึกถูกต้อง ซึ่งอาจทำโดยใช้คำถามว่าทำการผ่าตัดอะไรหรือเราได้ทำการผ่าตัดถูกต้องหรือไม่

3.2) การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครอบถั่ว การมีเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ติดค้างในตัวผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย แต่หากเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลเสียที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตามมา ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดหรือพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องกล่าวยืนยันว่าการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครอบถั่ว ในกรณีที่มีการผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องโพรงต่างๆ ต้องมีการยืนยันว่าการตรวจนับ เครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครอบถั่ว ก่อนเย็บปิดช่องโพรงด้วย ในกรณีที่ไม่มีครอบถั่ว ทุกคนในทีมผ่าตัดต้องช่วยกันดำเนินการตรวจสอบ ค้นหา เช่น ตรวจสอบบริเวณผ้าคลุมผ่าตัด ถึงขยะ และที่แผลผ่าตัด และถ้าจำเป็นอาจต้องมีการถ่ายภาพรังสีเป็นต้น กรณีที่ค้นหาไม่พบและจำเป็นต้องเย็บปิดแผลผ่าตัด ต้องเขียนไว้เป็นหลักฐานให้ชัดเจนว่าได้ดำเนินการอย่างไรบ้างและผลสรุปเป็นอย่างไร โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งศัลยแพทย์ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องลงนามไว้เป็นหลักฐาน

3.3) การเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยเปล่งเสียงดัง) ความผิดพลาดในการเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยและบ่อยครั้ง

ที่ส่งผลให้การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องกล่าวยืนยันความถูกต้องในการเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตลอดจนคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ และคำอธิบายเครื่องหมายต่างๆบนสิ่งส่งตรวจให้ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วน

3.4) ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ การระบุปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์การผ่าตัด เช่น อยู่ในสภาพที่ชำรุดหรือใช้การไม่ได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะจะเป็นการป้องกันไม่ให้เครื่องมือดังกล่าวถูกนำกลับมาใช้อีก ซึ่งอาจก่อให้เกิดให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น หลุดร่วงและค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย นอกจากนี้หากมีปัญห เครื่องมือหรืออุปกรณ์การผ่าตัดไม่เพียงพอควรระบุไว้เพื่อช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขต่อไป ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องมั่นใจว่าได้บันทึกปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดที่ทีมผ่าตัดได้ระบุไว้อย่างครบถ้วน

3.5) ศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้เป็น การทบทวนเฉพาะเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัดและการให้การระงับความรู้สึกที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล

สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องผ่าตัด โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่สำคัญดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) การประเมินปัญหาความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทีมวิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์อภิปราย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในขณะผ่าตัด และประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด โดยตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและแผนการผ่าตัด บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ ภาวะเสี่ยงที่พบกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

2) การเตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือ/เครื่องใช้ห้องผ่าตัด โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉินให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย เตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องผ้าที่ปราศจากเชื้อ และเตรียมเครื่องมือครบตามชนิดของการผ่าตัดนั้นๆ ตรวจสอบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อครบตามขั้นตอนและมาตรฐานทั้งวันผลิต วันหมดอายุ และเปิดเครื่องมือผ่าตัดด้วยวิธีการปราศจากเชื้อ ตรวจสอบเครื่องมือผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อซ น้ำเกลือล้างแผล เข็มเย็บแผล พร้อมบันทึกไว้เพื่อตรวจสอบ เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ส่วนพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) เตรียมเข้าร่วมทีมผ่าตัด

ตามเทคนิคและขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน จัดเตรียมโต๊ะผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อม ความครบถ้วนของเครื่องมือเครื่องใช้ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัดและระวังการเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด ทำความสะอาดผิวหนัง เฉพาะที่ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ ร่วมตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิตก่อนผ่าตัดและก่อนปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือและบันทึกไว้เป็นหลักฐานสังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด อำนวยความสะดวก คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา รวมทั้งอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้องในรายที่ต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ

พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตามหลักการของมาตรฐานการป้องกันการสัมผัสเชื้อ(Standard precaution) ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของเครื่องถ่างขยายผิวหนัง เครื่องจีไฟฟ้า หรือการวางสื่อนำไฟฟ้า และดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการของทีมผ่าตัดและจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มเติม ตรวจนับ ยืนยันจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย การใช้สารน้ำและอุปกรณ์ที่ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะ อุณหภูมिर่างกายต่ำ หลังผ่าตัด

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ตรวจสอบหรือส่งตรวจสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ตามแนวทางของหน่วยงาน ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยหนักตามความจำเป็นส่งต่อข้อมูลระหว่างการผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) ตรวจสอบแผลผ่าตัดที่อธิบาย สายสวนปัสสาวะ NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า และส่วนของร่างกายผู้ป่วยที่อาจมีผลกระทบจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องมืออุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดท่า ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ด้วยความปลอดภัย บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวบรวมอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในขอบเขตของวิชาชีพ ให้ข้อมูลและรายงานอาการ หรือความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นแก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลต่อได้ทราบ เพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ตามขอบเขตวิชาชีพ ประสานกับทีมพยาบาลหอผู้ป่วย และให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัวเพื่อวางแผนในการฟื้นฟูสภาพ (Early ambulation)

มาตรฐานที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ให้ข้อมูลจากการประเมินระยะแรกและต่อเนื่องในการวินิจฉัยความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดแผนการส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ ประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพ ปรับปรุงแผนการส่งเสริมสุขภาพ ประเมินสรุปผลการสร้างเสริมสุขภาพ และบันทึกการให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยผ่าตัดระยะแรกและต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยความต้องการ คุ้มครองภาวะสุขภาพ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ติดตามเฝ้าระวัง อุบัติการณ์การเกิดอันตราย วิเคราะห์สาเหตุ และปรับปรุงแผนการประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และบันทึกผลการปฏิบัติเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ประเมินปัญหาความรู้ความเข้าใจการรับรู้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูล วางแผนการให้ข้อมูลในเรื่องภาวะของโรคและแผนการรักษา วิธีการผ่าตัดร่วมกับทีมสหสาขาที่ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด สิทธิพึงมีการใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล อธิบายความจำเป็นในการลงนามยินยอมรับการรักษาให้ข้อมูล อย่างต่อเนื่องและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและบันทึกการให้ข้อมูล

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายเป็นอย่างดีตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน มีความสุภาพ อ่อนโยน ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ เคารพ ในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาหรือพิธีกรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมในการตัดสินใจเลือกวิธีการ รักษาพยาบาลภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน เปิดโอกาสให้ซักถาม รักษาความลับของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

กำหนดแนวทางและแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ให้ครอบคลุม กระบวนการพยาบาล โดยการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล การส่งต่อการรักษา บันทึกข้อมูลให้ครอบคลุม ถูกต้องและต่อเนื่อง มีระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง เชื่อถือได้และนำผลการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

จากมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ทำหน้าที่ในการประเมินปัญหา ความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องผ่าตัดให้พร้อมก่อนให้บริการ ในระยะผ่าตัด ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) และพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และระยะหลังผ่าตัดทำหน้าที่ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวบรวมอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ตลอดจนเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

2.4.2 แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

องค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ, 2001) ให้นิยาม ความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัยเพื่อให้บรรลุถึงระบบการบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดผลกระทบของความเสียหายและฟื้นฟูความเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) ซึ่งเป็นองค์กรมหาชนที่ยกระดับจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้จัดทำคู่มือการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้โรงพยาบาล ได้นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยนี้ใช้ชื่อว่า Patient Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018

มาตรฐานความปลอดภัยมีประเด็นเนื้อหาจัดเป็น 6 หมวดหมู่ ได้แก่

S 1. Safe Surgery and Invasive Procedure คือ การมีกระบวนการผ่าตัดที่มีความปลอดภัย ดังนี้

S 1.1. Surgical Safety Checklist คือ เครื่องมือในการสื่อสารสำหรับตรวจสอบและประเมินความพร้อมให้เกิดความมั่นใจ ความพร้อม ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ลดข้อผิดพลาด ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการผ่าตัด ซึ่งพบว่าสามารถลดทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการผ่าตัด การใช้ Surgical Safety Checklist สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละที่ และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัด ซึ่งควรมีผู้ดำเนินการตรวจสอบ (Checklist coordinator) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนให้การระงับความรู้สึก (sign in) ก่อนลงมีด (time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ดำเนินการรวมทั้ง ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในทุกกระบวนการตรวจสอบ (World Health Organization, 2010)

S 1.2. Surgical Site Infection (SSI) Prevention คือ การติดเชื้อที่เกิดหลังจากการผ่าตัด โดยแบ่งชนิดการติดเชื้อเป็น 1) Superficial incisional ในกรณีที่ติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังของแผลผ่าตัดภายใน 30 วันหลังผ่าตัด 2) Deep incisional การติดเชื้อชั้นที่ลึกลงมาถึงชั้นพังผืด (fascia) กล้ามเนื้อ (muscle) ภายใน 30 หรือ 90 วันตามชนิดการผ่าตัด 3) Organ/Space การติดเชื้อในอวัยวะหรือช่องต่างๆ ของร่างกายบริเวณเปิดแผลผ่าตัดหรือได้มีการ manipulated ระหว่างผ่าตัดภายใน 30 หรือ 90 วัน ตามชนิดการผ่าตัดการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล

และการเฝ้าระวังหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพควรเฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อชั้นตื้น ที่ไม่ได้ใส่ວັຍວະເທີມเป็นเวลา 30 วัน การติดเชื้อลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อพังผืดหรือกล้ามเนื้อจะติดตาม 30 หรือ 90 วันแล้วแต่ชนิดการผ่าตัด ในกรณีที่ใส่ວັຍວະເທີມติดตามนาน 90 วัน และรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแก่ผู้เกี่ยวข้อง

S 1.3. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) คือ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึงการที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) นำขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มาทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในสภาวะที่พร้อม เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่สุดตามศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและสร้างการมีส่วนร่วมของทีมผู้รักษา ผู้ป่วยและญาติ

S 1.4. Venous Thromboembolism (VTE) หมายถึง ภาวะการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ ซึ่งถ้าอยู่ส่วนลึกของขา (Deep vein thrombosis ; DVT) และอยู่บริเวณเหนือข้อเข่าขึ้นไป (Proximal DVT) จะมีโอกาสเกิดการอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขาและมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ฉับพลันและรุนแรง มีระดับรุนแรงตั้งแต่น้อยไปหามากทำให้เกิดพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน ศัลยแพทย์ต้องประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยศัลยกรรมทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลต้องประเมินการเกิด VTE ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติครอบครัวว่ามีใครในครอบครัวเคยเป็น VTE มาก่อนหรือไม่ การได้รับฮอร์โมนอย่างต่อเนื่องหรือมีการบาดเจ็บของหลอดเลือด เช่น กระดูกเชิงกรานแตก หัก เป็นต้นเพื่อสื่อสารให้ทีมผ่าตัดร่วมกันวางแผนการป้องกันดูแล

S 2. Safe Anesthesia ความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึก หมายถึง การมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึกในอัตราต่ำ และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เป้าหมายคือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสม มีกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐาน

S 3. Safe Operating Room คือ ความปลอดภัยในห้องผ่าตัด

S 3.1: Safe Environment สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่เป็นผลจากนโยบายและการปฏิบัติที่ทำให้มั่นใจว่ามีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยมีการแบ่งเขตกำหนดพื้นที่ในการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐานการทำงานในห้องผ่าตัด มีระบบระบายอากาศ มีการกรองอากาศ และการหมุนเวียนอากาศภายในห้องผ่าตัด 20 air change per hour (ACH) มีการควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม 22 – 24 องศาเซลเซียส เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิด hypothermia และควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ให้อยู่ในช่วง 50 – 60 % มีการจัดอบรมการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้บุคลากรใหม่ และทุกครั้งเมื่อมีการติดตั้งเครื่องใหม่

S 3.2: Safe Surgical Instrument and Device คือ การปฏิบัติเพื่อให้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ปลอดภัยต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วย มีระบบการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิดให้ใช้ได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งได้รับการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อด้วยกระบวนการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

S 3.3: Safe Surgical Care Process เป็นกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆ ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมผ่าตัด การดูแลให้ปลอดภัยระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ต้องทำอย่างต่อเนื่องครอบคลุม

ทุกระยะการผ่าตัด ดังนี้ 1) ก่อนผ่าตัดมีการเตรียมพร้อมด้านร่างกาย โดยประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัด เพื่อแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด มีการตรวจสอบความพร้อมของสภาพร่างกายทั่วไป ที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด เตรียมความพร้อมด้านจิตใจผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด การฟื้นฟูและการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารแสดงความยินยอม การระบุชื่อ นามสกุล ชนิดการผ่าตัด และตำแหน่งที่ผ่าตัด ให้ถูกต้องตามมาตรฐานของ WHO Surgical Safety Checklist (2009) 2) ขณะผ่าตัด เตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องเลเซอร์ เครื่องรัดห้ามเลือด เป็นต้นและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับผ่าตัดแต่ละชนิด ได้แก่การจัดท่า และระมัดระวังการกดทับเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นประสาท และแผลกดทับ รวมถึงการเตรียมผิวหนังผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยคำนึงถึงน้ำยาและขั้นตอนการเตรียมผิวหนังตามมาตรฐานของ AORN 3) หลังผ่าตัด ใช้หลัก Early warning signs ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนด้วยตัวชี้วัด 6 อย่าง คือ Respiratory rate, Oxygen saturation, Temperature, Systolic blood pressure, Pulse rate, และ level of consciousness และบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ตามระบบบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน

2.4.3 ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ

Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981) ได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงาน และการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของกิจกรรม ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้

โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ขั้นที่ 1 ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นที่ 2 ร่วมพัฒนารูปแบบการตรวจสอบความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขั้นที่ 3 ร่วมทดลองใช้ ปรับปรุงรูปแบบ ขั้นที่ 4 ร่วมประเมินผลรูปแบบ และร่วมรับผลประโยชน์ ผู้วิจัยจะมุ่งให้

ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยและญาติ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กฤษณา กำมเลส (2566) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัย ในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรเป้าหมายการพัฒนา คือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดจำนวน 82 ราย และใช้แบบตรวจสอบ รายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดในเดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2566 จำนวน 2,012 ราย พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่กำหนดไว้ได้ในระยะ ก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in) คิดเป็นร้อยละ 94.78 ระยะก่อนลงมีด (Time out) คิดเป็นร้อยละ 92.77 และระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) คิดเป็นร้อยละ 95.41 ตามลำดับ และมีผลการปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัย เพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันปี 2565 และไม่พบรายงานอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ปิยนุช หัตถปณิตย และ วิญญูญา ลือเลื่อง (2566) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการทำงาน เป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดต่อประสิทธิผลของงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่าหลังใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในห้องผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีม นำขั้นตอน การทำงานเป็นทีมของห้องผ่าตัดไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานแก่บุคลากรใหม่เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการห้อง ผ่าตัดต่อไป

ศิริพร ประลันย์ (2566) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่ เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดศัลยกรรมก่อนการทดลองจำนวน 263 รายและหลังการทดลองจำนวน 302 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการทำงานเป็นทีม แนวปฏิบัติและคู่มือเพื่อป้องกันความผิดพลาด ในห้องผ่าตัด แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (WHO Surgical Safety Checklist) เครื่องมือที่ใช้ รวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบสังเกตการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีมของพยาบาล และแบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในห้องผ่าตัด ศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ผลการศึกษาพบว่าการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ศัลยกรรมที่มีรูปแบบชัดเจนทำให้พยาบาลเข้าใจบทบาทของตนเองและเกิดการปฏิบัติเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้การใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยเป็นเครื่องมือสื่อสารภายในทีมช่วยลดอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัดได้

นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์ (2565) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์ จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสาร เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรังจำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ระยะ ผลการวิจัยพบว่า 1) ระบบบริการพยาบาลครบวงจรเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สามารถปฏิบัติได้จริง 2) ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานตามระบบที่พัฒนาขึ้นได้ ร้อยละ 100.00 รวมทั้งมีความพึงพอใจ และยอมรับระบบบริการพยาบาลครบวงจรที่พัฒนาขึ้นในระดับมากทุกข้อ 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ และยอมรับระบบบริการพยาบาลครบวงจรในระดับมากทุกข้อเช่นกัน 4) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังลดลงก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 16.87 จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 100.00 จำนวนครั้งการพลัดตกหกล้มลดลงก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 70.00 จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับลดลงจากก่อนมีระบบฯ ร้อยละ 61.54

ณัฐภัทร์ อัฐวงศ์ (2564) นำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้ในการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลลำพูน พบว่าก่อนใช้แนวทางปฏิบัติฯ พบอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เช่น เซ็นยินยอมระบุงการผ่าตัดไม่ถูกต้อง ระบุงผิดข้างหรือไม่ระบุง รองลงมาคือ ไม่ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด ไม่ติดป้ายข้อมือ มีสิ่งของติดมากับผู้ป่วย (จำนวน 17, 13 และ 6 รายการลำดับ) ระยะขณะผ่าตัดไม่พบอุบัติการณ์และระยะหลังผ่าตัด พบการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ และการส่งมอบผิดพลาดจำนวน 7 รายการ หลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ พบอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด พบไม่ติดป้ายข้อมือ จำนวน 5 รายการ และมีสิ่งของติดมากับผู้ป่วย จำนวน 1 รายการ ไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยในระยะขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พบการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจและการส่งมอบผิดพลาดจำนวน 1 รายการ ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ สหสาขาวิชาชีพในทีมผ่าตัดมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธีรา พงษ์พานิช และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) มีการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 5 หมวด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารอหน้าห้องผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด มี 1 หมวด การพยาบาลในระยะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 หมวด พบว่า 1) บุคลากรสามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ ได้ร้อยละ 99.20 2) ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากของมีคมและของแหลมทิ่มแทง ภายหลังการใช้รูปแบบฯ

ศิริรัตน์ จีงสมาน (2563) ทำการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ในงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นตอนออกแบบและพัฒนาขั้นตอนทดลองใช้และขั้นประเมินผล ประชากรเป้าหมายพัฒนา คือพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด จำนวน 47 คน เครื่องมือวิจัยคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

(Surgical Safety Checklist) และแบบบันทึกอุบัติการณ์การ เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และแบบสอบถามปัญหาอุปสรรคจากการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์และแบบสอบถามระหว่างเดือนกันยายน 2560 – มีนาคม 2561 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย อัตราอุบัติการณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยพบว่าประชากรเป้าหมายพัฒนา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 36.2 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.6 ประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.2 ความพึงพอใจส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.1 ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.2 และไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัด ผิดคน ผ่าตัดผิดข้าง ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผ่าตัดผิดอวัยวะ การหลงลืมวัสดุไว้ในร่างกายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการใช้ไฟฟ้า และการติดเชื้อจากการผ่าตัด

จิรัชยา ศิวาวุธ (2562) ศึกษาทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยมีทั้งหมด 6 ด้านคือ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงาน ทักษะความเป็นผู้นำ และทักษะการตัดสินใจ จากทักษะดังกล่าวข้างต้นสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดนำทักษะต่างๆเหล่านี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

ศรินทร์ล องค์กรประเสริฐ (2561) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบการผ่าตัดปลอดภัย โรงพยาบาลราชวิถี จากการทบทวน และประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี สามารถพัฒนาระบบการ ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้รูปแบบในการตรวจสอบ โดยใช้การสื่อสารจากบทสนทนาที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ WHO ได้แก่ (1) การเตรียมก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (2) ขั้นตอนปฏิบัติก่อนที่จะลงมีด และ (3) ขั้นตอนการประเมินก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด เมื่อทำการวิเคราะห์ผลการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัย พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีแนวโน้มในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 40 ได้แก่ (1) ขั้นตอนเตรียมก่อนการผ่าตัด มีการตรวจสอบยีนยัน Pulse oximeter มีการตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก และมีการตรวจสอบโอกาสเสียเลือดมาก โดยมีร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 42.3, 44.1 และ 75.6 ตามลำดับ (2) ขั้นตอนก่อนเริ่มผ่าตัด มีการทบทวนขั้นตอนเครื่องมือและความเสี่ยงของทีมผ่าตัดมีร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 61.0 (3) ขั้นตอนหลังการผ่าตัด มีการทบทวนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของทีมผ่าตัดหลังการผ่าตัด มีร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 42.3

สตบงกช ทั้งทอง , ผ่องพรรณ มากมี และคณะ (2561) ศึกษาความร่วมมือในการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างสมบูรณ์ของโรงพยาบาลพิจิตร โดยศึกษาจากเวชระเบียนหลังจากที่ผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ข้อมูลที่สนใจศึกษาได้แก่ รายการผ่าตัดปลอดภัย 3 ขั้นตอนคือ Sing-in Time-out และ Sign-out ความครบถ้วนของข้อมูล และความร่วมมือของทีมงานได้ทำการสัมภาษณ์ตัวแทนของผู้มีส่วนร่วมในแต่ละกลุ่มถึงอุปสรรคการทำงานตามแนวทาง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำตามแบบรายการผ่าตัดปลอดภัยทั้งหมด 630 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ความสมบูรณ์ของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่ทำทุกขั้นตอน พบร้อยละ 3.17 สรุปผลการวิจัยพบว่าการนำแบบตรวจสอบรายการ

ผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัด แต่อัตราการปฏิบัติตามให้ครบถ้วนตามขั้นตอนยังอยู่ในระดับที่น้อยมาก อุปสรรคที่สำคัญคือมีระยะเวลาไม่เพียงพอต่อการทำตามทุกขั้นตอน

Hamza Azhar, Nouman Zaib, Haseeb Arif, Fatima Jamil and Talat Waseem (2022) ทำการศึกษาการตรวจสอบทางคลินิกตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของ WHO ในสถานพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ โดยได้พัฒนาแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกนำมาปรับใช้กับเจ้าหน้าที่ดมยาสลบ พยาบาล และศัลยแพทย์ ว่าได้ปฏิบัติตามรายการตรวจสอบความปลอดภัยหรือไม่ จากการศึกษาผู้ป่วย 123 ราย แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้ถูกนำมาใช้ในช่วง Sign in 35 ราย จากทั้งหมด 50 ราย แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมีการนำมาใช้ในช่วง Time out 1 ราย จากทั้งหมด 39 ราย และแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยนำมาใช้ช่วง Sign out กับผู้ป่วยทุกราย ผลลัพธ์พบว่า มีการไม่ปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ช่วง Time out จากผลการศึกษาทำให้เราสามารถปรับการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต

Bardia Barimani, Pouyan Ahangan et. Al (2022) ทำการศึกษารายการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัดของ WHO : การทบทวนผลลัพธ์และการนำไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่ารายการตรวจสอบความปลอดภัย เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมความปลอดภัยและทำให้ทราบข้อผิดพลาดก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการศึกษาการนำรายการตรวจสอบไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ มากมาย และมีข้อสังเกตว่า การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ลดการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด และอัตราการผ่าตัดซ้ำได้เกือบครึ่ง และพบว่าแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยถูกใช้เพิ่มมากขึ้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่ปลอดภัย

Kristin Harris, Eirik Softeland et. al (2022) ศึกษาการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในการผ่าตัดของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ก่อนผ่าตัดมีข้อคำถาม 32 รายการและหลังผ่าตัด มีข้อคำถาม 26 รายการใช้ถามกับผู้ป่วย 215 ราย พบว่าเนื้อหาแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดก่อนผ่าตัดถูกต้องทั้งไป 5 รายการ และ 6 รายการ ได้รับการออกแบบใหม่เพื่อปรับปรุง หลังจากนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดที่ปรับปรุงไปใช้กับผู้ป่วยพบว่า แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดมีความน่าเชื่อถือเหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในสาขาที่มีความเฉพาะเจาะจง

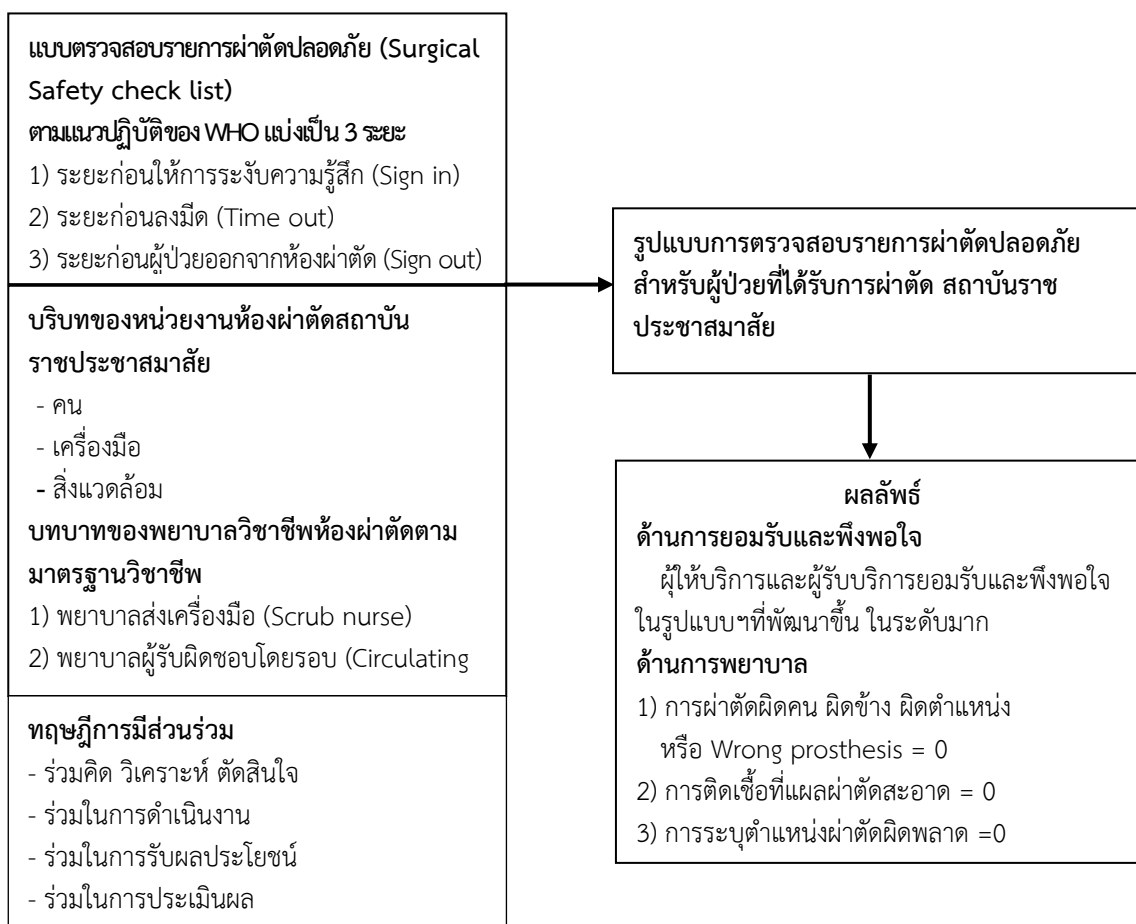
Junming Gong, Yushan Ma et. al (2021) ทำการศึกษาทัศนคติและอุปสรรคในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยกับแผนกศัลยกรรมรีเวช สํารวจโดยใช้แบบสอบถาม 267 ข้อ กลุ่มตัวอย่างคือนรีแพทย์ 85 คน วิสัญญีแพทย์ 86 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล 96 คน ที่โรงพยาบาลในประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมีหลายประการ เช่นภาระงานที่มากเกินไปทำให้ขาดการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ควรลดภาระงานให้ลดลงและควรทำความเข้าใจและให้ความสำคัญกับแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยต่อการนำไปใช้ และควรปรับแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยให้ใช้งานได้ง่ายขึ้น

Oznur Gurlek Kisacik and Yeliz Cigerci (2019) ทำการศึกษามุมมองของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยศึกษาเชิงพรรณนาและภาคตัดขวาง ดำเนินการกับพยาบาล 102 คนที่ทำงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ในจังหวัดอภัยยอนการาธิชาร์ ใช้วิธีสถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลจากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคนรู้จักแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย และมีความคิดเห็นเชิงบวกเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ระบุว่าแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไม่ได้นำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในห้องผ่าตัด สรุปได้ว่าการพัฒนาที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการทำงานร่วมกันเป็นทีมในห้องผ่าตัดจะต้องเกิดขึ้นเพื่อนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ไปใช้อย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะก่อนลงมีด และระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด 2) บริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัด 3) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพผังแผนภูมิ 2.1



แผนภูมิ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยและเป็นไปตามกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ระยะคือ 1) ระยะทำความเข้าใจปัญหา 2) ระยะร่างรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย 3) ระยะทดสอบและปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย 4) ระยะประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (ประสิทธิ์ สิริพันธ์, 2567)

3.1 พื้นที่วิจัย

เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยใช้รูปแบบการวิจัย Action Research ดังนั้นความพร้อมของสถานที่วิจัย และประชากรศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญ ของความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย คณะผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ศึกษาในห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ มีความพร้อมในการพัฒนา และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการวิจัย

3.2 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินการวิจัย

การเตรียมการวิจัย เมื่อตัดสินใจที่จะทำวิจัยเชิงปฏิบัติการและได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในหน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ผู้วิจัยนัดหมายประชุมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ อย่างเป็นทางการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินโครงการวิจัยฯ ประโยชน์ของการวิจัย ความเข้าใจต่อโครงการ กระบวนการปฏิบัติการของโครงการ บทบาทหน้าที่ กิจกรรม ปัจจัยเกื้อหนุน โดยมีกระบวนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) แพทย์ที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป
- 2) จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่มี

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

คณะผู้วิจัยดำเนินการขอคำยินยอมด้วยตนเอง โดยนัดหมายอาสาสมัครขอคำยินยอมเป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจปัญหารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย นักวิจัยจะขอให้ อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0944635663 ตลอด 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย

สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดการพัฒนา รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน จักษุแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน รวม 6 คน

เครื่องมือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสร้างเครื่องมือดำเนินการ ดังนี้ (1) นำกรอบแนวคิดในการวิจัย และจุดมุ่งหมายของการวิจัย มาใช้เป็นหลักในการกำหนดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (2) กำหนดประเด็น ข้อคำถามหลักแต่ละข้อที่จะสัมภาษณ์ (3) สร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด (4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์กับกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายของการวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยคณะผู้วิจัย ก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในที่รโหฐานตามความพร้อมของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคน หลังจากลงนามยินยอม ระยะเวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ต่อคน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกของคณะผู้วิจัย โดยคณะผู้วิจัยวางแผนการสัมภาษณ์และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ด้วยคณะผู้วิจัยกำหนดแนวทางการดำเนินการให้การสัมภาษณ์ มีมาตรฐานเดียวกัน คือ (1) ทบทวนทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย และประเด็นคำถามของการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ชัดเจนในแต่ละข้อ (2) ติดต่อประสานงาน ขอความร่วมมือ การเข้าสู่สถานที่นัดหมาย และแนะนำตนเองกับผู้ให้สัมภาษณ์ (3) ชี้แจงจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่า การสัมภาษณ์เป็นความลับ ขณะเดียวกันก็ขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ด้วย (4) เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการตั้งคำถามแรกอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้ตอบอย่างเต็มที่ คณะผู้วิจัยจับประเด็นคำตอบแล้วซักถามเจาะลึก เพื่อให้ได้รายละเอียดมากที่สุด (พร้อมกับบันทึกการให้สัมภาษณ์ด้วยเทปและ Note ย่อ) คำถาม - คำตอบ จะเป็นไปในตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ไม่ออกนอกกรอบ ยกเว้นว่าเห็นว่าเป็นประโยชน์ คำถามหลัก (Main Questions) เป็นการถามตามประเด็นที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ คำถามชักใช้ไล่เลียง (Probe Questions) เป็นคำถามเพื่อให้ผู้ตอบระบุถึงความรู้สึกเกี่ยวประเด็นนั้นๆ ขยายความมีนัยสำคัญของสิ่งที่ได้พูดไว้แล้ว ขณะที่สัมภาษณ์คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุง ข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการให้มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทุกครั้ง คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในลักษณะ การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 1970) โดย (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) คณะผู้วิจัยเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ ทั้งแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคล ว่าถ้าต่างเวลา ต่างสถานที่และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่า ได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่คณะผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิจัย (Investigator Triangulation) จะเน้นการตรวจสอบจากคณะผู้วิจัยว่าได้ข้อค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหลายคนเก็บข้อมูลพบว่า ข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา จะสรุปเป็นประเด็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (1) การจัดกระทำข้อมูล หลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วคณะผู้วิจัยจะถอดเทปที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก ชนิดคำต่อคำจัดระเบียบข้อมูล บรรณาธิกรข้อมูล วิเคราะห์และตีความสิ่งที่สังเกต จัดทำแฟ้มข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์อย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการค้นหา เชื่อมโยงข้อมูล วิเคราะห์ เพื่อเขียนรายงาน (2) การให้รหัสข้อมูล คณะผู้วิจัยแยกย่อยข้อมูลดิบโดยสรุปสาระของข้อมูลให้เห็นว่าแก่นคืออะไร แล้วสรุหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็น มีผลโดยตรงต่อการตอบคำถามการวิจัย มาจัดระเบียบโดยการย่อ ลดทอนข้อมูลลงให้อยู่ในรูปของแนวคิดหลังจากนั้นทำการเปิดรหัสข้อมูลให้ได้มากที่สุด โดยอ่านข้อมูลดิบอย่างละเอียดหลายๆ รอบ จนกระทั่งเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้แล้วจับประเด็นหลักๆ ให้ได้ว่า สาระสำคัญของแต่ละข้อความนั้นคืออะไรแล้วนำสาระนั้นๆ มาจำหัวให้เป็นรหัส เพื่อแยกแยะจัดกลุ่มความหมาย เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของข้อมูล โดยให้ข้อมูลเป็นตัวนำ ซึ่งกรอบของการให้รหัส คณะผู้วิจัยใช้จุดมุ่งหมายของการวิจัย และประสบการณ์ของคณะผู้วิจัย เป็นตัวตั้ง (3) การวิเคราะห์ตีความ และการให้ความหมาย (Analysis and Interpretation) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ขณะที่คณะผู้วิจัยตีความ จะคำนึงถึงโจทย์วิจัยเสมอ (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติง, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2552)

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) แพทย์ที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป
- 2) จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่มี

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

คณะผู้วิจัยดำเนินการขอคำยินยอมด้วยตนเอง โดยนัดหมายอาสาสมัครขอคำยินยอมเป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ร่างรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย นักวิจัยจะขอให้อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0944635663 ตลอด 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 5 คน วิสัญญีพยาบาล 4 คน จักษุแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน เครื่องมือ นักวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เช่นเดียวกับระยะที่ 1

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) แพทย์ที่เกี่ยวข้อง
- 3) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป
- 2) จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป
- 3) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ในช่วงระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบที่มีสถิติสัมปชัญญะครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

1) การขอคำยินยอมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ และศัลยแพทย์ คณะผู้วิจัยดำเนินการขอคำยินยอมด้วยตนเอง โดยนัดหมายอาสาสมัครขอคำยินยอมเป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการทดลองใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย นักวิจัยจะขอให้อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยัน

การตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0944635663 ตลอด 24 ชั่วโมง

2) การขอคำยินยอมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องด้วยผู้วิจัยหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ผู้วิจัยร่วมเป็นจักษุแพทย์ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจจะทำให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงใจ เหมือนถูกบังคับ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงให้ผู้จัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานห้องผ่าตัด และหน่วยงานวิสัญญี ในการทำหน้าที่ขอคำยินยอมแทนผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจัดอบรมความรู้เรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการขอความยินยอมแก่ผู้ช่วยวิจัย และมีการบันทึกมอบหมายงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้ช่วยวิจัยจะนัดหมายอาสาสมัคร เป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการทดลองใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ รวมทั้งขอคำยินยอมบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้อาสาสมัครลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุดหากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0944635663 ตลอด 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย

- 1) สื่อสารรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นแก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์รวบรวมปัญหา ปรับปรุงแก้ไข 2 รอบ
 - 2) ปรับปรุงรูปแบบสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะที่ 4 โดยการประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ในช่วงระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ
 - 3) ผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย
 - 4) ทำการวิเคราะห์ และทบทวน ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ เพื่อการประเมินผลลัพธ์ที่ 4 ต่อไป
- ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 5 คน วิสัญญีพยาบาล 4 คน จักษุแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน รวม 11 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 15 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน เครื่องมือ 1) นักวิจัย 2) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองโดย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการปรับปรุงรูปแบบฯ 2) ผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมขณะที่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เช่นเดียวกับระยะที่ 1

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

แหล่งข้อมูล หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2) แพทย์ที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปีขึ้นไป
- 2) จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

1) การขอคำยินยอมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ และ ศัลยแพทย์ คณะผู้วิจัยดำเนินการขอคำยินยอมด้วยตนเอง โดยนัดหมายอาสาสมัครขอคำยินยอมเป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินผลรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย นักวิจัยจะขอให้อาสาสมัคร ลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอมและให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0944635663 ตลอด 24 ชั่วโมง

2) การขอคำยินยอมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องด้วยผู้วิจัยหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ผู้วิจัยร่วมเป็นจักษุแพทย์ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจจะทำให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงใจ เหมือนถูกบังคับ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงให้ผู้จัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานห้องผ่าตัด และหน่วยงานวิสัญญี ในการทำหน้าที่ขอคำยินยอมแทนผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจัดอบรมความรู้เรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการขอความยินยอมแก่ผู้ช่วยวิจัย และมีการบันทึกมอบหมายงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้ช่วยวิจัยจะนัดหมายอาสาสมัคร เป็นรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินผลรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การออกจากโครงการ ระบบการรักษาความลับ เปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว ให้อาสาสมัครอ่านใบแสดงความยินยอม เมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลทั้งหมดและได้ซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้อาสาสมัครลงชื่อยืนยันการตัดสินใจในใบแสดงความยินยอม และให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด หากอาสาสมัคร มีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0944635663 ตลอด 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย

1) ประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจต่อรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย หลังจากนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กรณีเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ และศัลยแพทย์ผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองโดยแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ ไม่ระบุชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง

ที่จะเข้าถึงตัวบุคคล แล้วให้ส่งแบบสอบถามกลับภายใน 5 วันทำการโดยใส่กล่อง ที่จัดเตรียมวางไว้ที่หน้าหน่วยงานห้องผ่าตัด กรณีเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้อาสาสมัครตอบอย่างอิสระที่บ้าน หลังจากนั้นนำมาส่งในวันนัดครั้งถัดไป โดยใส่กล่องที่เคาท์เตอร์ประชาสัมพันธ์ชั้น 1 อาคารอาชีวเวชศาสตร์

2) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยคัดลอกข้อมูล (1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (2) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด (3) การระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด จากสถิติหน่วยงานห้องผ่าตัด

3) ประเมินความครบถ้วนของการปฏิบัติตามรูปแบบโดยผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมและสอบถามจากผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยที่มารับบริการ

4) ค้นข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยคืนให้อาสาสมัครรับทราบข้อมูล เพื่อการยอมรับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 5 คน วิสัญญีพยาบาล 4 คน จักษุแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน รวม 11 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 15 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน เครื่องมือ (1) แบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจ (2) แบบฟอร์มการตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (3)แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูล 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม (1.1) นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ด้วยตนเอง (1.2) ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 2) นักวิจัยสังเกตและสอบถามความครบถ้วนของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจากอาสาสมัคร 3) นักวิจัยคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากหน่วยงานห้องผ่าตัด โดยไม่เข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย

การสร้างและพัฒนาแบบประเมินด้านการยอมรับ และพึงพอใจ

1) คณะผู้วิจัยสร้างแบบประเมินด้านการยอมรับ และพึงพอใจ โดยทบทวนความรู้ทางวิชาการ ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร อินเทอร์เน็ตและสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา และปรับปรุงแก้ไข

2) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด (รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตามภาคผนวก) ให้ตรวจสอบค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) กำหนดเกณฑ์การพิจารณา คือ เห็นว่าสอดคล้องให้คะแนน + 1 ไม่แน่ใจให้คะแนน 0 เห็นว่าไม่สอดคล้อง ให้คะแนน -1 ตามสูตร

$$IOC = (\Sigma R)/N$$

IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

ΣR แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนี ความสอดคล้อง แล้วเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC การยอมรับ = .8330 IOC ความพึงพอใจ = 1.000 (ดังตารางภาคผนวก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ซึ่งแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ มีดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง ยอมรับ / พึงพอใจ ระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง ยอมรับ / พึงพอใจ ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ยอมรับ / พึงพอใจ ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ยอมรับ / พึงพอใจ ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ยอมรับ / พึงพอใจ ระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การตัดสินมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ ในงานวิจัยชิ้นนี้ พิจารณา จากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1.00 ถือว่า ผ่านการประเมิน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการให้ข้อเสนอแนะของอาสาสมัคร คณะผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

3.3 เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study)

โครงการวิจัยนี้จะสิ้นสุดทั้งโครงการ แม้ว่าจะยังไม่เสร็จสิ้นแผนดำเนินการวิจัยกรณีดำเนินการ วิจัยไปแล้ว 5 เดือน ยังไม่ได้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย หรือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลออกจากโครงการวิจัย มากกว่า 5 คน หรือจักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ไม่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบฯ

3.4 ประเด็นด้านจริยธรรม

1) ผลการวิจัยจะเก็บเป็นความลับในห้องที่จำกัดผู้เข้าถึง จะอนุญาตให้เฉพาะผู้มีหน้าที่ ควบคุมกำกับกรวิจัยเข้าถึงได้เท่านั้นเมื่อเสร็จสิ้นโครงการจะทำลายเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลที่บันทึกไว้เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ทุกประเภทจะทำลาย โดยการล้างข้อมูลออกจากแฟ้ม อิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกข้อมูลไว้ใน 3 ปีหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ

2) คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันแก้ไขในงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ การถูกสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การตอบแบบสอบถาม อาจทำให้อาสาสมัครรู้สึกอึดอัด หรือไม่สบายใจ อาสาสมัครมีสิทธิไม่ตอบคำถามในข้อที่ไม่ต้องการตอบ หรือยุติการเข้าร่วมโครงการโดยไม่ต้องบอกนักวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากงานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจะวิเคราะห์ นำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีข้อมูลที่เข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร

3) งานวิจัยนี้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะไม่ได้ประโยชน์โดยตรง แต่อาจมีประโยชน์ ต่อผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่ได้รับการผ่าตัดในหน่วยงานห้องผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย ต่อไป

4) การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้อาสาสมัครมีสิทธิเสรีภาพเต็มที่ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือการกดดันทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้า

ร่วม ปฏิเสธการตอบคำถาม และการถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมโครงการหรือไม่ นั้นหรือการถอนตัวจากโครงการจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน หรือการเข้ารับบริการในสถาบัน ราชประชาสมาสัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะย้ำเตือนให้อาสาสมัครเข้าใจถึงสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจเข้าร่วมสิทธิ ที่จะปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ และสิทธิที่ในการถอนตัวจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้

3.5 ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 6 เดือน (กุมภาพันธ์ 2567 – กรกฎาคม 2567)

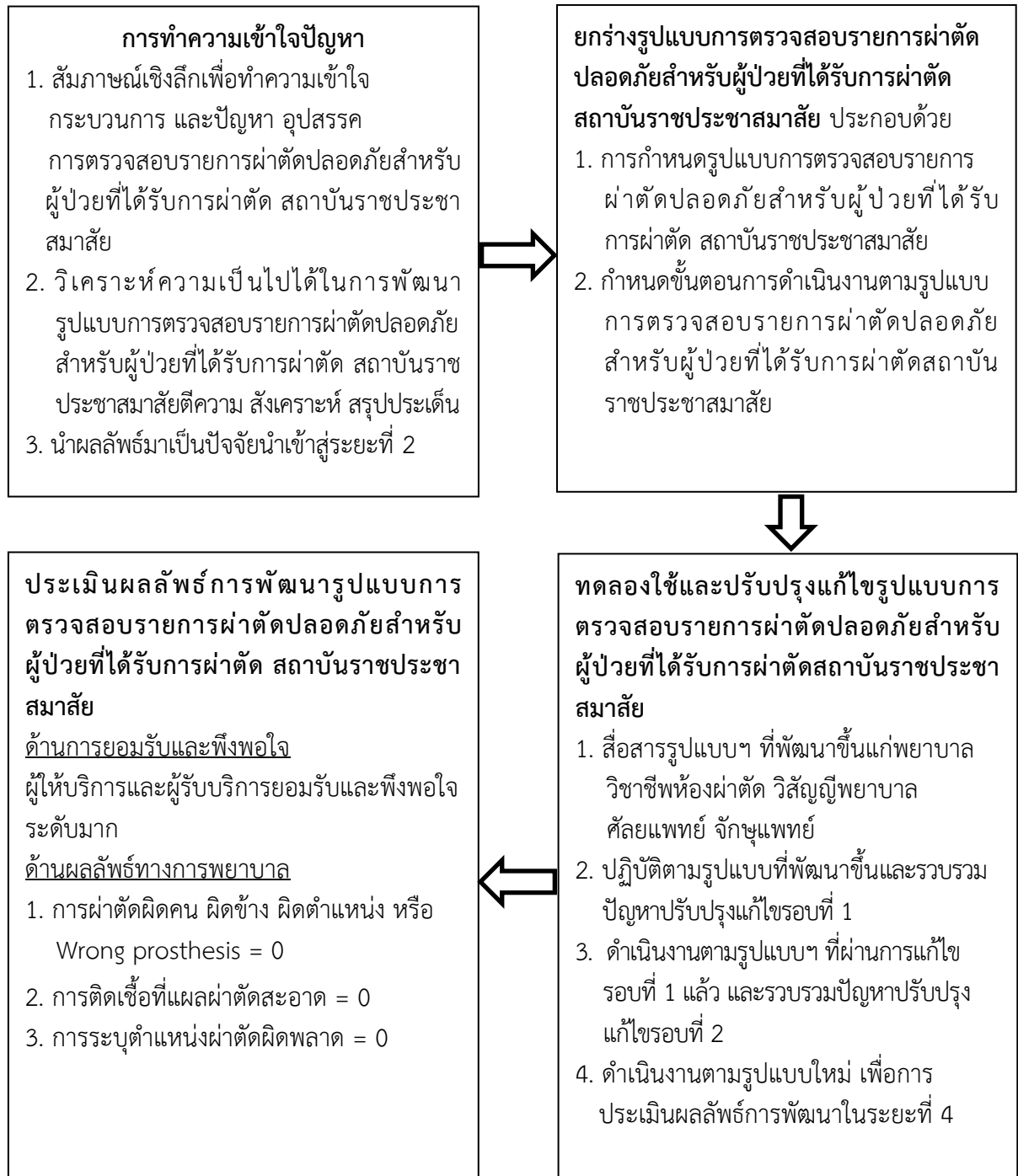
3.6 แผนดำเนินการวิจัย

ตาราง 3.1 แผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย (Gantt Chart)

กิจกรรมการวิจัย	ระยะเวลาดำเนินการวิจัย (เดือน กุมภาพันธ์ 2567 – กรกฎาคม 2567)											
	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค	พ.ย	ธ.ค
1.การทำความเข้าใจปัญหา - สัมภาษณ์เชิงลึก		↔										
2. ยกร่างรูปแบบการตรวจสอบ รายการผ่าตัดคลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบัน ราชประชาสมาสัย		↔										
3.ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบที่ พัฒนาขึ้น 3.1 สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม 3.2 ปรับปรุงรูปแบบสำหรับการ ประเมินผลลัพธ์ระยะที่ 4			←				→					
4. ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4.1 ประเมินผลการยอมรับและ ความพึงพอใจรูปแบบฯ 4.2 ประเมินความครบถ้วนของ การปฏิบัติตามรูปแบบ 4.3 ประเมินผลลัพธ์ทาง การพยาบาล 4.4 คืบข้อมูล							↔					

3.7 ขั้นตอนการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยของ Action Research 4 ระยะ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปเป็นแผนภูมิ 3.1 ดังนี้



แผนภูมิ 3.1 ขั้นตอนการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

สาระสำคัญในบทนี้ นำเสนอผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดดังนี้

4.1 ปัญหาการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำความเข้าใจกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่ใช้ในหน่วยงาน ของสถาบันราชประชาสมาสัยเดิม

ปัจจุบันสถาบันราชประชาสมาสัย มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไม่ครบทุกการผ่าตัดและหัตถการ มีการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเฉพาะโรคต่อกระดูก และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นการใช้ส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ ผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม หอผู้ป่วยทั่วไปและพิเศษ หน่วยงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล แต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์พบว่าขาดการตรวจสอบรายการที่ผู้ป่วยรับประทาน เช่น ยาบำรุงและวิตามินต่างๆ ยาสมุนไพร เป็นต้น นอกจากนี้ยังขาดการส่งต่อข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการมีบาดแผลบริเวณร่างกาย เป็นต้น

การผ่าตัดโรคอื่นๆ ที่ต้องนอนโรงพยาบาล เช่น ผ่าตัดจอประสาทตา ผ่าตัดก้อนเนื้อใต้ขา ผ่าตัดเสริมเต้านม ผ่าตัดความงาม ผ่าตัดขาใต้เข่า ผ่าตัดโยกย้ายกล้ามเนื้อและต่อเส้นเลือด รวมทั้งการผ่าตัดและหัตถการที่ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (OPD Case) ยังไม่มีรูปแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มีเพียงการดำเนินการโดยตรวจสอบตามข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ไม่มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ไม่เกิดการเชื่อมโยง หรือตรวจสอบข้อมูลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

“...ที่ทำแบบตรวจสอบแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดเฉพาะโรค ต่อกระดูก เพราะเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์...PCT จักษุเลยทำแบบตรวจสอบการผ่าตัดขึ้นมา เพื่อแก้ปัญหา...แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมนะคะ...น่าจะต้องเพิ่มเติมข้อมูลบางอย่างให้สมบูรณ์...การถามเรื่องการกินยาบำรุง ยาสมุนไพรที่มีผลต่อการผ่าตัด ยังไม่เห็นมีเลย...เรื่องการติดเชื้อระบบอื่นๆ ก็ไม่มีการตรวจสอบ...หรือบางคนตรวจสอบแต่ไม่ลงบันทึก เพราะไม่มีในรายการตรวจสอบก่อนผ่าตัด...”

“ก” วิสัญญีพยาบาล

“...แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดมีไม่ครบทุกการผ่าตัด...บางที่การส่งต่อข้อมูลก็ไม่ครบ...ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร...บางที่แพทย์ใช้เครื่องมือพิเศษก็ไม่มีการส่งต่อข้อมูล...ทำให้ทำงานลำบาก จัดเตรียมเครื่องมือไม่ครบถ้วน...ก็เกิดปัญหา...แล้วการผ่าตัดที่สำคัญ เช่น จอประสาทตา ผ่าตัดก้อน

เนื้อใต้เขา ผ่าตัดเสริมเต้านม ผ่าตัดความงาม ผ่าตัดขาใต้เขา ผ่าตัดต่อเส้นเลือดโยกย้ายกล้ามเนื้อ...ก็ไม่มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด...น้องใหม่ก็ทำไม่ถูก...”

“ข” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

“...ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ OPD Case... ไม่มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด... การส่งข้อมูลไม่ครบ ไม่มีการบันทึกข้อมูลการกินยาพวกสมุนไพร พกยาบำรุงที่ผู้ป่วยกินประจำ...บางทียาพวกนี้มีผลทำให้เลือดออกมากขณะผ่าตัด...ก็เป็นปัญหา...อยากให้มีการใช้แบบตรวจสอบการผ่าตัดทั้ง OPD Case และ IPD Case...จะเป็นผลดีกับผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด รวมถึงแพทย์ด้วย ...”

“ค” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

4.1.2 รูปแบบการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยเดิม

รูปแบบการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ในปัจจุบันมีการดำเนินการเพียงตรวจสอบข้อมูลสัญญาณชีพจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่ส่งข้อมูลให้ห้องผ่าตัด ไม่มีการประเมินวัดสัญญาณชีพซ้ำเมื่อรับผู้ป่วยเข้ามารอในห้องผ่าตัด ในการระบุตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุระบุตำแหน่งการผ่าตัดและทุกหัตถการทางตาเป็นการจัดทำเทปขาวติดบริเวณเหนือตาที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ มีเพียงต่อกระจกเท่านั้นที่มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย แต่การผ่าตัดและหัตถการอื่นๆ ยังไม่มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในส่วนหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมยังไม่มีการระบุตำแหน่งการผ่าตัด/หัตถการ กรณีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคหัวใจและพิเศษดำเนินการติดเทปขาวระบุตำแหน่งเข่าข้างที่จะทำผ่าตัด ซึ่งรูปแบบเดิมการระบุตำแหน่งยังไม่เหมาะสม เกิดการเลื่อนหลุดของเทปขาวที่ติดระบุตำแหน่ง และยังไม่มีการระบุข้างซ้ายหรือข้างขวาให้เกิดความชัดเจน

“...รูปแบบการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยปัจจุบันผมว่ายังไม่ค่อยดีนะ...เราน่าจะทำให้ดีกว่านี้...ที่ผ่านมามีการติดเทปขาวระบุตำแหน่งเข่ามากหลุดบ่อยๆ...การตรวจสอบเรื่องระบุตำแหน่งก็ไม่ชัดเจน...การระบุตำแหน่ง ผมมองว่าก็มีส่วนสำคัญนะ ถ้าทำได้ทุกหัตถการผมว่าดีเลย อันนี้มันเป็นสิ่งที่สมเหตุสมผล แล้วถ้าเป็นส่วนของเราที่เราไม่สามารถไประบุตำแหน่งได้ ผมว่าก็ระบุตำแหน่งเหนือขึ้นมาหน่อยก็ได้ ไม่ต้องไปทำตรงแผล”

“จ” ศัลยแพทย์

“...รูปแบบในปัจจุบันไม่ชัดเจนค่ะ...หนูก็ทำงานลำบาก มีความกังวลมาก...อยากให้มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำได้จริง ผู้ป่วยปลอดภัย...ปัจจุบันทำเพียงตรวจสอบข้อมูลสัญญาณชีพจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่ส่งข้อมูลให้ห้องผ่าตัด ไม่มีการประเมินวัดสัญญาณชีพซ้ำ...พคนไข้เข้าห้องผ่าตัดความดันสูงก็ต้องเลื่อนผ่าตัด...หนูว่าน่าจะมีการตรวจสอบสัญญาณชีพและตรวจสอบข้อมูลที่จำเป็นก่อนผ่าตัดทุกราย...ทำแบบรายการตรวจสอบก็ได้ค่ะ แต่ขอเป็นแบบมีลายลักษณ์อักษร ตรวจสอบได้...”

“ข” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

“...รูปแบบที่ทำอยู่ ไม่ค่อยดีเท่าที่ควร...ผมมองว่าถ้าเราเปลี่ยนเป็น สติกเกอร์มาแทนเทพกาแล้วติดบนตัวผู้ป่วยเลยก็ดีขึ้นครับจะได้ไม่เลือนหลุด เพราะบางทีเวลาผู้ป่วยเอียง หน้าเทพกาอาจจะเลือนหลุดจากตัวหมวกได้”

“ง” จักษุแพทย์

“...รูปแบบที่ทำอยู่ ยังไม่มีการประเมินวัดสัญญาณชีพซ้ำ...การระบุ ตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) ก็ไม่ชัดเจน ...มันน่าจะดีกว่านี้ได้อีกนะค่ะเพราะในปัจจุบันแถบที่ติดกับ หมวก มันเลือนหลุดง่ายมาก อยากให้ปรับรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดให้ดีกว่าเดิม”

“ซ” วิสัญญีพยาบาล

“...รูปแบบที่ทำอยู่ยังไม่ครอบคลุมค่ะ... อยากให้ครอบคลุมทุกหัตถการ และทุกการผ่าตัด...อยากมีแบบที่ชัดเจนทุกเรื่อง...ของเดิมการระบุตำแหน่ง มันไม่ได้บอกว่าซ้าย หรือ ขวา มันเป็นการตรวจสอบความถูกต้องในภาพรวม ถ้ามีการเพิ่ม ซ้าย ขวา จะดีมากขึ้น ในส่วนของการระบุ ตำแหน่ง มองว่าการติดสติกเกอร์ ทุกหัตถการมันดีนะ มันทำให้ทุกคนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำ ผ่าตัด...”

“ช” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

4.1.3 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยเดิม

การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน มีเฉพาะแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยของโรคต่อกระดูก และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีเพียงขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน ไม่มีขั้นตอนการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลสำคัญ และจำเป็นระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่นการให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด การใช้เครื่องมือพิเศษที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด การลงข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ในการผ่าตัด การระบุตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องมีขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือคู่มือปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน สิ่งที่ปรากฏในปัจจุบันสถาบันราชประชาสมาสัยยังไม่มีคู่มือปฏิบัติงานแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีเพียงการสอนด้วยการปฏิบัติจริงจากรุ่นสู่รุ่น จึงทำให้ข้อมูลสำคัญบางอย่างขาดหายไปไม่มีการบันทึก หรือเชื่อมต่อข้อมูล

“...การตรวจสอบข้อมูลที่สำคัญในการผ่าตัด พวกเครื่องมือพิเศษ เลนส์แก้วตาเทียม ไม่เคยเห็นมีรายการตรวจสอบเป็นลายลักษณ์อักษร...ควรมีการเขียนไว้ให้รู้...ไม่มีการขานเครื่องมือพิเศษที่จำเป็นต้องใช้...ผมคิดว่าควรมีแนวทาง คู่มือในการปฏิบัติไว้ก็ดีขึ้นครับ น้องใหม่ที่มาปฏิบัติงานจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง...เป็นผลดีกับคนไข้และพวกเรานะครับ...ทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดให้ครอบคลุมแล้วมีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนจะเป็นการดีมากเลยครับ...”

“ง” จักษุแพทย์

“...แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดของข้อเข่าที่มีอยู่...แต่ขั้นตอนการปฏิบัติงานของพยาบาลไม่เคยเห็น...ผมว่ามันต้องมีนะ...เวลามีปัญหาจะได้ย้อนกลับมาตรวจสอบได้...เวลาคนไข้ติดเชื่อผมก็ไม่ว่าจะหาสาเหตุจากอะไร ไม่รู้ว่าติดเชื่อจากขั้นตอนไหน...”

“จ” ศัลยแพทย์

“...ที่ผ่านมาระบุตำแหน่งการผ่าตัดก็ไม่ดีพอ...ผมไม่เคยเห็นขั้นตอนหรือคู่มือการปฏิบัติงานที่ใช้ในการตรวจสอบรายการผ่าตัดต่อกระจกเลย...ถ้าน้องๆจะทำรูปแบบ แล้วมีคู่มือขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ชัดเจน ปฏิบัติได้ ใช้ได้จริงก็เป็นที่น่าชื่นชมครับ ผมสนับสนุน...และควรทำให้ครอบคลุมทุกหัตถการ...จะเริ่มจากหัตถการที่ทำบ่อยๆ เช่นฉีดยาเข้าวันตาก่อนก็ได้ครับ...”

“ฉ” จักษุแพทย์

“...หนูมองว่าการที่เรามีคู่มือให้เป็นตัวกำหนดแนวทางก็น่าจะดีนะคะ เพราะแต่ละคนอาจจะยังไม่ทราบหน้าที่ที่ชัดเจน ว่าต้องประเมินตรงไหนบ้าง การมีคู่มือน่าจะช่วยให้การตรวจสอบง่ายขึ้น...แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ควรแจ้งให้ทุกคนได้ทราบเพราะน้องๆก็ไม่สามารถใช้ได้ตรงกันทุกคน เราควรต้องอธิบายและควรให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน เพราะประสบการณ์น้องไม่เหมือนพี่ ยังไม่รู้ว่าต้องประเมินผู้ป่วยขั้นตอนไหนยิ่งถ้าเรามีคู่มือมาช่วยจะทำให้การทำงานง่ายขึ้น...”

“ก” วิสัญญีพยาบาล

“...แต่แต่ละคนไม่สามารถรู้ได้ทุกอย่าง ยิ่งถ้ามีคู่มือมาช่วยด้วยน่าจะดีนะคะ เพราะบางคนอาจใช้ไม่ถูก ใช้ไม่เป็น ถ้าเราไม่มีคู่มือให้เค้าอ่าน”

“ข” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

“...ประสบการณ์ของน้องก็เป็นส่วนหนึ่ง คนที่มีประสบการณ์ก็ควรจะมาสอนน้องใหม่ด้วย...เราต้องแนะนำให้น้องเห็นถึงความสำคัญและหากว่าน้องทำไม่ได้หรือติดขัดตรงไหน ...การมีคู่มือจะเป็นแนวทางช่วยให้น้องสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมาคอยถามพี่...”

“ค” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

“... มองว่าบทบาทหน้าที่แต่ละคนแตกต่างกัน ประสบการณ์จะช่วยให้เข้าใจในบทบาทงานของตัวเอง แต่ถ้าเรามีแนวทางปฏิบัติร่วมกัน มีคู่มือมากำกับ อาจจะช่วยให้แต่ละคนได้ศึกษา และไปในทิศทางเดียวกัน...”

“ช” วิสัญญีพยาบาล

4.1.4 ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดการดำเนินการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยเดิม

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า สถาบันราชประชาสมาสัย มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด เฉพาะกับผู้ป่วยผ่าตัดทางด้านจักษุ (ผ่าตัดต่อกระจก) และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม) ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้กับการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆได้ นอกจากนี้พบว่าไม่มีการตรวจสอบข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น เช่น สัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัด รายละเอียดการใช้ยา การติดเชื้อดื้อยา การใช้วาระเทียม การระบุตำแหน่งก่อนผ่าตัด เป็นต้น จึงเป็นข้อจำกัดของการดำเนินการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ที่ไม่ได้ออกแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในรายการผ่าตัดที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกการผ่าตัดและทุกหัตถการ ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการตรวจสอบข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย และทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัด หรือขณะผ่าตัดมีผลกระทบในการเตรียมเครื่องมือพิเศษได้ไม่ครบถ้วน อาจก่อให้เกิดการผ่าตัดล่าช้า หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

“...ที่ผ่านมาเทปกาวเลือนหลุดบ่อย...บางทีหลุดออกจากตำแหน่งที่ติด บางทีก็ไปอยู่ที่หัว...อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผ่าตัด ผิดข้างได้...ถ้าผ่าตัดผิดข้างก็อาจถูกฟ้องร้อง...ผมก็เสียชื่อนะครับ...ทุกวันนี้ผมต้องระมัดระวังก่อนทำความสะอาด และก่อนผ่าตัด ว่าจะผ่าตัดตาถูกข้างหรือเปล่า...ผมไม่เชื่อเทปกาวที่ติดมา...ต้องตรวจสอบประวัติให้รอบคอบ...”

“ฉ” จักษุแพทย์

“...ปัญหาอุปสรรคที่ ผมพบนะครับ...ข้อมูลสัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัดไม่มีการตรวจสอบข้อมูล...และส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน...เวลาผ่าตัดบางทีคนไข้ความดันสูง...พอเข้าห้องผ่าตัดก็เลื่อนผ่าตัด...บางคนเข้าห้องผ่าตัดก็เจ็บแน่นหน้าอก ต้องส่งต่อโรงพยาบาลอื่นที่มีหมอหัวใจ...ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย...”

“ง” จักษุแพทย์

“...ปัญหาการผ่าตัดเรื่องการติดเชื้อมีอยู่ และการส่งต่อข้อมูลเรื่องอวัยวะเทียมเป็นปัญหาใหญ่...และเป็นอุปสรรคในการผ่าตัด...ไม่มีการตรวจสอบข้อมูลในเรื่องนี้...การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดทำให้ไม่ปลอดภัย...ของเดิมไม่ได้ออกแบบให้ใช้ได้กับทุกการผ่าตัดและทุกหัตถการ...บางครั้งรับผู้ป่วยมารอตรวจสอบว่าติดเชื้อมีอยู่ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัดคนไข้ไปไว้เคสสุดท้าย...กรณีอวัยวะเทียมถ้าเตรียมไม่พร้อม หรือไม่ครบ อาจไม่มีให้ใส่คนไข้...ดังนั้นแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดที่ครบถ้วนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยให้ผ่าตัดปลอดภัย...ในที่นี้หมายถึงปลอดภัยทั้งคนไข้...ปลอดภัยจากการร้องเรียนด้วยนะ...”

“ก” วิทยาลัยพยาบาล

“...แต่เดิมนะคะของเรามีแค่แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเฉพาะกับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม...แบบเดิมก็ไม่สามารถใช้ได้กับทุกหัตถการหรือทุกการผ่าตัด...แบบตรวจสอบนี้ก็คิดว่าสมบูรณ์...พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมาตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญ และข้อมูลที่จำเป็น...บางครั้งทำให้เกิดผลกระทบเตรียมเครื่องมือพิเศษได้ไม่ครบ...การผ่าตัดก็ล่าช้า...ถ้าเตรียมไม่ทันก็เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย...สถาบันอาจถูกฟ้องร้อง...”

“ข” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

4.1.5 ความต้องการและคาดหวังของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่มีบทบาทรับผิดชอบการผ่าตัดผู้ป่วยในสถาบันราชประชาสมาสัย มีความต้องการและคาดหวังว่ารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ของสถาบันราชประชาสมาสัย ที่จะพัฒนาขึ้นโดยให้ข้อเสนอว่าควรมีรูปแบบที่ใช้ได้กับทุกการผ่าตัด และทุกหัตถการ สามารถประเมินได้ครอบคลุมการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะก่อนลงมีด ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด มีรูปแบบที่ง่ายต่อการตรวจสอบข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นประโยชน์ทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่จะพัฒนาขึ้นควรมีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อสามารถใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งสถาบันราชประชาสมาสัย ทั้งนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบดังกล่าว

“...ผมมองว่าการผสมกันระหว่างแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดแบบเดิมกับแบบใหม่มันอาจจะทำให้เราปิดช่องว่างในส่วนที่เราขาดไป แต่ถ้าใช้เป็นแนวทางเดียวกันผมว่ามันดีนะครับ ใช้แบบแผ่นเดียวไม่ต้องแยก แต่บางหัตถการถ้ามันต้องตรวจสอบความละเอียดมากกว่าเดิม มันก็ใช้อันเดียวกันลำบาก...ถ้าจะพัฒนาจริงๆต้องมีรูปแบบที่ใช้ได้กับทุกการผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ...ต้องตรวจสอบข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น...ปิดจุดอ่อนของเดิมให้ได้...ให้มีประโยชน์กับคนทำงาน และผู้ป่วยปลอดภัย...ต้องมี คู่มือแสดงขั้นตอนการทำงานด้วยนะครับ...จะได้ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน... ถ้าตามนี้ผมก็สนับสนุนครับ...”

“ง” จักษุแพทย์

“...ชื่นชมนะครับที่จะพัฒนางานให้ดีขึ้น...เรามองที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย...ความสบายใจของผู้ปฏิบัติงาน ที่จะไม่ติดขัดกับการทำงาน...แบบรายการตรวจสอบผู้ป่วยปลอดภัยที่ควรพัฒนา...ก็ต้องทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย...นำปัญหาอุปสรรคมาแก้ไขให้ดีขึ้น...มีการทำงานเป็นขั้นตอน...จัดทำคู่มือให้ปฏิบัติได้แบบเดียวกัน...จะได้ไม่มีการโทษกันไปโทษกันมา...สิ่งสำคัญที่สุดคือจะทำการอย่างไรให้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยครอบคลุม 3 ระยะ ทุกการผ่าตัด ประเมินทุกจุดสำคัญๆ ที่ไม่ควรพลาด หรือเคยพลาดมาแล้ว...มีอะไรให้ผมช่วยก็บอกนะครับ ผมยินดีช่วย...”

“ฉ” จักษุแพทย์

“...การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพียงใบเดียวมาใช้กับผู้ป่วยทุกหัตถการมันดีมากเลย มันไม่ต้องมาแยกว่าหัตถการไหนควรใช้ใบไหน หยิบมาใบเดียวใช้ได้หมด...แต่จะทำการอะไรที่จะประเมินได้ครอบคลุม...ปิดช่องโหว่ ที่ผ่านมา ประเมินปัญหาสำคัญๆ จะได้ไม่พลาด...หนุ่ยอยากให้แบบประเมินที่ใช้ร่วมกันได้ เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่แบ่งแยก...”

“ซ” วิสัญญีพยาบาล

“...การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพียงใบเดียวมาใช้เป็นภาพรวมทั้งหมด...ไม่ต้องมาแยกว่าหัตถการไหนควรใช้ใบไหน มันสะดวกมากเลยคะ...เพราะถ้ามีหลายใบถ้าหยิบผิดมันก็ใช้ไม่ได้กับหัตถการนั้นๆ...การประเมินก็ผิดพลาด ไม่ครอบคลุม...การทำงานทุกวันนี้ก็เร่งรีบอาจผิดพลาดได้...น่าจะสร้างรูปแบบที่ใช้ได้ในชีวิตจริง...พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจะได้ไม่มีภาวะเสี่ยงกับการทำผิดพลาด...ทำแล้วใช้ได้ทุกระยะของการผ่าตัดก็ดีนะคะ...ส่วนเนื้อหาประเมิน หนุ่ยคิดว่า ทีมงานที่เกี่ยวข้องต้องมาร่วมกันคิด ออกแบบในสิ่งที่เป็นไปได้คะ...หนุ่ยอยากให้มีคู่มือสำหรับน้องที่จะมาทำงานใหม่ด้วยคะ...”

“ช” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

“...การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพียงใบเดียวมาใช้มันดีมากคะ แต่ถ้ามีการตรวจสอบรายละเอียดการผ่าตัดที่ซับซ้อนก็เขียนเพิ่มไป อาจจะเขียนเพิ่มมากขึ้นอีกนิดนึง...แต่ถ้าพวกเรามาช่วยกันสร้างแบบใหม่ให้ดีกว่าเก่า ก็จะช่วยให้งานของเราสะดวกขึ้น...อย่าลืมว่าทุกขั้นตอนของการผ่าตัด หากมีความผิดพลาดก็ไม่พ้นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด...ดังนั้นควรพัฒนาให้เกิดรูปแบบที่ปลอดภัยจริงๆ ให้แพทย์เข้ามาร่วมวิเคราะห์ และร่วมกันพัฒนา...พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคนยินดีที่จะร่วมพัฒนาอยู่แล้ว...”

“ค” พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

4.2 วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็น ความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สถาบันราชประชาสมาสัย

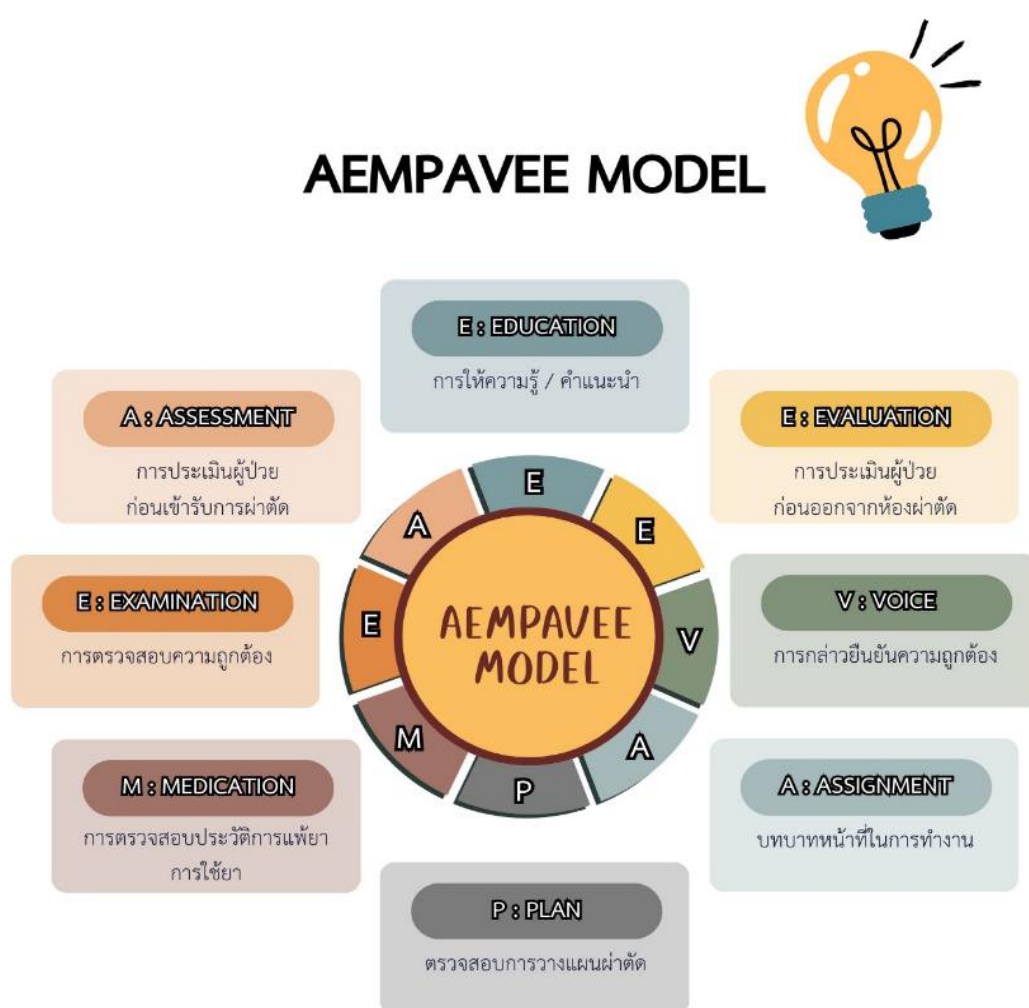
จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่ศึกษาสภาพปัญหาแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สถาบันราชประชาสมาสัย ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่า สถาบันราชประชาสมาสัย มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดโรคต่อกระดูกและโรคข้อเข่าเสื่อม แต่แบบตรวจสอบดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้ได้กับทุกการผ่าตัดหรือทุกหัตถการ นอกจากนี้เนื้อหาในแบบตรวจสอบดังกล่าวข้างต้นยังไม่ครอบคลุมการประเมินข้อมูลสำคัญทั้งระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะก่อนลงมีด ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด รวมทั้งการระบุตำแหน่งผ่าตัดไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด อีกทั้งยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากปัญหาดังกล่าว จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีความต้องการ และความพร้อมตลอดจนมีแนวคิดที่จะมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สถาบันราชประชาสมาสัย โดยให้ข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า รูปแบบที่จะพัฒนาขึ้น ควรมีคู่มือ แนวทางขั้นตอนปฏิบัติงานที่ชัดเจน และใช้ได้จริงเพื่อให้เป็น แนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งข้อมูลสำคัญๆ ในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยแรกรับก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2) การยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วย ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วย การระบุตำแหน่งการผ่าตัด การตรวจสอบตารางผ่าตัด การลงชื่อยินยอมผ่าตัด 3) การตรวจสอบประวัติผู้ป่วย ด้านประวัติการแพ้ยา ประวัติการติดเชื้อมีดื้อยา ประวัติการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การรับประทานยาสมุนไพร วิตามินบำรุงอื่นๆ 4) ตรวจสอบยาและเครื่องมือ เช่น อุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือ และยาทางด้านวิสัญญี ยา Pre – med NPO Time การเตรียมอวัยวะเทียม และการเตรียมอุปกรณ์พิเศษ 5) การทบทวนประสิทธิภาพของเครื่องมือ 6) การติดภาพรังสีที่ใช้ระหว่างผ่าตัด 7) การประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 8) ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด 9) การทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด

4.3 รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

จากการวิเคราะห์ปัญหาการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยพบว่า สถาบันฯ ยังไม่มี รูปแบบ แนวทางการปฏิบัติ การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพไม่มีการส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดที่ชัดเจน คณะผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 คืน ข้อมูลให้อาสาสมัครที่เป็นสหวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำนวน 2 ครั้ง เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย ผ่านการทดลองใช้ในระยะเวลาที่กำหนด สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม จำนวน 2 ครั้ง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปผล ปรับปรุงแก้ไขร่วมกันระหว่างนักวิจัย และทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 2 รอบ เพื่อให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

4.3.1 รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยผ่าตัด ที่พัฒนาขึ้นผ่านการทดลองใช้เบื้องต้น และปรับปรุงแก้ไข 2 รอบ คือ AEMPAVEE MODEL ภายใต้รูปแบบดังกล่าว มีคู่มือปฏิบัติงานการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย โปสเตอร์ขั้นตอนการปฏิบัติงานตามรูปแบบ AEMPAVEE MODEL ที่เป็นลายลักษณ์อักษร



แผนภาพ 4.1 รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย



แผนภาพ 4.2 คู่มือปฏิบัติงานแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดและ
วิสัญญีพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

A = Assessment การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา

การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา โดยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลจะทำการขึ้นไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อประเมินสภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ด้านร่างกาย พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดประเมินผิวหนังบริเวณผ่าตัด ต้องไม่มีการอักเสบ บวม แดง หรือมีการอักเสบบริเวณอื่นๆที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด หากประเมินแล้วพบว่ามีความผิดปกติให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา ด้านจิตใจ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจะเข้าไปพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เข้าวันผ่าตัด เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามารอหน้าห้องผ่าตัด พยาบาลจะทำการประเมินสัญญาณชีพ หากพบว่าความดันโลหิตเกินเกณฑ์ BP $\geq 160/90$ mmHg (ตามเกณฑ์ CPG ศัลยกรรม) และ BP $\geq 180/110$ mmHg (ตามเกณฑ์ CPG จักษุ) รายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบ เมื่อแพทย์เจ้าของไข้ให้ยาลดความดันตาม CPG หากความดันโลหิตไม่ลงตามเกณฑ์ แพทย์ประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงขณะผ่าตัด ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ จะทำการเลื่อนผ่าตัด และนัดผู้ป่วยมาประเมินซ้ำก่อนมาผ่าตัดครั้งต่อไป

E = Examination การตรวจสอบความถูกต้อง

กระบวนการตรวจสอบความถูกต้อง พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบตรวจสอบความถูกต้องร่วมกับวิสัญญีพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยเมื่อผู้ป่วยมาถึงยังห้องผ่าตัด จะร่วมกันทำการยืนยัน 1) ความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วยโดยการสอบถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย โดยมีหลักการจะยืนยันความถูกต้องของตัวผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตำแหน่ง (การสอบถามร่วมกับการตรวจสอบในแฟ้มประวัติผู้ป่วย) 2) ความถูกต้องของการระบุตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบทำการยืนยันความถูกต้องของเครื่องหมายระบุตำแหน่งผ่าตัด ร่วมกับวิสัญญีพยาบาล โดยตรวจสอบการระบุตำแหน่งว่าทางหน่วยงานหอผู้ป่วยได้ทำการติดสติ๊กเกอร์ระบุตำแหน่งได้ถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น OPD case พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ จะทำการติดสติ๊กเกอร์ระบุตำแหน่งร่วมกับวิสัญญีพยาบาล 3) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบจะทำการตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด และตรวจสอบผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการและความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด 4) วิสัญญีพยาบาลทำการตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือ และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

M = Medication การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา / การให้ยา

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ทำการตรวจสอบประวัติการแพ้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ประวัติการรับประทานยาประจำตัว ประวัติการรับประทานยาอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรักษา เช่น ยาสมุนไพร ยาวิตามินและยาบำรุงต่างๆรวมถึงประวัติการติดเชื้อดื้อยา โดยทำการสอบถามและลงบันทึกในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

P = Plan ตรวจสอบการวางแผนผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบทำการตรวจสอบรายการผ่าตัดหรือหัตถการรวมถึงอุปกรณ์พิเศษและอวัยวะเทียมที่ใช้ในการผ่าตัดที่ลงในใบตารางผ่าตัด ร่วมกับแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือใบ Order

A = Assignment บทบาทหน้าที่ในการทำงาน

1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) ทำหน้าที่จัดส่งเครื่องมือผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด วันหมดอายุของอุปกรณ์เครื่องมือ เมื่อเปิดใช้งาน และจัดเตรียมเครื่องมือให้สะดวกพร้อมใช้งาน สังเกตการผ่าตัดตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อสามารถวางแผนการส่งเครื่องมือ ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถรับชิ้นเนื้อจากแพทย์ผ่าตัดและทำการส่งชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องวิธี

2) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ทำหน้าที่ช่วยเหลือทุกคนในทีมผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วย และรักษาความปลอดภัยภายในห้องผ่าตัด ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด และมีหน้าที่นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค เอกสารยินยอมทำผ่าตัด ตรวจสอบการทำงานของจี้ห้ามเลือดไฟฟ้า วางแผ่นสื่อนำไฟฟ้า เตรียมเครื่องดูดควันและเตรียมเครื่องรัดห้ามเลือดให้พร้อมใช้

V = Voice การกล่าวยืนยันความถูกต้อง

1) ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบกล่าวยืนยันชื่อนามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่ทำผ่าตัด เพื่อให้ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดรับทราบ ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

2) ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและอื่นๆว่าการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมกล่าวยืนยัน ด้วยวาจาเสียงดังให้ทีมผ่าตัดทราบ

3) ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด แพทย์/พยาบาล กล่าวด้วยเสียงดังว่าได้ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแล้ว โดยขานชื่อยาปฏิชีวนะ และเวลาที่ให้ เพื่อให้ทุกคนในทีมผ่าตัดทราบ

4) ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ทำการขานเครื่องมือพิเศษ และ Prosthesis ให้ทีมผ่าตัดทราบ

5) ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบขานขึ้นเนื้อที่ตัดออกจากผู้ป่วย ให้ทีมผ่าตัดทราบ

E = Evaluation การประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด

1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ทำการตรวจสอบความถูกต้องของชนิดการผ่าตัดที่แพทย์ได้ระบุไว้ในตารางผ่าตัดกับใบบันทึกทางการพยาบาลในระบบ EMR รวมถึงตัวบ่งชี้ของอวัยวะเทียม (Prosthesis)

2) จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด เช่น การมีเลือดออกมากขณะผ่าตัด หรือระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นการดมยา โดยแจ้งให้ทีมห้องพักฟื้นทราบ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ประเมินผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด เช่น การตรวจสอบสายระบายเลือดไม่ให้หัก พับ งอ และสามารถทำงานได้ตามปกติ ตรวจดูแผลว่ามีเลือดออกชุ่มก้อสหรือไม่ เป็นต้น

E = Education การให้ความรู้ / คำแนะนำ

1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ได้รับมอบหมายประจำทีมผ่าตัด ทำการขึ้นไปเยี่ยม ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่วอร์ด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (1) ห้ามตะแคงทับด้านที่ทำผ่าตัด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (2) ห้ามเปิดแผลผ่าตัดเองหากไม่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ (3) หากมีอาการปวดไม่ต้อง ทนให้แจ้งกับพยาบาลประจำวอร์ดเพื่อขอยาแก้ปวดได้ทันที เป็นต้น

2) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมประจำเคาเตอร์พยาบาล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (กรณีผู้ป่วยผ่าตัดเป็น OPD Case) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว ได้ถูกต้อง เช่นการล้างทำความสะอาดแผล วิธีการสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมกับให้ใบนัดเพื่อแจ้งให้ผู้ป่วย มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา

4.3.2 บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย (AEMPAVEE MODEL) ประกอบด้วย

1) พยาบาลหัวหน้างาน

1.1) พยาบาลหัวหน้างานห้องผ่าตัด รับผิดชอบ ควบคุม กำกับติดตาม การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

1.2) พยาบาลหัวหน้างานวิสัญญี รับผิดชอบ ควบคุม กำกับติดตามการปฏิบัติงาน ของวิสัญญีพยาบาลในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

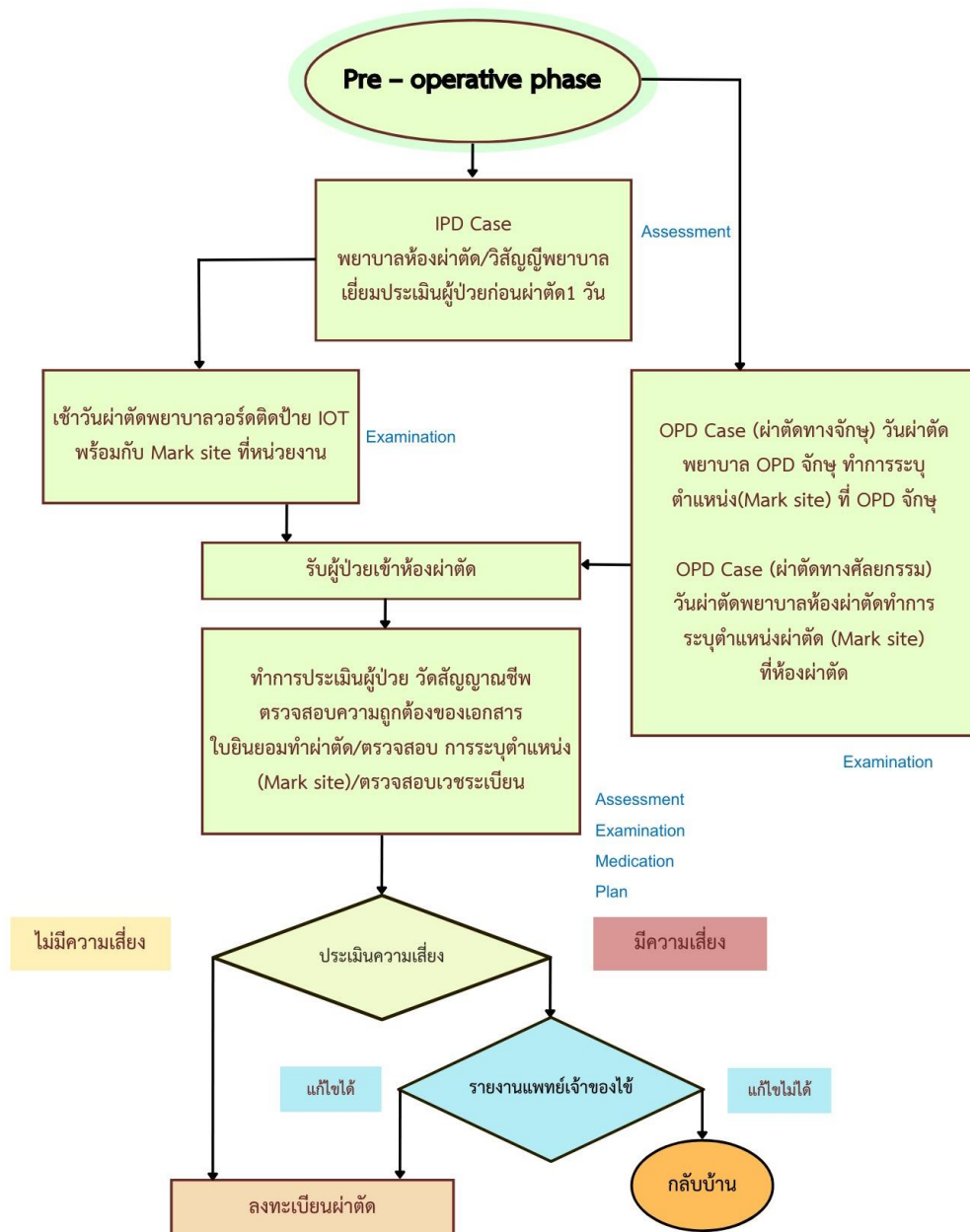
พยาบาลส่งเครื่องมือ ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดและทำหน้าที่ช่วยแพทย์ผ่าตัด ในบางหัตถการในระยะก่อนผ่าตัด จะต้องเตรียมตนเอง สำหรับเป็นผู้ส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ได้แก่ การล้างมือ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด การสวนถุงมือ การตรวจดูความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด ตรวจสอบวันหมดอายุ ของอุปกรณ์เครื่องมือ และจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมที่จะส่งผ่าตัด เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดและตำแหน่ง ที่ผ่าตัดเพื่อการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องรวดเร็ว การเผื่อระวังและรักษาความสะอาดปราศจากเชื้อ บริเวณผ่าตัด การนับผ้าซับโลหิต การนับเครื่องมือ ของมีคม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้ถูกต้อง ไม่สูญหาย หรือตกค้างอยู่ในร่างกายผู้รับบริการ และสามารถส่งชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ทำหน้าที่ช่วยเหลือทุกคนในทีมผ่าตัด ให้การดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดและรักษาความปลอดภัยภายในห้องผ่าตัด ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด พยาบาลผู้รับผิดชอบ โดยรอบ มีหน้าที่นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้อง ขาน ชื่อ นามสกุล การวินิจฉัยโรค เอกสาร การเซ็นยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบจี้ไฟฟ้า วางแผ่นคลุมเครื่องจี้ / เครื่องดูดควัน และสายรัด ห้ามเลือด

วิสัญญีพยาบาล รับผิดชอบเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกา เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึกและ จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้เหมาะสม

3) **ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์** ทำหน้าที่เป็นผู้นำทีมผ่าตัด และให้การรักษาผ่าตัด อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.3.3 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะก่อนผ่าตัด (Pre – operative phase) ตาม AEMPAVEE MODEL ประกอบด้วย 1) ขั้นตอน A = Assessment การประเมินผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด 2) ขั้นตอน E = Examination การตรวจสอบความถูกต้อง การระบุตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) 3) M = Medication การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา /การใช้ยา 4) Plan = ตรวจสอบการวางแผนผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด



แผนภาพ 4.3 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะก่อนผ่าตัด (Pre – operative phase) ตาม AEMPAVEE MODEL

1) ขั้นตอน A = Assessment การประเมินผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1.1) การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด (IPD Case)

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่ได้รับมอบหมายในตารางปฏิบัติงานประจำทีม ผ่าตัดทำหน้าที่ตรวจสอบรายการผ่าตัดในระบบ EMR และปริ้นท์ใบตารางผ่าตัด เพื่อทำการตรวจสอบการผ่าตัดอีกครั้งว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดกี่ราย ผ่าตัดเกี่ยวกับอะไรบ้าง และทำการเตรียมป้ายติดหน้าอก โดยการเขียนป้ายชื่อติดหน้าอกประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล การวินิจฉัย การผ่าตัด วันที่ผ่าตัด และชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด และยาละลายลิ่มเลือดที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยงดก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วันก่อนผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ได้รับมอบหมายในตารางปฏิบัติงานประจำทีม เยี่ยมประเมินผู้ป่วยตามหน่วยงานที่ผู้ป่วย Admitted เพื่อประเมินสภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ด้านร่างกาย พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จะประเมินผิวหนังบริเวณผ่าตัด ต้องไม่มีการอักเสบ บวม แดง หรือมีการอักเสบบริเวณอื่นๆที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด หากทำการประเมินแล้วพบว่ามีความผิดปกติ จะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา ด้านจิตใจ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจะพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หากประเมินแล้ว พบว่าผู้ป่วยยังมีความกังวลจะเพิ่มระยะเวลาในการพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และนำข้อมูลที่ได้ออกมาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

1.2) การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด (OPD Case)

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในบริเวณห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 10 นาที พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ จะเป็นคนประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย (กรณี OPD Case) ส่วนกรณีผู้ป่วยเป็น IPD Case พยาบาลวิชาชีพจะทำการประเมินสัญญาณชีพ โดยวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันระบบดิจิทัลที่ได้มาตรฐาน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง หากพบว่ามี ความดันโลหิตเกินเกณฑ์ $BP \geq 160/90$ mmHg (ตามเกณฑ์ CPG ศัลยกรรม) และ $BP \geq 180/110$ mmHg (ตามเกณฑ์ CPG จักษุ) รายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ เมื่อแพทย์พิจารณาให้ยาลดความดันตาม CPG (Captopril ห้ามใช้สำหรับผู้ป่วยไตวาย, Hydralazine 25 mg oral stat maximum 300 mg/day, amlodipine 10 mg oral stat maximum 10 mg/day เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง) หากความดันโลหิตไม่ลงตามเกณฑ์ แพทย์เจ้าของไข้ประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงขณะผ่าตัด ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ จะทำการเลื่อนผ่าตัดและนัดผู้ป่วยมาประเมินซ้ำก่อนมาผ่าตัดครั้งต่อไป

2) ขั้นตอน E = Examination การตรวจสอบความถูกต้อง การระบุตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) ระยะก่อนผ่าตัด

2.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการพักรักษาตัวก่อนผ่าตัด ที่หน่วยงานหอผู้ป่วยทั่วไปและพิเศษ ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก หรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำการระบุตำแหน่ง ผ่าตัดในตอนเช้าของวันผ่าตัด

2.2) ผู้ป่วยที่เป็น OPD Case หรือ กรณี Admitted หลังผ่าตัดในการผ่าตัด ทางด้านจักษุ หน่วยงาน OPD จักษุจะเป็นผู้ดำเนินการระบุตำแหน่งผ่าตัดให้ แล้วส่งผู้ป่วยขึ้นมายัง หน่วยงานห้องผ่าตัด

2.3) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ และวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล ตำแหน่งผ่าตัด ข้างที่ทำผ่าตัดพร้อมอธิบายถึงความสำคัญของการทำเครื่องหมายลงบนอวัยวะข้างที่จะทำผ่าตัด

2.4) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ทำการติดสติ๊กเกอร์ระบุตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) ที่ห้องผ่าตัดในกรณีผู้ป่วย OPD case ที่เข้ารับการผ่าตัดทางด้าน ศัลยกรรมกระดูกและข้อและศัลยกรรมพลาสติก รวมถึงการผ่าตัดทางด้านจักษุอื่นๆ ที่ไม่ใช่ต่อกระจกและจอประสาทตา โดยสติ๊กเกอร์สีแดงและเขียน LE/LT แทนข้างซ้าย และสติ๊กเกอร์สีน้ำเงินและเขียน RE/RT แทนข้างขวา (ขนาด 12 mm * 67 mm , 6 mm * 65 mm) ติดลงบนผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณอวัยวะข้างที่จะทำการผ่าตัด (ผ่าตัดตา หันสติ๊กเกอร์ให้อ่านจากทางด้านบนศีรษะผู้ป่วย) สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่มีการผ่าตัดในอวัยวะสองข้าง หรือมีหลายโครงสร้าง เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า กรณีที่ทำผ่าตัดบริเวณส่วนอื่นๆ เช่น กลางหลัง หน้าท้องให้ใช้สติ๊กเกอร์สีขาวเขียนคำว่า Mark site โดยไม่ได้ระบุข้างติดลงบนผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด

3) ขั้นตอน E = Examination การตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารใบยินยอม ทำผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล X ray ระยะก่อนผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ทำการตรวจสอบใบยินยอมทำผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล X - ray เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

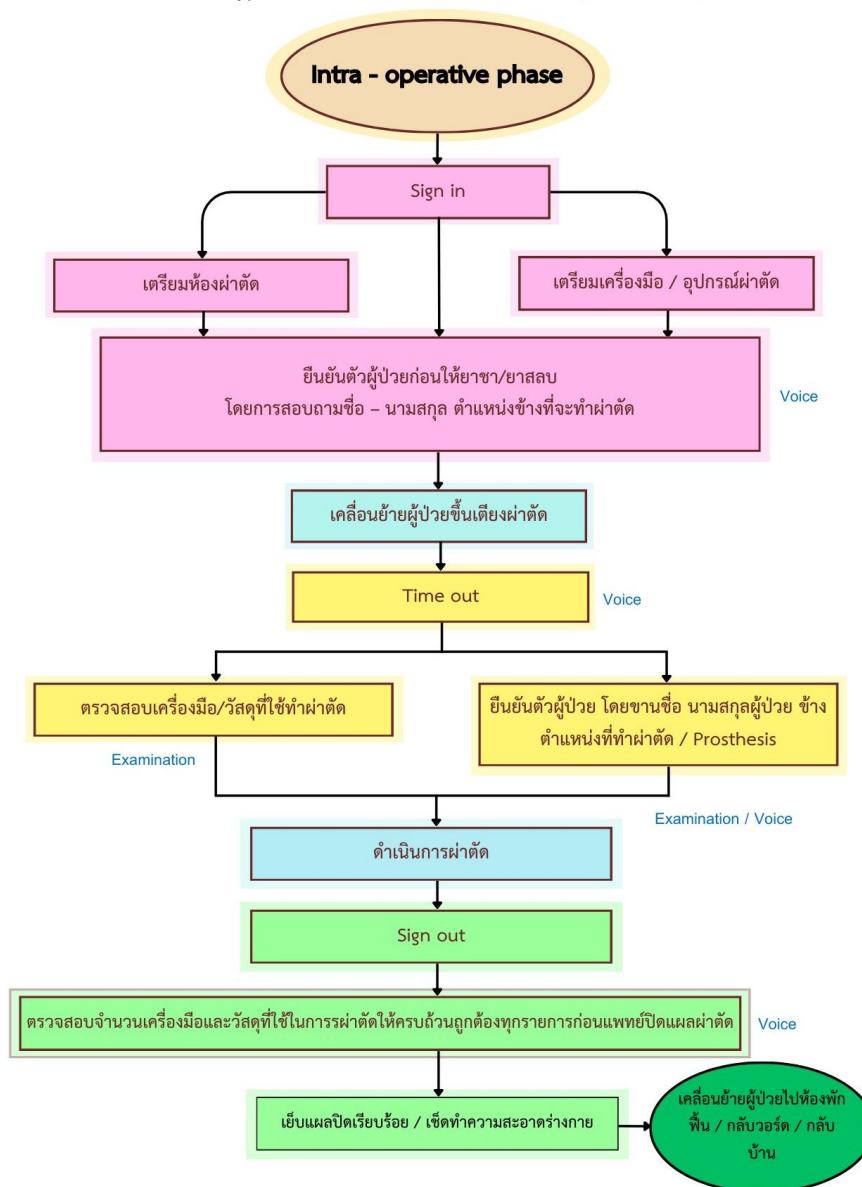
4) ขั้นตอน M = Medication การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา/การใช้ยา ระยะก่อนผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบทำการตรวจสอบประวัติการแพ้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ประวัติการรับประทานยาประจำตัว ประวัติการรับประทานยาอื่นๆ ที่มีผลต่อการรักษา เช่น ยาสมุนไพร ยาวิตามินและยาบำรุงต่างๆโดยสอบถามจากผู้ป่วยร่วมกับตรวจสอบในแฟ้มประวัติ รวมถึงประวัติการติดเชื้อม้า ยา ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะถูกบันทึกลงในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

5) ขั้นตอน Plan = ตรวจสอบการวางแผนผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัด (เครื่องมือพิเศษที่ต้องเตรียม) ระยะก่อนผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ ทำการตรวจสอบรายการผ่าตัดหรือหัตถการลงในใบตารางผ่าตัด ร่วมกับแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือใบ Order เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยการตรวจสอบต้องทำร่วมกับวิสัญญีพยาบาล และการเตรียมพร้อมของเครื่องมือพิเศษสำหรับการผ่าตัด

4.3.4 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะผ่าตัด (Intra – operative phase) ตาม AEMPAVEE MODEL
เป็นขั้นตอน E = Examination การตรวจสอบความถูกต้อง และ V = Voice การกล่าวยืนยันความถูกต้อง
ระยะผ่าตัด



แผนภาพ 4.4 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะผ่าตัด (Intra – operative phase) ตาม AEMPAVEE MODEL

1) ขั้นตอน E = Examination การตรวจสอบความถูกต้อง การเตรียมห้องผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วย และขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ระยะผ่าตัด

1.1) ขั้นตอนการเตรียมห้องผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ช่วยรอบนอกทำความสะอาดห้องผ่าตัด ก่อนทำการผ่าตัดด้วยแผ่นทำความสะอาดผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ (Disinfectant cleaner) โดยทำความสะอาดจากส่วนที่สะอาดที่สุดไปยังส่วนที่สกปรก และทำความสะอาดจากบนลงล่าง เช่น โคมไฟผ่าตัด ผนังห้องผ่าตัด โต๊ะวางเครื่องมือ ชั้นวางเครื่องมือ เก้าอี้ผ่าตัด และเตียงผ่าตัด เป็นต้น

1.2) ขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด

(1) ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่อง Suction เตรียมขวด Suction พร้อมต่อสายให้พร้อมใช้

(2) ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องจี้ไฟฟ้า ดังนี้

(2.1) เตรียมสายจี้ แผ่นสื่อนำไฟฟ้าและ ตรวจสอบแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้มีเจลเต็มแผ่นและไม่มีรอยแหวกของเจลนำไฟฟ้าบนแผ่นสื่อนำไฟฟ้า

(2.2) ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า ให้เต็มแผ่นโดยให้สัมผัสบริเวณผิวหนังของผู้ป่วยที่แห้งบริเวณกล้ามเนื้อใหญ่ ไม่ติดบริเวณกระดูก บริเวณที่ติดไม่มีขน และหลีกเลี่ยงบริเวณที่ผ่าตัด ผ่า/ตามโลหะหรือติด Pace maker และลงบันทึกบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าในแบบบันทึกทางการพยาบาล

(2.3) ก่อนการใช้งานจี้ไฟฟ้าควรตรวจสอบว่าใช้งานได้บริเวณที่ทำผ่าตัด ต้องแห้ง ไม่มีคราบน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์คงอยู่เพราะกระแสไฟจากการใช้จี้เมื่อเจอแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการลู่ไหม้ได้

(2.4) ผู้ป่วย มี Pace maker ให้เลือกใช้ชนิด Bipolar และติดอุปกรณ์ป้องกันการรบกวนของคลื่นไฟฟ้า

(2.5) เมื่อได้ยินเสียงสัญญาณเตือนขณะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าให้ปิดเครื่องแล้วเปิดใช้ใหม่ได้ทันที

(3) ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องรัดห้ามเลือด และ Cuff

(3.1) เตรียมสายรัดห้ามเลือดตามขนาดของอวัยวะที่จะห้ามเลือด

(3.2) เตรียม Webril พันรอบอวัยวะก่อนพันสายรัดห้ามเลือด

(3.3) ก่อนการใช้เครื่องรัดห้ามเลือด ควรตรวจสอบว่าใช้งานได้และบริเวณที่ทำผ่าตัด ต้องไม่มีบาดแผล หรือแผลฟกช้ำ ห่อเลือด

(4) วิสัญญีตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาที่ใช้ระงับความรู้สึก และยาที่จำเป็น

1.3) ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดแต่ละชนิด ได้แก่ การจัดทำ ควรจัดทำให้ตรงกับการผ่าตัด/หัตถการเพื่อให้แพทย์สะดวกในการทำผ่าตัด และระมัดระวังการกดทับเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นประสาท และแผลกดทับ การเตรียมผิวหนังผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้องคำนึงถึงน้ำยาและขั้นตอนการเตรียมผิวหนังตามมาตรฐานของสมาคมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

1.4) ขั้นตอนก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in)

- (1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบและวิสัญญีพยาบาลทำการตรวจสอบ Identify ผู้ป่วยร่วมกัน (Identify อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง)
- (2) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีพยาบาล ยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วย ก่อนดมยาสลบ / ก่อนให้ยาชาเฉพาะที่ โดยการสอบถาม ชื่อ นามสกุล อายุ อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่จะทำผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา ประวัติการงดยา
- (3) วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบอุปกรณ์ให้การช่วยเหลือและยาให้พร้อมใช้
- (4) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลร่วมกันตรวจสอบการระบุตำแหน่งผ่าตัด (Mark site) ว่าถูกต้องตรงตามเอกสารและคำสั่งการรักษาของแพทย์
- (5) เมื่อตรวจสอบความถูกต้องทุกอย่างตรงกับเอกสารและคำสั่งการรักษาของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ และวิสัญญีพยาบาลบันทึกชื่อกำกับไว้ในแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

2) ขั้นตอน V = Voice การกล่าวยืนยันความถูกต้อง ขั้นตอนการขอเวลานอกก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) และขั้นตอนก่อนออกจากห้องผ่าตัดระยะผ่าตัด (Sign out) ระยะผ่าตัด

(2.1) ขั้นตอนการขอเวลานอกก่อนลงมีด (Time out)

- (2.1.1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ กล่าวยืนยัน ชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัดกับทีมผ่าตัด ก่อนแพทย์ผ่าตัดทำการลงมีด
- (2.1.2) วิสัญญีพยาบาลทำการกล่าวยืนยันการให้ยาปฏิชีวนะ และเวลาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนลงมีด หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องถามด้วยเสียงดังในระยะก่อนลงมีดว่ามีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 30 - 60 นาที ก่อนลงมีดหรือไม่
- (2.1.3) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและอื่นๆ พร้อมกล่าวยืนยันว่าการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ในทางตรงข้ามหากการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ต้องแจ้งกับทีมผ่าตัดและทำการเปลี่ยนเครื่องมือชุดใหม่
- (2.1.4) พยาบาลช่วยวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบทำการติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด โดยต้องสามารถแสดงภาพรังสีให้เห็นได้อย่างชัดเจนในระหว่างการทำผ่าตัด
- (2.1.5) วิสัญญีพยาบาลเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

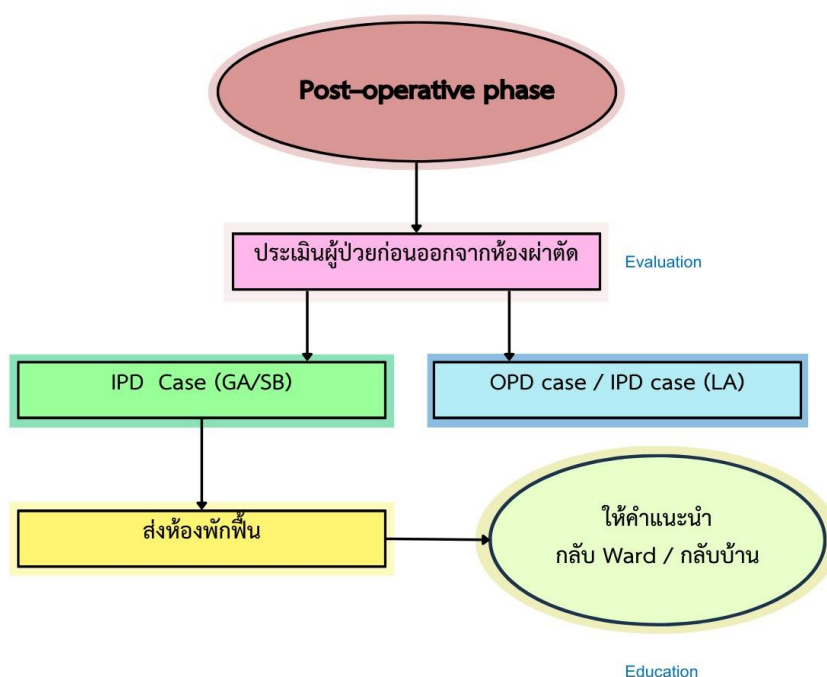
(2.2) ขั้นตอนก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)

- (2.2.1) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือตรวจนับ เช็มนับเครื่องมือ ผ้าซับเลือด ก่อนที่แพทย์จะทำการปิดแผลให้ครบถ้วน และยืนยันการตรวจนับโดยการแจ้งด้วยวาจากับทีมผ่าตัด

(2.2.2) กรณีมีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ช่วยรอบนอกต้องตรวจสอบการเขียนป้ายส่งชิ้นเนื้อให้ถูกต้อง พร้อมยืนยันความถูกต้องในการเขียนป้ายส่งตรวจ ชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ตลอดจนคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจให้ทีมผ่าตัดทราบ

(2.2.3) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่ช่วยรอบนอกต้องประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้หลัก R - EWS เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนและส่งต่อข้อมูลสำคัญด้านการให้การพยาบาลกับพยาบาลห้องพักรักษาตัวเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.3.5 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะหลังผ่าตัด (Post – operative phase) เป็นขั้นตอน E = Evaluation และ E = Education การประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัดและการให้ความรู้คำแนะนำ



แผนภาพ 4.5 ขั้นตอนปฏิบัติงานระยะหลังผ่าตัด (Post – operative phase)

1) ขั้นตอน E = Evaluation การประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด

1.1) การประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ทำการตรวจสอบความถูกต้องของชนิดการผ่าตัดที่แพทย์ได้ระบุไว้ในตารางผ่าตัดกับใบบันทึกทางการแพทย์ในระบบ EMR รวมถึงตัวบ่งชี้ของอวัยวะเทียม (Prosthesis) และประเมินผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด เช่น การตรวจสอบสายระบายเลือดไม่ให้หัก พับ งอ และสามารถทำงานได้ตามปกติ รวมถึงตรวจดูแผลว่ามีเลือดออกชุ่มก็้อหรือไม่

1.2) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วิสัญญีพยาบาลที่ทำหน้าที่พยาบาลประจำห้องพักฟื้นประเมินผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้นตามระบบของ Post anesthesia Recovery Score โดยการให้คะแนนตามเกณฑ์ Modified Aldrete Score (บันทึกคะแนนทุก 15 นาที) ตรวจวัดสัญญาณชีพ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด เป็นระยะดูแลให้ออกซิเจน Nebulizer Mask , Oxygen mask with bag หรือ Oxygen cannula สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก หรือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำการจัดท่านอน ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับระดับความรู้สึกตัว ชนิดของการผ่าตัดและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยประเมินระดับความปวด เมื่อมีอาการปวดให้การพยาบาลและให้ยาตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ หลังฉีดยาระงับปวดให้การดูแลเฝ้าระวังอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีในห้องพักฟื้น ทำการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อหาสาเหตุและการแก้ไข พร้อมทั้งสังเกตสิ่งผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2) E = Education การให้ความรู้ / คำแนะนำ

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่หัวหน้าทีมประจำเคาต์เตอร์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช่น ห้ามให้แผลผ่าตัดโดนน้ำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารหมักดอง หากมีอาการปวด บวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด ให้รีบมาพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอถึงวันนัด

4.4 ผลการประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย

4.4.1 ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองรูปแบบฯหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2

ผลการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัย พบว่า จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (AEMPAVEE MODEL) ในทุกประเด็นและทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in) ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) และระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ร้อยละ 100.0 รายละเอียดดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละ ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองรูปแบบฯ
หลังการปรับปรุงรูปแบบฯ ครั้งที่ 2

N = 11 ร้อยละ = 100.0

กิจกรรมที่สังเกต	ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม		
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	
		บางครั้ง	สม่ำเสมอ
	(จำนวน ร้อยละ)	(จำนวน ร้อยละ)	(จำนวน ร้อยละ)
1. ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in)			
1.1 การยืนยันความถูกต้อง ชานชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัดชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมทำผ่าตัด	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
1.3 การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
1.4 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา การรับประทานยาสมุนไพร/อื่นๆ และการงดยาตามแผนการรักษาของแพทย์	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
1.5 การตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์พิเศษ / Prosthesis	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
2. ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out)			
2.1 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กล่าวยืนยัน ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด Prosthesis	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
2.2 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและอื่นๆ	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
2.4 การเปิดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
3. ระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)			
3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด เข็มเย็บ ผ้าซับเลือด ครบถ้วน	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
3.3 การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละ ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองรูปแบบฯ
หลังการปรับปรุงรูปแบบฯ ครั้งที่ 2 (ต่อ)

N = 11 ร้อยละ = 100.0

กิจกรรมที่สังเกต	ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม		
	ไม่ปฏิบัติ (จำนวน ร้อยละ)	ปฏิบัติ	
		บางครั้ง (จำนวน ร้อยละ)	สม่ำเสมอ (จำนวน ร้อยละ)
3.4 การประเมินการสูญเสียเลือด	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทบทวน เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้ง ให้ทีมห้องพักรอดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)

4.4.2 ผลการประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้ประเมินการยอมรับและความพึงพอใจรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย
สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น ทั้งหมด 26 คน เป็นเพศชาย 8 คน ร้อย
ละ 30.8 เพศหญิง 18 คน ร้อยละ 69.2 สถานะเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 5 คน ร้อยละ 19.2 วิสัญญี
พยาบาล 4 คน ร้อยละ 15.4 แพทย์ 2 คน ร้อยละ 7.7 ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 15 คน ร้อยละ 57.7 (ตาราง 4.2)

ตาราง 4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
สถาบันราชประชาสมาสัย ที่ประเมินผลรูปแบบฯ

N = 26 ร้อยละ = 100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	30.8
หญิง	18	69.2
สถานะ		
พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด	5	19.2
วิสัญญีพยาบาล	4	15.4
แพทย์	2	7.7
ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด	15	57.7

2) การประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

(1) ก่อนมีรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ ยังไม่ดำเนินการตรวจสอบประวัติการแพ้ยา การรับประทานยาสมุนไพร/อื่นๆ หรือการงดยา และไม่ได้ตรวจสอบการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที การเขียนป้ายส่งตรวจ การประเมินสูญเสียเลือดและศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สำหรับการกล่าวยืนยันครบถ้วน การทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก การตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์พิเศษ / Prosthesis กล่าวยืนยันชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด Prosthesis ทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบรรจุทุกการผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด เข็มเย็บ ผ้าซับเลือด มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติไม่ครบทุกคน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า การเปิดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด มีการตรวจสอบทุกคน ปฏิบัติทุกครั้ง สม่ำเสมอ ดังตาราง 4.3

(2) หลังมีรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ มีการดำเนินการปฏิบัติตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยครบทุกประเด็นทุกระยะของการผ่าตัด โดยปฏิบัติทุกคน ทุกครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ กล่าวคือ (2.1) ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in) มีการกล่าวยืนยันครบถ้วน ทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ยาสมุนไพร/อื่นๆการงดยา การตรวจสอบ การเตรียมอุปกรณ์พิเศษ Prosthesis (2.2) ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด Prosthesis พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที การเปิดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด (2.3) ระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด เข็มเย็บ ผ้าซับเลือด ครบถ้วน การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง การประเมินการสูญเสียเลือด ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ผลการประเมินการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนและหลังมีรูปแบบฯ

การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย		ก่อน มีรูปแบบฯ	หลัง มีรูปแบบฯ
1. ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in)			
1.1 การกล่าวยืนยันครบถ้วน		±	✓
1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด		±	✓
1.3 การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับ ความรู้สึก		±	✓
1.4 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ยาสมุนไพร/อื่นๆ การงดยา		×	✓
1.5 การตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์พิเศษ / Prosthesis		±	✓
2. ระยะก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out)			
2.1 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กล่าวยืนยันชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่ง ผ่าตัด Prosthesis		±	✓
2.2 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของ เครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ		±	✓
2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที		×	✓
2.4 การเปิดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด		✓	✓
3. ระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)			
3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง		±	✓
3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด เข็มเย็บ ผ้าซับเลือด ครบถ้วน		±	✓
3.3 การเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจถูกต้อง		×	✓
3.4 การประเมินการสูญเสียเลือด		×	✓
3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทบทวน เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟกพื้น ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง		×	✓
หมายเหตุ ✓ หมายถึง ปฏิบัติทุกคน ทุกครั้ง สม่าเสมอ × หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ ± หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติไม่ครบทุกคน			

3) ผลการประเมินการยอมรับต่อรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ ที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สหสาขาวิชาชีพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดและใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและผ่านการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ให้การยอมรับต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกประเด็น กล่าวคือ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด ($\bar{x}=4.84$, $SD=.36$) การปฏิบัติตามรูปแบบไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ($\bar{x}=4.88$, $SD=.32$) รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ($\bar{x}=4.73$, $SD=.45$) ยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดรายอื่นๆ ต่อไป ($\bar{x}=4.76$, $SD=.42$) ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การยอมรับรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยที่พัฒนาขึ้น
จำแนกรายข้อ

N = 26 ร้อยละ =100.0

ประเด็นการประเมิน	รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด							
	สถาบันราชประชาสมาสัย					Mean	SD	แปลผล
	ระดับการยอมรับ							
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด	22 (84.6)	4 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.84	.36	มากที่สุด
2. การปฏิบัติตามรูปแบบไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	23 (88.5)	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.88	.32	มากที่สุด
3. รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ (Sign in Time out Sign out)	19 (73.1)	7 (26.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.73	.45	มากที่สุด
4. ยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดรายอื่นๆ ต่อไป	20 (76.9)	6 (23.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.77	.42	มากที่สุด

4) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ ที่พัฒนาขึ้น

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่มีต่อรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ทุกประเด็น ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ($\bar{x}=4.88$, $SD=.32$) ความพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการผ่าตัดตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ($\bar{x}=4.84$, $SD=.36$) ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย
จำแนกรายข้อ

N = 26 ร้อยละ =100.0

ประเด็นการประเมิน	รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย							
	ระดับความพึงพอใจ					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ความพึงพอใจต่อการใช้แบบ ตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัย	23 (88.5)	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.88	.32	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อความ ปลอดภัยในการผ่าตัด ตามรูปแบบฯที่ พัฒนาขึ้น	22 (84.6)	4 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.84	.36	มากที่สุด

5) ผลการประเมินการยอมรับรวมและพึงพอใจรวมต่อรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินการยอมรับรวมและความพึงพอใจรวมต่อรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ผู้ให้บริการ ได้แก่ จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และผู้รับบริการ ได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ยอมรับรวม ($\bar{x}=4.88$, $SD =.32$)และพึงพอใจรวม ($\bar{x}=4.88$, $SD =.32$) ต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในระดับมากที่สุด ดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการยอมรับรวมและความพึงพอใจรวมรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

N = 26 ร้อยละ =100.0

ประเด็นการประเมิน	รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย							
	ระดับ					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1. การยอมรับรวม	23 (88.5)	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.88	0.32	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจรวม	23 (88.5)	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.88	0.32	มากที่สุด

6) ผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ผลการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดสำคัญจากการผ่าตัด ที่เกิดจากรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบฯ มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis 1 ราย มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะออด 2 ราย การระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด 2 ราย หลังพัฒนารูปแบบฯ พบว่าไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะออด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด (ตาราง 4.7)

ตาราง 4.7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา รูปแบบฯ (2566)	หลังพัฒนา รูปแบบฯ (2567)	ผลลัพธ์ทาง การพยาบาล
จำนวนการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis	0	1	0	หลังพัฒนารูปแบบฯ ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis
จำนวนการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะออด	0	2	0	หลังพัฒนารูปแบบฯ ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะออด
จำนวนการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด	0	2	0	หลังพัฒนารูปแบบฯ การระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด

นอกจากนี้หน่วยงานห้องผ่าตัดยังมีแนวทางเพื่อความปลอดภัยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัด โดยการทำความสะอาดห้องผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆ และเตียงผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ มีการปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมขณะผ่าตัดให้อยู่ระหว่าง 20 – 22 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ให้อยู่ระหว่าง 30 - 60 % มีการจำกัดบุคลากรในห้องให้น้อยที่สุดและไม่เปิดประตูระหว่างผ่าตัด ในส่วนของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจะสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ หมวกคลุมผม แว่นป้องกันตา ผ้าปิดปาก ปิดจมูก เสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันเลือดและสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่ร่างกาย ในด้านการส่งต่อข้อมูลมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเรื่องผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลตรวจพิเศษ รวมถึงผลเอกซเรย์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดที่มีการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล หากมีแผลบริเวณผิวหนัง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำให้แผลให้สะอาดและทำการใส่ถุงหุ้มเท้า/ถุงหุ้มมือ ก่อนส่งมายังห้องผ่าตัด เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดเวรเปลจะส่งผู้ป่วยให้เข้าทางประตูด้านหลังห้องผ่าตัดที่ใช้ส่งผู้ป่วยที่มีบาดแผล หรือผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่น เป็นต้น ในการจัดลำดับเคสหากมีผู้ป่วยที่มีประวัติการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและโรคติดเชื้ออื่นๆที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ จะจัดลำดับทำผ่าตัดเป็นเคสสุดท้าย และจัดแยกผู้ป่วยให้อยู่บริเวณที่กำหนดไม่จัดให้รวมกับผู้ป่วยรายอื่นๆเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4.5 การนำรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย จากการพัฒนาไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ได้นำคู่มือปฏิบัติงานแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โปสเตอร์ AEMPAVEE MODEL ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานตามรูปแบบทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะก่อนลงมีด ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากผลการวิจัยในบทที่ 4 ที่กล่าวมาแล้ว สามารถสรุปผลการวิจัยจากข้อค้นพบ ได้ดังนี้

1) สภาพปัจจุบัน และปัญหารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า สถาบันราชประชาสมาสัย มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไม่ครบทุกการผ่าตัดและหัตถการ มีการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเฉพาะโรคต่อกระดูก และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ พบว่าไม่มีการตรวจสอบข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น เช่น สัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัด รายละเอียดการใช้ยา การติดเชื้อดื้อยา การใช้ยาระงับปวด การระบุตำแหน่งก่อนผ่าตัด เป็นต้น จึงเป็นข้อจำกัดของการดำเนินการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่ไม่ได้ออกแบบ ให้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสามารถนำไปใช้ได้กับทุกการผ่าตัดและทุกหัตถการ สำหรับการผ่าตัดโรคอื่นๆที่ต้องนอนโรงพยาบาล การผ่าตัดและหัตถการที่ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (OPD Case) ยังไม่มีรูปแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ทำให้ไม่มีการตรวจสอบข้อมูลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ก่อให้เกิดปัญหาต้องเลื่อนผ่าตัดหรือขณะผ่าตัดมีผลกระทบในการเตรียมเครื่องมือพิเศษได้ไม่ครบถ้วน การผ่าตัดล่าช้า หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และผู้มารับบริการปลอดภัยจากการผ่าตัด คือ AEMPAVEE MODEL ภายใต้รูปแบบประกอบด้วย คู่มือปฏิบัติงาน โปสเตอร์ขั้นตอนปฏิบัติงานเพื่อใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

A: Assessment (การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด) เป็นการประเมินสัญญาณชีพเมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด โดยการวัดความดันโลหิต การวัดอุณหภูมิร่างกาย โดยอาศัยเกณฑ์ของ PCT จักษุและ PCT ศัลยกรรม

E: Examination (การตรวจสอบความถูกต้อง) เป็นการยืนยันความถูกต้องของชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ใบยินยอมผ่าตัด รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการผ่าตัด

M: Medication (การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา/การใช้ยา) การตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ประวัติการรับประทานยาสมุนไพรและยาวิตามินต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

P: Plan (ตรวจสอบการวางแผนผ่าตัด) การตรวจสอบความถูกต้องของแผนการรักษาของแพทย์กับตารางผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

A: Assignment (บทบาทหน้าที่ในการทำงาน) การแบ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เพื่อให้แต่ละคนสามารถปฏิบัติงานได้ตรงบทบาทหน้าที่ของตนเอง

V: Voice (การกล่าวยืนยันความถูกต้อง) การกล่าวยืนยันความถูกต้องด้วยวาจาเพื่อให้ทีมผ่าตัดเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

E: Evaluation (การประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด) เมื่อผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัดต้องได้รับการประเมินก่อนออกจากห้องผ่าตัด เช่น การตรวจสอบสายระบายเลือด ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยแจ้งให้ทีมห้องพักรับทราบ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

E: Education (การให้ความรู้ คำแนะนำ) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

3) ผลการประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ผู้ให้บริการ ได้แก่ ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดยอมนับรวม ($\bar{x}=4.88$, $SD = .32$) และพึงพอใจรวม ($\bar{x}=4.88, SD = .32$) ต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด

4) ผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดจากการใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า หลังพัฒนารูปแบบฯ ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด และไม่มีการระบุตำแหน่ง ผ่าตัดผิดพลาด

5.2 อภิปรายผล

ข้อสรุปผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยนำเสนอประเด็นที่น่าสนใจ สมควรหยิบยกขึ้นมาอภิปรายผล ดังนี้

1) รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยที่สามารถปฏิบัติได้จริง คือ AEMPAVEE MODEL ประกอบด้วย A = Assessment E = Examination M = Medication P = Plan A = Assignment V = Voice E = Evaluation E = Education แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด (Pre – operative phase) ระยะผ่าตัด (Intra – operative phase) ระยะหลังผ่าตัด (Post – operative phase) ทั้งนี้เพราะ 3 ระยะดังกล่าวข้างต้นสามารถเกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ได้ โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัยเกิดขึ้นทั้ง 3 ระยะสอดคล้องกับธีรา พงษ์พานิช และคณะ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า รูปแบบกระบวนการความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารอหน้าห้องผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด และพบว่า ระยะ Intra – operative phase เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด เนื่องจากขาดการตรวจสอบการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขาดการตรวจสอบความถูกต้องของแผนการรักษา ขาดการตรวจสอบการใช้ยาสมุนไพร และขาดการตรวจสอบการวางแผนผ่าตัดไม่มีการกล่าวยืนยันความถูกต้องของการให้ยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้ AEMPAVEE MODEL เป็นไปตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอโศกติกส์แห่งประเทศไทย วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิก แพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

และสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ที่ลงนามปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด” โดยนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (Sign in) ทีมผ่าตัดปฏิบัติร่วมกัน โดยอย่างน้อยต้องมี พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล มีการดำเนินการยืนยันความถูกต้องของชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ตรวจสอบว่ามี Pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้ ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ ลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือด และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน 2) ระยะก่อนที่จะลงมีด (Time out) ทีมผ่าตัดปฏิบัติร่วมกันทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดดำเนินการ กล่าวยืนยันชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด ศัลยแพทย์ ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ หรือขั้นตอนที่อาจเกิดโดยไม่คาดคิด คาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด วิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด 3) ระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ทีมผ่าตัดปฏิบัติร่วมกันทั้งพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญี และศัลยแพทย์ โดย พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดกล่าวยืนยันให้ทีมผ่าตัดได้อิน ประกอบด้วย ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บครบถ้วน การเขียนป้ายส่งตรวจถูกต้อง ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องพักรักษาตัวผู้ป่วยต่อเนื่อง (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558)

รูปแบบฯ ดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยที่ A = Assessment เป็นการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดต้องประเมินปัญหาความต้องการ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และอุปกรณ์เครื่องมือ/เครื่องใช้ห้องผ่าตัด E = Examination M = Medication P = Plan A = Assignment V = Voice E = Evaluation เป็นการพยาบาลระยะผ่าตัด พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ต้องตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษารผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด และตามหลักการของมาตรฐานการป้องกันการสัมผัสเชื้อ(Standard precaution) ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังสำหรับ E = Evaluation เป็นการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating nurse) ตรวจสอบหรือส่งตรวจสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ตามแนวทางของหน่วยงาน พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ/NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย การบันทึกทางการพยาบาลโดยกำหนดแนวทางและแบบฟอร์ม การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล โดยการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลการส่งต่อ การรักษา บันทึกข้อมูลให้ครอบคลุม ถูกต้องและต่อเนื่อง มีระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทั้งนี้ต้องทำการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ความช่วยเหลือแนะนำ ผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ในขอบเขตของวิชาชีพ ให้ข้อมูลและรายงานอาการหรือความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นแก่พยาบาลหอผู้ป่วย ที่ดูแลต่อได้ทราบเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ตามขอบเขตวิชาชีพ ประสานกับทีมพยาบาลหอผู้ป่วยและให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัวเพื่อ วางแผนในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ทำหน้าที่ในการประเมินปัญหาความต้องการ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในห้องผ่าตัดให้พร้อมก่อนให้บริการ ในระยะผ่าตัด ทำหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบ โดยรอบ (Circulating nurse) และพยาบาลสรงเครื่องมือ (Scrub nurse) และระยะหลังผ่าตัดทำหน้าที่ดูแลความ สะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ ตลอดจนเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (สำนักการพยาบาล, 2551)

การขับเคลื่อนการดำเนินการตามรูปแบบฯ โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ทดลองใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยและนำ แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยรายอื่นๆที่เข้ารับการผ่าตัด ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง และพบว่าหลังการพัฒนาแบบฯ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและสหสาขาวิชาชีพ ใช้แบบตรวจสอบ รายงานการผ่าตัดปลอดภัยกับผู้ป่วยทุกราย ทุกหัตถการ นั้นแสดงให้เห็นว่า AEMPAVEE MODEL สามารถ นำมาปฏิบัติได้จริงในห้องผ่าตัด ตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย ครอบคลุมการผ่าตัดทุกการผ่าตัด ในสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งภายใต้ AEMPAVEE MODEL มีคู่มือปฏิบัติงาน รายละเอียดขั้นตอนการ ปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีนวลองค์ ประเสริฐ (2561) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบการผ่าตัดปลอดภัยโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า หลังการพัฒนาแบบมีแนวโน้มในการใช้แบบตรวจ สอบรายงานการผ่าตัดปลอดภัยเพิ่มขึ้นมี การตรวจสอบยืนยัน Pulse oximeter มีการตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์/ยาที่ใช้ในการระงับ ความรู้สึก และมีการตรวจสอบโอกาสเสียเลือดมาก มีการทบทวนขั้นตอนเครื่องมือและความเสี่ยง ของทีมผ่าตัด มีการทบทวนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของทีมผ่าตัดหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับสดบงกช ทั้งทอง , ผ่องพรรณ มากมี , วรัญญา เสริมวัฒนากุล (2561) ที่ศึกษาความร่วมมือในการทำแบบตรวจสอบรายการ ผ่าตัดปลอดภัยอย่างสมบูรณ์ของโรงพยาบาลพิจิตร พบว่ามีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย มาใช้ทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดและสอดคล้องกับ Kristin Harris, Eirik Softeland et. al (2022) ที่ศึกษาการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัยในการผ่าตัด ของผู้ป่วย พบว่า หลังจากนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดที่ปรับปรุงไปใช้กับผู้ป่วย ทำให้แบบตรวจสอบ รายการผ่าตัดมีความน่าเชื่อถือ เหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในสาขาที่มีความ เฉพาะเจาะจง

2) ผลการประเมินรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัด ให้การยอมรับรวม (Mean=4.88, SD=.32) และความพึงพอใจรวม (Mean=4.84, SD=.32) ต่อรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เพราะรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen, J.M., & Uphoff, N.T.;1981)

ซึ่งการพัฒนาแบบ AEMPAVEE MODEL ตามกระบวนการวิจัยเกิดจากผู้ให้บริการ (จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ วัสดุทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด) ร่วมกัน วิเคราะห์สภาพปัญหาแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ร่วมพัฒนาแบบการตรวจสอบความปลอดภัยสำหรับผู้ผ่าตัด ร่วมทดลองใช้ปรับปรุงรูปแบบ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ทั้ง 4 ระยะ ของการวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 โดยผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่ระยะที่ 2 ตัดสินใจ (Decision Making) ร่างรูปแบบฯ ปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น และตัดสินใจนำรูปแบบ AEMPAVEE MODEL มาใช้ในห้องผ่าตัด สำหรับผู้รับบริการ (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและญาติ) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้รูปแบบในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามรูปแบบ AEMPAVEE MODEL และระยะที่ 3 มีส่วนร่วมทดลองใช้ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไข ให้รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทดลองใช้รูปแบบตามระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นเป็นการประเมินผลระยะที่ 4 มีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการประเมินผลรูปแบบฯ และรับผลประโยชน์ (Benefits) ทั้งนี้รูปแบบฯ ดังกล่าวเป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการจึงมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กล่าวคือ ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ไม่มีการระบุตัวผู้ป่วยผิด และไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ในการเข้ารับบริการผ่าตัดในห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ไม่เกิดข้อร้องเรียน เกิดการยอมรับรวม และพึงพอใจรวมต่อรูปแบบฯ ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ (2565) ได้วิจัยการพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่าผลลัพธ์ความพึงพอใจและยอมรับต่อระบบบริการพยาบาลครบวงจร ของพยาบาลวิชาชีพ สหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องมี ความพึงพอใจและยอมรับระบบฯ ในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับ ศิริรัตน์ จิงสมาน (2563) ทำการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ ของการพัฒนาแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ความพึงพอใจส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ Ozgur Gurlek Kisacik and Yeliz Cigerci (2019) ทำการศึกษา มุมมองของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย พบว่าการพัฒนา ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการทำงานร่วมกันเป็นทีมในห้องผ่าตัด จะต้องเกิดขึ้นเพื่อนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไปใช้อย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม ซึ่งรูปแบบฯ ที่เกิดจากการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมดังกล่าว เป็นรูปแบบที่ปฏิบัติได้จริง ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และเหมาะสม กับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย สหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยมีส่วนร่วม และรับผลประโยชน์การนำ รูปแบบฯ พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำในห้องผ่าตัด โดยรูปแบบฯ สามารถทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยทุกราย ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้รูปแบบฯ ใหม่ที่เกิดจากการวิจัย มีการเพิ่ม การประเมินผู้ป่วยโดยการวัดสัญญาณชีพก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดทุกราย มีปรับเปลี่ยนการระบุตำแหน่ง การผ่าตัดจากเดิมใช้ไมโครโปรเจกต์กับแถบหมวกคลุมผมผู้ป่วยเปลี่ยนมาเป็นใช้สติ๊กเกอร์แยกสีติดบริเวณ ผิวหนังที่ตำแหน่งทำผ่าตัดโดยสีแดงติดตำแหน่งการผ่าตัดข้างซ้าย สีน้ำเงินติดตำแหน่งการผ่าตัดข้างขวา มีการตรวจสอบประวัติการใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุง เพิ่มการขานเวลาการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเพิ่มการตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัดที่ชำรุดหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น

3) ผลลัพธ์การใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ที่เกิดจากรูปแบบ AEMPAVEE MODEL พบว่าไม่มีการผ่าตัดผิดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือ Wrong prosthesis ไม่มีการติดเชื้อมีแผลผ่าตัดสะอาด และไม่มีการระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด สอดคล้องกับ ศิริรัตน์ จึงสมาน (2563) ทำการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ในงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการศึกษา ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผ่าตัดผิดอวัยวะ การหลงลืมวัสดุไว้ในร่างกายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการใช้จี้ไฟฟ้า และการติดเชื้อจากการผ่าตัด สอดคล้องกับ อีรา พงษ์พานิช และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากของมีคมและของแหลมทิ่มแทง ภายหลังการใช้รูปแบบฯ สอดคล้องกับ จิรัชยา ศิวารุช (2562) ศึกษาทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย พบว่า ทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สอดคล้องกับ ศิริพร ประลันย์ (2566) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดลดผลกระทบที่มีรูปแบบชัดเจนทำให้พยาบาลเข้าใจบทบาทของตนเองและเกิดการปฏิบัติเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้การใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยเป็นเครื่องมือสื่อสารภายในทีมช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัดและสอดคล้องกับ ภุชญา ก้ามเลศ (2566) ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เรื่องการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย ผลการศึกษาไม่พบรายงานอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง รวมทั้งเป็นไปตามนิยามขององค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2001) ที่กล่าวว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้บรรลุถึงระบบการบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ลดผลกระทบของความเสี่ยงและฟื้นฟูความเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัย (Patient Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) ที่กำหนดมาตรฐานความปลอดภัย ประกอบด้วย (1) Safe Surgery and Invasive Procedure มีกระบวนการผ่าตัดที่มีความปลอดภัยต้องมี Surgical Safety Checklist เครื่องมือในการสื่อสารสำหรับตรวจสอบและประเมินความพร้อมให้เกิดความมั่นใจ ความพร้อม ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ลดข้อผิดพลาด ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการผ่าตัด โดยSurgical Safety Checklist สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัด ซึ่งควรมีผู้ดำเนินการตรวจสอบ (Checklist coordinator) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ก่อนลงมีด (Time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ดำเนินการรวมทั้ง ศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาลในทุกกระบวนการตรวจสอบ (World Health Organization, 2010) (2) Safe Anesthesia ความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึกและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐาน (3) Safe Operating Room ความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเป็นการปฏิบัติที่ทำให้มั่นใจว่ามีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยมีการแบ่งเขตกำหนดพื้นที่ในการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐานการทำงานในห้องผ่าตัด

การปฏิบัติเพื่อให้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ปลอดภัยต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วย มีระบบการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกชนิดให้ใช้ได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งได้รับการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อ ด้วยกระบวนการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆ ครอบคลุมตั้งแต่ การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมผ่าตัด การดูแลให้ปลอดภัยระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกระยะการผ่าตัด คือ (1) ก่อนผ่าตัด ประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัด เพื่อแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตรวจสอบความพร้อมของสภาพร่างกายทั่วไปที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องผ่าตัด เตรียมความพร้อมด้านจิตใจผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารแสดงความยินยอม การระบุชื่อ นามสกุล ชนิดการผ่าตัด และตำแหน่งที่ผ่าตัด ให้ถูกต้องตามมาตรฐานของ WHO Surgical Safety Checklist (2009) (2) ขณะผ่าตัด เตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับผ่าตัดแต่ละชนิด เตรียมผิวหนังผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยคำนึงถึงน้ำยาและขั้นตอนการเตรียมผิวหนังตามมาตรฐานของ AORN (3) หลังผ่าตัดใช้หลัก Early warning signs ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนและบันทึกข้อมูลที่สำคัญ

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์ แม้ว่าจะมีการสร้างและทดลองใช้รูปแบบ AEMPAVEE MODEL ได้แล้วเสร็จ แต่การวิจัยยังอาจปรากฏข้อจำกัด ดังนี้

- 1) การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการวิจัยเพียง 6 เดือน ในการทดลองใช้รูปแบบ AEMPAVEE MODEL และระยะเวลาทดลองรูปแบบ ฯ 4 เดือน จึงทำให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางด้านศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวนน้อย
- 2) รูปแบบการวิจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการการพยาบาลเฉพาะของหน่วยงานห้องผ่าตัดและวิสัญญี ยังไม่ได้กำหนดให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้

ความสำเร็จของรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย เกิดจากการมีส่วนร่วมในการร่วมวิเคราะห์ กำหนดรูปแบบทดลองใช้และติดตามประเมินผลรูปแบบ ของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนั้น สถาบันราชประชาสมาสัยควรนำรูปแบบ ฯ ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ให้ครอบคลุมกับหน่วยงานที่มีการผ่าตัดหรือหัตถการ ทั้งส่วนพระประแดง สถาบันบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการให้บริการผ่าตัดของสถาบันราชประชาสมาสัย

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย (AEMPAVEE MODEL) ในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง
- 2) ควรศึกษาทดลองใช้คู่มือปฏิบัติงานแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นผลผลิตที่ได้จากรูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ ที่พัฒนาขึ้น

บรรณานุกรม

- กฤษณา กำมเลส. (2566). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยใน
ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย. **วารสารโรงพยาบาลหนองคาย**. สืบค้น มกราคม 28, 2567
จาก <https://www2.nkh.go.th/nkh/journal/article.php?id=59>
- จิรัชยา ศิวาวุธ. (2562). ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล
ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย. **พยาบาลสาร**, 47(4), 460-471.
- ณัฐภรณ์ อัฐวงศ์. (2564). ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน **Journal of the Phrae Hospital**, 29 (1), 101-113.
- ณัฐพงศ์ โลภธรรมรักษ์. (2566). **Collective review Surgical Patients Safety**. สืบค้น พฤศจิกายน 8, 2566.
จาก [http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2558/16.Surgical%20patient%20safety%20\(Natthaphong%2022.7.58\).pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2558/16.Surgical%20patient%20safety%20(Natthaphong%2022.7.58).pdf)
- ธีรา พงษ์พานิช และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางการ
พยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 30(1), 174-181.
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล,และคนอื่นๆ (2558). **คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยโครงการวิจัย
พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
ในประเทศไทย**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์. (2565). **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะ
การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล
การตีความและการหาความหมาย**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). **การวิจัยเบื้องต้น** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์. (2567). **การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ: แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการ การวิจัย
ปฏิบัติการ**. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ปิยนุช หัตถปณิตย และ วิญญูญา ลือเลื่อง. (2566). **ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความ
ผิดพลาดต่อประสิทธิผลของงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี**. **วารสารการแพทย์ โรงพยาบาล
อุดรธานี**. 31(3), 411-425.
- ราตรี แฉล้มภักดี และคณะ. (2557). **ผ่าตัดมั่นใจ ปลอดภัย เมื่อใช้ Surgical safety checklist**.
วารสารวิชาการ รพศ./รพท. เขต 4. 16(3), 200 -206.
- วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2555). **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ:
ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ศิริพร พุทธิรังษี. (2542) “บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด”การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่ง
ประเทศไทย ครั้งที่ 4 : พยาบาลห้องผ่าตัดกับบทบาทเชิงรุก. **วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด
แห่งประเทศไทย**,4(4), 41 – 47.

- ศิริพร ประลันย์. (2565). ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม: **รายงานการวิจัย**. สืบค้น มกราคม 28, 2567. จาก <https://ict.nkphospital.go.th/nkph/index.php/download/category/60-2021-09-28-11-20-36?download=301:01>.
- ศิริรัตน์ จิงสมาน และภาวิณี แพงสุข. (2561). การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี**. 28(2), 131-139.
- ศรินทร์ องค์กรประเสริฐ, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติชนม์ และจินต์จุฑา แก้วมาก. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลราชวิถี. **วารสารกรมการแพทย์**. 43(3), 125-129.
- สมใจ ศิริกมล, และปาริชาติ ภัควิภาส. (2558). **คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการ ผ่าตัดปลอดภัยโครงการวิจัยพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). (2561) **เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ 2561 Patient Safety Goal : SIMPLE Thailand 2018**. กรุงเทพฯ: เพมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4**. กรุงเทพมหานคร: ดีวันจำกัด.
- สตบงกช ทั้งทอง , ผ่องพรรณ มากมี , วรัญญา เสริมวัฒนากุล. (2561). ความร่วมมือในการทำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยอย่างสมบูรณ์ของโรงพยาบาลพิจิตร. **วิสัยทัศน์สาร**. 44(2), 69-72.
- สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์. (2558). การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 2(2), 66 – 84.
- สำนักการพยาบาล. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3)**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- องค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (2001). สืบค้น พฤศจิกายน 8, 2566 จาก https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2561/nuadm90461juman_ch2.pdf
- อรอนงค์ น้อยเจริญ. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 30(3), 30-41.

- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies.** New York: Cornell University Press.
- Denzin, N. (1970) “Strategies of Multiple Triangulation,” In *the Research Act in Sociology: A Theoretical Introduction to Sociological Method*. New York: McGraw - Hill, 297-313.
- Hamza Azhar, Nouman Zaib, Haseeb Arif H et al. (2022). **Clinical Audit of Compliance with WHO Surgical Safety Check list in a Private Tertiary Care Surgical Facility.** Archives of Surgical Research. 3(1), 27-30. doi:10.48111/2022.01.0
- Junming Gong, Yushan Ma, Yunfei An et al. (2021). **The surgical safety checklist: a quantitative study on attitudes and barriers among gynecological surgery teams.** BMC Health Service Research, 21(1), 1106. doi:10.1186/s12913-021-07130-8
- Kisacik, O. G. & Cigerci. Y. (2019). **Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses’ perspectives.** 35(3): 614–619.
- Kristin Harris, Eirik Softeland et. al (2022). **Development and validation of patients’ surgical safety checklist.** BMC Health Services Research. สืบค้น มกราคม 28, 2567 จาก <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07470-z>
- Rovinelli, R. J. & Hambleton, R.K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- World Health Organization. (2009). **Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist.** สืบค้น พฤศจิกายน 8, 2566 จาก <https://www.who.int/publications/item/9789241598590>

ภาคผนวก ก
รายนามนักวิจัย

ผู้วิจัยหลัก

นางสาวเอมปวีร์ จุติโสณศักดิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ผู้วิจัยร่วม

1) นายชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

2) นางสาวสุจิตรา บุญพิมพ์

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

3) นายนิวัฒน์ หลิวศาวิวัฒนา

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ประวัติย่อของผู้วิจัยหลัก

๑ ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นางสาวเอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์
๒ ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Miss. Aempavee Thitisophonsak
๓ ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๔ หน่วยงาน	สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๕ ที่อยู่	๑๕ หมู่ที่ ๗ ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐
๖ โทรศัพท์	๐๙๔-๔๖๓๕๖๖๓
๗ E-mail	thadiikua@gmail.com
๘ ประวัติการศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๕	ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตบัณฑิต สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ)
๙ พ.ศ. ๒๕๕๔	ปริญญาโท : ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประวัติย่อของผู้วิจัยร่วม

๑	ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	นายแพทย์ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์
๒	ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Mr. Chaihan Rungsirisangratana
๓	ตำแหน่งปัจจุบัน	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๔	หน่วยงาน	สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๕	ที่อยู่	๑๕ หมู่ที่ ๗ ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐
๖	โทรศัพท์	๐๘๑๘๖๘๒๖๖๑
๗	E-mail	chaihanvariety@gmail.com
๘	ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี : แพทย์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๗
๙	พ.ศ.๒๕๕๓	Diplomate of Thai Bord of Ophthalmology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
๑๐	พ.ศ.๒๕๕๕	Certificate of Thai subspecialty Bord of Retina and Vitreous, Royal Collage of Ophthalmology of Thailand
๑๑	พ.ศ.๒๕๖๔	Diplomate of Thai Bord of Preventive Medicine (Public health), Preventive Medicine Association of Thailand

ประวัติย่อของผู้วิจัยร่วม

- | | |
|-------------------------------|---|
| ๑ ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) | นางสาวสุจิตรา บุญพิมพ์ |
| ๒ ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Miss. Sujittra Boonpim |
| ๓ ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| ๔ หน่วยงาน | สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| ๕ ที่อยู่ | ๑๕ หมู่ที่ ๗ ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง
จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐ |
| ๖ โทรศัพท์ | ๐๖๔๖๔๒๓๖๙๒ |
| ๗ E-mail | Sujittraboonpim@gmail.com |
| ๘ ประวัติการศึกษา | ปริญญาตรี :พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
พ.ศ. ๒๕๕๘ |

ประวัติย่อของผู้วิจัยร่วม

- | | |
|-------------------------------|---|
| ๑ ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) | นายนิวัฒน์ หลิวศาสวัตธนา |
| ๒ ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | MR.NIWAT LIUSASAWATTHANA |
| ๓ ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| ๔ หน่วยงาน | สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข |
| ๕ ที่อยู่ | ๑๕ หมู่ที่ ๗ ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง
จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐ |
| ๖ โทรศัพท์ | ๐๙๐๘๘๗๕๖๔๖ |
| ๗ E-mail | Chong.๑๒๕@hotmail.com |
| ๘ ประวัติการศึกษา | ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| พ.ศ. ๒๕๕๙ | |

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	ความเชี่ยวชาญ
1	นายอิษฐ์ คุวิษฐ์โสภิต	นายแพทย์ปฏิบัติการ สถาบันราช ประชาสมาคม	ความเชี่ยวชาญพิเศษ ด้านจักษุวิทยา
2	นายธนา สุตังคานุ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้า กลุ่มบริการการรักษา สถาบันราช ประชาสมาคม	ความเชี่ยวชาญพิเศษ ด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ
3	นางษรฉัตร ลภัทธานันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ฝ่ายบริการ สถาบันราชประชาสมาคม	ความเชี่ยวชาญพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ภาคผนวก ค
ผลการวิเคราะห์ IOC

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจ
โครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย
สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”

ผลการประเมินประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการ
ผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”

รายการ	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ΣR	IOC
	1	2	3		
ด้านการยอมรับ					
รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของ ห้องผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย	+1	+1	0	2	0.66
การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	+1	+1	+1	3	1
รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด)	+1	+1	+1	3	1
ท่านยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	+1	+1	0	2	0.66
ค่าเฉลี่ย IOC					.8300
ด้านความพึงพอใจ					
ความพึงพอใจต่อการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัด ปลอดภัย	+1	+1	+1	3	1
ความพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการผ่าตัดตาม รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	+1	+1	+1	3	1
ค่าเฉลี่ย IOC					1.0000



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
ณ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001
 /STATISTICS=STDDEV MEAN
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

IOC ยอมรับ

N	Valid	4
	Missing	0
Mean		.8300
Std. Deviation		.19630

IOC ยอมรับ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.66	2	50.0	50.0	50.0
	1.00	2	50.0	50.0	100.0
	Total	4	100.0	100.0	



FREQUENCIES VARIABLES=VAR00003
 /STATISTICS=STDDEV MEAN
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

IOC ฟังพอใจ

N	Valid	2
	Missing	2
Mean		1.0000
Std. Deviation		.00000

IOC ฟังพอใจ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	2	50.0	100.0	100.0
Missing	System	2	50.0		
Total		4	100.0		



รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ อัมรินทร์ ศรีบุญใจ

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ข้อคำถามที่กำหนดไว้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1	หมายถึง	เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่า ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ - 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านการยอมรับ					
1	รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย	✓			
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	✓			
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด)	✓			
4	ท่านยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			
ด้านความพึงพอใจ					
1	ความพึงพอใจต่อการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย	✓			
2	ความพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการผ่าตัดตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			

~ 1 ~



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
 สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
 วันที่ ๑๖ ก.พ. ๖๗

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ อ. นว. สัตยวงศา

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ข้อคำถามที่กำหนดไว้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1	หมายถึง	เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่า ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ - 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านการยอมรับ					
1	รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย	✓			
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	✓			
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด)	✓			
4	ท่านยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม	✓			
ด้านความพึงพอใจ					
1	ความพึงพอใจต่อการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย	✓			
2	ความพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการผ่าตัดตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			

~ 1 ~



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
 สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
 วันที่ ๑๖ ธ.ค. ๖๖ ๒๕๖๗

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่มีต่อแบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ พรินทร์ ลักษณ์นาค

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่า ข้อคำถามที่กำหนดไว้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียน ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1	หมายถึง	เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ 0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่า ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ให้คะแนนเท่ากับ - 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

ลำดับ	เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+ 1	0	-1	
ด้านการยอมรับ					
1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย		✓		
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	✓			
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด)	✓			
4	ท่านยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม		✓		
ด้านความพึงพอใจ					
1	ความพึงพอใจต่อการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย	✓			
2	ความพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการผ่าตัดตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	✓			

~ 1 ~



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
 สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
 วันที่ ๑๖ ธ.ค. ๖๖ ๒๕๖๗ ๘

ภาคผนวก ง

เครื่องมือวิจัย

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก

โครงการวิจัยเรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
การผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย ”

วัตถุประสงค์ เพื่อเข้าใจปัญหาการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
สถาบันราชประชาสมาสัย

- (๑) หน่วยงานของท่าน มีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยหรือไม่อย่างไร
- (๒) จากข้อ ๑ ถ้ามีแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยควรมีลักษณะแบบใด และตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงใด
- (๓) ปัจจุบัน หน่วยงานห้องผ่าตัดใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยกับทุกหัตถการหรือไม่
- (๔) ข้อ ๓ ถ้าแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยไม่ได้ถูกใช้ในทุกหัตถการ อะไรคือปัญหา/อุปสรรค
- (๕) มีเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้หน่วยงานห้องผ่าตัดใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้อย่างแม่นยำ ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ประสพการณ์การทำงาน / คู่มือปฏิบัติงาน)
- (๖) มีเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้หน่วยงานห้องผ่าตัด ไม่สามารถใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยได้อย่างแม่นยำ และก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- (๗) ท่านคิดว่า การสร้างแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ควรจะพัฒนาระยะใดบ้าง เช่น ระยะก่อนให้การรับความรู้สึก (Sign in) ระยะก่อนลงมีด (Time out) ระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ให้เหมาะสมกับทุกหัตถการ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ ลงมติ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๗ ๔

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมโครงการวิจัยเรื่องแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย

กิจกรรมที่สังเกต	ผลการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม		
	ไม่ปฏิบัติ (จำนวน ร้อยละ)	ปฏิบัติ	
		บางครั้ง	สม่ำเสมอ
		(จำนวน ร้อยละ)	(จำนวน ร้อยละ)
1. ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in)			
1.1 การยืนยันความถูกต้อง ชานชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย ตำแหน่ง ผ่าตัดชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมทำผ่าตัด			
1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด			
1.3 การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการ ระงับความรู้สึก			
1.4 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา การรับประทานยาสมุนไพร/ อื่นๆ และการงดยาตามแผนการรักษาของแพทย์			
1.5 การตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์พิเศษ / Prosthesis			
2. ระยะก่อนลงมือผ่าตัด (Time out)			
2.1 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กล่าวยืนยัน ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่ง ผ่าตัด Prosthesis			
2.2 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของ เครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและ อื่นๆ			
2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที			
2.4 การเปิดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด			
3. ระยะก่อนออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)			
3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง			
3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด เข็มเย็บ ผ้าซับเลือด ครบถ้วน			
3.3 การเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจถูกต้อง			
3.4 การประเมินการสูญเสียเลือด			
3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทบทวน เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้ง ให้ ทีมห้องพักฟื้นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง			

ลงชื่อผู้สังเกต

วัน เดือน พ.ศ 2567



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ ลงชื่อ ๒ - ก.พ. 2567 ๔

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบประเมินการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดสถาบันราชประชาสมาสัย
ก่อนและหลังมีรูปแบบฯ (โดยการสังเกต สอบถาม)

การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย		ก่อน มีรูปแบบฯ	หลัง มีรูปแบบฯ
1. ระยะเวลาในการรับความรู้สึก (Sign in)			
1.1 การกล่าวยืนยันครบถ้วน			
1.2 การทำเครื่องหมายบริเวณผ่าตัด			
1.3 การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการรับ ความรู้สึก			
1.4 การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ยาสมุนไพร/อื่นๆ การงดยา			
1.5 การตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์พิเศษ / Prosthesis			
2. ระยะเวลาลงมือผ่าตัด (Time out)			
2.1 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด กล่าวยืนยันชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่ง ผ่าตัด Prosthesis			
2.2 พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของ เครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดและอื่นๆ			
2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที			
2.4 การเปิดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด			
3. ระยะเวลาออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)			
3.1 ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง			
3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด เข็มเย็บ ผ้าซับเลือด ครบถ้วน			
3.3 การเขียนป้ายส่งส่งตรวจถูกต้อง			
3.4 การประเมินการสูญเสียเลือด			
3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ทบทวน เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องฟกพื้นดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่อง			

หมายเหตุ √ หมายถึง ปฏิบัติทุกคน ทุกครั้ง สม่าเสมอ
× หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
± หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติไม่ครบทุกคน

ลงชื่อผู้สังเกต

วันที่.....เดือนพ.ศ 2567



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
จังหวัด กรุงเทพมหานคร 2-ก.พ. 2567 ๔

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบประเมินด้านการยอมรับและพึงพอใจโครงการวิจัย

เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
สถาบันราชประชาสมาสัย”

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้ มี 2 ส่วน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ☐¹ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ☐² แพทย์
☐³ ผู้ป่วยทั่วไป

ส่วนที่ 2 ระดับการยอมรับ และระดับระดับความพึงพอใจ รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

การยอมรับ						
ที่	ประเด็นคำถาม	ระดับการยอมรับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย					
2	การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน					
3	รูปแบบฯ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ (ก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in), ก่อนลงมีด (Time out) ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)					
4	ท่านยอมรับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม					
ความพึงพอใจ						
ที่	ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ความพึงพอใจต่อการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย					
2	ความพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการผ่าตัดตามรูปแบบฯ ที่ พัฒนาขึ้น					

ข้อเสนอแนะ

.....



หน้า 1 จาก 1 หน้า
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ ลงชื่อ ปี 2 - 11.11. 2567 6

รหัสโครงการวิจัย 6708.0 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

แบบคัดลอกข้อมูล

โครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ
การผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย”

ลำดับ	ID	ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง Wrong prosthesis	การติดเชื้อที่แผล ผ่าตัดสะอาด	การระบุตำแหน่งผ่าตัดผิดพลาด
1	P1			
2	P2			
3	P3			
4	P4			
5	P5			
6	P6			
7	P7			
8	P8			
9	P9			
10	P10			
11	P11			
12	P12			
13	P13			
14	P14			
15	P15			

หน้า 1 จาก 1 หน้า



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ๔

ภาคผนวก จ

แบบมอบหมายงาน

ภาคผนวก จ

ใบรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย



บันทึกข้อความ

งานบริหารทั่วไป
เลขที่รับที่ ๒๒๕
วันที่ ๒ ก.พ. ๒๕๖๗
เวลา ๒๐.๑๑ น.

ส่วนราชการ กลุ่มสนับสนุนงานวิจัยและจริยธรรมฯ สถาบันราชประชาสมาสัย โทร. ๐-๒๓๘๕-๔๑๓๕ ต่อ ๑๐๓๗

ที่...สธ.๐๔๑๖.๑๑/ ๕๔ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง...อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

ตามที่ นางสาวเอมปวีร์ ฐิติโสภณศักดิ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถาบันราชประชาสมาสัย รหัสโครงการ ๒๗๐๘.๐ เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย พิจารณาอนุมัติ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย อนุมัติให้ดำเนินการตามโครงการวิจัยดังกล่าวได้ อนึ่งคณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัย ภายหลังได้รับการอนุมัติ โดยต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการฯ และต้องแจ้งหรือรายงานสถานะให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปทุกครั้ง ได้แก่

๑. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย

๒. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง

๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคน ที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย

๔. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง relate, possibly/likely, probably, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบ อย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย ภายใน ๑๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและจะดำเนินการแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป

(นายเดชา บัวเทศ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย
- เพื่อโปรด.....

วรณัฏฐา

๓๖ ก.พ. ๒๕๖๗

-ตาม

๑๙ ก.พ. ๒๕๖๗

(นายเอนก มุ่งอ้อมกลาง)

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี
รักษาการแทนผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย

.....

รายการเอกสารที่รับรอง

๑. ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
สถาบันราชประชาสมาสัย
 ๒. รหัสโครงการวิจัย : ๖๗๐๘.๐
 ๓. ระยะเวลาการศึกษา : ๖ เดือน
 ๔. ชื่อและหน่วยงานของผู้วิจัยหลัก
ชื่อ-สกุล : นางสาวเอมปวีร์ รุติโสภณศักดิ์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน : สถาบันราชประชาสมาสัย
 ๕. เอกสารที่พิจารณาแล้วให้การรับรอง
 - ๕.๑ โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย : วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๒ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์)
: วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๓ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (พยาบาลวิชาชีพ
ห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์) : วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๔ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด) : วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๕ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด)
: วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๖ ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก : วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๗ แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม : วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
 - ๕.๘ แบบประเมินความพึงพอใจ : วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
- เอกสารอนุมัติฉบับนี้ มีผลตั้งแต่วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

(นายเดชา บัวเทศ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน
สถาบันราชประชาสมาสัย

“ทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย ขอยืนยันว่า การพิจารณา
ของคณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของ ICH-GCP”

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย
วันที่พิจารณา ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗

โครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเอมปวีร์ ฐิติโสณศักดิ์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รหัสโครงการวิจัย : ๖๗๐๘.๐

รายชื่อคณะกรรมการฯ ผู้พิจารณาโครงร่างการวิจัย :

๑. นายเดชา บัวเทศ	ประธานคณะกรรมการฯ
๒. พ.จ.อ.อำนาจ โกสิงห์	กรรมการ
๓. นายสุทธิศักดิ์ งามวชิราพร	กรรมการ
๔. นายเกรียงศักดิ์ รักซ้อน	กรรมการ
๕. นายมานิจ ชนินพร	กรรมการ
๖. นางสาวอารียา วงษ์พิมเสน	กรรมการ

วันที่อนุมัติ : ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ลายมือชื่อ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ